

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2010 – 2013

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Květa Nýdlová

**DMO jako kombinované postižení
a specifika vzdělávání dětí s DMO v předškolním
zařízení**

Praha 2013

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES

2010 - 2013

BACHELOR THESIS

Květa Nýdlová

**CP as a Combined Disability and the Specification of
Education of Children with CP in Preschool Facilities**

Prague 2013

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Chtěla bych na tomto místě vyjádřit poděkování vedoucímu mé bakalářské práce Mgr. Milanu Fleischmannovi za jeho cenné rady a připomínky k obsahu práce.

Anotace

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma: „ Dětská mozková obrna (DMO) jako kombinované postižení a specifikace vzdělávání dětí s DMO v předškolních zařízeních“.

Práce má teoretickou a praktickou část. Teoretická část se zabývá nástinem samotné diagnózy s kombinovaným postižením, předškolním vzděláváním a vzděláváním dětí s tímto postižením v předškolních zařízeních. V praktické části uvádím čtyři případové studie dětí postižených dětskou mozkovou obrnou a individuální vzdělávací plán, použití metod a pomůcek pro jejich péči v předškolních zařízeních.

Klíčové pojmy

Dětská mozková obrna, kombinované postižení, mentální retardace, předškolní věk, vývoj dítěte předškolního věku.

Annotation

For my bachelor thesis I chose the topic: „Cerebral Palsy (CP) as a Combined Disability and the Specification of Education of Children with CP in Preschool Facilities“.

The thesis has a theoretical and practical part. The theoretical part deals with the outline of the diagnosis of combined disability as such, preschool education and education of children with this disability in preschool facilities. In the practical part I introduce four case studies of children affected by cerebral palsy and individual education plan, the use of methods as well as aids and appliances for their care in preschool facilities.

Key words

Cerebral palsy, combined disability, child of pre-school age, mental retardation, preschool age

OBSAH

ÚVOD	8
1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU	9
1. 1 Charakteristika předškolního věku	9
1. 2 Vývoj dítěte předškolního věku	10
2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)	14
2. 1 Charakteristika DMO	14
2. 2 Etiologie DMO	14
2. 3. Formy DMO	16
2. 4 Vliv DMO na psychický vývoj dítěte	19
2. 4.1 Psychologické vyšetření u DMO	19
3 DMO JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ	21
3. 1 Mentální retardace	21
3. 2 Epilepsie	22
3. 3 Vady řeči	23
3. 4 Poruchy zraku	24
3. 5 Sluchové vady	25
3. 6 Ortopedické vady	25
3. 7 Autismus	25
4 VZDĚLÁVÁNÍ PŘEDŠKOLNÍCH DĚTÍ	27
4.1 Vzdělávání v předškolním věku	27
5 VZDĚLÁVÁNÍ POSTIŽENÝCH DĚTÍ	28
5.1 Historie vzdělávání postižených jedinců	28
5.2 Pohled do současnosti vzdělávání postižených dětí	30
6 PŘÍPADOVÉ STUDIE JEDINCŮ S DMO	40
7 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN	43
7.1 Hodnocení individuálního vzdělávacího plánu	28
ZÁVĚR	52
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ	55
SEZNAM PŘÍLOH	56

ÚVOD

Dětská mozková obrna je onemocněním kdy je nejvíce postiženo pohybové ústrojí a nejčastěji se objevuje ještě s dalším postižením.

Na vstup do základní školy by mělo být dítě řádně připraveno. Jedním z hlavních úkolů předškolního vzdělávání je právě příprava na další cestu vzdělávání a ulehčit mu nástup povinné školní docházky.

Důležitým posláním a úkolem pedagoga v mateřské škole je diagnostika, která pomáhá rozpoznat první problémy se vzděláváním. Velká řada postižení se rozpoznává postupem času. Odchytky na tělesném a fyzickém vývoji nebo růstu jsou zpočátku nevýrazné.

Děti mají důsledkem svého postižení mnohokrát narušeny vztahy s okolím. Je pro ně důležité, aby nedošlo k nepříznivému sociálnímu vývoji, ale považovat je za osobnost a co nejvíce je podporovat a tím integrovat do běžného života.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Každá z kapitol nám jednotlivě popisuje Dětskou mozkovou obrnu a její formy, kombinaci postižení. Dále obsahuje nástin Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání a individuálního plánu. Charakterizuje speciálně pedagogická centra, pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DÍTĚ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU

1.1 Charakteristika předškolního věku

Předškolní vzdělávání v mateřské škole je zpravidla pro děti od tří do šesti let. Podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho citovém, rozumovém a tělesném vývoji a rozvoji, na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnat nerovnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.

Pro děti v období předškolního věku je typická jejich představivost, snaha být aktivní a své schopnosti přenášet do praktického života. V tomto věku je pro myšlení dítěte typický egocentrismus, vázanost na přítomnost a vnější znaky. Dále je typické zkreslování takové reality, která dítěti nevyhovuje nebo je pro něj nepochopitelná. V takovém případě je schopné skutečný stav doplnit nebo překroutit. S tímto úzce souvisí živá představivost, která je schopna představám dítěte vtisknout nádech reality. Úprava reality má nepřehlédnutelný význam pro jeho duševní vyváženost stejně jako hlasité mluvení pro sebe i když tento proslov není určen nikomu dalšímu.

Při svých hrách dítě napodobuje jednání dospělých, zejména blízkých – rodičů, kterým se chce podobat, přijímá nekriticky jejich způsoby chování, názory. S pocitem viny dítěte při porušení již přijaté normy se začíná rozvíjet svědomí. Projevem vývoje je i vytváření pohlavní identity. V tomto ohledu jsou děti velmi citlivé, záporně se staví k věcem typickým pro druhé pohlaví, ve vztahu k rodičům je dítě v podřízené pozici, s vrstevníky se stává rovnocenným partnerem.

Následkem přetrvávajícího egoismu považuje za ideálního kamaráda někoho jako je ono samo. Prosazování názorů ve vrstevnické skupině se projevuje tak, jak si je osvojilo v rodině. Úsudek dítěte v tomto věku je přímočarý a jednoduchý. První vývojová etapa končí, pokud dítě během tohoto vývojového stádia dosáhne dostatečné fyzické i psychické zralosti s nástupem do školy. Druhá etapa začíná, aniž by se dalo určit hranice mezi oběma etapami.

1.2 Vývoj dítěte předškolního věku

Vývoj dítěte probíhá celý život. Vnější i vnitřní vlivům se přizpůsobují jednotlivé fáze vývoje, ty však mohou být ovlivňovány působením prostředí. Přesné označení toho co dítě v jednotlivých fázích vývoje má umět není. Nachází se zde individuální rozdíly a průběh v daných obdobích je různá. Veškeré schopnosti, dovednosti a návyky by mělo před vstupem do základní školy mít osvojeno.

HRUBÁ MOTORIKA

Schopnost dítěte používat tělo jako celek. Postupně se rozvíjí pohyby končetin, hlavy, trupu, těla. Pokud dítě zvládne hrubou motoriku, je to pro jeho další vývoj velmi významné. Dovednosti pomohou dítěti získat sebedůvěru, naučí ho samostatnosti a zdokonalit koordinaci pohybů. Pokud dítě má tyto pohybové vlastnosti nerozvinuté, pak se staví ostatních lidí, kamarádů, vrstevníků. Dostavují se společenské problémy. Špatné zvládnutí koordinace pohybů v oblasti hrubé motoriky mu v budoucnosti působí problémy a jejich zvládnutí je obtížné.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

- 3-5 let – při chůzi ve směru dolů dokáže střídát obě nohy, bez opěry vydrží stát na jedné noze, zvládne jízdu na tříkolce. Dokáže překonávat překážky, překonává různou vzdálenost, skáče snožmo 20centimetrů daleko, poskakuje na jedné noze.
- 5-6 let – dítě hází míčem do výšky, pohybuje se podle hudby. Při chůzi zvládá systém pata-špička, z lehu na zádech vstane bez opory, hází tenisovým míčkem do kruhu o průměru 25 centimetrů.

JEMNÁ MOTORIKA

Jemné pohyby, kde jde o souhru rukou a zraku. Dítě má schopnost přiměřeného prostorového odhadu, správně koordinuje pohyby rukou. Jemná motorika se rozvíjí při pohybech dlaní a prstů. Zvládne-li toto dítě úspěšně, nemá problémy ve psaní a dalších různých manuálních aktivitách ve škole.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

- 3-4 roky – dítě dokáže chytat míč oběma rukama, hází ho určitým směrem, maluje oblé a zakulacené tvary, navléká korálky na drát, staví věže z kostek, samostatně se svléká, jí vidličkou, drží tužku prsty, stříhá nůžkami, zapíná a rozepíná knoflíky.
- 4-5 let – správně dovede uchopit štětec, skládá jednotlivé obrazce ze zápalek, chytá nad hlavou malé míčky, navléká nit do jehly, stříhá podle předlohy.
- 5-6 let – chytá míč jednou rukou, hází při pohybu těla, kreslí se správným držením pastelky, tužky, kreslí obrázky strom, dům, slunce a jiné, samostatně se obléká.

GRAFOMOTORIKA

Je ovlivněna vývojem hrubé a jemné motoriky, pohybovou a senzoricou koordinací, psychickou úrovní dítěte.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

- 3-4,5 roku – používá kontinuálních pohybů při kreslení, má příčný úchop s nataženým ukazováčkem, jeho barevné variace se zlepšují, kreslí čáry klikaté a izolované při pohybech různým směrem a tím vznikají různé tvary, jejich linie je diferencovanější. Své obrázky dokáže pojmenovat, vymaluje kruh, postavu kreslí jako hlavonožce.
- 4,5 - 5 let – grafické formy dávají smysl, má správný úchop štětce a dokáže spojit dva body, nakreslí čtverec. Při kresbě postavy kreslí jen hlavní část trupu.
- 5 - 6 let – kreslí a maluje velkou postavu s několika detaily- až deseti. Zvládá nakreslit trojúhelník.

ZRAKOVÉ VNÍMÁNÍ

Vývoj zrakového vnímání probíhá s ostatním smyslovým vnímáním – vývojem motoriky, řeči a s rozumovým vývojem. Vnímá svět pomocí zraku.

Pokud mají děti poruchy učení, mohou mít poruchy zrakového vnímání, není však narušen zrakový orgán (oko), ale funkce účastníci se vnímání. Dítě pak špatně vnímá například detaily mezi obrázky i za předpokladu že dobře vidí.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

- 3 roky – dítě rozpoznává jednotlivá místa, najde schované věci, pozná své oblečení, třídí malé a velké věci (lžíce a lžičky), určuje barvy, staví mosty z kostek, rozpoznává činnosti na obloze (noc x den, prší x svítí sluníčko).
- 3,5 roku – dokáže rozlišit základní barvy, správně se orientuje venku
- 4 roky – skládá předměty do páru, rozlišuje pohlaví osob, třídí auto, zvířata, z kostek staví bránu, rozliší obrázek ve skupině jiných
- 4,5 roku – seřadí pět párů zvířat, předmětů, rozeznává zmenšení či zvětšení, dokáže napodobit vztyčení obou palců
- 5 let – chápe souvislosti jedné věci, z kostek dokáže postavit schody. Přiřadí pět detailů k nakreslené postavě
- 5,5 roku – již nakreslí postavu se všemi detaily, doplňuje vzory, přiřadí hlavu ke zvířatům.
- 6 let – správně určí počet třech předmětů, určí dopravní značky, pozná číselné symboly, předkreslené obrázky vybarví a roztřídí deset velikostí a délek.

SLUCHOVÉ VNÍMÁNÍ

Vnímá a orientuje se pomocí sluchu.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

- 3-4 roky – dokáže poslouchat příběhy, upozorní na samohlásku („a“), chápe význam některých slov (ráno x večer, hladový, mokrý)
- 4-5 let – rozumí významu slov tenký tlustý, rovný x křivý, více x nejvíce. Chápe když se apeluje na jeho rozum. Dokáže upozornit na něco nelogického.
- 5-6 let – chápe význam slova rychlý x pomalý, krásný x ošklivý, včera x zítra.
Plní ústní příkazy.

VÝVOJ ŘEČI

Pro zvládnutí požadavků školy musí být správně rozvinutá řeč. Sleduje se artikulace, správná gramatika, slovní zásoba, plynulost řeči.

Některé dítě začíná mluvit velmi brzy, jiné později, ale v průběhu vývoje se úroveň řeči většinou vyrovná.

Schopnosti, dovednosti a návyky ve věku:

3-4 roky – v tomto věku bývá ještě výslovnost nedokonalá, v průběhu čtvrtého roku se zdokonaluje. Začíná vést monology, užívá podřadná souvětí. Dokáže poslouchat krátké příběhy i ve společnosti kamarádů. Ovládá i větší počet říkanek a zazpívá i písničku.

4-5 let – začíná tvořit dlouhé věty, stále klade více otázek. Kolem 5 roku dokáže podat jednoduchou definici známých věcí, týká se to charakteristiky materiálu, tvaru, účelu.

5-6 let – hovoří zřetelně a správně, ptá se na význam slov, užívá řeči k regulaci svého chování.

2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

Původně byla nemoc známa pod názvem perinatální encefalopatie. Nyní tento pojem značí poruchy mozku, které nastanou v době od porodu do deseti dnů po narození. V současnosti je výlučně používán termín dětská mozková obrna (DMO). Někdy se také značí jako infantilní cerebrální paréza (ICP), používá se spíše V. Vojtou (Vojta, V. 1993).

2.1 Charakteristika DMO

Pojem dětská mozková obrna označujeme skupinu chronických onemocnění s poruchou kontroly hybnosti objevujících se v prvních letech života dítěte. Zpravidla se v dalším průběhu života nezhoršuje. Označením dětská je vyjádřeno období kdy nemoc vzniká, pojem mozková označuje poruchu mozku. Pojem obrna udává nemoc způsobující poruchu hybnosti těla. Nepatří sem však porucha hybnosti, která je způsobena onemocněním svalů a periferních nervů.

Poruchou vývoje nebo poškozením motorických oblastí mozku je u DMO špatná kontrola hybnosti a vadné držení trupu a končetin. Další DMO neznámá automaticky, že jde o těžký handicap. Lehká forma postižení může být u dítěte lehce nemotorného, které se obejde bez speciální pomoci, kdežto u těžké formy DMO je dítě zcela neschopné chůze a potřebuje náročnou, komplexní a celoživotní péči. Dříve DMO neměla jednotné označení, někteří nazývali postižení dle formy DMO.

2.2 Etiologie DMO

Etiologie DMO je různá. Odborníci zabývající se dětskou mozkovou obrnou zastávají stejný názor vzniku a kombinací příčin tohoto onemocnění. Shodují se v rizikových faktorech určujících vznik nemoci, která jsou různá v daných obdobích.

PRENATÁLNÍ OBDOBÍ

Období od počátku těhotenství do porodu. Rizikovým faktorem mohou být především zánětlivá a virová onemocnění matky během prvního trimestru těhotenství, kdy plod ještě nemá vyvinutou placentární bariéru a tím dochází k zánětu mozku a jeho následnému poškození.

Mezi ně se řadí například chřipka, infekční žloutenka, infekce toxoplazmózy, zarděnky, spála, syfilis. Nepříznivým vlivem jsou oběhové poruchy krvácení během těhotenství, kdy dochází k nedostatečnému zásobování plodu kyslíkem a tím je jeho mozek poškozen, rentgenová záření, závažná onemocnění ledvin a jater.

Dalším faktorem je také kouření a alkoholismus, úrazy a mnohočetná těhotenství matky. Celá tato řada faktorů často zapříčiňuje předčasný porod a tím nedonošenost dítěte. Krevní srážlivost a tím dochází k riziku krvácení do mozku.

PERINATÁLNÍ OBDOBÍ

Období porodu a bezprostředně po něm. Jako jeden z nejzávažnějších faktorů je uváděn abnormální porod tj. porod koncem pánevním nebo klešťový porod dnes používaný výjimečně, protahovaný porod kdy dochází k hypoxii (nedostatečnému okysličení) plodu a předčasný porod.

Vliv má také porucha pupeční šňůry, předčasné odloučení placenty, předčasný odtok plodové vody či císařský řez, užití množství analgetik a anestetik, novorozenecká žloutenka, při které vstupují volně do mozku žlučová barviva, hypoglykémie.

POSTNATÁLNÍ OBDOBÍ

Období poporodní tedy prvních dvanáct měsíců života. Příčinou dětské mozkové obrny v tomto období se udává většinou působení více faktorů najednou, kdy jeden faktor vyvolává další (JAKOBOVÁ, A., 2007).

Jednou z hlavních příčin jsou zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému jakými je infekční zánět mozku a mozkových blan, toxikóza. Dále pak zejména zánět plic (který omezuje dítě v dýchání a tím může být poškozen mozek z nedostatku okysličení), získané či vrozené poruchy metabolismu, poruchy štítné žlázy, úrazy hlavy, pro dítě může být též riziková rodinná zátěž, degenerativní onemocnění, gravidita ve vyšším věku či opakované potraty.

Klasická dětská mozková obrna není dědičná a riziko, že se bude objevovat v dalším těhotenství je jen o málo větší než u ostatních. Mějme ale na paměti, že třetinou příčin tohoto onemocnění nemůžeme určit a to ani skrytou infekci matky dítěte nebo některé vrozené dědičně přenášené infekce dle různého typu dědičnosti (LEHOVSKÝ, M., 1989).

2.3 Formy DMO

SPASTICKÁ FORMA

Mezi spastické formy patří postižení diuretické, diparetickopaukospastické hemiparetické, kvadruparetické, oboustranné hemiparetické. Spastické formy jsou asi v 61% všech DMO.

1. Diparetická forma

Forma postižení dolních končetin, kdy bývají nejvíce stehna, flexovy nohy a bérce. Touto formou bývají nejčastěji postižené nedonošené děti mající nízkou porodní hmotnost. Dolní končetiny jsou viditelně krátké k normální velikosti trupu. Chůze je nůžkovitá, chodí po špičkách s pokrčenými koleny, které se třou o sebe. U těžších případů je však chůze nemožná v důsledku nedostatečné rovnováhy. Postiženy horní končetiny bývají jen zřídka, intelekt je v pásmu normy. Epilepsie se objevuje vzácně (16-27%). (OBRDA, K., KARPÍŠEK, J. 1960)

2. Diparetickopaukospastická forma

Postiženým chybí addukční kontura kyčlí i flekční jevy. Addukční je přinožení. Jde rovněž o postižení dolních končetin, postižení nohou většinou chodit, avšak zatěžují přední část chodidla. Postižení nedokáží chodit po jedné noze a nesvedou ani poskoky.

3. Hemiparetická forma

Jde o nejčastější postižení (75%), kde je nejvíce postižena jedna polovina těla tj. jedna horní a jedna dolní končetina.

Příčinou bývá poškození protilehlé hemisféry předního mozku (vrozená absence části mozku, čímž vznikne dutina). Výrazněji bývá postižena horní končetina, která je ohnutá v lokti, prsty jsou někdy ohnuty dolů a palec bývá přitažen k dlani. Dítě se později přetáčí na břicho, pozici na čtyřech nezvládá, chůze bývá opožděna, napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku. Podstatnou obtíží je epilepsie, kterou trpí 27-44% pacientů tím je spojena s mentální retardací vyskytující se u 18-50% pacientů.

Míru u hemiparézy posuzujeme podle hybnosti:

- Mírná – dítě má pinzetový úchop
- Střední – pohyb celé ruky
- Těžké – pacient ruku nepoužívá (KRAUS A KOL. 2005)

Hemiparéza se zhoršuje s růstem dítěte bez ohledu na stupeň postižení. Lesný uvádí, že v průběhu dalšího vývoje onemocnění mohou nastat dvě situace:

- Na postižené horní končetině se začínají projevovat nedobrovolné pohyby a tiky.
- Postižená horní končetina se stává hypotonickou až atonickou

Děti mající postiženou pravou hemisféru nemají kognitivní poruchy. U opačného levého postižení hemisféry bývá postižení v pásmu lehké mentální retardace (LMR).

4. Kvadraparetická forma

Postihuje všechny čtyři končetiny, a tím patří k nejzávažnějším a nejtěžším formám DMO. Vzniklo-li postižení zdvojením formy diuretické, bývá výraznější postižení dolních končetin. Naopak zdvojením formy hemiparetické jsou postiženy převážně horní končetiny. Je výrazně poškozena jemná a hrubá motorika. Důsledkem zvýšeného svalového napětí je trup prohnutý dozadu, jsou také časté epileptické záchvaty, postižení funkčního centra a centrální nervové soustavy (CNS), klinicky převažuje těžká mentální retardace a mikrocefalie.

Jde o prognózu neméně příznivou, děti setrvávají ve vývoji na neonatálním stupni (KRAUS, J. A KOL. 2005).

NESPASTICKÁ FORMA

Charakterizuje se sníženým svalovým napětím, ochablostí.

1. Hypotonická forma

Hypotonickou formou se označuje snížené svalové napětí trupu, výrazněji na dolních končetinách. U této formy se převážně vyskytují i poruchy intelektu a epileptické paroxysmy. V důsledku kdy dozrává mozková struktura většinou mizí a pokud nedojde k přechodu do třech let věku dítěte na formu spastickou nebo

dyskinetickou je doprovázena těžkou mentální retardací. Může ji také doprovázet některý druh metabolického či degenerativního onemocnění (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ 1997)

Takovéto děti jsou viditelně klidné, pohybově neobratné v důsledku většího rozsahu pohybu v kloubech což jim brání v postojích i chůzi (OPATŘILOVÁ, A., 2003).

2. Dyskinetická forma

Je vzácnější formou tvořící 10% případů DMO, která byla v minulosti nazývána jako extrapyramidová. Vyskytuje se v pozdějším věku z jiných forem DMO a můžeme se u ní setkat s rigiditou, vyznačující se svalovým napětím a ztuhlostí. Při každém pokusu o pohyb je provázena neovladatelnými pohyby. Pohyby mohou být různého druhu:

- Atetotické – vlnité, hadovité, pomalé v klidu i při činnosti
- Choreatické – malé, prudké, trhavé, drobné rychlé pohyby
- Balistické – velké, rychlé, nepotlačitelné, prudké pohyby často celých končetin
- Myklonické – trhavé záškuby svalstva

U takto postižených pacientů je řeč značně nesrozumitelná a pomalá. Objevuje se nadměrné otevření úst, neschopnost vydržet v určité poloze. Děti často nedosáhnou chůze, rozumové schopnosti jsou normální.

3. Mozečková forma

Jedná se o vzácnou formu, která se projevuje velmi těžkým pohybovým postižením s hlubokým narušením intelektu. Objevuje se s jakoukoliv formou DMO. Mezi prvním a druhým rokem života se objevují prvky hypotonie s poruchou koordinace trupu a poruchou artikulace (KRAUS A KOL. 2005).

Každá z těchto forem je mezi sebou kombinována. Poté mluvíme o smíšené formě DMO. Mezi nejčastější kombinace patří hemiparetická s diuretickou, kdy výsledkem bývá klinický obraz triparéza, ochromeny jsou obě dolní končetiny s jednou horní končetinou. Podle toho, která z hemisfér je poškozena (KRAUS A KOL. 2005).

2.4 Vliv DMO na psychický vývoj dítěte

U dětí s dětskou mozkovou obrnou se objevuje- tak jako u jiným pohybově postižených- zkušenostní deprivace. V důsledku, ne mentálního postižení, ale nízkou pohyblivostí je také snížena rozumová schopnost.

Často se setkáváme u dětí s dětskou mozkovou obrnou, že jim dělá problémy rozpoznat barvy, velikost, množství, nerozlišují tvary. Trpí poruchou řeči – dysartrií.

Zábrany a obavy z mluveného projevu se mohou za pomoci logopeda zmírnit dechovým, fonačním a artikulačním cvičením. V citech se neumějí ovládat a tak to u nich může navodit silný citový prožitek, který má za následek ztuhnutí svalů nebo naopak hyperkinézy. S jemnou motorikou mají velké potíže, proto se provádí grafomotorická cvičení.

Mezi komplexní péči o děti s DMO se řadí vedle péče praktického lékaře, neurologa, rehabilitačního týmu a dalších i psychologická péče.

Cílem této péče je, aby onemocnění nezanechávalo stopy na jejich psychice, ale udalo směr péče i po fyzické stránce.

Po psychické stránce je nutná spolupráce po celou dobu psychického vývoje i s rodinou.

Zatím co je diagnóza DMO známa až při dovršení jednoho roku, psychické poruchy mezi které patří poruchy intelektu (mentální retardace), smyslové poruchy, poruchy řeči, učení, odchylky i chování dítěte se často objevuje až v pozdějším věku, proto je nezbytné jejich sledování.

2.4.1 Psychologické vyšetření u DMO

Vyšetření provádí dětský klinický psycholog na základě rozhovoru s rodiči (nejčastěji matkou), dítě formou hry plní určité úkoly.

Posuzuje se paměť, pozornost a projevy chování, u dětí do tří let se také hodnotí hrubá a jemná motorika jako u dětského neurologa.

Vyšetření předškolních dětí se liší od vyšetření dětí mladších tří let.

Psycholog sleduje tyto oblasti:

Adaptivní chování – sleduje se jak reaguje na signály svého okolí, jaké má zrakové vnímání, souhrn očí a rukou (činnost oka a úchop, kresba).

Adaptivní chování předpovídá budoucí vývoj intelektu, který udává budoucí kvalitu života dítěte.

Hrubá a jemná motorika – u postižených dětí hybností se sledují všechny pokroky v ovládnutí hlavy, sedu, lezení a chůze, stabilita, obratnost, úchop hraček nebo tužky.

Řeč – hodnotí se viditelná a slyšitelná komunikace od výrazu obličeje a gesta.

Sociální chování – návyky při krmení, hře, oblékání a hygienické návyky jsou jak snížené tak zvýšené (hyperaktivita). Děti jsou více podrážděné, impulzivní, labilní.

Psychologická péče je důležitá především při řešení školní zralosti, výběru školy, poruch učení či úrovně nároků kladených na dítě předškolního věku. Ta pomáhá se všemi úskalími, které škola přináší jak dítěti, tak rodičům, ty spolupracují při rehabilitaci a často zůstanou izolováni od sociálního okolí (KRAUS A KOL. 2005).

3 DMO JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ

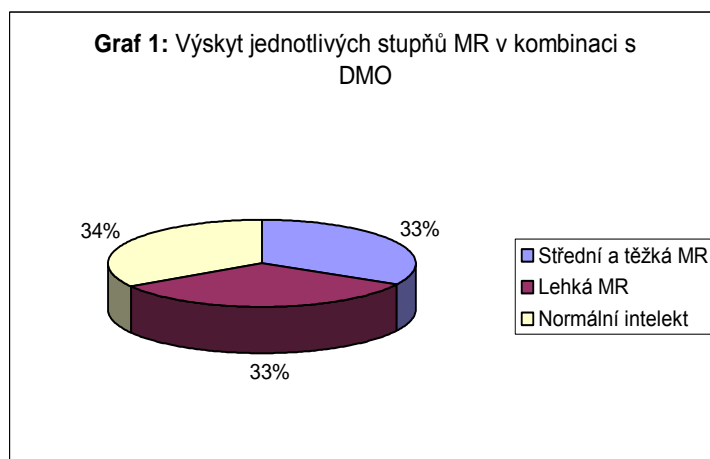
Dětská mozková obrna není jen poruchou hybnosti, přesto je předmětem ke klasifikaci. U všech forem DMO bývá také poškození mentální, epileptické, senzitivní a sensorické. Sovák (1978) označuje kombinované vady jako složitý soubor psychosomatických nedostatků a defomací.

Vítková (1999,s.11) uvádí: „Kombinované postižení totiž nelze považovat za prostý součet dvou nebo více vad, ale vždy se jedná o postižení kvalitativně zcela odlišně a mnohem závažnější, jež ovlivňuje psychomotorický vývoj jedince a má následně vliv i na edukaci žáka.“

3.1 Mentální retardace

Vágnerová (1999, str.146) uvádí: „Mentální retardace je neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přesto že byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojená se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti“.

Jde o souhrnné označení vrozeného či částečně získaného defektu rozvoje intelektu, to se projevuje nedostatkem rozvoje myšlení, snížením schopnosti se učit či zvládnout sociální adaptaci v běžném životě. Jde o opožděný vývoj, který trvale zaostává a je provázen omezenou možností vzdělávání a tím vznikají problémy při socializaci. Tento stav bývá trvalý.



Podle desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišujeme mentální retardaci:

- a) Druh postižení
- b) Stupeň postižení

Tabulka č.1: stupně mentální retardace

	Mentální retardace	
F 70	Lehká	IQ 50-69
F 71	Středně těžká	IQ 35-49
F 72	Těžká	IQ 20-34
F 73	Hluboká	IQ pod 20
F 78	Jiná	Stanovení jejího stupně je pomocí obvyklých metod velmi složité nebo dokonce nemožné
F 79	Nespecifikovaná	Jednoznačně prokázané případy u kterých však chybí nedostatek informací aby mohli být zařazeny do některé z uvedených kategorií

Zdroj: vlastní

- c) Typ postižení – eretický (dráždivý, nepokojný, instabilní),
torpidní (apatický, netečný, strnulý),
nevyhraněný. (ZVOLSKÝ, P. 1996, PIPEKOVÁ, J.2006)

3.2 Epilepsie

Je závažnou přidruženou poruchou provázející DMO velmi často, což bývá hlavní překážkou při zapojení do aktivního života.

Při epileptickém záchvatu se vyskytují různé klinické příznaky, poruchy vědomí, motorické příznaky (křeče, ztráta svalového napětí), somatosenzorické (zvonění v uších, světelné záblesky), vegetativní (změna barvy kůže) a psychické subjektivní prožitky spojené se změněným stavem vědomí (JANKOVSKÝ, J. 2006).

Záchvaty rozdělujeme do tří skupin:

- Ložiskové – (parciální, fokální), objevuje se u 69-73%
 - Motorickými, senzitivními a sensorickými, autonomními,
 - Autonomními
- Gemalizované – 50% výskytu
 - absence – typické, atypické

- myoklonické, klonické, tonické, tonicko-klinické, atonické
- Neklasifikovatelné

„Epilepsie je chronické onemocnění postižení mozkové tkáně, která se projevuje záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, užívání a chování, motorickými projevy a často i poruchami vědomí“ (VÁGNEROVÁ, M. 2004, s.134)

„O epilepsii mluvíme tehdy, když se epileptické záchvaty opakují bez zjevné příčiny. Epilepsie není homogenní z hlediska etologického, patogenetického ani semiologického.“ (VÍTKOVÁ, M. 2006, s.12).

U dětí s DMO se epilepsie pohybuje 15-55% a při kombinaci s mentální retardací až 71%. Nejvíce se vyskytuje u kvadraparetické a triparetické (50-94%), dále u hemiparetické (33-55%), a diparetické s taktické (16-27%), dyskinetické formy v rozmezí 25% (KRAUS A KOL. 2005).

Děti, které trpí hemiparetickou formou mívají parciální epileptické záchvaty (69-73%), a sekundárně generalizované tonicko-klonické záchvaty.

Děti s kvadraparetickou formou mívají okolo 50% generalizované záchvaty a parciální okolo 17%, s diparetickou formou trpí generalizovanými tonicko-klonickými záchvaty v 54%, parciální záchvaty se objevují u 27% (KRAUS A KOL. 2005).

3.3 Vady řeči

Porucha řeči souvisí se smyslovou poruchou. Poškození řeči má různou úroveň a rozsah. Děti trpící mozkovou obrnou mívají odchylky ve vývoji řeči již v kojeneckém věku. Ty se projevují těžkosti při dýchání a sání, nehrají si s končetinami, nemají takzvané pudové žvatláni.

S postižením svalstva řečových orgánů jsou postiženy i složky mluvního projevu (dýchání, artikulace, plynulost a koordinovanost mluvního projevu). Nejčastější poruchou řeči spojenou s dětskou mozkovou obrnou je dysartrie, koptavost, breptavost, dyslalie a můžeme se také setkat s poruchou koverbálního chování. (KLENKOVÁ, J. 2006)

Dysartrie - komplikované postižení. Postižený má narušenou výslovnost, ale slova i obsah řeči dávají význam.

Koktavost – odborníky je nazývána jako balbutismus. Postižený neúmyslně přerušuje svoji plynulou řeč opakováním jednotlivých slabik, slov. Postižený také bez úmyslu prodlužuje svoji řeč přestávkami mezi slovy, má řečový blok.

Breptavost – porucha plynulosti řeči. Postižený má extrémně zrychlené tempo řeči, která je pak nesrozumitelná, ve svém mluveném výrazu vynechává slabiky a části slov. Některé takto postižené děti mají problémy také při psaní.

Dyslalie – patlavost. Jde o špatnou výslovnost. Dítě vynechává hlásky nebo je nahrazuje jinou hláskou.

Vítková (2006, s. 115) uvádí, že *„u dětí s tělesným postižením se mohou v podstatě vyskytovat všechny vady řeči“*.

„Vývoj řeči u dětí s DMO závisí na postižení motoriky, na celkovém tělesném stavu, na úrovni intelektu a také na prostředí, ve kterém se dítě nachází. Vývoj řeči ovlivňuje také výskyt dalších poškození (poruchy sluchu, epileptické záchvaty apod.)“ (Klenková, 1996, s. 31).

3.4. Poruchy zraku

V kombinaci s DMO se nejčastěji vyskytuje strabismus (šilhavost), což je stav kdy pohled vpřed není rovnoběžný. U této poruchy je nutná včasná léčba, aby se zabránilo tupozrakosti, ta je dána tím, že mozek potlačuje vjem šilhajícího oka, aby nedocházelo k dvojitému vidění (PIPEKOVÁ, J. 2006).

Korekce tupozrakého oka u předškoláků je možná zakrytím zdravého oka okluzorem.

Další kombinací je slabozrakost, což je důsledkem velkého množství kyslíku při dokončování vývinu oka, která je hlavně u nedonošených dětí.

Poruchy zraku nejsou dle Kábeleho (1988) tak závažnou komplikací jako poruchy hybnosti a řeči.

3.5 Sluchové vady

U dyskinetické formy DMO se jedná převážně o nedoslýchavost.

Dle Vítkové (2006) se mohou u dětí s tělesným postižením vyskytovat všechny smyslové vady a vady řeči v různých stupních.

„ Vývoj řeči u dětí s DMO závisí na postižení motoriky, na celkovém tělesném stavu, na úrovni intelektu a taktéž na prostředí, ve kterém se dítě nachází“. (KLENKOVÁ, J. 1996)

3.6 Ortopedické vady

Mezi nejčastější ortopedické komplikace můžeme zařadit zkrácení Achillových a koleních šlach. Následkem jejich zkrácení vzniká napětí lýtkového svalu. To brání v chůzi a je nutné jejich prodloužení.

Jako komplikace se objevuje tzv. koňská vybočená noha, vtočená dovnitř. Tím je chůze možná jen po zevní straně chodidla.

Dochází také k deformaci kyčelního kloubu (dysplázii) u nevhodně kontrolovaných svalů. Můžeme se setkat se skoliózou a asymetrickými kontrakcemi paraspinálních svalů (JANKOVSKÝ, J. 2006).

Ortopedické vady se odstraňují operací a následnou rehabilitací. Při nedostatečné rehabilitaci zůstávají končetiny ve špatném postavení.

3.7 Autismus

Za hlavní příčinu poruch autismus a poruch autistického spektra se často považují vrozené abnormality mozku (BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. 2007).

„Více dětí s autismem než u běžné populace utrpělo během těhotenství, porodu či těsně po porodu poškození mozku. U dětí, které prodělaly nějakou infekci, jako zarděnky v těhotenství matky nebo herpes virus v prvních letech života, existuje zvýšené riziko vzniku autismu. Také jiné infekce mohou způsobit poškození mozku dostatečné pro vyvolání autismu.“ (GILLBERG, H., PEETERS, P. 1998, s.54)

„Autismus se jeví stále výrazněji jako syndrom původu neurobiologického, spočívající na genetických faktorech. Tento handicap, který na sebe bere rozmanité formy, se projevuje od nejútlejšího věku a trvá celý život. Autistické děti nedokáží správně

interpretovat informace pocházející z jejich okolí a jsou z tohoto důvodu neschopné upevnit, co se naučily.“ (VOCILKA, M., 1996, s.9)

„Předpokládá se, že určitou roli hrají genetické faktory. Dědí se konkrétně určitý kognitivní typ neschopnosti nebo sociálního deficitu, který ve spojení s dalšími faktory vede k rozvinutí symptomů autismu.“ (BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J., s.131).

4 VZDĚLÁVÁNÍ PŘEDŠKOLNÍCH DĚTÍ

4.1 Vzdělávání v předškolním věku

Mateřská škola je hned po rodině socializačním zařízením, které rozšiřuje možnost rodinné výchovy. Jde o instituci, kde se dítě učí novým poznatkům a rozšiřuje své již získané dovednosti.

Předškolní vzdělávání rozvíjí osobnost dětí v daném věku, rozvíjí jejich city, rozum i tělesný vývoj. Učí se zde základům slušného chování, vytváření základních životních hodnot a mezilidských vztahů, získávají zkušenosti formou kdy společně s rodiči či zákonnými zástupci rozvíjí jejich aktivitu a činnost, kterou budou potřebovat pro další rozvoj (ZINSMEISTER, K. 1994).

Mateřská škola jim dává výchovný prostor pro rozvoj a využití intelektuálních možností, sociální formy vzájemného styku (JEŘÁBKOVÁ, B. 1993).

Dětem je nutné vytvořit takové prostředí a podmínky, ze kterých si odnesou jen samá pozitiva. Ve škole působí několik systémů (vrstevníci dítěte, státní instituce, rodina) jež všichni působí na hlavní článek, kterým je právě profese učitele, učitelky (VAŠUTOVÁ 2002).

Přímou pedagogickou činnost zde vykonává většinou učitelka v mateřské škole. Ta určuje kvalitu předškolního vzdělávání a naplňuje jeho cíle. Je veřejností považována za hlavního činitele při výchově a vzdělávání. Toto je důvodem proč společnost klade na pedagogy různé požadavky a nároky a tím splnit úspěch a efektivnost systému předškolního vzdělávání (BEČVÁŘOVÁ, Z. 2003).

5 VZDĚLÁVÁNÍ POSTIŽENÝCH DĚTÍ

5.1 Historie vzdělávání postižených jedinců

V každé společnosti se rodí postižené děti a tak nejsou výjimkou ani pohybová postižení.

Dříve bylo zvykem se postižených dětí zbavovat. Docházelo k jejich likvidaci nebo je společnost úplně vyčlenila. Toto vše se odehrávalo v prvobytně pospolné společnosti.

ANTIKA - dříve byli děti prohlédnuti a pokud jevíli známky onemocnění, byli hozeni do hluboké propasti. Aristoteles se snažil prosadit určitý postup při jejich likvidaci, který by byl podřízen zákonem.

DOBA FEUDALISMU - postupně se dosáhlo změn, které změnili postoj k postiženým dětem. I když narození postiženého dítěte bylo v té době požadováno za boží trest a označovali jedince jako méněcenného, přesto se začala zakládat sdružení, které pak pečovali o postižené děti. Mezi tyto sdružení patřili azylové domy, kláštery, špitály.

RENESANCE – v této době se již začala zastávat myšlenka, že každému a tedy i postiženému by se mělo dostat pomoci i vzdělání bez rozdílu.

Zde se také setkáváme s prvním pokusem vzdělávat postiženého. počátkem 11.století v Jánských Lázních, jehož prvním majitelem byl Zilwar Silberstein, byl objeven termální pramen využívaný k léčebným účelům

Dále také Vincenz Priessnitz (1799-1851) založil Lázně Jeseník, kde roku 1832 zřídil Léčebný ústav, který svou úlohu plní do dnešní doby.

V Košumberku u Luže bylo otevřeno sanatorium, jehož zakladatelem je František Hamra (1868-1930) kde se léčili děti s tuberkulózou. Sanatorium bylo jedno z největších ve střední Evropě, proto zde otevřeli nejdříve jen třídy a 15. 4. 1908 také školu. V roce 1925 postavili moderní rozsáhlou budovu v nedalekých Chroustovicích a již 1913 zde byla otevřena pomocná třída pro opožděné děti. Později, v roce 1945 k ní přibyla i mateřská škola. V současnosti má sanatorium zhruba 900 lůžek pro děti s pohybovými vadami.

V roce 1913 byl v Praze založen Jedličkův ústav podle svého zakladatele Rudolfa Jedličky (1869-1926), který byl předsedou Spolku pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků, předsedou pražské lékařské fakulty.

Přímou odpovědnost za ústav měl František Bakule (1877 – 1957), kterému dal Jedlička jasný program o spolupráci jednotlivých institucí ústavu.

Bakule byl pokrokovým pedagogem, v ústavu působil od jeho založení až do roku 1919. Odešel po neshodě s vedením a založil si svůj vlastní ústav, kde vychovávali postižené děti společně se zdravými. Přestože měl Bakuleho ústav pedagogické úspěchy tak finanční se mu nevyhnuli a musel být prodán v exekuční dražbě roku 1937.

Dalším známým ústavem byl brněnský ústav „ Na Kociánce“ pro tělesně postižené. Otevřel se na popud Alice Masarykové a Rudolfa Jedličky. V ústavu byla hned od počátku škola a tak mohla probíhat výuka žáků, kteří byli imobilní, na lůžku. V této době sem zařazují děti s kombinovaným postižením. Je zde mateřská škola, základní, střední odborné učiliště, obchodní akademie, rodinná škola a speciálně rodinná škola.

V roce 1920 založili ústav pro zmrzačené v Plzni, poté jej přemístili do Zbůchu u Plzně. Mezi první a druhou světovou válkou zůstávali méně pohybově postižení žáci v běžných školách.

V roce 1948 organizační změny zaznamenaly všechny výše zmiňované ústavy, byly předány státu a začalo je řídit Ministerstvo sociální péče.

Ústavy po této změně začali mít problémy v léčebné koordinaci, výchovně vzdělávací i s vedením pedagogických pracovníků a pracovníků ústavu.

V roce 1965 se tedy vydal metodický pokyn, který měl toto vyřešit ke zlepšení však nedošlo.

Teprve po revoluci v roce 1989 se začalo veřejně mluvit o vzdělávání postižených a tak se dostalo vysvětlení i laické společnosti.

5.2 Pohled do současnosti vzdělávání postižených dětí

Postižené dítě, které dosáhne tří let může být zařazeno do speciálního předškolního vzdělávání. Jeho předností je odborné vedení dětí a cílevědomé vytváření vhodných podmínek pro rozvoj a vzdělávání. Zde dítě nabývá sociální zkušenosti, základní poznatky o životě kolem sebe a první impuls pro pokračující vzdělávání a celoživotní učení.

V současnosti dochází ke změně ve vzdělávání postižených dětí. Neustále se usiluje o to, aby tělesně postižení byli vzděláváni ve všech typech škol a byly integrováni.

V roce 2012 schválili nový zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání – školský zákon. Tímto zákonem jsou nahrazeny zákony:

- č.29/1984 Sb., o soustavě základních, středních a vyšších odborných škol
- č.76/1978 Sb., o školských zařízeních
- č. 564/1990 Sb., o státní správě a samosprávě ve školství

doposud je v platnosti zákon č.306/1999 Sb., o poskytování dotací soukromým školám, předškolním a školským zařízením a zákon č.109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a preventivně výchovné péči ve školských zařízeních.

V současnosti se vzdělávání postižených dětí opírá o legislativu zákona č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění novelizovaném vyhláškou č.147/2011 Sb., dále dle vyhlášky č.14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

Osoby se speciálními vzdělávacími potřebami jsou označovány děti, žáci se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním.

Do zdravotního postižení zařazujeme mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, kombinované postižení, autismus, vývojové poruchy učení nebo chování.

Speciální vzdělávání předškolních dětí se zdravotním postižením probíhá formou integrace individuální či skupinové ve speciálních mateřských školách zřízených právě pro tyto děti. Liší se výuka u žáků se speciálně vzdělávacími potřebami zdravotně postižených, zdravotně i sociálně znevýhodněných.

Jiná metoda vzdělávání je určena i pro žáky s hlubokým mentálním postižením a jiná pro žáky s upraveným vzdělávacím programem na základě souhlasu ministerstva.

Speciální vzdělávání se realizuje za pomoci stanovení, která nabízí individuální opatření poskytovaných v běžných školách. Jde o speciální metody, postupy, rehabilitační a kompenzační pomůcky, různé didaktické pomůcky, speciální učebnice a pracovní listy a sešity.

Speciální vzdělávání probíhá formou integrace buď individuální nebo skupinové. Žákům jsou poskytovány služby poradenských zařízení, asistentů pedagoga a samozřejmě i počtem žáků ve třídě.

Nároky kladené na pedagoga

- Profesionalita
- Teoretické porozumění DMO a přidružených poruch
- Schopnost vycházet z aktuálních výsledků ohodnocení
- Schopnost flexibilně přizpůsobit program
- Schopnost přizpůsobit prostředí dítěti s přihlédnutím na specifika dané poruchy
- Reálný odhad schopností dítěte
- Využití silných stránek dítěte
- Důraz na odborný nácvik komunikace a sociálního chování
- Schopnost vycházet z aktuální vývojové úrovně dítěte v jednotlivých oblastech

Žák s tělesným postižením je žák hluchoslepý, neslyšící, nevidomý, s autismem, s tělesným postižením, s těžkým mentálním postižením a postižením souběžným s více vadami.

Pro tyto žáky se stanovuje individuální vzdělávací program za pomoci speciálně pedagogického centra (SPC) a rodičů žáka. Zpracovává se dříve, než žák nastoupí do školy.

Předškolní vzdělávání dětí s dětskou mozkovou obrnou zabezpečuje integrace do běžné mateřské školy nebo její speciální třídy, do speciální mateřské školy. Vzdělávací systém pro tyto mateřské školy se řídí podobnými pravidly jako ostatní školy. Děti se zdravotním postižením mají zkrácenou výuku speciálně pedagogickou na tři hodiny denně. (Poláková, 2004)

Posláním předškolního vzdělávání je umožnit dítěti dostatek možností aby jeho rozvoj a učení mělo smysl a ulehčilo mu další vzdělávání. Předškolní vzdělávání pro postižené děti uskutečňuje speciálně pedagogickou péči, která jim zkvalitňuje jejich vzdělávací možnosti. Tyto děti mají určité zvláštnosti ve vzdělávání, které musíme uznávat a upravujeme je jejich fyziologickým, kognitivním, sociálním i věkovým požadavkům a potřebám tak aby ho uspokojovaly. Proto je potřeba aby pedagog postupoval ze svého pozorování a momentálního stavu postiženého (životní a sociální situace). V mateřské škole je vzdělávání pomocí různých metod a forem práce. Nejčastěji je to metoda prožitkového učení, učení formou nezávazné hry, učení nápodobou a situací. Proto je vhodné dávat dítěti vzor, který bude moci přijmout a řídit se jím.

U dětí s DMO by měla výchovná práce v předškolním věku dle Vítkové (1999) podporovat samostatnost při sebeobsluze, hygieně a stolování. Měla by také přispívat k rozvoji hrubé a jemné motoriky, rozumových a dorozumívacích schopností především tak, aby byly děti připraveny na začátek povinné školní docházky.

Integrace dětí a žáků se specifickými vzdělávacími potřebami

Vyhláška č.73/2005 Sb. nám umožňuje vzdělávat děti a žáky se zdravotním postižením pomocí individuální nebo skupinové integrace.

Integrací rozumíme vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné mateřské škole za přizpůsobení prostředí, které uspokojuje potřeby postiženého žáka i žáka bez speciálně vzdělávacích potřeb.

Výhodou integrace je, že platí stejná pravidla pro všechny děti a žáky. Postižené děti se střetávají se svými vrstevníky tak jako se budou setkávat s lidmi v běžném životě a naopak. V dnešní době je někdy těžké vytvořit vhodné prostředí z hlediska materiálního. Někdy trvá dlouho, než se vrstevníci spolu sžijí a chápou potřeby své i druhých.

Pokud to obě strany dětí překonají, začnou si užívat dětských radostí. Tím jsou připraveni na další životní cestu.

Pro integrované děti je nutno vypracovat individuální vzdělávací plán.

Principem integrace dle Pipekové (2006) je:

- Dle školského zákona č. 472/2011 Sb., může pod vedením učitele
- na základě speciálně pedagogického centra pracovat asistent učitele nebo osobní asistent žáka
- Aby docházelo k optimálnímu vývoji žáků je třeba udržovat speciálně pedagogickou podporu při výuce

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP)

Rámcový vzdělávací program je jedním z dokumentů společně s Národním programem vzdělávání (tzv. Bílá kniha 2001) tvořících systém státního vzdělávání. Vymezuje rámec vzdělávání v jednotlivých etapách (předškolní, základní, střední). Vzniká ze státního programu vzdělávání jako kurikulární dokument.

„Specifikuje obecně závazné požadavky pro jednotlivé stupně a obory vzdělávání, definuje rámec pro návrh učebních plánů a formuje pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů (Bílá kniha, 2001, s. 38).

Pro mateřské školy je od roku 2001 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) a stal se závazným pro mateřskou školu již v roce 2007, vyučovali podle něj jen některé školy tzv. Pilotní školy.

Na tomto základě musí každá mateřská škola jednotlivě vypracovat svůj Školní vzdělávací program, který bude odpovídat platným právním předpisům a bude pro ně základem.

Bílá kniha

Stanovuje počáteční vzdělávání, rozpracovává cíle vzdělávání dané školským zákonem, vymezuje hlavní oblasti vzdělávání k dosažení daných cílů.

V Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání jsou hlavním cílem vývojová specifika, individuální možnosti a potřeby předškolního dítěte. Poskytovaná péče musí být nastavena tak, aby udávala další směr v životě i vzdělání. „Vytváří dobré předpoklady pro pokračování vzdělání, tím že za všech okolností budou maximálně podporovány individuální rozvojové možnosti dětí“, ale zároveň dbá nato aby se zde dítě cítilo příjemně a chodilo do školy rádo (RVP PV, 2004, s. 5).

Do rámcových cílů předškolního vzdělávání zařazujeme rozvoj dítěte, jeho učení a poznání, kdy si osvojuje základy a hodnoty společnosti, získává osobní samostatnost a je schopno se samostatně projevat. Při dodržování těchto cílů se utváří základy klíčových kompetencí.

Mezi klíčové kompetence předškolní vzdělávání patří:

- kompetence k učení
- kompetence k řešení problémů
- kompetence komunikativní
- kompetence sociální a personální
- kompetence činností a občanské

V rámcový program pro předškolní vzdělávání je rozdělen do pěti oblastí: biologická, psychologická, interpersonální, sociálně-kulturní, environmentální tyto oblasti dále nazýváme:

- 1) dítě a jeho tělo
- 2) dítě a jeho psychika
- 3) dítě a ten druhý
- 4) dítě a společnost
- 5) dítě a svět

Mateřské školy vycházejí z potřeb dítěte. Vypracovávají si vlastní školní vzdělávací program tak aby byl dítěti srozumitelný, praktický na využívání a vyhověl jeho věku.

Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) je obsažen v zákoně č.561/2004 Sb., v §18 je uvedeno, že „Ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi a studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu.“ Zelinková (2001, s.172) uvádí „Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka.

Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.“

Autoři (PŘINOSILOVÁ, 2007, KAPRÁLEK A BĚLECKÝ 2004, ZELINKOVÁ 2007) jsou stejného názoru, že Individuální vzdělávací plán je tvořen dle východisek:

1. **Vychází z diagnostiky odborného pracoviště** – pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně-pedagogického centra. Výsledkem se seznámíme o psychických kvalitách dítěte, o hyperaktivitě, o rozumových schopnostech dítěte.

2. **Pedagogická diagnostika** učitele vychází z vlastní práce s dítětem. Pedagog tím dospěje k vlastnímu názoru a poznatkům. Kaprálék a Bělecký (2004) jsou názoru aby pedagogická diagnostika přihlížela také na zájem, motivaci a sociální podmínky dítěte.

3. **Individuální vzdělávací plán se tvoří pro ty předměty a činnosti**, v nichž má žák, vzhledem k handicapu, největší problémy. Většinou se problémy vyskytují u psaní, v matematice a v českém a cizím jazyce.

4. **Respektuje závěry z diskuse se žákem a rodiči**. S touto spojitostí Zelinková (2007) uvádí, aby byla podporována aktivita rodičů při vytváření individuálního vzdělávacího plánu.

5. **Individuální vzdělávací plán vypracovává učitel dítěte** nebo učitel daného předmětu.

Součástí individuálního vzdělávacího programu je jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým škola spolupracuje na zajištění speciálních vzdělávacích potřebách dítěte (www.msmt.cz).

Podle Zelinkové (2001) by mělo být obsaženo v individuálním vzdělávacím plánu:

- identifikační údaje žáka
- pedagogická diagnóza
- závěry z vyšetření v poradenském zařízení
- pedagogické postupy a konkrétní cíle
- doporučené kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky
- seznam učebnic a ostatních didaktických materiálů
- způsob hodnocení žáka a ověřování vědomostí žáka

- organizace práce
- popisy všech, kdo se podílel na tvorbě individuálního vzdělávacího plánu

Michalík (1999) ještě dodává, že by měli obsahovat informace o pravidlech v komunikaci se zákonnými zástupci, jmenovitě všechny pedagogy a jiné pracovníky, kteří se budou podílet nebo se podílejí na práci s dítětem, o možnostech osobního asistenta.

Asistent pedagoga

Asistent pedagoga pomáhá zajišťovat kvalitnější vzdělávání dětem se speciálně vzdělávacími potřebami (TEPLÁ, M., ŠMEJKALOVÁ, H., 2007).
„Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může ve třídě nebo ve studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálně vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského centra“ (www.msmt.cz).

Funkci asistenta pedagoga zřizuje ředitel školy se souhlasem krajského úřadu (BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M., 2007).

Žádost o asistenta pedagoga musí obsahovat název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků ve třídě, celkový počet tříd, počet žáků se speciálně vzdělávacími potřebami, dosaženou kvalifikaci asistenta (vysokoškolské vzdělání pedagogického směru nebo doplněné akreditované vzdělávacím programem pro asistenty pedagoga), předpokládanou mzdu a za nejdůležitější můžeme považovat náplň práce asistenta pedagoga (VALENTA, M., MÜLLER, O., 2007).

Hlavní rolí asistenta je pomoc při vzdělávání a výchovné činnosti pedagoga, pomáhá dětem se přizpůsobit školskému zařízení, spolupracuje se zákonnými zástupci.

V mateřské škole patří asistent pedagoga mezi kolektiv pedagogických pracovníků, který se plně věnuje individuálně integrovanému dítěti. Podílí se na nácvičku sebeobslužných dovedností. Pomáhá mu zvládnout denní režim a orientaci v prostoru, při budování vztahů s vrstevníky. Rozvíjí komunikaci a podporuje sociální komunikaci. Vede dítě k účelnému využívání volného času. Podílí se na tvorbě

individuálního vzdělávacího plánu. Podporuje kontakty s rodinou a s poradenským centrem, zajišťuje přípravu pomůcek (Čadilová, V., Žampachová, Z., 2008)

Školské poradenské zařízení

Funkce poradenských zařízení se specializuje na celkovou psychologickou, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku. Mezi takové zařízení se řadí pedagogicko-psychologická poradna (PPP), speciálně pedagogické centrum (SPC), středisko výchovné péče (SVP).

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

Umožňuje pomoc při výchově a vzdělávání dětí. Probíhá návštěvou ve školách nebo školských zařízeních, vždy ambulantně. Poradna rozpoznává připravenost dítěte na povinnou školní docházku a dle těchto výsledků navrhuje příslušnou školu, třídu a doporučuje vhodnou formu vzdělávání. (MICHALÍK, J., 1999). Jejím hlavním cílem je poznat a zjistit příčiny poruch chování, učení, výchově a vzdělávání dětí a vývoji osobnosti. Provádí speciálně pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku, která napomáhá při umísťování dětí do příslušné školy nebo třídy, kde se vzdělává podle vhodné formy upravené ve vzdělávacím programu pro žáky se zdravotním postižením. Škole poskytuje metodickou a poradenskou pomoc.

Úmyslem pedagogicko-psychologické poradny je zjištění původu problému při poruchách učení, poruchách chování, problémy ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání žáků. V současné době řeší převážně prevenci školní neúspěšnosti a negativních jevů v sociální výchově žáků. (Pipeková, J., 2010).

Jsou zřizovány v každém okresním městě a jejich vyšetření se provádí na základě doporučení lékaře či pedagoga, kdy výsledek šetření dostanou písemně především rodiče či zákonní zástupci, dále také lékař a pedagog.

Speciálně pedagogické centrum (SPC)

Poradenská činnost ve speciálně pedagogickém centru je určena především pro děti a žáky s jedním typem postižení nebo se souběžným postižením více vadami, která je obsažena v zákoně č.561/2004 Sb. v platném znění a ve vyhlášce č.72/2005 Sb. Speciálně pedagogické centrum nabízí pomoc v oblasti speciálně-pedagogické, psychologické a psychoterapeutické. Tuto pomoc vykonávají dle vyhlášky č.72/2005 Sb., psychologové, sociální pracovníci, speciální pracovníci jednak ambulantně ve speciálně pedagogickém centru nebo při návštěvách pedagogických pracovníků na školách a školských zařízeních kde je žák s postižením integrován v rodinách (Pipeková, J., 2010).

„ Speciálně pedagogická centra poskytují služby žákům s mentálním postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky vykonávají některé standardní speciální činnosti“
(ŠVARCOVÁ, I., 2006, s. 94).

Zastávají speciálně pedagogickou diagnostiku, poradenskou službu se zaměřením na pomoc s problémy ve vzdělávání dětí a žáků se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a podílí se na začlenění do společnosti.

). „*Speciálně pedagogická centra poskytují služby žákům s mentálním postižením, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky vykonávají některé standardní speciální činnosti“* (Švarcová, I., 2006, s. 94)

Specializují se na cvičení pro děti raného věku, smyslovou výchovu dětí předškolního věku, rozvíjení motoriky, nácvik sebeobsluhy a sociální komunikaci a přípravu do vzdělávacího procesu, aj. (ŠVARCOVÁ, I., 2006)

Činnost je ambulantní na pracovištích centrech, návštěvou ve školském zařízení, popřípadě v rodinách.

Střediska výchovné péče (SVP)

Střediska výchovné péče zajišťují svoji péči ambulantně nebo formou celodenní péči, kdy pobyt trvá dva měsíce a je dobrovolný (VOJTOVÁ, V., 2010) Jejich cílem je poskytnutí péče dětem a žákům pomoc při výchovných problémech a tím předcházet vážnějším výchovným poruchám, podporuje práci s rodiči (zákonnými

zástupci dítěte), poskytuje poradenskou službu pedagogickým pracovníkům v péči o výchovně ohrožené děti.

Střediska výchovné péče se řídí daným zákonem č.109/2002 Sb. ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou 458/2005 Sb. MŠMT, která vytyčuje takové ty hlavní body středisek výchovné péče. Vyhláška upravuje podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče, spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou, speciálně pedagogickým centrem a dalším kompetentním zařízením.

Střediska navrhují dětem a žákům bezodkladnou pomoc již při prvních náznacích výchovných problémů, zabraňují a snižují vážnější výchovné poruchy v chování, podporují práci s rodinou

6 PŘÍPADOVÉ STUDIE JEDINCŮ S DMO

6.1 Kazuistika – Oliver, 5. Roků

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Věk matky při porodu: 36let

Porod: předčasný ve 34. týdnu gravidity

Porodní váha: 2500 g

Poporodní adaptace byla protahovaná. Chlapec měl deformitu chodidel. Byl nápadný nepoměr velikosti hypotrofických dolních končetin vzhledem k trupu.

Od 5 měsíce je patrná psychomotorická retardace. Dalším vyšetřením byl zjištěn hydrocefalus, zlatý streptokok a žloutenka typu B. Zřídka se vyskytují epileptické záchvaty.

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Olivera ihned po porodu převezli do kojeneckého ústavu. Matce a otci již v předchozí době byly odebrány sociální péči. Matka byla v době těhotenství infikovaná žloutenku typu B. Sourozenci o 3 roky starší bratr a o 2 roky starší sestra byli v pořádku. Rodiče neprojevují zájem ani o jedno dítě. Oliverovi je nyní 5 let, je vychováván příbuznými.

U Olivera je diagnostikována dysartrie. V současné době má slovní zásobu, která odpovídá 3 rokům. Z důvodu porušení výslovnosti hlásek musí mít přesnou koordinaci artikulačních pohybů. Logopeda navštěvuje Oliver jednou týdně a pracuje s ním na celkovém zlepšení hybnosti mluvidel a rozvíjení slovní zásoby. S chlapcem dále pracuje rehabilitační sestra, která s ním pracuje Vojtovou metodou a provádí s ním orofaciální stimulaci.

Chlapec bude muset v pozdějším věku na korekční operaci dolních končetin. Operace se uskuteční kolem 6. roku a upraví deformity nohou. Umožní mu rozvoj vertikalizace.

Integrace do klasické ZŠ není doporučena.

6.2 Kazuistika – Valérie, 4.roky

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Věk matky při porodu: 22 let

Porod: v termínu, byl překotný, lehká asfyxie musela být kříšena, dostala kyslík

Porodní váha: 2700 g

Na CT se zobrazila asymetrie hemisfér, pravá hemisféra byla větší.

Od 12.měsíce se u Valérie projevily křeče při teplotách. Objevují se u ní epileptické záchvaty. Vyšetřením se zjistilo, že jde o vrozenou vývojovou vadu. V 18měsících je diagnostikována lehká hemiparetická forma DMO. Převažuje u ní postižení horní končetiny, Valérie má v této končetině pinzetový úchop, dále má vrozenou dysfunkci horizontálního pohledu (pokud se chce podívat do stran otáčí se celou hlavou).

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Dívka pochází z úplné rodiny. Oba rodiče jsou zdraví, má o rok mladší sestru, která je zdravá.

Valérie má z psychologického hlediska nadprůměrné výkony, ale s vývojovými nerovnoměrnostmi. Spolehlivě řeší problémy spojené s rozvojem řeči, nadprůměrné výkony má v paměťových funkcích. Rodiče se Valérii věnují, dívka navštěvuje MŠ ve které je integrována se stejně starými dětmi. Pravidelně dochází na rehabilitační cvičení, aby funkce levé ruky byla alespoň částečně zachována. Rodiče musí s dívkou docházet pravidelně na kontroly k očnímu lékaři.

V rámci logopedické péče Valérie nemá větší problémy. Musí se pouze doučit hlásku „R“ kterou vyslovuje krčně. S logopedem pracuje jednou týdně a tento nedostatek by měl být odstraněn, než nastoupí povinnou školní docházku. Odklad školní docházky u Valérie zřejmě nebude nutný. Dívka bude integrována do ZŠ v místě bydliště.

6.3 Kazuistika – Jiřík, 5.let

OSOBNÍ ANAMNÉZA

Věk matky při porodu: 27 let

Porod: v 39.týdnu těhotenství

Porodní váha: 2450 g

Jiřík je z druhé gravidity matka se léčila po dlouhou dobu na neplodnost. Vzhledem k hypotrofii byl Jiřík přeložen na oddělení předčasně narozených. Ultrazvukové vyšetření odhalilo lehkou asymetrii postranních komor, větší rozšíření bylo vlevo. Nález na EEG byl lehce asymetrický. V neurologickém nálezu byl postupně se zvyšující svalový tonus. Závěr tohoto vyšetření uvedl centrální tonusovou a koordinační odchylku ve formě kvadruspacity. Poporodní adaptace probíhala bez komplikací, s Jiříkem byla započata časná rehabilitace dle Vojty. Po čtyřech týdnech byl z porodnice propuštěn.

RODINNÁ ANAMNÉZA:

Jiřík pochází z neúplné rodiny. Matka je rozvedená. O dítě se stará společně s babičkou. Sestra matky měla diagnostikovanou vývojovou retardaci s počátkem v novorozeneckém věku.

Jiřík je opožděný v psychomotorickém vývoji. Přetáčet na břicho se začal asi v devátém měsíci. Ve dvanácti měsících se začal plazit, neudržel se v sedě. Neurolog hodnotil opoždění na úroveň 4. měsíce nález měl s levostrannou lateralizací. Výrazná flexe palců na ruku. Chodit začal ve dvou letech za ruku. První slova říkat v 15 měsících, v 6 letech používá asi 500 slov. Má také menší poruchu koordinace. Mentální vývoj je opožděn zhruba o 3 roky.

Nyní v 5 letech je u Jiříka diagnostikována výrazná dyslalie. Psychologické vyšetření popisuje kolísavou motivaci, kombinaci postižení jemné i hrubé motoriky, motoriky mluvidel, grafomotoriky a obtíže s orientací v prostoru. Má také sníženou kapacitu pozornosti. Úkoly, které plní je schopen plnit asi 10 minut poté chce přestávku. V rozumových schopnostech vážne rozvoj symbolických funkcí a rozvoj pojmového myšlení. V 7 letech čeká Jiříka korekční ortopedická operace obou palců pak by se měl zlepšit jeho úchop .

7 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

7.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN PRO ŠKOLNÍ ROK 2011/2012

Jméno: Daniel

Narozen: 17. 2. 2007

Diagnóza: DMO – hemiparesis 1.sin centr.typu, akcent. horní končetiny,
axiální hypotonie, vývojová dyslalie

Stanovení cílů v jednotlivých oblastech:

1. Obsah, rozsah, průběh a způsob poskytování individuální péče

Při práci bude využíváno všech pomůcek a vybavení mateřské školy

Například:

- Švédská bedna, žebřiny, trampolína.
- Míče a míčky různé velikosti a tvrdosti.
- Chůdičky, lyžiny, nožní labyrint.
- Pískováčka, malířský stojan
- Divadelní paravan s maňásky a loutkami
- Široký výběr materiálů k výtvarným a pracovním činnostem
- Další dostupné didaktické materiály
- Veškeré vybavení školní zahrady

2. Cíle vzdělávání dítěte

Zvyšovat vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Eliminovat nebo zmírnit důsledky tělesného postižení. Cílem je osvojení učiva Rámcového vzdělávacího programu pro mateřské školy v plném rozsahu. Časové a obsahové rozvržení učiva – dle stávajícího plánu ostatních dětí. Pedagogické postupy – shodné s výukou ostatních dětí.

Cíle stanovené v jednotlivých oblastech IVP budou plněny během všech činností v rámci denního režimu mateřské školy (ranní cvičení, dechové cvičení,

jazyková chvilka, řízené činnosti – výtvarné, pracovní, hudební, tělesné, literární) denně dle třídního plánu.

Činnosti související se získáváním a utužováním dovedností, schopností a návyků potřebných k zahájení povinné školní docházky budou plněny třikrát týdně od 13 do 14 hodin dle individuálního plánu.

OBLAST MOTORIKY

Hrubá motorika

- Další zapojování do činností souvisejících s rozvojem hrubé motoriky (cvičení, pohybové aktivity, pohybové hry, pobyt venku).
- Nadále rozvoj a koordinace celého těla při chůzi a běhu, chůze po schodech, chůze a běh v přírodním terénu.
- Rozvoj dynamické koordinace při dalších činnostech (prolézání strachovým tunelem, skákání na trampolíně, vylézání na žebřiny a skluz po lavičce, přeskakování překážek, chůze na chůdičkách či lyžování na lyžinách).
- Rozvoj koordinace při udržování rovnováhy, při chůzi po zvýšené ploše, při různých typech chůzí (chůze po špičkách, chůze po patách).
- Rozvoj koordinace při napodobování pohybových celků (zdravotních cviků, cviků jógy).
- Podporovat ji a vybízet i k pohybově náročnějším aktivitám dle její volby.

Jemná motorika

- Rozvoj obratnosti při stolování
- Další rozvoj samostatnosti při oblékání, obouvání, přesnější manipulace se stavebnicemi
- Vkládání drobných předmětů
- Sestavování puzzle, mozaiky
- Zdokonalování pohybů při manipulaci s drobnými korálky (navlékání korálků)
- Obkreslování šablon, práce s foukacími fixy
- Rozvoj jemné motoriky při stříhání.

- Zpřesňování pohybů při obkreslování, vybarvování, malování, lepení a ve všech výtvarných činnostech volbou menšího formátu papíru či šablony.
- Práce s barevnými písky, hry s pískovničkou
- Hra na dětské hudební nástroje

Grafomotorika

- Další nácvik správného úchopu, tlaku, plynulosti pohybu, uvolnění ruky.
- Plynulost pohybu po papíře.
- Zvyšování úrovně obsahové i formální stránky kresby.

OBLAST SEBEOBSLUHY

Hygiena

- Další rozvoj samostatnosti při čištění zubů, česání, mytí rukou a obličeje
- Další rozvoj samostatnosti při používání kapesníku či toaletního papíru.

Oblékání

- Další rozvoj samostatnosti při oblékání, obouvání, skládání a úklidu oblečení a obuvi

Stolování

- Další rozvíjení správného držení lžičce
- Dodržování čistoty při jídle
- Pokračování v nácviku samostatnosti při přípravě úklidu jídla

OBLAST SOCIÁLNÍ

Vztah k učitelce

- Posilování pozitivního, vstřícného a přátelského vztahu.
- Respektování nastavených pravidel.
- Omezení záporných reakcí, zatvrzelosti a negace.

Vztah k dětem

- Utužování vstřícného, pozitivního a přátelského vztahu k dětem.
- Zapojit se do všech činností spolu s ostatními dětmi
- Hrát si s dětmi
- Komunikovat s nimi bez obtíží
- Respektovat je, umět ustoupit, podřídit se

- Umět se rozdělit
- Umět říci ne
- Posilování kooperativních schopností

OBLAST ŘEČI

Perceptivní složka řeči

- Další rozvoj perceptivní složky řeči

Expresivní složka řeči

- Rozvíjet sociální užití řeči
- Fixace hlásek ve spolupráci s klinickým logopedem
- Návčik krátkých říkadel, básniček a písniček, gymnastika mluvidel při jazykových chvilkách, logogymnastika se vzájemným propojením slova a pohybu.
- Ostraňování strachu z řeči před dětmi i dospělými
- Rozvoj a posilování slušného chování (pozdravit, poprosit, poděkovat).
- Vybízet ke komunikaci (vyprávění vlastních zážitků, popis hraček, věcí, povídání u knížky či obrázku).
- Zjistit znalost barev, stav aktivní i pasivní zásoby

3. Seznam kompenzačních, didaktických a učebních pomůcek

- Hudební a rytmické nástroje
- Pomůcky k dechovému cvičení (foukadlo, větrníky různých velikostí, foukací fixy)
- Provlékač puzzle, obrázkové puzzle různých velikostí a stupňů obtížnosti
- Overbaly, míče, kruhy, stuhy, švihadla, lana, chůdičky, lyžinky, strachový pytel žebřiny, lavička, žíněny, molitanové kostky.
- Labyrinty nožní, stolní vertikální i šikmé, nástěnné.
- Výukové a obrázkové logopedické materiály.
- Korálky různých typů a velikostí k navlékání, skládání dle předlohy i fantazie v mozaiku
- Pískovnička s mnoha variabilními doplňky.
- Stavebnice.

- Kreativní deska s magnetickými tvary
- Společenské stolní hry, knihy encyklopedie.
- Materiál k výtvarným a pracovním činnostem (štetce, redispera, houbičky, razítka, raznice, barvy vodové, temperové, akrylové, mramorovací, prstové, windows, barevné písky, tuše, pastely, pastelky, fixy, křídly, modelovací i keramická hmota, různé druhy papírů, nůžky, lepidla, omalovánky, vystřihovánky, šablony a další doplňkové materiály).

7.2 HODNOCENÍ INDIVIDUÁLNÍHO VZDĚLÁVACÍHO PLÁNU

Hodnocení pro školní rok 2011/2012

Jméno: Daniel

Narozen: 17. 2. 2007

Diagnóza: DMO – hemiparesa horní končetiny, axiální hypotonie, vývojová dyslalie

Hodnocení cílů v jednotlivých oblastech:

OBLAST MOTORIKY

Hrubá motorika

- bez obtíží se zapojuje do pohybových aktivit, cvičení i pohybových her
- Pochoduje, běhá, chodí po schodech nahoru i dolů s přidržováním pravou rukou. Chodí a běhá v přírodním terénu bez větších obtíží, ale pohyb je mírně trhavý.
- Zdolává prolézačky různého typu se zapojením postižené ruky (využívá ji při uchopování, držení a přitahování) při činnostech jako je lezení, podlézání, přelézání, skákání, seskakování a klouzání po skluzavce.
- Snaží se o udržování rovnováhy při chůzi po zvýšené ploše, o chůzi po špičkách a patách (nenapadá, ale je nejistá, pohyb není plynulý, nedokonale či částečně provedený).
- Je schopný částečné nápodoby pohybových celků (zdravotních cviků), potíže se objevují při rovnovážných cvicích s výdrží, při cvicích jógy.
- Při pobytu venku se bez obtíží zapojuje do pohybově náročnějších aktivit (chůze po kulech, hod míčem, běh za koulejí se obručí).

Jemná motorika

- Je zcela samostatný při stolování, jí příborem, který drží opačně, převážnou část úkonů vykonává pravou rukou s vidličkou, levá ruka s nožem plní pomocnou funkci
- S minimální dopomocí zvládá oblékání, svlékání, zouvání i obouvání. Umí si i zapnout zip.

- Při hrách a hravých činnostech jí nečiní potíže vkládání drobných předmětů sestavování i složitějších puzzlí, drobné mozaiky (zatím ne dle předlohy), navlékání korálků středních a menších rozměrů. Zvládá rovněž práci se šablonami, foukacími fixy (potřebuje-li pomoc požádá kamaráda)
- Obtíže mu činí stříhání, kde postižená ruka plní pouze přidržovací funkci, což se projevuje špatnou manipulací s papírem.
- Plně se zapojil do ostatních výtvarných činností jako je lepení, práce s netradičními materiály, malba, razítkování, hry s pískovničkou.
- Zvládá také hru na dětské rytmické nástroje

Grafomotorika

- Zlepšení v uvolněnosti ruky.
- Stále přetrvává špatné držení tužky a větší přítlak, je schopen po upozornění opravit.
- Pohyb po papíře stále ne zcela plynulý.
- Pokroky jsou taktéž patrné v oblasti obsahu a formy kresby.

OBLAST SEBEOBSLUHY

Hygiena

- Zcela samostatný při čištění zubů, česání, mytí rukou a obličeje.
- Zcela samostatná při používání kapesníku a toaletního papíru.

Oblékání

- Samostatný.

Stolování

- Zcela samostatný.

OBLAST SOCIÁLNÍ

Vztah k učitelce

- Je schopen respektovat nastavená pravidla) občas je zatvrzelý, odmítá komunikaci i pořádit se – povahový rys).
- Vztah k učitelkám je pozitivní a přátelský

Vztah k dětem

- Vztah k dětem rovněž pozitivní a přátelský.
- Do činností s dětmi se zapojuje bez obtíží.

- S dětmi komunikuje, respektuje je občas mu činní potíže ustoupit či podřídit se zvláště při činnostech vyžadujících kooperaci.

OBLAST ŘEČI

Perceptivní složka řeči

- Pasivní slovní zásoba rozsahem odpovídá věku.

Expresivní složka řeči

- Má potíže při nácviu krátkých říkadél, básniček a písniček, zapamatujte si pouze některé úseky.
- Dokáže před dětmi bez ostychu či strachu z řeči vyprávět vlastní zážitky
- Zná základní i doplňkové barvy

Daniel je dítě s těžkým postižením, které je ve školním roce 2011/2012 integrováno do Mateřské školy speciální. Daniel školu navštěvuje třetím rokem. V průběhu docházky došlo k velkému zlepšení po všech stránkách. Zlepšení je patrné v komunikaci mířené nejen směrem k dětem i v celkové integraci s dospělými, která byla velmi komplikovaná tehdy diagnostikovanou dysfázií expresního typu.

Daniel dochází do mateřské školy speciální od tří let. Mateřská škola je zaměřená na děti se zdravotním oslabením. Daniel je integrován ve třídě kde je 14 žáků. Při nástupu Daniel mluvil velmi málo, pohyboval se sám, zvykal si na nové prostředí i odloučení od rodičů. Mateřskou školu navštěvuje každý den na 4 hodiny. Již byl v péči logopeda, ORL lékaře, psychologa.

Mateřská škola již měla zkušenosti s individuálním plánem.

Pro Daniela jej vypracovali třídní učitelky

Daniel se dnes jeví jako velmi samostatný a v mezích možností maximálně soběstačný téměř ve všech činnostech.

Dokáže si velice zručně poradit i v náročnějších činnostech, ve kterých je potřeba vzájemné kooperace obou horních končetin. Dopomoci vyžaduje pouze minimálně, a to až po nezdařených pokusech. Svůj handicap se snaží zneužívat, ale naopak je velice houževnatý a nebojí se vše vyzkoušet a nechá si poradit v případě, kdy si neví rady. K těmto velkým pokrokům přispělo výše zmíněné překonání komunikační bariéry a snaha o přizpůsobení se vrstevníkům i daným požadavkům a podmínkám třídy.

Obrázek 1: chůze na chůdičkách



Zdroj: vlastní

Obrázek 2: Hra s didaktickými panely



Zdroj: vlastní

Obrázek 3: práce v keramické dílně



Zdroj: vlastní

ZÁVĚR

Příčinou dětské mozkové obrny je postižení mozku v raných stádiích vývoje. Jde o vážné onemocnění, které má mnoho různých důvodů. Klinický obraz se vytváří během prvního roku života. V průběhu vývoje mezi druhým a čtvrtým rokem věku dítěte se mění ve vyhraněnou tonusovou a hybnou poruchu.

Dětskou mozkovou obrnu doprovází mimo poškození mozku i jiná postižení. Nejčastěji ji doprovází mentální retardace v různých stupních a tím dítě nemůže dosáhnout intelektově svému věku. Mentální retardace je trvalá a většinou vrozená. Nedostatečně se u dítěte vyvíjí řeč, má menší schopnost se učit, jeho adaptace na běžný život je obtížná a někdy i nemožná.

Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s poruchami autistického spektra se vzdělávají v mateřské škole speciální podle RVP PV. Rámcový vzdělávací program je kurikulární. Děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou žáci se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a žáci nadaní a mimořádně nadaní. Program vzdělávání, který vymezuje rámec pro tvorbu školních vzdělávacích programů obsahuje dva díly: Díl 1 – vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením, Díl 2 – vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Základem pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu je Školní vzdělávací program. Léčebný a preventivní smysl má komprehenzivní rehabilitace, která má tyto hlavní složky: rehabilitaci léčebnou, sociální, pedagogickou a pracovní.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie - texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007. 150s. ISBN 978-80-7315-144-7.

GILLBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus - zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 1998. 122s. ISBN 80-7178-201-7.

JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Vyd. 1. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2007. 101 s. ISBN 9788073684884.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha : Triton, 2006. 173s. ISBN 80-7254-730-5.

KÁBELE, F., KOLLÁROVÁ, E., KOČÍ, J., KRACÍK, J., *Somatopedie*, Praha: Univerzita Karlova, 1993, ISBN 80-7066-533-5.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha. Grada, 2006. 224s. ISBN 80-247-1110-9.

KLENKOVÁ, J. *Vzdělávání žáků s narušenou komunikační schopností*. Brno: Paido, 2008. 244s. ISBN 978-80-210-4708-220-0.

KRAUS, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 348 s. ISBN 80-247-1018-8.

LEHOVSKÝ, M. *Pečujeme o nervově nemocné dítě*. Praha: Avicenum, 1989. 203s. ISBN 08-040-89.

MONATOVÁ, L., *Speciálně pedagogická diagnostika z hlediska vývoje dětí*. Brno: Paido. 2000. 92s. ISBN 80-85931-86-9.

OBRDA, K., KARPÍŠEK, J. *Rehabilitace nervově nemocných*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1960. 472 s.

OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2003.52s. ISBN 80- 210-3242-1.

POLÁKOVÁ, H. *Školský zákon, zákon o pedagogických pracovnících s výkladem*. Žďár nad Sázavou:Fakta v.o.s., 2004. 287s. ISBN 80-902614-3-4.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno. Paido, 2006. 404s. ISBN 80-7315-1.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, O. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 1997. 456s. ISBN 80-7169-512-2.

- SOVÁK, M., a kol. *Defektologický slovník*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, n.p., 1978. 480s. ISBN 14-804-78.
- SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika*, Praha: Grada, 2007. 160s.
ISBN 978-80-247-1733-3 .
- ŠLAPAL, R. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. 34 s. ISBN 80-7315-017-4.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2011. 221s.
ISBN 978-80-7367-889-0.
- VACÍNOVÁ, M., TRPIŠOVSKÁ, D., FARKOVÁ, M., *Psychologie*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 240s. ISBN 978-80-7452-008-2.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÍTKOVÁ, M. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999. 94s. ISBN 80-859-3175-3.
- VOCILKA, M. *Autismus*. Praha : TECH-MARKET, 1996. 116s. ISBN 80-902134-3-X.
- VOJTA, V. *Mozkové hybné poruchy v kojeneckém věku*. 1. vyd. Praha: Grada a Avicenum, 1993. 384 s. ISBN 80-85424-98-3.
- VOJTOVÁ, Věra. *Inkluzivní vzdělávání žáků v riziku a s poruchami chování jako perspektiva kvality života v dospělosti*. Brno: Masarykova univerzita, 2010. 330 s. ISBN 978-80-210-5159-1.
- ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum, 1996. 206 s.
ISBN 80-7184-203-6.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ a TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1: chůze na chůdičkách.....	51
Obrázek 2: hra s didaktickými panely.....	51
Obrázek 3: práce v keramické dílně.....	51

Seznam grafů

Graf 1: Výskyt jednotlivých stupňů mentální retardace v kombinaci s DMO...	21
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1: Stupně mentální retardace	22
--	----

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Didaktické pomůcky	I
Příloha B – Kresba rodičů.....	III
Příloha C – Pracovní listy	IV

PŘÍLOHY

Příloha A – Didaktické pomůcky

PÍSKOVNIČKA



Zdroj: <http://www.benjamin.cz/cs/6276/e-shop/didakticky-material/rozvoj-cteni-a-psani/piskovnicka-sada-2012/index.htm>

TRIANGL

Tento dřevěný triangel obsahuje tři různé motorické aktivity. Točení ozubených koleček, labyrint a hru na procvičení zápěstí.



<http://www.bambinot.cz/Didakticke-hracky/Aktivni-triangl>

MINI CHŮDIČKY



Zdroj: <http://www.benjamin.cz/cs/582/e-shop/pohybove-hry/telocvicne-pomucky/mini-chudy/index.htm>

BALANČNÍ DESKA



Zdroj: <http://www.benjamin.cz/cs/596/e-shop/pohybove-hry/balancovani-rovnovaha/balancni-deska-medved/index.htm>

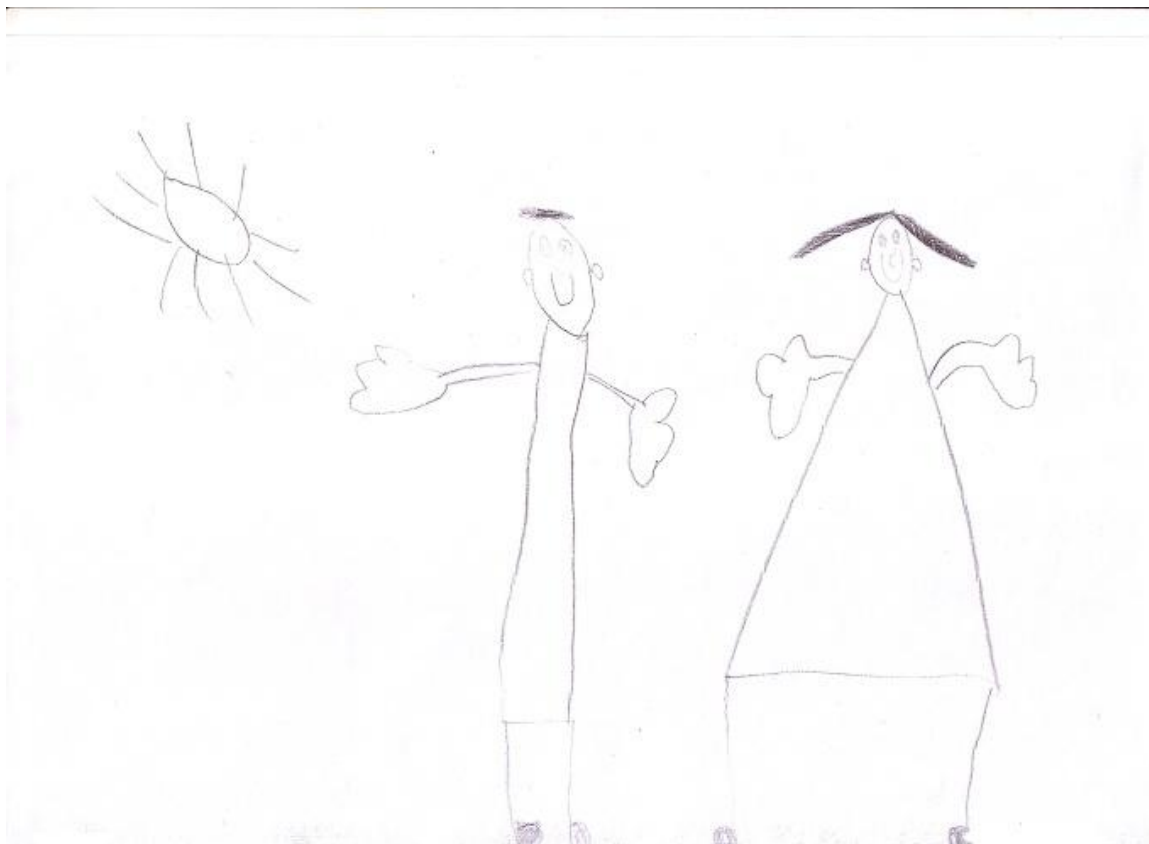
Obrázek E: foukací labyrint

Hra vhodná pro logopedická cvičení, děti se při ní zábavnou formou učí správně dýchat



Zdroj: <http://www.benjamin.cz/cs/2187/e-shop/didakticky-material/rozvoj-smyslu-procvicovani-pameti/foukaci-labyrint/index.htm>

Příloha B – Kresba rodičů



Zdroj: Daniel

Příloha C – Pracovní listy

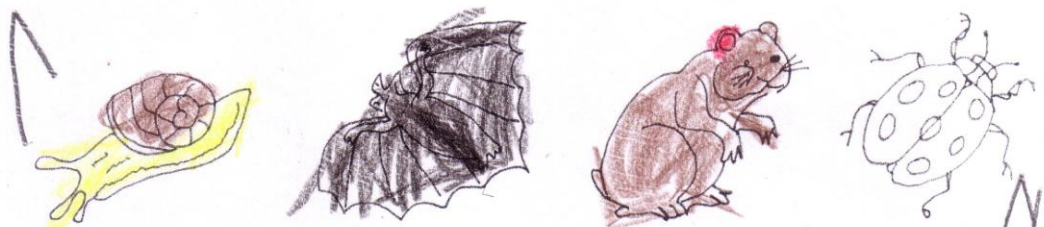
Pracovní list před - za



Vybarvi zvířátko, které je hned před vaškou.



Vybarvi všechna zvířátka, která jsou za zajičkem.

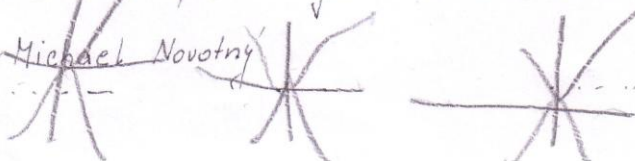


Vybarvi všechna zvířátka, která jsou před beruškou.

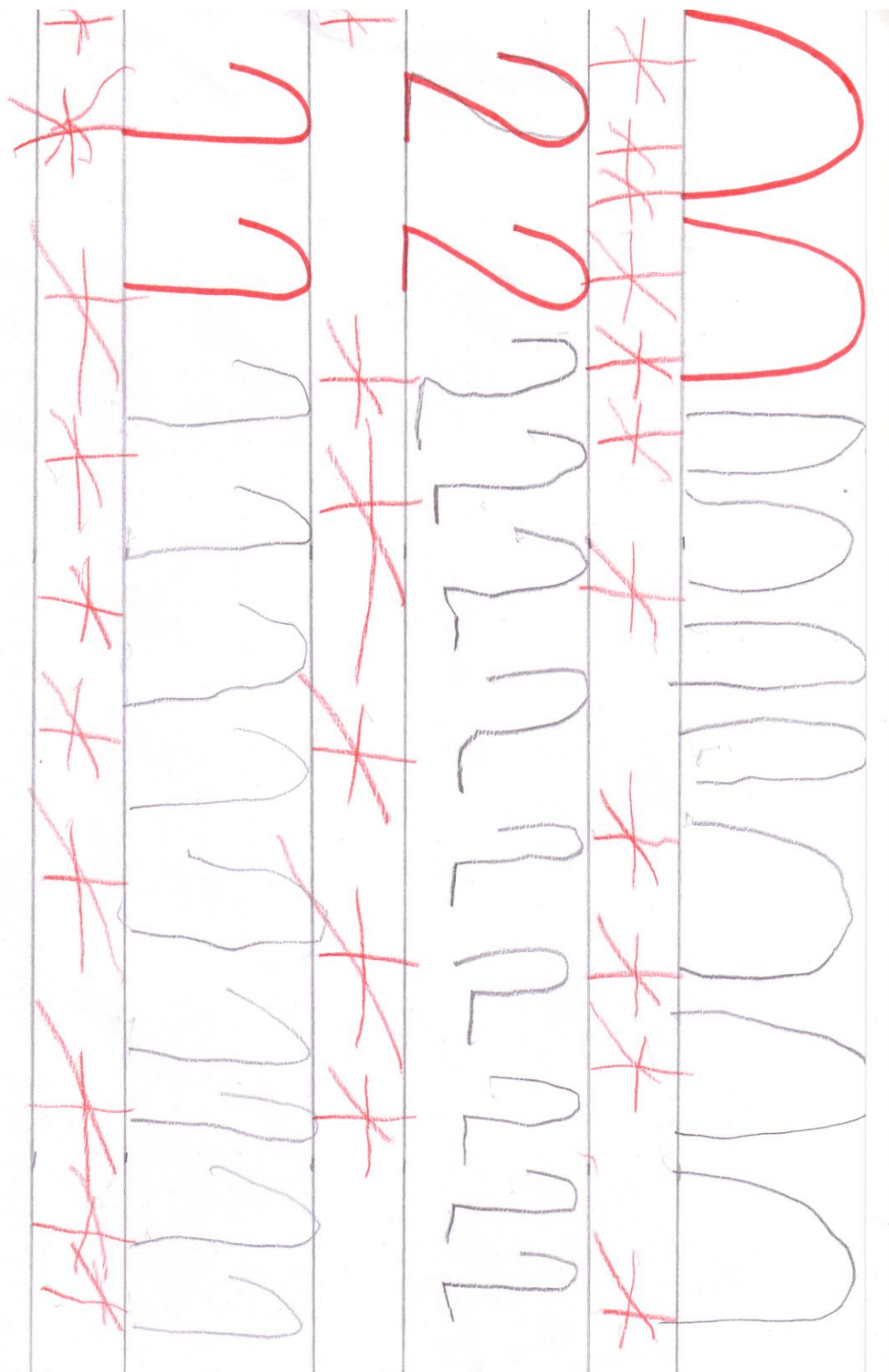


Vybarvi zvířátko, které je hned za ovečkou.

Autor: Michael Novotný



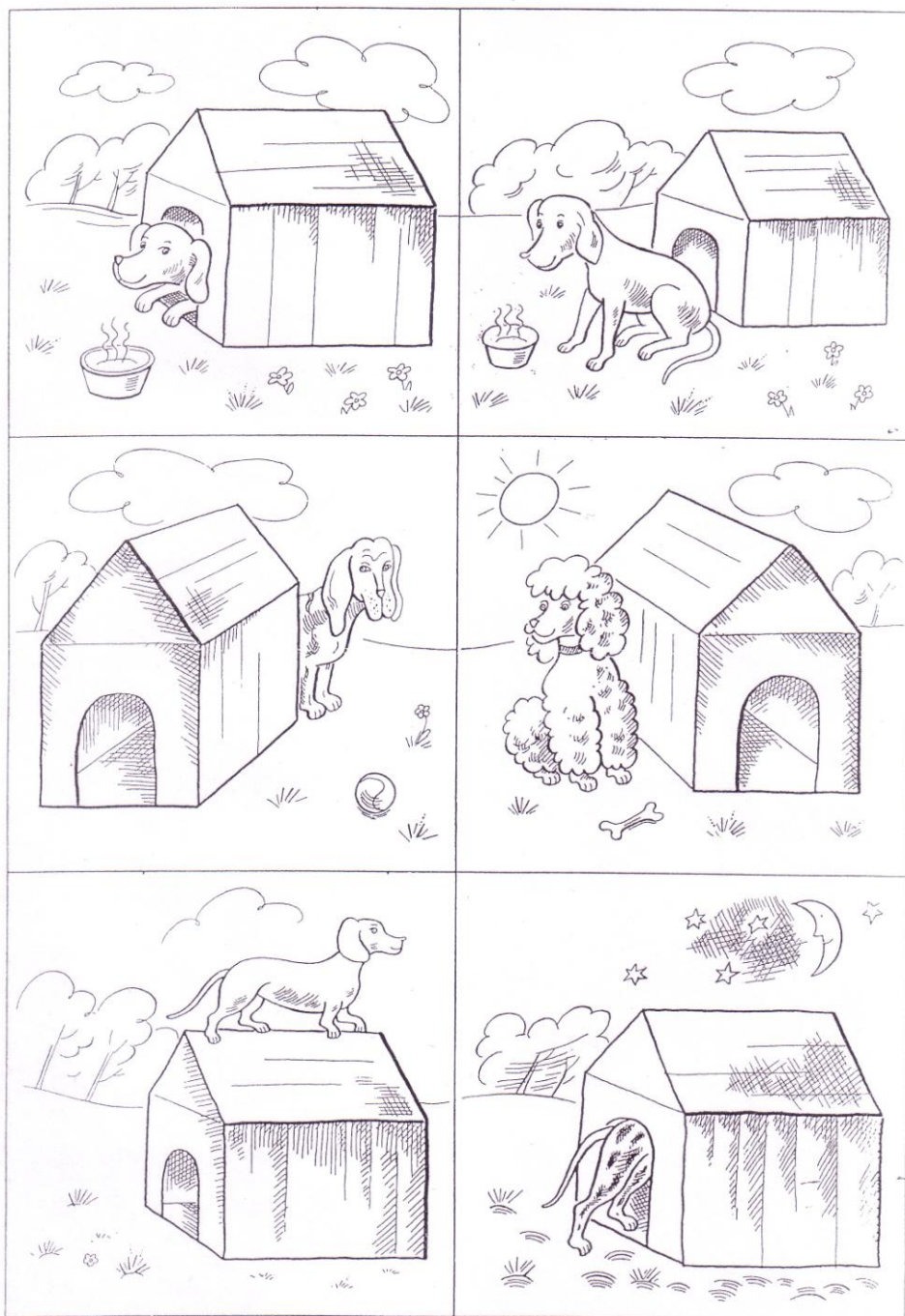
Zdroj: Daniel



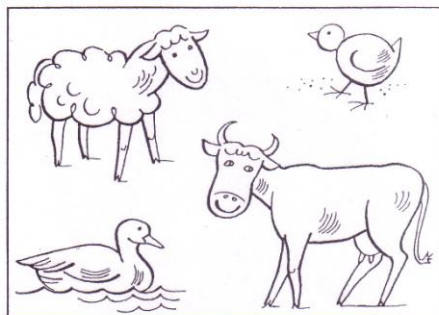
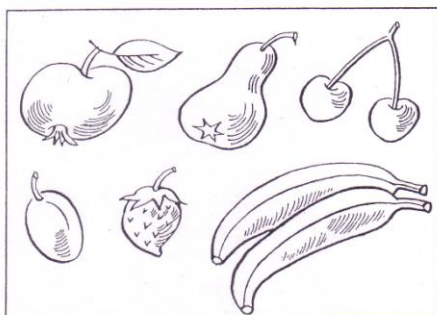
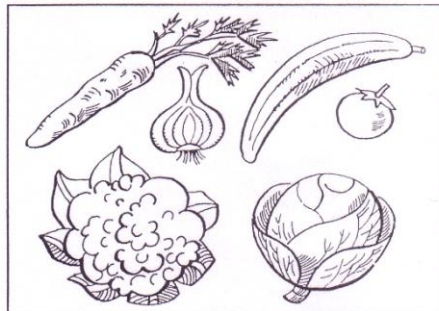
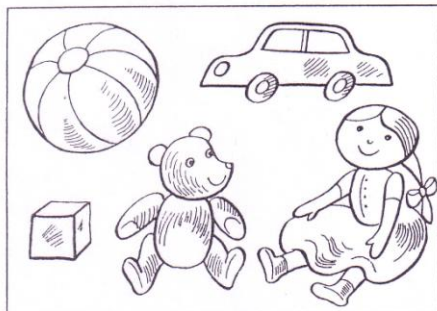
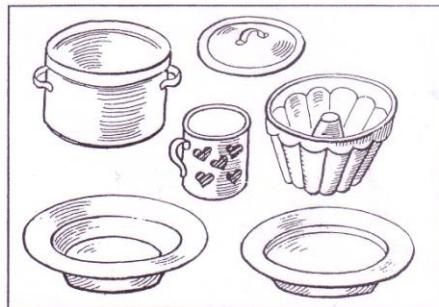
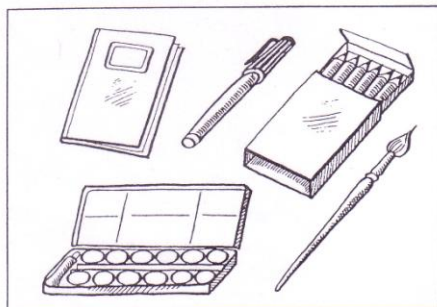
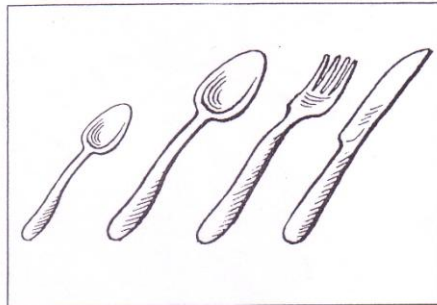
Zdroj: Daniel

Pracovní list na prostorové vnímání:

před, pod, za, vedle, na, pod



Nadřazené pojmy



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Květa Nýdlová

Obor: Speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: Kombinovaná

**Název práce: DMO jako kombinované postižení a specifika vzdělávání dětí s DMO
v předškolním zařízení**

Rok: 2013

Počet stran textu bez příloh: 44

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů: 26

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Počet ostatních zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann