

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

**Speciálně pedagogická intervence zaměřená na nácvik
soběstačnosti u klienta s DMO**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

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

Hradec Králové

2018



Zadání bakalářské práce

Autor: Eliška Bednářová

Studium: P15P1071

Studijní program: B7506 Speciální pedagogika

Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních

Název bakalářské práce: **Speciálně pedagogická intervence zaměřená na nácvik soběstačnosti u klienta s DMO**

Název bakalářské práce AJ: Special pedagogical intervention oriented on practicing self-sufficiency with example on the client with CP cerebral palsy.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Práce bude zaměřena na popis realizace podpory klienta s dětskou mozkovou obrnou (DMO) při nácviku soběstačnosti. V teoretické části bude definován jedinec s dětskou mozkovou obrnou, s přidruženou středně těžkou mentální retardací. Budou popsány jeho psychologické zvláštnosti a z nich vyplývající specifické potřeby v období dospívání. Práce představí systém vzdělávání a péče o jedince s kombinovaným postižením, podrobněji se zaměří na představení metod a prostředků využívaných při speciálně pedagogické intervenci. V praktické části práce bude popsán proces edukace chlapce s DMO realizované v domácím prostředí. Bude vytvořen pracovní materiál, sloužící k podpoře rozvoje samostatnosti klienta. Jednotlivé aktivity budou s klientem realizovány, následně dojde k jejich zhodnocení a ověření jejich přínosu. Data budou získána za pomoci kvalitativního výzkumného šetření s využitím metod kazuistika, rozhovor a pozorování. Klíčová slova: DMO, soběstačnost, pedagogická intervence

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie: dětství, dospělost, stáří. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0. ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

Garantující pracoviště: Katedra speciální pedagogiky,
Pedagogická fakulta

Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

Oponent: PhDr. Petra Bendová, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 5.2.2015

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Ph.Dr. Miroslavě Javorské Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování bakalářské práce věnovala.

Anotace:

BEDNÁŘOVÁ, Eliška. *Speciálně pedagogická intervence zaměřená na nácvik soběstačnosti u klienta s DMO*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové. 2018. 50 - stran. Bakalářská práce.

V práci bude definován jedinec dětskou mozkovou obrnou, s přidruženou mentální retardací. Dále budou popsány psychologické zvláštnosti. V práci bude představen systém vzdělávání a péče o jedince s kombinovaným postižením. V praktické části bude popsán proces edukace chlapce s DMO realizované v domácím prostředí. Dále bude vytvořen pracovní materiál, který poslouží k podpoře samostatnosti klienta. Jednotlivé aktivity budou s klientem realizovány a na konci nácviku dojde k jejich zhodnocení a ověření přínosu. Data budou získávána za pomoci kvalitativního výzkumného šetření s využitím metod rozhovor, pozorování a kazuistika.

Klíčová slova: DMO, soběstačnost, pedagogická intervence.

ANOTATION:

Bednářová, Eliška. *Special pedagogical intervention oriented on practicing self-sufficiency with example on the client with CP cerebral palsy*. Hradec Králové: Faculty of Education, The Univerzity of Hradec Králové. 2018. 50 pp. Bachelor degree Thesis.

Bachelor thesis focuses on describing the execution of client's support with cerebral palsy (CP) in practicing self-sufficiency. Next I will describe psychological peculiarities. Bachelor thesis introduces a system of education and care for individuals with multiple disabilities. In the practical part I will describe the process of educating a boy with a CP implemented in the home environment. I'm going to create working tools to support a boy with cerebral palsy. I will implement individual activities with my client and I will evaluate results at the end of the training. I'm going to gather the data through a qualitative research survey using interviewing, observation and case reports.

Key words: CP, self-sufficiency, pedagogical intervention.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a uvedla jsem použité všechny prameny a literaturu.

V Náchodě dne 18.3 2018

Eliška Bednářová

Obsah

Úvod	1
1 Jedinec s dětskou mozkovou obrnou	2
1.1 Charakteristika	2
1.2 Etiologie.....	3
1.3 Formy DMO	4
1.4 Přidružená mentální retardace (MR).....	11
1.5 Psychologické zvláštnosti dítěte s DMO	13
2 Vzdělávání žáků s DMO	16
2.1 Legislativa vzdělávání	16
2.2 Možnosti vzdělávání jedinců s DMO	17
2.3 Podmínky vzdělávání.....	18
2.4 Podmínky integrace	19
2.5 Individuální vzdělávací plán (IVP).....	20
2.5 Asistent pedagoga	22
3 Podpora v soběstačnosti a nezávislosti	24
3.1 Sebeobslužné činnosti.....	25
3.2 Návik sebeobslužných činností	26
4 Výzkumné šetření zaměřené na klienta s DMO.....	33
4.1 Cíle práce	33
4.2 Výzkumné metody	34
4.3 Charakteristika respondenta.....	35
4.4 Analýza domácího prostředí	36
4.5 Charakteristika edukačního procesu	37
4.5.1 Pracovní materiál.....	38
4.6 Návik činností	39
4.7 Výsledky a diskuze k výzkumu	43
Závěr.....	46
Seznam použité literatury	48
Seznam příloh.....	50

Úvod

„Ať se zdá být život jakkoliv těžký, vždy existuje něco, co můžete dělat a uspět v tom.“

Stephen Hawking

Během studia jsem absolvovala velké množství praxe, která pro mě byla velkým přínosem. Obrovskou inspirací pro tuto práci, pro mě byl denní stacionář NONA. Většina stacionářů nabízí služby, které jsou zaměřeny na podporu a rozvoj soběstačnosti klienta. V oblasti sociální, sebeobslužné a pracovní. Klient se učí zvládat běžné denní činnosti související s péčí o vlastní osobu, získává nové dovednosti a znalosti. Cílem těchto aktivit je docílit maximální možné samostatnosti. Mnoho osob se zdravotním postižením má sníženou soběstačnost, ale ne každý jedinec musí být závislý na pomoci druhé osoby. Nejen zdraví lidé, ale i osoby se zdravotním postižením touží docílit, co nejvyššího stupně samostatnosti. Přejí si provozovat aktivity, jako intaktní společnost. Domnívám se, že je velmi důležité klientovi umožnit začlenění do běžného života. Obzvláště, pokud sám projevuje zájem a je to v jeho schopnostech.

V této práci se zaměřuji na popis realizace podpory chlapce s dětskou mozkovou obrnou při nácviku soběstačnosti. Toto téma jsem si vybrala záměrně, jelikož se mi naskytla příležitost pracovat s klientem, který byl v mnoha ohledech nesamostatný.

V práci se věnuji nácvikům běžných denních činností, a to nakupování, vaření a úklid. V teoretické části bude definován jedinec s dětskou mozkovou obrnou, s přidruženou mentální retardací. Budou popsány psychologické zvláštnosti. A představen systém vzdělávání a péče o jedince s kombinovaným postižením.

Cílem praktické části je popsat proces nácviku sebeobslužných činností u dítěte s DMO. Vytvořit pracovní materiál, který poslouží k podpoře rozvoje samostatnosti klienta a následně realizovat s klientem s DMO nácvik činností, které povedou k jeho možnému osamostatňování v jeho domácím prostředí.

Stěžejní literaturou pro vypracování této práce byla publikace Dětská mozková obrna od Josefa Krause a Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením od Dagmar Opatřilové a Dany Zámečnickové.

1 Jedinec s dětskou mozkovou obrnou

1.1 Charakteristika

Dětská mozková obrna (DMO) se obvykle definuje jako neprogresivní neurologický syndrom, který je vyvolaný lézí nezralého mozku. Nynější údaje nicméně vyvolávají otázky, zda patologický proces je skutečně neprogresivní. Převládajícím projevem je porucha motoriky. Téměř polovina postižených má navíc významný kognitivní deficit nebo poruchu intelektu: tito pacienti tvoří kolem 50% populace dětí s těžkou mentální retardací. K dalším častým projevům patří poruchy zraku, sluchu či obtíže s příjmem potravy. (Kraus 2005)

Toto závažné neurovývojové onemocnění nemělo po dlouhou dobu jednoznačný název. Ivan Lesný, zakladatel české neurologie zavedl v roce 1952 označení „perinatální encefalopatie“, v roce 1959 následně poslední a zároveň doposud používaný název „dětská mozková obrna“. Prvotní pojmenování se používá i dosud pro všeobecný souhrn poškození mozku, který vznikl v období před porodem a krátce po něm. Toto poškození může mít za následek, jako uvádí Kábele (1988) :

- Těžké poruchy hybnosti (dětská mozková obrna)
- Poruchy psychomotoriky (lehké mozkové dysfunkce)
- Poruchy psychiky, intelektu (mentální retardace)
- Poruchy vědomí (epileptické záchvaty)

„Pro DMO je typická tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, tékavost, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči“ (Vítková, 2006, s. 42).

Počet dětí postižených dětskou mozkovou obrnou se zvyšuje zhruba od 50. let 20. století, kdy se začala zřetelně zlepšovat péče o matku a dítě a odkdy se také snižuje novorozenecká a kojenecká úmrtnost. V důsledku tohoto pokroku v pediatrii je zachráněno mnoho dětí, které by dříve umíraly. Tyto děti jsou však v současnosti postiženy DMO. (Fischer, Škoda, 2008)

1.2 Etiologie

Etiologie DMO je velice rozmanitá a obvykle se příčiny této poruchy mohou kombinovat. Epidemiologické analýzy definovaly značný počet rizikových faktorů, které mohou vyvolat DMO. K těmto faktorům patří nízká porodní hmotnost, předčasný porod, mnohočetná těhotenství, ale také neurologická onemocnění matky a sourozenců, deficit hormonů štítné žlázy u nezralých novorozenců apod. (Kraus, 2005)

Podle období vzniku rozlišujeme příčiny následovně:

- **Prenatální příčiny** – Prenatálním obdobím se rozumí období od počátku těhotenství do porodu. V tomto stádiu může působit celá řada rizikových činitelů podílejících se na vzniku DMO. Nebezpečné jsou z velké části infekce matky v prvním trimestru těhotenství. Mozek vyvíjejícího se plodu nicméně mohou poškodit také infekce cytomegalovirem (HCMV) z rodiny herpetovirů. Mezi další závažné infekce patří například toxoplazmóza, která může postihnout plod ve kterémkoliv období vývoje, a to přímo od matky, která prodělává akutní formu toxoplazmózy. Toto onemocnění způsobuje poruchy mozku a oční sítnice. Mezi další infekce, které mají negativní dopad na plod, patří infekční žloutenka, syfilis nebo jiná virová onemocnění.

Významným rizikovým faktorem pro vznik DMO v tomto období je i abúzus návykových a toxických látek – alkohol, drogy, nikotin, popřípadě některé léky. (Fischer, Škoda, 2008)

- **Perinatální příčiny** – Perinatálním obdobím rozumíme období porodu a přímo po něm. Je to období neuvěřitelně náročné jak pro matku, tak především pro dítě. Za nejzávažnější příčiny jsou považovány abnormální porody, protahované porody, překotné porody a také klešťový porod, který je v dnešní době prováděn pouze výjimečně. Zvýšené riziko může způsobit porod pánevním koncem či užití nepřiměřeného množství analgetik a anestetik rodičkou.

V tomto případě může dojít k hypoxii plodu (nedostatečné okysličení). Ve velice krátké době pak následuje hypoxicko-ischemická encefalopatie, rozvíjí se edém mozku spojený s nekrózou neuronů. Velice nebezpečné je také nadměrné stlačení lebky novorozence, což může způsobit krvácení do mozku. (Fischer, Škoda, 2008)

- **Postnatální příčiny** – v poporodním období, tedy v prvních dvanácti měsících života, mohou na dítě působit další vlivy zapříčiňující vznik DMO. Nejsou již tak časté jako faktory vzniklé v prenatálním či v perinatálním období. Hovoříme především o infekcích centrálně nervové soustavy (CNS), jako je zánět mozkových blan, encefalitida různého původu a závažná traumata mozku. (Fischer, Škoda, 2008)

Dle Lesného jsou velice nebezpečné rané kojenecké infekce, především plicní a střevní infekce či otravy toxického původu.

Kraus uvádí, že DMO s postnatální etiologií tvoří 10% všech případů. Při vyloučení traumatických lézí mozku, týraných dětí a při věkovém ohraničení 3 až 4 let věku se toto procento dále snižuje. (Kraus, 2005)

1.3 Formy DMO

Příznaky DMO zahrnují rozsáhlou škálu postižení. Nemocný s DMO může mít problémy s jemnou motorikou, jako je psaní nebo stříhání nůžkami, může mít obtíže s udržení rovnováhy při chůzi, může strádat mimovolnými pohyby, jako jsou například krouživé pohyby horních končetin nebo vůlí neovladatelné pohyby mimických svalů. Dále u jedince může být přítomen pohybový neklid, nesoustředěnost, nestálost, nízká představivost, střídání nálad nebo opožděný vývoj řeči. Symptomy jsou u každého nemocného individuální, i přesto že mají stejnou diagnózu. (Kraus, 2005)

Klinické projevy DMO jsou obzvlášť podřízeny období, kdy došlo k poškození nezralého mozku dítěte. Jelikož se klinický obraz utváří v průběhu dvanácti měsíců života dítěte, tak diagnóza z neurologického hlediska je jasná většinou ke konci prvního roku. (Opatřilová, 2003)

V různých publikacích můžeme nalézt několik verzí rozdělení forem DMO. Například Opatřilová udává tyto formy:

- Spastické formy DMO
- Nespastické formy DMO
- Lehká mozková dysfunkce (LMD)

<i>Klasifikace</i>	<i>Distribuce</i>	<i>Charakteristika</i>
spastická	65%	Známky postižení centrálního motoneuronu se zvýšením svalového tonu, zvýšenými šlachosvalovými reflexy, patologickými jevy a spastickou parézou.
hemiparetická	30%	Primárně unilaterální postižení, obvykle větší na horní než dolní končetině.
kvadruparéza	5%	Postiženy všechny končetiny: u bilaterální hemiparézy bývá postižení horních končetin těžší než postižení dolních končetin.
diparéza	30%	
dyskenická	20%	Dolní končetiny jsou postiženy mnohem více než horní končetiny, které nemusí být postiženy vůbec nebo je jejich postižení minimální.
ataktická	15%	Charakteristická nápadnými mimovolnými pohyby nebo kolísáním svalového napětí s choreoatetozou jako častým subtypem: postižení je obvykle symetrické společně pro všechny čtyři končetiny.

Kraus, 2005, str. 62

M. Vítková (2004) navrhuje dělení forem DMO následovně:

- **spastické formy DMO** – diparetická, hemiparetická a kvadruparetická forma
- **nespastické formy DMO** – dyskinetická a hypotonická forma

Spastické formy

Podle S. Fishera vznikají jako následek poškození centrálních motorických neuronů. Mezi hlavní charakteristické znaky patří zvýšený svalový tonus, stereotypní pohyby, porucha aktivní volní hybnosti a abnormální pohyby či držení. (Fisher, Škoda, 2008)

Diparetická forma

Tato forma DMO se řadí mezi nejčastější. Důvodem je poškození mozku v oblasti temenního laloku. Obvyklou příčinou je předčasný porod, kdy plod není zcela zralý. Dalším důvodem může být komplikovaný porod, kdy dojde ke krvácení do mozku či k nedostatečnému zásobování mozkové tkáně kyslíkem. V tomto případě platí, že čím víc je poškozená oblast, tím větší je rozsah diparézy.

Zhruba třetina dětí s diparézou se rodí do 32. týdne těhotenství, třetina mezi 32. – 36. týdnem a jen třetina se rodí v termínu. (Kraus, 2005)

Diparetická forma je typická postižením obou dolních končetin, které bývají slabší, obzvláště v bércích. Častým charakteristickým znakem je spastická hypertonie svalů dolních končetin. Postižení nebývá vždy symetrické, zpravidla bývá jedna končetina postižena více, pak hovoříme o diparéze s pravou nebo levou orientací. Děti s touto formou mohou ve většině případů chodit, avšak motorický vývoj je výrazně opožděn. Začínají chodit mezi třetím a pátým rokem. Dolní končetiny se mohou vtáčet dovnitř a při chůzi může dojít ke křížení kolen přes sebe, vzniká tedy nůžkovitá chůze. Díky tomu je narušena rovnováha, která způsobuje kolébavou chůzi, často nazývanou jako „lidoopí“. Nejčastěji je chůze možná pomocí berlí nebo s doprovodem druhé osoby. U dítěte trpícího diparézou není v prvních měsících vývoje snad kromě snížené pohyblivosti nic nápadného. Z počátku se vyvíjí jako zdravý jedinec. V 6. měsíci se začínají objevovat první chybné pohybové vzorce charakteristické pro diparetika. Dítě trpící diparézou se neotáčí šroubovitým pohybem jako zdravé dítě, ale otáčí po hlavě a ramenou celé tělo najednou. Aby se předešlo k zhoršení stavu, je velmi důležité zahájit terapii co nejdříve, tedy nejpozději do 6. měsíce. Jelikož se dítě zprvu jeví jako zdravé, často dochází k tomu, že je optimální období pro zahájení terapie promeškáno. (Fisher, Škoda 2008)

Hemiparetická forma

Příčinou hemiparetické formy DMO je způsobeno lokalizovaným poškozením vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry (Vítková, 2006).

Prenatální faktory se z 75% podílí na etiologii, u více jak 8% narozených jsou to malformace mozku. Postnatální faktory se uplatňují pouze 10% jedinců postižených hemiparézou. Téměř 25% dětí, kterým byla diagnostikována hemiparetická forma, se rodí předčasně. U 1/4 - 1/3 případů je etiologie neobjasněná. Tento typ onemocnění postihuje více chlapce a mírně převažuje pravostranné postižení. (Kraus, 2005)

Tato forma DMO postihuje svalové napětí jedné poloviny těla, a to častěji horní končetinu, která bývá ohnuta v lokti, kdežto dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. V některých případech lze hemiparézu zaznamenat již ke konci 3. měsíce a projevuje se omezenou motorikou horní končetiny. S postupným vývojem se mohou objevit další příznaky jako například: jednostranné držení hlavy, kdy dítě je natočeno ke zdravé straně, asymetricky se otvírající ústa, ruka zaťatá v pěst a sevření palce (nevyskytuje se u hemiparéz získaných). Přibližně v 5. měsíci se dítě pokouší otáčet do polohy na břicho, s tím že pohyb je veden přes postiženou stranu. Nastává to, že ruka zůstává sevřená pod bříškem. Dítě se při této změně polohy opírá o zdravou polovinu těla. Dochází k blokování vývoje postižené strany a bez terapeutické pomoci nelze dosáhnout dalšího vývojového stupně. Často se dítě při plazení pohybuje asymetricky. Zdravá paže je natažená vpřed, kdežto postižená paže je ve flexi a tažená pod tělem. Ve 12. – 18. měsíci se dítě pokouší o vzpřímení, kdy začíná být patrná kyfóza, způsobená přenášením rovnováhy na zdravou stranu. (Vítková, 2006)

Z tohoto důvodu je důležité zahájit terapii nejpozději ve 4. – 5. měsíci, ještě před tím, než se dítě začne vzpřimovat. Je nutné předejít spontánnímu vývinu patologických vzpřimovacích pohybových vzorců, které mají za následek nesprávné vzpřimování. Bohužel diagnóza bývá často pozdní, pouze polovina dětí je diagnostikována věku 10 – 18 měsíců. Mezi jednu z nejtěžších forem DMO je oboustranná hemiparéza - dochází k postižení všech čtyř končetin a pohyb rukou je zcela znemožněn. Postižené děti jsou většinou celoživotně závislé na pomoci druhých. Pro tuto formu je typická snížená inteligence a epilepsie, která je nejvýznamnější komplikací. (Kraus, 2005)

Kvadruparetická forma

Kvadruparéza je nejtěžší forma DMO. Vzniká jako důsledek poškození rozsáhlých částí senzomotorické oblasti mozkové kůry. Tato forma je charakteristická postižením celého těla, hlavy, trupu a všech čtyř končetin. (Fisher, Škoda 2008)

Předpokládá se, že 1/3 tvoří prenatální příčiny, u 25% případů se vyskytuje nízká porodní hmotnost, mnohdy se vyskytují malformace mozku nebo infekce CNS. (Kraus, 2005)

Těžké formy kvadruparézy bývají nápadné již v novorozeneckém věku. Vyskytují se poruchy primárních reflexů (otevření úst, sací, polykací reflex). Z tohoto důvodu jsou děti krmeny sondou, jelikož chybějící sací reflex jim znemožňuje přijímat potravu. Už v prvních týdnech života lze zaznamenat nápadné natažení dolních končetin, ohnutí rukou a konstantní opistotonické držení hlavy. (Vítková, 2006)

V některých případech mohou být postiženy pouze tři končetiny, pak hovoříme o triparéze, která však není samostatnou formou. Kvadruparetická forma se prakticky vždy projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Práce s takto postiženými dětmi je velice náročná, jelikož děti jsou zcela závislé na pomoci druhé osoby. (Opatřilová, 2003)

Nespastické formy

Tyto formy DMO jsou charakterizovány absencí svalového napětí (Opatřilová, 2003).

Dyskinetická forma

Tato forma vzniká v důsledku poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, které jsou součástí extrapyramidové dráhy podílející se na řízení pohybů člověka. Z tohoto důvodu byla dříve označována termínem extrapyramidální. (Fisher, Škoda 2008)

„Dyskinetická forma je definovaná dominujícími abnormálními pohyby nebo posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu. Základní poruchou dystonicko – dyskinetické formy je neschopnost organizovat a správně provést volní pohyb a také koordinovat automatické pohyby.“ (Kraus, 2005, s. 81)

Dyskinetická forma není příliš častá. Dle literatury jí trpí zhruba pětina jedinců postižených DMO. Převažujícími příčinami jsou prenatální faktory (porodní asfyxie, hypotrofičtí novorozenci, dále prenatální faktory a pouze malou část tvoří postnatální. (Fisher, Škoda 2008)

Klinicky rozlišujeme dva subtypy dyskinetické formy DMO. Hyperkinetická a dystonická forma. Každá z nich má rozdílné příčiny a liší se svou prognózou. U hyperkinetické podskupiny jsou charakteristické nápadné neúčelné, mimovolní pohyby. Na rozdíl u dystonické podskupiny lze zaznamenat častou náhlou změnu svalového tonu. Jedná se především o zvýšení svalového tonu v extenzorech trupu. (Kraus, 2005)

Hypotonická forma

V některé literatuře se můžeme setkat s termínem ataktická či cerebrální. Tato forma patří mezi vzácné, tvoří přibližně 5 – 7% případů. Hlavní příčinou bývá poškození v oblasti mozečku. Většinou postihuje vnímání rovnováhy. Vyskytují se často velmi chudé motorické projevy jedince. Dítě díky sníženému svalovému tonu bezvládně leží nebo sedí. V tomto případě hovoříme o celkové pohybové pasivitě. (Fisher, Škoda 2008)

Přibližně kolem třetího roku dítěte přechází tato forma na formu spastickou či dyskinetickou. V mimořádných případech setrvává i po čtvrtém roce, potom se hovoří o setrvalém hypotonickém syndromu. V této situaci bývá prognóza daleko horší. Často bývá provázena mentální retardací. (Opatřilová, 2003)

„U většiny pacientů se k paleocerebelárnímu syndromu připojuje i léze mozečkových hemisfér. Takové děti nezvládnou chůzi nebo začnou chodit později, po 6. roce věku. Mnohé mají těžkou retardaci nebo autistické rysy.“ (Kraus, 2005, s. 85)

Jiné formy DMO

Smíšené formy DMO

K těmto formám řadíme kombinaci dyskinetických forem se spastickými, ale také kombinované vady, kdy tělesné postižení provázejí poruchy zraku, sluchu nebo těžší mentální postižení. (Vítková, 2006)

Procento případů, které označujeme jako smíšené formy, se mění dle kritérií užitých definic. Často se můžeme setkat s kombinací ataxie, dystonie a spasticity. Velice

důležité je provést důkladnou funkční analýzu, jenž je základem vhodné terapie a je mnohem podstatnější než klasifikace. (Kraus, 2005).

Lehká mozková dysfunkce LMD

„Je projevem časného, obvykle méně rozsáhlého a závažného, neprogresivního poškození mozku, které se klinicky manifestuje mnohem mírnějšími příznaky než DMO, i když jejich etiologie a patogeneze jsou stejné.“ (Šlapal, R., 2002, s. 25)

Dle Matějčka (1991) LMD není zcela ustálený pojem. Spadají sem specifické poruchy učení, hyperkinetické a hypokinécké syndromy, ale i řada dalších vývojových nerovnoměrností či odchylek.

Lehká mozková dysfunkce je onemocnění, které má širokou řadu projevů a příčin. Jedná se o souhrnný název pro lehké odchylky mentálního vývoje jedince, které je způsobeno oslabením funkcí centrální nervové soustavy (CNS). K oslabení může dojít již v období prenatálním, v perinatálním a v postnatálním. Při použití vhodného výchovného působení lze tyto dysfunkce pozitivně ovlivnit, zmírnit a časem může dojít až k úplnému odstranění. Mezi nejčastější rizikové faktory zcela jistě patří genetické predispozice, které se na LMD podílí z 50% až 70%. K dalším vlivům dochází v průběhu těhotenství matky (infekce, nadměrná psychická zátěž, rizikové těhotenství, konzumace alkoholu či jiných návykových látek). LMD může být způsobena komplikovaným porodem, hypoxií nebo novorozeneckou žloutenkou. K posledním rizikovým činitelům, které ovlivňují dítě po narození, řadíme časté vysoké horečky v průběhu prvního roku života, úrazy hlavy nebo encefalitu. <https://nemoci.vitalion.cz/lehka-mozkova-dysfunkce/> [online]. [cit. 2018-01-04].

Původní termín pro lehkou mozkovou dysfunkci byl encefalopatie. Jedná se o percepčně motorický deficit, tedy o funkční deficit. Souvisí s nezralostí centrální nervové soustavy. Často LMD bývá zaměňována se syndromem hyperaktivity ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorders). Lehká mozková dysfunkce má celou řadu symptomů: poruchy pozornosti, impulzivita, neklid, výkyvy nálad, nadměrná pohyblivost a motorická neobratnost. (Fisher, Škoda, 2008)

1.4 Přidružená mentální retardace (MR)

Mentální retardace bývá nejčastějším přidruženým postižením DMO. Mnohdy znemožňuje možnost socializace nebo resocializace postiženého klienta do společnosti.

Lze ji definovat jako neschopnost dosáhnout přiměřeného stupně mentálního vývoje, i přesto že byl jedinec vhodným způsobem výchovně stimulován. Jedná se tedy o trvalé snížení rozumových schopností, jenž vzniklo následkem organického poškození mozku. (Fisher, Škoda 2008)

Etiologie mentální retardace

K mentální retardaci může vést vysoká škála příčin, které se vzájemně prolínají a doplňují. Mezi nejčastější důvody MR patří: infekce a intoxikace, následky úrazů nebo fyzikálních vlivů, poruchy látkové přeměny, anomálie chromozomů, nezralost či jiné nespecifické etiologie. (Švarcová, 2003)

„Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo v důsledku abnormálního vývoje mozku.“ (Švarcová, 2006, str. 28)

- **Prenatální příčiny** – Mezi nejčastější příčiny vzniku MR je chromozomální aberace, která způsobuje například Downův syndrom nebo Turretův syndrom. Metabolické poruchy, jako je fenylketonurie a Tay-Sachsova nemoc. Dále infekční onemocnění matky, a to zarděnky, pohlavně přenosné choroby nebo jiná závažná virová onemocnění. Dále intoxikace matky a rizikové užívání návykových látek. (Černá a Kol., 2009)
- **Perinatální příčiny** – V tomto případě máme na mysli nízkou porodní hmotnost, nedonošenost, nedostatek kyslíku (asfyxie), krvácení do mozku, překotný a protahovaný porod. (Černá a kol., 2009)
- **Postnatální příčiny** – Tyto příčiny vznikají na základě infekcí po porodu, intoxikací (encefalitida, meningitida). Dalším faktorem způsobujícím MR je nevhodné zacházení s dítětem, úrazy hlavy, nevyvážená strava a zanedbávání dítěte. (Černá a kol., 2009)

Mezinárodní klasifikace (MKN-10) rozlišuje mentální retardaci podle stupně závažnosti na:

F 70 Lehká mentální retardace (IQ 50-69) – Tato forma patří mezi nejlehčí stupeň MR. Takto postižení jedinci jsou většinou schopni účelně užívat řeč a udržet konverzaci. Velká část z nich dosáhne celkové nezávislosti v osobní péči. Dětem s lehkou mentální retardací prospívá taková výchova a vzdělávání, které se zaměřuje na rozvoj jejich dovedností.

F 71 Středně těžká mentální retardace (IQ 35-49) – Jedinci spadající do této kategorie mají výrazně opožděný rozvoj chápání a užívání řeči. Obdobně je na tom schopnost postarat se sám o sebe. Někteří klienti jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní a počítání. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění.

F 72 Těžká mentální retardace (IQ 20-34) – Většina jedinců trpí výrazným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost vadného vývoje ústřední centrální nervové soustavy. Výchova a vzdělávání jsou značně omezené, přesto je dokázáno, že včasná systematická a kvalifikovaná výchovná péče může zlepšit rozvoj motoriky, komunikace, rozumových schopností a jejich samostatnost.

F 73 Hluboká mentální retardace (IQ 0-19) – Tato forma patří mezi nejtěžší stupeň MR. Osoby z této kategorie bývají často imobilní či výrazně omezené v pohybu. Mají velký problém porozumět požadavkům a v nejlepším případě jsou schopné pouze primitivní neverbální komunikace.

F 78 Jiná mentální retardace – Tato kategorie se používá pouze v těch případech, kdy stanovení stupně závažnosti pomocí běžných metod je zvláště nesnadné nebo nemožné z důvodu senzorického či somatického poškození.

F 79 Nespecifikovaná mentální retardace – tato kategorie se užívá v těch případech, kdy se zjevně jedná o mentální retardaci, ale je nedostatek informací, které by umožnily klienta zařadit do výše uvedených kategorií.

1.5 Psychologické zvláštnosti dítěte s DMO

„Psychický vývoj dětí s DMO v batolecím a předškolním věku ovlivňuje skutečnost, že nemohou získat všechny potřebné informace, jejich zkušenosti jsou odlišné a mnohdy nedostatečné. Již v raném věku jsou omezeny možnosti poznávat okolní svět manipulací s různými objekty“. (Vágnerová 2004 s. 147)

Rodina, do které se dítě narodí a v které vyrůstá, je důležitým aspektem pro vývoj rozumových schopností a celé osobnosti. Především citové vztahy jsou pro výchovu klíčové. U některých jedinců se setkáváme s problematikou v rozlišování různých zvukových a vizuálních podnětů, jejichž příčinou často bývá optická nebo akustická dysgnosie. U jedinců, u kterých bylo zjištěno jakékoliv postižení mozku, dochází k narušení koncentrace pozornosti a následně i paměti, z tohoto důvodu se dítě učí náhodně, bez výběru a útržkovitě, vše vychází ze současné kvality pozornosti. Tyto děti se rychleji unaví, jejich pozornost je kratší, vyskytuje se dysfázie, díky které má dítě problém dorozumět se sociálním okolím. (Vágnerová 2004)

Podstatou odpovídajícího psychického vývoje dítěte je uspokojování základních psychických potřeb. V případě, kdy nedochází k dostatečnému uspokojování potřeb po přijatelně dlouhou dobu, může dojít k psychické deprivaci. Deprivace může vzniknout následkem nedostatečného působení prostředí či vlivem organických odchylek dítěte, které mu znemožní podněty z okolí přijímat. K citové deprivaci často vede separace, při které dochází k přerušování určitého vztahu mezi dítětem a jeho pevným sociálním prostředím, obzvláště odloučením od matky nebo ostatních osob, na kterých je dítě citově závislé. To může způsobit separační úzkost. Pokud je dítě izolováno a umístěno do prostředí, ve kterém se mu nedostává dostatek stimulů, může mimo jiné dojít k zastavení vývoje nebo vývojovému regresi, kdy dochází ke ztrátě již nabytých dovedností. Nadměrné množství nových a neobvyklých podnětů, může vyústit až v projevy strachu. Nevhodným zacházením, trestáním, popřípadě až týráním může dojít k apatii, nebo v opačném případě k agresivitě. To vše může u jedince vyvolat poruchy osobnosti. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Nevhodná výchova často způsobuje neurotické reakce nebo poruchy chování, ke kterým může dojít nepřiměřeným krmením dítěte. *„Správný postup krmení v tomto případě je nesmírně důležitý a je třeba respektovat zásady při postupu krmení, zvláště*

pak u postižených jedinců s DMO, kde může být porušena funkce sání, polykání a kousání“.(Opatřilová, Zámečnicková, s. 13)

Děti s DMO bývají často infantilnější, labilnější, pasivnější, méně průbojné a introvertní. Citové reakce nejsou vždy adekvátní a mají různou délku trvání. Čím více je citový prožitek intenzivnější, tím má větší motorickou reakci, kterou provází mimovolné pohyby nebo zvýšená spascitida. (Vágnerová, 2004)

U jedinců s DMO jsou charakteristické tyto psychické aspekty:

- Citová deprivace
- Poruchy sebepojetí
- Emoční labilita
- Neadekvátní prožívání
- Nedostatečná motivace k překonávání překážek
- Neurotické potíže
- Přecitlivělost

(Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Každý jedinec s mentálním postižením je charakteristický svými osobními rysy. Nicméně i tak lze zaznamenat určité společné znaky, které jsou závislé na druhu a hloubce mentální retardace. Mezi nejběžnější klinické projevy řadíme: zpomalenou chápavost, sníženou logickou paměť, těkavost pozornosti, citovou vzrušivost, impulzivitu a zvýšenou potřebu uspokojení a bezpečí (Švarcová, 2003).

Autorka dále uvádí, že prostřednictvím vnímání člověk poznává svět kolem sebe, avšak u postižených dětí se počitky a vjemy vytvářejí pomalu. U mentálně retardovaných je nápadnou zvláštností vnímání inaktivita psychického procesu. Pokud se mentálně retardovaný jedinec dívá na určitý obraz, nevěnuje mu příliš velkou

pozornost. Zdravé dítě má silnou potřebu si předmět prohlédnout do všech detailů, ale mentálně postižené dítě nikoliv. (Švarcová, 2003)

Myšlení je u mentálně retardovaného člověka značně omezeno, má velmi nízkou schopnost abstrakce a zobecňování. Dalším problémem je to, že nedokáže používat obecné pojmy. Díky paměti jsme schopni uchovávat veškeré informace, které úzce souvisí s procesem učení. Jedinci s mentální retardací mají tendenci rychle zapomínat, proto se doporučuje poznatky opakovat a fixovat. Zapomínání znemožňuje osvojení nových vědomostí a kolísavost uchování, které je spojeno se špatným vybavováním. (Vágnerová, 2004)

Významnou oblastí osobnosti, která ovlivňuje prožívání a chování mentálně retardovaných, je jejich výrazná emocionalita. Ve své většině jsou tyto jedinci emočně nevypělí a chovají se jako děti nižší věkové úrovně (Švarcová, 2003)

2 Vzdělávání žáků s DMO

2.1 Legislativa vzdělávání

„Součástí rehabilitace dětí s DMO je optimální edukace. Mozková léze při DMO vede k disabilitě v hrubé a jemné motorice, v komunikaci a ovlivňuje edukační schopnosti dětského pacienta“ (Kraus, 2005, s. 32.)

Česká republika klade důraz na vytvoření vhodného školního prostředí, které umožní všem žákům totožné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a také se zaměřuje na rozvoj individuálních předpokladů žáků. Cílem je integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do všech typů škol a školských zařízení. Hlavním záměrem je rovný přístup ke vzdělávání, vzít v úvahu vzdělávací potřeby jednotlivců, bezplatné základní i střední vzdělávání. (Vítková, 2006)

Dle Listiny základních lidských práv, hlavy čtvrté platí: *„Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon“*

<https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

Vzdělávání v České republice legislativně upravuje školský zákon č. 561 / 2004 sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném vzdělávání. Konkrétně v §16 tohoto zákona jsou dány podmínky pro podporu vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (vyhláška č. 73/2005). Na tento zákon navazuje vyhláška č. 72/2005 sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních.

Žáci se speciálně vzdělávacími potřebami jsou ti, kteří mají zdravotní postižení – tělesné, zrakové, sluchové, mentální, žáci s vadami řeči, s autismem, se specifickými poruchami učení nebo chování. Pokud tito žáci nejsou integrováni do běžné školy, mají právo na přijetí do základní školy pro sluchově postižené, základní školy pro hluchoslepy, základní školy pro zrakově postižené, základní školy logopedické, základní školy pro tělesně postižené, základní školy praktické, základní školy pro žáky se speciálně vzdělávacími poruchami učení nebo základní škole při zdravotnických zařízeních. Žáci se souběžným postižením více vadami nebo autismem u kterých není předpoklad dalších intelektových schopností, se dle zákona mohou vzdělávat v základní

škole speciální, která funguje dle Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy. (Vítková, 2006)

Žáci, kteří mají zdravotní postižení, se zpravidla vzdělávají formou individuální integrace v běžné škole. Podstatné je, aby vše odpovídalo jejich potřebám, podmínkám a možnostem školy. „*Pro individuálně integrovaného žáka, ale případně i pro žáka integrovaného skupinově a žáka speciální školy, se dle vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. Stanovuje tzv. individuální vzdělávací plán (IVP).*“ (Fisher, Škoda, s. 59)

2.2 Možnosti vzdělávání jedinců s DMO

Tělesně postižení žáci jsou děti se speciálně vzdělávacími potřebami. Vzdělávání žáků s DMO je individuální, vždy záleží na úrovni rozumových schopností, stupni a formě DMO žáka. Výchovně vzdělávací proces dětí s pohybovým postižením může probíhat různými způsoby. Zejména tělesné postižení má značný vliv na celkový psychický vývoj osobnosti, z tohoto důvodu je zapotřebí respektovat individuální potřeby žáka. Obzvláště problémy se sebeobsluhou, komunikační a společenské problémy nebo problémy s dopravou. (Vítková, 2006)

V případě, kdy se k DMO nepřidružuje mentální retardace, žáci jsou vzděláváni dle platných kurikulárních dokumentů. Žáci s DMO se zpravidla vzdělávají v základních školách pro tělesně postižené, v základních školách při zdravotnických zařízeních, popřípadě mohou být integrováni do běžné základní školy nebo odpovídajících ročníků středních víceletých škol. Žáka s tělesným postižením lze zařadit do školy, popřípadě převést do příslušného programu na základě doporučení školského poradenského zařízení, s informovaným souhlasem zákonného zástupce nebo zletilého žáka. O zařazení rozhoduje ředitel konkrétní školy. (Vyhláška č. 73/2005Sb.)

Možnosti vzdělávání žáků s DMO a přidruženou MR

Žáci s kombinovaným tělesným a mentálním postižením jsou vzděláváni dle vzdělávacích programů určených pro příslušný stupeň mentální retardace. Děti předškolního věku s přidruženou MR mohou navštěvovat mateřskou školu (MŠ) denního popřípadě internátního typu, běžnou MŠ nebo speciální třídu pro mentálně retardované děti při běžné MŠ. Dále se mohou děti vzdělávat v základních školách praktických, které zpravidla navštěvují žáci s lehkou mentální retardací nebo ti, jejichž úroveň rozumových schopností je v pásmu podprůměru. V případě, kdy dítěti nedovoluje jeho rozumová úroveň prospívat v běžné škole a ani v praktické škole, vzdělává se v základní škole speciální. Cílem speciální školy je vybavit žáky triviem základních vědomostí a dovedností, tedy psát, číst a počítat. Dále mají děti možnost vzdělávat se v rehabilitačních třídách, kde je snížen počet žáků na čtyři až šest žáků. Tyto děti často trpí těžkou mentální retardací a z tohoto důvodu mají poruchy motoriky, komunikačních schopností a mnoho dalších omezení. (Fisher, Škoda, 2008)

2.3 Podmínky vzdělávání

Podmínek pro vzdělávání jedinců s DMO je několik. Vzhledem k tomu, že žák s tělesným postižením je značně omezen ve svých pohybových schopnostech, jednou z důležitých podmínek je bezbariérový přístup. Podstatné je zajistit žákovi maximální možnou mobilitu, co nejvíce přístupné učebny, toalety, jídelny, šatny nebo jiné části školy. Podstatná je co nejvyšší samostatnost a nezávislost na ostatních. Naopak při činnostech, které vyžadují soustředění (psaní) je podstatné stabilizovat tělo jedince speciálními pomůckami. Jednou z důležitých podmínek je vybavenost školy, pomůckami pro psaní a kreslení, (speciální psací potřeby, trojhranný program, speciální psací deska nebo protismykové podložky). Dále využití výpočetní techniky, jenž slouží jako zdroj informací, ale především je prostředkem komunikace jedince s tělesným postižením s okolním světem. (komunikační software typu ICQ, QIP, Miranda, MSN, Skype apod.) Podstatné jsou také technické pomůcky, usnadňující získávání informací, které pomáhají postiženým žákům ke zvýšení sebedůvěry a pozitivně ovlivňují přístup intaktních žáků k postiženým jedincům. (diktafon, xeroxovací tabule, počítač, dotykové displeje nebo speciální klávesnice). V neposlední řadě jsou důležité pomůcky pro rozvoj

manuálních dovedností (dřevěné a textilní hračky, stavebnice, lego, míčky, speciálně upravené nůžky apod.). V tělesné výchově se využívají molitanové stavebnice, terapeutický bazén, cvičební padák, žíněnky nebo kuželky. Dále vybavení kompenzačními pomůckami, jako jsou berle, hole, kozičky a chodítka, ležítka a výtah, který je finančně náročné, ale nezbytně potřebné zařízení. (Vítková, 2006)

Hlavní znaky vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami:

- Žákům se zdravotním postižením se stanovují vhodné podmínky při přijímání ke vzdělávání a také jeho ukončování, tak aby odpovídaly jejich potřebám.
- Každý žák má povinnost se vzdělávat. V České republice trvá povinná školní docházka devět let a nástup do školy lze odložit až o dva roky.
- Děti, žáci a studenti se speciálně vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné vzdělávání s ohledem na jejich možnosti.
- Žáci s těžkým mentálním postižením, souběžným nebo s více vadami mají právo vzdělávat se v základní škole speciální.

2.4 Podmínky integrace

Dle V. Hájkové (2005) je integrace vzájemný psychosociální proces sblížení minority zdravotně postižených a majority intaktních.

Integraci lze definovat jako „*dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemné adaptace podílu na řešení výchově vzdělávacích situací.*“ (Fisher, Škoda, 2008, s. 61)

Dle současné legislativní úpravy je vzdělávání žáků s tělesným postižením zajišťováno:

- a) Formou individuální integrace – probíhá většinou v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
- b) Formou skupinové integrace – vzdělávání probíhá ve třídě, oddělení nebo vzdělávací skupině, která je zřízená pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole, jenž je určená pro žáky s jiným zdravotním postižením.

- c) Ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením – mateřská škola pro tělesně postižené, základní škola pro tělesně postižené, střední škola pro tělesně postižené. (Fisher, Škoda, 2008)

Individuální integrace

Jedná se o plné začlenění tělesně postiženého žáka do přirozeného sociálního prostředí zdravých spolužáků. Tento typ integrace je velice náročný na odborné vedení a prostředky speciálně pedagogické podpory. Aby byl žák s tělesným postižením úspěšně individuálně integrován, musí se splnit řada podmínek. Nejdůležitější podmínka integrace je připravenost dítěte. Hlavními předpoklady jsou dostatečně vyvinuté volní vlastnosti, dítě musí regulovat své chování, schopnost rozhodovat se, tak aby svými projevy nenarušovalo průběh výuky. Jedna ze základních podmínek, aby dítě zvládlo požadavky individuálního vzdělávacího plánu, je přiměřená inteligence. Pro žáka individuálně integrovaného, ale i pro žáka skupinově integrovaného a žáka speciální školy, se dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. musí stanovit individuální vzdělávací plán.

2.5 Individuální vzdělávací plán (IVP)

Dle vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. Je individuální vzdělávací plán závazný dokument, který zajišťuje speciálně vzdělávací potřeby žáků.

Zelinková (2001) chápe význam IVP na těchto úrovních:

Úroveň první:

- Žák může pracovat dle svých schopností a individuálním tempem, neohlíží se na učební osnovy. Není porovnáván se spolužáky a díky tomu není ve stresu. IVP není za žádných okolností překážkou k dalšímu vzdělávání, ale spíše pomůckou k efektivnějšímu využití předpokladů. Motivační hodnota. Na dítě pozitivně působí pocit, že učitel chce dítěti pomoci a poskytuje mu možnost být lepší. Dítěti umožňuje nalézt úroveň, na níž může pracovat.

Úroveň druhá:

- Učitel pracuje s dítětem na úrovni, které dosahuje. Je východiskem plánovité činnosti ve vztahu ke konkrétnímu žákovi. Informace získané v průběhu vzdělávání slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě IVP dle dosažených výsledků.

Úroveň třetí:

- Součástí plánu jsou i rodiče, kteří se stávají spoluodpovědnými za výsledky práce žáka. Rodiče jsou obeznámeni se současnou situací a perspektivou jejich dítěte. Přebírají odpovědnost za sebe, ale zároveň využívají práva ve vztahu k dítěti.

Úroveň čtvrtá:

- Aktivní zájem dítěte mění jeho roli. Žák zodpovídá za výsledky reedukace.

Individuálně vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy a z diagnostiky odborného pracoviště, jako je pedagogicko psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, praktický lékař pro děti a dorost nebo jiného odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka. IVP je součástí dokumentace dítěte a je vypracován pro ty předměty, kde se handicap výrazně projevuje. IVP obsahuje údaje o způsobu a průběhu poskytování individuální speciální pedagogické nebo psychologické péče, cíl vzdělávání, rozvržení učiva, způsob zadávání úkolů a hodnocení, seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, které jsou nezbytné pro výuku. Dále obsahuje jmenovité určení pedagogického pracovníka, se kterým bude škola spolupracovat při obstarávání speciálně vzdělávacích potřeb dítěte. (Optařilová, Zámečnicková, 2008)

Individuálně vzdělávací plán by měl být většinou vypracován před nástupem žáka do školy, nejpozději však jeden měsíc po nástupu do školy nebo v případě zjištění speciálních potřeb žáka. IVP lze upravovat, popřípadě doplňovat po celý rok dle individuálních potřeb žáka. Odpovědnou osobou za zpracování individuálního vzdělávacího plánu je ředitel školy, IVP je vypracováván společně se školským

poradenským zařízením, speciálním pedagogem, zákonným zástupcem a zletilým žákem. (Vyhláška 73/2005 Sb.)

2.5 Asistent pedagoga

Základní informace o funkci asistenta pedagoga jsou popsány ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. Mezi ústřední činnosti asistenta pedagoga patří:

- Podpora pedagogických pracovníků při výchovné a vzdělávací činnosti
- Pomoc žákům a jejich rodičům při adaptaci na školní prostředí
- Pomoc žákům při přípravě na vyučování
- Spolupráce s pedagogem při komunikaci se žáky a jeho rodiči

Činnost asistenta pedagoga se upřednostňuje v prvních třídách školy, ve vyšších ročnících se předpokládá pozvolné omezování asistenční služby v souladu s věkovým a sociálním osamostatňováním žáka. Nicméně podstatný je aktuální stav žáků se zdravotním postižením a jejich individuální potřeby. Pracovní povinnosti asistenta pedagoga stanovuje ředitel školy, který zároveň určí pravomoci všem pedagogickým pracovníkům, kteří se souběžně podílejí na výchovně vzdělávací činnosti ve výchovné skupině či třídě. Doporučuje se, aby řídicím pedagogem byl učitel vyučovacího předmětu a výuka žáků včetně jedinců se zdravotním postižením probíhala co nejefektivněji. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Předpoklady pro práci asistenta pedagoga

Pedagogický asistent by měl mít základní vědomosti z oblasti pedagogiky a speciální pedagogiky, psychologie a romistiky. Respektuje individuální potřeby klienta, udržuje kontakt s rodinou, spolupracuje s třídním učitelem, zná a uplatňuje základy duševní hygieny, částečně se vyrovnává se zvýšenou psychickou zátěží. Asistent pedagoga by měl ovládat techniku a manipulaci s kompenzačními pomůckami. A v neposlední řadě by neměla chybět schopnost empatie a organizace.

Práce pedagogického asistenta je velice důležitá, jelikož pomáhá žákovi při každém jeho přesunu během celé výuky včetně polohování, vypomáhá s přípravou na hodinu,

asistuje v sebeobslužných činnostech, jako je: doprovod na toaletu, umývání a stravování. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

3 Podpora v soběstačnosti a nezávislosti

Se zvyšujícím věkem dochází k postupnému snižování závislosti na rodičích či dospělé osobě. Je to naprosto běžný proces. U zdravých dětí nic nebrání k tomu, aby mohlo k pozvolnému osamostatňování a snižování závislosti dojít. U tělesně postižených dětí je tento proces výrazně zpomalen, a v některých případech nejsou schopny dosáhnout úplné nezávislosti na druhé osobě. Vždy je zapotřebí poskytnout tělesně postiženým dosažení maximální míry soběstačnosti.

Soběstačnost

Je podstatným kritériem kvality života. Soběstačný člověk je ten, který nevyžaduje pomoc a dohled druhé osoby. Zvládá veškeré denní činnosti a bez problému se zapojuje do sociálního prostředí. Jedná se o schopnost jedince uspokojovat své základní životní potřeby, obzvláště každodenní aktivity (toalety, hygiena, oblékání, nakupování, příprava jídla a stravování, běžný chod domácnosti). V případě, kdy člověk není schopen tyto činnosti vykonávat, stává se závislým. Závislost dělíme na lehkou, střední nebo těžkou. (D. Opatřilová, D. Zámečnicková, 2008)

Závislost a její stupně definuje zákon o sociálních službách 108/2006 § 8 takto:

Osoba se považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

(1) Osoba do 18 let věku

- a) Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při třech úkonech,
- b) Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při čtyř nebo pěti úkonech,
- c) Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při šesti nebo sedmi úkonech,
- d) Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při osmi až devíti úkonech a potřebuje každodenní péči jiné osoby.

(2) Osoba starší 18 let věku

- a) Stupni I (lehká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při třech nebo čtyřech úkonech,
- b) Stupni II (středně těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při pěti nebo šesti úkonech,
- c) Stupni III (těžká závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při sedmi nebo osmi úkonech,
- d) Stupni IV (úplná závislost), jestliže z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu vyžaduje pomoc při devíti nebo deseti úkonech a potřebuje každodenní pomoc, dohled nebo péči jiné osoby.

Při hodnocení stupně závislosti se vždy hodnotí úkony, které jsou uvedeny v Zákoně 108/2006 § 9.

Jedná se o každodenní činnosti, které zdravá populace zvládá bez problému. Posuzuje se, zda jedinec zvládá připravit, podávat, porcovat a přijímat stravu, koupání a sprchování, ústní hygiena, péče o vlasy, nehty, vstávání z lůžka, změna poloh, přemísťování předmětů, chůze po rovině, chůze po schodech, oblékání a orientace v přirozeném prostředí.

„Rozvoj soběstačnosti je součástí ucelené podpory, mnohdy je součástí pracovní výchovy. U tělesně postižených dětí je třeba nacvičovat některé úkony soběstačnosti individuálně a to i ve školním věku, kdy ostatní děti tyto úkony běžně zvládají.“ (Kábele, 1993, s. 67)

3.1 Sebeobslužné činnosti

Sebeobsluha spočívá v péči o sebe sama. Rozsah soběstačnosti je závislý na stupni a charakteru tělesného postižení. Ne každý jedinec může dosáhnout úplné nezávislosti, z tohoto důvodu je důležité rozvíjet jeho schopnosti do maximální míry. Samostatnost dítěte je potřebné rozvíjet již v předškolním věku, protože včasný nácvik sebeobsluhy vede k osobní nezávislosti.

Do sebeobsluhy nezahrnujeme pouze péči o vlastní tělo, ale také stravování, nakupování a údržbu o domácnosti.

Podle Opatřilové a Zámečnickové (2008) v závislosti na postižení mohou být dovednosti vykonávány takto:

- Samostatně, bez pomoci druhé osoby
- S malou pomocí za využití kompenzačních pomůcek
- S pomocí druhé osoby, s pokyny jak úkony provést
- S úplnou pomocí druhé osoby

Ne všechny osoby s hybným postižením mají možnost realizovat sebeobslužné činnosti samostatně. V ideálním případě zapojujeme děti do těch činností, které jsou schopny vykonávat. Každá osoba s postižením by se měla naučit, jak říci druhé osobě o provedení úkonu nebo požádat o pomoc asistenta. Intaktní společnosti se veškeré tyto úkony zdají být samozřejmé, zdravá populace se nad jejich vykonáváním nezamýšlí.

3. 2 Návčik sebeobslužných činností

- **Samostatný názorový systém** – obrázkový systém, kdy jednotlivé aktivity jsou představeny pomocí obrázků. Nebo audio systém, jednotlivé aktivity jsou zaznamenány na audio zařízení (slovní systém).
- **Strategie učení** – podstatné je, jak se člověk učí. Zahrnuje: popis úkolu, modelování strategie, předvedení úkolu. Tato strategie se často využívá u jedinců s tělesným postižením a přidruženou mentální retardací.
- **Demonstrace – vedený výcvik – samostatný výcvik** – jedná se o příkazovou strategii. Myšlenka spočívá v předvedení dovednosti druhou osobou. Člověk se učí za pomoci a podpory druhé osoby.
- **Okamžitá odezva** – opět se jedná o příkazovou strategii, která poskytuje řízení a pomoc při provádění úkonu. Rozdělujeme několik typů okamžité odezvy: - slovní pobídky, slovní instrukce, gestikulace a plné či částečné vedení. (Heller, Bigge in Opatřilová, Zámečnicková)

Oblékání

Oblékání je jedna z mnoha každodenních činností, které dětem s tělesným postižením způsobuje řadu problémů. Úroveň sebeobsluhy je závislá na stupni a typu

postižení, předchozím nácviku a v neposlední řadě na péči rodiny. U jedinců se mohou objevit problémy s jemnou motorikou a koordinací. Často se úroveň péče o sebe sama odvíjí od individuálních schopností a obratnosti jednotlivců. Naučit dítě nezávislosti je podstatnou součástí péče o děti s hybným postižením. Nežli dítě začne trénovat oblékání na vlastním těle, doporučuje se dítě motivovat formou hry. Cvičí oblékání na panence nebo plyšové hračky. (Vítková, 2006)

Obtíže při oblékání

Děti s DMO mohou mít problémy fyzického, psychického nebo percepčního původu.

- *Fyzické potíže* – problémy s udržení koordinace, s kontrolou končetin či udržení zrakové kontroly. Velkou roli zde hrají kompenzační pomůcky.
- *Psychické obtíže* – nízká motivace, koncentrace pozornosti a paměti. Zde musíme zvolit vhodnou strategii. Pokud dítěti chybí motivace k nácviku, je zapotřebí, aby činnost byla zajímavější a zejména mentálně postižení by měli být vždy motivováni odměnou.
- *Percepční obtíže* – ke zlepšení orientace spojené s oblékáním, můžeme využít různé panenky a plyšové hračky, na kterých děti mohou trénovat manipulaci, orientaci vpravo a vlevo. Poté mohou stejné úkony provádět na sobě.

Vždy musíme dbát na pohodlnost oblečení, jelikož mnoho jedinců s tělesným postižením zůstává relativně dlouho v jedné poloze.

Pro každého je svlékání jednodušší než oblékání. To platí i při nácviku, zprvu se zaměříme na činnosti spojené se svlékáním a teprve poté na nácvik oblékání. Pokud dítě zvládne svlékání, získá tak motivaci pro nácvik dalších aktivit spojených s činností oblékání. Vždy se držíme pravidla, že postupujeme od nejjednoduššího úkonu k nejobtížnějšímu úkonu. Pokud nastane situace, že dítě samostatně úkon nezvládne, mělo by se aktivně zapojit například tím, že si samo vybere, co si obleče a co chce nosit. Vždy je zapotřebí počítat s dostatečnou časovou rezervou, aby dítě mělo přijatelnou dobu na oblékání. (Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Speciální pomůcky pro oblékání

Oděv osob s tělesným postižením se nijak neliší od oblečení zdravé populace. Mnohdy je však nezbytné využití kompenzačních pomůcek. V současné době existuje na trhu celá řada speciálních pomůcek, které pomáhají lidem se sníženou úrovní pohybových schopností. Mezi nejčastější pomůcky patří:

- Zapínač knoflíků (Drátové očko se navleče pod knoflík a provleče dírkou),
- Navlékač punčoch (na spodní část prodloužené rukojeti pomůcky se navleče ponožka a ta se pak snáze obléká),
- „švédský“ podavač (dlouhá rukojeť. Která je zakončena kleštěmi).

(Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Osobní hygiena

Jak již bylo zmiňováno výše, učení se sebeobsluhy je životní nutností. Podobně jako u oblékání je potřebné zvolit vhodné strategie, které se odvíjí od hodnocení dovedností dítěte a jeho schopností. Opět platí zásada, že se snažíme o maximální rozvoj schopností souvisejících s osobní hygienou, tak abychom eliminovali míru závislosti na druhé osobě.

Toaleta

Osvojení si úkonů spojených s toaletou je pro dítě s tělesným postižením velice významné. Jedná se o velmi intimní záležitost, ve které si jedinci přejí získat nezávislost. Pro osoby s kombinovaným postižením je toaleta jednou z nejobtížnějších oblastí sebeobsluhy.

Vybavení toalety – toaleta určená pro osoby s hybným postižením musí vyhovovat jejich potřebám a splňovat jisté požadavky. Důležitá je přístupnost, manipulační prostor dostačující k přemístění z WC na invalidní vozík, na stěny toalety je zapotřebí umístit madla, podlaha by měla být protiskluzová a toaletní papír v dosažitelné vzdálenosti. Používání toalety často vyžaduje speciální nácvik. Návštěva WC může být provedena

samostatně nebo s asistencí. U dospívajících dívek je podstatný nácvik nevyhnutelných úkonů spojených s nástupem menstruace.

Péče o tělo

Jak víme, tak u každého nácviku úkonu je třeba zvolit vhodnou metodu a odpovídající pomůcky. Řada jedinců zvládá samostatné umytí rukou a obličeje. Pro usnadnění osobní hygieny využíváme speciální pomůcky nebo upravené běžné pomůcky. Mezi nejpoužívanější řadíme: mycí houbu s prodlouženou rukojetí, dávkovač na mýdlo, přísavky na kartáček, protiskluzovou podložku do vany. Tyto pomůcky se většinou využívají k mytí k horní poloviny těla. Jestliže jedinci nedovoluje jeho postižení samostatně se omýt, celé tělo může být umyto na lůžku za pomoci druhé osoby a pokud je to možné, tak ve vaně nebo sprchovém koutě. Zde opět platí pravidlo, že koupelna musí být bezbariérová, bezpečná a musí poskytovat dostatek komfortu. (Stevens in Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Osobní hygiena – Osobní hygienu lze chápat různě. V literatuře se setkáváme s tímto dělením (Fosterr in Opatřilová, Zámečnicková, 2008):

- Osobní hygiena – mytí všech částí těla
- Úprava zevnějšku – péče o vlasy, ústní hygiena, péče o nehty a pleť

Tyto aktivity tvoří základ osobní hygieny a zároveň jsou součástí prevence proti infekcím. I osobám s tělesným postižením záleží na úpravě zevnějšku, který úzce souvisí s jejich sebedůvěrou a s osobními pocity.

Mytí rukou

Mytí rukou je jedno z hygienických pravidel, které úzce souvisí s návštěvou toalety. Již od útlého dětství dbáme na to, aby umývání rukou bylo běžnou součástí denních aktivit – po použití WC, před jídlem nebo braním léků. Je nutné naučit dítě rozpoznat, kdy a po jakých činnostech je vhodné se omýt., ale zároveň ho musíme naučit správnou techniku mytí rukou. Podstatné je využití mýdla a teplé vody.

Stravování a péče o domácnost

Do sebeobslužných činností nezahrnujeme pouze oblékání a osobní hygienu, ale také příjem potravy. Je zapotřebí dítě vhodně motivovat k získání správných stravovacích návyků v péči o domácnost.

Již od raného dětství se učíme, jak pečovat o chod domácnosti. Je to součást života a zároveň nutnost. Zvládnutí těchto činností závisí na výchovném prostředí, v kterém žijeme. Mnoho postižených osob nemá příliš prostoru na získání schopností spojených s péčí o domácnost. Naším cílem je tyto schopnosti rozvíjet a umožnit jedincům maximální nezávislost. (D. Opatřilová, D. Zámečnicková, 2008)

Stravování, příjem potravy

„Příjem jídla a tekutin je jednou ze základních lidských potřeb. Doba strávená při konzumaci jídla by měla být vnímána jako příjemná součást dne, vedoucí k znovuzískání energie do dalších aktivit a příležitostí k socializaci, nikoli pouze jako prostředek pro uspokojení.“ (Jelínková in D. Opatřilová, D. Zámečnicková, 2008, s. 168)

Velké množství jedinců s DMO má komplikace spojené s příjmem potravy, které v některých případech přetrvávají až do dospělosti. Děti s těžkým hybným postižením nemusí dosáhnout stádia kousání, v tomto případě jsou vyživovány sondou PEG (perkutánní endoskopická gastrostomie) nebo využíváno jiných podpůrných prostředků. Na těchto problémech se podílí řada odborníků – dietní sestra, logopedi a lékaři, kteří se zabývají vhodnou a dostatečnou výživou. Příjem potravy je spojen i s přípravou pokrmů, stolováním, úpravou a úklidem prostředí. Jídlo nemá pouze nutriční úlohu, ale i podstatnou roli sociální. (Kraus, 2005)

Problémy při stravování

Jak jsme se mohli dočíst výše, řada dětí s DMO může mít problémy s kontrolou úst, žvýkáním nebo polykáním. Z tohoto důvodu je zapotřebí vzít v úvahu výběr potravin i jejich přípravu. Nejčastěji se setkáváme s těmito komplikacemi: (Turner in Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

Žvýkání a polykání – potíže tohoto charakteru je nutné konzultovat s více odborníky a podstatná je spolupráce s rodiči.

Přiměřené držení těla – vhodná poloha dítěte při jídle má velký význam. Je důležité, aby dítě neztrácelo vyvážené postavení, nebylo nuceno otáčet hlavou, protože s hlavou otočenou na stranu je ztíženo polykání.

Zvednout pokrm rukou a nabrat jej vidličkou – Pro zvládnutí této činnosti je podstatná kontrola ruky. Tento úkon se doporučuje procvičovat i v rámci jiných aktivit v průběhu dne. Např.: zvedání kostiček. V případě, kdy má dítě potíže s nabíráním jídla, je vhodné využít kompenzační pomůcky.

Krájení jídla – Přirozeně, že malým dětem jídlo nakrájíme a s přibývajícím věkem je vedeme k samostatnosti.

Příjem tekutin – Často se stává, že jedinci s tělesným postižením mají problémy kontrolovat rty a jazyk. Dochází k vytékání tekutiny z úst. Je vhodné z počátku podávat hustší tekutiny. Některé děti mohou mít narušený sací reflex a následný problém polknout. V tomto případě lze využít brčka nebo lahvičky s pítkem.

„Před konzumací je podstatné vzít v úvahu odpovídající prostředí, uspořádání nábytku, dostatek prostoru a zajistit optimální místo na jídelní sůl. Speciální přístroje a nádobí mohou být vhodné u osob s nedostatečným úchopem, omezeným rozsahem pohybů či nekontrolovatelnými pohyby.“ (Stevens in Opatřilová, Zámečnicková, 2006, s. 169)

Pomůcky ke stravování

Jedná se o speciální pomůcky, které jsou ergonomicky uzpůsobeny. Často jsou vyrobeny z protiskluzového a odolného materiálu, a vyhovují klientům s narušenou jemnou motorikou. V současné době obchodní trh nabízí širokou škálu pomůcek pro sebeobsahu: ergonomická nastavitelná lžička a vidlička, ergonomický nůž, protiskluzová podložka, talíř s vyvýšeným okrajem, vyvýšený okraj na talíř, dělený talíř, hrnek s výřezem na nos, hrnek s pítkem, ergonomický hrnek s víčkem apod. (www.dmapraha.cz)

Péče o domácnost

Prioritou péče o domácnost tělesně postižených je uspořádání prostředí tak, aby vyhovovalo individuálním potřebám klienta. Nedílnou součástí úspěšné péče o domácnost je plánování a postupné nacvičování činností. Mezi nejčastější aktivity řadíme nakupování, vaření a úklid.

Vaření – Podle rozsahu postižení, musíme zvážit, co je v možnostech klienta. Při nácviku vaření, začínáme s přípravou jednoduchých jídel. Zpočátku klientovi asistujeme a postupným opakováním ho vedeme k samostatnosti. V některých případech mohou klienti využít sociální služby, které nabízejí rozvoz jídel. (Stevens in Opatřilová, Zámečnicková, 2008)

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumné šetření zaměřené na klienta s DMO

4.1 Cíle práce

V teoretické části jsme se seznámili s úskalím dětské mozkové obrny, s psychologickými zvláštnosti klienta s DMO a zároveň byl představen vzdělávací systém.

Hlavním cílem praktické části práce je popsat proces edukace chlapce s DMO realizované v domácím prostředí. Vytvořit pracovní materiál, který poslouží k podpoře rozvoje samostatnosti klienta a následně realizovat s klientem s DMO nácvik činností, které povedou k jeho možnému osamostatňování v jeho domácím prostředí. Pro nácvik budou zvoleny nejběžnější denní činnosti, a to na nakupování, vaření a úklid. Součástí práce je po procesu nácviku následně zhodnotit a ověřit přínos.

Pro splnění vyčteného cíle došlo k jeho rozdělení do dílčích cílů.

1. Analyzovat domácí prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, seznámit se s vybavením kuchyně a vytvořit zde bezpečný a efektivně uspořádaný pracovní prostor.
2. Vytvořit pomůcky, které budeme moci využít při edukaci klienta v rámci nácviku jednotlivých sebeobslužných aktivit.
3. Provést nácvik činností s využitím nově vyrobených pomůcek a popsat realizaci vybraných aktivit s následným zhodnocením přínosu pomůcek a výsledku edukace tzn. posoudit, do jaké míry se samostatnost klienta zvýšila.

4.2 Výzkumné metody

K vypracování mé práce jsem využila následující výzkumné metody.

- Rozhovor s rodiči
- Kazuistika
- Pozorování

„Vzhledem k vlastnostem kvalitativního výzkumu nebude přehnané říci, že hlavním výzkumným nástrojem je výzkumník sám. Cílem kvalitativního výzkumu je totiž porozumět lidem a událostem v jejich životě“ (Gavora, s. 148, 2000).

Pozorování má několik variant. Rozlišujeme je podle toho, zda pozorovatel zaznamenává veškeré jevy, tak jak se vyskytují či nikoliv. V prvním případě máme na mysli vzorce událostí, ve druhém případě se jedná o zápisky z terénu. V opačné situaci hovoříme o participačním pozorování, kdy je výzkumník osobně angažován do činnosti pozorování (Gavora, 2000).

Skutil a Křováčková (2006) uvádějí několik výhod a nevýhod pozorování. Mezi zásadní pozitiva lze zařadit: přirozenost, nízkou nákladnost metody, přímé sledování reálných jevů a získání nadměrného počtu kvantitativních údajů. V opačném případě je poměrně náročné na přípravu v oblasti odborné, organizační nebo technické.

Ústřední metodou zvolenou pro zkoumání bylo pozorování. Své pozorování jsem využila při práci s chlapcem, kterou jsem směřovala k nácviku soběstačnosti běžných denních činností. Jednou z nevýhod této metody je fakt, že je poměrně časově náročná a vyžaduje dlouhodobou účast při aktivitách pozorovaných osob. Pozitivem je skutečnost, že díky tomu, pozorované osoby ztratí zábrany, chovají se přirozeně a otevřeně. Pozorování se konalo v průběhu celého roku, kdy jsem s klientem nacvičovala nakupování, vaření a úklid. Během toho času, jsem měla možnost klienta důkladně poznat a hodnotit jeho úspěchy a neúspěchy v rámci nácviku.

Jednou z dalších metod, kterou jsem zvolila v této práci, byl rozhovor (viz příloha A). V tomto šetření byl veden ve dvou rovinách, s respondentem a jeho otcem. Rozhovor s otcem jsem zaměřila na současné schopnosti syna, týkající se sebeobslužných činností. Rozhovor s chlapcem měl zmapovat jeho schopnosti v oblasti úklidu, vaření a nakupování a zjistit, co by se rád naučil. Výhodou této metody je

umožnění kontaktu výzkumníka se zkoumanou osobou, volnost a možnost požádat o dovysvětlení respondentovy odpovědi.

Poslední metodou, kterou jsem použila v této práci, byla kazuistika (charakteristika respondenta).

4.3 Charakteristika respondenta

S Davidem a jeho rodiči jsem se seznámila přibližně před rokem. Byla jsem mile překvapena, jak je chlapec vycvakaný a dobrosrdečný. Otevřel mi dveře a podal mi ruku na přivítání.

David se narodil předčasně v sedmém měsíci těhotenství. Maminka byla seznámena s tím, že je velký předpoklad opožděného psychomotorického vývoje a z tohoto důvodu preventivně přistoupila k terapii reflexní lokomoce podle Vojty. I přes veškerou snahu se David nevyvíjel jako zdravé dítě a v devátém měsíci mu byla diagnostikována spastická diparéza. Chlapec byl motoricky opožděný, později začal sedět, chodit se naučil až v necelých dvou letech a byl pohybově neobratný. V tomto věku David prakticky nemluvil, slovní obsah byl chudý. Matka s otcem měli podezření na mentální postižení, ale toto tvrzení jim bylo vyvráceno s tím, že se jedná pouze o opožděný vývoj, který souvisí s jeho diagnózou. Maminka byla velice optimistická a každý den se synem cvičila, trénovala s ním jemnou motoriku a věnovala velké úsilí zlepšení jeho stavu. I přesto, že se David v mnoha ohledech zlepšil, byl schopný samostatné chůze, používal jednoduchá slova a dokázal úkony, které před tím ne. Matka s otcem stále naléhali na podrobném vyšetření svého syna. David prodělal vyšetření u neurologa, logopeda a psychologa. Rodiče obdrželi posudek, Davidovi byla diagnostikována středně těžká mentální retardace. Toto sdělení bylo pro oba rodiče velice zdrcující, ale otec tuto skutečnost přijal oproti matce mnohem hůře. Ve čtyřech letech začal David navštěvovat MŠ a ZŠ speciální v Novém Městě nad Metují, kde byl do deseti let. Následně navštěvoval Základní školu speciální a Praktickou školu v Jaroměři, kde byl velice spokojený.

I přes svou diagnózu, si David osvojil základy psaní, čtení a počítání. Je velice komunikativní, přátelský a jeho velkou zálibou je mobilní telefon. Chlapec chodí bez

berlí, snadněji se unaví a má menší stabilitu, která vzniká v důsledku chůze po špičkách. Lze u něho zaznamenat deficit jemné motoriky, který se projevuje zejména při psaní nebo manipulaci s drobnými předměty.

Otec pracuje jako lesní dělník, je to silný kuřák, ale nemá žádné zdravotní potíže. Maminka je v pracovní neschopnosti z důvodu dlouhodobé nemoci. Matka s otcem byli odjakživa zvyklí většinu úkonů dělat za syna. Nalítí nápoje, namazání chleba, uvaření čaje nebo jednoduchý úklid, to vše dělal jen zřídka. Po setkání s Davidem jsem byla přesvědčená, že David tyto samoobslužné úkony určitě zvládne a za pár měsíců oběma rodičům udělá velkou radost.

4.4 Analýza domácího prostředí

Před samostatnou realizací nácviku, bylo nutné zanalyzovat domácí prostředí, ve kterém se klient nachází. Chlapec bydlí s rodiči v panelovém bytě 3+1, ve druhém poschodí. Součástí domu je výtah, který chlapci výrazně pomáhá. David má svůj vlastní pokoj, kde má veškeré důležité vybavení, které potřebuje. Celý byt je standardně zařízený. Chlapec je vychováván v harmonickém a milujícím prostředí.

Chodba je poměrně široká, bohužel zde chybí židle, kterou by David využíval při obouvání. Chlapec si musí sedat na zem, protože mu dělá problém udržet rovnováhu. Obývací pokoj je v celku stísněný, ale chlapec je schopný samostatné chůze a tato skutečnost ho nijak neomezuje. Nejpodstatnější částí bytu byla pro mě zcela určitě kuchyň. Ta je narozdíl od obývacího pokoje prostorná. Nezaznamenala jsem prakticky žádné bariéry, které by bránily ve volném pohybu. Preventivně jsem odsunula stůl blíže k oknu a odnesla židli, která by při budoucím nácviku mohla bránit ve volném pohybu. Na kuchyňské lince bylo několik dekorativních předmětů, kávovar a rychlovarná konvice, které znemožňovaly bezpečnost a efektivnost pracovního prostoru. Tyto nedostatky jsem odstranila a uspořádala věci tak, aby to vyhovovalo potřebám klienta.

Nedílnou součástí analýzy domácího prostředí, bylo seznámení se s domácími spotřebiči, kuchyňským vybavením a úložným prostorem. Klient sám neměl přehled o těchto záležitostech, z tohoto důvodu bylo nutné veškeré věci předvést a vysvětlit funkčnost kuchyňského náčiní.

4.5 Charakteristika edukačního procesu

„Edukační procesy jsou všechny takové činnosti lidí, při nichž dochází k učení na straně nějakého subjektu, jemuž je exponován nějakým jiným subjektem přímo nebo zprostředkovaně (slovem, textem, médiem, obrazem, ukázkou, ...) určitý druh informace.“ (Průcha 2002, s. 65)

Cílem a náplní této práce je nácvik nejběžnějších denních činností u chlapce s DMO. V rámci této práce byly činnosti realizovány v domácím prostředí klienta. Z počátku jsem zjistila dosavadní úroveň schopností chlapce, jeho dovednosti, zájmy a potřeby. Zajímalo mě psychický i fyzický stav.

Před samostatnou realizací nácviku jsem analyzovala prostředí, ve kterém se David pohybuje. Nezaznamenala jsem žádné bariéry, které by bránily ve volném pohybu. Nácvik se prováděl ve třech rovinách, a to nakupování, vaření a úklid. Celý tento proces měl trvat po dobu jednoho roku, jednou až dvakrát do měsíce. Z důvodu závažného onemocnění matky, bylo nutné v průběhu roku několikrát nácvik odložit. Součástí nácviku sebeobslužných činností bylo vytvoření a zabezpečení vhodných pomůcek. Nácvik se prováděl od nejjednodušších úkonů po nejtěžší. Náročnost byla závislá na aktuálním stavu jedince a emočním rozpoložení.

S ohledem k vlastnostem a zájmům chlapce, bylo nezbytné, nácvik činností propojovat i s jinými aktivitami. Často jsme hráli pexeso s tématem jídla a nápojů. Povídali jsme si, co z jednotlivých surovin lze uvařit a o přínosu potravin pro naše zdraví. Počítali jsme s reálnými penězi, především s drobnými, se kterými David většinou platil. Jeho nejoblíbenější činností bylo vyhledávání video receptů na mobilním telefonu. Pokaždé jsem mu dala za úkol vyhledat takový recept, který jsem měla v plánu s ním vařit. Po zhlédnutí videa, byl David většinou schopný sám suroviny připravit na linku a v některých případech samostatně připravit i pomůcky k přípravě.

Vzhledem k mentálnímu postižení chlapce, bylo z počátku nutné veškeré úkony názorně předvést. Vždy jsem se snažila recepty zvolit tak, aby nebyly náročné na přípravu, neobsahovaly velké množství surovin a Davidovi chutnaly.

4.5.1 Pracovní materiál

Zakoupený pracovní materiál

Nůž s kulatou špičkou – Vzhledem k tomu, že jsem se rozhodla pro přípravu jídel, kde je potřeba využít nůž, bylo nezbytné zvolit takový, který bude bezpečný. Nůž je sice ostrý, ale kulatá špička snižuje riziko poranění.

Držák na cibuli – Tuto pomůcku jsem zvolila ze stejného důvodu, jako nůž s kulatou špičkou. Především kvůli bezpečnosti a je s ním jednoduchá manipulace.

Kuchyňská lopatka – Dalším důležitým pomocníkem je kuchyňská lopatka na shrnování a přenášení nakrájených surovin.

Vytvořený pracovní materiál

Houba na mytí nádobí – David má problémy s jemnou motorikou. Je pro něho náročné uchopování a musí se na úkon velmi soustředit. Proto jsem upravila mycí houbu tak, aby vyhovovala chlapci. Prostrčí-li se prsty gumou, s houbičkou lze snadněji manipulovat. Cílem této pomůcky je komfortnější uchopení a snadnější mytí nádobí a úklid kuchyňské linky.

Nákupní kartičky – Vytiskla jsem několik obrázků základních surovin, které jsem jednotlivě zatavila do fólie a vystříhla. Kartičky jsem uzpůsobila tak, aby je bylo možné jednotlivě navléknout na kladku, kterou chlapec nosí společně s klíčenkou na krku. Tyto kartičky jsem zvolila s ohledem k nepřesnosti vybavování a „zapomnětlivosti“ klienta. Kartičky fungují na jednoduchém principu. Před odchodem na nákup, David obdrží obrázky pouze těch surovin, které má domů koupit.

Recepty – Pro Davida jsem vytvořila jednoduché recepty s pokyny. Recepty obsahují fotografii potřebných surovin. Zatavila jsem je do pevné fólie, je s nimi snadnější manipulace a jsou omyvatelné.

Nákupní kartičky:



4.6 Návčik činností

V úvodu bych ráda napsala, že návčik neprobíhal po dobu celého roku, jak jsem plánovala. Důvodem bylo náhlé onemocnění maminky klienta. Vzhledem k závažnosti situace, bylo nevhodné zasahovat do soukromí rodiny. Zpočátku návčik činností probíhal dvakrát do měsíce. S klientem jsem se vídala i mimo dny návčiku, často jsme hráli hry nebo si ústně opakovali předešlé činnosti a také diskutovali o kladech a záporech nacvičovaných aktivit.

Návčik vaření pudinku (4. března, 2017)

V úvodu jsem si s Davidem zahrála stolní hru. Podobné aktivity jsem opakovala před každým návčikem, aby se chlapec na činnosti těšil a neměl pocit, že je do práce nucen. David nikdy před tím pudink nevařil, z tohoto důvodu první vaření proběhlo tak, že mě chlapec pouze pozoroval. Každý úkon jsem vždy srozumitelně vysvětlila. Společně jsme umyli nádobí a uklidili kuchyň. Při této činnosti jsem si uvědomila, že je zapotřebí zabezpečit vhodné pomůcky, které mu usnadní práci.

Nácvik vaření pudinku (17. března, 2017)

Připravila jsem si pro Davida recept na pudink, který jsem zatavila do fólie a před vařením nalepila na skříňku. Podle pokynů v receptu samostatně připravil suroviny a s malou pomocí i kuchyňské potřeby. Dále pod mým dohledem postupoval dle receptu. David měl problém s rozmícháním pudinkového prášku v mléce a následným litím pudinku do misek. Tyto úkony jsem Chlapci předvedla a on je po mě s menšími nedostatky zopakoval.

Nácvik nakupování (7. dubna, 2017)

S Davidem jsme si zopakovali suroviny na pudink a zároveň postup vaření. Chlapci jsem dala za úkol připravit potřebné ingredience. Cílem bylo zjistit, zda nezbytné věci máme doma, nebo je bude nutné koupit. Při zjištění, že chybí mléko, David obdržel nákupní kartičku a peníze v hodnotě nákupu. Obchod je od místa bydliště přibližně dvě stě metrů. I když David zvládá cestu v celku bez problému, před obchod jsem ho doprovodila. Upozornila jsem ho na místa, kde je nutné se rozhlédnout a především jsem mu zdůrazňovala, aby byl pozorný. S nákupní kartičkou zvládl nákup úspěšně a pochvala ho potěšila.

Nákup surovin a vaření pudinku (14. dubna, 2017)

David pomocí nákupních kartiček zvládl nákup bez problému. Jedinou překážkou je jeho nepozornost. Často se během cesty zastavuje a sleduje dění kolem sebe. Pro tyto případy mám možnost Davida po celou dobu sledovat z okna. V případě, kdy se zastaví, jednoduše na něho zavolám, aby dával pozor na cestu.

Přípravu surovin a kuchyňských potřeb provedl klient úspěšně. Dále postupoval dle receptu a pudink s malou pomocí uvařil samostatně. David neustále zapomíná vypínat sporák, tento pokyn jsem dodatečně připsala k receptu. Mytí nádobí a následný úklid linky zvládl samostatně. Velice rád využívá jednorázové vlhčené utěrky.

Nácvik vaření a úklid (6. května, 2017)

David velice rád používá mobilní telefon, proto jsem mu dala za úkol vyhledat video recept na internetu. Po zhlédnutí videa, byl schopný připravit většinu ingrediencí. Každý úkon jsem Davidovi názorně předvedla a on se jej po mě snažil zopakovat. Jednalo se krájení cibule a rajčat. Na oboje suroviny byl použit nůž s kulatou špičkou. David se velmi snažil, ale v krájení si je nejistý. Následné dochucení salátu zvládl na základě mých instrukcí. Úklid kuchyně zvládl David samostatně, několikrát jsem ho upozornila na nedostatky, které následně opravil.

Nákup a nácvik vaření (13. května, 2017)

Tentokrát David zvládl samostatně nákup pomocí nákupních kartiček. Ústně jsme si zopakovali postup a chlapec začal s přípravou salátu. Opět jsem přichystala recept s pokyny, který mu velice pomohl. Velké problémy mu dělá krájení, má strach, že se poraní. S následným úklidem neměl problém. V této činnosti pracuje samostatně.

Nákup a vaření pudinku (23. června, 2017)

S ohledem na zdravotní stav maminky klienta, jsme se s chlapcem sešli pouze jednou. Oznámila jsem Davidovi, že budeme vařit pudink. Jako nápovědu jsem mu přichystala pudink. Mým cílem bylo, aby samostatně přichystal suroviny, kuchyňské potřeby a zjistil, které ingredience mu chybí. Při kontrole surovin mě oznámil, že nemá mléko. Sám si našel vhodnou nákupní kartičku, připravil si peníze a vydal se bez doprovodu na nákup. Po návratu si připravil ingredience, řídil se pokyny z receptu a pudink se mu povedl. K nalévání pudinku využíval naběračku, aby se neopařil. David byl natolik nadšený z úspěchu, že zapomněl na jakýkoliv úklid. Tento fakt jsem mu připomněla a činnost dokončil.

Nácvik vaření a úklid (15. července, 2017)

Chlapce jsem poprosila, ať připraví stejné suroviny, jako na rajčatový salát. S tím, že místo rajčat tentokrát využijeme okurku. Vzhledem k tomu, že David má strach

z krájení, zvolil si raději strouhání zeleniny. Přípravu salátu si velice dobře osvojil, vyžaduje neustálé ujišťování, že úkony dělá správně. Úklid vykonává automaticky.



Nákup a nácvik vaření (8. prosince, 20017)

Vzhledem k blížícím se Vánocům, jsem se rozhodla pro nácvik pomazánky, kterou se sám klient chtěl naučit, protože chtěl připravit chlebíčky pro svou rodinu. Opět jsem vytvořila recept s pokyny a fotografií potřebných surovin. Chlapec samostatně suroviny připravil a chybějící nakoupil bez problému. Po příchodu pokračoval na základě mých instrukcí. David potřeboval pomoci s otevření konzervy a nakrájení cibule. Stále přetrvává strach z krájení. Recept s malou pomocí zvládl sám. Samostatně namazal chléb, který byl předem nakrájený. Následný úklid proběhl bez sebemenšího problému.

Nácvik vaření a úklid (23. únor, 2018)

Dnešní den jsem se rozhodla s klientem vyzkoušet dva recepty. Recepty, které v minulosti již několikrát dělal, ale vždy jednotlivě. Mým cílem bylo, aby si klient sám vybral činnost, kterou bude dělat jako první, připravil si suroviny a potřeby k vaření. Úkolu se zhostil výborně. Pomocí receptů, které jsem nalepila na dvířka, byl David schopen s malou pomocí samostatně pracovat.

4.7 Výsledky a diskuze k výzkumu

DÍLČÍ CÍL 1.: Analyzovat domácí prostředí, ve kterém se jedinec pohybuje, seznámit se s vybavením kuchyně a vytvořit zde bezpečný a efektivně uspořádaný pracovní prostor.

Tento cíl jsem si zvolila, jelikož bylo zcela nezbytné seznámit se s domácím prostředím klienta a připravit odpovídající zázemí na nácvik sebeobslužných činností.

Výsledky získané z rozhovoru: Otec klienta mi sdělil, že si uvědomil, jak je velmi důležité mít v kuchyni odpovídající vybavení pro přípravu jídla. Otec synovi zajistil veškeré možné pomůcky, které mu usnadní přípravu pokrmu (např.: fixační prkénko, otvírače plastových lahví a různé podavače).

Výsledky získané pozorováním: Kuchyňský prostor by měl být uspořádán tak, aby měl jedinec dostatečný prostor pro manipulaci s vybavením. Je nutné odstranit veškeré bariéry, což umožní klientovi lépe se pohybovat a odstranit veškeré nebezpečné předměty (ostré předměty, nože). Důležité je umístění kuchyňských potřeb blízko varné desky a maximálně využívat kompenzační pomůcky.

Výsledky získané z kazuistiky: Z rozboru z kazuistiky vyplynulo, že chlapec má předpoklady docílit vyšší samostatnosti. Domácí prostředí je vhodné k realizaci nácviku.

Závěr: Pracovní prostor by měl být uspořádán tak, aby vyhovoval individuálním potřebám klienta. Je velmi důležité zajistit bezpečnost. Vhodně upravený prostor má významný vliv na kvalitu práce klienta.

DÍLČÍ CÍL 2.: Vytvořit pomůcky, které budeme moci využít při edukaci klienta v rámci nácviku jednotlivých sebeobslužných aktivit.

Podstatou vytvoření pomůcek bylo usnadnit klientovi práci při běžných denních činnostech.

Výsledky získané z rozhovoru: Z rozhovoru jsem zaznamenala, že otec jeví velký zájem o vytvoření pomůcek, které by synovi usnadnily práci, a mohl se více zapojit do běžných denních činností.

Výsledky získané pozorováním: Po dobu strávené s klientem, bylo důležité přizpůsobit pomůcky s ohledem na individuální potřeby chlapce.

Výsledky získané z kazuistiky: S ohledem k mentální úrovni klienta a jeho problémům s jemnou motorikou, bylo důležité zajistit takové pomůcky, které klientovi usnadní manipulaci a nácvik při běžných denních činnostech.

Závěr: Pomůcky musí být zvoleny tak, aby splňovaly funkčnost a byly jednoduché na používání.

DÍLČÍ CÍL 3. Provést nácvik činností s využitím nově vyrobených pomůcek a popsat realizaci vybraných aktivit s následným zhodnocením přínosu pomůcek a výsledku edukace tzn. posoudit, do jaké míry se samostatnost klienta zvýšila.

Tento cíl byl zvolen z toho důvodu, protože bylo důležité zhodnotit efektivnost nově vyrobených pomůcek a úroveň nabytých dovedností.

Výsledky získané z rozhovoru: Otec odpověděl, že synovi nejvíce vyhovují nákupní kartičky a speciálně upravená mycí houba na nádobí. Zatavené recepty taktéž používá, ale ne v takové míře. Důvodem je malý výběr receptů a jídlo by bylo často stejné. Chlapec pomůcky využívá pravidelně. Jediným problémem je to, že houba nemá příliš dlouhou výdrž, protože se guma brzy vytáhne a má tendenci sklouzávat z ruky.

Výsledky získané pozorováním: Z doby strávené s klientem vyplývá, že tyto pomůcky přijal pozitivně a uměl je ihned používat.

Výsledky získané z kazuistiky: Chlapce negativně poznamenala rodinná tragédie, týkající se úmrtí jeho matky. David je nesoustředěný, lítostivý a vyhledává pozornost.

Závěr: Lze říci, že vytvořené pomůcky, usnadnily klientovi běžný způsob života. Nákupní kartičky odstranily strach z nakupování, lépe dokáže rozpoznat potraviny a nakupování zvládá bez problému. Mycí houba na nádobí usnadňuje uchopení a tím pádem rychlejší umytí nádobí. Nedostatkem mycí houby je to, že guma je příliš slabá a brzy se vytáhne. Je velmi důležité zvolit gumu takovou, která bude silnější, pevnější a odolnější.

Závěr k hlavnímu cíli

Vytvořit pracovní materiál, který poslouží k podpoře rozvoje samostatnosti klienta a následně realizovat s klientem s DMO nácvik činností, které povedou k jeho možnému osamostatňování v jeho domácím prostředí.

Z výše uvedených závěrů lze konstatovat, že chlapec jeví větší zájem pomáhat, snaží se zapojovat do každodenních činností. Chlapec mnoho úkonů provádí automaticky. Občas si samostatně připravuje svačiny do školy nebo studené večeře. Otec je bohužel velice netrpělivý a řadu úkonů vykonává za syna. Obzvláště vaření a úklid nechá syna provádět minimálně, naopak činnost nakupování je u syna velmi častá. Velkým pomocníkem jsou vytvořené nákupní kartičky, které se chlapec naučil používat. U klienta došlo k velkému pokroku v automatizaci úkonů. Na začátku nácviku byl klient ostýchavý, nebyl si jistý v práci a měl strach z neúspěchu. Každý nácvik se klient postupně zlepšoval a projevoval zájem o práci. Klient častěji chodí nakupovat, má zájem podílet se na vedení domácnosti. Chlapec je velice společenský a rád oslovuje osoby kolem sebe, proto mu nejvíce vyhovuje činnost nakupování.

Klient se během roku výrazně zlepšil v běžných denních činnostech. Nevyžaduje tolik pozornosti a dokáže si připravit jednoduchá jídla. Je nutné klienta neustále motivovat k práci a také ho povzbuzovat a chválit ho. Nejdůležitější součástí nácviku je názornost, je nutné, každý úkon klientovi předvést, to vede ke snížení strachu z neúspěchu. Lze usoudit, že zvýšená účast na domácích pracích je i důvodem, že maminka chlapce již nežije a má potřebu pomáhat otci.

Závěr

V průběhu jednoho roku jsem měla možnost pracovat s chlapcem, který trpí spastickou diparézou a přidruženou mentální retardací. Chlapec byl v mnoha ohledech nesamostatný a závislý na rodičích. Z tohoto důvodu jsem se rozhodla pomoci rodičům a jejich synovi, a tím pádem jim ulehčit každodenní zátěž. Klient byl pod mou kontrolou nenásilnou formou veden k rozvoji soběstačnosti, k rozvoji schopností a k získání nových dovedností.

Rodiče mi umožnili pracovat s klientem a poskytli mi mnoho informací o svém synovi. V průběhu roku se podařilo u Davida docílit určitého pokroku a to v činnostech nakupování, vaření a úklid. Velkou výhodou nácviku byla ta skutečnost, že nácvik probíhal v domácím prostředí, rodina projevovala zájem a nácvik se uskutečňoval individuálně. Domnívám se, že za poměrně krátkou dobu bylo dosaženo požadovaného cíle a chlapec se v mnoha ohledech osamostatnil. K velkému pokroku dopomohly vytvořené pomůcky (nákupní kartičky a mycí houba), které chlapci výrazně ulehčily běžné denní činnosti, se kterými měl dříve problém. Z počátku nácvik probíhal dvakrát do měsíce. Setkání mezi námi probíhalo i mimo nácvik a to z důvodu sblížení se s chlapcem a získání důvěry.

Z důvodu náhlého onemocnění klientovy maminky nebylo možné nácvik po určitou dobu realizovat. Vzhledem k závažnosti situace bylo nevhodné zasahovat do soukromí rodiny.

Na základě mých zjištěných poznatků z mé práce s klientem jsem dospěla k závěru, že je velmi důležitá individuální spolupráce. Měla jsem možnost věnovat se klientovi samostatně a vyhovět všem jeho potřebám. Vytvořené pomůcky zaznamenaly částečný úspěch. Mycí houba splnila účel, ale výdrž byla krátká a to z důvodu nevhodně zvolené gumy. U nákupních kartiček jsem nezaznamenala výrazný nedostatek. Zpětně bych vytvořila více receptů, které by klient mohl procvičovat samostatně s otcem. I přesto, že klient dosáhl určité nezávislosti, je důležité podotknout, jak významná je funkce rodiny a pravidelnost nácviku. V průběhu roku byl chlapec pod velkým stresem, zaviněným vážnou nemocí matky, které následně podlehla. Tato událost poznamenala celou rodinu a logicky ovlivnila celý proces nácviku sebeobslužných činností.

V současné době, jsem s klientem a jeho rodinou stále v kontaktu. Chlapec ke mně chodí pravidelně na návštěvu a prohlubujeme již nabyté dovednosti.

V závěru bych velice ráda napsala, že vždy je nějaká šance rozvoje, která vede ke zlepšení kvality života. Musíme respektovat potřeby klienta a vycházet z aktuálního stavu jedince.

Seznam použité literatury

1. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 9788024615653.
2. FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
3. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2000. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-79-6.
4. HÁJKOVÁ, Vanda. *Integrativní pedagogika*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2005. ISBN 80-86856-05-4.
5. KÁBELE, František. *Somatopedie: Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže*. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.
6. KÁBELE, František. *Tělesná výchova mládeže vyžadující zvláštní péči: příručka pro stud. speciální pedagogiky na pedagog. fakultách*. 3. vyd. Ilustroval Vladimír HÁJEK. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. Knižnice speciální pedagogiky
7. MATĚJČEK, Zdeněk. *Praxe dětského psychologického poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1991. ISBN 80-04-24526-9.
8. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
9. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
10. PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
11. PRŮCHA, Jan. *Učitel: současné poznatky o profesi*. Praha: Portál, 2002. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-621-7.
12. SKUTIL, Martin a Blanka KŘOVÁČKOVÁ. *Diplomová práce a empirický výzkum pedagogických jevů: vybraná témata pro studenty oboru Učitelství pro 1. stupeň ZŠ a Učitelství pro mateřské školy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2006. ISBN 80-7041-428-6.
13. ŠLAPAL, Radomír. *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.

14. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2003. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 80-7178-821-x.
15. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0
16. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese / Marie Vágnerová*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
17. ZELINKOVÁ, Olga. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: [nástroje pro prevenci, nápravu a integraci]*. Praha: Portál, 2001. Pedagogická praxe. ISBN 80-7178-544-x.

Internetové zdroje

1. Zákon č. 561/2004 Sb., *O předškolním, základním, středním vyšším odborném a jiném vzdělávání*. [online] MŠMT ČR [cit. dne 18.3.2018]. Dostupné na/z: <http://www.msmt.cz>
2. Zákon č. 108/2006 Sb., *O sociálních službách*. [on-line] MPSV ČR [cit. dne 18.3.2018]. Dostupné na/z: <https://www.mpsv.cz/cs>
3. Lehká mozková dysfunkce. [online] [cit. 2018-03-18]. Dostupné na/z: <https://nemoci.vitalion.cz/>

Seznam příloh

Příloha A – osnova z rozhovoru s rodiči a jejich synem

Příloha B – ukázky fotografií z prováděných aktivit

Příloha C – ukázka recept

Příloha A - osnova z rozhovoru s rodiči a jejich synem

ROZHOVOR S RODIČI

1. Zapojuje se váš syn do domácích prací?
2. V jakých činnostech se domníváte, že má váš syn nedostatky?
3. Které činnosti váš syn upřednostňuje?
4. Využíváte nějaké kompenzační pomůcky?
5. Jak se váš syn vyrovnává s neúspěchem?

ROZHOVOR SE SYNEM

1. Pomáháš rodičům v domácnosti?
2. Jaké domácí práce tě baví?
3. Jaké je tvé oblíbené jídlo?
4. Chodíš samostatně na nákup?

Poznámka: Terminologie a konstrukce otázek byla přizpůsobena rozumovým schopnostem chlapce.

Příloha B – ukázky fotografií z prováděných aktivit



PUDINK



- Připrav si hrnec na pudink, lžíci, vařečku, kvedlačku a naběračku
- Vezmi si odměrku na mléko a odlij si 500ml
- Nalij si mléko do odměrky, polovinu odměrky nalij do hrnce
- Dej vařit mléko na 9
- Do odměrky nasyp pudink a 2 lžíce cukru a **ROZMÍCHEJ TO**
- Do teplého mléka nalij odměrku
- Míchej pudink v hrnci, pudink musí být **HUSTÝ**
- Odlož hrnec na prkýnko a Vypni sporák
- Nalij pudink do misky



