

Jiho-**eská univerzita v** **eských Bud-jovicích**

Zdravotn- **sociální fakulta**

**Problematika kortikálního po-kození zraku u d-
tí
p-
ed-kolního v-
ku**

bakalá-**ská práce**

Autor práce: Petra Hanzlíková

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: Mgr.et Mgr. Radka Prázdná, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2012

ABSTRAKT

Bakalářská práce se vnuje problematice kortikálního poškození zraku u dětí předškolního věku.

Cílem práce je názorně představit problematiku CVI u dětí předškolního věku, popsat specifické příznaky v předškolním vzdělávacím procesu u dětí s CVI a na základě kvalitativního postupu vypracovat doporučení k optimalizaci předškolního vzdělávání dětí s CVI.

Práce je rozdělena na část teoretickou, praktickou a přílohou. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol. První část se vnuje zrakové percepci, je zde popsáno samotné kortikální poškození zraku. Druhá část teoretické části se týká příznaků CVI. Třetí část pojednává o předškolní edukaci. Jsou zde zmíněna specifika vývoje dítěte v předškolním věku v oblastech motorického vývoje, kognitivních funkcí a dále systém předškolní edukace pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením.

Praktická část je zpracována kvalitativním postupem a obsahuje případové studie dvou dětí předškolního věku s CVI. Výzkumný terén tvořily tři mateřské školy v eských Budjovicích. Ke sběru dat byly použity techniky: pozorování, řízené rozhovory a analýza dokumentů. Dále jsou obsahem praktické části navržená doporučení k optimalizaci předškolní edukace dětí s CVI.

Bakalářskou práci je možné využít jako studijní materiál. V praxi může sloužit jako vzorová vazba pro optimalizaci předškolní edukace dětí s CVI v mateřských školách.

ABSTRACT

The bachelor thesis deals with cortical visual impairment of preschool children.

Goal of the thesis is to clearly introduce the CVI problematic of preschool children, describe specific approaches of preschool education process of children with CVI and based on qualitative method elaborate recommendations for optimalization of preschool education of children with CVI.

The work is divided into theoretical part, practical part and attachment. The theoretical part comprises of three main chapters. First essay focuses on visual perception and the cortical visual impairment is described here. Second essay of the theoretical part talks about affiliated CVI disablements. The third essay discusses the preschool education. Here are mentioned the development specifics of preschool children in the field of motoric development, cognitive functions and also system of preschool education for children with visual and combined handicap.

The practical part has been elaborated by qualitative method and it comprises of two fall studies of two preschool children with CVI. The research area for this study were three kindergartens in eské Bud jovice. Following techniques were used to collect data: observation, directed interview and document analysis. Part of the practical section are also recommendations for optimalization of preschool education of children with CVI.

The bachelor thesis can be used as a study material. Practically it can serve as feedback for optimalization of preschool education of children with CVI in kindergartens.

Prohlášení

Prohláuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohláuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to i v nezkrácené podobě i v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou i elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky kolektivu a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2012

.....

Petra Hanzlíková

Poděkování

Poděkování vedoucí mé práce Mgr. et Mgr. Radce Prázdny, Ph.D. za odborné vedení práce, cenné rady a připomínky. Poděkování také patří zaměstnancům mateřských škol, ve kterých probíhalo výzkumné ztření a rodinám, které dali souhlas se zpracováním osobních údajů svých dětí. V neposlední řadě děkuji své rodině za podporu během studia.

OBSAH

ÚVOD	8
1. ZRAKOVÁ PERCEPCE	10
1.1 Proces vidění.....	10
1.1.1 Funkce zrakového analyzátoru	10
1.2 Kortikální poškození zraku.....	11
1.2.1 Příznaky kortikálního poškození zraku	12
1.2.2 Diagnostika CVI	15
1.3 Klasifikace zrakového postižení	16
1.4 Reeducace a kompenzace zraku	18
2. PĚDŘUŠENÁ POSTIŽENÍ CVI	20
2.1 Mentální postižení.....	20
2.2 Tělesné postižení.....	21
2.3 Předřušené neurologické diagnózy	22
2.3.1 Epilepsie	22
2.3.2 Hydrocefalus	24
3. PEDAGOGICKÁ EDUKACE.....	26
3.1 Specifika vývoje dítěte s CVI v pedagogickém vku.....	26
3.1.1 Specifika motorického vývoje	26
3.1.2 Specifika kognitivních funkcí.....	28
3.2 Systém pedagogické edukace dítěte s zrakovým a kombinovaným postižením...30	
3.2.1 Hlavní vzdělávací proud.....	31
3.2.2 M TM pro dítěte s zrakovým a kombinovaným postižením	33
4. VÝZKUMNÉ METODY.....	34
4.1 Cíle práce	34
4.2 Technika sběru dat	34
4.2.1 Sledované kategorie	34
4.3 Popis výzkumného terénu.....	35
4.4 Realizace výzkumného -etění.....	36
4.5 Případové studie	36
4.6 Popis objektivního stavu.....	40

4.7	Shrnutí výsledk pozorování	44
5.	OPAT ENÍ K OPTIMALIZACI PEDAGOGICKOLNÍHO VZD LÁVÁNÍ.....	49
6.	DISKUZE	53
7.	ZÁV R.....	56
8.	SEZNAM POUÍITÝCH ZDROJ	58
9.	KLÍ OVÁ SLOVA.....	61
10.	SEZNAM P ÍLOH.....	62

ÚVOD

Ve své bakalářské práci se věnuji problematice kortikálního poškození zraku u dětí s poruchou učení. Problematika se týká zrakového postižení, ale pojí se s ním i postižení další a samostatně se vyskytuje jen zřídka. Jedná se tedy o poměrně vzácné postižení, které není ani příliš známé. Někdy se označuje zkratkou CVI, která pochází z anglického Cortical Visual Impairment. CVI je závažné postižení, nejedná se však o poruchu stavby nebo funkce oka, ale o poruchu mozku. Diagnostika CVI je velmi obtížná a vyžaduje zhodnocení mnoha věcí.

Cílem mé práce je názorně představit problematiku CVI u dětí s poruchou učení, popsat specifické příznaky v poruchovém vzdělávacím procesu u dětí s CVI a na základě kvalitativního postupu vypracovat doporučení k optimalizaci poruchového vzdělávání dětí s CVI.

Předložená bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou, praktickou a přílohou. Teoretická část se skládá ze tří hlavních kapitol. V první části se budu věnovat zrakové percepci, kde popíši samotné kortikální poškození zraku. Druhá část teoretické části se týká porušených postižení CVI. Mezi nejčastěji patří detská mozková obrna, mentální postižení a neurologické diagnózy. Poslední, třetí část, věnuji poruchové edukaci. Zmíním specifika vývoje dítěte v poruchovém vku v oblastech motorického vývoje, řeči a myšlení a dále systém poruchové edukace pro děti se zrakovým a kombinovaným postižením.

Praktická část je zpracována kvalitativním postupem a obsahuje případové studie dvou dětí s poruchou učení s CVI. Výzkumný terén tvořily tři mateřské školy v obcích Budjovících. Ke sběru dat byly použity následující techniky: pozorování, vedené rozhovory a analýza dokumentů. Dále jsou obsahem praktické části navržena doporučení k optimalizaci poruchové edukace dětí s CVI.

Bakalářská práce je využitelná v teorii i praxi. V teorii ji lze použít jako studijní materiál, v praxi může sloužit jako vzácná vazba pro mateřské školy i speciální

pedagogická centra. Ve vhodně upravené podobě je možné vytvořit materiál pro rodiče dříve s CVI.

1. ZRAKOVÁ PERCEPCE

První kapitola je věnována zrakovému vnímání. Popřibližně bude fyziologie procesu vidění, která je důležitá zejména při klasifikaci zrakového postižení, dále problematika samotného kortikálního postižení zraku a reedukace a kompenzace zraku.

1.1 Proces vidění

Podstatou vidění je vnímání světelných podnětů různé vlnové délky. Světlo, které vstupuje do oka, prochází soustavou předních tkání, které jsou označovány jako optická prostředí oka. Tato paprsky propouští a také lámou. Jedná se o rohovku, oční komorovou vodu, čočku a sklivce. Na sítnici vzniká obraz předmětu, který pozorujeme. V místě dopadu světla dochází k podráždění a vzniklý vzruch je přiveden zrakovou dráhou do zrakového centra v mozku (Pipeková 2006, s. 231).

1.1.1 Funkce zrakového analyzátoru

Kvalitu zrakového vnímání určují zrakové funkce. Nemusí být postiženy všechny a jejich porucha může dosahovat různé stupně (Vágnerová 2004, s. 196).

Jsou to (Pipeková 2006, s. 231):

- zraková ostrost,
- zorné pole,
- barvocit,
- adaptace,
- akomodace,
- binokulární vidění,
- citlivost na kontrast.

Nyní budou výše zmíněné zrakové funkce v krátkosti popsány.

Zraková ostrost (vizus) je nejdokonalejší v místě žluté skvrny sítnice. Vyšetření zrakové ostrosti se provádí na nástrojních tabulkách, tzv. optotypech. Normální

zrakovou ostrost označíme zlomky 5/5 nebo 6/6. V jmenovateli je uvedena vzdálenost od optotypu v metrech a ve jmenovateli vzdálenost, ze které daný ádek p e te zdravé oko. Káždé oko je vyšetováno zvlášt. Nevyšetované oko je zakryté. Běžná vyšetovací vzdálenost je 5 nebo 6 metrů (Pipeková 2006, s. 231-232).

Při pohledu na určité místo v prostoru vnímáme ještě široký prostor kolem, který nazýváme zorné pole. Toto tzv. periferní vidění slouží k prostorové orientaci (Pipeková 2006, s. 232).

Barvocit je schopnost našeho oka rozeznávat barvy. Ke vnímání barev slouží čípky, kterých je nejvíce nahromaděno v místě žluté skvrny. Schopnost rozlišovat barvy se mění směrem do periferie sítnice. Poruchy barvocitu mají za následek barvoslepost, která může být částečná nebo úplná (Pipeková 2006, s. 232).

Akomodace je schopnost oka vidět předměty ostře na různé vzdálenosti a adaptací označíme schopnost oka přizpůsobit se různé intenzitě světla (Pipeková 2006, s. 232).

Schopnost oka vidět obě strany předmětu, který pozorujeme, označíme jako jednoduché binokulární vidění. Toto vidění není vrozené, ale po narození se vyvíjí spolu s vývojem sítnice a žluté skvrny. Je tomu tak zejména do jednoho roku, do šesti let se pak upevňuje (Pipeková 2006, s. 232).

1.2 Kortikální porušení zraku

Kortikální porušení zraku řadíme mezi centrální poruchy. U CVI se nejedná o narušení stavby či funkce oka, ale jde o poruchu mozku (Steendman in Květoňová 2000, s. 26). CVI můžeme definovat jako poruchu, při které je zrak postižen více, než by se očekávalo dle výsledků oftalmologického vyšetření. Vzhledem ke složitosti systému zrakových drah a zpracování zrakové informace lze očekávat, že poruchy zrakové funkce budou u dětí s CVI velice rozmanité. Jiný obraz vznikne při postižení hlavní zrakové dráhy, která souvisí se získáváním informací, jiný zase při

postížení asociálních oblastí k ry i p i kombinovaném postížení (Kv to ová- TMvecová 2000, s. 26).

P í iny kortikálního po-kození mozku mohou být velmi r znorodé. Asi nej ast j-í p í inou je hypoxické nebo anoxické po-kození mozku. Hypoxické po-kození mozku vzniká v d sledku snížení p ísunu kyslíku do tkání, k anoxickému po-kození mozku dochází p i nedostate ném p ísunu kyslíku do tkání. Dal-í p í inou CVI m fle být n jaká vývojová vada mozku, poran ní hlavy, infekce centrálního nervového systému (nap . meningitida, encefalitida), nitrod lovní infekce a dal-í (Demchak, Rickard, Elquis 2003, s. 1).

Jak ufl bylo uvedeno v úvodu, CVI se p íli- asto nevyskytuje samo, ale je doprovázeno dal-ími diagnózami. Jedná se nap íklad o d tskou mozkovou obrnu, mentální postížení, epilepsii, hydrocefalus, mikrocefalie, poruchy sluchu i poruchy pam ti (Steendam 1989, s. 8).

1.2.1 P íznaky kortikálního po-kození zraku

Mezi hlavní p íznaky kortikálního po-kození zraku pat í (Steendam 1989, s. 9-14):

Prom nlivost zrakových funkcí

Prom nlivost vyuffívání zraku je asi nejnápadn j-ím p íznakem CVI. Zrak se zjevn m ní ze dne na den, n kdy i z hodiny na hodinu. Tyto zm ny jsou asto závislé na zm nách pozornosti. Kdyfl dít nevidí, co vid lo v era, m fle se nám zdát, fle se nás snaflí oklamat. Jeho zrakové schopnosti se v-ak opravdu mohou m nit. Na úrove zrakové pozornosti má vliv celá ada podmínek. Nap íklad p íli-hlu né prost edí m fle dít rozptylovat tak, fle ufl se nedovede soust edit na zpracování zrakových informací. Dít m fle být také zmateno, kdyfl je mu najednou nabízeno více aktivit. asto je t eba odstranit z dohledu hra ku, se kterou si dít hrálo, aby mohlo zam it pozornost na hra ku novou. Kdyfl je dít nemocné nebo unavené, bude asto na ur itou dobu i zhor-ené vyuffití zraku. Také léky mohou ovlivnit vyuffívání zraku.

Nedostatek zrakové pozornosti

Nedostatek zrakové pozornosti je asi druhým, nejvýznamnějším příznakem CVI. I velmi malý kojeneček se rozhlíží a sleduje věci, co se v jeho okolí děje. U dítěte s CVI však tyto vlastnosti nenajdeme. Například, když někdo projde kolem dítěte, dítě nereaguje. Abychom u něj vyvolali odpověď na zrakovou stimulaci, je často potřeba nejdříve upoutat pozornost k ukazovanému předmětu nějakým zvukem. U dítěte je patrná celkově malá snaha o prozkoumávání okolí. To může být způsobeno obtížemi při rozpoznávání předmětů i problémy při prostorovém vidění. Dítě také nemá dostatečně vyvinutou představu o prostoru a vzdálenostech.

Obeznaměnost s prostředí

Používání zrakových funkcí může výrazně ovlivnit předchozí zkušenost s prostředím nebo předmětem. Když dítě s tímto postižením vidí lépe ve vlastním bytě, než když jsou v cizím prostředí. Poznají svůj hrnek, ale nepoznají jiný. Někdy nepochopí funkci samotného předmětu, pokud ho nevidí ve správném kontextu, při použití.

Spontánní zraková aktivita

U dítěte s CVI nepozorujeme vrozenou přitažlivost zrakové stimulace. Proto by měly být požadované zrakové výkony krátké a intenzivní. Dítě by nemělo být příliš rozptylováno, aby se mohlo plně koncentrovat. Pro tyto děti není sdílení se s ostatními snadnou záležitostí. Stojí je to zpravidla značné úsilí, a proto bychom na děti měli klást jen realistické požadavky.

Autostimulace

Zraková autostimulace bývá vzácná. Poměrně často je upravené hledění do světla, a to hlavně u dětí, u kterých nebyl zjištěn žádný použitelný zrak. Zdají se být světle poměrně posedlé. Stále sledují stropní světlo i okno. Někdy můžeme toto upravené hledění do světla pozorovat také u dítěte s různým stupněm použitelného zraku. Nebývá to však časté.

Nevypadají jako slepci

Jednou z hlavních příčin, proč děti nevypadají jako slepé nebo zrakově postižené, jsou v t-ínou zcela plynulé pohyby očí. Pohyby očí jsou však v t-ínou bezcílné. I když v některých případech může dítě ztratit pozornost na nějaký předmět. Fotofobie, neboli zvýšená citlivost na světlo, je u CVI vzácná.

Odvracení pohledu

Některé děti šodvracejí pohled od lidí nebo předmětů. Není dosud přesně známo, proč to dělají. Podle jedné z teorií je dítě schopno poufívat v daný čas pouze jeden smysl. Zrakem předmět lokalizuje, ale k jeho uchopení poufíje propriocepci, vnímání pohybů vlastního těla.

Obraz- pozadí

Rozlišení obrazu a pozadí bývá pro děti s CVI často velmi obtížné. Je dobré umístit jeden předmět na jednoduché pozadí, které poskytuje dobrý kontrast. Je-li předmět více, je potřeba je umístit v dostatečné vzdálenosti od sebe.

Barvocit

Děti s CVI poznávají barvy snáze než tvary. Rozpoznávání barev je méně náročné na počet nervových buněk v kůře než rozpoznávání tvarů.

Pohyby

Typická je dále schopnost vidět pohybující se předměty snáze než předměty v klidu. Proto se tyto děti poměrně dobře orientují v prostoru a mají dobré pohybové schopnosti, ale tzv. šedavá zamstnání pro ně budou obtížná. Dalším problémem je to, že dítě vidí vzdálený předmět, ale nepozná ho.

Rozpoznávání obličeje

Na které děti nepoznají obličej, přestože danou osobu vidí. Aby osobu identifikovali, potřebují další údaje, například slyšet její hlas. Tato porucha není příliš častá.

Orientace a pohyblivost

Orientace dětí s CVI a jejich pohybové schopnosti jsou v této oblasti mnohem lepší, než by se očekávalo. Většina těchto dětí nevrátí do nábytku, stromů apod. Aniž by dítě vidělo, jaké předměty se blíží, jeho motorický systém dostane příkaz a dítě se předmětu vyhne.

1.2.2 Diagnostika CVI

Při diagnostice CVI je důležitá spolupráce oftalmologie a neurologie. Většina neurooftalmologických vyšetřovacích metod je v rukou oftalmologů. Mnohé z nich totiž vyžadují zvláštní vybavení, jež bývá součástí ordinace a dále velkou zkušenost v hodnocení nálezů, kterou by měl oftalmolog mít. U některých metod, jako je CT a EEG, potřebuje zase oftalmolog pomoc neurologa. Spolupráce těchto dvou oborů není vždy úplně jednoduchá, protože jeden obor nemusí být dostatečně informován o potřebách a možnostech druhého oboru (Otradovec 2003, s. 43).

Vyšetření oftalmologem se soustředí na stavbu oka a zakončení zrakového nervu. Jsou vyšetřovány zrakové reflexy, mezi které patří obranné mrknutí, fixace na světlo, pohyby očí a hlavy apod. Při vyšetřování se často užívá metoda, která je založena na sledování pozornosti, kterou dítě musí složit jím obrázkem. Následuje neurologické vyšetření za použití EEG, VER, CT, VEPM a MRI (Kvetošová 2000, s. 26).

EEG (elektroencefalogram) zaznamenává elektrické projevy pomocí elektrod, které jsou umístěny na hlavě. Mohou být umístěny nad celým povrchem mozku i jen ve vybraných místech. VER (vizuálně evokované odpovědi) jsou záznamy elektrické aktivity zrakové kůry pozorované při stimulaci záblesky světla namířeného do očí

pacienta. CT (pořadová tomografie) vytváří rentgenové obrazy struktury v podobě rovnoběžných řezů mozkovou tkání v pravidelných vzdálenostech. VEPM (mapování vizuálně evokovaných potenciálů) je další metodou, kdy jsou sledovány potenciály v určité oblasti mozku vyvolané světelnými záblesky nebo testovacími obrazy. Úroveň elektrické aktivity je zmapována s pomocí stupnice. To umožňuje srovnání aktivity různých oblastí mozku. MR (magnetická rezonance) zaznamenává rozdíly v hustotě různých tkání lidského těla (Steendam 1989, s. 16).

1.3 Klasifikace zrakového postížení

Zrakové postížení můžeme rozlišovat podle řady kritérií. Asi nejzákladnější je podle oftalmologického hlediska, kde hlavní roli hraje zraková ostrost. Při posuzování by ale neměla být zohledněna pouze tato kritéria, ale mělo by se přihlížet i k dalšími faktorům. Roli zde hraje i etiologie zrakového postížení, doba vzniku postížení, reparabilita postížení i další podmíněná postížení. Při klasifikaci zrakového postížení bychom tedy měli vycházet i ze speciálně pedagogických a psychologických hledisek (Ludíková in Renotierová 2006, s. 197).

Medicínská klasifikace zrakového postížení

Medicínská klasifikace vychází z rozsahu zachovaného zorného pole a zrakové ostrosti (Prázná 2009, s. 12). Světová zdravotnická organizace WHO uvádí klasifikaci zrakového postížení následovně :

střední slabozrakost- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18- minimum rovné nebo lepší než 6/60; 3/10- 1/10, kategorie zrakového postížení 1

silná slabozrakost- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60- minimum rovné nebo lepší než 3/60; 1/10- 10/20, kategorie zrakového postížení 2

totálně slabý zrak- a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60, minimum rovné nebo lepší než 1/60; 1/20- 10/50, kategorie zrakového postížení 3,
b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů , nebo jediného funkčního zdatného oka pod 45 stupňů

praktická slepota- zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 ať s tlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena, kategorie zrakového postižení 4

úplná slepota- ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty sv tlocitu ať po zachování sv tlocitu s chybnou sv telnou projekcí, kategorie zrakového postižení 5 [online], dostupné z: <http://www.sons.cz>.

Jiné dělení zrakového postižení

Dále máme zrakové postižení rozlišovat z hlediska doby vzniku na zrakové postižení vrozené a získané. Etiologické hledisko rozlišuje osoby se zrakovým postižením na jedince s orgánovou poruchou zraku a funkční poruchou zraku. Z pohledu délky trvání zrakového postižení rozlišujeme zrakové postižení krátkodobé (akutní), dlouhodobé (chronické) a opakující se, neboli recidivující (Ludíková 2006, s. 198).

Funkční klasifikace zrakového postižení

Velice významná je také funkční klasifikace zrakového postižení od Ley Hyvärinen. Tato klasifikace je zaměřena na aktivity jedince se zrakovým postižením. Diagnostikovány jsou například tyto oblasti: komunikace, orientace, pohyb. Hodnotí se také různé denní aktivity jako je například čtení a psaní. Jsou rozlišovány dva základní typy technik, kterými jsou tyto činnosti vykonávány. Jde o techniky nevizuální (bez zrakové kontroly), techniky s částečným zapojením zraku (ve spojení s dalšími podmínkami jako je světlo, kontrast apod.) a techniky plně zapojující zrakovou kontrolu (Prázdna 2009, s. 14).

Další model funkčního posuzování zraku pochází od Anne L. Corne. Tato klasifikace se brání pouhému funkčnímu posouzení zrakového vnímání, ale usiluje o zahrnutí všech faktorů, které mohou mít vliv na zrakové postižení. Anne L. Corne vypracovala tzv. *štrojdimenzionální model faktor funkčního vidění*.

1. dimenze vizuálních dovedností

Patí sem např. zraková ostrost, šířka zrakového pole, okulomotorika oka, zpracování světla a barev, funkce CNS.

2. dimenze vizuálních vnímáních podnetů

Patí sem např. vlastnosti sledovaných objektů, barva, kontrast, doba trvání působení podnetu, rychlost zpracování, osvětlení apod.

3. dimenze individuálních předpokladů

Patí sem např. kognitivní funkce, nabyté zkušenosti, naučené reakce a vzory chování apod. (Prázdna 2009, s. 14).

1.4 Reedukace a kompenzace zraku

Metodami reedukace a kompenzace zraku bychom měli nejprve pracovat rodiče. Speciální pedagog je vede a formou instruktáže, v rámci rané péče, jednotlivé postupy předvádí (Kvatošová-Mecová in Vítková 2004, s. 229).

Reedukaci v oftalmopedii bychom měli chápat jako proces zdokonalování zrakové percepce. Prvotním požadavkem je zintenzivnit vstupní signál. Vždy postupujeme od jednoduššího ke složitějšímu. Důležitá je také rozložená zrakového vnímání podnetu na malé kroky. Výjimkou tvoří nácvik zrakové ostrosti, který je vkládán do všech etap reedukace zraku. Zvyšují se tak nároky na zrakovou ostrost. Dalším požadavkem je cvičení zraku v souvislosti s vnímáním tvaru za pomoci hmatu. Centrální fixaci upevníme například kreslením na fólii. Důležitá je také prostorová orientace, kterou je dobré nacvičovat například lesní výchov s využitím pohybových a míčových her (Kvatošová-Mecová in Vítková 2004, s. 235).

Kompenzací zraku rozumíme rozvoj zbývajících smyslů a to sluchu, hmatu, čichu a chuti (Kvatošová-Mecová in Vítková 2004, s. 228).

U zdravého dítěte můžeme pozorovat sluchové vnímání ve druhém týdnu života, a to zejména chování při zintenzivnění zvuku. Ve druhém až třetím měsíci reaguje na tiché zvuky, například hlas matky. Ve třetím měsíci se dítě začíná otáčet na tu stranu, odkud přichází zvuk (Koch in Vítková 2004, s. 228).

Ve čtvrtém měsíci dítě reaguje na hlas, který mu je známý, úsměvem. Další vývoj sluchového vnímání je spojen s řečí (Přihoda in Vítková 2004, s. 228).

Metodika rozvoje sluchu vychází především z potřeby sluchových podnětů, zejména lidské řeči (Matějka in Vítková 2004, s. 228). Když se k dítěti skláníme a hovoříme k němu, vyvoláváme sluchové soustředění. Dobrým pomocníkem při rozvoji sluchu jsou také rolníky a ozvučené hračky (Kvetošová-Mecová in Vítková 2004, s. 228).

Mezi další kompenzační smysly přidáme kontaktní a kinestetické vnímání. Kontaktním smyslem je hmat. Nejdůležitějším orgánem hmatu v dětství je sliznice dutiny ústní, nebo dítě vkládá všechny hračky a předměty do úst a seznamuje se tak s mnoha vlastnostmi daného předmětu. Kinestetickým vnímáním rozumíme vnímání pomocí tělesných pohybů. Čich a chuť nejsou u dětí příliš rozvinuté. Zdokonalují se zkušeností (Kvetošová-Mecová in Vítková 2004, s. 229).

2. P IDRUŤENÁ POSTIŤENÍ CVI

Kortikální poškození zraku se velmi často pojí s dalšími postiženími. Níže jsou v krátkosti zmíněny nejčastější z nich.

2.1 Mentální postižení

Mentální postižení je dle Vágnerové *šouhrnné označení vrozeného postižení rozumových schopností, které se projeví neschopností porozumět svému okolí a v pořádané míře se mu přizpůsobit* (Vágnerová 2004, s. 289). Valenta a Müller zase definují mentální retardaci jako *švývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií* (Valenta, Müller 2003, s. 14). Dnes se používá jenom mentální retardace podle desáté revize Světové zdravotnické organizace (Vítková 2004, s. 296).

Rozlišíme 4 stupně mentální retardace:

Lehká mentální retardace

Jedinci s tímto stupněm postižení mívají hlavní obtíže v prvních letech povinné školní docházky. Jemná a hrubá motorika je lehce ovládnutelná, pozornost je nestálá nebo uplývavá, rozumová kapacita je snížená a myšlení je velmi konkrétní a nesamostatné. Vývoj řeči je ovládnutelný (Klenková in Vítková 2004, s. 298). V dospělosti mohou tyto lidé dosáhnout určité míry samostatnosti. Je možno je pracovními zařízeními, potřebují jen dohled a podporu (Vágnerová 2004, s. 302).

Středně těžká mentální retardace

Psychomotorický vývoj v raném věku je velmi ovládnutelný. Samostatnost v sebeobsluze je většinou jen částečná. Některé lidé potřebují pomoc po celý život. Rozvoj řeči a myšlení je také výrazně ovládnutelný a často přetrvává do dospělosti (Vítková 2004, s. 299). Slovní projev bývá chudý a gramaticky nesprávný. Chybí v něm

bylé konkrétní pojmy. Mohou vykonávat jednoduché pracovní činnosti, kde však není vyžadována přesnost a rychlost (Vágnerová 2004, s. 302).

Těžká mentální retardace

Lidé se stupněm těžké mentální retardace v dospělosti uvažují asi na úrovni batolete. Problémy jsou zejména i v oblasti řeči. Používají jen několik nepatrně artikulovaných výrazů. Někdy dokonce nemluví vůbec. Zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a plní několik pokynů. Často se jedná o postižení kombinovaná. Je zde závislost na péči druhých lidí (Vágnerová 2004, s. 302).

Hluboká mentální retardace

U hluboké mentální retardace je nutná trvalá péče i ve všech základních životních úkonech. Často bývá spojena s těžkým senzorytickým a motorickým postižením i neurologickou poruchou (Zvolský in Valenta, Müller 2003, s. 45). Poznávací schopnosti se téměř nerozvíjí, totéž platí o řeči. Lidé s hlubokou mentální retardací nanejvýš rozeznávají známé a neznámé podněty, na které reagují libostí i nelibostí (Vágnerová 2004, s. 302).

2.2 Těžké postižení

Mezi nejzávažnější těžké postižení, které se pojí s kortikálním poškozením mozku, patří bezesporu těžká mozková obrna.

Rozlišíme několik forem DMO a to podle typu hybného postižení. Základní členění DMO je na formy spastické a nespastické (Mápal in Jankovský 2006, s. 41).

Spastické DMO

Seznamíme formu diparetickou, neboli paraparetickou, kdy dochází k postižení zejména dolních končetin. Spastická diparéza je typická tím, že může vzniknout jen v důstředí, nejlépe za jiná chodit. Dále sem spadá forma hemiparetická. Jedná se o hemisferální postižení. Projevuje se postižením jedné poloviny těla. V těle bývá více postižená horní končetina. Pro kvadraparetickou formu je typické, že jsou postiženy

včetně ty i kon etiny. Každá kon etina může mít různý stupeň postižení (Jankovský 2006, s. 41).

Nespastické DMO

Mezi nespastické DMO patří forma hypotonická. Zde dominuje oslabení svalového tonu trupu i kon etin, a to centrálního původu. Typické jsou poruchy intelektu a epileptické záchvaty. Další formou je forma extrapyramidová, která se projevuje atetoidními dyskinézami (mimovolní krouživé pohyby), grimasováním a hadovitými hyperkinézami (zvýšená pohyblivost) hlavy, trupu i kon etin (Pfeiffer in Jankovský 2006, s. 42).

Léčba

Předpokladem efektivní léčby dítěte nejen s DMO, ale s každým druhem postižení, je včasná a kvalitní diagnostika. Na jejím základě potom mohou být realizovány příslušné terapeutické postupy. Medikamentózní léčba DMO je spíše doplňková a symptomatická a týká se spíše přidružených onemocnění než vlastní DMO (např. epilepsie). Ortopedické komplikace DMO mohou být korigovány ortopedickými léčebnými (chirurgickými) zásahy na svalech a šlachách a na kloubech a kostech. Velmi důležitá je i kvalitní pooperační rehabilitace. Cvičení je často vhodné doplnit účinnou aplikací technických prostředků - dlahy, ortézy, skoepiny atd. A dále nspecifickými metodami jako je např. polohování. Při léčbě dítěte s DMO nemůžeme opomenout ani psychoterapii a speciální pedagogickou péči. U dítěte s DMO je velmi důležitá logopedická péče (Jankovský 2006, s. 56).

2.3 Přidružené neurologické diagnózy

Velkou pozornost je potřeba vnovat také neurologickým diagnózám, které se pojí s CVI. Nejčastěji to bývá epilepsie a hydrocefalus.

2.3.1 Epilepsie

Výskyt epilepsie u dítěte s DMO uvádí různé studie značně odlišně a to od 15 do 55 %. V populaci se frekvence výskytu epilepsie pohybuje kolem 2-3 % . Tento rozdíl

ukazuje význam epilepsie jako komplikujícího faktoru u pacientů, kteří mají DMO (Kraus 2005, s. 129).

Pro epilepsii je typické opakování epileptických záchvatů. Jedná se o náhlé, vlnitě neovlivnitelné epizodické změny činnosti mozku. Zevně se projeví změnou jednání a chování. Obvykle bývají spojené s poruchou v domě. Příčinou je porucha rovnováhy mezi excitací a inhibičními mechanismy u určité skupiny neuronů. Následně dochází k abnormálním neuronálním výbojům v CNS, se stereotypní manifestací a často typickým EEG záznamem (Seidl, Obenberger 2004, s. 241).

Nyní budou níže v krátkosti charakterizovány základní druhy epileptických záchvatů.

Parciální (nebo také fokální, lokální) záchvaty začínají stereotypně v části jedné hemisféry a to většinou v mozkové kůře. Rozlišíme záchvaty jednoduché (simplexní) – bez poruchy v domě a komplexní – s poruchou v domě. Primárně generalizovaný záchvat je od samého začátku oboustranný. U části záchvatů nelze jejich začátek lokalizovat (Seidl, Obenberger 2004, s. 241- 242).

Diagnostika

Při DMO ve spojení s mimovolnými pohyby je diagnostikování epilepsie dosti obtížné. Děti s DMO nemívají pouze jeden typ záchvatu, ale epilepsie se u nich projevuje spíše různými typy. Jejich správná identifikace je důležitá pro volbu vhodné terapie. Neurofyziologická vyšetření zahrnují elektroencefalografii, která může pomoci při kategorizaci záchvatů, nebo diagnózu záchvatů nelze stanovit přímo. K zobrazení strukturálních lézí je vhodnější vyšetření magnetickou rezonancí, která ukáže tvar mozku a jeho strukturu a podhalí etiologii léze. Často také pomůže rozhodnout, zda by nebyla vhodná neurochirurgická léčba. Někdy však je i ke stanovení prognózy (Kraus 2005, s. 131).

Léčba

Léčba spočívá především v podávání antiepileptik. Pro volbu léku je důležitá identifikace typu záchvatu i druhu epilepsie. Další možností léčby je neurochirurgický zákrok. Ten se provádí zejména u pacientů s hemiparetickou formou DMO a devastující epilepsií (Kraus 2005, s. 132).

Děsivé sledky výskytu epilepsie při DMO

Děti s DMO mají obtíže s hybností. Při výskytu epilepsie se může hybnost dále zhoršovat. Děti s DMO a epilepsií mají často vztah kognitivní poruchy nejenom s pouze hybnými problémy. Děsivé sledky se projevují i v oblasti sociální. Děti s DMO a s postižením hybnosti vyvolávají pocity sympatií a snahu pomoci. Epilepsie naproti tomu vyvolává rizikem ztráty života (Kraus 2005, s. 133).

2.3.2 Hydrocefalus

Jde o stav hromadění tekutiny v likvorových prostorech, zejména v mozkových komorách. Základním principem vzniku je nerovnováha mezi novotvořením likvoru a jeho absorpcí. Dochází tak ke vzniku syndromu nitrolební hypertenze, který se u kojenců projevuje zvětšováním lebky, rozestupem švů, vyklenováním velké fontanely a nápadnou filní kresbou hlavičky (Nevěmalová, Růžička, Tichý 2002, s. 72).

Rozlišíme různé druhy hydrocefalu. V krátkosti budou blíže popsány asi nejznámější z nich. Hyporesorpní hydrocefalus vzniká ucpáním resorpních mechanismů. Například po meningitidách i po subarachnoidálním krvácení. Dalším druhem je obstrukční hydrocefalus, který může vzniknout útlakem na kterémkoli místě likvorových cest. Takto vzniká vnitřní hydrocefalus. Po zánětech i operacích zase může vzniknout zevní hydrocefalus. Dále může hydrocefalus dít na vrozený a získaný. Často se vyskytuje hydrocefalus získaný (například po zánětu i nádorovém procesu) nebo vrozený (Nevěmalová, Růžička, Tichý 2002, s. 72).

Terapie hydrocefalu

Cílem terapie je především snížení nitrolebečního tlaku do bezpečných, ale ne však normálních hodnot, nárůst objemu mozkové tkáně, minimalizace pravděpodobnosti komplikace terapie, uchování celistvosti likvorových cest a maximalizování schopnosti flivota bez závislosti na drenáži (Plas 2000, s. 45).

Rozlišíme dvě základní terapie. Konzervativní terapie spoívá v doasném podávání diuretik. Oekává se tak normalizace resorpce likvoru, zvlášt u nezralých dít s krvavým likvorem. Druhým typem terapie hydrocefalu je chirurgická terapie. Spoívá v léb dít i dospělých s hydrocefalem drenážními systémy s jednocestným ventilem umožujícím prtok moku podle zvoleného otevíracího tlaku ventilu. Cílem této terapie je optimalizace neurologických funkcí a také dobrý kosmetický efekt (Plas 2000, s. 46).

3. PEDAGOGICKÁ EDUKACE

3.1 Specifika vývoje dítěte s CVI v pedagogickém vku

Pedagogické období trvá od těchto let vku dítěte do jeho 6-7 let. Obecně konec této fáze není určen jen fyzickým vkem, ale především sociálně, nástupem dítěte do školy. Ten s vkem dítěte sice souvisí, ale může kolísat v rozmezí jednoho i více let (Vágnerová 2005, s. 173).

Š Zrakově postižené dítě je sice limitováno v mnoha dovednostech, avšak může se u něj dovednosti ve stejném vku jako zdravé děti (Keblová 2001, s. 22).

Ve těchto letech dítě se zrakovým postižením obvykle demonstruje zvykující se zájem o ostatní osoby, především ty a místa. Nedostatek zrakových zkušeností se snaží kompenzovat zbývajícími smysly, zejména hmatem a sluchem (Keblová 2001, s. 23).

3.1.1 Specifika motorického vývoje

Motorika hraje významnou roli ve výchově a vzdělávání dítěte. Úroveň motoriky souvisí s rozvojem vědomí, myšlení a také lateralit. U dětí se zrakovým postižením jsou v hybnosti odchylky, zejména u osob s vrozenou slepotou. V oblasti hrubé motoriky je jejich vývoj výrazně opožděný. Je tomu tak v důsledku absence zrakových vjemů a možnosti zprávné vazby. Úroveň motoriky se stanovuje podle vývojových norem, které určují pohybové výkony, jejichž je průměrné dítě schopné v jednotlivé věkové kategorii. Hrubá motorika je velmi úzce spojena s lokomocí. Lokomocí označujeme aktivní pohyb z místa na místo. V případě dětí nevidomých se jedná o nedostatečnou lokomoci, která může mít negativní důsledky i na rozvoj v jiných oblastech (Keblová 2001, s. 24).

Výcvik hrubé motoriky začíná u dítěte ve vku kojeneckém. Mnohé zrakově postižené děti nerady leží na bříšku a nerady zvedají v této poloze hlavu. Tato poloha je však pro další vývoj velmi důležitá, protože dítěti posiluje zádné a krční svaly. Proto by rodiče měli najít jakou vhodnou hru dítěti představit, aby leželo na bříšku. Zrakově

postífené dít také málokdy samo leze. M lo by být proto povzbuzováno k lezení a p evracení. Dít se zrakovým postífením zvládne samostatné posazení ve stejném v ku jako dít zdravé. Pot ebuje v-ak trochu více pomoci. Postaví se také ve stejném v ku jako dít zdravé, ale pot ebuje del-í dobu k tomu, aby se nau ilo chodit. Pro takto postífené d ti je nezbytn nutné zvládnutí správné ch ze. Bez správného vedení dít te mohou p etrvávat následující nedostatky. Dít si osvojí ch zi s vahou na patách, cestu vyhledává svýma nohama a následkem toho se p ední ást nohy nedostate n vyvíjí, dít také m fle mít ploché nohy. Je také d leflité získání jistoty p i pohybu. Proto je pot eba d tem dávat nejrozmanit j-í p íleflitosti k pohybu, aby dít m lo možnost p i hrách skákat a b hat a nau ilo se tak pohybovat rychleji a s v t-í jistotou (Keblová 2001, s. 24).

Pro správnou ch zi a orientaci v prostoru je d leflitý správný výb r obuvi pro dít se zrakovým postífením. Ta by m la být z materiálu, který netlumí zvuk krok . Zvuk krok se tak odráflí od p edm t , kolem kterých dít prochází, cofl mu pomáhá v lep-í orientaci (Keblová 2001, s. 24).

Dít se zrakovým postífením se nau í pom rn rychle vnímat ásti svého t la- své ruce, ramena, nohy a chodidla. Teprve potom se u í vztah m mezi t lem a prost edím- rozeznat pravou a levou stranu, rozpoznat sm r a umíst ní ve vztahu k vlastnímu t lu. Pro nás b flné pojmy jako švp eduõ, švzaduõ, šnaprotiõ nejsou pro dít se zrakovým postífením samoz ejmostí, ale rodi e ho to musí nau it. To v-e souvisí s t lesným vývojem a výchovou dít te. Protofle dít , které se cítí nejisté ve svém prost edí, má z n j podv dom také strach. Ten se následn odrazí v nezájmu o pohyb, ale i v nap tí, které se projeví zejména strnulými pohyby. Pro bezpečné zvládnutí mnoha t lesných úkol je d leflité zvládnout rovnováhu. Tu je pot eba udržovat hladkými, plynulými pohyby, ne v-ak rychlými a trhavými (Keblová 2001, s. 24).

Jemná motorika v sob zahrnuje pohyby malých svalových skupin. V t-ina autor tím rozumí p edev-ím motoriku ruky, jiní za azují i motoriku mluvidel, mimiku a gesta. Jemná motorika u d tí se zrakovým postífením nebývá po-kozena. Naopak, asto bývá na vy-í úrovni nefl u intaktní populace. Ale i p esto je pot eba ji adekvátn

rozdíjet. Lze ji chápat jako prostředek kompenzace vnímání hmatem. Velký význam pro zdárný vývoj jemné motoriky má ufl kojenecký v k. Kojenec by m l být v dom povzbuzován k pohyb m. M l by brát v ci do rukou, otá et hlavu, posadit se a postavit se (Keblová 2001, s. 25).

Dít vidící pozoruje své ruce jifl ve t etím a tvrtém m síci svého flivota. Hraje si se svými prsty a vyufflívá je, chce-li p edm t uchopit nebo pustit. Naopak dít zrakov postiflené, kterému chybí zrakové podn ty, neufflívá své ruce asto afl do v ku –esti, sedmi m síc . Proto je velmi d leflité, aby ho rodi e co nejd íve u ili hrát si s rukama, brát do nich p edm ty a pou-t t je. Jakmile se dít posadilo, je vhodné p ed n ho umístit hra ky a jiné zajímavé p edm ty, by je mohlo uchopit, pustit, ohmatat a vyhledávat je. Dít by m lo být seznámeno se v-emi p edm ty, které ufflívá. Prozkoumat jejich tvar, váhu apod. Je také d leflité, aby se dít se zrakovým postiflením podílelo na v-ech pohybech souvisejících s podáváním potravy. M lo by se dotýkat lahve ob ma rukama, vnímat pohyb lflice z talí e do úst (Keblová 2001, s. 25).

3.1.2 Specifika kognitivních funkcí

Poznávací procesy jsou u d tí se zrakovým postiflením v d sledku senzoričké deprivace zna n omezeny. Dít trpí men-ím p ívodem podn t , má mén zku-eností. Informace vizuálního charakteru mohou n kdy zcela chyb t. D sledkem je sníflení celkové aktiva ní úrovn dít te (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 12).

U d tí se zrakovým postiflením je pot eba rozvíjet pozornost, pam a my-lení, zejména prost ednictvím e i (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 13).

Z hlediska rozvoje pozornosti je velmi d leflitá její bd lost. Zrak je významným faktorem udržujícím p ipravenost pozornosti k p íjímání podn t . Proto jeho absence, nebo nízká úrove vizuální informace zp sobuje, fle i celková mozková innost je na nífl-í úrovni. Dít je ospalé, projevuje se u n ho nízký svalový tonus. Je tedy nutné nabízet dít ti jiné nefl zrakové podn ty, aby do-lo k jeho aktivaci. Tím také sniflujeme riziko výrazného opofld ní vývoje. Koncentrace pozornosti je velmi nutná p i v-ech

innostech, pokud je-t nejsou zautomatizovány. Nejd leflit j-í je v-ak v pr b hu poznávacího procesu (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 13).

Pam sehrává velmi d leflitou roli v praktickém flivot d tí se zrakovým postiflením. Tam, kde vidící lov k zkontroluje nap íklad rozmíst ní nábytku v místnosti, je dít zrakov postiflené odkázáno pouze na svoji pam . Jejím prost ednictvím si uchovává také adu r zných d leflitých informací (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 13).

Z hlediska rozvoje my-lení má omezené zrakové vnímání za následek nedostate nou smyslovou zku-enost. Tím je asto naru-ována diferenciace p edstav. Dít ti se musíme snaflit p íblíflit obsah jednotlivých pojm s vyufflitím v-ech moflností. D tem slabozrakým m flme p edkládat jednoduché obrázky, dostate n veliké, s výrazným obrysem, na kontrastním podkladu. U d tí bez vyufflitelného zbytku zraku nahrazujeme obrázky p edm ty. V obou p ípadech je d leflité v-e jednoduchými výrazy komentovat (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 13-14).

e má pro dít s t flkým postiflením zraku v t-í význam nefl pro dít zdravé. e má p edev-ím funkci komunika ní a kognitivní. V tomto smyslu m fl áste n nahrazovat chyb jící zrakové vnímání. Kvalita vjem , které jsou zprost edkovány touto cestou, závisí p edev-ím na schopnostech rodi , p ípadn dal-ích osob, se kterými je dít asto v kontaktu. Vfldy je pot eba p ízp sobit se vývojové úrovni dít te a volit výrazy, kterým je schopno porozum t í pojmy, které mu m flme p íblíflit. Musíme se v-ak také vyvarovat podce ování dít te a nebát se postupn zvy-ovat nároky na dít . To v-e proto, aby dít bylo motivováno k dostate né e ové aktivit (Kudelová, Kv to ová 1996, s. 14).

U d tí nevidomých m flme pozorovat typický symptom komunika ní schopnosti, kterým je verbalismus. O verbalismu hovo íme tehdy, pouflívá-li jedinec slova, u kterých nechápe p esn í v bec jejich smysl. Speciálními výukovými metodami je moflné dojít k postupné redukci verbalism . D leflité je konkretizovat slovník d tí a poskytovat jim dostate né mnoflství praktických zku-eností. Dát jim

možnost manipulovat s pedimenty. Je velice nutné zapojovat všechny smysly. U dětí s těžkým postižením zraku bývá dále narušené neverbální chování. Velice často jejich chování neodpovídá komunikační situaci. Děti neumí mimikou vyjádřit smutek, veselí. Objevují se také kývavé pohyby celým tělem, pohyby rukama a grimasy (Vítková 2004, s. 135-136).

Zraková vada má také vliv na socializaci dítěte. U dětí se zrakovým postižením se mohou projevovat odchylky od obvyklých projevů. V první řadě dítě ztrácí možnost učít se nápodobou, dále jde o nedostatek vizuálního kontaktu, který přispívá k mezilidské interakci dosti rušivě. Také při neverbální komunikaci se vyskytují více a méně nápadné rozdíly. Příčinou je opět nedostatečná možnost vizuální kontroly a přejímání vzorů (Kudelová, Květoňová 1996, s. 14).

3.2 Systém předškolní edukace dětí se zrakovým a kombinovaným postižením

Po dosažení tří let může být dítě se zrakovým i kombinovaným postižením zařazeno do institucionální formy předškolního vzdělávání. Předškolní vzdělávání není v České republice povinné. Přednostní institucionálního předškolního vzdělávání je odborné vedení dítěte. Dítě zde získává sociální zkušenosti, základní poznatky o životě kolem sebe a první podmínky pro pokračující vzdělávání (Ludíková in Renotierová 2006, s. 152).

U dětí s postižením jde zejména o pomoc při vyrovnávání rozdílů a při zlepšování jejich vzdělávacích výsledků. V případech, kdy je dítě s postižením zařazeno do tzv. běžné mateřské školy, měla by tato škola spolupracovat s příslušným speciálním pedagogickým centrem (Ludíková in Renotierová 2006, s. 152).

Každé dítě s postižením by mělo být v rámci předškolního vzdělávání vedeno prostřednictvím individuálního programu, na jehož tvorbě, realizaci a pravidelném hodnocení by se mělo podílet celý tým odborníků. Zapojit by se měli také rodiče dítěte (Ludíková in Renotierová 2006, s. 152).

System p ed-kolní edukace d tí s jakýmkoli druhem postífení vychází p edev-ím ze Zákona . 561/2004 Sb., o p ed-kolním, základním, st edním, vy-ím odborném a jiném vzd lávání (-kolský zákon) a z Vyhlá-ky . 73/2005 Sb., o vzd lávání d tí, flák a student se speciálními vzd lávacími pot ebami a d tí, flák a student mimo ádn nadaných v platném zn ní vyhlá-ky . 147/2011 Sb. Dále nelze v souvislosti s p ed-kolní edukací opomenout Vyhlá-ku . 14/2005 Sb., o p ed-kolním vzd lávání.

Vzd lávání d tí s postífením se, dle Vyhlá-ky . 73/2005 Sb. v platném zn ní vyhlá-ky . 147/2011 Sb., uskute uje s pomocí podp rných opat ení. *šPodp rnými opat eními p i speciálním vzd lávání se pro ú ely této vyhlá-ky rozumí využití speciálních metod, postup , forem a prost edk vzd lávání, kompenza ních, rehabilita ních a u ebních pom cek, speciálních u ebnic a didaktických materiál , za azení p edm t speciáln pedagogické pé e, poskytování pedagogicko-psychologických slufleb, zaji-t ní slufleb asistenta pedagoga, snífení po tu flák ve t íd , odd lení nebo studijní skupin nebo jiná úprava organizace vzd lávání zohled ující speciální vzd lávací pot eby flákaõ.*

Dále je dle Vyhlá-ky . 73/2005 Sb. v platném zn ní vyhlá-ky . 147/2011 Sb. vzd lávání d tí se zdravotním postífením zaji-ováno formou individuální integrace, formou skupinové integrace, ve speciální -kole, i kombinací vý-e uvedených forem.

3.2.1 Hlavní vzd lávací proud

RVP PV podporuje integraci d tí v-ude tam, kde je to vzhledem k druhu a mí e postífení moflné, resp. kde lze vytvo it a zajistit pot ebné podmínky. Integrace d tí do b flné mate ské -koly znamená p edev-ím p iblífení se normálnímu prost edí a oslabení ur ité izolace dít te i jeho p ípadného vylu ování ze spole nosti vrstevník . To v-e bezpochyby usnad uje osobnostní a sociální rozvoj dít te (RVP PV 2004).

Základní p ednostní vzd lávání d tí se zrakovým postífením v b flných mate ských -kolách je to, fle dít ti je umofln no vyr stat jako sou ást rodiny a celého

nejbližšího sociálního prostředí, což je podmínkou pro zdravý vývoj dítěte (Tymko, J. - Tymko, M. in Lechta 2010, s. 201).

Integrace dítěte do podmínek běžných mateřských škol má vedle pozitiv i některá rizika. Základním předpokladem toho, aby byla tato rizika vyloučena, popř. maximálně snížena, je stanovit, co v kterém konkrétním případě dítěte představují a jaké z nich vyplývají nároky na práci pedagogů. Dále je třeba vytvořit v prostředí mateřské školy vhodné podmínky pro vzdělávání dítěte s postižením (RVP PV 2004).

Při vzdělávání v běžné mateřské škole je také třeba dbát na potřeby dítěte i případně i individuálního programu. Ten je třeba co do obsahu i prostředí jednotlivců i skupin dítěte vhodně upravit. V případě potřeby je nutné sestavit pro jednotlivé děti individuální vzdělávací programy, které jejich vzdělávacím potřebám, fyzickým i psychickým možnostem i sociální situaci maximálně vyhoví (RVP PV 2004).

Vyhláška č. 73/2005 Sb. v platném znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. stanovuje *individuální vzdělávací plán šv p ípad pot eby p edev-ím pro individuáln integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, p ípadn také pro žáka skupinov integrovaného nebo pro žáka speciální školy. Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu p íslu-né školy, záv r speciáln pedagogického vy-et ení, pop ípad doporu ení registrujícího praktického léka e pro d ti a dorost nebo odborného léka e nebo dal-ího odborníka, a vyjád ení zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zaji-t ní speciálních vzdělávacích pot eb žáka. Individuální vzdělávací plán je sou ástí dokumentace žáka.*

editel školy může také zřídit funkci asistenta pedagoga, který by měl zabezpečit individuální péči dítěte v případech, kdy se u dítěte nemůže dítě se zrakovým postižením aktivně individuálně novat (Jozef Tymko- Marián Tymko in Lechta 2010, s. 200).

Vyhlá-ka . 73/2005 Sb. v platném zn ní vyhlá-ky . 147/2011 Sb. definuje innosti asistenta pedagoga takto: *š hlavními innostmi asistenta pedagoga jsou pomoc flák m p i p izp sobení se -kolnímu prost edí, pomoc pedagogickým pracovník m -koly p i výchovné a vzd lávací innosti, pomoc p i komunikaci se fláky, p i spolupráci se zákonnými zástupci flák a komunitou, ze které flák pochází.*

3.2.2 MTMpro d tí se zrakovým a kombinovaným postífením

š Speciální vzd lávání se poskytuje flák m, u kterých byly speciální vzd lávací pot eby zji-ť ny na základ speciáln pedagogického, pop ípad psychologického vy-et ení -kolským poradenským za ízením a jejich rozsah a závařnost je d vodem k za azení flák do režimu speciálního vzd lávání (Vyhlá-ka . 73/2005 Sb., o vzd lávání d tí, flák a student se speciálními vzd lávacími pot ebami a d tí, flák a student mimo ádn nadaných v platném zn ní Vyhlá-ky . 147/2011 Sb.).

š Rámcové cíle a zám ry p ed-kolního vzd lávání jsou pro vzd lávání v-ech d tí spole né. P i vzd lávání d tí se speciálními vzd lávacími pot ebami je t eba jejich napl ování p izp sobovat tak, aby maximáln vyhov lo d tem, jejich pot ebám i mofnostem. Snahou pedagog by - stejn jako ve vzd lávání d tí, které speciální vzd lávací pot eby nemají ó m lo být vytvo ení optimálních podmínek k rozvoji osobnosti kařdého dít e, k u ení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co nejl t-í samostatnosti (RVP PV 2004).

P ednostní vzd lávání dít e se zrakovým i kombinovaným postífením ve speciální mate ské -kole je, fle se jim v nují speciální pedagogové, kte í ovládají speciáln pedagogické eduka ní metody. Speciální mate ská -kola má také lep-í p edpoklady pro vybavení speciálními za ízeními a pom ckami. Naopak nevýhodou speciálních mate ských -kol je, fle se dít srovnává pouze se stejn postífenými d tmi, cofil m fle sniflovat jeho motivaci pro dosaření maximálních mofných výkon a zabrzdit proces kompenzace, resp. vyuffívání celého psychického potenciálu dít e (Pofár in Lechta 2010, s. 201).

4. VÝZKUMNÉ METENÍ

Úvodem je potřeba uvést, že součástí podkladu pro vypracování bakalářské práce jsou zarchivované informované souhlasy zákonných zástupců respondentů (viz příloha 1- plně znění nevyplněného informovaného souhlasu). Z důvodu zachování anonymity nebudou dány do příloh. Jména samotných respondentů jsou zmaskována. První respondent je pro účely bakalářské práce pojmenován Petr, druhý Pavel. Anamnestické údaje jsou uvedeny v kapitole 4.5.

4.1 Cíle práce

Cílem mé práce je názorně představit problematiku CVI u dětí předškolního věku, popsat specifické příznaky v předškolním vzdělávacím procesu u dětí s CVI a vypracovat doporučení k optimalizaci předškolního vzdělávání dětí s CVI.

4.2 Technika sběru dat

V souladu s definovaným cílem byl pro zpracování praktické části bakalářské práce použit kvalitativní postup. Pro sběr kvalitativních dat byly použity tyto techniky: pozorování (viz příloha 2- záznamový arch pro pozorování), řízené rozhovory se zákonnými zástupci respondentů (viz příloha 3- záznamový arch vypracovaný pro vedení rozhovoru), analýza dokumentů.

4.2.1 Sledované kategorie

Kategorie vymezené pro techniku pozorování byly stanoveny dle standardních sledovaných oblastí vývojové psychologie.

- Jemná motorika,
- hrubá motorika,
- kognitivní funkce,
- sebeobsluha,

- socializace,
- oblast reedukace a kompenzace.

4.3 Popis výzkumného terénu

Výzkumný terén tvoří tři mateřské školy v českých Budjovicích. Mateřská škola pro zrakově postižené, Mateřská škola speciální při centru Světluška a Mateřská škola pro tělesně postižené při centru Arpida, o. p. s. V krátkosti zmíněvané mateřské školy představím. Informace byly použity z internetových zdrojů mateřských škol a školních vzdělávacích programů zmíněných institucí.

Mateřská škola speciální při centru Světluška v českých Budjovicích

Mateřská škola speciální, kterou navštěvuje Petr, je součástí Centra pro osoby se zdravotním postižením Světluška v českých Budjovicích. Zahájila svoji činnost v září roku 2009. Kapacita školy je 1 třída, kterou v současnosti navštěvuje 6 dětí. Cílovou skupinou jsou děti se středně těžkým a těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením. V mateřské škole je využívána sada speciálních pedagogických postupů, prvků alternativní komunikace a bazální stimulace. Součástí vzdělávání jsou i další terapie – canisterapie, hipoterapie, ornitoterapie, hudba s prvky muzikoterapie, fyzioterapie [online], dostupné z: <http://www.svetluska.info>.

Mateřská škola pro zrakově postižené v českých Budjovicích

Mateřskou školu pro zrakově postižené navštěvoval Pavel ve školním roce 2011/2012 od září do prosince. Škola má sídlo v Zachariášově ulici v českých Budjovicích. Dětmi je poskytována rehabilitační, výchovně vzdělávací a speciální péče. Do mateřské školy jsou zařazovány děti na doporučení o něho lékaře a psychologa [online], dostupné z: www.mscb.unas.cz.

Mateřská škola pro tělesně postižené při centru Arpida, o. p. s.

Mateřská škola, kterou založil Pavel od ledna navštěvovat, je součástí Centra pro rehabilitaci osob se zdravotním postižením Arpida, o. p. s. v českých Budjovicích. Je

ur ena pro d t i s t lesným a kombinovaným postiflením, zpravidla od t í do sedmi let v ku. Má kapacitu 24 d t í. S d tmi je pracováno zpravidla ve dvou t ídách. V sou asné dob nav-t vuje mate skou -kolu 22 d t í. V každé t íd je d t í 11. D t i jsou do t íd rozd leny podle druhu postiflení, aby mohl být zaji-t n plynulý chod t ídy. Ve -kole pracují 4 u itelky. D tem je v nována komplexní koordinovaná pé e v duchu uceleného systému rehabilitace. Jsou realizovány nejen prost edky pedagogické, ale také sociální. Velký d raz je kladen také na lé ebné prost edky- ergoterapie, hydroterapie, lé ebná t lesná výchova atd. [online], dostupné z: <http://www.arpida.cz/>.

4.4 Realizace výzkumného -et ení

Data pro realizaci praktické ásti bakalá ské práce byla sbírána od íjna 2011 do února 2012. Shromafli ování t chto dat probíhalo pravidelnou náv-t vou Mate ské -koly speciální p i centru Sv tlu-ka v eských Bud jovicích, Mate ské -koly pro zrakov postiflené v eských Bud jovicích a pozd ji Mate ské -koly pro t lesn postiflené p i centru Arpida, o. p. s. Každá z vý-e zmín ných -kol byla nav-t vována pravideln jeden den v týdnu. Od ledna 2012 jífl nebyla nav-t vována Mate ská -kola pro zrakov postiflené, ale Mate ská -kola pro t lesn postiflené p i centru Arpida, o. p. s. D vodem byla skute nost, fl respondent Pavel zm nil b hem -kolního roku 2011/2012 mate skou -kolu.

Sesbíraná data slouffí k vypracování dvou p ípadových studií a následnému zpracování doporu ení k optimalizaci p ed-kolního vzd lávání d t í s CVI.

4.5 P ípadové studie

Respondent Petr

Petr se narodil v roce 2007.

Diagnostika

Petr má diagnostikovanou d tskou mozkovou obrnu- kvadruparetickou, hypotonickou formu, s tím spojenou mentální retardaci, dále kortikální po-kození zraku,

krátkozrakost, slabozrakost. Je u n ho i po-kozen sluch- nesly-í na levé ucho. Dále epilepsie, hydrocefalus. Petr má také poruchu imunity.

Petrovy epileptické záchvaty p es den vypadají jako úlekové reakce, kdy Petr bez zjevné p í iny ne ekan rozhodí ruce, propne se, sto í o i i hlavu doleva a po n kolika vte inách nap tí v t le poleví a Petr se vrací ke svému b fnému zp sobu chování. Po et záchvat p es den je kolem deseti, n kdy více, n kdy mén . Nijak se jim nedá p edcházet, nic je neovliv uje (nap . záblesk sv tla, únava). V noci, obvykle kolem druhé nebo t etí hodiny, Petra cca obden budí série záchvat - více úlekových reakcí najednou. Jedná se o zá-kuby trvajcí 2-3 minuty. Zhruba jednou do m síce bývají zá-kuby razantn j-í a agresivní. Tehdy je pot eba aplikovat rektáln diazepam, který do dvou minut zabírá a Petr se zklidní.

Postifení vzniklo asi ve 14 dnech flivota jako následek prod lané novorozenecké infekce. Diagnostika prob hla na neonatologickém odd lení v eských Bud jovicích, pozd ji na D tské klinice v eských Bud jovicích. Diagnostika v-ech onemocn ní m la dlouhodobý pr b h. Asi do dvou let Petrova v ku rodi e v d li o v-ech diagnózách a postifení.

Výsledky o ního vy-et ení ve t ech letech a devíti m sících

Petr st ídav po mírné prodlev fixuje jedním nebo druhým okem, nedokáfle se dívat binokulárn (fixovat ob ma o ima najednou). Schopnosti obou o í jsou rovnocenné, ani jedno oko se nezhor-uje. Je pot eba podporovat zrak st ídavou okluzí na ob o i. Zrakovou ostrost má Petr pod normou (pro d ti od 3 let) a tento rozdíl se dále prohlubuje s vy-ím v kem. Petr má poruchu vnímání pohybujících se p edm t a t flkou centrální poruchu zraku s výpadem zorného pole vlevo u obou o í. Nyní nosí Petr brýle na blízko, na ob o i 2,5 dioptrie. O ní nervy a o ní pozadí má Petr v po ádku.

Rodinná anamnesa

Petr pochází z úplné rodiny. Matka se narodila roku 1978. Má střední ekonomické vzdělání s maturitou a pracuje v úřadu. Otec se narodil také roku 1978. Má vystudované dvě střední školy s maturitou a nyní pracuje u Policie ČR. Petr má jednu sestru, která se narodila roku 2004 a nyní navštěvuje 2. třídu ZŠ. Má diagnostikovanou Alopecii totalis. Petr má také prarodiče, kteří ho hlídají jen velmi zřídka. Výchova v rodině je poměrně benevolentní, ale s nastolením dohodnutých pravidel a hranic. Dále lze mluvit o výchově ochranné.

Osobní anamnesa

Porod proběhl ve 40. týdnu těhotenství. Byl vyvolaný, veden přirozenou cestou. Bez komplikací. Váha při narození činila 3,25 kg, míra 48 cm. Po porodu žádné komplikace nenastaly. 14 dní po porodu byla zjištěna masivní novorozenecká meningoencefalitida, následně masivní hydrocefalus. Následovala několikrát hospitalizace. Do Petrova prvního roku proběhly 4 operace hlavy. Byl zaveden rezervoár Integra, dále V-P shunt, který musel být z důvodu infekce reimplantován a následně byl zaveden znovu.

Lateralita je výhradně pravostranná.

Vývoj motoriky

Dodnes Petr neudrží hlavu, poufívá pouze pravou rukou a to velmi nekoordinovaně, zhruba od středního měsíce. Asi od tří let se občas otočí přes levý bok, ale zpět už to nedokáže. Nesedí, neleze.

Komunikace

Rodiče s Petrem komunikují mluveným slovem. On reaguje na intonaci hlasu, jinak nedává najevo, že by rozuměl mluvenému slovu. Nereaguje na slova – jíst, pít, koupat. Ale zřejmě tato slova rozumí. Radostně reaguje na slova – šikula, chce – pochovat. Petr nedává najevo, že má hlad, flízne nebo že je mu zima. Pouze v úsměvu dává najevo

nepohodlí. Petr miluje zpívání, fyzický kontakt, jakoukoli činnost a zábavu a především společnost.

Terapie

Dříve rodiče s Petrem hodně cvičili Vojtovu metodu, reflexní masáže plosky nohy, akupresuru, zraková a smyslová cvičení. Dnes už si spíše vybírají pouze to, co je i Petra baví, ubrali na intenzitě.

Budoucnost

Od 5 let v budoucnu bude Petr navštěvovat příslušný stupeň Základní školy speciální v Jindřichově Hradci.

Respondent Pavel

Pavel se narodil roku 2007.

Diagnostika

Postižení vzniklo po prodělaném herpetickém zánětu mozku v 11 měsících v ku Pavla. Dle magnetické rezonance by mělo být postižení pouze v oblasti očí. Jiné postižení mozku zjištěno nebylo. Diagnostika proběhla hned po onemocnění. Současná diagnóza nebyla do současnosti přesně stanovena.

Rodinná anamnesa

Pavel pochází z úplné rodiny. Matka se narodila roku 1975, má střední vzdělání s maturitou. Po maturitě studovala státní jazykovou školu. Pracuje jako učednice. Otec se narodil roku 1976, má střední vzdělání s maturitou a pracuje jako obchodní manažer. Pavel má jednu sestru, která se narodila roku 2001 a v současné době navštěvuje základní školu. Nemá žádné postižení. Pavel má také prarodiče. Dle potřeby hlídá Pavla jedna babička, několikrát týdně ho vyzvedává z mateřské školy. Výchova je benevolentní a ochranná. V rodině nebyla zaznamenána žádná dědičná onemocnění.

Osobní anamnesa

Porod prob hl ve 38. týdnu, císařským ezem. Pavlova váha p i narození inila 3, 40 kg, míra 51 cm. žádné komplikace po porodu nenastaly. V 11 m sících prod lal Pavel herpetický zán t mozku. Operaci fládnou nepodstoupil.

Lateralita je pravostranná.

Vývoj motoriky

Vývoj motoriky probíhal v norm .

Komunikace

Rodi e komunikují s Pavlem slovn . Rozumí, co po nich chce. A zdá se, fle Pavel také rozumí základním pokyn m. Vřdy v-ak neud lá v-e, co po n m rodi e cht jí. Ud lá pouze to, co ho baví a zajímá. Pouřívá jednoduché výrazy typu: máma, táta, teta, babi, ham, hají apod.

Budoucnost

Rodi e zatím neví, kam bude Pavel po dokon ení p ed-kolního vzd lávání docházet. V-e závisí na dal-ím vývoji.

4.6 Popis objektivního stavu

Respondent Petr

Petr nav-t vuje jeden den v týdnu Mate skou -kolu speciální p i centru Sv tlu-ka v eských Bud jovicích. U Petra byla zavedena p edm tová komunikace, která mu umofl uje lep-í orientaci b hem celého dne v mate ské -kole. Petr by si tak m l uv domit, která innost bude následovat. Pro lep-í p edstavu uvedu n které p íklady. P edm t hrnek symbolizuje sva inu, -átek p edstavuje rituál, lříce p edstavuje ob d a ply-ový medv d napovídá, fle bude následovat procházka.

U Petra je dále d leřité podporovat zrakovou, chu ovou a hmatovou stimulaci. Tyto stimulae se kařdý týden st ídají. Chu ová stimulae probíhá následovn . Do

gázovinového tverce se umístí kousek potravin (sladké, slané apod.), vytvoří se šušlí ekō, který se sváfle nití a následně je namořen do jakékoliv tekutiny. Pro Petra je třeba vždy přichystat tekutinu teplou. Poté, co je vložen Petrovi do úst, snaží se šušlí ekō vydolovat a přitom dělá kousavé pohyby.

Při práci s Petrem je snaha pasivně zapojovat levou ruku. Pracuje se v konceptu bazální stimulace. Nově Petr například v rámci bazální stimulace dochází na houpání v síti. Zhruba jednou za čtrnáct dní probíhá canisterapie.

Petrovi byl na školní rok 2011/2012 vypracován individuální plán, který má tyto body.

- 1) Petr chce ležet u pejska (canisterapie).
- 2) Petr chce sahat na věci kolem sebe a cucat je, zkoumat je, osahat si prsty.
- 3) Petr nechce, aby na něj někdo sahal studenými rukama.
- 4) Petr chce občas ležet na boku a bříčku.

Petr také v mateřské škole každý týden dochází na cvičení s fyzioterapeutem. Jsou využívány tyto metody: terapie podle Vojty, Bowenova masáže a míčování.

Petrova rodina využívá služeb Rané péče v českých Budjovicích, kterou velice vyzdvihuje. Právě zde se dozvěděli nejvíce informací. Jak říkají, ze začátku byli na rané péči plně závislí, pracovníci rané péče byly jediné, které jim poradily. Pomohly také v utváření vztahu mezi rodiči, Petrem a brátráky. Samozřejmě se rodiče seznámili s ostatními rodinami a získali tak nové přátele. Postupně rodiče vedou k samostatnosti, aby ať ranou péči v sedmi letech opustí, byli připraveni. Ranou péči i já velmi doporučuji, protože je poskytována dětem od nejtěplejší věku. Rodiče se zde mohou naučit, jak o své dítě pečovat od raného věku. Informace je možné získat také od pedagoga v mateřské škole i dalších odborníků z institucí, do kterých dítě dochází. Ovšem mateřská škola je navštěvována nejdříve od tří let věku. Do té doby může pomoci právě raná péče. Její role je tak pro rodiny dítě s postižením nezastupitelná.

Denní program v MTM speciální péči centru Světlu-ka v českých Budjovicích

Petr navštěvuje mateřskou školu speciální pouze v úterý a má tam následující denní režim. Otec ho přivádí kolem osmé hodiny. S pomocí paní učitelky ho uloží na koberec, podloží mu nohy, aby se mu leželo pohodlně. V 8:00 začíná denní rituál, při kterém se zpívají písničky, recitují básničky, děti s pomocí hrají na hudební nástroje. Všichni se společně pozdraví a přivítají a prohlédnou si své fotografie. Také děti paní učitelka ukáže, co je dnes všechno čeká. Na konci rituálu zpívají děti písničku na uvítání si části lidského těla. V 8:30 následuje canisterapie a postupy bazální stimulace. Tyto dvě terapie se střídají jednou za třináct dní. Kolem deváté hodiny jde Petr na cvičení s fyzioterapeutem. Cvičí Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Po cvičení, v 9:30, následuje svačina. Před svačinou je velmi důležitá orofaciální stimulace. Po svačině, kolem desáté hodiny, jdou děti na procházku nebo na zahradu, pokud to po sobě umohou. Po procházce, kolem 11 hodiny, probíhají další stimulace. Například zraková a hmatová stimulace. Ty jsou důležitější zejména pro rozvoj více smyslů. Přidávají se za sebou ty postupy, které má Petr ve svém individuálním vzdělávacím plánu. V 11:30 následuje oběd. Oběd je před obědem důležitá provést orofaciální stimulaci. Po obědě, ve 12:00, Petr odchází domů.

Respondent Pavel

Na začátku realizace výzkumné části, od října 2011 do prosince 2011, navštěvoval Pavel Mateřskou školu pro zrakově postižené v českých Budjovicích. Zde s Pavlem pracovala asistentka pedagoga, která se mu individuálně věnovala. A to nejen po stránce pedagogické, ale i při sebeobslužných činnostech. Díky asistentce pedagoga bylo Pavlovi umožněno zapojovat se do všech aktivit, které zrovna dělaly ostatní děti. V mateřské škole měl Pavel na zdi vylepené fotografie rodičů a sestry, které mu měly navozovat pocit bezpečí. Individuální vzdělávací plán Pavel vypracovaný neměl.

Nevýhodou v navštěvování této mateřské školy vidím v tom, že škola není zařízena pro děti s kombinovaným postižením, je zde méně vybavenost pro práci s těmito dětmi.

Denní program v MTM pro zrakově postižené v českých Budějovicích

V mateřské škole pro zrakově postižené měl Pavel takovýto režim dne. Píchlázel kolem osmé hodiny. Zhruba do 8:20 probíhala volná hra. Nejvíce si Pavel hrál s auty, plastovými klíči apod. Hrál si sám, asistentka na něj dohlížela, do hry mu však nezasahovala. V 8:20 začalo společné cvičení s ostatními dětmi. Pavel se v tiché době nechtěl připojovat. Po rozvíjení šel na toaletu a umýt si ruce. Následovala svačina. Od 9:00 probíhala tvořivá činnost. Pavel v tiché době pracoval se speciálními pomůckami. Skládal barevné kostky a kroužky apod. Mezi 10:00 a 11:00 chodily všechny děti buď na procházku anebo na zahradu. Na zahradě měl Pavel nejraději houpačku na houpačce a hru na písku. S asistentkou také zkoušeli jízdu na koloběžce. Rád také běhal a skákal. Asistentka ho opatrně hlídala, ale do hry mu nezasahovala. V 11:00 se děti začaly chystat na oběd. Po obědě ve 12:00 následoval spánek. Ovšem Pavel vydržel spát v tiché době jen 10 minut, výjimkou to bylo 40 minut. Ve 13:30 se umyl, převlékl a před druhou hodinou odcházel domů.

Od ledna 2012 navštěvuje Pavel Mateřskou školu speciální péče v centru Arpida.

Pavlovi je zde zajištěna komplexní péče v duchu uceleného systému rehabilitace. Centrum Arpida je pro potřeby dětí s kombinovaným postižením velice dobře zařízené a vybavené. V průběhu každého dne dochází děti z mateřské školy na nejrozličnější terapie.

Po přijetí Pavla do Mateřské školy speciální péče v centru Arpida bylo dlehlitě uděleno jakési vstupní vyšetření. Pavel byl vyšetřen psychologem a neurologem. Na základě těchto vyšetření mu byly indikovány jednotlivé terapie.

V pondělí chodí Pavel spolu s ostatními dětmi z mateřské školy na hipoterapii, v úterý následuje hydroterapie v bazénu, který se nachází přímo v centru Arpida. V úterý a ve středu s dětmi probíhá muzikoterapie. Dále dochází Pavel pravidelně jednou až dvakrát týdně na logopedii, v pátek na zrakovou stimulaci a dvakrát až třikrát týdně s Pavlem cvičí fyzioterapeutka.

P i hipoterapii byl Pavel zpo átku neklidný. Bylo to zp sobeno nejspí-e tím, fle se kon bál. Bylo to n co nového, co dosud neznal. P i mé poslední náv-t v v-ak bylo vid t, fle si na kon zvyká a dokonce ho pomalá ch ze kon dokáfle pozvolna uklidnit.

Prvotním úkolem fyzioterapeutky bylo seznámit se s Pavlem, p im t ho, aby snesl její dotyk. Základem jsou cviky na udržení stability. K t mto ú el m jsou poufívány mí e, válce, trampolína. Cvi ení s mí em má Pavel velmi rád. Dále jsou vyuffívány ur ité prvky z reflexní lokomoce podle Vojty a Bobatha. Nácvik lokomoce a mobility je velmi d leflitý. Nacvi ována je také ch ze do schod a ze schod . Ch zi do schod zvládá Pavel lépe, snaží se i st ídat nohy. V-echna cvi ení probíhají v krat-ích intervalech, protofle Pavel je rychle unavitelný. Není mofné ho p et flovat.

Co se zrakové stimulace týká, je d leflité nau it Pavla cílenou zrakovou fixaci. Spí-e jsou preferovány zvukové podn ty. Nejvíce Pavla zaujme ozvu ená a osv tlená hra ka. P i práci s Pavlem je nutné dát mu k dispozici pouze jeden p edm t. Ostatní musí být zakryté. Zatím není jasné, zda Pavel rozli-uje jednotlivé barvy. Má rád pohyb a osv tlení.

Denní program v MTMpro t lesn postiflené p i centru Arpida, o. p. s.

Pavl v denní reffim v Mate ské -kole speciální p i centru Arpida je následující. Pavel p ichází p ed osmou hodinou. Od 8 hodin probíhá volná hra d tí a také nejz zn j-í terapie tak, jak to má každé dít p edepsané. Podle rozpisu si pro dít p ijde logopedka, ergoterapeutka, fyzioterapeutka apod. V 9:00 mají d tí sva inu. Mezi 9:30 a 10:00 probíhá ízená innost. Od 10:00 do 11:30 následuje pobyt venku, pokud to po así umofní. V 11:30 je ob d. Mezi 12:00 a 14:00 probíhá odpo inek. Od 14:00 do 14:15 je odpolední sva ina. Ve 14:15 za ínají odpolední innosti. V 15:00 Pavel odchází dom .

4.7 Shrnutí výsledk pozorování

V rámci zpracování praktické ásti bakalá ské práce byly sledovány tyto kategorie:

- jemná motorika,
- hrubá motorika,
- kognitivní funkce,
- sebeobsluha,
- socializace,
- oblast reedukace a kompenzace.

Respondent Petr

Jemná motorika

Petr používá pouze pravou ruku. Proto je snaha při práci s Petrem pasivně zapojovat také jeho levou ruku.

Hrubá motorika

Dodnes Petr neudrží hlavu. Zhruba od tří let se občas otočí přes levý bok, ale zpravidla to nedokáže. Nesedí, neleze.

Kognitivní funkce

Z kognitivních funkcí zmíním jen pozornost. Ostatní kognitivní funkce nejsem schopna blíže vyhodnotit. Co se týče, Petr se projevuje neartikulovanými zvuky. Neumí vyjádřit, že je mu zima, má hlad či flíže. Pouze k ikem dovede dát najevo celkové nepohodlí. Pozornost Petr zaměřuje na své hračky, které jsou hodně barevné a výrazné. Musí být samozřejmě v jeho dosahu. Rád se hračkami dotýká. Dále Petrovu pozornost upoutá zejména poslech hudby.

Sebeobsluha

Dovednosti související se sebeobsluhou jsou odpovídající stupni a závažnosti postižení. Petr je imobilní, inkontinentní a samostatně nejí. Je potřeba, aby veškerá potrava byla ohřátá. Petr nesnese nic studeného.

Socializace

Petr má rád fyzický kontakt, zábavu a především společnost. Z důvodu postižení nelze hovořit o plynulém navazování kontaktů.

Oblast reedukace a kompenzace

Při práci s Petrem je snaha co nejvíce rozvíjet oblasti kompenzace a reedukace. U Petra je podporována zraková, chuťová a hmatová stimulace. Pro Petrovu lepší orientaci během celého dne byla zavedena pedimotivní lišta (pedimotivní komunikace). Při této komunikaci může Petr zapojit vedle sluchu také zrak a hmat.

Respondent Pavel

Jemná motorika

Pavlova jemná motorika je na poměrně dobré úrovni. Pavel používá obě ruce. Při manipulaci s pedimotivní vložkou chybí přesnost.

Hrubá motorika

Pavel je chodící, chůze je však poněkud nejistá, dle psychologických vyšetření dosahuje úrovně asi jednoho roku. Pavel naplazuje pedimotivní ky. Při delších procházkách je většinou vezen v kočáru.

Kognitivní funkce

Z kognitivních funkcí jsem opatřena schopna vyhodnotit pouze vědomí a pozornost. Co se týká, Pavel má vývojovou poruchu vědomí, která dosud není blíže diagnostikována, protože Pavel chodí na logopedii pouze krátkou dobu. Logopedka se s Pavlem zatím

seznamuje a zkouší s ním jednoduchá cvičení na rytmus. Hrá si s ním háčky, pracuje s konkrétními písmeny, protože obrázky jsou příliš složitě apod. Pavel používá několik jednoduchých slov, ale není jisté, zda je používá záměrně a zda se mu pouze povedou vyslovit. U Pavla je velice malá koncentrace pozornosti. Nejvíce ho zaujmou ozvučené, osvětlené a pohybující se hračky. Rád je osahává a dává do úst.

Sebeobsluha

Pavel se sám nají a napije, je však inkontinentní. V mateřské škole pro zrakově postižené ho jeho asistentka učila chodit na toaletu a plenu mu dávala jen tehdy, když to bylo nutné. Dokonce mu zavedla zástupný písmeno toaletní ruličky. V centru Arpida nosí Pavel pleny celý den.

Socializace

Pavel je rád ve společnosti. S ostatními však kontakty příliš nenavazuje, nekomunikuje. Někdy si od jiného dítěte vezme hračky. Spíše vyhledává dospělé osoby, nechá se rád pochovat, rád je veden za ruku.

Oblast reedukace a kompenzace

Jednou týdně Pavel dochází na zrakovou stimulaci. U Pavla je zachován zbytek zraku, a proto je potřeba tento zbytek naplno využívat a rozvíjet. V současné době je prvním úkolem naučit Pavla cílenou zrakovou fixaci, která je důležitá pro jakoukoli další práci. Pavel spíše preferuje zvukové podněty, nejvíce jeho pozornost zaujme ozvučená, osvětlená a hýbající se hračka. Zatím není jasné, zda je rozdíl v rozlišení do blízkosti a do dálky. Pozoroval totiž písmeno, který byl vzdálený asi 2,5 m. Detaily však nerozlišil. Je potřeba, aby měl Pavel vždy před sebou pouze jeden podnět, ostatní musí být zakryté. Jinak Pavla nezaujme ani jeden písmeno. Není jisté, zda Pavel rozlišil barvy. Na všechny barvy reagoval stejně. Pavel vydrží sledovat pohyb, zalíbil se mu černobílý kontrast. Pavel má rád rychlý pohyb a velmi dobře reaguje na osvětlení.

Při práci s Pavlem je dále kladen důraz na rozvoj náhradních smyslů. Jsou mu zadávány různé úkoly na procvičení jemné motoriky. Jak už bylo řečeno, Pavel nejprve

reaguje na zvukový podnět, poté se snaží předmět uchopit- reaguje hmatem, když předmět dlouhou dobu nemůže uchopit, podívá se a vizuálně ho cíleně uchopí. Ve spolupráci s matkou -kolou by Pavlovi měla být v budoucnu zavedena předmětová lišta, která mu usnadní orientaci během celého dne.

5. OPATŘENÍ K OPTIMALIZACI PEDAGOGICKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

V Mateřské škole speciální péči centru Světluška a v Mateřské škole pro tělesně postižené péči centru Arpida, o. p. s. je dále tem s kombinovaným postižením v nována velice kvalifikovaná péče. V mateřské škole pro zrakově postižené spatují malý nedostatek v tom, že není péči vybavena pro potřeby dětí s kombinovaným postižením.

Na základě těchto zjištění byla vypracována doporučení k optimalizaci pedagogického vzdělávání dětí s CVI. Tato opatření lze shrnout do několika základních okruhů.

Pobyty a činnosti v kolektivu vrstevníků

Navštěvování mateřské školy je nedílnou součástí socializace dítěte. V mateřských školách je dále tem v nována odborná péče. Nezastupitelnou roli zde hrají zejména její terapie, stimulace a reedukace a kompenzační postupy. Vhodné je navštěvování mateřské školy alespoň několikrát až týdně, aby se s dítětem mohlo intenzivně pracovat. Pro budoucí život jedince je také důležitý kontakt s vrstevníky. Je potřeba zapojovat dítě do činností, které právě vykonávají ostatní děti.

Pedagogická komunikace

Při práci v mateřské škole je vhodné dodržovat pravidelný režim dne, aby děti věděly, co bude následovat. Pro lepší orientaci v průběhu dne je dobré zavést dítě tzv. pedagogickou komunikaci. Její vyvolávání je zcela jednoduché. Základem je představení několika základních pedagogických denních činností, které probíhají v mateřské škole. Před každou činností necháme dítě osahat daný pedagogický deník. Dítě si tak pomocí více smyslů snaží uvědomit všechny denní aktivity.

Snížený počet dětí ve třídě, pedagogický asistent

Při vzdělávání v běžné mateřské škole je dobré, aby dítě mělo k dispozici asistenta pedagoga. Ve speciálních mateřských školách je výhodou snížený počet dětí

ve t íd . V-echna tato opat ení umofl ují v novat dít ti co moflná nejv t-í individuální pé i. Pokud dojde ke zlep-ení stavu dít te, je vhodné pomoc asistenta pedagoga postupn omezovat. Není dobré, aby asistent d lal v-e za dít . Vidí-li, fle dít danou innost zvládá samo, m l by ho nechat, a tak u iní. Takto je dít vedeno k samostatnosti. Pokud si dít chce a zvládá hrát samo, je taktéfl dobré do hry mu p íli- nezasahovat. Dít by nem lo být u asistenta šp ipoutánoø celý den. Nemá-li dít problém se stravováním, není taktéfl nutné, aby asistent pedagoga zasahoval. Funkci asistenta pedagoga je tedy pot eba vyuffívát jen tehdy, pokud ho dít opravdu pot ebuje. V opa ném p ípad je vhodné spí-e za le ovat dít do kolektivu vrstevník a nevázat ho pouze na jednu osobu.

Zraková stimulace

Z d vodu postiflení zraku je nutné pravideln provád t zrakovou stimulaci. Je nezbytné vyuffívát a následn rozvíjet i ty nejmen-í zbytky zraku. V Mate ské -kole pro zrakov postiflené nebyla zraková stimulace za azována pravideln . Má-li mít tento reeduka ní postup smysl, je pot eba ho za azovat alespo jednou týdn . Tak tomu bylo ve dvou zbývajících mate ských -kolách.

Rozvoj kompenza níh smysl

P í práci s d tmi se zrakovým postiflením je také velice d leffité rozvíjet náhradní smysly. Vhodné je vyuffívát hry a cvi ení na rozvoj jemné motoriky a na sluchové vnímání. Dobré je také pravidelné za azování chu ové stimulace, nap íklad ve trnáctidenních intervalech.

Bazální stimulace

Bazální stimulace je velmi dob e uplatnitelná u d tí s kombinovaným postiflením. Nezbytností je polohování d tí, dále je vhodné za azovat masáfle stimulující dýchání, vibra ní stimulace i vestibulární stimulace (nap . houpání v síti). P ed sva inou je dobré provád t orofaciální stimulaci, abychom dít p ípravili na p íjem potravy.

Logopedická péče

Dítě s kombinovaným postižením je potřeba poskytovat logopedickou péči. V případě těžké mozkové obrny bývá také často narušena stránka řeči. Zde je potřeba provádět nejen řečové cvičení, ale zejména dýchací cvičení, cvičení na rozvoj sluchu, rytmu apod. Společně s obrázkem je vhodné u dítěte s kombinovaným postižením používat reálné předměty.

Fyzioterapie

U dítěte s kombinovaným postižením je jedním z nejvýznamnějších problémů omezení či úplná ztráta hybnosti. V této souvislosti je vhodné pravidelné cvičení s fyzioterapeutem. Asi nejznámější metodou, kterou nelze nezmínit, je Vojtova metoda reflexní lokomoce. Dále je vhodnou metodou míčkování i různé druhy masáží. Pro dobrý psychický vývoj dítěte je velmi přínosné využívat též zooterapii.

Prostorové podmínky

S omezením hybnosti souvisí také vhodné prostorové podmínky a technické vybavení. Samozřejmě by měl být bezbariérový přístup. Je potřeba vytvořit dostatečně stimulující prostředí, aby byl zaručen co nejvyšší možný rozvoj dítěte s postižením. Jednou z nejdůležitějších podmínek při edukaci v mateřské škole je, aby se dítě cítilo bezpečně.

Komplexní práce s rodiči

Na tomto místě nelze opomenout záležitost kolem potřeb rodičů. Je nutné, aby rodiče měli možnost získat co nejvíce informací o postižení jejich dítěte. Důležité je poskytovat těmto rodinám poradenství, materiály týkající se postižení apod. Tyto informace jsou nezbytné i při rozhodování, kam bude dítě po ukončení předškolního vzdělávání dále docházet. Důležité není dítě za ně navštěvovat mateřskou školu, má-li rodič pomoci raná péče. V mateřské škole by potom měl poradit pedagog.

Přínosné by také mohlo být pravidelné konání schůzek rodičů s postížením, například v měsíčních intervalech. Rodiče si na takové schůzce sdělí své dojmy, zážitky a zkušenosti. Mnohdy se od nich jiný rodič může dozvědět i o nové informace. Velmi vhodné je pořádání táborů pro děti s postížením. Pro rodiče to může být forma odlehovací služby, pro děti týden plný zážitků. Nezbytné je, aby se tábora zúčastnili odborníci, kteří děti znají. Tyto tábory mohou mít přínos i pro dobrovolníky, kteří se také často na přípravě tábora podílejí.

6. DISKUZE

Problematika kortikálního poškození zraku je velmi složitou oblastí. Toto postižení se často nevyskytuje samo, ale je doprovázeno dalšími diagnózami (Steendam 1989, s. 8). Moje vlastní empirická zkušenost je shodná s odbornými zdroji. U obou dětí je kromě kortikálního poškození zraku přítomno ještě postižení další.

Steendam ve své práci uvádí několik příznaků kortikálního poškození zraku, které budou níže popomenuty. Jedním je proměnlivost zrakových funkcí. Tuto proměnlivost jsem u dětí zaregistrovala, také jsem o ní hovořila s odborníci na zrakovou stimulaci. U dítěte s CVI se opravdu zrak z hodiny na hodinu mění. Při práci s ním je potřeba, aby dítě mělo k dispozici pouze jednu hračku a ostatní byly zakryté, aby dítě nerozptylovalo.

Dalším významným znakem je nedostatek zrakové pozornosti. Děti nereagovaly, když jsem kolem nich procházela. Reakce se dostavila teprve při předchozím upoutání nějakým zvukovým podnětem.

U dětí s CVI můžeme někdy pozorovat upravené hledání do svítla. Tyto děti například často sledují okno. Respondenta Pavla světlo vždy velice zaujalo, často také hledal do okna.

Děti s CVI nevypadají jako zrakově postižené. Ani u jednoho respondenta bych zrakové postižení nepoznala. Příčinou jsou většinou plynulé pohyby očí, které jsou však často bezcílné.

Jedním příznakem CVI, který není přesně objasněn, je odvrácení pohledu. Podle jedné teorie je dítě schopno vyfoklovat v jedné věci pouze jeden smysl (Steendam 1989, s. 11). Tato skutečnost se shoduje s výsledky pozorování, které byly obsahem této práce. Respondent Pavel vždy nejprve zaregistroval předmět, poté se ho snažil uchopit, ovšem na předmět se nedíval. Když se mu nepodařilo předmět uchopit, podíval se a cíleně ho vzal do ruky.

Je potřeba, aby pedagogové i veškerý další personál tyto příznaky kortikálního porušení zraku znali a na základě toho s dítětem pracovali. Pro další vzdělávání dítěte je nutné rozvíjet i tyto nejméně zbytky zraku.

Obě děti, Petr i Pavel, navštěvují mateřskou školu speciální. V tom vidím veliký přínos, protože v těchto školách pracuje odborný personál, který se snaží dítěti i rodičům pomáhat, jak jen je to možné. Od těchto odborníků mohou rodiče získat také užitečné rady, které jim pomohou při rozhodování, kde se bude jejich dítě dále vzdělávat. V obou školách se také používají nejnovější terapie, cvičení podle profesora Vojty, zraková stimulace, bazální stimulace a mnoho dalšího.

Při edukaci dítěte v mateřské škole je velice důležité dodržovat pravidelný režim dne. Dítě si tak lépe uvědomí domov, která činnost bude následovat. V navštěvovaných mateřských školách je denní režim dodržován za pomoci pedagožské komunikace, která dítěti umožní při vnímání zapojovat co nejvíce smyslů.

Odbornou péčí je potřeba vnovat celé rodině dítěte s postižením, zejména rodičům dítěte. Na popnutí stojí samotné přijetí svého dítěte a vyrovnání se s tím, třeba je šjině.

Proces vyrovnání se s postižením má svůj charakteristický průběh. Jako první ho popsala E. Kübler-Ross. Jedná se v zásadě o 6 stádií. Počíná iniciálním šokem, přes popnutí, smlouvání, agresi (zlost), depresi (pocity viny), až po přijetí postižení svého dítěte jako úkolu (Jankovský 2006, s. 60). Z vyprávění rodičů bylo znát, že podobnými fázemi opravdu procházeli.

Dále je důležité, aby měli rodiče možnost získat co nejvíce informací a materiálů o postižení dítěte. Zde může nastoupit raná péče, jejíž role v péči o dítě s postižením je nezastupitelná. Při rozhodování týkajícího se plnění školní docházky je také potřeba dostatek informací. Rodičům by měl být, jaké jsou možnosti vzdělávání jeho dítěte, aby se mohl správně rozhodnout.

Závěrem nezbyvá nejlépe dodat, že je potřeba dále s kortikálním poškozením zraku v novat komplexní péči. U těchto dětí je důležité využívat i ty nejmenší zbytky zraku, abychom tak podpořili jejich další psychomotorický vývoj.

7. ZÁVĚR

Zrakem získáváme nejvíce informací z našeho okolí. Proto má zrakové postižení zásadní vliv na život jedince, na jeho psychický i fyzický vývoj. Samotná problematika kortikálního poškození zraku je velmi složitou oblastí. Nejedná se totiž o poškození oka, ale o centrální poruchu. Diagnostika tohoto postižení také není jednoduchou záležitostí. Je potřeba zhodnotit několik oftalmologických a neurologických vyšetření.

Předložená bakalářská práce pojednává o kortikálním poškození zraku u dětí předškolního věku, které dosud není příliš známé. Cílem této bakalářské práce proto bylo názorně představit problematiku CVI u dětí předškolního věku, popsat specifické příznaky v předškolním vzdělávacím procesu u dětí s CVI a následně vypracovat doporučení k optimalizaci předškolního vzdělávání dětí s CVI.

Pro naplnění definovaného cíle byl použit kvalitativní postup. Ke sběru dat sloužily techniky: pozorování, vedené rozhovory se zákonnými zástupci respondentů a analýza dokumentů. Sbíraná data byla využita k vypracování dvou případových studií a následnému zpracování doporučení k optimalizaci předškolního vzdělávání dětí s CVI.

Předškolní vzdělávání hraje v edukaci dětí s postižením velmi důležitou roli. Jak plyne z výzkumného šetření, ve speciálních mateřských školách je poskytována vysoce odborná péče. Vyžívány jsou zejména různé terapie, stimulace, reedukace a kompenzační postupy, které mohou dítě před nástupem plně povinné školní docházky rozvíjet. Důležitý je v tomto smyslu také kontakt s vrstevníky. Dětské učivo v předškolním vzdělávání by mělo být zaměřeno na určitý reflexivní dneš. Vnímání denních činností může být usnadněno pomocí vhodné komunikace. Je-li to nezbytně nutné, může být zřízena funkce asistenta pedagoga. Ve speciálních mateřských školách je výhodou snížený počet dětí ve třídě. Samozřejmě by také měla být komplexní práce s rodinou. Je nutné poskytovat rodičům dětí s postižením potřebné informace, materiály a zejména podporu.

V bakalářské práci je uvedeno možné následné využití v teorii i praxi. Protože o zkoumané problematice neexistuje příliš mnoho literatury, je možné vytvořit ve vhodně upravené podobě materiál pro rodiče dětí s CVI.

8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Použité literární zdroje:

HAMADOVÁ, Petra; KV TO OVÁ, Lea; NOVÁKOVÁ, Zita. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dítěte s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

KEBLOVÁ, Alena. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima, 2001, ISBN 80-7216-191-1.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

KUDELOVÁ, Ivana; KV TO OVÁ, Lea. *Malé dítě s tělesným poškozením zraku*. 1. vyd. Brno: Paido, 1996. 41 s. ISBN 80-85931-24-9.

KV TO OVÁ-ŠTĚPCOVÁ, Lea. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. 70 s. ISBN 80-85931-84-2.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

NEVĚŘIMALOVÁ, Soňa; RYŠAVKA, Evžen; TICHÝ, Jiří. *Neurologie*. 1. vyd. Praha: Galén, 2002. 368 s. ISBN 80-7262-160-2.

OTRADOVEC, Jiří. *Klinická neurooftalmologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. 488 s. ISBN 80-247-0280-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.

PLAS, Jaroslav. *Speciální chirurgie. Neurochirurgie*. 1. vyd. Praha: Galén: Karolinum, 2000. 111 s. ISBN 80-7262-075-4, 80-246-0187-7.

PRÁZDNÁ, Radka. *Význam výpočetní techniky v procesu edukace žáků a studentů se zrakovým postižením*. České Budějovice, 2009. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Fakulta zdravotní sociální. Vedoucí práce Jiří Jankovský.

RENOTIÉROVÁ, Marie; LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.

SEIDL, Zdeněk; Obenberger, Jiří. *Neurologie pro studium a praxi*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004. 363 s. ISBN 80-247-0623-7.

STEENDAM, Marieke. *Kortikální poškození zraku. Příručka pro rodiče, zdravotníky, pedagogy a vychovatele*. Austrálie: Královská společnost nevidomých států New South Wales, 1989. 22 s.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I.: Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VALENTA, Milan; MÜLLER, Oldřich. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VÍTKOVÁ, Marie. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie a kol. *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. 1. vyd. Brno: Paido, 1999. 94 s. ISBN 80-85931-75-3.

Použití elektronické zdroje:

Arpida: Centrum Arpida [online]. 2012 [cit. 14.1.2012]. Dostupné z: <http://www.arpida.cz/>

DEMCHAK, MaryAnn; RICKARD, Charmaine a ELQUIS, Marty. Cortical Visual Impairment. Tips for Home or School. *Nevada Dual Sensory Impairment Project* [online]. Reno: University of Nevada, 2003, 1(1) [cit. 12.1.2012]. Dostupné z: <http://www.unr.edu/educ/ndsip/tipsheets/cvi.pdf>

Klasifikace zrakové postížení podle WHO [online]. 2006 [cit. 24.1.2012]. Dostupné z: <http://www.sons.cz/klasifikace.php>

Mateřská škola pro zrakově postižené v eských Budjovicích [online]. 2011 [cit. 15.12.2011] Dostupné z: <http://www.mscb.unas.cz>

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. 1. vydání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. 48 s. [cit. 13.12.2011]. ISBN 80-87000-00-5. Dostupné z: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf

Světluška: Centrum pro osoby se zdravotním postižením [online]. Svetluska.info, ©2012. [cit. 14.1.2012]. Dostupné z: <http://www.svetluska.info>

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání [online]. 2005 [cit. 15.12.2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-14-2005-sb-o-predskolnim-vzdelavani?highlightWords=14%2F2005>

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v platném znění vyhláškou č. 147/2011 Sb. [online]. 2011 [cit. 10.1.2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-147-2011-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-c-73-2005-sb?highlightWords=147%2F2011>

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) [online]. 2004 [cit. 15.12.2012]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon?highlightWords=561>

9. KLÍČOVÁ SLOVA

zraková percepce

kortikální poškození zraku

zrakové postižení

pedagogická edukace

dítě v pedagogickém procesu

10. SEZNAM P ÍLOH

P íloha .1

Informovaný souhlas (nevypln ěný)

P íloha .2

Záznamový arch pro pozorování

P íloha .3

Záznamový arch pro řízený rozhovor

Příloha . 1

Informovaný souhlas

Jsem studentkou Jiho české univerzity v českých Budjovicích. Píši bakalářskou práci na téma Problematika kortikálního poškození zraku u dětí předškolního věku. Cílem mé práce je názorně představit problematiku CVI u dětí předškolního věku. Bakalářská práce bude následně využitelná v teorii i praxi. V teorii lze použít jako studijní materiál, v praxi může sloužit jako vzájemná vazba pro mateřské školy i speciální pedagogická centra.

Pro kvalitní vypracování závěrečné práce je nutné zpracovat též reálné údaje o problematice kortikálního poškození zraku, za což bych Vám od srdce děkuji. Na Vás se obracím s prosbou o svolení zpracovat anamnestická data Vašeho syna. Prosím Vás proto o souhlas s tím, že mohu psát o Vašem synovi, za kterým budu docházet do MTM, kterou navštěvuje a dále, že mohu použít informace z dokumentace Vašeho dítěte. Vaše osobní údaje mi zaručuji anonymitu. Informace, které získám, budou použity jen pro účely mé bakalářské práce. Za svolení Vám velice děkuji.

Podpis:

Souhlasím se výše uvedeným.

Datum a místo podpisu:

.....

Jméno a příjmení:

.....

Podpis:

.....

Příloha .2

Záznamový arch pro pozorování

- 1) Seznámení, navázání kontaktu:

- 2) Reflexe dne:

- 3) Jemná motorika:

- 4) Hrubá motorika:

- 5) Kognitivní funkce:

- 6) Socializace:

- 7) Sebeobsluha a hygiena:

- 8) Zraková percepce:

- 9) Oblast reedukace a kompenzace:

Příloha .3

Ízený rozhovor

- 1) Kdy se narodil Vá–syn? Pouze rok narození.
- 2) V jakém městě bydlíte?
- 3) Kdy jste se narodila Vy? Opět stačí pouze rok narození.
- 4) Jaké je Va–e vzdělání?
- 5) Jaké je Va–e zaměstnání?
- 6) V jakém roce se narodil Vá–manžel?
- 7) Jaké je jeho vzdělání a zaměstnání?
- 8) Má Vá–syn sourozence? Chlapci, dívky?
- 9) Jaký je rok jejich narození?
- 10) Mají nějaké postižení?
- 11) Studují? (Co studují?)
- 12) Pracují? (Kde pracují?)
- 13) Má Vá–syn prarodiče?
- 14) Hlídkají někdy vnuka? Jak často?
- 15) Byla v rodině zaznamenána nějaká dědičná onemocnění? Jaká?
- 16) Je rodina úplná?
- 17) Jaká je Va–e výchova?
- 18) Kolikátý týden proběhl porod?
- 19) Byl veden klasicky, i císařským řezem?
- 20) Byl spontánní nebo vyvolaný?
- 21) Jaká byla váha a míra Va–eho syna při narození?
- 22) Nastaly nějaké komplikace po porodu?
- 23) Jak probíhal vývoj motoriky?
- 24) Prodělal Vá–syn nějaká onemocnění?
- 25) Prodělal Vá–syn nějaké úrazy či operace?
- 26) Jaká je lateralita Va–eho syna?
- 27) Jak s dítětem komunikujete?
- 28) Jak s dítětem pracujete doma?
- 29) Cvičíte se s ním podle nějaké metody?
- 30) Kdy proběhla diagnostika?
- 31) Vděli jste o postižení již před porodem, či vzniklo až po porodu nebo v průběhu porodu?
- 32) Kam bude Vá–syn docházet po ukončení předškolního vzdělávání?