

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

Helena Havlíčková

**DÍTĚ S PAS, VÝVOJOVOU DYSFÁZÍÍ A ADHD V KONTEXTU ZAŘAZENÍ DO
KOLEKTIVU BĚŽNÉ MŠ**

Bakalářská práce

Olomouc 2022

Vedoucí práce: Mgr. Pavel Svoboda, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedených pramenů a literatury.

V Olomouci dne.....

.....

Helena Havlíčková

Poděkování

Děkuji Mgr. Pavlu Svobodovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za cenné rady a připomínky.

OBSAH

Úvod	6
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Vývoj dítěte	7
1.1 Prenatální období.....	7
1.1. Perinatální období.....	7
1.2. Postnatální období	8
2. Předškolní věk	8
3. Vybrané poruchy	10
3.1 PAS (porucha autistického spektra)	10
3.2 Dysfázie	11
3.2.1 Vývojová dysfázie	12
3.2.2 Expresivní vývojová dysfázie	16
3.2.3 Základní principy péče o dítě s dysfázií	16
3.2.4 Dysfázie a další vady (kombinované postižení).....	17
3.3 ADHD	17
3.4 Myofunkční porucha	19
3.5 Paréza orofaciálního svalstva	20
3.6 Základní oční vady	20
PRAKTICKÁ ČÁST.....	21
4. Těhotenství a porod	21
5. Předškolní období dítěte	25
6. Spolupráce dítěte u odborných lékařů a odborníků	26
6.1 Počátek diagnostikování.....	26
6.2 Pediatr	27
6.3 Neurolog.....	28
6.4 Psycholog.....	28
6.5 Psychiatr	30
6.6 Otorhinolaryngolog	31
6.7 Stomatolog	32
6.8 Oftalmolog.....	32
6.9 Gastroenterolog	33
6.10 Klinický logoped	34
Bobath terapeut.....	35
7. Analýza kresby.....	35

8.	Konzumace jídla	37
9.	Analýza řečového projevu – posouzení komunikačních schopností.....	37
10.	Analýza hry	38
11.	Zařazení do běžné MŠ (inkluzí).....	38
11.1	Popis inkluze.....	39
11.2	Vnímání nástupu do MŠ samotným dítětem	39
11.3	Postoj učitelů a vedení MŠ	40
11.4	Názor zákonných zástupců dítěte	40
	Závěr.....	41
	Seznam literatury	42
12.	Přílohy	45
12.1	Ukázka rozhovoru:.....	45
12.2	Obrázky:	45

Úvod

Narození a vývoj dětí se specifickými handicapy přináší do životů jejich rodin mnoho výzev, stejně jako při procesu začleňování do dětských kolektivů. Bližší setkání s chlapcem trpícím poruchou autistického spektra (PAS), poruchou pozornosti s hyperaktivitou (ADHD) a expresivní vývojovou dysfázií (EVD) mě přivedlo ke studiu speciální pedagogiky jako takovému a vyústilo i ve volbu tématu bakalářské práce.

Hlavním cílem práce, zaměřené na specifické handicap u dětí v předškolním věku, je analyzovat možnosti inkluze dětí s PAS, ADHD a EVD do prostředí běžné mateřské školy.

Bakalářská práce se dělí na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zabývá samotným vývojem dítěte, který je rozdělený do období prenatalního, období perinatálního a postnatálního, podrobně se zaobírá obdobím předškolního věku dítěte. Následuje teoretický rozbor vad, kterými trpí konkrétní dítě, na které se zaměřuje praktická část. V první řadě se jedná o PAS (porucha autistického spektra), která ve velké míře ovlivňuje životní situaci dítěte a jeho zařazení do běžného kolektivu mateřské školy. Dále je pozornost věnována dysfázii, jenž představuje pro dítě překážku v komunikaci s vrstevníky, pedagogy v mateřské škole a také rodinou. Trojici poruch uzavírá ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou), která je dětem v předškolním věku diagnostikována poměrně často.

Praktická část je zaměřena na konkrétní situaci vybraného dítěte. Východím je období těhotenství matky a porod dítěte, zkoumány jsou zdravotní komplikace v těhotenství a komplikace u porodu. Poté se praktická část věnuje vývoji vybraného dítěte v předškolním období, na který má nepochybně vliv pravidelná spolupráce rodičů i samotného dítěte s pediatrem, neurologem, psychologem, psychiatrem a dalšími odborníky. Na popis práce lékařů a dalších odborníků s dítětem a následnou péčí je kladen zvláštní důraz. Výstupem praktické části je rovněž rozbor zařazení dítěte do běžné mateřské školy (popis inkluze), a to včetně postoje vedení mateřské školy, vztahu dítěte k pedagogům i postoje pedagogů k dítěti, navazování sociálních vazeb s vrstevníky, zhodnocení postupů při práci s dítětem. Základem kauzální studie je především polostrukturovaný rozhovor s matkou dítěte, metodou rozhovoru byly získány i poznatky o tom, jak nástup do mateřské školy vnímá samotný subjekt. Ve zbývajícím rozsahu vychází studie zejména ze záznamů odborníků o terapii a lékařských zpráv, které byly zákonnými zástupci dítěte poskytnuty k nahlédnutí pro účely zpracování této studie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vývoj dítěte

Vývoj každého jedince, zahrnující jak fyzické, tak i psychické změny, je do značné míry individuální. Každé dítě roste jinak rychle, odlišně se vyvíjí i mentálně. Vývoj dítěte je předmětem zájmu mnoha odborníků, lékařů, psychologů, ale stěží může každý jednotlivec naplnit přesná očekávání. „Věda“ však poskytuje vodítko, co považovat za normální vývojové kroky dítěte, a proto se dá již v raném dětství rozpoznat, že dítě podle těchto normálních vývojových kroků neprospívá (Nilsson, Hamberger, 2003).

1.1 Prenatální období

Prenatální období, také se uvádí nitroděložní nebo intrauterinní, trvá 40 týdnů těhotenství od prvního dne po poslední menstruaci (od tohoto dne se stanovuje předběžné datum porodu) až do porodu. Aby dítě bylo schopno přežít mimo dělohu, musí být více jak polovinu tohoto času v děloze. Dříve tomu tak nebylo a děti, které se narodily o tři měsíce dříve, nepřežily. V dnešní době, převážně ve vyspělých zemích, přežije víc než 90 % dětí narozených v 28. týdnu těhotenství. Pokud se dítě podaří zachránit i při tak brzkém porodu, je velká pravděpodobnost, že bude trpět vážnými poruchami zraku či sluchu nebo také těžkým mentálním postižením. Příčinou takto vážného mentálního postižení bývají, převážně u velmi brzy narozených dětí s hmotností pod 500 gramů, nedokonale vyvinuté plíce, které zásobují mozek kyslíkem. Plíce se v těhotenství u plodu vyvíjí mnohem později než například srdce. Jelikož přenos kyslíku v děloze zajišťuje placenta a kyslík se dostává pupečnickem k plodu, nemají plíce v děloze v podstatě žádnou funkci. Až po porodu, kdy se přeruší pupečník, začínají plíce plnit svoji úlohu. Vliv na předčasný porod a poškození plodu může mít životní styl matky, například konzumace alkoholu a drog nebo kouření v těhotenství. Plod a těhotenství mohou být poškozeny ale i léky, očkováním, rentgenem, onemocněním (zarděnky, toxoplazmóza, preeklampsie, těhotenská cukrovka, hypotrofie a další), vše poškodí plod nebo změní průběh těhotenství (Nilsson, Hamberger, 2003).

1.1. Perinatální období

Perinatálním obdobím se rozumí doba těsně před samotným porodem, porod a doba těsně po porodu. Na fyzické i psychické změny dítěte může mít vliv i komplikace při porodu. Dříve byly děti po porodu od matky obvykle izolovány a umístěovány samotné na novorozenecké oddělení.

Takový přístup se již nepraktikuje a po samotném porodu se upřednostňuje takzvaný bonding (z anglického slova připoutání, propojení), kdy dítě po porodu tráví cca 2 hodiny na pokoji s rodiči, a také Rooming in (dítě je ve společném pokoji s matkou hned od narození). Tyto metody způsobují matce i dítěti lepší psychické rozpoložení a připoutání se jeden na druhého. Důležité je i kojení, které napomáhá matce například se zavinutím dělohy, u dítěte je nižší riziko náhlého úmrtí a mateřské mléko obsahuje důležité živiny, které jsou potřebné pro rozvoj nervové soustavy (Nilsson, Hamberger, 2003).

1.2. Postnatální období

Jedná se o nejdelsí část vývoje jedince. Toto období se dělí na několik dalších částí.

- Novorozenecké období: od narození do 28. dne života
- Kojenecké období: 29. den - 1. rok života
- Batolecí období: 2. a 3. rok života
- Předškolní věk: 3. až 6. rok života
- Školní věk: 6. až 15. rok života (Nilsson, Hamberger, 2003).

V další části se budu věnovat dítěti předškolního věku.

2. Předškolní věk

Předškolním věkem se rozumí období od 3. roku do zahájení povinné školní docházky, většinou po dovršení 6. roku života. V tomto období mohou děti navštěvovat mateřskou školu, která doplňuje rodinnou výchovu a připravuje dítě na jeho další vzdělávací etapu, tj. povinné školní vzdělávání. (Šmelová, Prašilová a kol., 2018).

Řada dětí nastupuje do základní školy později, až v 7 letech. Příčinou je odklad školní docházky kvůli dni narození (po 1. září), ale také kvůli školní zralosti dítěte. Hlavní potřebou tohoto období je aktivita a sebeprosazení dítěte. V období předškolního věku sledujeme a pomáháme dítěti rozvíjet hrubou a jemnou motoriku, kognitivní procesy, později řeč, sociální vývoj, školní zralost a připravenost dítěte pro školu (Opatřilová, 2008).

Ohledně vývoje hrubé a jemné motoriky dítěte platí, že v rámci motorického vývoje se zdokonaluje a zlepšuje úroveň pohybové koordinace, hbitosti a pohybů. Ve věku 4–5 let zvládá dobře běh, seběhne ze schodů, skáče, leze po žebříku, stojí na jedné noze a házet si s míčem. V 5 letech zvládá jízdu na koloběžce, popřípadě se začíná učit jízdě na kole. V oblasti

sebeobsluhy 4–5leté dítě samostatně stoluje, svléká se i obléká s menší dopomocí, zkouší zavazovat tkaničky, pod dohledem zvládá i koupání. V podobě jemné motoriky dítě prezentuje své názory a pocity prostřednictvím hry, vyprávění a kresby. Při hře s pískem, plastelínou, kostkami, skládačkami a v kresbě dítě zdokonaluje svou zručnost. Tříleté dítě v kresbě zvládá různé směry čar, napodobuje kruhové, vertikální a horizontální čáry a dovede pojmenovat dokončenou kresbu, dítě čtyřleté kreslí křížek a také svoji první lidskou postavu tzv. hlavonožce, pětileté napodobí čtverec, na postavě základní prvky, ale proporce těla neodpovídají skutečnosti. Šestileté dítě zvládá i trojúhelník, kresba postavy odpovídá, má všechny tělesné detaily; dítě kreslí již dvojdimenzionálně. Podobnost mezi nakresleným objektem a jeho skutečností závisí na zralosti schopností a dovedností (percepce, kognitivní procesy, motorika včetně senzomotorické koordinace) každého dítěte. (Opatřilová, 2008).

Dítě kreslí to, co o daném předmětu ví a co se mu zdá být důležité. (Např. kresba postavy má vždy hlavu, protože tu dítě vnímá jako důležitou, ale teprve později kreslí trup). (Matějček, 1994).

Předškolní věk z pohledu speciální psychologie:

V tomto období je již dítě pohybově dobře zdatné, rozvíjí se zručnost, kresba, řeč i myšlení. Dítě se uvolňuje z úzké rodiny, zatímco v předchozím období si hrálo spíše vedle ostatních dětí, nyní si začíná hrát společně s dětmi, společně s nimi tvoří i soutěží. Rádo pomáhá v různých činnostech, „pracuje“. Je zvědavé, klade otázky, rychle se učí mnoha novým dovednostem, je stále samostatnější v sebeobsluze. Nejtypičtější pro toto období je hra, která je jednou ze základních potřeb dítěte, nezbytnou pro psychický vývoj. Proto je velmi důležitá vhodná volba rozvíjejících hraček, umožňujících dítěti tvůrčí činnost. Významný je styk dítěte s jinými dětmi, v kolektivu vrstevníků se učí porozumět druhým, rozdělit se s nimi, sdílet s nimi radost i bolest, pomáhat druhým v nesnázích, spolupracovat, vážit si druhých i sám sebe. Úkolem tohoto období je velmi intenzivní rozvoj všech složek osobnosti. Z tříletého batolete se během dalších tří let stává samostatné, ukázněné, sociálně přiměřeně vyspělé a zralé dítě s dobře rozvinutou řečí i motorikou, schopné vynaložit určitou námahu k dosažení cíle a k plnění i méně příjemného úkolu. Toto vše je nezbytné pro úspěšné zahájení další životní etapy, pro vstup do základní školy. Většina dětí ke konci tohoto období je ráda mezi dětmi, ráda navštěvuje mateřskou školu, dobře si zvyká na spolupráci s učitelkou, na přizpůsobení se v kolektivu, na respektování pokynů určených celé skupině. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004).

3. Vybrané poruchy

V této části se budu věnovat pouze popisu vybraných poruch, kterými trpí dítě, kterému se věnuje analýza v praktické části, jedná se o vícenásobné postižení.

Vícenásobné postižení:

„V lékařství se jedná o spojování určitých prvků do složitějších celků a znamená přidruženou nemoc k nemoci původní, přičemž etiologie obou je různá (např. zápal plic a zlomenina dolní končetiny). Jde-li však u přidružené nemoci o týž etiologický základ, mluví se o komplikaci (např. angína s komplikací reumatizmu, zánětu srdeční nitroblány apod.).“ (Sovák, 1980).

„Ve speciální pedagogice se toto tak přesně nerozlišuje, jelikož tu jde spíše o důsledky než o etiologické aspekty. Defekty, ať orgánové nebo funkční, i když s různou etiologií, se navzájem mezi sebou ovlivňují. Mění se kvalitativně během vývoje osobnosti postiženého, působí na jeho psychiku, na vztahy ke společnosti a z druhé strany jsou ovlivňovány psychikou, v níž se odráží postoj společnosti.“ (Sovák, 1980).

Osoby s kombinovaným postižením jsou v současné době zcela regulérní cílovou skupinou speciálněpedagogické intervence. Syndromatický nebo nesyndromatický charakter postižení je zásadním vstupem do speciálněpedagogické diagnostiky, tvorby individuálního plánu, výchovy, vzdělávání, aktivizace a specifických aktivit. K tomu, aby bylo možné dosáhnout stanovených cílů, považujeme znalost etiologie a schopnost operovat se základními pojmy za zcela nevyhnutelné kompetence. (studijní skripta, Potměšil).

3.1 PAS (porucha autistického spektra)

Poruchy autistického spektra patří mezi neurovývojová onemocnění na neurobiologickém podkladě, jsou trvalé a řadí se k nejtěžším poruchám dětského mentálního vývoje. (Quinn, Malone, 2011; Hrdlička, Komárek (eds.), 2004; Strunecká, 2009). V klasifikaci Světové zdravotnické organizace patří mezi pervazivní vývojové poruchy (PVP), které zasahují všechny složky osobnosti jedince do hloubky v mnoha oblastech. (Roth, Barson, 2010; Lawson, 2008; Howlin, 2005).

Osoby s PAS chápou svět přísně logicky a realisticky. PAS ústí ve vážné poruchy v mezilidských vztazích, tito lidé trpí takzvaně „sociální slepotou“, což je patrné především u Aspergerova syndromu, při němž je intelekt zachován v normě, ale sociální stránka člověka je značně narušena. (Bazalová, 2012).

Definice poruchy autistického spektra všepronikající vývojové poruchy, které negativně mění motorickou, emoční, kognitivní, řečovou, celou osobnostní a psychosociální úroveň dítěte, to mu zabraňuje úspěšnou adaptaci ve společnosti. (Kohoutek, 2011).

3.2 Dysfázie

Vývoj řeči je složitý proces, který u dítěte neprobíhá jako samostatný proces, ale je ovlivňován vývojem sensorického vnímání, motoriky, myšlení a socializací. Je ovlivňován faktory vnějšími a vnitřními. Vnitřní faktory jsou v podstatě vrozené předpoklady a nadání pro řeč, zdravý vývoj sluchového a zrakového analyzátoru, nepoškozená centrální nervová soustava, nepoškozené mluvní orgány, dobrý duševní a fyzický vývoj a uspokojivý vývoj intelektu. Do vnějších faktorů spadá například celkový vliv prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, styl výchovy dítěte, stimulace dítěte ke komunikaci a přiměřenost podnětů. Narušený vývoj řeči je chápán široce právě kvůli množství příčin, které je mohou způsobit, a velkému množství symptomů, jimiž se projevuje. (Klenková, 2006).

V 80. letech 20. století rozpracoval několik kategorií Sovák (1974, 1978 a další vydání) a poté i Lechta (1990), podle kterých se narušený vývoj řeči klasifikuje následovně:

- Hledisko etiologické – narušený vývoj řeči může být dominujícím příznakem v klinickém obraze, bere se v tomto případě jako nosologická jednotka. U nás se v tomto případě hovoří o vývojové dysfázii neboli specifickém narušení vývoje řeči (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).
- Hledisko stupně – v mimořádných případech se narušený vývoj řeči projevuje úplnou nemluvností (například u hluboké mentální retardace). Může se jednat i o lehké odchylky od normy při narušeném vývoji řeči. I v nejtěžších případech se nejedná o úplnou němotu, jedinec vydává určité zvuky, které jsou jen určitým signálem a nejedná se o skutečnou řeč.
- Hledisko průběhu vývoje řeči – podle Sovákovy klasifikace (1974) může být chápán narušený vývoj řeči jako:
 - Opožděný vývoj řeči - příčinou může být dědičnost, porucha CNS, vada sluchu, špatné prostředí. Prognóza vývoje je dobrá při včasném podchycení vývoje řeči.
 - Omezený vývoj řeči - příčinou je mentální retardace, těžší porucha sluchu, špatné prostředí pro vývoj dítěte. Prognóza je v těchto případech nepříznivá, dle Sováka nedosáhne normy.
 - Přerušovaný vývoj řeči – příčinou může být úraz, vážná duševní nemoc, těžká psychická traumata. Po přerušování lze dosáhnout normy po pokračování, podmínkou je však dobrý stav dítěte po vyléčení, odstranění příčiny přerušování vývoje.

- Odchylný (scestný) vývoj řeči – příčinou jsou například rozštěpy patra (vývoj artikulace, modulačních faktorů řeči). Vývojová křivka se pohybuje okolo normy.
- Hledisko věku – zdravé dítě přibližně do 1 roku života prochází přípravnými stádii vývoje řeči. Nejedná se o mluvení či užívání slov, ale o broukání, křičení, žvatlání. Kolem 1. roku života se objevují první slůvka, začíná vlastní vývoj řeči. Mezi 2. a 3. rokem života intaktní dítě mluví ve větách. Jestliže je vývoj řeči opožděn a dítě je zcela zdravé, netrpí žádnou poruchou sluchu, není opožděný duševní vývoj ani není postižena motorika dítěte, vše potvrdí pediatr a další odborníci, dítě reaguje na podněty z prostředí, mluvíme o prodloužené fyziologické nemluvnosti. (Klenková, 2006).

3.2.1 Vývojová dysfázie

Vývojová dysfázie neboli specificky narušený vývoj řeči představuje centrální poruchu řeči a řadíme ji mezi vývojové poruchy. Odborníci z různých oblastí nemají na tuto problematiku stejný názor, rozlišná je i odborná terminologie. V dřívějších dobách v odborné terminologii byla nazývána například sluchoněmota, alalie, dětská vývojová nemluvnost, afemie a podobně. Sovák (1978) uvedl při klasifikaci narušeného vývoje řeči z etiologického hlediska, že narušený vývoj řeči je vedlejším příznakem jiného dominujícího onemocnění či poruchy sluchu, intelektu či dětské mozkové obrny. Za hlavní ho považuje při narušeném vývoji zejména lehkou mozkovou dysfunkcí případně patologií prostředí. Podle Škodové, Jedličky (2003) současná klinická logopedie označuje termínem vývojové dysfázie specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i při vhodných podmínkách pro rozvoj řeči. (Klenková, 2006).

Název dysfázie vystihuje podstatu poruchy nejlépe: dys – jako předpona označující narušení vývoje, fázie – odkazující na řečové funkce jako celek. Z tohoto pohledu je přívlastek v označení poruchy, které se dnes nejčastěji používá – vývojová *dysfázie* – vlastně nadbytečný. (Kutálková, 2018).

Definice vývojové dysfázie:

Jako vývojová dysfázie (specificky narušený vývoj řeči) je označováno narušení komunikační schopnosti, ke kterému dochází poškozením raně se vyvíjející centrální nervové soustavy a jež se může projevovat neschopností nebo sníženou schopností verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré (nevyskytují se závažné neurologické nebo psychické nálezy, inteligence je přiměřená, nevyskytuje se závažná porucha sluchu, sociální

prostředí je stimulující, poskytuje dostatek podnětů). Toto narušení má systémový charakter a zasahuje receptivní i expresivní složky řeči v různých jazykových rovinách-postihuje výslovnost, gramatickou strukturu i slovní zásobu. Vývojová dysfázie přesahuje rámec fatické poruchy (poruchy nejvyšších řečových funkcí), je možné zaznamenat nerovnoměrný vývoj celé osobnosti. Setkáváme se s deficitem v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, paměti, pozornosti. Dysfatici jsou lehce unavitelní, narušena je i sféra emocionální, zájmová, motivační. Negativně ovlivňuje formování osobnosti dítěte v sociálním kontextu (škola, rodina, přátelé), jeho zájmy a trávení volného času, dokonce i budoucí profesní orientaci, proto si včasná a odborná diagnostika narušeného vývoje řeči zasluhuje maximální pozornost odborníků. (Mikulajová, Rafajdusová, 1993).

Etiologie vývojové dysfázie: I v etiologii příčin dochází k vývoji poznatků i názorů odborníků. Z etiologických faktorů týkajících se perinatálního, perinatálního a postnatálního vývoje dítěte přichází v úvahu poškození mozku či mozkové dysfunkce, jež pravděpodobně zasahuje takzvaně řečové zóny levé hemisféry. Existuje i takzvaná vrozená řečová slabost, která poukazuje na genetické souvislosti narušeného vývoje řeči. (Mikulajová, 2003).

Symptomatologie vývojové dysfázie: Vývojová dysfázie má mnoho příznaků, jak v oblasti řečové, tak i v dalších neřečových oblastech. Verbální projev je na nižší úrovni než intelekt jedince. (Klenková, 2006).

Dítě s vývojovou dysfázií řeč slyší, ale nedostatečně a nepřesně jí rozumí. Špatné rozumění pak dává vznik i špatné tvorbě vlastní řeči. Dítě se snaží v řeči reprodukovat vše tak, jak rozumí, a protože rozumí chybně, a to především v oblasti fonologie a segmentace řeči, musí být i vývoj řeči dítěte opožděný a defektní. (Lejska, 2003).

Lejska (2003) uvedl oblasti, ve kterých se symptomy projevují:

- Porucha fonetická i fonologická realizace hlásek
- Vážné syntaktické spojování slov do větných celků
- Porucha v pořadí řazení slabik-přehazuje, vynechává, opakuje...
- Řeč je často nesrozumitelná
- Neschopnost udržet dějovou linku, přeskoky
- Nerozeznává klíčová slova k pochopení smyslu
- Porucha krátkodobé paměti
- Malá aktivní slovní zásoba

- Dyslexie, dyspraxie
- Nepoměr mezi řečovými a neřečovými schopnostmi
- Porucha kresby
- Porucha percepce zrakových, hmatových a rytmických signálů
- Porušena je jemná motorika a lateralizace.

Diagnostika vývojové dysfázie: Diagnostický proces u specificky narušeného vývoje řeči je procesem dlouhodobým, komplexním a týmovým. Mezi týmové odborníky, kteří se podílejí na diagnostice, tvoří foniatr, neurolog, psycholog, speciální pedagog a logoped. Spolupráce odborníků zajistí stanovení diagnózy a poté je pro každé dítě zajištěna individuální terapie (terapeutický plán). Týmová spolupráce zajistí kvalitní provedení diferenciální diagnostiky, to znamená, že se odliší vývojová dysfázie od některých dalších narušení komunikační schopnosti. Diferenciální diagnostický proces má za úkol odlišení vývojové dysfázie a:

- Prostého opožděného vývoje řeči (opožděný je vývoj řeči, ne další oblasti osobnosti)
- Dyslalie (artikulační porucha, dítě vyslovuje většinu hlásek chybně, dodržuje však strukturu slov a vět)
- Sluchových vad (narušen vývoj řeči, ale ostatní složky osobnosti nemusí být opožděny)
- Mentální retardace (rovnoměrné postižení všech složek)
- Mutismus (dítě přestane komunikovat na základě psychogenním, vývoj řeči byl intaktní)
- Autismu (autistické rysy odhalují odborníci na specializovaných pracovištích speciálními diagnostickými postupy)
- Syndromu Landau-Kleffnera (tzv. epileptické afázie, kdy dochází ke ztrátě komunikační schopnosti na základě epileptické aktivity, nejčastěji mezi 3. - 5. rokem života (diferenční diagnostikou se zabývají odborná neurologická pracoviště). (Klenková 2006).

Terapie vývojové dysfázie: U dětí se specificky narušeným vývojem řeči je potřeba provedení komplexní diagnostiky, aby mohl být vytvořen vhodný terapeutický plán. Každé dítě má jinou hloubku postižení komunikační schopnosti. (Klenková 2006).

„Poruchy řeči jsou v tomto případě jen příznakem poruchy „zrání“ mozkových funkcí. Není tedy možné, a dokonce je i škodlivé, zaměřit své léčebné úsilí jen na rehabilitaci řeči. V současné době jsou vytvořeny komplexní programy rehabilitace, které dbají o to, aby dítě s vývojovou dysfázií mělo nedostatečný přísun širokého spektra smyslových podnětů. Zvuky, barvy, tvary, povrchy, kresba, tleskání (rytmus), poslouchání, hra. To jsou různé vjemy

sluchové, zrakové, hmatové a pohybové. Jenom dostatek podnětů může pomoci rychlejšímu vyzrání mozku jako celku.“ (Lejska, 2003, s. 102).

Celková terapie se věnuje rozvoji následujících oblastí:

- Zrakové vnímání
- Sluchové vnímání
- Myšlení
- Paměť a pozornost
- Motorika
- Schopnost orientace
- Grafomotorika
- Řeč (Škodová, Jedlička, 2013).

Rozvíjení jednotlivých oblastí nelze provádět izolovaně, ale je třeba všechny rehabilitační, edukační i reedukační postupy kombinovat, aby dítě využilo co nejvíce to, co již umí. (Škodová, Jedlička, 2003).

Zajištění logopedické intervence pro děti s vývojovou dysfázií: Těmto dětem je poskytována logopedická intervence v logopedických zařízeních v rezortu zdravotnictví i rezortu školství. Je možná individuální nebo skupinová terapie. Je potřeba zajistit ranou intervenci a dlouhodobou a komplexní péči nejen v předškolním věku, ale i ve školním. (Klenková 2006).

Formy vývojové dysfázie:

- *receptivní dysfázie*
- *expresivní dysfázie*
- *smíšená dysfázie*

Odklad školní docházky a školní zařazení:

Před zahájením školní docházky je nutné vzít v úvahu objektivní okolnosti, ale i časově velmi náročnou reedukaci dysfázie, která je na prahu školní docházky málokdy ukončena. Vzhledem k etiologii poruchy je třeba počítat i s možností výskytu dyslektických, dysgrafických nebo jiných obtíží tohoto typu.

Je třeba vzít v úvahu i stupeň a etiologii poruchy. Výraznější percepční porucha nese například vždy riziko druhotné poruchy intelektu.

Řešením bývá proto odklad školní docházky, který poskytne čas na dozrání nervových struktur a docvičení nutných položek bez časového stresu. (Kutálková, 2018).

3.2.2 Expresivní vývojová dysfázie

Vývoj řeči v preverbálním období (broukání, slabičné žvatláni) obvykle nebývá ničím nápadný a také porozumění řeči se vyvíjí dobře. Dítě má přitom zjevně velký zájem o komunikaci a dorozumívá se gesty – často jsou děti v této neverbální komunikaci velmi obratné, takže někteří rodiče mívají dojem, že se dítě nesnaží mluvit, protože to nepotřebuje, dokáže si o vše říci beze slov. První slůvka se mohou objevit již v průběhu 2. roku života, ale rozsah slovní zásoby se obvykle začíná pomalu rozšiřovat až ve 3. nebo 4. roce života. V průběhu 2. roku života, kdy aktivní řeč prakticky chybí, nelze dysfázii ještě odlišit od prostého opožděného vývoje řeči, podezření na ni je možné vyslovit teprve od okamžiku, kdy se začne rozšiřovat slovní zásoba a kvalitativní odchylky se mohou projevit, eventuálně tehdy, je-li opoždění vývoje řeči velmi těžké. V případě opožděného vývoje řeči začíná ve 3. roce věku slovní zásoba narůstat a řeč se rychle zcela normalizuje. Tento řečový spurt je pozorován i u dětí s expresivní dysfázií, ale dochází k němu většinou až kolem 4 let (nebo po dosažení mentální úrovně 4 let). Zprvu rychle narůstá zejména rozsah slovní zásoby a dítě bývá schopné pojmenovat velké množství věcí nebo obrázků, překvapivě dobrá může být i schopnost verbálního usuzování a informovanost (dítě odpoví správně i na kognitivně náročné otázky, pokud je možné odpověď vyjádřit jednoslovně nebo velmi stručně). Dlouho však přetrvávají problémy artikulace a gramatiky, dítě nebývá schopné delšího plynulého vyjádření. (Řičan, Krejčířová a kol., 2006).

3.2.3 Základní principy péče o dítě s dysfázií

Práce s dysfatickým dítětem a jeho rodinou je bez výjimky dlouhodobá. Během celé doby je nutno stimulovat všechny položky, které se na vývoji řeči podílejí, zároveň je ale třeba vzít v úvahu, že dítě i rodiče vydrží soustředěně pracovat jen po jistou část dne, takže zaručeně není reálné požadovat, aby cvičili soustavně všechny položky. Zároveň není v lidských silách dnes a denně dít něco, co se možná podaří až za řadu měsíců.

Řešením je cvičení ve spirále – stanovíme si jednotlivé položky, které chceme nacvičit, a seřadíme je do pomyslné řady podle naléhavosti. Podle věku a dalších okolností cvičíme zároveň 2-3 položky, dokud se jejich kvalita mění. Jakmile jejich vývoj začne stagnovat (nebo typ cvičení dítě nudí), opustíme je (pouze drobným cvičením udržujeme jejich úroveň) a přidáme jinou, v pořadí další položku. Postupně se dostaneme na konec naší pomyslné řady úkolů a vracíme se k prvnímu úkolu v pořadí. Mírně obměníme pomůcky, zkontrolujeme

současnou úroveň a pokračujeme ve cvičení. Většinou zjistíme, že nacvičené mechanismy nejen zůstaly zachovány, ale vývojem se s odstupem času mírně posunuly v kvalitě, takže se nevracíme na stejné místo, ale na místo vývojově o stupeň vyšší. Původní řada úkolů se nespojila do kruhu, ale tvoří první smyčku pomyslné spirály.

Tak jak ubývá „kolejí“, tedy položek, které je třeba nacvičovat, zmenšuje se i imaginární průměr jednotlivých smyček spirály. Grafická podoba reedukace by pak vypadala jako kužel, důkladně omotaný zdola nahoru nití, na které jsou navlečeny různobarevné korálky. V nejspodnějším patře je to vždy několik korálků v různých odstínech jedné barvy (například jednotlivé položky smyslového vnímání), směrem nahoru barva sice zůstává, ale odstínů ubývá (cvičení smyslového vnímání trvá, ale prolíná se už s jinými položkami).

Spirála by ostatně mohla charakterizovat metodu malých kroků obecně – každý nový úkol proběhne jakýsi kruh (seznámení, vyzkoušení, pochopení, fixace, automatizace), než je možno přidat další obtížností stupeň a načít tak další smyčku.

Tyto dva principy dlouhodobého plánování šetří výrazně čas i síly všech zúčastněných, a přitom poskytují jistý systém, který usnadňuje orientaci v reedukaci nejen terapeutovi, ale i rodičům. (Kutálková, 2018).

3.2.4 Dysfázie a další vady (kombinované postižení)

Reedukace dysfázie je sama o sobě velmi obtížná, protože etiologie poruchy i její projevy jsou mimořádně mnohotvárné. Situace se dále komplikuje, pokud dysfázii provází další handicap – porucha sluchu, rozštěp, PAS či jiný problém. Na poruchu dysfatického charakteru často upozorní až neúspěšná nebo jen málo úspěšná základní reedukace.

Je třeba vyřešit, které projevy na sdělovacím procesu jsou důsledkem poruchy sluchu či jiného postižení a které jsou důsledkem dysfázie. Podle toho je pak třeba volit individuálně co nejúčinnější reedukační postupy a najít co nejrychleji optimální způsoby komunikace. To bývá někdy velmi náročné. (Kutálková, 2018).

3.3 ADHD

Tento syndromologický termín se objevil poprvé nedávno. Je zkratkou anglického Attention Deficit Hyperactivity Disorder a představuje kombinaci poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou a impulzivitou. Dnes samostatná jednotka se dříve skrývala pod obrazem LMD. Jde o neurovývojovou poruchu závažnou především svým sociálním dopadem.

Komplikace nastávají u samotných dětí, v rodině dítěte. ADHD hendikepuje jedince v kolektivu například ve škole i v osobním životě. (Šlapal, 2007).

První příznaky jsou patrné již v batolecím věku, později v předškolním zařízení, u normálně intelektově nadaných jedinců zůstávají projevy dlouho nerozpoznány. Děti s ADHD jsou zpravidla mnohem inteligentnější, než odpovídá jejich školním výsledkům. Komplikaci jim tvoří vyjadřování vlastních postojů. V zátěžových situacích se zviditelňují a projevují příznaky, tyto příznaky je potřeba tlumit a přizpůsobit normám. Neadekvátní nároky školy a rodiny pak vedou k rozvoji druhotných neurotických potíží, právě ty přivádějí rodiče s dítětem k lékaři. (Šlapal, 2007).

Hyperkinetické poruchy se objevují do pátého roku života dítěte a vyznačují se hyperaktivitou, porušenou schopností vytrvat při činnosti (hlavně při učení), přidružuje se porucha pozornosti (ADHD/ADD syndrom jako obdoba dřívějšího LMD), vlivem reakce sociálního prostředí na poruchu se může objevovat asociální chování v adolescenci i dospělosti. Ve speciální pedagogice se někdy využívá termín „specifické vývojové poruchy chování“. (Valenta, Müller, 2013).

Porucha pozornosti: Vyznačuje se nedostatečnou vytrvalostí a koncentrací na daný úkol, dítě předčasně přerušuje práci, dělá chyby z nepozornosti, má problém s opakovanými, nutnými výkony, které jsou pro ně nudné. (Šlapal, 2007).

Hyperaktivita: Projevuje se nadměrnou nebo nepřiměřenou úrovní motorické i hlasové aktivity, nutkáním k nadbytečným a častým pohybům. Od malička se děti nedokáží samy zabavit. (Šlapal, 2007).

Impulzivita: Spočívá v rychlých a neadekvátních reakcích, které vedou ke špatnému porozumění vlastních pocitů, vztahovačnosti, nižšímu sebehodnocení. U starších dětí se objevuje lhaní a záškoláctví. (Šlapal, 2007).

Klinický obraz se věkem mění. U kojenců dominuje zvýšená dráždivost a porucha základních biorytmů spánku a bdění. U batolat a v předškolním věku přetrvává období vzdoru a divokosti. Ve školním věku se dostávají do popředí problémy s výchovou a selhávání ve škole. V pubertě a adolescenci se zvyrazňují impulzivita i asociální chování, neuznání jakékoli autority, zvyšuje se zde požívání alkoholu, drog i kriminalita. (Šlapal, 2007).

ADHD je porucha mozku, která se může projevit v chování ve třídě a narušovat proces učení:

- Impulzivita: mluví, i když nejsou tázáni, nehlásí se a vykřikují, dělají úkoly, aniž by si přečetli všechny pokyny.
- Slabá „pracovní paměť“: problémy v zapamatování denních aktivit.
- Dys-organizace: mají problém s plánováním a zapamatováním.
- Hyperaktivita: roztěkané chování, nevydrží sedět.
- Nepozornost: denní snění, rozladěnost, nepozornost.
- Obtíže při zpracování verbálních informací: vyskytuje se riziko jazykových problémů. (Bartoňová, 2012).

Děti s ADHD (LMD) mají nejlepší výsledky ve stručnosti (krátkodobé aktivity), v různorodosti (změna, pestrost úkolů), ve struktuře (rutina, organizace). (Pipeková, 2006).

Děti mají:

- Tendence zapojit ruce (kinestetické učení), potřebují se dotknout, manipulovat s předmětem při práci.
- Slabé výsledky v didaktických situacích, jsou aktivně začlenění.
- Bývají méně zralé než jejich vrstevníci, v mnoha sociálních situacích se projevují jako věkově mladší.
- Medikamenty mohou pomoci, avšak nemohou eliminovat všechny symptomy, ADHD děti potřebují „pilulky plus dovednosti“. (Pipeková, 2006, s. 152).

3.4 Myofunkční porucha

Orofaciální myofunkční porucha může být způsobena překážkami při dýchání nosem. Časté infekce, alergie, hypertrofické tonzily nebo adenoidní vegetace, jiné změny průchodnosti choan (zadní otvor nosní dutiny) přispívají k návykovému dýchání ústy. Současně zpravidla dochází k nesprávnému držení těla, povrchnímu dýchání, klient nepoužívá brániční (abdominální) dýchání, ale dýchá hrudním (kostálním) a kličkovým (klavikulárním) typem dýchání. (Müller, 2014).

Myofunkční terapie:

Myofunkční terapie se zaměřuje na úpravu svalové nerovnováhy v orofaciální oblasti. Metodika je indikovaná u klientů s myofunkční poruchou provázenou svalovou nevyvážeností

zejména v oblasti rtů, jazyka, tváří, měkkého patra. Problematika myofunkční terapie je v České republice dostupná. (Müller, 2014).

Myofunkční terapie je metoda vyvinutá ve Spojených státech amerických a původně se jí zabývali ortodontisté, aby zefektivnili ortodontickou léčbu. Ukázalo se, že při chybném polykání tlačí jazyk proti zubům nebo je vsouván do mezery mezi zubními oblouky. Tento chybný pohyb jazyka může způsobovat problémy při léčbě snímacími ortodontickými přístroji, protože síla tímto pohybem vzniklá může tyto ortodontické přístroje z jejich správné polohy uvolňovat. Bylo potřeba, aby se pacienti, kteří chybně polykají, naučili polykat správným způsobem a vytvořili tak podmínky pro následnou regulaci postavení zubů a čelistí. (Kittel, 1999- Müller, 2014).

Cíl myofunkční terapie:

Cílem myofunkční terapie je především náprava nesprávného polykání u dětí, adolescentů i dospělých, odstranění orofaciální dysfunkce. V popředí zájmu je především pohyb a funkce jazyka. Účinky se projeví v orofaciální oblasti, ale obvykle se zlepši také držení těla, hlavy, charakter dýchání, artikulace. Podle Gridera (2012) je orální myofunkční terapie zaměřena na obnovení správné činnosti orálních funkcí. Snaží se utlumit nesprávné pohyby svalů orofaciální oblasti, zlepšit klidové postavení mluvidel, orální fázi polykání, artikulaci řeči. (Müller, 2014).

3.5 Paréza orofaciálního svalstva

Ochrnutí čili obrna se označuje odborně jako paréza (pokud je částečná), anebo plegie (pokud jde o úplné ochrnutí). Může být způsobena poškozením periferních nervových vláken, pak se označuje jako periferní a podle své povahy chabá, nebo je následkem poruchy mozku či míchy, pak jde o parézu centrální. (Švestková, Angerová, Druga, Pfeiffer, Votava, 2017).

3.6 Základní oční vady

Myopie znamená krátkozrakost, ohnisko paprsků je před sítnicí. Nejčastější příčinou je prodloužení předozadní osy oka, tedy osová myopie. Vzácnější jsou křivkové myopie. Poměrně často je možné se setkat s indexovou kataraktogenní myopií, při níž dochází ke zvýšené lomivosti jádra čočky.

Astigmatismus vzniká při nestejném zakřivení optických médií oka. Kvůli tomu se rovnoběžné paprsky, které přicházejí k oku, nezaostří do jednoho místa, ale mají ohnisko na různých místech, a vzniká tak složitý obraz se dvěma liniemi fokálních maxim.

PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část se zabývá případem konkrétního dítěte a jeho rodiny. Líčení situace probíhalo formou rozhovoru a bylo zaznamenáváno psanou formou či verbatimem. Nejprve je popsáno období těhotenství matky, zdravotní obtíže či onemocnění v těhotenství. Následně se zaměříme na porod a komplikace, které matka i dítě prožívaly.

Pokračovat budeme předškolním obdobím dítěte, v tomto případě se jedná o období od narození až po nástup do mateřské školy. V další části se budeme věnovat způsobu spolupráce rodičů a dítěte s odbornými lékaři. Je zde popsáno, jak matka dítěte poprvé zpozorovala odchylky v chování a jak se dále postupovalo, které lékaře rodiče s dítětem navštívili a samotné závěry odborníků a lékařů.

Následuje kapitola o zařazení dítěte do běžné mateřské školy, popis inkluze. Na příkladu jednoho konkrétního dítěte, rozboru jeho vnímání nástupu do MŠ, přístupu učitelů k tomuto dítěti, budeme sledovat změny a pokroky v jeho chování. Prezentován bude i názor rodičů na zařazení dítěte do běžné mateřské školy.

Cílem této práce je zaznamenání procesu zařazení dítěte s poruchami chování, logopedickou vadou a Aspergerovým syndromem do běžné MŠ. Popis inkluze, jak v dané mateřské škole inkluze probíhá, zařazení podpůrných opatření, didaktických pomůcek (konkrétní pomůcky), poskytnutí asistenta pedagoga, včetně spolupráce dítěte s klinickým logopedem, zlepšení logopedické vady, práce rodičů s dítětem i mimo lékařské prostředí a prostředí odborníků. Dítě má fungující sociální zázemí, plnohodnotné rodinné prostředí a oporu ve všech členech rodiny.

4. Těhotenství a porod

Chlapec byl počat přirozenou cestou, matka nepodstupovala žádnou hormonální léčbu. Během těhotenství proběhly pravidelné kontroly, včetně genetického vyšetření plodu pro podezření na vývojovou vadu (na UTZ vyšetření v 1. trimestru prokázáno šíjové projasnění-Linea nuchae 2,2 mm – čára na šupině kosti týlní pro úpon šíjového svalstva a kombinované riziko DWN syndrom). Výsledky z vyšetření neprokázaly vrozenou vývojovou vadu. Ovšem po provedené

amniocentéze (odběr plodové vody), která byla provedena v 16. týdnu gravidity, byla matka pátý den po odběru hospitalizována pro gynekologické krvácení a bolesti břicha s podezřením na předčasný porod. Po propuštění do domácí péče byl nařízen matce klidový režim.

Samotný porod chlapce probíhal spontánně (ve 40+3 gtt.) v porodnici. Při porodu hlavičky došlo k silnějšímu arteriálnímu krvácení nad hlavičkou chlapce z ruptury v oblasti klitorisu a periuretrálně. Chlapec byl porozen s pupečníkem kolem krku. Ihned byla indikovaná revize porodních cest matky v celkové anestezii. Chlapec byl předán do péče neonatologů a dětských sester na novorozenecké oddělení. Matka byla převezena na pooperační oddělení a následně na oddělení šestinedělí. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

Po propuštění z porodnice probíhaly kontroly dítěte dle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek. Vstupní preventivní vyšetření, dále ve věku čtrnácti dní, šest týdnů, tři měsíců, čtyř měsíců, šest měsíců, osm měsíců, deset měsíců, dvanáct měsíců a osmáct měsíců.

Citace vyhlášky:

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek v oboru praktický lékař pro děti a dorost

1. Obsahem preventivních prohlídek dětí od narození do 18 měsíců věku je

- a) založení zdravotnické dokumentace při převzetí dítěte do komplexní péče,
- b) anamnéza a zjištění změn zdravotního stavu od poslední kontroly, kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování, v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem,
- c) fyzikální vyšetření, jehož součástí je
 1. zjištění hmotnosti, délky dítěte a obvodu jeho hlavy, zhodnocení těchto parametrů podle růstových grafů,
 2. interní vyšetření,
 3. vyšetření psychomotorického vývoje,
 4. cílené vyšetření specifické pro daný věk a zjištění zdravotního rizika včetně rizika týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte,
- d) diagnostická rozvaha,
- e) závěr a poučení rodiče o výživě a režimu dítěte, včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk,

- f) psychoterapeutický rozhovor, jde-li o dítě s poruchami zdravotního stavu nebo o dítě ohrožené poruchami zdravotního stavu včetně poruch zdravotního stavu v důsledku vlivu nepříznivého rodinného nebo jiného společenského prostředí.

2. Kromě obsahu prohlídek uvedených v odstavci 1 je dále obsahem

- a) první prohlídka novorozence, která se provádí zpravidla do dvou dnů po propuštění ze zdravotnického zařízení, ve kterém byly poskytnuty služby v souvislosti s porodem a to, pokud možno v jeho vlastním sociálním prostředí,
1. posouzení sociální úrovně rodiny, rodinná anamnéza, osobní a těhotenská anamnéza matky, prenatalní, perinatální a postnatální anamnéza a zhodnocení lékařské zprávy o novorozenci,
 2. vyšetření spočívající v posouzení celkového stavu dítěte, vyšetření kůže a podkožní vrstvy, vlasů a nehtů, vyšetření mízních uzlin, svalstva a kostry, hlavy včetně tvaru, velikosti fontanel, posouzení švů a změření obvodu hlavy, dále vyšetření očí a jejich okolí včetně postavení bulbů a spojivek, vyšetření uší, nosu, dutiny ústní, krku včetně uzlin, hrudníku, jeho obvodu a tvaru a stavu klíčních kostí, fyzikální nález na srdci a plicích, vyšetření břicha, to je velikost, palpační vyšetření nitrobřišních orgánů a pupeční jizvy, vyšetření třísel včetně palpačního vyšetření a pulzu na stehenních tepnách, vyšetření genitálu, končetin, to je symetrie, deformity, hybnost v kyčelních kloubech a vyšetření psychomotorického vývoje včetně novorozeneckých reflexů,
 3. orientační vyšetření sluchu,
 4. zahájení preventivního podávání vitamínu K,
- a) prohlídka ve 14 dnech věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, zjištění výživy dítěte, zahájení preventivního podávání vitamínu D proti křivici, potřebná poučení rodiče dítěte a doporučení odborného ortopedického vyšetření kyčlí mezi 3. až 6. týdnem věku,
- b) prohlídka v 6 týdnech věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, kontrola výsledku ortopedického vyšetření a kontrola preventivního podávání vitamínu D, orientační vyšetření zraku,
- c) prohlídka ve 3 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, kontrola preventivního podávání vitamínu D, zahájení očkování a plán očkování,
- d) prohlídka ve 4 až 5 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, orientační vyšetření zraku a sluchu,
- e) prohlídka v 6 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, kontrola preventivního podávání vitamínu D, kontrola vývoje chrupu a poučení rodiče o nutnosti registrace dítěte u zubního lékaře v druhém půlroce života dítěte a jeho zapojení do pravidelných zubních prohlídek,

- f) prohlídka v 8 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, orientační vyšetření zraku a sluchu,
- g) prohlídka v 10 až 11 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, kontrola preventivního podávání vitamínu D,
- h) prohlídka ve 12 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, zjištění základních antropometrických ukazatelů a jejich zhodnocení, kontrola preventivního podávání vitamínu D, velikost velké fontanely, vyšetření zraku a sluchu, vývoje řeči, vývoj chrupu a potřebná poučení rodiče dítěte, informace o hygieně dutiny ústní, individuální zvážení celkového příjmu fluoridů, doporučení stomatologického vyšetření,
- i) prohlídka v 18 měsících věku, kromě vyšetření uvedených pod písmenem a) bodem 2, stav velké fontanely, vývoj a stav chrupu včetně doporučení stomatologického vyšetření, vyšetření zraku a sluchu, posouzení psychomotorického vývoje se zaměřením na hrubou a jemnou motoriku, rozvoj řeči a sociální chování dítěte.

3. Obsahem preventivních prohlídek dětí ve 3 letech věku je

- a) rozhovor s rodičem zaměřený na nová anamnestická fakta, kontrola očkování dítěte, popřípadě doplnění chybějícího očkování, v rozsahu stanoveném jiným právním předpisem¹⁾,
- b) zhodnocení psychosomatického vývoje, jemné a hrubé motoriky, sociálního chování a hygienických návyků dítěte,
- c) zjištění hmotnosti a výšky, zhodnocení těchto parametrů podle růstových grafů z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy či obezity, vyšetření laterality, znalost barev,
- d) kompletní fyzikální vyšetření včetně prohlídky kůže a vyloučení známek týrání, zanedbávání a zneužívání dítěte,
- e) vyšetření očí a zraku,
- f) vyšetření řeči, hlasu a sluchu,
- g) vyšetření moče,
- h) vyšetření krevního tlaku a pulzu,
- i) vyšetření dutiny ústní, popřípadě doporučení stomatologického vyšetření,
- j) vyšetření genitálu, to je uložení varlat u chlapců a zjištění případného výtoku u dívek,
- k) závěrečný rozhovor lékaře s rodičem zaměřený k získání aktivní spolupráce, poučení rodiče o výživě a režimu dítěte včetně úrazové prevence podle specifík pro daný věk, popřípadě podpůrný psychoterapeutický rozhovor, zejména jde-li o vážně nemocné dítě, ohrožené dítě a problematiku funkčnosti rodiny.

4. Obsahem preventivních prohlídek dětí v 5 letech věku je, kromě obsahu prohlídek uvedených v odstavci 3,

- a) zjištění hmotnosti, výšky, zjištění výškově-hmotnostního poměru a posouzení růstu dítěte podle růstových grafů z důvodu odhalení případné podvýživy, nadváhy či obezity,
- b) zhodnocení psychomotorického vývoje k předběžnému posouzení školní zralosti,
- c) vyšetření znalosti barev s požadavkem jejich samostatného slovního označení,
- d) kontrola hygienických návyků dítěte se zaměřením na pomočování,
- e) vyšetření plasmatického cholesterolu celkového a plasmatických lipoproteinů včetně triacylglycerolů při pozitivní rodinné anamnéze, to je při výskytu ischemické choroby srdeční, infarktu myokardu, anginy pectoris, náhlých cévních mozkových příhod a hyperlipoproteinemii do 55 let věku a dalších rizikových faktorech,
- f) vyšetření moče.

(VYHLÁŠKA ze dne 17. prosince 2009 o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek).

Od 13. měsíce života chlapce bylo matkou pozorováno nespecifické chování. Reakce chlapce na podněty byly často výbušné a agresivní se sklonem k sebepoškozování (například chlapec se úmyslně rozběhl a narazil hlavou do zdi). Vyšetření u specialistů prokázaly PAS, následně pak i ADHD a expresivní vývojovou dysfázii. Chlapec je nadále v péči specialistů (viz níže).

5. Předškolní období dítěte

Dítě navštěvovalo s matkou kurzy cvičení maminek s dětmi zaměřené na psychomotorický vývoj dětí (návčik jednoduchých říkanek, jemná a hrubá motorika). Od dvou let chlapec navštěvoval dvakrát v týdnu dětskou skupinu v místě bydliště (dopolední hlídání dětí s rozvíjejícím programem). Skupinu vedla také matka chlapce (zdravotní sestra) ve spolupráci s druhou lektorkou s pedagogickým vzděláním. Docházka do dětské skupiny chlapci umožnila přirozenější a klidnější přechod do běžné mateřské školy, kde je ve třídě mnohem více dětí, ale počet pedagogů zůstává stejný.

V dětské skupině se ze začátku chlapec projevoval spíše odtažitě od ostatních dětí. Dělal mu potíže udržet tempo s ostatními dětmi, nepamatoval si běžné dětské říkanky, neudržel pozornost, často odbíhal od nabízených aktivit. Snahou lektorů bylo naučit všechny děti dennímu režimu a samoobsluze (návčik oblékání, stravování a základní hygienické

návyky), které jsou vyžadovány v běžné mateřské škole. Již během tohoto období se u chlapce projevovala hyperaktivita či mírná agrese vyvolaná nepochopením situace či úkonu, který byl po dítěti vyžadován (například při cílené manuální činnosti – tvoření, odbíhání od skupiny na vycházce, skupinové cvičení a podobně). Převážně se chlapec negativně projevoval při cílených skupinových činnostech, vyhledával spíše soukromí a bránil si svůj osobní prostor.

Nástup do mateřské školy proběhl ve věku dvou let a jedenácti měsíců (chlapec narozen na konci října). Matka chlapce informovala vedení mateřské školy již před nástupem do zařízení, že se u chlapce projevuje nestandardní chování s lehkým opožděným vývojem a že situaci již řeší s chlapcovým pediatrem. Vedení mateřské školy se zdráhalo chlapce přijmout v řádném termínu a matce doporučilo, aby zvážila odklad předškolní docházky, jelikož by byl chlapec zařazen do běžné třídy bez asistenta pedagoga. Matka návrh zvážila a konzultovala s dětským psychologem, kam byl chlapec praktickým lékařem odeslán. Psycholog doporučil zařazení do běžné mateřské školy a po uplynutí adaptace minimálně tři měsíců situaci řešit, pokud by se nelepšila a chlapec by se skupině nepřizpůsobil.

6. Spolupráce dítěte u odborných lékařů a odborníků

V počátcích diagnostikování u odborných lékařů byla spolupráce dítěte velice obtížná vzhledem k hyperaktivitě a poruše řečových schopností. Během cílené terapie a s postupem věku chlapec spolupracoval lépe. Přetrvává ovšem nemožnost delšího soustředění a cíleného vykonání úkonu, které lékaři při vyšetření někdy požadují. Velice záleží na tom, kdy je vyšetření provedeno (dle denního režimu dítěte).

6.1 Počátek diagnostikování

Chlapec měl v 16 měsících akutní stav petechiální (podkožní) krvácení, který nastal po nadměrném nočním neklidu a křiku. Byl odeslán praktickým lékařem na hematologii. Při specializovaném vyšetření byla prokázána přítomnost krve ve stolici. Byla vyloučena hematologická příčina krvácení. Následně byl chlapec odeslán na gastroenterologii a zde po specializovaných vyšetřeních byla prokázána alergie na bílkovinu kravského mléka, laktózu a kasein. Po nasazení speciální výživy a dodržení diety chlapec prospívá v mezích normy. Dosud byly kontroly prováděny každého půl roku, dieta byla dodržována. Po nasazení bezlaktózových výrobků přetrvávají trávicí a kožní potíže, proto dodržuje bezlaktózovo rostlinnou dietu. I přes provedená opatření se ovšem psychický stav chlapce nelepšil, přetrvávala hyperaktivita, noční neklid, záchvaty vzteku a agrese z banálních důvodů.

Projevovaly se také sklony k sebepoškozování, kdy chlapec v záchvatu vzteku bušil hlavou do země či stěny. Touto cestou vyjadřoval své potřeby, jelikož v řečovém rozvoji velmi zaostával, téměř nemluvil. Nepoužíval běžná slova adekvátní věku.

Při pediatrické kontrole v 18 měsících byla lékařka matkou na tyto stavy upozorněna. Při preventivním screeningovém vyšetření (dotazníkem M-CHAT-R) bylo pediatrem vyhodnoceno, že se chlapec nevyvíjí standardně a vysloveno podezření na PAS. Chlapec byl proto odeslán k psychologickému vyšetření, následně proběhlo vyšetření i u dětského psychiatra a dalších specialistů.

6.2 Pediatr

Obor pediatrie (dětské lékařství) zahrnuje péči o dítě v době od narození do 18 let života. Specializací v tomto oboru je neonatologie zaměřená na novorozenecké období a dorostové lékařství zaměřené na období adolescence.

Náplní pediatrie je péče o dítě ve zdraví i nemoci, tj. péče preventivní, diagnostická, terapeutická a rehabilitační, a to jak po stránce tělesné, tak i duševní. Prevence, stejně jako péče o děti chronicky nemocné, defektní a sociálně postižené, zaujímá v pediatrii velmi důležité místo. Organizace pediatrické péče v naší zemi má velmi dobrou úroveň, vyrovná se úrovni péče v nejvyspělejších evropských státech. (Volfová, Volf, 2000).

Většina praktických lékařů specializovaných na léčení dětí a dorostu pracuje v současné době v soukromých ordinacích. Tito lékaři a zdravotní sestry poskytují léčebně preventivní péči, včetně návštěvní služby, všem dětem, které jsou u tohoto lékaře registrovány. Územní rozdělení na zdravotnické obvody již neplatí, neboť rodiče mají možnost si vybrat pro péči o své dítě takového lékaře, kterému důvěřují. Dětský lékař, který pečuje o dítě od narození, zná dobře nejen zdravotní stav, ale i sociální úroveň rodiny, ve které dítě vyrůstá.

Péče pediatra zahrnuje kurativní péči (určení správné diagnózy a správně zvolenou léčbu) a preventivní péči (kojenecká poradna do 1. roku dítěte, preventivní prohlídky v 18 měsících, ve 3 letech, v 5 letech života dítěte a jednou za dva roky u školních dětí a adolescentů). (Volfová, Volf, 2000).

Pediatrické prohlídky jsou podřízeny vyhláškou číslo 3/2010 Sb., pediatr následně odesílá na specializované vyšetření k odborným lékařům.

6.3 Neurolog

Cílem neurologického vyšetření je časná detekce závažnějšího postižení nervového systému, jehož řešení může mít pro osud konkrétního pacienta zcela zásadní význam. Nejčastěji se takové vyšetření provádí u pacientů s akutní cévní mozkovou příhodou. Neméně významné je provedení vyšetření u pacientů s poruchami vědomí, bolestí hlavy či u pacientů s poruchami chování a myšlení.

Odhalení neurologické symptomatologie přizpůsobujeme jak vlastní objektivní vyšetření, tak i iniciální směr anamnestických dat. V rámci anamnézy cíleně zjišťujeme výskyt příznaků poukazujících na možné primární či sekundární postižení nervového systému – poruchy vědomí, poruchy řeči, oslabení končetin, poruchy chůze, závratě, parestezie či jiné poruchy, dvojité vidění, bolesti hlavy, epileptické záchvaty.

Při zjištění přítomnosti kteréhokoli z vyjmenovaných symptomů tento nutně upřesňujeme. Maximální snahu musíme vynaložit na zjištění doby a okolností vzniku potíží, stanovit jejich vývoj v čase, přesnou charakteristiku, tíži, délku trvání, v případě opakování pak i jejich frekvenci a vyvolávající i zmírňující faktory. (Špinar, Ludka a kol. 2013).

Specializované vyšetření:

Chlapec byl pediatrem odeslán k neurologovi, který provedl cílené vyšetření včetně EEG (elektroencefalografie). Z vyšetření byly zjištěny mozkové změny odpovídající expresivní dysfázii, ADHD s projevy hyperkinetického chování. Jinak byl stav bez patologie a neurologicky bez jiné topické symptomatologie. Chlapec chodí na pravidelné kontroly. Užívá doporučenou medikaci s vysokým obsahem nenasycených mastných kyselin podporujících vývoj mozkových buněk.

V současné době byla chlapci doporučena i ergo terapie (terapie prací). (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.4 Psycholog

Vývojová psychologie se zabývá studiem všech změn, k nimž dochází v průběhu života člověka. Od narození až do smrti se člověk stále vyvíjí a mění. Tento vývoj je určován celou řadou faktorů. Základním činitelem, který ovlivňuje vývoj člověka, jsou dispozice, vlohy, které jedinec získal jednak dědičností (geneticky z předchozích generací), jednak ve svém

individuálním vývoji od početí do narození jako vrozené znaky organismu. Dědičné i vrozené znaky jedince nazýváme genotypem.

V průběhu života je genotyp ovlivňován více či méně vlivy exogenními, tzv. vším, co na člověka působí v prostředí, ve kterém žije, včetně výchovy a výuky, kulturních, společenských i ekologických vlivů. Hledáme-li tedy odpověď na otázku, proč je určitý člověk právě takový, jaký je, musíme vzít v úvahu, jaké podmínky genetické, prenatální a perinatální ovlivnily dispozice jedince, jak byly v životě, zejména v raném vývoji, uspokojovány jeho biologické i psychologické potřeby, v jaké rodině vyrůstal, jak byly stimulovány jeho schopnosti, rozvíjeny zájmové činnosti, v jaké míře působila sebevýchova a autoregulace, jak působily sociokulturní, politické, ekologické vlivy celé společnosti.

Biologičtí i sociální činitelé vývoje působí ve vzájemné integraci. Za optimálních podmínek, působí-li na dobré dispozice dítěte prostředí i výchova vhodným způsobem a nedojde-li k závažným nepříznivým vlivům společenským, lze předpokládat harmonický vývoj osobnosti. (Čechová, Mellanová, Rozsypalová, 2004).

Specializované vyšetření:

Vyšetření proběhlo ve dvou letech dítěte na doporučení pediatra. U chlapce byla pohovorem a opětovným testem (dotazníkem M-CHAT-R) zjištěna suspektní porucha autistického spektra (PAS), suspektní dysfázie a porucha pozornosti (ADHD). Současně bylo matce dítěte doporučeno provést u dítěte psychologický test (ADOS), který není hrazen ze zdravotního pojištění. Tuto možnost rodiče chlapce zvážili, nicméně po konzultaci s dalšími odborníky ponechali provedení testu na pozdější věk dítěte. Projevy dětí s PAS nebo vývojovou dysfázií jsou velmi často v tak raném věku snadno zaměnitelné či totožné. Chlapec byl odeslán na další zhodnocení ke klinickému logopedovi, který diagnózu potvrdil, a k psychiatrovi. U pedopsychiatra byla diagnóza také potvrzena.

Další kontroly probíhaly nepravidelně vzhledem k epidemii Covid-19. Vyšetření v pěti letech potvrdilo předchozí diagnózy (PAS, ADHD), test (ADOS – plynulá řeč) proveden nebyl, protože chlapec při posledním vyšetření nespolupracoval.

Při další pravidelné kontrole u klinického psychologa, ve věku pěti let a sedmi měsíců, byl proveden také test ADOS – plynulá řeč. Během testování byl chlapec velmi nesoustředěný, motoricky neklidný (pohupování nohama, sedání a stoupání, poposedávání, odbíhání od daných úkolů v testu). Z výsledků testu vyplynulo, že dítě je pouze v hraničním nízkém stupni autismu.

Zhodnocení psychologem směřovalo vzhledem k řečovým projevům dítěte k vývojové dysfázii. Další pravidelná kontrola je plánovaná před zahájením povinné školní docházky. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.5 Psychiatr

Psychiatrické poruchy nebyly vždy považovány za zdravotnický problém. O duševní poruše se dříve hovořilo jako o šílenství a byla považována za projev posedlosti zlým duchem, spolčení s ďáblem. První psychiatrická revoluce je spojována se jménem holandského lékaře Johana Weyera, který vystoupil proti čarodějnictví. Pojmenoval psychickou poruchu jako poruchu funkce mozku. Vysvětloval, že je to nemoc, kterou je třeba léčit jinými prostředky, ne vymítáním ďábla z těla.

Radikální změna v psychiatrii se udála v 18. století zásluhou Philipa Pinela, který v Paříži reformoval péči o duševně nemocné – místo klecí a pout zaváděl podle možností léčebný režim a léčbu prací. Tyto metody se brzy rozšířily do dalších zemí Evropy. Postupně byly zakládány psychiatrické ústavy. V Praze roku 1970 byl zřízen Ústav pro duševně choré, kde se o duševně nemocné starali důstojným způsobem.

Třetí významný mezník ve vývoji psychiatrie je spojován s osobností Sigmunda Freuda, rodáka z Příboru na Moravě, který působil jako psychiatr ve Vídni. Je zakladatelem psychoanalýzy – léčebné metody, která využívá volných asociací a výkladů snů. Pro vývoj psychiatrie jako moderního lékařského oboru bylo rozhodující 20. století, které přineslo především účinné terapeutické metody. Do praxe byla zavedena neuroleptika (léky tlumící neklid), o něco později antidepresiva. Duševní stav některých pacientů, do té doby odkázaných na pobyt v ústavech a léčebnách, se zlepšil natolik, že mohli opustit ústavy.

Do 21. století vstupuje psychiatrie jako moderní vědní disciplína. Účinné léky jsou dostupné, přesto nejsou bez nežádoucích účinků. Psychiatři vědí, že většina psychofarmak účinkuje preventivně, často však nedovedou pacienty o nutnosti jejich dlouhodobého užívání přesvědčit. Psychoterapie je nezastupitelnou terapeutickou metodou, avšak není-li pacient k práci na sobě motivován, postrádá smysl. Důležitou roli hraje i nadále rozhovor s pacientem a pozorování jeho chování. Schopnost naslouchat a vcítit se tak zůstává základní klinickou dovedností, bez níž se žádný zdravotník neobejde. (Slezáková, 2010).

Specializované vyšetření:

První návštěvu chlapec absolvoval v téměř dvou a půl letech. Odborníků na pedopsychiatrii je velice málo a mají dlouhé čekací lhůty na vyšetření.

Vyšetření proběhlo pohovorem s rodiči a lékař pozoroval projevy chlapce, jelikož na cílené otázky lékaře nedokázal odpovědět sám. Byla doporučena logopedická terapie, podpůrná medikace na vývoj mozku – volně prodejné léky s obsahem rybího tuku a nenasycených mastných kyselin. Psychofarmaka nasazena nebyla. Pedopsychiatr doporučil pravidelné kontroly ke zhodnocení stavu chlapce jedenkrát za půl roku, při potížích dříve.

Při poslední návštěvě v pěti letech byl chlapcův stav posouzen jako mírné zlepšení, zvláště v oblasti vývoje řeči. Vyšetření chlapce probíhalo již částečně bez přítomnosti rodičů. Ze strany chlapce byla navázána dobrá spolupráce s lékařem. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.6 Otorhinolaryngolog

ORL je lékařský obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou ušních, nosních a krčních chorob. Název je odvozen z řeckého slova otós (ucho), rhinos (nos) a larynx (hrtan). Nemoci a úrazy, které obor řeší, jsou poměrně časté a rozšířené. Nadstavbovým oborem je foniatrie, která se navíc zabývá vyšetřováním a léčbou poruch hlasu, sluchu a řeči. Samostatný obor tvoří dětská otorinolaryngologie. (Slezáková a kol. 2014).

Specializované vyšetření:

Chlapec byl na základě logopedického vyšetření odeslán pediatrem na ORL z důvodu parézy orofaciálního svalstva a amyofunkční poruchy. Následovaly pravidelné kontroly, včetně endoskopického vyšetření přes nosní průduch, tympanometrie, percepční test v pěti letech. Byly zjištěny nekoordinované pohyby jazyka, hypotonie orofaciálního svalstva, lehký předkus horní čelisti a zvětšená adenoidní vegetace (nosní mandle).

Chlapci byla nasazena léčba lokálními kortikoidy a antihistaminiky. Při další kontrole se zváží účinnost léků a případné odstranění nosní mandle. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.7 Stomatolog

Stomatologie je lékařský vědní obor, který se zabývá prevencí, diagnostikou a léčbou dutiny ústní (zubů, dásní a sliznic) a orgánů, které k dutině ústní patří (slinné žlázy, mízní uzliny, skelet obličeje). Stomatologie jako obor se člení na záchovnou stomatologii, pedostomatologii, protetickou stomatologii, parodontologii, čelistní ortopedii a stomatochirurgii. Stomatologická péče je převážně zajišťována ambulantní péčí u státních a soukromých stomatologů. K zajištění nejvyšší úrovně odborné stomatologické péče jsou zřizována stomatologická centra, kde probíhají velmi složité a nákladné operační zákroky. (Slezáková a kol., 2014).

Přehled stomatologických oborů:

Konzervační (záchovná) stomatologie – Zabývá se zachováním a léčbou tvrdých zubních tkání a zubní dřevě.

Pedostomatologie (dětská stomatologie) - Zabývá se prevencí a péčí o chrup v dětském věku.

Stomatologická protetika – Zabývá se funkční, estetickou a fonační rehabilitací chrupu klienta.

Paradontologie – Zabývá se vznikem, průběhem, léčbou a prevencí chorob parodontu, nemocí sliznice dutiny ústní a jazyka.

Ortodoncie – Zabývá se diagnostikou, léčením a prevencí úchylek postavení zubů a čelistí.

Stomatochirurgie – Ústní, čelistní a obličejová chirurgie, zabývá se chirurgickou léčbou nemocí zubů, čelistí, měkkých tkání dutiny ústní a obličeje. (Slezáková a kol., 2014).

Periodické prohlídky:

Prohlídky probíhají pravidelně každého půl roku. Byl zjištěn mírný předkus horní čelisti. Stomatolog zatím nedoporučuje návštěvu ortodontisty, nicméně není v pozdější době vyloučena operace uzdiček. Péči o chrup dítě zatím samostatně nezvládá, dočišťují rodiče. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.8 Oftalmolog

Oční lékařství. Lékařský obor zabývající se výzkumem, prevencí, diagnostikou a léčbou nemocí oka, očních adnex a obecně zrakového analyzátoru jako celku. Z propedeutické disciplíny tyflopédie - speciální pedagogika osob se zrakovým postižením, čerpá klíčové

poznatky o anatomii a patologii zrakového ústrojí, které jsou nezbytným předpokladem pro speciálně pedagogickou diagnostiku a intervenci. (Kroupová a kol., 2016).

Specializované vyšetření:

U pediatra proběhlo standardní vyšetření zraku v pěti letech. Vzhledem k nespolupráci chlapce byl odeslán k odborníkovi na oční lékařství. Lékařka předala rodičům obrázky k domácímu cvičení a po měsíci provedla komplexní vyšetření zraku. Byla zjištěna krátkozrakost a nutná korekce dioptrickými brýlemi na dálku. Nyní si chlapec na brýle zvyká.

Chlapec bude nadále sledován v častějších intervalech vzhledem k možné dědičnosti očního onemocnění ze strany obou rodičů (krátkozrakost, astigmatismus, keratokonus). (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.9 Gastroenterolog

Základem vyšetření nemocného s trávicími obtížemi je, jako i v ostatních lékařských oborech, anamnéza a fyzikální vyšetření. Tyto po staletí používané metody jsou stále důležitým vstupním vyšetřením, které nemůže být nahrazeno sebedůmyslnější technikou.

Anamnéza je sice výpověď nemocného, ale musí být podmíněna aktivním postupem vedeným lékařem, v některých případech i sestrou. Nejde o to zaznamenávat vše, co nemocný řekne. Vždy je třeba klást cílené otázky, které co nejvěrněji vystihnou podstatné obtíže nemocného. Vhodně kladenými dotazy je třeba u mnohých nemocných ověřovat věrohodnost výpovědi, je důležité zaznamenávat i některé podstatné negativní odpovědi. Obvykle začínáme dotazem na aktuální obtíže, na to, co nemocného k nám přivádí. Tuto část anamnézy označujeme jako nynější onemocnění. Je třeba mít na paměti, že nynější onemocnění mohlo začít třeba před několika lety.

Osobní anamnéza informuje o všech podstatných onemocněních, která pacient prodělal během svého života, například běžné dětské infekce, operace zápalu slepého střeva a zápal plic. Údaje zapisujeme tak, jak nám je nemocný říká, nepřekládáme je do odborného jazyka. Konstantním údajem by měla být i léková anamnéza, ve které uvedeme všechny léky, které nemocný užívá. Pracovní a sociální anamnéza by měla doplnit nezbytnou charakteristiku prostředí, ve kterém nemocný žije. Rodinná anamnéza uvádí podstatná onemocnění, která se vyskytují u blízkých příbuzných nemocného. Údaj o častějším výskytu onemocnění u několika členů rodiny je třeba brát jako důležité upozornění, že i náš nemocný může být

postižen stejně. V rodinném nakupení se často vyskytují onemocnění žlučníku, ale také choroby krevního oběhu a jiné. (Lukáš, Žák a kol., 2007).

Specializované vyšetření:

Specializované vyšetření proběhlo ve věku 15 měsíců. U chlapce byla zjištěna nesnášenlivost bílkoviny kravského mléka a laktózy, což se projevovalo bolestmi břicha, neklidem, zvracením, kožními vyrážkami, krvácením do stolice a lehkou anémií. Byla nasazena speciální dieta, kdy chlapec zcela vyloučil z jídelníčku kravské mléko a výrobky z něj. Mléko bylo nahrazeno hydrolysátem a rostlinnými výrobky. Po úpravě stravy a dodržení pravidelného režimu se stav zlepšil. Nyní kontroly probíhají jednou za půl roku a dítě stále musí dodržovat dietní opatření. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

6.10 Klinický logoped

Klinický logoped (logoped s atestací) poskytuje veškerou logopedickou péči dětem i dospělým. Ve zdravotnických zařízeních jsou logopedické ambulance organizačně začleněny nejčastěji k dětským oddělením nebo k ORL oddělením. Podle potřeby pracují kliničtí logopedi i jinde, například na interně nebo neurologii (mozkové příhody a stále častější pourazové stavy), na rehabilitačních odděleních, foniatrii, dětské psychiatrii, v léčebnách dlouhodobě nemocných aj.

Splní-li klinický logoped předepsané kvalifikační požadavky, může pracovat samostatně (obvykle má smlouvy se zdravotními pojišťovnami). (Kutálková, 2011).

Specializované vyšetření:

První konzultace proběhla před třetími narozeninami dítěte. Byly doporučeny cviky na uvolnění orofaciálního svalstva a použití vestibulární clony k úpravě skusu. Následovaly terapie ve čtrnáctidenním intervalu. Při epidemii Covid-19 probíhaly terapie s nižší frekvencí distanční-online formou. Rodiče s dítětem pracovali každý den v krátkých intervalech vzhledem k jeho snížené pozornosti.

Nyní terapie s klinickým logopedem probíhají opět v pravidelném režimu a přetrvává domácí nácvik dle jeho doporučení. Postupy terapie se po domluvě s třídními pedagogy v mateřské škole uplatňují i při docházce.

Klinická logopedka zkoumaného dítěte je zároveň i Bobath terapeut (viz dále), který spojuje péči logopedickou s rehabilitační. Tato osoba měla obrovský vliv na rozvoj dítěte

díky propojení obou metod. Začátky byly pro chlapce velmi těžké, ale postupem času a zdokonalení cviků v domácím prostředí udělal velké pokroky. Měl snahu se učit novým, nejen řečovým dovednostem. (čerpáno z lékařských zpráv, se souhlasem rodičů).

Bobath terapeut

Bobath je terapeutický přístup pracující na neurovývojovém podkladu. Bobath terapeut provádí handling (jakákoli manipulace s dítětem) za použití jeho jednotlivých technik. Tyto techniky jsou zaměřeny především na to, aby příznivě ovlivnily patologický tonus jedince s kombinovaným postižením a usnadnily mu provést pohyb co nejsprávněji a nejsnadněji. Terapeut neučí dítě pohybům, ale dělá vše pro to, aby mohlo pohyb samo co nejsprávněji provést. Veškerá terapie je prováděna v rámci funkční situace, tj. při krmení, oblékání, hře, vzdělávání. Snahou terapeuta je umožnit dítěti získat novou senzomotorickou zkušenost a tím příznivě posunout jeho vývoj vpřed. Terapeut často používá k dosažení zamýšleného cíle pomůcky (míče, válce, lavičky, labilní plochy atd.). (Pavlův, 2003, Bendová, 2011).

7. Analýza kresby

Pokud na vývoj kresby nahlédneme z kognitivního hlediska, je zřejmé, že prochází několika fázemi, z nichž ta počáteční ještě symbolický význam nemá. (Vágnerová, 2012).

Presymbolická fáze:

Tuto fázi lze označit také jako předkreslířské období. Většina dětí začne ve druhém roce života čmárat, ale jejich čmárání ještě neslouží k zobrazení něčeho konkrétního. Produkty čmárání mohou mít různou podobu, která se po určité době příliš nemění.

Čmárání prochází ve svém vývoji několika fázemi, kdy se mění jeho projevy a stejně tak i jeho význam.

- V prvním stádiu jsou výsledkem čmárání horizontálně a vertikálně směřované čáry a někdy i tečky.
- Ve druhém stádiu se začínou objevovat kruhové linie a smyčky.
- Ve třetím stádiu jsou výsledkem čmárání i uzavřené tvary, kde může mít rozdílný význam to, co je uvnitř, a to, co je vně. Komplexnější čmárání se mohou stát základem zobrazení různých tvarů i prostorových vztahů a lze si představit, že by mohly něco znázorňovat.

Přechod na symbolickou úroveň:

Kolem 3. roku života už děti vědí, že grafomotorická aktivita může sloužit k zobrazování něčeho konkrétního. Může se jednat o předstupeň plánované kresby. První kresba se objeví náhodně, když dítě zjistí, že se jeho čmáranice něčemu podobá. Uvědomění podobnosti náhodně vzniklého zobrazení s něčím reálným signalizuje přechod na symbolickou úroveň dětské kresby, kdy dochází k jejímu dodatečnému kognitivnímu zpracování.

Přechod od presymbolických výtvorů ke kresbě, která něco představuje, je na grafomotorické úrovni primárně spojen se zvládnutím kruhového útvaru. Kruh je prekurzorem základního zobrazení různých objektů.

Fáze symbolické kresby:

Kresba se stává symbolem, který reprezentuje nějaký objekt, i když zatím nemusí mít všechny znaky zobrazovaného objektu. V předškolním věku je kresba běžným způsobem symbolického znázornění skutečnosti. Raná zobrazení obvykle představují nejjednodušší strukturu, která ještě může něco představovat. V kresbách nejmladších předškolních dětí se objevují rozpoznatelné reprezentace různých objektů. Jsou minimalistické a zobrazují jen základní rysy. Děti si pod vlivem zkušeností s vlastní kreslířskou činností osvojují základní schémata zobrazovaných objektů a ta pak k jejich zobrazení po určitou dobu používají. (Vágnerová, 2017).

Analýza kresby probíhá na základě vlastního pozorování chlapcových obrázků za spolupráce s rodiči. V příloze jsou vidět chlapcovy výtvořiny i s porovnáním se stejně starými dětmi.

V době nástupu do mateřské školy chlapec nejevil zájem o jakékoli výtvarné projevy. Neměl dostatek trpělivosti a zaujetí. V době čtyř a půl roku se začal chlapec výtvarně projevovat. Jeho projevy byly na úrovni tříletého dítěte, jednalo se o takzvanou presymbolickou fázi. Kresby nezobrazovaly nic konkrétního. Co se týče vybarvování omalovánků, nedokáže do dnešní doby rozeznávat obrysy, které má vykreslit, stříhání podle předlohy chlapec nerespektuje.

Jemná motorika chlapce i kresebná technika je vývojově opožděna, úrovni odpovídá přibližně čtyřletému dítěti. Chlapec bude od nového školního roku umístěn v předškolní skupině v mateřské škole.

8. Konzumace jídla

Při konzumaci jídla je jemná motorika také opožděna. Stále jí lžící, maximálně využívá vidličku, i když je mu příbor nabízen. Úchop lžice není standardní, ale nají se sám bez pomoci dospělé osoby. Při stravování je ovšem stále patrná lehká paréza orofaciálního svalstva (často mu potrava vypadává z koutků úst – zvláště tekutá, kašovitá strava).

9. Analýza řečového projevu – posouzení komunikačních schopností

Analýza řečového projevu probíhala na základě vlastního pozorování, spolupráce s rodiči dítěte a širší rodiny. Podíleli se na ní pedagogové a logoped-bobath terapeut. Ze začátku byl pokrok velmi skokový a nevyrovnaný. U chlapce docházelo k zapomínání již naučených řečových dovedností, bylo nutné naučené věci stále procvičovat a současně trénovat krátkodobou paměť chlapce. Po docílení nástupu plynulé řeči chlapec používal velmi často dysgramatismy, které se v řečovém projevu vyskytují i v současnosti. Zvláště u víceslabičných slov zachovává rytmiku a počet slabik například: Pampeliška-papilača, bublifuk-bubiluč, telefon-tefiloc.

V průběhu logopedické terapie je nutné opakovaně provádět speciální cvičení k uvolnění a posílení orofaciálního svalstva a jazyka. Jsou využívány i speciální pomůcky například vestibulární clona. Vývoj chrupu byl přiměřený. V pěti letech má chlapec kompletní mléčný chrup bez nutnosti zásahu dentisty. Chlapci byl zjištěn mírný předkus horní čelisti, zatím není nutná návštěva ortodontisty.

Terapií byl rozvinut řečový projev chlapce, zvládá poskládat souvislou smysluplnou větu, ale ta stále není zcela srozumitelná pro okolí. Dochází k měkčení sykavek, zaměňování hlásek podobně znějících. Chlapec stále nedokáže sluchově rozlišit rozdíly. Slovní zásoba je oproti vrstevníkům nižší. Často nedokáže pojmenovat pro něj již dávno známou věc, ale popíše činnost, ke které je věc využívána, například kladivo – to, jak se bouchá, vařečka – tím, jak se míchá. Hlasitost řečového projevu je oproti vrstevníkům silnější, zvláště pokud se snaží dosáhnout pozornosti. Využívá často nadměrné gestikulace. Pokud jeho okolí nerozumí daným projevům, či on sám vyhodnotí situaci negativně, uchyluje se k sebepoškozování – údery pěstmi do hlavy v úrovni spánků.

10. Analýza hry

Před nástupem do mateřské školy chlapec nezvládal aktivitu a strukturovanou hru. Vyhledával spíše samotu a individuální postoj. Kolektivu se stranil, fascinoval ho opakovaný pohyb a řazení předmětů podle barev či velikosti. Již v útlém věku projevoval zájem o mechanické hračky, kdy podrobně zkoumal jejich funkci. Statické hračky či knihy ho prakticky nezajímaly, i když byly opakovaně nabízeny.

Během docházky do mateřské školy a cílenou prací rodičů se chlapec pozitivně rozvíjel a více se zapojoval do kolektivu dětí. Stále ovšem vyžadoval zvýšenou pozornost, zvláště pokud byla vyžadována aktivita, kterou chlapec v danou chvíli nepreferoval (například kresba, procházka po okolí MŠ atd.).

Chlapec je nyní stále velmi aktivní a u klidových činností je velmi nesoustředěný. Stále ho zajímají mechanické hračky, ptá se a zkoumá jejich funkčnost. Přetrvává řazení předmětů. V mateřské škole je velmi pečlivý na ukládání hraček na své místo.

Při hře využívá bujnou fantazii a verbální projevy (vydávání zvuků). Pozitivně reaguje na hudební podněty a rytmické cvičení.

11. Zařazení do běžné MŠ (inkluze)

Před nástupem do mateřské školy se na základě doporučených vyšetření snažila matka zajistit asistenta pedagoga. Zajištění asistenta pedagoga se jevilo jako vhodné i třídní učitelce mateřské školy, kam chlapec od září docházel. Matka proto kontaktovala pedagogicko-psychologickou poradnu s vyjádřením z mateřské školy. Než došlo k dalšímu jednání, byla mateřská škola dočasně uzavřena z důvodu epidemie Covid-19 a matka musela zůstat se synem v domácím prostředí. Chlapci se věnovala dle doporučení lékařů a klinického logopeda, přičemž logopedická terapie probíhala distanční formou. Ze strany pedagogicko-psychologické poradny proběhl pouze telefonát, že v době epidemie a uzavření mateřských škol není možnost zajištění asistenta pedagoga.

Díky individuálnímu přístupu celé rodiny udělal chlapec velké pokroky a při opětovném návratu do kolektivu mateřské školy byl stav učitelkami přehodnocen. Chlapec se více snažil přizpůsobit režimu třídy, velmi se rozvinuly jeho řečové dovednosti. Záchvaty vzteku byly minimalizovány, agrese téměř vymizela, přetrvává ale hyperaktivita a stereotypní projevy (například řazení skleniček po jídle, uklízení hraček dle jeho schématu a podobně). Chlapec

si stále hlídá svůj osobní prostor a negace projevuje pouze při jeho narušení. Hygienu zvládá samostatně s dohledem dospělé osoby, stravu jí stále pouze lžičkou, příbor řádně použít nevládne.

V současné době pedagožky v mateřské škole situaci zvládají bez pomoci specializovaného asistenta pedagoga a asistent pedagoga k chlapci zatím není mateřskou školou vyžadován. Po domluvě s rodiči nechávají pedagogové chlapci možnost se samostatně začlenit mezi ostatní děti ve třídě. Ovšem vzhledem k tomu, že příští rok chlapec vzhledem k věku započne v MŠ přípravu na nástup do základní školy a specializovaní lékaři asistenta pedagoga (spíše) doporučují, snaží se matka asistenta pedagoga zajistit alespoň na následující školní rok.

11.1 Popis inkluze

Jako inkluze se v pedagogickém pojetí označují takové interakce, které přispívají k utváření společenství, tj. k vytváření sítě pro podporu sebeurčující sociální účasti osob s postižením do aktivit ve všech společenských oblastech. (Bartoňová, Pipeková, 2011).

Realizace inkluzivního vzdělávání může mít různé formy. Při plánování a realizaci vzdělávacího procesu je třeba vycházet z konkrétního zjištění a popisu speciálně vzdělávacích potřeb a možností žáků. Inkluzivní vzdělávání závisí na konkrétní činnosti učitele ve třídě. Ta je ovlivněna jeho vzděláváním, zkušenostmi, očekáváním a přístupy, stejně jako faktory mimo školu. U žáků se zdravotním postižením a žáků nadaných se počítá se vzděláváním s pomocí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí využívání speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, poskytování pedagogických a psychologických služeb, souběžně působení dvou pedagogických pracovníků, zajištění asistenta pedagoga a poskytnutí individuální podpory při výuce. (Bartoňová, 2012).

11.2 Vnímání nástupu do MŠ samotným dítětem

Chlapec se několik týdnů po nástupu do mateřské školy choval velmi odtahitě, stranil se kolektivu, vyžadoval spíše samotu, byl nutný individuální přístup ze strany pedagogů. Po osvojení pravidelných činností (pravidelného režimu mateřské školy) tyto činnosti důsledně vyžadoval a v případě změny se choval výbušně. Stále trval problém s hyperaktivitou, zvláště při volné činnosti a vycházkách.

Věkově starší třídní učitelku přijal velmi dobře, respektoval ji a navázal s ní velmi dobrý vztah. Mladší učitelka si s chlapcem tolik nerozuměla, negativně reagoval na její tendence

na chlapci realizovat své nové studijní vědomosti. Po prvním roce odešla na rodičovskou dovolenou. Do třídy chlapce nastoupila zkušená pedagožka středního věku, která se chlapci přizpůsobila a pomohla mu lépe se začlenit do kolektivu. Tuto změnu pedagoga přijal chlapec velmi dobře a novou učitelku si oblíbil.

11.3 Postoj učitelů a vedení MŠ

Vedení mateřské školy (ředitelka) považovalo za velkou komplikaci nejen projevy dítěte, ale také jeho potravinovou alergii. Její vyjádření proběhlo ještě před nástupem dítěte do mateřské školy, aniž by chlapce znala osobně a dala mu jakoukoli možnost se adaptovat.

Po nástupu chlapce do kolektivu třídy svůj postoj částečně přehodnotila po konzultaci s třídními pedagogy, od kterých měla pravidelné zprávy o projevech dítěte. Třídní učitelky s rodiči navázaly spolupráci.

11.4 Názor zákonných zástupců dítěte

Rodiče projevovali zájem umístit syna v běžné mateřské škole i s pomocí asistenta pedagoga. Jeho začlenění mezi ostatní děti považovali za důležité, a to i z důvodu, že bydlí na malém městě. Rodiče byli ze začátku překvapeni odmítavým postojem ze strany mateřské školy. Nechtěli se však vzdát a snažili se najít vyhovující kompromis pro obě strany. Po navázání kontaktu s třídními pedagogy a vzájemném vyjasnění situace stran problémů dítěte byla spolupráce mnohem lepší. Rodiče nadále usilují o přidělení asistenta pedagoga pro svého syna, od čehož si slibují, že chlapce usměrní a napomůže dalšímu rozvoji.

Rodiče aktuálně, s ohledem na blížící se nástup do základní školy, požádali o odborný názor pedagogicko-psychologickou poradnu. Mateřská škola zatím k návštěvě poradny nedala podnět.

Závěr

Bakalářská práce v teoretické části zanalyzovala stav současného poznání o vývoji dítěte a vybraných vadách, s nimiž se autorka setkala u dítěte, jehož pozorování byla věnována praktická část (PAS, dysfázie, ADHD). Praktická část byla věnována možnostem a problémům zařazení dítěte s PAS, ADHD a vývojovou dysfázií do kolektivu běžné mateřské školy, a to v podobě studie. Shromážděny byly informace o těhotenství matky, porodu i vývoji dítěte až do předškolního věku. Zhodnocen byl vývoj dítěte, zařazení dítěte do kolektivu stejně starých dětí a posléze i do běžné mateřské školy, výsledky dosavadní péče specialistů a úsilí rodiny.

Díky všímavosti rodičů byla chlapci poskytnuta včasná odborná péče, čímž získal možnost se zařadit do běžného kolektivu a nadále zlepšovat. Rodiče se naučili, jak s chlapcem pracovat a předcházet atakům agrese. Nadále dodržují pravidelné kontroly odborníků, režim dítěte a s chlapcem cíleně pracují i v domácím prostředí. Celou situaci však negativně ovlivnila epidemie Covid-19, kdy byla chlapci a jeho rodině znemožněna docházka do mateřské školy a došlo k omezení péče odborných lékařů. Rodiče se nadále snaží, aby chlapec prožil „normální“ dětství a začlenil se do kolektivu intaktních jedinců. Přes veškerou snahu rodičů a doporučení odborníků a lékařů se nepodařilo zajistit asistenta pedagoga do třídy mateřské školy, kterou chlapce navštěvuje, a s ohledem na pokroky, které chlapec dělá, není v současné době ani možné asistenta pedagoga k chlapci do mateřské školy získat. Inkluze do mateřské školy proběhla ve spolupráci s třídními pedagogy a rodiči v rámci daných možností. Rodiče s chlapcem plánují návštěvu pedagogicko-psychologické poradny, neboť si nejsou jisti vhodností nástupu do základní školy. Asistenta pedagoga by uvítali především v předškolním či minimálně prvním ročníku základní školy, což bude pro dítě zcela nová situace. Obávají se zhoršení stavu kombinovaných poruch vzhledem k velkému počtu žáků ve třídách. Hoch je narozen na konci kalendářního měsíce října a možný odklad základní školní docházky tedy nepreferují. O speciální základní škole rodiče uvažují, ale toto zařízení se nachází ve velké vzdálenosti od místa bydliště. Obávají se rovněž, že vytržení chlapce ze zaběhlého kolektivu by chlapci spíše ublížilo a vývoj by stagnoval. Chlapec samotný se do základní školy těší.

Hlavním výstupem předložené analýzy je, že stěžejní pro začlenění dítěte s popsányi specifickými handicapami do běžné mateřské školy je vhodný přístup pedagogů k dítěti s omezeními, možnost přidělení asistenta pedagoga, podpora rodiny a odborníků v procesu začleňování. Rozhodující vliv na procesu inkluze má přístup a zapojení rodičů.

Seznam literatury

- BARTOŇOVÁ, Miroslava, Jarmila, PIPEKOVÁ, 2011. *Manuál pro pedagogickou praxi. Teorie a praxe*. Brno, MU 2011. ISBN 978-80-210-5497-4.
- BARTOŇOVÁ, Miroslava, 2012. *Specifické poruchy učení*. Paido, Brno, 2012. ISBN 978-80-7315-232-1.
- BAZALOVÁ, Barbora, 2012. *Poruchy autistického spektra v kontextu české psychopedie*. 2012. Brno, MSD, ISBN 978-80-210-5930-6.
- BENDO VÁ, Petra, Pavel, ZIKL, 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Grada Publishing Praha, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
- ČECHOVÁ, Věra, Alena, MELLANOVÁ, ROZSYPALOVÁ, Marie. 2004. *Speciální psychologie*. Národní centrum ošetrovatelství a lékařských zdravotnických oborů, Brno, 2004. ISBN 80-7013-386-4.
- KLENKOVÁ, Jiřina, 2006. *Logopedie*. 2006. Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-9088-6.
- KOLARČÍK, Lukáš, Václav, DEDEK, PTÁČEK, Michal, 2016. *Příručka pro sestry v oftalmologii*. Grada Publishing Praha. 2016. ISBN 978-80-271-9381-3.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana, Pavel, ŘÍČAN, 2006. *Dětská klinická psychologie 4.přepracované a doplněné vydání*. 2006. Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-1049.
- KROUPOVÁ, Kateřina a kol., 2016. *Slovník speciálněpedagogické terminologie*. Grada Publishing Praha 2016. ISBN 978-80-271-9344-8.
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2011. *Vývoj dětské řeči krok za krokem, 2. aktualizované a doplněné vydání*. 2011. Grada Publishing, 2006. ISBN 978-80-247-3080-6.
- KUTÁLKOVÁ, Dana, 2018. *Opožděný vývoj řeči Dysfázie*. 2018. Praha. Septima, s.r.o. ISBN 978-80-7216-349-6.
- LEJSKA, Mojmir, 2003. *Poruchy verbální komunikace a foniatrie*. 2003. Brno. ISBN: 80-7315-038-7.

- LUKÁŠ, Karel, Aleš, ŽÁK a kol., 2007. *Gastroenterologie a hepatologie učebnice. 2007.* Praha. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1787-6.
- MATĚJČEK, Zdeněk, 1994. *Co děti nejvíc potřebují.* 1994. Praha. Portál. ISBN 807-17-800-65.
- MIKULAJOVÁ, Marína, Iris, RAFAJDUSOVÁ, 1993. *Vývinová dysfázia: špecifický narušený vývin reči.* Bratislava. 1993. ISBN 8090044506.
- MÜLLER, Oldřich a kol., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice, 2. přepracované vydání.* Grada Publishing Praha 2014. ISBN 978-80-247-4172-7.
- NILSSON, Lennart, Lars, HAMBERGER, 2003. *Tajemství lidského života.* 1. české vyd. 2003. Praha. ISBN 80-7237-768-X.
- OPATRÍLOVÁ, Dagmar, 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.* Brno: Coprint. ISBN 978-80-210-3977-3.
- PIPEKOVÁ, Jarmila, 2006. *Kapitoly ze speciální pedagogiky.* 2006. Brno: Paido. ISBN 80-7315-120-0.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol., 2010. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III. Gynekologie a poradenství, onkologie, psychiatrie 2. doplněné vydání.* 2010. Olomouc: Grada Publishing. ISBN 978-80-244-2365-4.
- SOVÁK, Miloš, 1980. *Nárys speciální pedagogiky.* Praha: SPN, 1980. 234 s. ISBN 14-628-80.
- ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan, 2003. *Klinická logopedie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- ŠLAPAL, Radomír, 2007. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy.* Brno: Paido. 2007. ISBN 978-80-7315-160-7.
- ŠMELOVÁ, Eva, Michaela, PRAŠILOVÁ a kol. 2018. *Didaktika předškolního vzdělávání.* 2018 Praha: Portál, ISBN 978-80-262-1302-4.
- ŠPINAR, Jindřich, Ondřej LUDKA a kol. 2013. *Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí. 2. přepracované a doplněné vydání.* Grada Publishing Praha 2013. ISBN 978-80-247-4356-1.

ŠVESTKOVÁ Olga, Yvona, ANGEROVÁ, DRUGA, Rostislav, Jan, PFEIFFER, VOTAVA, Jiří, 2017. *Rehabilitace motoriky člověka, Fyziologie a léčebné postupy*. Grada Publishing Praha 2017. ISBN 978-80-271-9796-5.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, 2013. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 2013. Praha: Parta 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

12. Přílohy

12.1 Ukázka rozhovoru:

Já: Jak probíhalo těhotenství?

Matka: Těhotenství probíhalo v rámci možností standartně. Proběhly pravidelné kontroly. U jedné bylo zjištěno podezření na vývojovou vadu (viz lékařská zpráva).

Já: Stalo se něco zásadního u porodu?

Matka: Porod probíhal v porodnici spontánně ve 40+3 týdnu těhotenství. Při vypuzování hlavičky u mě došlo k velkému krvácení nad hlavičkou. Syna jsem porodila s pupečníkem kolem krku a já byla ihned převezena na operační sál k revizi porodních cest.

Já: Po porodu bylo vše v pořádku?

Matka: Ano bylo, chodili jsme na pravidelné dětské kontroly k pediatrovi.

Já: Kdy jste začala pozorovat, že syn se nechová standartně?

Matka: Když jsme začali navštěvovat dětskou skupinu, kterou jsem s kolegyní vedla.

12.2 Obrázky:



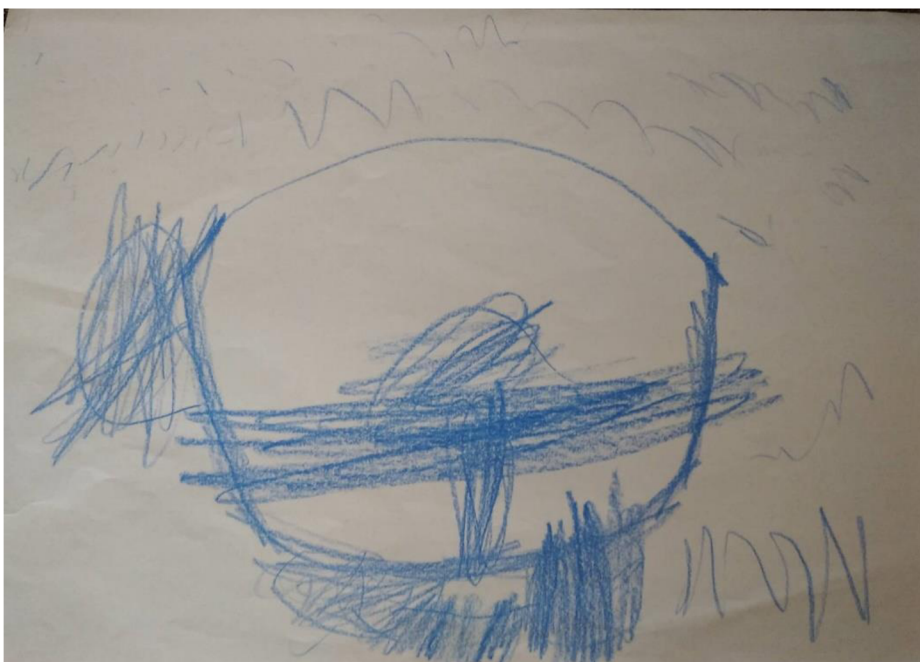
Zde chlapec maloval ohňostroj ve věku 5 let.



Pro srovnání - obrázek ohňostroje nakreslený stejně starým spolužákem.



Na tomto obrázku je vidět, že chlapec nerozlišuje obrysy omalováněk.



Na obrázku je vidět, že chlapec nezvládal ani kresbu hlavonožce.



Později již byl chlapec schopen namalovat „zloděje“ – na obrázku lze identifikovat nohy, oči a pokrok nastal i v použití více barev.