

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Ústav speciálněpedagogických studií

MONIKA KLOFÁTOVÁ

Kombinované studium

Obor: Speciální pedagogika předškolního věku

**INTEGRACE DÍTĚTE
S DIAGNÓZOU DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA
DO MATEŘSKÉ ŠKOLY BĚŽNÉHO TYPU**

Bakalářská práce

Vedoucí práce: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Olomouc 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila prameny uvedené v seznamu literatury.

V Olomouci dne:

.....

Podpis autora

Poděkování

Děkuji všem, kteří mi pomáhali při zpracování bakalářské práce.
Děkuji PhDr. Petře Bendové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce.
Poděkování patří i mé rodině za trpělivost a podporu po dobu mého studia na této škole.

Obsah

Úvod.....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1 Dítě s dětskou mozkovou obrnou	10
1.1 Definiční vymezení dětské mozkové obrny.....	10
1.1.1 Epidemiologie a etiologie dětské mozkové obrny	11
1.1.2 Klasifikace forem dětské mozkové obrny	12
1.1.3 Přidružené poruchy dětské mozkové obrny	14
1.1.3.1 Mentální retardace	14
1.1.3.2 Ostatní postižení	16
1.2 Léčebné postupy využitelné u jedinců s diagnózou dětská mozková obrna.....	17
2 Socializace dítěte s dětskou mozkovou obrnou jako předpoklad úspěšné integrace	23
2.1 Rodina a dítě s dětskou mozkovou obrnou.....	23
2.2 Dítě s dětskou mozkovou obrnou a širší sociální okolí	25
2.3 Komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou.....	26
3 Možnosti edukace dítěte s dětskou mozkovou obrnou v raném a předškolním věku	29
3.1 Speciálně pedagogická péče v raném věku.....	29
3.2 Speciálně pedagogická péče v předškolním věku	31
3.3 Úloha mateřské školy v edukaci dítěte s dětskou mozkovou obrnou.....	32
3.3.1 Podmínky edukace dítěte s postižením předškolního věku.....	33

II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	37
4 Uvedení do problematiky praktické části	37
4.1 Vymezení cílů praktické části bakalářské práce	37
4.2 Výzkumné metody praktické části bakalářské práce	38
4.3 Charakteristika průběhu výzkumného šetření, popis výzkumného vzorku.....	38
5 Integrovaný pobyt dítěte s diagnózou dětská mozková obrna v mateřské škole.....	40
5.1 Komplexní charakteristika vývoje u dítěte s dětskou mozkovou obrnou v prostředí mateřské školy.....	40
5.1.1 Specifika komunikace s integrovaným dítětem s diagnózou dětská mozková obrna.....	41
5.1.2 Charakteristika tělesného vývoje u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna.....	42
5.1.3 Popis vývoje jemné motoriky, hry a kresby u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna	45
5.1.4 Zmapování pokroků v oblasti hygieny a stravování u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna	50
5.1.5 Popis sociálně-emocionálního vývoje u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna	51
5.1.6 Charakteristika pokroků v kognitivním vývoji u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna	54
5.1.7 Specifika dostupných terapií u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna.....	56
5.1.8 Zajištění speciálně pedagogické podpory v prostředí mateřské školy	56

5.1.9	Popis materiálních podmínek integrace dítěte s diagnózou dětská mozková obrna	58
5.2	Popis vlivu přítomnosti dítěte s dětskou mozkovou obrnou na kolektiv dětí v běžné mateřské škole	59
5.3	Pohled na spolupráci s rodinou integrovaného dítěte	60
6	Zhodnocení vývoje Aničky po deseti měsících docházky do mateřské školy.....	61
7	Zhodnocení naplnění cílů praktické části	63
	Závěr.....	66
	Literatura a prameny	68
	Seznam příloh.....	70

Úvod

Je snad samozřejmostí, že každá žena v určitém období svého života zatouží porodit dítě. Bohužel již není samozřejmostí, že se narodí dítě zdravé. Ale i takové dítě má právo na svůj život a my ostatní máme povinnost jeho život respektovat a pomoci mu jej žít.

Počet dětí se zdravotním postižením v našem okolí roste. V minulosti nebyla společnost zvyklá na kontakt s těmito dětmi, a tak se často postižení, a nejen děti, dostávali do nepříjemných situací, plynoucích z neznalosti a nepochopení jejich problémů zdravou populací. Vztah společnosti k lidem se zdravotním postižením se v posledních letech poněkud humanizuje. Otázky jejich života se častěji objevují na veřejnosti a snahy o zlepšení jejich životní situace se uvádějí do pohybu. I když ani tyto krůčky nejsou bezproblémové a bezchybné, lze říci, že cesta, kterou jsme vykročili, míří k vytouženému cíli. Tím cílem by mělo být dosažení takového klimatu ve společnosti, kdy by lidé s postižením žili se zdravými ve vzájemné úctě a pochopení. Z pohledu odborného se jedná o tzv. integraci popř. inkluzi.

S dítětem s postižením jsem se poprvé blíže setkala, když jsem jako osobní asistentka nastoupila do mateřské školy. Nově příchozími a mými svěřenkyněmi byly dvě integrované dívky (pozn., jejichž jména jsou v textu bakalářské práce změněna). Anička s dětskou mozkovou obrnou spojenou s mentální retardací a téměř šestiletá Barunka s Downovým syndromem. Dívky se v docházce střídaly, navštěvovaly mateřskou školu pouze v určité dny v týdnu. Vždy jsem se věnovala pouze jedné z nich.

Počátky mé činnosti s dětmi mně svěřenými byly velmi náročné, jelikož jsem s prací s dětmi s postižením neměla doposud žádné zkušenosti a v této oblasti jsem tedy byla v podstatě „hozena do vody a nucena plavat“.

Brzy jsem zjistila, že se ode mě očekává práce, která svým obsahem náleží speciálnímu pedagogovi. Ačkoli paní ředitelka s vysokoškolským vzděláním v oboru speciální pedagogiky mi při přijímání nabídla odbornou podporu, pomoci jsem se od ní, bohužel, v jakémkoli směru nedočkala. Jelikož jsem se oběma dívkám chtěla věnovat co nejkvalifikovaněji, nutila mě daná situace shánět informace a seznamovat se s metodami využívanými při práci s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením. Svou praxí jsem získávala zkušenosti a informace pro mě zcela nové, zajímavé a velmi cenné. Nenahraditelným pomocníkem se pro mě staly odborné publikace, ze kterých jsem čerpala spoustu myšlenek pro pochopení zvláštností a rysů dětí s postižením.

I přes velkou náročnost, jak fyzickou tak i psychickou, mě práce s těmito dětmi zaujala natolik, že jsem se rozhodla speciální pedagogiku dále studovat. Svoje poznatky bych chtěla prostřednictvím své bakalářské práce poskytnout i ostatním učitelkám či asistentkám v běžných mateřských školách.

Nezištnost a bezbrannost dětí s postižením a jejich závislost na pomoci druhého člověka značně ovlivnila můj pohled na věc. Cítila jsem z jejich strany i jakousi vděčnost, ač nevyjádřenou slovy, a uvědomila jsem si, že tyto děti naši péči a pozornost potřebují. Je tedy nutné, abychom my, kteří se dětem s postižením věnujeme, věděli, jak jim vše potřebné předat. Musíme být na toto „předávání“ připraveni především po odborné stránce.

Cílem teoretické části bakalářské práce je popsat problematiku dětské mozkové obrny. Charakterizovat projevy, možné příčiny vzniku a specifikovat formy dětské mozkové obrny podle běžného členění. Dále pak zmapovat možné postupy při léčbě a terapii. Pozornost je věnována i socializaci a edukaci dítěte s postižením v předškolním věku.

Cílem praktické části bakalářské práce je seznámit pedagogy, asistenty i nezasvěceného čtenáře s konkrétním případem dítěte s dětskou mozkovou

obrnou, které je integrováno do běžné mateřské školy. Měla by všem, kteří se zajímají o problematiku integrace dětí s postižením, přiblížit, s jakými problémy se mohou při své práci setkat, popřípadě nastítnit přístup k dítěti s kombinovaným postižením v praxi.

Z metodologického hlediska bude využito kvalitativního výzkumu, konkrétně metody dlouhodobého participačního (účastnického) pozorování.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Dítě s dětskou mozkovou obrnou

Současně se změnou úhlu pohledu na jedince se zdravotním postižením dochází také k výrazným změnám ve výchově a vzdělávání těchto dětí. S tím souvisí nutnost dalšího vzdělávání pedagogů a rozšíření přípravy studentů v oblasti speciální pedagogiky. Právě připravenost pedagogů a jejich kompetence jsou jedním z hlavních předpokladů úspěšného integrativního procesu. Pouhé nadšení bez základních znalostí příslušné oblasti speciální pedagogiky nestačí.

Znalost základů speciální pedagogiky a seznámení se se zvláštnostmi lidí se zdravotním postižením se stává neoddělitelnou součástí všech předpokladů dobrého pedagoga.

Mezi závažná postižení, která vyžadují zdravotní, ale i speciálně pedagogickou péči již od raného dětství, patří **dětská mozková obrna** (dále jen DMO). Jedná se o nejčtenější neurovývojové onemocnění, které představuje funkční omezení způsobené nervovou chorobou. Kraus (2005) se domnívá, že odborníci dosud plně neporozuměli etiologii těchto poruch a jednotně je nazývají DMO.

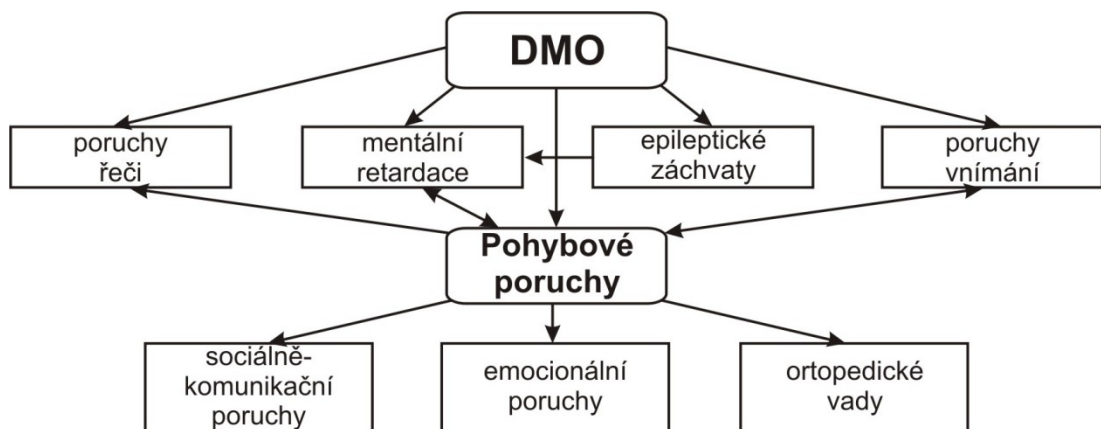
1.1 Definiční vymezení dětské mozkové obrny

Jak uvádí Renotiérová (2004), nejčastěji je DMO definována jako porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství, zpravidla do jednoho roku věku dítěte. Kraus (2005) mimo jiné specifikuje DMO jako postižení neprogresivní, trvalé, ale ve svých projevech nikoli neměnné, přičemž

nejvýraznější změny se projevují v muskuloskeletálním (svalověkosterním) systému. Především v kojeneckém a raném dětském věku lze zaznamenat změny svalového tonu a pohybových funkcí.

Typickými projevy DMO jsou poruchy hybnosti, poruchy motorického vývoje, opožděný vývoj a vady řeči, epileptické záchvaty, téměř polovina postižených má snížené rozumové schopnosti.

Pro názornější představu, jaký dopad na celý vývoj dítěte může mít DMO v případě, že je postižen nezralý mozek bylo použito schéma Heddericha/Dehlingera (in Valenta, 2003, s. 147).



1.1.1 Epidemiologie a etiologie dětské mozkové obrny

Podle Krause (2005) se výskyt DMO pohybuje, i přes různé geografické rozdíly, v rozmezí 1,5 – 3 na 1000 živě narozených dětí. Některé výzkumy z posledních dvou desetiletí ukazují vzestup výskytu DMO.

Je to způsobeno mnoha faktory, ke kterým patří například zvýšené přežití novorozenců s nízkou porodní hmotností a předčasně narozených. K rizikovým faktorům se kromě výše uvedeného například řadí i mnohočetná těhotenství, neurologická onemocnění matky, porodní

asfyxie a neonatální hyperbilirubinemie (novorozenecká žloutenka). Podle nových výzkumů je 30 % případů DMO spojeno s předčasným porodem. U 40 % případů DMO lze předpokládat nitroděložní poškození. Je známa celá řada fetálních stavů, které se pojí s neurologickým postižením a tyto stavy lze cíleně ovlivňovat.

Spektrum faktorů, které se podílejí na vzniku DMO, je široké a mohou působit ve vzájemné interakci. Vzájemná souhra dvou nebo více příčin může vyvolat poškození mozku.

1.1.2 Klasifikace forem dětské mozkové obrny

Klasické členění podle charakteru tonusové a hybné poruchy má DMO dvě formy: spastickou a nespastickou (Renotiérová, 2004). Odborníci (Říčan, Krejčířová, 1997), (Vítková, 2006) se shodují v terminologii a popisu forem DMO, které rozlišují podle rozsahu poruchy hybnosti.

Spastické formy se projevují zvýšeným svalovým napětím. Je narušená vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé a projevuje se zvýšená reflexní pohotovost. „*Spasticita omezuje normální hybnost, nedovoluje spontánně sval protahovat, výsledkem je vynucené držení, porucha růstu svalu a vznik kontraktur, deformit kloubů a kostí.*“ (Kraus 2005, s. 23). Z tohoto úhlu pohledu se jedná o formu **diparetickou, hemiparetickou a kvadraparetickou.**

Forma diparetická – jedná se o postižení dolních končetin. Spasticitou bývají postiženy abduktory (odtahovače) stehen a flexory (ohybače), zkráceny jsou přitahovače stehen, nohy jsou stočeny dovnitř. Projevuje se chůzí po špičkách nebo chůzí nůžkovitou. Vzhledem k tomu, že nebývají poškozeny mentální schopnosti, je prognóza vzhledem ke kognitivnímu vývoji dobrá.

Forma hemiparetická – je postižení horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Často je výrazněji postižena horní končetina, která je ohnuta v lokti. Dolní končetina je napjatá a postižený došlapuje na špičku. U dětí, které mají postiženu pravou hemisféru, často nebývají zaznamenány kognitivní poruchy, stejně jako u poloviny dětí s postiženou levou hemisférou. U druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena nejčastěji do pásma lehké mentální retardace.

Forma kvadruparetická – postihuje všechny čtyři končetiny. Pokud vznikla zdvojením formy diparetické, je výraznější postižení dolních končetin, pokud zdvojením formy hemiparetické, projevuje se převážným postižením horních končetin. Hrubá i jemná motorika je výrazně postižena. Trup je prohnutý dozadu v důsledku zvýšeného svalového napětí. Pro další kognitivní vývoj je prognóza nejméně příznivá.

Mezi **nespastické formy** DMO se řadí forma **hypotonická a diskinetická**.

Forma hypotonická – vyznačuje se snížením svalového napětí. Vyskytuje se v raném dětském věku a kolem třetího roku se často mění ve formu spastickou nebo diskinetickou. Je doprovázena těžkou mentální retardací. Projevuje se zvýšeným rozsahem pohybů v kloubech. Děti se pohybují vrávoravou chůzí.

Forma diskinetická – se vyznačuje nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které jsou vyvolány různými podněty a často se zvětšují při pokusu o pohyb. Řeč bývá těžko srozumitelná.

Výskyt jednotlivých forem DMO se v různých pramenech mírně liší. Podle Krause (2005) se mezi nejčastější formy řadí spastická diparéza spolu s hemiparézou.

1.1.3 Přidružené poruchy dětské mozkové obrny

Kromě motorického postižení, které je určující pro diagnózu DMO, je toto onemocnění doprovázeno dalšími poruchami a postiženími. Mohou se vyskytovat smyslová postižení, jako jsou poruchy zraku nebo vady sluchu. Více než u poloviny dětí s DMO se můžeme setkat s narušenou komunikační schopností a u stejného počtu dochází k poruchám chování. Epileptickými záchvaty trpí 15 – 70% dětí s DMO. Nejčastějším doprovodným postižením DMO je mentální retardace a to v 66 % případů (Vítková, 2006).

1.1.3.1 Mentální retardace

Mentální retardace je v současné době velmi často užívaný pojem. Dosud však nebyl uspokojivě definován a odborníci se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho vymezení, které je ovlivněno řadou faktorů a kritérií.

Švarcová (2003, s. 25) mentální retardaci nazývá „*trvalé snížení rozumových schopností, v psychologii označovaných jako inteligence, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.*“ Valenta a Müller (in Kozáková, 2005, s. 21) definují mentální retardaci jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální a postnatální etiologií.*“ Toto pojetí se v současnosti považuje za nejuvýstižnější. Možnosti výchovy a vzdělávání dětí s mentální retardací jsou závislé na stupni postižení.

Ke klasifikaci mentální retardace se v naší zemi používá 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí vydaná Světovou zdravotnickou organizací

v Ženevě. Podle této klasifikace se rozlišují čtyři kategorie mentální retardace – **lehká, středně těžká, těžká a hluboká.**

Lehká mentální retardace – *IQ 50 – 60.* Dítě lehce mentálně retardované dokáže užívat řeč účelně a udržovat konverzaci. Většina dětí dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických dovednostech, i když je vývoj o něco pomalejší. Výchovné působení a rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci. Mnoho jedinců je v dospělosti schopno práce a udržování sociálních vztahů.

Středně těžká mentální retardace – *IQ 35 – 49.* U těchto jedinců je výrazně opožděný vývoj myšlení a užívání řeči, které často přetrvává až do dospělosti. Také schopnost sebeobsluhy a zručnosti je pouze částečná. Pokroky ve škole jsou limitované, někteří jedinci si dokáží osvojit základy čtení, psaní a počítání. V dospělosti jsou středně mentálně retardovaní schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn dohled. Postižení jsou však v dospělosti zřídka schopni úplně samostatného života. Takto retardovaní lidé umí navazovat kontakt, komunikovat s druhými a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Těžká mentální retardace – *IQ 20 – 34.* Tato kategorie osob s mentálním postižením se v mnohém podobá kategorii jedinců se středně těžkou mentální retardací, je zde však mnohem výrazněji snížena úroveň schopností. Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku. Vyniká značná pohybová neobratnost, osvojování koordinace pohybů je dlouhodobé. Přítomny jsou časté somatické vady a objevují se příznaky celkového poškození centrálního nervového systému (dále jen CNS). Možnosti výchovy a vzdělávání jsou značně omezené, ale systematická péče může přispět k rozvoji motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností. Lze dosáhnout osvojení základních hygienických návyků. Potřebují celoživotní péči.

Hluboká mentální retardace – *IQ nižší než 20*. Jedinec je těžce omezen ve své schopnosti porozumět nebo vyhovět požadavkům či instrukcím. Často se zde objevuje imobilita nebo výrazné omezení pohybu. Ve většině případů nejsou schopni sebeobsluhy ani udržování osobní hygieny. Projevují se nonverbální komunikací (výkřiky, grimasy). Možnosti jejich výchovy a vzdělání jsou velice omezené. Švarcová (2003) uvádí, že jejich IQ nelze přesně změřit. Často je přidruženo i postižení zraku, sluchu a těžké neurologické poruchy.

1.1.3.2 Ostatní postižení

Epilepsie – podle Vítkové (1998) se jedná o mozkové postižení, charakterizované opakujícími se záchvaty. Epileptický záchvat se projevuje poruchou vědomí, příznaky motorickými, senzorickými i vegetativními.

Stanovení diagnózy epilepsie u dětí s DMO může být velmi obtížné. Pro volbu vhodné terapie je důležité určení typu záchvatů, které jsou u jednotlivých forem DMO různé. Léčba epilepsie spočívá v podávání antiepileptik a lze ji často příznivě kompenzovat.

Důsledky se mohou objevovat ve ztrátě motorických schopností i kognitivními poruchami.

Narušená komunikační schopnost výrazně ovlivňuje celkový psychický vývoj dítěte. S poruchami hybnosti u dětí s DMO souvisí poruchy hybnosti mluvních orgánů. U dětí s DMO jsou odchylky ve vývoji řeči patrné již v kojeneckém věku, kdy se projevují těžkostmi při dýchání, sání a narušením polykacích pohybů. Pláč dítěte je slabý, není pronikavý. Chybí hra s mluvidly i pudové žvatláni, které se rozvíjí až později.

Narušení komunikační schopnosti se projevuje ve všech jazykových rovinách. Dochází k omezenému nebo opožděnému vývoji řeči. Dysartrie je podle Klenkové (2006) nejtypičtější porucha řeči u dětí s DMO.

Poruchy zraku – strabismus (šilhání) se uvádí jako nejčastější porucha zraku u dětí s DMO. Často dochází ke vzniku tupozrakosti. Nezřídka se vyskytuje retinopatie nedonošených, jež může být příčinou slabozrakosti různého stupně až slepoty.

Ortopedické vady – nejčastěji se vyskytují u spastické formy DMO. Jak již bylo uvedeno výše, v důsledku zvýšeného svalového napětí a vynuceného držení těla dochází k mnohým ortopedickým vadám. Asymetrické pohyby a abnormální držení těla jsou často příčinou kyfózy nebo skoliózy. Velké je nebezpečí luxace kyčlí z důvodu vzniku kontraktur a narušení funkce kloubu. Částečně lze hybné postižení eliminovat léčebnými pohybovými prostředky rehabilitace a pomocnými ortopedickými pomůckami. Blíže o této problematice pojednává následující kapitola.

1.2 Léčebné postupy využitelné u jedinců s diagnózou dětská mozková obrna

V současné době se účinná léčba zaměřuje především na prevenci kontraktur. Všechny metody si kladou za cíl prevenci vývoje deformity, předcházení abnormálnímu růstu svalů a podporu normálních funkcí.

Vybrané **pohybové metody rehabilitace** mají za úkol zlepšení motorického postižení pomocí určité manipulace nebo cvičením s postiženými svaly. Většina postupů se zaměřuje na spasticitu, kterou provází i svalová slabost, proto samotné cvičení může být pro dítě náročné. Podle potřeb se sestavuje specifický program pro každého.

U dítěte s DMO je třeba kontrolovat všechny denní aktivity a zajistit, aby se pohyby vykonávaly účelně, v odpovídající poloze a pokud možno, bez nadměrného úsilí.

Mezi nejznámější terapeutické techniky a u nás nejpoužívanější je **Vojtova metoda reflexního cvičení**. Jedná se o terapii reflexní lokomoce (reflexní plazení a reflexní otáčení), jež podle Vojty (in Vítková, 1998) vychází z myšlenky, že určitý podnět vyvolá řadu reakcí, které jsou základem pro vývoj napřimování. Tato metoda aktivuje CNS výchozí polohou a stimulací spoušťových zón.

Bobath koncept, který vytvořili manželé Bobathovi, je terapeutický rehabilitační postup pro péči zejména o děti s DMO. Jde spíše o filosofii, která nahlíží na dítě komplexně. Podle Krause (2005) terapeut při léčbě nevede pasivně pohyby dítěte, ale naopak se snaží dosáhnout toho, aby dítě bylo schopno převzít kontrolu nad svým pohybem, a tím získalo senzomotorickou zkušenost konkrétní situace. V terapii je třeba kombinovat současně ty pohybové vzory, které zdravé dítě ve svém vývojevém období používá současně.

Terapie maďarského lékaře **Petőho** využívá pro rozvoj pohybu dítěte s DMO jeho potřeby během dne. Terapie probíhá pod slovním vedením, dítě pracuje především svou vůlí, proto tato metoda není příliš vhodná pro těžce postižené s více vadami.

Omezení hybnosti a ortopedické vady lze zlepšit vhodnými **ortopedickými prostředky**. V případě již vzniklých fixních vad se provádějí ortopedické operace, které napomáhají v rozvoji hybnosti nebo zlepšují kloubní stabilitu.

Ortopedickým vadám lze předcházet časným a účelným užíváním pomocných ortopedických pomůcek. Prevence spočívá v udržování kloubů v neutrální poloze. Z oblasti ortopedické protetiky se pro tyto účely využívají ortézy – ortézy končetin, ortézy páteře a ortopedické vložky.

Ortély končetin slouží ke stabilizaci a fixaci kloubů v žádané poloze. Užívají se polohovací ortély a dlahy na noc k udržení extenze kolenních kloubů a abdukce kyčelních kloubů. U mladších dětí se indikují abdukční aparátky. **Ortély páteře** mají pozitivně ovlivňovat deformitu páteře v průběhu růstového období. **Ortopedické vložky** patří mezi nejčastěji používané pomocné prostředky. Mohou doplňovat sériově vyráběnou obuv a korigují deformitu chodidla.

Kompenzaci vad nohou napomáhá individuálně zhotovená **ortopedická obuv**. Obuv by měla být kožená s pevným opatkem pro udržení správného osového postavení patní kosti. U dětí se nejčastěji užívá obuv kotníčková. Deformity nohou lze ovlivnit individuální vkládací vložkou.

K zajištění lokomoce slouží řada kompenzačních pomůcek. Mezi opěrné pomůcky patří **berle** různého provedení podle lokomočních schopností pacienta. Pro pacienty s obtížnější vertikalizací slouží různé typy **chodítek, mechanické vozíky**, různé typy **dětských zdravotních kočárků**.

Poslední skupinou jsou **polohovací zařízení**, která umožňují nebo usnadňují běžné činnosti jako je čtení, psaní, hraní, stravování. Usnadňují ošetrovatelskou péči, transport, zajistí stabilní polohu dítěte s DMO. Mohou sloužit i k rozvoji psychomotorických funkcí. Mezi tyto prostředky patří **polohovací lehátka, pojízdné sedačky s pracovní plochou, vertikalizační stojany, polohovací vaky**.

Plné uplatnění v týmové péči o pacienty s postižením hybnosti nacházejí **alternativní terapeutické přístupy** jako doplňující metody léčebných postupů. Terapie se ve slovníku vymezuje jako – způsob léčení. V kontextu se zdravotním postižením se terapie většinou využívá jako součást celého komplexu léčebných metod. Důvodem volby alternativních způsobů podle Krause (2005) je snaha o zlepšení kvality života, doplnění tradičních postupů a zmírnění určitých doprovodných obtíží. Nejčastěji využívanými alternativními metodami jsou masáže, hydroterapie či aquaterapie.

Müller (2004) třídí jednotlivé terapie podle prostředků, kterých užívají, do základních skupin: terapie hrou, pracovní terapie, psychomotorické terapie, arteterapie a zooterapie. Zooterapie je speciální forma léčebné terapie za pomoci zvířat. U nás je známá v podobě *hipoterapie* – léčebný kontakt člověka a koně a *canisterapie* – léčba s účastí psa.

Hipoterapie je rehabilitační metoda využívající koně pro léčebné účely. Pohyb koně si vynucuje pohybovou kompenzaci ze strany jezdce. Pro člověka s tělesným postižením představuje specifickou rehabilitaci. Trup jezdce je vystaven účinku pohybu koňského hřbetu, který vyvolává stejné reakce jako fyziologický pohyb zdravých dolních končetin při chůzi. Senzomotorické impulsy se přenášejí také na páteř, která se stimulací mezižeberních a zádových svalů napřimuje. Kromě rovnání páteře dochází i k prohlubování dechu. Hipoterapie zlepšuje chůzi, oslabuje svalové napětí, pomáhá rozvoji dosud nezvládnutých pohybů, koordinaci pohybu, zesílení a sjednocení senzomotoriky, zlepšení rovnováhy. Při terapii je využívána i tělesná teplota koně, která je významným relaxačním faktorem pro ztuhlé svalstvo u tělesně postižených. Hipoterapeutickou léčbu musí provádět vyškolený fyzioterapeut.

Canisterapie získává stále více příznivců, hlavně mezi dětmi se zdravotním postižením. Pro postižené dítě je pes vydatným zdrojem podnětů k pohybu a komunikaci. Vhodně zvolenými činnostmi přispívá k rozvoji jemné i hrubé motoriky, vybízí k verbální i neverbální komunikaci, poskytuje možnost relaxace. U dětí s DMO se uplatňuje polohování, kdy vlivem sdíleného tepla dochází k uvolnění svalového napětí a abnormálního držení. Psi podněcují ke hře a k pohybu. Canisterapie má velký vliv na rozvoj psychiky a přispívá ke zlepšení komunikace dětí s prostředím, vyžaduje ohleduplnost vůči zvířeti (Müller, 2007).

Ani v tomto oboru však nelze experimentovat. Canisterapie rozhodně patří do rukou odborníků. Je třeba brát v úvahu individualitu každého jedince a též individualitu každého psa.

Bazální stimulace je formou terapie pro jedince s těžším kombinovaným postižením. Vítková (in Pipeková, 2006) uvádí, že bazální stimulace je pokus nabídnout jedincům s těžším kombinovaným postižením možnosti pro jejich osobnostní rozvoj. Pojmem *bazální* jsou míněny základní podněty v nejjednodušší formě. Pojem *stimulace* znamená podněty všude tam, kde jedinec s těžším postižením není schopen se sám postarat o přiměřené podněty pro svůj výkon. Zjednodušeně lze stimulaci chápat jako podněcování nebo výzvu pro vlastní rozvoj. Za základní princip bazální stimulace je považováno, že pomocí těla je možno uvést jedince do reality, zprostředkováním zkušeností a vjemů. Vítková (2006, s. 343) se domnívá, že „*prostřednictvím pohybu a vnímání se vytvářejí tělesné zkušenosti, které jsou neoddělitelné od naší osoby a jsou neoddělitelně spojené s lidskou interakcí*“.

Mezi základní oblasti bazální stimulace patří: *somatické podněty* (povrch těla je využíván jako orgán vnímání), *vibrační podněty* (dítě se učí cítit vibraci), *vestibulární podněty* (dítě se učí vnímat v různých směrech – pohyb nahoru, dolů, dokola), *orální podněty* (aktivovat oblast úst – orální hry, podněty čichové a chuťové), *akustické podněty* (dítě se učí reagovat na podněty, které nejsou bezprostředně vztažené k tělu – tóny, zvuky, hluk), *taktilněhaptické podněty* (umožnit rukama něco cítit), *vizuální podněty* (dítě se učí chápat každodenní předměty a lidi jako objekty určené ke zrakovému vnímání).

Pomocí bazálních (základních) podnětů lze u dětí s těžším nebo kombinovaným zdravotním postižením dosáhnout alespoň částečně kontaktu s okolím. Ze své zkušenosti vím, že bazální stimulace je nositelem příjemných pocitů a chvil radosti.

Cvičení na míči je podle Krause (2005) oblíbenou a často využívanou rehabilitační technikou u dětí s DMO. U malých dětí a dětí s těžším postižením slouží především k polohování. Jemné pohupování a vychylování na děti působí pozitivně, provádění balančních cviků vede ke stimulaci svalových skupin, které se běžně méně zapojují.

2 Socializace dítěte s dětskou mozkovou obrnou jako předpoklad úspěšné integrace

Předpokladem úspěšné integrace dítěte s postižením je probíhající proces osvojování si lidských norem chování, hodnot a mezilidských vztahů – **socializace**. V socializaci se formují poznávací procesy i emoce, celá osobnost. To vše probíhá od raného dětství v rodině, která je bezpochyby primární a nejdůležitější skupinou, kde socializace probíhá. Později se přidává škola a dále působení různých společenských skupin a institucí.

2.1 Rodina a dítě s dětskou mozkovou obrnou

Rodina je pro každé dítě nejdůležitějším prostředím v počátcích jeho vývoje. Příchod dítěte do rodiny znamená velikou změnu v režimu všech jejích členů. V případě narození dítěte s postižením je zatížení rodiny mnohokrát větší. Dítě klade vyšší nároky na čas rodičů, jejich tělesnou a duševní námahu a péče o něj také vyžaduje vyšší finanční náklady. Rodiče se ocitají v neočekávané situaci a většinou prožívají hluboké zklamání. Pro dítě je důležité, jak tuto skutečnost přijmou.

V kojeneckém věku dítěti s postižením hrozí zvýšené riziko, že nebude dostatečně stimulováno a citově přijímáno, neboť jeho rodiče ještě nejsou s jeho postižením vyrovnáni. „*Způsob prožití prvního roku života ovlivňuje základní postoje k životu, tj. bazální životní strategii.*“ (Vágnerová, 1999). Tyto strategie se vytvářejí na základě možností, které dítě má, a zkušeností, které získá. V případě postiženého dítěte často převažuje apatie a pasivita, velmi často i podporovaná přístupem rodičů. Dítěti s postižením běžná

stimulace k optimálnímu rozvoji nestačí. Záleží na postojích členů rodiny, zda si uvědomují, že jejich dítě musí být rozvíjeno jinými metodami.

Rodiče potřebují především vědět, jak ke svému dítěti přistupovat. Bez správného porozumění projevům a potřebám dítěte jsou omezeny možnosti jeho vhodného výchovného vedení a podněcování. Rodiče před tímto úkolem často zůstávají bezmocní. Matějček (1992) považuje za důležité, aby každá diagnóza a každý výrok určující stav dítěte byly následovány výrokem o výhledech a východiscích. Jednou ze základních psychických potřeb je otevřená budoucnost, čili životní perspektiva. Kraus (2005, s. 268) uvádí, že *„kromě popsání postižení, jeho pravděpodobných příčin a možné prognózy musí obsahovat i naději na řešení, na možnost pomoci a spolupráce, směřující k jedinému cíli – postižení odstranit, minimalizovat, či kompenzovat a naučit se s ním žít.“*

Pokud se rodiče smíří s postižením svého dítěte, změní uspořádání svého rodinného života tak, aby splňoval požadavky dítěte s postižením i všech ostatních členů rodiny. V klasickém schématu vyrovnání se s narozením postiženého dítěte hrají roli jednotlivé fáze – negace, vzpoura, smlouvání, apatie, smíření. V současné době se podle Krause (2005) a Vítkové (1998) jedná o tzv. **coping – proces**, tedy proces zvládnutí situace a sžití se s problémem.

Na úspěšnosti procesu zvládnutí situace jsou závislí samozřejmě i sourozenci dítěte s postižením. Podle Vágnerové (1999) se v rodině mohou vyskytnout extrémní postoje a očekávání rodičů ve vztahu ke zdravým sourozencům dítěte s postižením. Jednou variantou takového postoje může být koncentrace pozornosti a zájmu na dítě s postižením a odsunutí zdravých potomků do pozadí. Druhým extrémem je naopak zaměření pozornosti a zájmu na zdravé dítě jako prostředek kompenzace strádání s dítětem s postižením. Oba přístupy mohou být zátěžovou situací

pro zdravé sourozence, vzhledem k nepřiměřeným nárokům a očekáváním rodičů.

Sourozenci jsou součástí života dítěte s postižením. Sourozenci bývají spojenci i soupeři, ale dítě s postižením vzhledem ke svým neodpovídajícím kompetencím rovnocenným soupeřem být nemůže. Těžko lze v takovém případě dosáhnout skutečné vztahové rovnováhy, která je běžná mezi zdravými sourozenci. Zdravý sourozenec většinou přijímá dominantně – ochrannou roli. I dítě s postižením by mělo být přijímáno jako rovnoprávný člen rodiny, na kterého jsou kladeny přiměřené požadavky.

I přesto, že působení rodičů na dítě má klíčový význam, je rodina skupina příliš specifická a sama nestačí k osvojení všeho, co člověk potřebuje k dobré interakci a komunikaci s lidmi.

2.2 Dítě s dětskou mozkovou obrnou a širší sociální okolí

V období předškolního věku, které Květoňová-Švecová (2004) považuje především za dobu intenzivního rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace, se společenské prostředí dítěte rozrůstá o další socializační instituci, a tou se stává mateřská škola. O úkolech mateřské školy a možnostech vzdělávání dětí s postižením blíže pojednává kapitola 3.

Mateřská škola podporuje výchovné působení rodiny a doplňuje je o specifické podněty. Pomáhá mu k maximálnímu rozvoji dovedností a návyků. Dítě zde získává často první sociální zkušenosti, vytváří si první sociální vazby k vrstevníkům, k učitelům. Společenské vztahy se realizují zejména ve společné činnosti, jako jsou dětské hry a nejrůznější aktivity. Nedostatek zkušeností ze společné činnosti v dětství vede k nedostatkům v rozvinutí sociálních dovedností. Omezování styku s vrstevníky ztěžuje

jeho osvojení a formování důležitých sociálních dovedností (Čáp, Mareš, 2001).

Socializace dítěte s postižením je složitý proces s mnoha rozpory, ale i možnostmi nepříznivého vývoje. Tak jako rodina se potýká s problémy v souvislosti s přijetím dítěte s postižením, může být i zařazení dítěte do běžné mateřské školy spojeno s obtížemi a konflikty. Podle Vágnerové (1999) se dítě naučí chápat, že má odlišnou sociální roli a někdy získá i zkušenost s odmítáním či negativním hodnocením zdravými vrstevníky. Dítě tak poznává prostředí, do kterého by se mělo začlenit a učí se zvládat nepříjemné emoce.

Podle Čápa a Mareše (2001) dochází ve vzájemném styku lidí a v jejich společné činnosti k sociální interakci – jeden člověk působí na druhého. Jde o vzájemnou interakci. Součástí sociální interakce je sociální komunikace, čili výměna informací, která probíhá mezi matkou a dítětem, mezi dětmi při hrách, mezi učitelem a dítětem. Komunikace je důležitou součástí socializace.

2.3 Komunikace dítěte s dětskou mozkovou obrnou

Potřeba komunikovat s okolím je přirozenou potřebou každého člověka. Jak již bylo výše uvedeno, u dětí s DMO dochází v důsledku organického postižení CNS k poruchám hybnosti mluvních orgánů a tím k narušení komunikační schopnosti. Kraus (2005) uvádí, že téměř tři čtvrtiny dětí s DMO trpí vývojovou dysartrií. Dysartrie je považována za poruchu motorické realizace řeči. Podle Klenkové (2006) jsou postiženy všechny řečové komponenty, mezi něž patří respirace (dýchání), fonace (tvorba hlasu), artikulace (výslovnost), prozodické faktory řeči (přízvuk, intonace, tempo, pauzy, hlasitost).

Terapie dysartrie spočívá v propojení somatické léčby s rozvojem komunikačních schopností. Kraus (2005) považuje za důležitý kontakt logopeda s fyzioterapeutem. Užívají se již výše zmíněné rehabilitační metody rozvíjející hybnost. S rozvojem hybnosti souvisí i podpora rozvoje mluvních orgánů a rozvoje komunikační schopnosti.

Pokud se nepodaří u dítěte rozvinout verbální komunikaci natolik, aby bylo schopno se dorozumět, je žádoucí mu umožnit užívání náhradního komunikačního systému. Volba některého ze systémů **alternativní a augmentativní komunikace** (dále jen AAK) závisí na možnostech dítěte v oblasti motorické, rozumové, sensorické, komunikační, psychické i sociální. Důležité je respektování individuálních možností a potřeb dítěte. Klenková (2006) uvádí, že je vhodné zavést a užívat současně více komunikačních systémů, které se vzájemně doplňují a umožňují multisenzoriální přístup. Obvykle se však nevyužívají více než tři systémy současně. Při zavádění některého ze způsobů komunikace využíváme zpočátku reálné předměty, pak fotografie a obrázky, symboly a písmo.

Některé komunikační systémy vyžadují použití pomůcek. Patří mezi ně známé a často využívané **piktogramy**. Piktogramy jsou obrazové komunikační symboly zobrazující předměty, činnosti nebo vlastnosti. Jednoduchým řazením je lze skládat do vět. Jsou srozumitelné a snadno zapamatovatelné. Zejména pro děti s autismem, ale i pro děti s DMO je určený **Výměnný obrázkový komunikační systém – VOKS**. Komunikace probíhá výměnou obrázku za oblíbenou věc za slovního doprovodu učitele. VOKS je rychle osvojitelný a dobře využitelný. **Bliss** je grafický symbolový systém. Jednotlivé symboly, v mnoha případech abstraktní, se skládají z jednoduchých geometrických vzorců.

Ze systémů AAK bez využití pomůcek je v praxi často využívaný **Makaton**. Jedná se o manuální znaky doplněné mluvenou řečí, gesty, mimikou. U malých dětí se kombinuje s obrázky nebo piktogramy.

Nejdůležitější zásadou pro rozvoj funkční komunikace je zahájení včasné logopedické intervence.

3 Možnosti edukace dítěte s dětskou mozkovou obrnou v raném a předškolním věku

Pohybové postižení ovlivňuje člověka v celé jeho osobnosti. Omezení pohybu vede k podnětové a zkušenostní deprivaci. Různé výzkumy dokládají, že existuje úzká vazba mezi pohybem a vnímáním. Neumann (1977) na základě svých šetření u dětí s mozkovým hybným postižením konstatuje, že omezené pohybové zkušenosti vedou ke změně v oblasti vnímání. V těchto souvislostech Piaget (1997) poukazuje na existenci souhry mezi pohybem, vnímáním a kognicí. Jelikož o psychickém vývoji dítěte je známo, že si osvojuje kognitivní struktury pronikáním do prostředí, dá se říci, že se dítě učí při pohybu a pohybem (Květoňová-Švecová, 2004). Děti s pohybovým postižením jsou omezeny v možnostech získávat vlastní zkušenosti z prostředí, a tak se optimálně rozvíjet. Jak již bylo zmíněno, nejdůležitějším obdobím pro stimulaci rozvoje mozku se považuje první rok života dítěte. Proto je nutné zahájit včasnou intervenci.

3.1 Speciálně pedagogická péče v raném věku

Situaci rodiny s dítětem s postižením pomáhají zvládnout **Střediska rané péče**. Hlavním úkolem jejich práce je poradenství rodičům a podpora dítěte. Jedná se o systém služeb a programů, prostřednictvím kterých poskytují Střediska rané péče podporu rodinám dětí se zdravotním postižením od narození do sedmi let věku dítěte – v případě kombinované vady. Funkčnost podpory závisí především na úzké spolupráci všech zainteresovaných odborníků s rodiči postiženého dítěte.

Cílem je zmírnit následky postižení a poskytnout rodině i dítěti možnosti sociální integrace. Služby rané péče jsou poskytovány převážně v rodinném prostředí, které je pro malé dítě nejpřirozenějším a kde se cítí nejjistější. Zde snadněji přijímá nové věci a lépe se učí novým dovednostem.

Vítková (2006) teoreticky vychází z poznatku, že mozek malého dítěte je schopen v mnohem větším rozsahu regenerace a kompenzace vzniklých poškození. Tento rozvoj je podstatně závislý na včasných vývojových šancích. Bergeest (in Vítková, 2006) se domnívá, že význam rané podpory postižených dětí spočívá ve velké ovlivnitelnosti a schopnosti učení raného dětského organismu se zřetelem ke kognitivnímu i sociálně-emocionálnímu vývoji.

Včasné odhalení, správná diagnóza postižení a zahájení péče v raném věku sehrává nenahraditelnou úlohu v budoucnosti dítěte. Pokud nemá dítě v tomto období dostatek vhodných podnětů ke svému rozvoji, nikdy nemusí určitých schopností, dovedností, vlastností a návyků dosáhnout. Podle Ludíkové (2004) je obecně známo, že první roky života dítěte do značné míry předurčují rozvoj psychických a fyzických předpokladů, ale i sociálních postojů dětí a mají klíčový význam pro utváření jejich osobnosti. Uvedené se týká jak dětí zdravých, tak i s postižením. Útlý věk je období velmi rychlého vývoje. V době od narození do tří let se dítě rozvíjí po všech stránkách jako již nikdy v pozdějším věku.

Specifika služeb rané péče vymezuje Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách a Vyhláška č. 505/2006 Sb. k provedení zákona o sociálních službách.

3.2 Speciálně pedagogická péče v předškolním věku

Nepostradatelnou funkci při edukaci dětí s postižením mají školská poradenská zařízení, která zajišťují pro děti a jejich zákonné zástupce diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost. Mezi školská poradenská zařízení patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra.

Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) poskytují pedagogické poradenství dětem zpravidla od tří let věku až do doby ukončení školní docházky. Většinou jsou zřizována při MŠ speciálních a ZŠ speciálních. Orientují se také na školská zařízení, ve kterých jsou integrovány děti se zdravotním postižením.

SPC se specializují na komplexní péči o děti s určitým druhem postižení, případně o děti s více vadami. Mezi standardní činnosti SPC se řadí zejména vyhledávání dětí se zdravotním postižením a jejich speciálně pedagogická diagnostika. Zabezpečují speciálně pedagogickou a psychologickou péči. Ve spolupráci s rodinou, školou, školským zařízením a odborníky poskytují odbornou pomoc v procesu integrace do společnosti – pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí. Provádějí konzultace pro rodiče, pedagogické pracovníky škol a školských zařízení. Poskytují metodickou podporu rodičům a pedagogům, zpracováním podkladového materiálu se podílí na vytváření individuálního výchovně vzdělávacího plánu. Zapůjčují odbornou literaturu a podle potřeb i kompenzační pomůcky. Zajišťují všestrannou podporu optimálního psychomotorického a sociálního vývoje dětí se zdravotním postižením – provádějí ucelenou rehabilitaci. Komplexní péče je zaměřena nejen na dítě s postižením, ale na celou jeho rodinu.

Stěžejním úkolem je pravidelná a dlouhodobá práce s dítětem a jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru nebo ve školním zařízení, popř. v rodině.

Současným trendem v poskytované péči u dětí se zdravotním postižením zůstává i nadále kladení důrazu na úzkou spolupráci všech odborníků, kteří o dítě pečují, a na nezastupitelnou úlohu rodiny.

Činnost SPC vymezuje Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

3.3 Úloha mateřské školy v edukaci dítěte s dětskou mozkovou obrnou

Po dosažení tří let může být i dítě s postižením zařazeno do předškolního vzdělávání. Může navštěvovat běžnou mateřskou školu (formou tzv. integrace), speciální třídu v běžné mateřské škole nebo mateřskou školu speciální.

Jak uvádí Bazalová (2006), vzdělávání plní funkci diagnostickou (vzhledem k zařazení dítěte do dalšího vzdělávání), reedukační (rozvoj postižených funkcí s ohledem na kognitivní procesy), rehabilitační, léčebně-výchovnou a respitní (úleva rodičům starajícím se o dítě).

Při výchově a vzdělávání dětí s postižením je třeba vzdělávací proces přizpůsobit tak, aby jeho naplňování maximálně vyhovovalo dětem, jejich potřebám a možnostem. Snahou pedagogů by mělo být vytvoření co nejoptimálnějších podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, aby dosáhlo co největší samostatnosti. Ludíková (2004) se domnívá, že předškolní vzdělávání dětí s postižením má mít svým pojetím, výchovným zaměřením a organizací života pozitivní vliv na pozdější úspěšnost dětí, úroveň jejich výkonu i schopnost společenské integrace.

Velmi důležitou složkou ve výchovně-vzdělávací práci je rozvoj hrubé i jemné motoriky. S dítětem se provádí individuální cvičení dle doporučení fyzioterapeuta. Lze je doplnit i dalšími terapiemi – pobytem v bazénu, zooterapií. Vítková (1999) uvádí, že zlepšení lokomoce má příznivý vliv na zlepšení po stránce psychické. Pro rozvoj jemné motoriky je třeba věnovat pozornost manipulačním činnostem, nejlépe formou hry, a grafickým činnostem. Nelze opomenout důležitost rozvoje komunikačních schopností a samostatnosti v sebeobsluze. Vzhledem k tomu, že děti s DMO často trpí poruchami v oblasti vnímání, je třeba se zaměřit na rozvoj kognitivních procesů a senzomotorického vnímání.

Podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním postižením jsou závislé na druhu a stupni postižení. Švarcová (2003) se domnívá, že v předškolním věku by všechny děti s postižením, které jsou toho schopny, měly navštěvovat předškolní zařízení.

Podmínky předškolního vzdělávání vymezuje Školský zákon č. 561/2004Sb. a Vyhláška č. 14/2005Sb. o předškolním vzdělávání. Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je uzákoněno ve Vyhlášce č. 73/2005Sb.

3.3.1 Podmínky edukace dítěte s postižením předškolního věku

Jak ukazuje současný vývoj, učitelé běžných škol a školských zařízení se budou stále častěji setkávat se společnou výchovou a vzděláváním dětí zdravých a dětí s postižením. Rodiče ve stále větší míře využívají svého práva a volí zařazení svého dítěte již od předškolního věku do běžného typu škol. Důvodem takového řešení může být dostupnost běžné školy a tím nenarušení kontaktu dítěte s rodinou. Doprava dítěte do školy je v mnoha případech rozhodujícím činitelem při výběru školního zařízení.

Integrace se vysvětluje jako zařazení dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení běžného typu. Podle Michalíka (2001, s. 11) „*je integrace chápána jako nejvyšší stupeň procesu, v němž postižený „usiluje“ o začlenění do společnosti*“. O inkluzi lze hovořit v případě, kdy jsou děti plně zapojeny v běžné heterogenní třídě a jsou jim vytvořeny podmínky pro optimální rozvoj vzdělávacích schopností a pro rozvoj sociálních vztahů, rozvoj osobnosti.

V běžné mateřské škole se může dítě vzdělávat formou individuální integrace, nebo formou integrace skupinové, kdy je možno v mateřské škole zřizovat pro děti s postižením speciální třídy, oddělení nebo skupiny. O přijetí dítěte s postižením rozhoduje ředitel školy na základě písemného vyjádření školského poradenského zařízení, popřípadě doporučení dětského lékaře. Pokud je dítě integrováno do běžné mateřské školy, spolupráce se SPC musí být zajištěna. Ředitel rozhoduje o stanovení zkušební doby pobytu dítěte v mateřské škole zpravidla na dobu tří měsíců. V průběhu této doby může ředitel rozhodnout o ukončení předškolního vzdělávání na základě doporučení lékaře nebo poradenského zařízení.

V mateřské škole je dítě vedeno prostřednictvím **individuálního vzdělávacího plánu** (dále IVP), na jehož tvorbě a realizaci se podílejí všichni, kteří s dítětem pracují, včetně jeho rodičů. IVP vychází ze školního vzdělávacího programu. Opírá se o výsledky speciálně pedagogické diagnostiky, popřípadě závěry vyšetření lékařů a dalších odborníků. Je součástí dokumentace dítěte a stává se závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb. IVP obsahuje konkrétní výchovně vzdělávací cíle, jichž má být dosaženo, a prostředky speciálně pedagogické podpory, kterých bude k jejich naplnění použito. Dále je třeba specifikovat speciálně pedagogické metody, postupy a organizační formy práce s dítětem (Michalík, 2001).

Zásadní podmínkou pro úspěšný průběh integrace je maximální snížení rizik, která s sebou integrované vzdělávání nese. Mezi základní faktory, které ovlivňují integraci, patří rodiče a rodina, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, forma integrace, prostředky speciálně pedagogické podpory a další faktory – architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených.

Rodiče a rodina mají výsadní postavení v péči o dítě s postižením. Ve vztahu k integraci je důležitá fáze vyrovnání se s postižením dítěte. **Škola** by měla pro dítě s postižením vytvořit určité sociokulturní zázemí. Je třeba zajistit bezproblémové přijetí dítěte s postižením ostatními dětmi, aby s ním nebylo zacházeno se soucitem, a aby nezůstalo sociálně izolováno. Neméně důležitý je **učitel** a jeho role. Proto musí být zajištěny personální podmínky, a to i po stránce odborné. Rovněž situace, kdy se pedagog věnuje pouze dítěti s postižením a na práci s ostatními dětmi mu zbývá málo času, je nevyhovující. **Poradenství** a metodickou podporu poskytuje mateřské škole SPC. **Integrace** může probíhat formou individuálního zařazení dítěte s postižením do běžné třídy mateřské školy nebo zařazením do speciální třídy takové školy. Mezi **prostředky speciálně pedagogické podpory** se řadí zejména možnosti využití asistenta pedagoga či osobního asistenta, zapůjčení či pořízení speciálních kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek a jejich využití. Potřebná je úprava vzdělávacích podmínek – snížené počty dětí ve třídě, ve skupině, další možné úpravy dle IVP. **Architektonické bariéry** jsou problémem většiny škol a školských zařízení, hlavně v menších městech a obcích, kde jsou tato zařízení majetkem obcí a ty musí úpravy hradit ze svého rozpočtu. Náhradním řešením v těchto případech bývají schodolezy. **Sociálně psychologické mechanismy** vyjadřují postoje, soudy, stanoviska, opatření a řešení, která se týkají nejen integrace, ale dětí s postižením obecně. **Organizace zdravotně postižených** sehrávají

důležitou úlohu při vytváření podmínek pro integrované vzdělávání dětí s postižením.

Podmínky edukace – integrace jsou multidimenzionální. Významnou měrou se zde uplatňují osobnostní a charakterové vlastnosti dítěte, vlohy a dispozice, zdravotní stav – druh postižení. Jak již bylo uvedeno výše, edukaci ovlivňuje i vnější prostředí, v němž edukační proces probíhá. Materiální, společenské a přírodní prostředí působí více či méně svými podněty.

Jak již bylo uvedeno výše, děti s postižením se mohou vzdělávat formou individuální integrace v běžné mateřské škole. Tento způsob vzdělávání je upřednostňován, pokud má škola vytvořeny optimální podmínky a pokud to odpovídá potřebám a možnostem dítěte.

Existují i další možnosti vzdělávání dětí s postižením. Ve zvláštních případech může individuální integrace probíhat i ve speciální škole určené pro děti s jiným druhem zdravotního postižení.

Vzdělávání formou skupinové integrace probíhá ve třídě zřízené pro děti se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro děti s jiným druhem zdravotního postižení. Do některých aktivit jsou děti ze speciálně zřízené třídy v rámci svých možností zapojeny společně s ostatními spolužáky.

Vedle integrovaného vzdělávání se děti s postižením mohou vzdělávat ve speciálních školách, kam by měly být zařazovány výhradně v případě, kdy je to v jejich nejlepším zájmu.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 Uvedení do problematiky praktické části

Teoretická část se problematikou DMO a edukací dětí s touto diagnózou zabývá z obecného úhlu pohledu. Následující, praktická část, seznamuje s konkrétním případem individuální integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do běžné mateřské školy.

4.1 Vymezení cílů praktické části bakalářské práce

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce je popsat specifika integrace dítěte s těžkým kombinovaným postižením do mateřské školy. Dále pak charakterizovat jeho individuální pokroky v oblasti rozvoje dílčích dovedností během roční docházky do mateřské školy.

Tento cíl je parciálně naplňován mj. prostřednictvím cílů dílčích:

C1: Popsat vliv dětského kolektivu na rozvoj osobnosti dítěte s DMO.

C2: Charakterizovat vliv přítomnosti dítěte s DMO ve třídě běžné mateřské školy na třídní kolektiv, tj. specifikovat, jaké vztahy se mezi účastníky integračního procesu projevují, a vyzorovat, jak se integrace odráží v chování a jednání ostatních vrstevníků.

C3: Popsat podmínky integrace dítěte s DMO v prostředí vybrané mateřské školy.

4.2 Výzkumné metody praktické části bakalářské práce

Jak již bylo řečeno v úvodu, k získání materiálu pro bakalářskou práci, bylo využito metody kvalitativního výzkumu, a to participačního pozorování.

Participační pozorování je dlouhodobé, většinou trvá i několik měsíců. Záměrem je, aby se pozorovatel sžil s prostředím, aby hluboce pronikl do chování a myšlení osob, které pozoruje. Pozorovatel se sám účastní na aktivitách pozorovaných osob, případně se i sám podílí na činnosti společně s pozorovanými osobami. Proto se pozorování nazývá „účastnické“ a výzkumník proto ve výzkumné zprávě hovoří i o sobě. V tomto případě používá 1. osobu jednotného čísla (Gavora, 2000).

4.3 Charakteristika průběhu výzkumného šetření, popis výzkumného vzorku

Pozorování bylo zaměřeno na integrovanou Aničku a ostatní děti, které byly do procesu integrace zapojeny.

Hlavním zdrojem dat se staly podrobné zápisky z prostředí, činností a situací, i doslovných výroků Aničky a výzkumníka. Každý den byly zaznamenávány postřehy výzkumníka z jeho působení mezi dětmi tak, jak v průběhu dne, po dobu deseti měsíců, probíhaly. Během pozorování, od září do června, bylo nashromážděno přibližně dvě stě stran zápisků a poznámek.

Při zpracovávání údajů byly jednotlivé události rozděleny do několika obsahově stejných kategorií. V jednotlivých kategoriích jsou pak události řazeny chronologicky tak, jak se vyvíjely postupem času. Vzhledem k tomu, že se výzkumník účastnil na aktivitách zkoumaných osob, v popisu

některých situací hovoří i o sobě. Ze získaných a utříděných dat byly vyvozeny závěry pro hodnocení výsledků vzdělávacího procesu.

Pozorování se uskutečňovalo v heterogenní třídě čtyř až sedmiletých dětí, s průměrným počtem patnácti docházejících dětí. Integrovaná Anička s diagnózou DMO nastupovala do MŠ v září ve věku 4 roky 9 měsíců. Její docházka byla celodenní, z kapacitních důvodů mateřské školy musela být omezena na dva dny v týdnu.

Pedagogickou činnost v ranních hodinách zajišťovala jedna učitelka a přítomna byla osobní asistentka dítěte – výzkumník, od dopolední svačiny se edukace účastnila i druhá učitelka. Osobní asistentka byla přítomna po celý den.

Jak již bylo zmíněno v úvodu, byla osobní asistentce – výzkumníkovi svěřena výchovně-vzdělávací činnost. Anička byla do edukačního procesu zapojena prostřednictvím individuálního vzdělávacího plánu (příloha 1). Činnosti byly voleny v závislosti na momentálním rozpoložení a zájmu dítěte.

5 Integrovaný pobyt dítěte s diagnózou dětská mozková obrna v mateřské škole

Dívka s diagnózou DMO, Anička, nastoupila do mateřské školy (dále MŠ) v září. V prosinci téhož roku dosáhla 5 let věku. Do MŠ docházela dvakrát týdně na celý den.

V září bylo v MŠ provedeno speciálním pedagogem ze SPC diagnostické vyšetření, z něhož vzešly tyto údaje:

Diagnóza: DMO – forma kvadraparetická s převážným postižením dolních končetin, mentální retardace těžkého stupně.

Motorické projevy: Anička nechodí, leze po kolenou, předměty uchopuje dlaní.

Hygiena: Čistotu neudrží, nosí pleny.

Komunikace: Nefunkční, nemluví, nerozumí obrázkům, na pokyny nereaguje.

Socializace: Je zcela závislá na pomoci druhých. Změnu prostředí a lidí přijímá bez potíží.

Přidružené poruchy: Strabismus, sekundární epilepsie.

5.1 Komplexní charakteristika vývoje u dítěte s dětskou mozkovou obrnou v prostředí mateřské školy

Z rodinné anamnézy: Rodina, ve které Anička vyrůstá, je úplná. Matka i otec jsou zdraví. Tělesná konstituce obou je mohutnější, jsou velké postavy. Anička zdělila tyto dispozice po rodičích, na svůj věk je velká. Je narozena jako jedno z dvojčat. Druhé dvojče, chlapec, je zdravý. V době nástupu chlapce do MŠ (4 $\frac{3}{4}$ roku) jsou jeho komunikační dovednosti velmi opožděné. Jeho řeč je nesrozumitelná, projevuje se výkřiky,

výskáním, nepřírozenými pohyby tělem, máváním rukama. Podle projevů chlapce lze usuzovat, že obě děti byly izolovány od komunity ostatních dětí. Následně chlapec po dvouleté docházce do MŠ dosáhl úrovně svých vrstevníků a v šesti letech nastoupil do základní školy.

Adaptace Aničky na prostředí MŠ: První týden docházky Aničky do MŠ se dopoledních činností účastnila matka. Bylo důležité seznámit se s rituály, které Anička upřednostňovala a pochopit její případné projevy a reakce v určitých situacích. Vzhledem k tomu, že Anička neprojevovala závislost na přítomnosti matky, nebylo nutné, aby matka v dalších dnech v MŠ pobývala.

5.1.1 Specifika komunikace s integrovaným dítětem s diagnózou dětská mozková obrna

Prvním a nejdůležitějším úkolem mé práce v MŠ bylo nalezení srozumitelné a efektivní komunikace s Aničkou, později i komunikace mezi Aničkou a samotnými dětmi. Musím přiznat, že mé znalosti v té době nebyly na takové úrovni, abych se pokoušela o některý ze systémů alternativní komunikace, a tak jsem jednala spíše instinktivně. Samostudiem a hledáním nových informací, jsem získala alespoň základní potřebné dovednosti, které jsem uplatňovala.

Z finančních a materiálních důvodů mi nebylo umožněno zrealizovat snahy o vytvoření obrázků pro komunikaci. Prostor pro komunikaci tak dostaly pouze reálné předměty: např. talířek s hrníčkem, boty, nočník, panenka, tužka a papír, dřevěné kostičky, rehabilitační míč.

Jak je uvedeno dále v textu, snažila jsem se u Aničky rozvíjet i verbální komunikaci. Veškerou činnost jsem doprovázela jednoduchými slovními pokyny, na některé z nich se Anička naučila reagovat, některé i využívala.

Rozvoj komunikace tak probíhal při běžných činnostech prováděných v MŠ, při hrách i didakticky cílených aktivitách.

Určitou formou komunikace, kterou jsem Aničce usnadňovala vnímání, byla *bazální stimulace*. Činnosti z oblasti bazální stimulace byly ve velké míře obsaženy v IVP a často se stávaly součástí her a jiných činností.

Taktilní podněty – otáčení a zvedání na otáčecím křesle Aničce přinášelo nové poznatky z prostorové orientace. Tření houbičkou po těle i namáčení rukou do studené a teplé vody bylo Aničce příjemné. Hry s vodou vyžadovaly úpravu prostředí, Anička všude kolem cákala. Pobyt na sněhu zprostředkoval kontakt s nepevnou podložkou a studeným pocitem.

Orální podněty – orální hry („Hra na čerta“ „Hra na indiána“) se Anička učila od dětí. Často si strkala při hře předměty do pusy.

Optické a akustické podněty – mluvení zblízka jsem praktikovala při uspávání. Anička se soustředěním pozorovala, jak se mi rty pohybují. Poslouchala tikot hodin. Při pohledech do zrcadla nejevila žádné známky zájmu.

5.1.2 Charakteristika tělesného vývoje u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

Poruchy hybnosti jsou typickými projevy DMO. Tělesný vývoj dětí s touto diagnózou má v závislosti na formě DMO svá specifika.

Lezení – Anička se pohybovala po kolenou. Při lezení pravidelně střídala nohy (nepohybovala se přískoky), což je důležité pro omezení zatížení kloubů. V prvních dnech se přesunovala jen velmi málo, později, když si zvykla na prostředí, využívala celé plochy třídy i herny.

Sed – pokud si Anička s něčím hrála, klečela na podlaze se zadečkem posazeným mezi patami. Jiná poloha sedu na zemi u ní vzhledem ke spasticitě a zkráceným podkolením vazům nebyla možná. Při sedu na zemi byl nutný abdukční polohovací klín, který měla Anička zasunutý mezi kolena a seděla na něm. Pánev se dostala do vyšší polohy a byla zachována správná pozice kyčlí, čímž se omezilo nebezpečí luxace. Klínek byl vybaven na obou jeho delších stranách širokou gumou, kterou se fixoval Aničce na nohy. Pokud Anička kousek popolezla, klínek měla stále s sebou a mohla se kdykoli opět posadit do správné polohy.

Chůze – k chůzi Anička používala speciální ortopedickou obuv s dlahou, která sahala téměř pod koleno (příloha 3, foto 2). Tato obuv byla nutností, bez ní se Anička nedokázala postavit na nohy. V chůzi byla nestabilní, opírala se plnou vahou svého těla o svého průvodce. Nohy střídala, ale často se jí v důsledku spasticity křížily přes sebe. Rukama se držela v křečovitém sevření. Soustředění a velká námaha se projevovaly grimasami v obličeji. *Maminka nás hned první den upozornila, že Anička sice občas chodí s doprovodem, ale že vydrží jen chvíli, je hned unavená.* Při první vycházce, za přítomnosti matky, seděla Anička za jízdy na kočárku klidně, pokud se kočárek zastavil, „sunula“ se dolů a dožadovala se chůze. Společně s učitelkou jsme ji držely za ruce a chodily s ní. Vydržela chodit asi 15 minut. Projevovala spokojenost – smála se. Přání chodit na vycházce se opakovalo pravidelně.

Později jsem s Aničkou trénovala chůzi i v prostorách MŠ. Chození po chodbě se jí zalíbilo a stalo se naší pravidelnou činností. Zpočátku jsme používaly chodítko. Jak se Anička do chodítka silně opírala, klouzalo po podlaze a Anička při chůzi přepadávala vpřed nebo do strany. Nášlap na celé chodidlo se v případě chůze s chodítkem hůře dodržoval. Snažila jsem se ji při chůzi vést sama, což bylo pro mě fyzicky velmi namáhavé vzhledem k poměru vzrůstu Aničky a mému (Anička vážila 25kg

a dosahovala mi téměř po ramena). Při vedení jsem postupovala před ní pozpátku a ona se mě pevně držela oběma rukama.

Během zimního období se Anička v chůzi viditelně zhoršila. Našlapovala pouze na špičky a spasticita byla znatelnější, chodila s velkou námahou. Po tomto přechodném období se stav při chůzi opět vrátil na původní úroveň. Na chůzi se vždy projevila každá, i krátkodobá, nemoc Aničky.

Často Anička prošla svou cestu chodbou pouze tam, a zpět už se jí nechtělo. Zůstala sedět na podlaze, musela jsem ji odnést zpět do třídy.

V době, kdy se již Anička cítila dobře ve známém prostředí, nespokojovala se pouze s chůzí po chodbě. Chtěla vyzkoušet i chůzi ze schodů. Tlačila se ke schodům takovou silou, že jsem musela jejímu přání vyhovět. Chůzi zvládala bez problémů. Nejprve jsem Aničku držela za obě ruce, kterými se ona ještě držela zábradlí. Později jí stačilo moje přidržování a zanedlouho zvládla chůzi sama bez mojí podpory. Držela se rukama zábradlí, nohy nestřídala, vykračovala vždy jednou nohou.

Ke konci roku Anička zvládala chůzi po rovině (chodbě MŠ), kdy jsem ji držela za jednu ruku.

Rehabilitační cvičení – cvičení bylo pro Aničku důležitým prvkem v činnostech. Cílem bylo protažení svalů a šlach dolních končetin, posílení zádového svalstva a rukou. Rehabilitaci jsme prováděly individuálně v rámci ranního cvičení dětí. Zpočátku jsem s Aničkou na radu matky cvičila cviky, které znala z domova. Později jsem absolvovala instruktáž u fyzioterapeutky a přidala cviky nové. Výbornou pomůckou byl rehabilitační válec. Aničce sloužil k posílení zádových svalů a svalů na ruku, zároveň si mohla nenásilně protáhnout a uvolnit zatuhlé svaly (příloha 3, foto 6). Pro mě byla manipulace s Aničkou na válci jednodušší a i ona ho ráda využívala. Relaxaci na něm nikdy neodmítala. Cvičení

na válci jsem zařazovala do programu každý den a třeba i vícekrát, když Anička neměla náladu na jiné činnosti. Válec ji vždy uklidnil.

Po návštěvě ve SPC a načerpání nových vědomostí z oblasti dětských masáží, jsem i tato cvičení praktikovala s Aničkou. Masáže rukou a nohou byly zaměřeny na uvolnění spasmů končetin a uvolnění malých kloubů prstů. Aničce byla tato péče příjemná.

Lezení na žebřiny – v době, kdy Anička vnímala děti kolem sebe, začala je i napodobovat. Když viděla děti, jak lezou na žebřiny, chtěla to vyzkoušet také. Za pomoci učitelky jsem jí po žebřinách posouvala ruce, nohy podávala sama.

5.1.3 Popis vývoje jemné motoriky, hry a kresby u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

U dětí s kvadruparetickou formou DMO je výrazně postižena nejen hrubá, ale i jemná motorika, což se projevuje ve všech činnostech vyžadujících souhru svalů.

Jemná motorika – pro rozvoj jemné motoriky vyhovovala stavebnice, ve které se barevné kolíčky zasunovaly do destičky s otvory. Tato činnost Aničku zpočátku velice zaujala. Vydržela zasazovat kolíčky do té doby, dokud nebyla destička celá zaplněná. Pracovala s velkým zaujetím a úsilím (příloha 3, obr. 7; CD – kolíčky). Když jsme se k této činnosti opakovaně vracely, soustředila se stále kratší dobu.

Vhazování korálků do plastické lahve se Aničce neomrzelo. Nejprve pracovala s většími korálky a s lahví s širším hrdlem. Dokázala se koncentrovat i na větší počet vhozených korálků (8 – 10) a dlouhou dobu (10 minut). Když Anička dobře zvládla tento úkol, vyzkoušela jsem stejnou velikost korálků a plastickou láhev s užším hrdlem. Pro Aničku tato

změna znamenala větší soustředění, ale vykonávala činnost bez potíží. Náročnost jsem ještě vystupňovala a použila jsem menší velikost korálků. Zvýšilo se i soustředění Aničky a dokázala úkol splnit. Anička se ráda k této činnosti vracela. Často při ní experimentovala s házením korálků po zemi, což ji zaujalo zřejmě zvukově.

Při těchto pracovních činnostech na rozvoj jemné motoriky, kdy bylo zapotřebí maximální koncentrace, bylo nutné, aby Anička byla klidná, nepodrážděná a ochotná sama se této činnosti věnovat. Nebylo možné ji provádět kdykoli. Drobné předměty, jako byly korálky nebo kolíčky, se snažila uchopovat mezi palec a ukazovák. Při práci s korálky jsem dbala, aby používala střídavě obě ruce. Za splněný úkol dostala odměnu v podobě malé sladkosti.

Hračky a hry – U Aničky stále převládaly funkční a manipulační hry. Hry s různými kostkami, skládačkami, s autíčkem nebo panenkou. Formou těchto her se u Aničky rozvíjela i jemná motorika. Nabízela jsem jí stále nové předměty a formy her, po čase jsme se k oblíbeným opět vracely.

Anička si hrála s umělohmotnými kostkami. „Vykládala“ je z košíčku ven, pak je „nakládala“ zpět do košíčku. Komentovala jsem její činnost slovním doprovodem: „*Aničko, vykládej, nakládej.*“ Kostky uchopovala celou dlaní, používala obě ruce stejně. Předkládala jsem jí košík s kostkami pokaždé z jiné strany, pro rozvoj motoriky obou rukou. Následně jsme tuto činnost vyzkoušely s menšími dřevěnými kostkami.

Z kostek Anička dokázala stavět komínek. Opět byla žádoucí slovní motivace: „*Aničko, postav komín,*“ a následovalo předvedení požadované činnosti. Zpočátku se Aničce podařilo postavit komínek ze tří kostek. Později se jí povedlo, ne však pravidelně, postavit na sebe kostky čtyři. Jestliže jsem kostky, Aničkou na sebe postavené, ve spodní části stavby přidržovala, nastavěla jich na sebe osm. Postupně se Anička naučila na košíček s kostkami reagovat. Postavila jsem košíček před ni, a pokud

měla zájem o hru s kostkami, začala sama stavět komínek. Jestliže nebyla naladěna pro tuto hru, lezla pryč nebo košík obrátila dnem vzhůru a celý obsah vysypala, často sobě na hlavu.

Oblíbenou činností, u které se Anička dokázala soustředit deset až patnáct minut, byla hra s navlékací housenkou. Navlékání barevných kroužků na tyčku zvládala velice dobře. Několikrát za sebou opakovala postup navléknutí a zase sundání kroužků z tyčky. Obdobným typem hračky byl panáček. Pouze provedení bylo dřevěné a barevné navlékací dílky byly menší a tyčka tenčí. Ani toto nedělalo Aničce větší problémy.

Určitě nejoblíbenější Aniččinou hrou byla hra s panenkou a lahvičkou. Vydržela u této činnosti nejdéle soustředěná. Panenku svlékla z oblečků, z lahvičky na ni „cosi jako nalila“, a poté ji třela rukou po těle, „myla“. Totéž dělala někdy sama sobě na rukou a často takto „myla“ i moje ruce nebo někoho z dětí. Děti jí často své ruce nabízely samy. Společné houpání panenky a zpívání ukolébavky Aničku zaujalo. Snažila se pohyby rukou při houpání napodobovat.

Další činností, ke které se Anička ráda vracela, byla hra s dřevěnými rozkládacími houbičkami. Houbičky měly od sebe oddělovací hlavičku a nožku. Aničku zajímaly kombinace různých hlaviček a k tomu různých nožek. Držela v ruce stále jednu nožku od houbičky. Odkládala hlavičky, brala a nasazovala na nožku jiné. Stále hlavičky měnila.

V průběhu druhého pololetí roku se Anička stále více odvažovala pobývat mezi dětmi. Objevovala nové podněty pro své činnosti. Zaujala ji bedýnka s velkými kostkami stavebnice „DUPLO“. Nejprve Aničku zajímaly chrastící postavičky, později jsem jí společně se stavějícími si dětmi ukázala, jak jdou kostičky spojovat a zase oddělovat od sebe. Princip pochopila téměř okamžitě. Spojování se jí moc nedařilo, oddělovat kostičky od sebe zvládala. Často si celý obsah bedýnky vysypala na hlavu. Koncem roku dokázala Anička kostky i spojovat.

V tomtéž období činilo Aniče potěšení přebírat se v košíku s drobnými oblázky nebo v bedýnce s kaštany. „Vykládala“ (používala jsem stejný komentář, jak jsem uvedla již výše) kamínky ven a pokládala je vedle sebe na podlahu. Po jednom kamínku je vracela zpět do košíku. Na žádost: „*Dej mi kamínek,*“ a nastavení ruky reagovala a podala mi ho do ruky. Na pokyn: „*Na, vezmi si,*“ a ukázání ruky s kamínkem si kamínek vzala. Kaštany nakládala na auto, pak je z jednoho auta překládala na druhé. Hry s něčím, co se dalo přebírat, vysypávat a opět dávat zpět, měla Anička oblíbené (CD – hra s víčky).

I když činnosti s míčem by mohly spadat do jiné oblasti aktivit, pro Aničku znamenaly především zábavnou hru. Prováděly jsme ji na zemi, kdy já jsem po zemi Aniče míček koulela, ona mi ho pak házela zpět (koulení bylo pro ni těžké). Anička seděla v dětském křesílku, já jsem jí míček házela do klína. Jakmile se jí míček dotkl, zareagovala, chytila ho do náruče a hodila mi ho zpět. Samotné házení bylo pro Aničku namáhavou činností. Aby míč odhodila, byla zapotřebí koordinace několika částí těla a Anička se musela opravdu hodně snažit. Bylo to také znát z výrazu jejího obličeje.

Hra s autíčkem by se mohla pro nezasvěceného zdát jako běžná věc, o které není třeba se zmiňovat. Ale poslat auto po podlaze bylo pro Aničku zpočátku náročné. Nejprve si hrála s autíčkem pouze sama. Popojížděla s ním dopředu a dozadu. Za čas mohly být do hry zapojeny i ostatní děti. Někdo z dětí posílal auto směrem k Aniče a já od ní zase k dětem. Později už Anička uměla auto poslat sama.

Kreslení – důležitou činností pro rozvoj jemné motoriky a koordinace ruky a oka byla práce s tužkou. Tužku jsem Aniče vkládala mezi palec a ukazovák. Pokud si ji vzala sama, držela ji Anička v celé dlani. Kreslení jsem se podle možností snažila zařazovat každý den, a pokud Aničku přestalo zajímat, pokoušela jsem se o jeho obměnu. Kreslení jsme se

věnovaly většinou po svačině v prostorách třídy, kdy se ostatní děti zabývaly řízenou činností v herně.

Učila jsem Aničku kreslit podle pokynů: „*Aničko, nakresli kolo,*“ kroužila jsem její rukou po papíře a stále opakovala: „*Kolo.*“ Dalším doprovodným pokynem bylo: „*Dolů.*“ Při slovním doprovodu jsem Aničce vedla ruku shora po papíře (příloha 2, obr. 1). Tyto činnosti byly omezené Aniččinou schopností se koncentrovat, většinou vydržela 1 – 1,5minuty.

Nejprve jsem Aničku nechávala kreslit u stolečku, kdy seděla na malé židličce. Jako obměnu jsem později volila práci na velkém balicím papíře, který jsem přichytila na tabuli. Z praktického hlediska se více osvědčilo kreslení přímo na tabuli křídou. Pokud Anička viděla, že na tabuli kreslí děti, přidala se k nim (CD – tabule). Vyzkoušely jsme kreslení na balicím papíře rozloženém na zemi. Tyto změny Anička uvítala a prodloužila se tím doba jejího soustředění na 2 – 3 minuty.

V počátcích jejího „čmárání“ po papíře Anička nesledovala papír a tužku. Dívala se jinam do prostoru třídy. Až později, při kreslení s novými širokými trojhrannými pastelkami, začala vnímat stopu na papíře (příloha 2, obr. 2).

V druhé polovině roku a našeho společného snažení Anička několikrát reagovala na kreslení překvapivě. Všimla si, že jsem na stoleček připravila pomůcky na kreslení, papír a tužku. Sama si dolezla ke stolečku, vzala si tužku do ruky a začala kreslit. Chtěla jsem následující den zjistit, zda reakce Aničky nebyla pouze náhodná. Ukázala jsem jí papír a položila ho na stoleček. Anička zareagovala stejně jako předešlý den. Dolezla ke stolečku, sama si vzala tužku a kreslila.

Postupně se Anička při kreslení opravdu snažila. Práce s tužkou pro ni představovala velké úsilí. Ke konci roku se u ní při kreslení projevovala motoricky šikovnější levá ruka, ale pokud jsem jí tužku dala do pravé ruky, kreslila pravou. Stalo se téměř pravidlem, že Anička každý svůj výtvar

po „dokončení“ zmačkala a roztrhala. Jen málo se jich podařilo zachránit. Trhání a mačkání papíru jí činilo potěšení.

5.1.4 Zmapování pokroků v oblasti hygieny a stravování u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

K základním nárokům, jež jsou na intaktní děti v MŠ kladeny, patří dodržování základních hygienických a stravovacích návyků.

Anička používala pleny bez výjimky. Pleny do školky zajistila maminka, přinesla také nočník. Právě používání nočníku se ukázalo jako problematické. Byl pro Aničku příliš malý a nechtěla si na něj sednout. Tuto situaci jsme řešily posazováním Aničky na dětský záchod. Při obsluze Aničky na WC a při přebalování jsem se neobešla bez pomoci druhé učitelky. Někdy byly tyto situace náročné pro nás obě, nejvíce však zpočátku, když se Anička vzpínala a nechtěla se posadit ani na záchod. Při navlékání kalhotek ve stoje, se sama neudržela. Bylo třeba jedné osoby, která ji držela a druhé, která ji oblékala.

Anička si časem na záchod zvykla. S učitelkou jsme ji tam vodily s ostatními dětmi. Občas se jí podařilo potřebu vykonat. Byla za to odměněna malým bonbónkem.

V polovině roku se snažení začalo obracet v úspěch. Anička při každém posazení na záchod vědomě potřebu vykonala. Vždy byla šťastná a dostala odměnu. Dokonce mě sama vodila na záchod. Po použití WC se naučila umýt si ruce. Mířila k umyvadlům. Předpokládám, že byla motivována příjemným prožitkem z kontaktu s vodou.

U oběda seděla Anička v prvních třech týdnech u stolečku s ostatními dětmi. Vzhledem k jejímu vzrůstu bylo potřeba ji přidržovat. Lehko by se převrátila i se židličkou. Později, když SPC zapůjčilo speciální židličku, se

bezpečnost i pohodlí při jídle velmi zlepšilo. Anička si mohla pohodlně opřít záda i nohy a nehrozilo nebezpečí, že by mohla spadnout.

Anička měla své barevně výrazné nádoby, talířek a hrníček. Naučila se je poznávat.

Zpočátku byla Anička krmena. Brzy začala svačinu (chléb nakrájený na kostičky) jíst sama. Po krátké době Anička zvládala i oběd. Odmítala pomoc při nabírání jídla, i přesto, že některé pokrmy jí činily problémy.

Při pití se neosvědčila brčka, která přinesla do MŠ matka. Začala jsem s podáváním velmi malého množství nápoje do hrníčku a přidržovala ho. Anička si brzy na hrníček zvykla. Bez potíží se napila sama z hrnečku naplněného do poloviny.

Problémem byla čistota a chování při jídle. Anička často úmyslně sahala do jídla rukou a vyhazovala ho na stůl. Odhazovala kousky jídla na zem nebo vylévala zbytek nápoje. Často odhazovala i nádoby. V tomto případě bylo nutné reagovat rychleji a takové situaci zabránit.

5.1.5 Popis sociálně-emocionálního vývoje u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

Na počátku docházky do MŠ Anička potřebovala určitou dobu pro adaptaci. Po ranním příchodu do školky vydržela dlouhou dobu sedět na podlaze a projevovala se stereotypními kývavými pohyby těla. Tyto projevy se u Aničky postupem času minimalizovaly. Snažila jsem se ji neustále něčím zaměstnávat a nabízet změny činností.

V počátcích Anička nijak nereagovala na přítomnost ostatních dětí. Pohybovala se nejvíce v prostorách třídy. Vnímala ruch z herny. Do prostoru herny se vypravila poprvé, když tam děti momentálně nebyly –

v herně byl klid. Aničce trvalo několik týdnů, než se odvážila pobývat mezi dětmi.

Po určité době začala na přítomnost dětí reagovat. Slyšela dupání dětí při cvičení, ohlížela se, když kolem ní proběhly. Zpočátku se Anička zaměřovala na komunikaci prostřednictvím „tahání“ za vlasy. Pokud někoho držela za vlasy, bylo velmi obtížné se vyprostit. Držela se velice pevně a z jejího smíchu a šťastného obličeje se dalo usuzovat, že jí tento projev přináší radost. Řešení této situace bylo problematické (já jsem chodila po celý den v kšiltovce, neboť při obsluhování Aničky mě držela za vlasy často). Problém se vyřešil sám. Předváděla jsem Aničce v rámci našich her dětskou říkanku „*Vařila myšička kašičku...*“, Aničce se říkanka zalíbila a sama ji předváděla. Tímto způsobem začala komunikovat i s dětmi a „tahání“ za vlasy se začalo pomalu vytrácet. Pokud chtěla s někým navázat kontakt, vzala ho za ruku a „vařila“ mu po dlani.

Komunikace s Aničkou se odehrávala pomocí předmětů. Talířek znamenal očekávání jídla, boty symbolizovaly vycházku nebo chození po školce. Poznala, co znamená plínka a správně chápala k čemu je papír a tužka. Po čase začala Anička reagovat přímo na některá slova a pokyny. Při oblékání jsem řekla Aničce: „*Aničko, podej boty,*“ Anička očima vyhledala své boty a podala mi je.

Jak jsem již výše uvedla, Anička často experimentovala s jídlem i s předměty a odhazovala je kolem sebe. Bylo třeba dát Aničce najevo, že takové chování není žádoucí. Moje: „*Ty, ty, ty,*“ s výhružně vztyčeným prstem nebo důrazně: „*NE, to nesmíš!*“ Aničku rozesmálo. Čím častěji se s tímto pokynem setkávala, tím více ho začala vnímat. Zarazila se a měla přemýšlivý výraz v obličeji. Později začala po mně opakovat: „*TY*“. Nepodařilo se její nevhodné chování odbourat. Její reakci na můj pokyn považuji za úspěch.

Na počátku docházky bylo nutno řešit problém s odpoledním odpočinkem. Anička chodila spát do zvláštní místnosti. Potřebovala k odpočinku absolutní klid. První den, za doprovodu maminky, Anička nechtěla v této místnosti vůbec být. Brečela a téměř ji nešlo uklidnit. Podle výpovědi maminky byla Anička doma zvyklá chodit spát a vzhledem k její zvýšené unavitelnosti byl spánek pro ni žádoucí. V další dny jsem ji ke spaní nenutila, pouze jsme v této místnosti pobývaly v době spánku. Anička už neprojevovala strach či nelibost. Když jsem měla pocit, že se seznámila s touto místností, vyzkoušela jsem lehátko. Pobyt na lehátku nehodlala Anička akceptovat. Přišlo na řadu šeptání nebo polohlasné předříkávání pohádky a relaxační hudba. Spánek se začal dostavovat. Asi po dvou měsících se stal pro Aničku spánek ve školce samozřejmostí a usínání bylo bez problémů.

První dny se u Aničky projevovala zvýšená unavitelnost. Reagovala podrážděně, pokud s něčím nebyla spokojena (např. při změně činnosti – jdeme se umýt před jídlem), brečela, často bouchala hlavou o zem. Tyto výkyvy nálad a neschopnost ovládat své emoce se opakovaly i později. Jejich frekvence se částečně snížila, projevy nebyly tak afektivní.

Anička dokázala svoje pocity vyjádřit i jinak. Několikrát se stalo, že se ke mně přitulila a chtěla se chovat. Objala mě kolem krku, když pro ni přišla maminka.

5.1.6 Charakteristika pokroků v kognitivním vývoji u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

Anička se dokázala na činnosti soustředit většinou jen krátkodobě. V prvních týdnech pobytu vydržela dlouhou dobu bez jakéhokoliv zájmu sedět a stereotypně kývat tělem. Nabízenými činnostmi, i když motivace se u Aničky uplatňovala velmi těžko, se postupně odpoutávala od těchto mechanismů a začala nacházet v prostředí MŠ objekty ke svému zkoumání. U některých činností vydržela naopak dlouhé čtvrt hodiny (jak jsem výše uváděla – hry s panenkou, houbičky). Zaujetí pro činnost se stávalo postupně větší a hlubší.

Snahou nejen mojí, ale i učitelky ve třídě, bylo Aničce poskytnout co největší množství podnětů pro její vývoj. Pokud to bylo jen trochu možné, byla zapojena do společných her dětí.

Nejprve začala své okolí vnímat sluchem – slyšela hrající si a dupající děti. Později reagovala i zrakem, když je viděla u žebřin nebo při hře se stavebnicí DUPLO. Často jsme s Aničkou trávily společné chvíle s dětmi v hudebním koutku, kde děti zpívaly a hrály na různé nástroje.

Anička si velmi brzy osvojila komunikaci prostřednictvím říkanky „Vařila myška ...“. Zapamatovala si písničku „Pásla ovečky, ...“, kterou, při zpěvu ostatních, doprovázela naučeným pohybem. Sama mi tento pohyb předváděla. Při říkance „Paci, paci ...“ reagovala pohybem rukou. Anička postupně reagovala na pokyny „*udělej hají*“; „*podej boty*“; „*přikryj se*“; „*jdeme vstávat*“.

Téměř na konci svého pobytu v MŠ si oblíbila prohlížení knížek. Předváděla jsem Aničce hlasy zvířat, která na obrázcích byla. Anička zanedlouho při prohlížení knížky ukazovala na knížku se slovním doprovodem: „*KO KO*“, „*BŮ*“ (podotýkám, že ukazovala pouze do knihy, ne na vyslovené zvíře). Na moje hodinky na ruce Anička ukazovala se

slovy: „*TYK*“ nebo „*TAK*“. Aby si lépe uvědomila význam svých slov, umožnila jsem jí poslech velkých hodin. Zcela záměrně a smysluplně používala výraz „*NE*“ a „*JAU*“.

Nedokázala reagovat na schovávání předmětu za zády. Pokud se jí předmět za mými zády schoval, více ho již nesledovala. Nezareagovala ani po několikerém opakování. „Dívání do zrcadla“ byla činnost z oblasti bazální stimulace. Pohledy do zrcadla Anička nevnímala.

Anička trpěla salivací (sliněním). Řešilo se to neustálým běháním za Aničkou a utíráním pusy a brady papírovým kapesníkem. Anička věděla, že papírový kapesník je na utírání pusy a sama se takto obsluhovala. Salivace se začala v průběhu posledního čtvrtroku viditelně zmírňovat.

Anička rozpoznávala teplotu radiátorů. Při hře s magnetkami umístěnými na radiátoru na ně sahala opatrně.

Naučila se vnímat rozsvícená světla ve třídě. Pokud o tuto podívanou stála, dívala se ke stropu a čekala, jestli půjdu se světly blikat.

Pravděpodobně největším zážitkem, co do poznávání neznámého, byl pro Aničku sníh. Aničku vozily děti na saních. Na saních dlouho nevydržela sedět a ve sněhu se jí chodilo velmi špatně. Bylo jí dovoleno po sněhu lézt. Podle projevů nadšení a euforie se s ním setkala zřejmě poprvé (CD – sníh).

V době, kdy byl v herně umístěn terapeutický bazén, vedla její cesta po příchodu do školky k němu. Později se naučila, že v bazénu musí být bez bot. Před bazénem si lehla na zem, dívala se po mně a čekala, až jí boty sundám.

5.1.7 Specifika dostupných terapií u integrovaného dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

V MŠ byly dětem poskytovány různé formy terapií, počínaje terapeutickým bazénem, o kterém již byla zmínka. V bazénu byla Anička uvolněná, zaměstnaná činnostmi a spokojená. Byl využíván i zdravými dětmi (příloha 3, foto 8).

Blíže jsme se v MŠ seznámili s canisterapií. Do MŠ dojížděly dvě terapeutky se svými psy. Činnosti byly zaměřeny na rozvoj postižených funkcí u dětí. U Aničky se velmi osvědčilo polohování (příloha 3, foto 9), jehož výsledkem byly zcela uvolněné Aniččiny nohy bez spasmů. Toto uvolnění trvalo asi jednu až dvě hodiny. Kontakt se psem přinášel dětem i povzbuzení psychické. Bohužel se Anička canisterapie účastnila jen velmi nepravidelně.

S Aničkou byla denně prováděna rehabilitační cvičení, později i formou dětských masáží podle Jany Hašplové. Aničce byly masáže příjemné a jejich účinnost na uvolnění svalstva byla zřejmá.

5.1.8 Zajištění speciálně pedagogické podpory v prostředí mateřské školy

Rodina dosud nespolupracovala se střediskem rané péče ani se SPC. Odborná péče byla Aničce zajišťována pravidelnými kontrolami v neurologické, psychologické a ortopedické ambulanci. Matka do této doby opakovaně odmítala návrh pediatra na pobyt dcery v léčebném rehabilitačním zařízení.

Spolupráce se SPC byla zahájena až po přijetí Aničky do MŠ. Koncem září se na podnět ředitelky MŠ uskutečnila návštěva pracovníků ze SPC

v MŠ. Z jejich návštěvy vzešlo mnoho užitečných rad, jak s Aničkou pracovat a jak s ní zacházet. Byly dohodnuty podmínky spolupráce a rodiče vyjádřili souhlas s vyšetřením přímo ve SPC. Zapůjčené pomůcky a poskytnutá poradenská podpora zavazovala rodiče ke spolupráci. Přesto rodiče nadále nikoho ze SPC nekontaktovali a konzultaci si nedomluvili. Individuální vzdělávací plán vypracovalo SPC na základě dokumentů z neurologického a psychologického vyšetření a z výsledků konzultačního pobytu u nás v MŠ.

Další návštěva pracovníků ze SPC se konala až koncem března opět v MŠ. Po dohodě s rodiči byl do čtrnácti dnů stanoven termín pro vyšetření v SPC a to v odpoledních hodinách, po odpoledním spánku, kdy byla Anička odpočatá. Toto vyšetření se uskutečnilo za přítomnosti Aničky, obou rodičů, ředitelky MŠ, učitelky třídy a osobní asistentky. Návštěva proběhla v příjemné atmosféře, Anička si vyzkoušela terapeutický bazén i relaxační houpačku, která dítěti simuluje prenatální polohu (příloha 3, foto 4). Též jsem byla společně s rodiči názorně seznámena s technikami dětských masáží, které musely být, podle projevů libosti, Aničce velmi příjemné. Speciální pedagožka s rodiči rozmlouvala, ti měli možnost si prohlédnout katalog kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Rodiče projevíli zájem o vozík nebo jiný druh kočárku. Po poradě s pracovníci si vyhovující model vybrali a závaznou objednávku si dohodli na pozdější termín. Dále již se SPC nekomunikovali. Matka se později svěřila, že k tomuto SPC nemá důvěru, ale kontakt v jiném zařízení rodiče nevyhledali.

5.1.9 Popis materiálních podmínek integrace dítěte s diagnózou dětská mozková obrna

Mateřská škola, kterou Anička navštěvovala, nebyla koncipována jako bezbariérová. V případě umístění dítěte s postižením hybnosti představoval tento nedostatek závažný problém. Ze šatny do třídy se muselo s nechodící Aničkou vážící 25 kg překonávat dvacet schodů a sedm metrů dlouhá chodba.

Anička většinou pobývala v prostoru jedné třídy MŠ. Tu tvořily dvě propojené místnosti. První místnost, se stolečky a linoleem na podlaze, nazývaná třída, byla určena pro stolování, výtvarné a pracovní práce dětí nebo stolní hry. Druhá místnost sloužila jako herna a byla pokryta kobercem po celé ploše. Po rozložení lehátek se využívala jako ložnice. Anička měla vyhrazený prostor pro odpočinek v jiné místnosti, aby nebyla rušena dětmi. Tato místnost jinak sloužila jako knihovna a zasedací místnost. Anička v ní měla své lehátko. Do své ložnice se musela Anička přesunout po ještě delším úseku té samé chodby a po spaní zase zpět.

Naproti dveřím do třídy je umývárna a toalety pro děti.

Na počátku integrace nebyla MŠ vybavena žádnými pomůckami pro dítě s tímto druhem postižení. Anička měla pouze svůj vlastní kočárek pro pohyb venku, který byl z hlediska její větší postavy již nevyhovující. Matka do MŠ přinesla jednorázové pleny a nočník. V průběhu roku byly v MŠ vyzkoušeny dva typy chodítek (z rodiny), ani jedno nesplňovalo požadavky na něj kladené (klouzalo se po podlaze, ujíždělo do strany, zadržávala se kolečka). Jiné pomůcky rodina nevlastnila. Na konci září byly ze SPC zapůjčeny pro Aničku speciální pomůcky: židle – Kačenka (příloha 3, foto 3), rehabilitační válec, polohovací abdukční klín (příloha 3, foto 1). Od února Anička využívala namísto rehabilitačního bazénu s míčky (byl pro MŠ prozatím finančně nedostupný) dětský

nafukovací bazének, který byl naplněn plastovými víčky od PET lahví (příloha 3, foto 5). Na sbírání víček se plně podílely ostatní děti. Od května vlastnila MŠ skutečný terapeutický bazén s míčky.

5.2 Popis vlivu přítomnosti dítěte s dětskou mozkovou obrnou na kolektiv dětí v běžné mateřské škole

Některé události a aktivity, kterých se společně účastnily děti a Anička, byly zmíněny již výše. Doplním tuto část tedy pouze těmi, o kterých ještě nebyla zmínka.

Na počátku září si děti ve třídě musely na přítomnost Aničky s viditelným postižením přivyknout. Nejprve se pozastavovaly nad jejími botami a často neobvyklými projevy. Děti byly s Aniččiným postižením seznámeny adekvátně ke svému věku. Zvykly si na její projevy i způsoby chování. Později se již nevyskytovala žádná překvapivá situace, která by děti zneklidňovala. Velmi brzy se sžily s přítomností Aničky, a pokud Anička nepřišla do MŠ, ptaly se po ní.

Samozřejmě se pro děti stala pomoc při úklidu hraček, s kterými si Anička hrála. Byly ochotné půjčit Aničce svou hračku, pokud o ni projevila zájem. Nedělalo jim problémy přizpůsobit svou hru Aniččiným požadavkům, tím se jí daleko více přiblížily a naopak Anička jim mohla lépe porozumět. Děti samy nabízely Aničce její oblíbené hračky a hry. Projevovaly touhu být s Aničkou co nejvíce v kontaktu. Často se předháněly, kdo bude pomáhat s obouváním, kdo pomůže připravit plínku nebo podat kapesníček. Tyto projevy byly pozorovány nejvíce u předškolních dívek. Můžeme je chápat jako prvky mateřského pudu.

Každá pomoc od dětí byla společně s učitelkou odměněna pochvalou a uznáním.

5.3 Pohled na spolupráci s rodinou integrovaného dítěte

Od počátku byla spolupráce s rodinou částečně problematická. Matka se starala o Aničku a jejího bratra dobře. Rodinná péče byla zaměřena více na zajišťování jejich biologických potřeb. Dětem nebyl umožněn pro rozvoj dostatek podnětů, což lze usuzovat z projevů chlapce na počátku jeho docházky do MŠ. Rodiče nedokázali pochopit nutnost a důležitost speciálně pedagogické podpory. Nepodávali žádné informace o výsledcích absolvovaných vyšetření asistentce, učitelkám, ani ředitelce v MŠ. Pouze v případě nejasností, které vznikly z důvodu dvou názorů odborníků na použití ortopedické obuvi (zda na lezení ano, či ne), se matka opětovně odborníka na tuto otázku informovala a nás o výsledku uvědomila. Matka se nijak zvlášť nezajímala o výkony a pokroky Aničky. Pokud byla na nějaký úspěch upozorněna, pouze vzala oznámení na vědomí. Při zajišťování pomůcek pro přepravu Aničky rodina poskytla pouze kočárek, který proporcionálně Aničce již nevyhovoval. V zimním období, kdy napadl sníh, a s kočárkem se nedalo jezdit, se rodiče nezajímali o způsob pohybu Aničky při pobytu venku. Jelikož nebylo jiné řešení, byly do MŠ zapůjčeny soukromé saně asistentky. Matka přijala toto bez pohnutky.

Pro opakované odmítání spolupráce se SPC bylo centrum nuceno odebrat zpět zapůjčené pomůcky a integrace byla ukončena.

6 Zhodnocení vývoje Aničky po deseti měsících docházky do mateřské školy

Na základě výše uvedených informací lze konstatovat, že edukační proces, i přes veškerá úskalí, kterými bylo nutné hlavně v počátku projít, umožnil Aničce velký vývojový krok. Ze shromážděných a zpracovaných údajů lze vyčíst pokroky v jednotlivých vývojových oblastech.

Znatelný je pokrok v rozvoji komunikačních schopností, přestože zaostává daleko za běžnou vývojovou normou pětiletého dítěte. Komunikaci s dětmi a ostatními, která probíhala prostřednictvím říkanky nebo doteků, lze považovat, v porovnání se stavem na počátku integrace, za úspěch. Vykonávání činností podle pokynů vypovídá o schopnosti v rozvoji chápání řeči. Důležitý je i posun ve využívání orální řeči, kdy se u Aničky začínají objevovat první slova formou citoslovcí.

V souvislosti s komunikací je třeba se zmínit o působení sociálního prostředí. Protože právě rozvoj komunikačních dovedností umožňuje navazovat kontakty s okolím. Zde Anička získala zkušenost, jak může probíhat interakce mezi lidmi. Podařilo se jí navázat vztah s dětmi. Anička dětský kolektiv začala vnímat jako součást svého žití. Postupně projevovala touhu být všude, kde byly děti.

Do určité míry se u Aničky stabilizoval i stav psychiky. Nelze říci, že by její chování bylo bezproblémové. Projevy nelibosti se vyskytovaly i nadále, nebyly již tolik afektivní a snadněji se nechala přeorientovat na jiný okruh zájmu. Nabídkou aktivit a střídáním činností téměř vymizely stereotypní pohyby. S obměnou i známé aktivity se prodlužovalo se i její soustředění na činnosti i na hru.

I v herních činnostech lze zaznamenat určitý vývoj, kdy Anička zvyšovala množství využívaných a oblíbených her.

S vývojem hry souvisí i rozvoj jemné motoriky. Jemná motorika byla u Aničky vyvinuta na dobré úrovni a pravděpodobně by se mohla ještě dále zdokonalovat. V rozvoji hrubé motoriky nebyl zachycen výraznější pokrok. Pohybové schopnosti byly závislé na celkovém zdravotním stavu a vykazovaly velké výkyvy. Hrubá motorika se jevila z hlediska prognózy na zlepšení méně příznivá.

V oblasti hygieny se podařilo u Aničky vypěstovat určitý návyk, jehož nácvik se uskutečňoval formou odměny. Naučila se vědomě vyprazdňovat a umývat si po použití toalety ruce. V tomto případě nejsem přesvědčena, jestli používání WC bude trvalého charakteru. V domácím prostředí zřejmě nebyl na tento rituál kladen důraz.

V oblasti sebeobsluhy se Anička snažila o spolupráci (podávání bot, mytí rukou, chování při jídle) i nadále však byla zcela závislá na pomoci druhé osoby.

7 Zhodnocení naplnění cílů praktické části

Cílem praktické části bakalářské práce bylo specifikovat integraci dítěte s těžkým kombinovaným postižením do běžné mateřské školy. Tento cíl lze považovat za splněný.

Dílčí cíl C1 byl splněn prostřednictvím komplexní charakteristiky vývoje dítěte s dětskou mozkovou obrnou v prostředí mateřské školy.

Individuální formu integrace s účastí osobního asistenta v běžné třídě mateřské školy je možno v případě Aničky hodnotit jako vyhovující. Od intaktních dětí získala impulsy pro rozvoj svých dovedností zejména v oblasti komunikace a socializace. Vzhledem k sociální situaci rodiny (matka nechodila do zaměstnání) a omezeným možnostem ve výběru vhodného zařízení z hlediska lokality, byla individuální integrace jedinou možností umístění Aničky v předškolním zařízení.

Pokud se týká charakteristiky individuálních pokroků Aničky, o tom blíže pojednává předchozí kapitola. Je třeba souhlasit s odborníky, že dítě si osvojuje poznávací mechanismy pronikáním do prostředí a učí se při pohybu a pohybem.

K naplnění dílčího cíle C2 došlo na základě popisu vlivu přítomnosti dítěte s dětskou mozkovou obrnou na kolektiv dětí v běžné mateřské škole.

Při posuzování vlivu dětského kolektivu na rozvoj osobnosti Aničky a naopak, je možné konstatovat, že soužití dětí zdravých a Aničky s postižením se projevovalo pozitivním působením na obě strany. Naučilo děti správně vnímat problémy a úspěchy. Umožnilo jim srovnání. Byly ochotny pomoci při obsluze Aničky, byly ochotny hrát si s ní. Brzy pochopily, jakým způsobem lze s Aničkou komunikovat. Neprojevovala se u nich žádná lítost a soucit. To považuji za velmi důležité, protože jen tak mohly Aničce předat tolik potřebné informace z jejich „normálního světa“,

i přesto, že její zapojení do kolektivu dětí proběhlo s velkým vypětím, náročným a hlavně ostražitým individuálním přístupem.

Škola poskytovala všem dětem vyhovující sociokulturní zázemí i úroveň vzdělávání. Z pohledu dětského kolektivu, je třeba upozornit na několik skutečností získaných pozorováním. Děti si odnesly velkou zkušenost, že není třeba se dětí s postižením stranit. Naučily se Aničku respektovat jako svého partnera, nevyskytovaly se známky odmítání kontaktu s ní.

Dílčí cíl C3 byl naplněn prostřednictvím charakteristiky speciálně pedagogické podpory v prostředí mateřské školy a popisu materiálních podmínek integrace dítěte s diagnózou dětská mozková obrna. V neposlední řadě i na základě pohledu na spolupráci s rodinou integrovaného dítěte.

Z popisu událostí je zřejmé, že se vyskytly nedostatky, které částečně negativně ovlivňovaly průběh integrace. Už samotné přijetí dítěte bez znalosti podrobné diagnózy, a bez připraveného materiálního, ale i odborného pedagogického zajištění, bylo ohrožující.

Poradenství mateřské škole zajišťovalo SPC a po odborné stránce poskytovalo podporu na velmi dobré úrovni. Ze SPC byly zapůjčeny a plně využívány kompenzační pomůcky. Pro nezájem rodiny bylo poskytování služeb po roce opět ukončeno. Z prostředků speciálně pedagogické podpory, jak již bylo zmíněno, byla využita možnost zajištění osobního asistenta, využití kompenzačních pomůcek a částečně úpravy vzdělávacích podmínek – úpravy činností dle IVP.

Z faktorů, které se na průběhu integrace významně podílely, je třeba zmínit právě rodiče a rodinu. Bohužel spolupráce s rodiči Aničky byla nefunkční a tím se omezila i návaznost na spolupráci se SPC. Pravděpodobně zde sehrála významnou roli fáze vyrovnání se s postižením dítěte, ve které se rodiče nacházeli.

Při rozhodování o integraci dítěte s postižením do běžné školy nebo mateřské školy, je nutné, si uvědomit zde zmíněná rizika, která se mohou v integračním procesu vyskytnout. Z hlediska získaných poznatků, zkušeností a předložených skutečností, je prvním a nejdůležitějším krokem seznámení se s diagnózou dítěte a možnostmi edukace. Na základě získaných informací je třeba vyhodnotit, zda je v možnostech školy zajistit všechna potřebná opatření pro zdárný průběh integrace.

Závěr

Teoretická část bakalářské práce seznamuje s problematikou DMO, jejími projevy, formami a dalšími možnými přidruženými poruchami. Dále se zabývá možnostmi léčebných postupů. Současně se zaměřuje na edukační a socializační procesy dítěte předškolního věku.

Praktická část specifikuje průběh integrace dítěte s těžkým kombinovaným postižením, dětskou mozkovou obrnou a mentální retardací, do mateřské školy běžného typu. Zaznamenává individuální pokroky v dílčích oblastech rozvoje dítěte, zachycuje vztahy interakčního procesu.

Výchova a vzdělávání je považováno za celoživotní proces. To platí i v případě dětí s postižením. Těmto dětem by mělo být umožněno získat své sociální zkušenosti již v předškolním věku. S názorem Ivy Švarcové o důležitosti integrace každého dítěte v předškolním věku se shodovaly i pracovnice SPC. I ony mají zásluhu na úspěších Aničky. Jejich rady a právě tolik potřebné povzbuzení byly hnacími motory v mém přístupu k Aničce. Zpočátku svého působení jsem podléhala beznaději a pocitům neúspěšnosti. Jakmile se začaly objevovat první krůčky, věděla jsem, že to nevzdáme. Anička udělala veliký pokrok zejména v sociálních kontaktech a komunikaci.

V případě zajištění speciálně pedagogické péče – rané intervence, by byla Anička možná ve svém vývoji pokročilejší. Základy totiž spočívají v rodině. Chtěla bych ještě jednou podtrhnout důležitost spolupracujícího rodinného prostředí. Má-li mít práce s dítětem smysl a má-li být dosaženo dlouhodobých výsledků, musí na ni každopádně navazovat i spolupráce rodiny. Jestliže rodiče vnímají pobyt svého dítěte v MŠ pouze jako chvilkovou úlevu pro sebe samé, má snažení pedagogů malý význam.

Přiblížením situace jednoho dítěte jsem chtěla poskytnout náhled ostatním pedagogům, aby se nebáli takovýchto kroků a umožnili tuto zkušenost všem dětem. Práce s dětmi s postižením není jednoduchá, ale dostaví-li se i sebemenší úspěch, odměna je nenahraditelná. Proto bych chtěla vyzvat všechny zasvěcené: *„Studujte a věnujte se těmto dětem, ony se vám za to odvděčí, i když třeba zataháním za vlasy.“*

Literatura a prameny

- BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 269 – 286. ISBN 80-7315-120-0
- ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 655 s. ISBN 80-7178-463-X
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. 207 s. ISBN 80-85931-79-6
- KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 80-247-1110-9
- KOZÁKOVÁ, Z. *Psychopedie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 74 s. ISBN 80-244-0991-7
- KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. (ed.) *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8
- MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. 224 s. ISBN 80-04-25236-2
- MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001 dotisk. 135 s. ISBN 80-244-0077-4
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice. Teorie a metodika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007 dotisk. 296 s. ISBN 80-244-1075-3
- PIPEKOVÁ, J. (ed.). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0

- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 314 s. ISBN 80-244-0873-2
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: Nakladatelství H&H, 2000. 418 s. ISBN 80-86022-76-5
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. 192 s. ISBN 80-7178-821-X
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9
- VALENTA, M. a kol. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 322 s. ISBN 80-244-0698-5
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 140 s. ISBN 80-210-1953-0
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 1999. 144 s. ISBN 80-85931-69-9
- VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Sborník k projektu „Škola pro všechny“ realizovaný s podporou Vzdělávací nadace Jana Husa*. Brno: Paido, 1998. 181 s. ISBN 80-85931-51-6
- VÍTKOVÁ, M. Somatopedie, Klasifikace pohybových vad. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. s. 167 – 179. ISBN 80-7315-120-0
- VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. 1. vyd. Praha: Grada, Avicenum, 2003. 367 s. ISBN 80-85424-98-3

Seznam příloh

Příloha 1	Individuální vzdělávací plán
Příloha 2	Výtvarná dokumentace
Příloha 3	Fotografická dokumentace
Příloha 4	CD - videozáznamy

Příloha 1

Výběr z IVP

Pracovní chování

- Plnění úkolů (návik pracovního chování) – mělo by být zabudováno do denního režimu dítěte.
- Tyto úkoly se budou plnit na stejném místě v rámci individuální práce (vytyčené místo – oddělený pracovní stoleček pouze pro plnění úkolů) a pokud možno ve stejný pravidelný čas.
- Úkoly budou připravené tak, že na levou stranu stolu připravíme zleva doprava jednotlivé krabicové úlohy (zpočátku stačí 1) a za tento úkol umístíme odměnu (sladkost, oblíbenou hračku atd.). Tento první úkol by měl být jednoduchý a krátký (např. vhodit 4 kuličky do plastické lahve) – aby se rychle dostavila odměna. Odměnou může být i oblíbená činnost (např. tleskání).
- Zpočátku je důležitá pochvala, a to i za sebemenší úspěch.
- Stejně úkoly budeme opakovat několik návštěv po sobě, aby dítě mohlo zažít úspěch ze správně vykonaného úkolu.
- Vždy budeme dbát, aby byl úkol splněn dokonce. Nenecháme dítě dříve odejít, než to bude dokončené. Raději úkol společně s dítětem rychle doděláme.
- Budeme dbát na to, aby si dítě s věcmi v krabici nehrálo – naučit, že to jsou věci na práci. Pomůcky k individuální práci budou uklizené a budeme je vyndávat pouze v čase této práce.

Jemná motorika

- Vhazování korálek, kaštanů, žaludů do plastické lahve – rozstříhneme plastickou láhev na půl a začneme nejprve s vhazováním do té části se širším otvorem. K výrobě pomůcky použijeme víko od krabice a to rozdělíme na polovinu. Do levé části připravíme 4 korálky a do pravé části připevníme plastickou láhev. Dítěti pomůžeme všechny korálky vhodit do lahve. Tento jednoduchý úkol budeme opakovat několikrát.
- Teprve po splnění jednoduchého úkolu začneme s nácvikem dalších úkolů.
- Navlékání kruhů na tyč
- Stavění věže z 2 – 3 kostek; pomůcky: 3 kostky ve tvaru krychle. Ukážeme dítěti, jak se komín staví. Nejprve při stavění kostek vedeme ruku dítěte. Procvičujeme, dokud nebude schopno stavět kostky na sebe bez cizí pomoci. Postupně budeme přidávat další kostky.

Vizuomotorická koordinace

1. Uvolňovací cviky

- Jedná se o pohyby celou paží. Připevníme velkou plochu papíru (balicí papír 1 m x 1 m) na zem či na stěnu. Použijeme tlusté pastelky či tužku. Dbáme na to, aby pohyby vycházely z ramene a postupně i z lokte. Necháme dítě, ať si jen tak čmárá.

2. Čmárání na papír

- Použijeme silné pastelky nebo silné fixy. Pomůžeme tužku uchopit a společně kroužíme po papíru. K tomu můžeme říkat nějakou rytmickou říkanku.
- Práci s tužkou zařadíme při každé hodině (doma každý den).

Sociální chování

- V rámci společných aktivit ve školce postupně zapojovat dítě s podporou dospělého (výtvarná činnost, pracovní činnost, tělocvik apod.). Je nutné i tyto aktivity modifikovat – dát jim strukturu, dodat konkrétní motivaci a odměnu „co za to.“

Komunikace

- Procvičovat plnění základních verbálních pokynů (dej mi, vezmi si, polož apod.) – je dobré toto procvičovat na předmětech, které jsou pro dítě přitažlivé a které bezpečně zná.

Neverbální

- Využití alternativní komunikace – předmětová komunikace – vytvořit sadu předmětů, které budou symbolizovat konkrétní věci či činnosti. To, že tyto předměty symbolizují určitou konkrétní činnost či věc, budeme pravidelně nacvičovat. Začneme s běžnými denními aktivitami.

Sebeobsluha

- Rozvíjet jednotlivé sebeobslužné prvky ve stravování, oblékání, umývání apod.

Smyslové vnímání

Přijímat taktilní podněty

- hlazení rukou, žínkou, kartáčem, houbou, vatou
- pokládání dítěte na různé povrchy (tráva, písek, lino, koberec)
- namáčení ručiček střídavě do chladnější a teplejší vody
- dětské masáže
- hra se sněhem

- dotýkání se domácích zvířat
- vnímání vibrací kočičího předení, vibrací rádia
- vedení rukou dítěte po vlastním těle
- vnímání předmětů s opačnými taktilními vlastnostmi (měkký - tvrdý, hladký - drsný, teplý - studený)

Přijímat optické podněty

- přiblížení obličeje při mluvení na dítě
- využití rozsvícené baterky v tmavé místnosti
- promítání barevných světelných efektů na stěnu
- společné se dívání do zrcadla
- zabezpečení možnosti sledovat okolní dění z různých poloh a výšek

Přijímat akustické podněty

- mluvení na dítě, výrazná intonace při zesilování a zeslabování hlasu
- mluvení z větší dálky, šeptání přímo do ucha
- naslouchání různým běžným zvukům (tikot hodin, šumění větru, deště, šplouchání vody, zvuky zvířat)
- využívání zvukových hraček
- poslech rádia
- zpívání, předříkávání rytmických říkanek
- využití jednoduchých Orffových nástrojů

Rozvoj smyslové koordinace

Rozvíjet akusticko-motorickou koordinaci

- umístění šustivého materiálu pod podložku, na které dítě sedí (leží) tak, aby při pohybu vydávala zvuk

- vložení nohou do velkého igelitového pytle, který bude při pohybu šustit
- připevnění (např. pomocí suchého zipu nebo pružného náramku) rolničky k ruce nebo noze dítěte

Rozvíjet opticko-motorickou koordinaci

- manipulace s vizuálně zajímavými předměty
- střídavé schovávání a ukazování zajímavých předmětů
- využití spontánních pohybů dítěte k rozhýbání předmětu (např. k ruce dítěte připevníme nafukovací balónek)

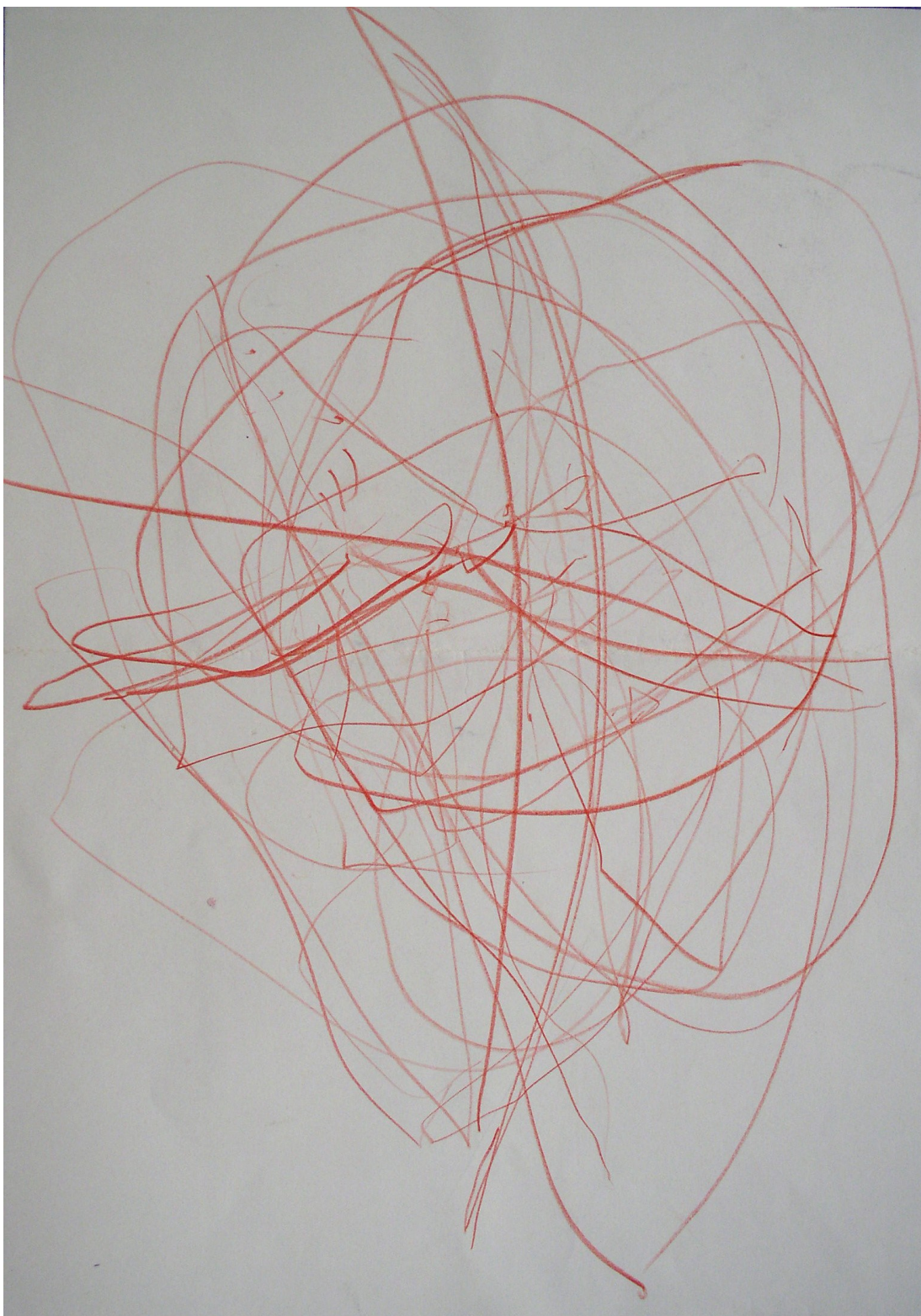
Přijímat různé polohy

- polohování s využitím různých podložek (válce, klíny,...)
- vychylování do stran v sedu na klíně dospělého
- pohupování na rehabilitačním míči, na trampolíně
- houpání v dece, na houpačce
- jízda na koni, kočárku

Přijímat chuťové podněty

- využití výrazných kontrastních chutí (kapka citrónu, kousek čokolády, špetka soli, atd.)
- ochucování pokrmů

Příloha 2



Obrázek 1 – kreslení podle pokynů



Obrázek 2 – experiment s barevnými pastelkami

Příloha 3



Foto 1 – abdukční polohovací klín



Foto 2 – ortopedická obuv s dlahou



Foto 3 – židle Kačenka



Foto 4 – relaxační síť ve SPC



Foto 5 – nafukovací bazének s víčky



Foto 6 – rehabilitační válec



Foto 7 – cvičení pro rozvoj jemné motoriky – zasunování kolíčků



Foto 8 – terapeutický bazén v MŠ



Foto 9 – canisterapie - polohování

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Monika Klofátová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	PhDr. Petra Bendová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Integrace dítěte s diagnózou dětská mozková obrna do mateřské školy běžného typu
Název v angličtině:	Integration of a child with the cerebral palsy diagnosis into a common nursery school
Anotace práce:	<p>Bakalářská práce se zaměřuje na případ dítěte s dětskou mozkovou obrnou, které je integrováno do běžné mateřské školy. Charakterizuje dětskou mozkovou obrnu z teoretického hlediska, vymezuje možnosti socializace a edukace dítěte s postižením, přibližuje využívané léčebné postupy. Z praktického hlediska popisuje specifika konkrétního případu individuální integrace dítěte s těžkým kombinovaným postižením v průběhu jednoho roku docházky do mateřské školy. Pozornost je věnována především individuálním pokrokům v rozvoji dovedností a ve vývoji osobnosti dítěte. Předmětem zájmu jsou i vztahy, které se v integračním procesu vyskytují.</p>
Klíčová slova:	Dětská mozková obrna, mentální retardace, integrace, socializace, edukace, mateřská škola.

Anotace v angličtině:	The bachelor thesis focuses on a case of a child with cerebral palsy diagnosis, who has been integrated into a common nursery school. The work describes the cerebral palsy diagnosis in theoretical terms, delimitates possibilities of socialization and education of this disabled child and brings near the exploited methods of treatment. The work describes, from a practical point of view, specificity of the concrete example of the individual integration of the child with a combined heavy disablement during the course of one year of attendance in a common nursery school. The attention is being paid especially to the individual progress in development of acquisitions and in advancement of the personality of the child. The subject of the interest are also relations, which have occurred in the process of the integration.
Klíčová slova v angličtině:	Cerebral palsy, mental retardation, integration, socialization, education, nursery school.
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Individuální vzdělávací plán Příloha 2 Výtvarná dokumentace Příloha 3 Fotografická dokumentace Příloha 4 CD - videozáznamy
Rozsah práce:	83 stran
Jazyk práce:	český