

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PEDAGOGIKY A PSYCHOLOGIE**

**Uplatnění systému rehabilitace
v péči o předškolní dítě s tělesným
postižením**

Bakalářská práce

České Budějovice 2011

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

Vypracovala:

Nikola Tajerová

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích 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 školitele 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: 29.7.2011

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za vedení a dohled při zpracovávání této práce a za cenné odborné rady a připomínky, které mi poskytovala.

Chtěla bych také poděkovat panu Doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D., řediteli centra Arpida v Českých Budějovicích za možnost vykonání praxe v tomto zařízení. Dále pak paní Editě Zachařové za poskytnutí množství důležitých a významných informací.

Anotace

Bakalářská práce na téma Uplatnění systému rehabilitace v péči o předškolní dítě s tělesným postižením nejprve vymezuje pojem rehabilitace. Zaměřuje se na pojem ucelené rehabilitace a na její složky. Následuje kapitola o režimu rehabilitace, která popisuje souvislost mezi režimem rehabilitace a režimem mateřské školy. Dále se tato práce zabývá vymezením pojmu tělesné postižení. Popisuje hlediska tělesného postižení, kde se zabývá i specifiky výchovy a vzdělávání ve školním zařízení. Poté pojednává o vybrané skupině dětí s diagnózou dětská mozková obrna (DMO). Na tuto cílovou skupinu se celá práce soustředí. Po této kapitole následuje část zaměřující se na předškolní dítě s diagnózou DMO. Nakonec se setkáváme s bližším popisem kazuistiky jedné dívky, režimu rehabilitace a mateřské školy v centru Arpida. Tato praktická část se opírá o osobní zkušenost a čtrnáctidenní praxi studentky.

Annotation

This bachelor thesis, with the subject of “The application of rehabilitation system in the care of preschool children with disabilities”, first defines the concept of rehabilitation. It focuses on the concept of comprehensive rehabilitation and its components. The thesis follows with chapter about rehabilitation regime, which describes the relationship between the regime of rehabilitation, and the regime of nursery schools. Furthermore, this work deals with the definition of the term disability. It describes aspects of disability, which also deals with the specifics of education in the school facilities. Then discusses about a selected group of children diagnosed with cerebral palsy (DMO). The whole thesis is focused on this target group. This chapter is followed by a section focusing on pre-school children diagnosed with DMO. Finally, we see a closer description of the case history of one girl, the rehabilitation system and The Arpida Center Preschool. The practical part is based on personal experience and practice of a fortnightly student.

Obsah

1. Úvod	str. 7
2. Vymezení pojmu rehabilitace	str. 8,9
3. Ucelená rehabilitace a její složky	str. 9
3.1 Léčebná rehabilitace	str. 10
3.1.1 Fyzikální terapie	str. 10
3.1.2 Ergoterapie	str. 11
3.1.3 Animoterapie	str. 12
3.1.4 Léčebná tělesná výchova	str. 12
3.1.5 Další speciální terapie	str. 12,13
3.2 Sociální rehabilitace	str. 13,14
3.3 Pedagogická rehabilitace	str. 14,15,16
4. Režim rehabilitace	str. 17
4.1 Souvislost režimu rehabilitace s RVP a ŠVP	str. 17,18
5. Předškolní dítě s tělesným postižením	str. 18
5.1 Vymezení pojmu tělesné postižení	str. 19,20
5.2 Hlediska tělesného postižení	str. 20
5.2.1 Medicínské hledisko	str. 20
5.2.2 Sociální hledisko	str. 20,21
5.2.2.1 Výchova a vzdělávání ve školských zařízeních	str. 22
5.3 Dětská mozková obrna (DMO)	str. 23,24
5.3.1 Formy dětské mozkové obrny	str. 24,25
5.3.2 Přidružené zdravotní problémy DMO	str. 25
5.3.3 DMO	str. 25,26
5.4 Předškolní dítě s diagnózou DMO	str. 26,27,28

6. Cíl praktické části	str. 29
7. Metody psychologického výzkumu	str. 29
7.1 Metoda pozorování	str. 29
7.2 Metoda rozhovoru	str. 30
7.3 Analýza dokumentů a spontánních výtvorů dítěte	str. 30,31
8. Kazuistika děvčátka s diagnózou DMO	str. 31
9. Individuální plán děvčátka s diagnózou DMO	str. 32,33
10. Týdenní plán	str. 33,34,35,36,37
11. Diskuse	str. 38,39,40
12. Závěr	str. 41
13. Seznam použité literatury	str. 42,43,44
14. Příloha	str. 44,45,47,48,49

1. ÚVOD

Bakalářskou práci na téma Uplatnění systému rehabilitace v péči o předškolní dítě s tělesným postižením jsem zaměřila na děti s diagnózou dětská mozková obrna (DMO). Toto téma jsem si vybrala, protože jsem se chtěla pokusit spojit své zkušenosti s rehabilitací, se kterou jsem se setkala při studiu zdravotnického oboru záchranářství a při praxích v nemocnici, se zkušenostmi s rehabilitací u předškolních dětí navštěvujících speciální mateřskou školu.

Měla jsem štěstí, že jsem mohla čtrnáct dní docházet na praxi do mateřské školy v centru Arpida v Českých Budějovicích. Zde mi paní učitelka doporučila vybrat si jedno z dětí a celých čtrnáct dní s ním absolvovat veškeré jeho aktivity, cvičení, rehabilitace. Blíže jsem se seznámila s jednou dívkou, která má diagnózu DMO. Proto se má práce dále zaměřuje na předškolní děti s touto diagnózou.

Na konci mé praxe mi paní učitelka nabídla možnost práce u nich ve školce, což mě donutilo více přemýšlet o tom, jak je tato práce náročná, složitá, ale zároveň smysluplná, krásná a obohacující.

Proto bych byla ráda, aby tato práce podala a vysvětlila zjištěné informace a aby srozumitelně přiblížila problematiku tohoto tématu.

2. VYMEZENÍ POJMU REHABILITACE

Pojem rehabilitace byl zaveden v 19. století. Tento pojem původně znamenal léčebné postupy, které vedly k návratu do stavu funkční schopnosti. K pojmu rehabilitace byl navržen český výraz návratná péče. Tento výraz sice dobře vystihuje pojem a podstatu rehabilitace, ale v praxi se neujal.

Podle pedagogického slovníku je rehabilitace souhrn speciálně pedagogických postupů, kterými se upravují společenské vztahy, obnovují narušené praktické schopnosti a dovednosti, i možnosti seberealizace postiženého jedince (Průcha – Walterová – Mareš, 1995). „Dle definice Světové zdravotnické organizace z r. 1969 je rehabilitace včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků“ (Votava, 2003). Z obou definic vyplývá, že rehabilitace jedná o postupy a metody zaměřené ke zlepšování psychiky, společenských vztahů a pracovního uplatnění osoby s postižením.

Optimálním výsledkem rehabilitace je odstranění všech následků úrazu či nemoci. V některých případech ale nelze všechny funkce, které byly úrazem či nemocí způsobené odstranit. Nastává trvalé postižení, které lze zachovanými funkcemi nahradit (kompenzovat).

Kompenzaci definuje pedagogický slovník jako souhrn speciálně pedagogických postupů, kterými se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené (Průcha – Walterová – Mareš, 1995). To znamená, že např. u nevidomého se zdokonaluje vnímání sluchové, hmatové. I tato kompenzace je cílem rehabilitace. Dalším významným prostředkem kompenzace jsou v případě postižení technické a speciální pomůcky, jako jsou např. lupy pro osoby se zbytkem zraku, slepecké hole pro nevidomé, sluchadla pro neslyšící.

U dětí s handicapem (znevýhodněním) je cílem rehabilitace podpora přirozeného vývoje a přiblížení jejich vývoje dětem bez handicapu. Nejlepším výsledkem rehabilitace je, pokud se podaří dosáhnout zcela fyziologického vývoje.

V péči o osoby s tělesným (motorickým) postižením má rozhodující význam systém ucelené rehabilitace. Do tohoto systému se zapojují prostředky léčebné,

pedagogicko-psychologické, sociální a pracovní. Jde-li o děti s tělesným postižením je velice důležité, aby členy tohoto týmu byli také rodiče dítěte.

(Jankovský, 2001)

3. UCELENÁ REHABILITACE A JEJÍ SLOŽKY

O ucelené rehabilitaci hovoříme v případě, že následky úrazu či nemoci jsou dlouhodobé nebo trvalé a nelze je řešit pouze zdravotnickými prostředky. Cílem ucelené rehabilitace by neměla být pouze nepřítomnost nemoci, ale také návrat jedince s handicapem do přirozeného prostředí a jeho začlenění do společnosti. „Významným cílem, stanoveným deklarací OSN z r. 1993, je vyrovnání příležitostí v oblasti vzdělání, pracovních příležitostí, bydlení, rekreace, cestování, komunikace aj.“ (Votava, 2003). U nás se komplexně ucelenou rehabilitací zabývá například Jankovský.

Rehabilitace se netýká jen lidí, kteří v důsledku onemocnění či úrazu byli vyřazeni z každodenního života, ale i jedinců, kteří se s postižením již narodili. V tomto případě by se spíše hodil termín habilitace (z latinského „habilitas“, což znamená schopnost, resp. způsobilost). U nás se však tento výraz používá ve zcela jiných souvislostech než v souvislostech se zdravotním postižením.

Ucelená rehabilitace, jak jsem již naznačila, není chápána jen jako výhradně zdravotnická aktivita ve smyslu fyzioterapie. Je brána jako interdisciplinární obor, který zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní a pedagogicko-psychologickou. Můžeme ji rozdělit na čtyři hlavní složky – rehabilitaci léčebnou, sociální, pracovní a pedagogickou. Obvykle je první etapou ucelené rehabilitace složka léčebná. Léčebná rehabilitace se děje ve zdravotnických zařízeních. Někdy je ale na prvním místě rehabilitace sociální, to je např. u dětí, které se s handicapem narodí. Na rehabilitaci sociální úzce navazuje rehabilitace pedagogická. U osob v produktivním věku je velice důležitá rehabilitace pracovní, jejím úkolem je připravit jedince na pracovní uplatnění a zapojení do pracovního procesu. Pracovní rehabilitaci se ve své práci více věnovat nebudu, protože se netýká dětí předškolního věku.

(Votava, 2003)

3.1 Léčebná rehabilitace

„Léčebné prostředky rehabilitace jsou podle J. Jesenského (1995) zaměřeny jednak na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminaci následků zdravotního postižení, včetně jeho sociální dimenze“ (Jankovský, 2001).

Léčebná rehabilitace je zajišťována zdravotnickými zařízeními a prolíná se s vlastním léčením. Hlavním cílem léčebné rehabilitace je provádět léčbu, což znamená odstraňovat nebo alespoň zmírňovat následky úrazu či nemoci.

Léčebnou rehabilitaci neprovádí pouze jeden lékař, ale celý tým lékařů s různými odbornostmi. Do tohoto rehabilitačního týmu patří fyzioterapeuté, ergoterapeuté, klinický psycholog, sociální pracovníce a v případě pacientů s poruchou řeči i logoped. Zdravotnický obor, který se zabývá léčebnou rehabilitací, se nazývá rehabilitační lékařství.

Důležitý je nácvik dovedností, které jedinci s handicapem umožní návrat do jeho domova. Tyto dovednosti nacvičují s handicapovanými jedinci převážně fyzioterapeuté a ergoterapeuté.

V další části své práce bych chtěla stručně nastínit některé postupy léčebné rehabilitace, mezi které se řadí fyzikální terapie, ergoterapie, animoterapie, léčebná tělesná výchova a další specifické terapie.

(Votava, 2003)

3.1.1 Fyzikální terapie

Do fyzikální terapie jsou zařazeny různé druhy masáží, elektroléčba, magnetoterapie, léčba ultrazvukem či světlem (infračervené a ultrafialové záření). Dále sem patří i termoterapie (léčba teplem), vodoléčba a specifickou kapitolou je léčba laserovým zářením, kdy se tímto zářením např. stimulují akupunkturální body.

(Votava, 2003)

3.1.2 Ergoterapie

Ergoterapie je chápána jako léčba smysluplnou činností. Často se pojem ergoterapie nesprávně spojuje s pojmem pracovní rehabilitace, ale ergoterapie je léčba prací nebo jinak řečeno zaměstnáváním. U malých dětí se jedná o léčbu pomocí hravých aktivit.

Tuto léčbu indikuje lékař a každému nemocnému jedinci je vypracován individuální léčebný program.

„Ergoterapie tedy rozvíjí různé pracovní schopnosti člověka s postižením tak, aby jej bylo možné úspěšně začlenit do plnohodnotného života“ (Jankovský, 2001).

„D. Kubínková a A. Křížová (1997) rozlišují v ergoterapii 4 hlavní oblasti, které se navzájem prolínají a doplňují. Jedná se kondiční ergoterapii (usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného), ergoterapii cílenou na postiženou oblast (vykonávaná práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované), dále ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění (pomocí ergodiagnostiky sleduje pracovní začlenění nemocného, neboť práce bývá pro člověka s postižením často smyslem jeho života a umožňuje mu komunikaci s okolím) a ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti (jedná se o zvládnutí běžných činností každodenního života)“ (Jankovský, 2001).

Specifickou částí je však dětská ergoterapie, kdy je důležité respektovat vývojové hledisko. Jelikož dítě, zejména dítě s DMO, si pohybové stereotypy teprve vytváří, nemá totiž zkušenosti z minulosti. Dětskou přirozeností, a tím i základní metodou, je hra. I hra má svá vývojová stádia, která je třeba brát v úvahu, proto je důležitý individuální přístup.

Dětská ergoterapie usiluje o dosažení maximální soběstačnosti, o zlepšování hrubé a jemné motoriky a pohybové koordinace. Velice důležitá je spolupráce s rodiči a trpělivost.

(Jankovský, 2001)

3.1.3 Animoterapie

Do animoterapie řadíme hipoterapii (k léčebným účelům využívá koně) a canisterapii (léčba pomocí kontaktu se psem).

Hipoterapie využívá vlivu tepla zvířete, taktilních (dotykových) podnětů a působení kroku koně, který je jedinečný. Doporučení k hipoterapii dává rehabilitační lékař a prakticky ji provádí speciálně vyškolený fyzioterapeut.

Pomocí canisterapie je možné zlepšit komunikační dovednosti, psychickou pohodu a pohybové schopnosti.

(Jankovský, 2001)

3.1.4 Léčebná tělesná výchova

Léčebná tělesná výchova je hlavní metodou fyzioterapie. Zabývá se pohybovým ústrojím a jejím základem je tělesné cvičení. Je důležitou a velice účinnou léčebnou metodou zejména u dětí s DMO.

Řadíme sem velice efektivní Vojtovu metodu reflexní lokomoce. Dva základní prvky této metody jsou reflexní plazení a reflexní otáčení.

Další metodikou, která patří do této kapitoly je metodika manželů Bobathových. Mezi charakteristické prvky této metody patří technika držení a zacházení s dítětem, reflexní útlum, klíčové body a tapping.

(Jankovský, 2001)

3.1.5 Další specifické terapie

Dalšími metodami léčebné rehabilitace jsou např. arteterapie, muzikoterapie, psychoterapie. Tyto metody zasahují i do dalších odborných disciplín, jako je pedagogika, psychologie, ale také umění.

Arteterapie je léčba pomocí výtvarných prostředků, jako je kresba, malba a práce s různými materiály (např. s keramickou hlinou, dřevem). Kromě estetického vnímání, emočního ladění a sebereflexe procvičuje tato metoda i jemnou motoriku a vizuomotorickou koordinaci.

Výtvarná činnost má i význam diagnostický a to především u dětí s DMO. Také umožňuje dítěti prožít vlastní úspěch, což je velice důležité pro vytváření osobnosti dítěte.

Muzikoterapie znamená léčbu pomocí hudby. Pracuje se nejen s hudbou a písní, ale i s rytmem.

Léčba užíváním psychologických prostředků, tedy psychoterapie se netýká jen dítěte s postižením, ale i rodičů a celé rodiny.

(Jankovský, 2001)

3.2 Sociální rehabilitace

„Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba se zdravotním postižením dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace.“ (Votava, 2003)

Důležité je, aby osoby s handicapem byly společnostmi přijímány. Pro člověka zdravého i člověka s handicapem je důležité jaké postavení ve společnosti zaujímá a jaké má sociální role. Pro integraci těchto jedinců do společnosti je nutné, aby společnost chápala potřeby handicapovaných jedinců, a aby oceňovala jejich snahu se integrovat. Pro integraci jedinců s handicapem do společnosti je nutné, aby se právě tyto lidé dokázali vyrovnat se svým postižením, znevýhodněním, nemocí. Pokud se toto nepodaří a k orgánovému nebo funkčnímu defektu se přidá i sociální stránka, dochází k defektivitě. Je proto dalším úkolem sociální rehabilitace preventivně působit, aby v nejlepším případě k defektivitě vůbec nedošlo. Na jedné straně by měl být zdravý člověk připraven lidem s handicapem pomoci. A na straně druhé by měl handicapovaný člověk dokázat se zdravými lidmi komunikovat a měl by jim dokázat vysvětlit, v čem by tato pomoc měla spočívat.

Samostatnost a soběstačnost lidí s handicapem spočívá ve schopnosti rozhodovat o svém životě sám za sebe a také dosahovat cílů, které si určí.

Velkou roli v sociální rehabilitaci hraje rodina, která je základní společenskou jednotkou. Proto je velice důležité rodinu, ve které se dítě s handicapem narodilo nebo dítě onemocnělo a tato nemoc bude mít trvalé následky, podporovat. Přijetí takové

skutečnosti a nesplnění očekávání je pro rodinu velice těžké. Na rodiny, ve kterých je dítě s handicapem, se zaměřuje raná péče. Jedná se o děti zhruba do tří let.

Součástí sociální rehabilitace je poradenství. Lidé s handicapem by měli znát a umět uplatňovat svá práva, své zájmy a potřeby. Při těžším postižení je možná služba osobní asistence. Tato služba by měla vést k větší samostatnosti člověka s handicapem. Důležité je také vytváření ekonomických a dalších materiálních podmínek pro samostatný život. Patří sem i přiznání invalidního důchodu a různé finanční příspěvky.

Sociální rehabilitace řeší specifické problémy lidí se zdravotním postižením podle druhu a stupně postižení. Uplatňuje se zde metoda reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada poškozené funkce jinou nepostiženou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením).

Do sociální rehabilitace také spadá rozvoj zájmové činnosti. Existují různé programy volného času, např. výtvarné techniky, ruční práce, sportovní aktivity, amatérská divadla apod. Tyto programy vedou k aktivitě a lidem s handicapem, kteří nepracují, vyplňují volný čas.

(Votava, 2003)

3.3 Pedagogická rehabilitace

Votava definuje pedagogickou rehabilitaci takto: „Pedagogická rehabilitace je určena osobám, kterým jejich zdravotní postižení neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.“ (Votava, 2003)

Pedagogická rehabilitace má stanovený jasný cíl a to dosáhnout u osob s handicapem co nejvyššího stupně vzdělání, při čemž jsou respektovány jejich individuální specifické potřeby. Zvláště pro děti je důležité navštěvovat mateřskou školu, základní školu, kde se učí žít ve skupině vrstevníků. Zkušenostmi se ve škole učí vztahům se spolužáky, s učiteli. Pedagogická rehabilitace tedy obsahuje složku pedagogickou, ale i složku výchovnou. Proto se občas objevuje označení rehabilitace pedagogicko-výchovná.

Oblastí, která patří do pedagogické rehabilitace, je i oblast volného času. Většinou se jedná o školní nebo mimoškolní kroužky. Tyto kroužky podporují vlohly a nadání dítěte s handicapem. Na děti působí pozitivně a aktivně.

Postupně se také rozšiřuje okruh osob s handicapem, který vstupuje do procesu pedagogické rehabilitace. Jedná se především o děti s těžkým mentálním postižením, o děti s kombinovaným postižením. K tomu pomáhají individuální vzdělávací programy, které zohledňují věk, druh postižení a hloubku postižení dětí.

Je důležité, aby se s pedagogickou rehabilitací začalo co nejdříve. Pozitivně se to promítne v životní perspektivě dítěte s handicapem. Každé dítě s handicapem může být vzděláváno. U každého dítěte se najde nějaká oblast, kterou můžeme dále rozvíjet.

Raná péče. Dříve se chápala péče o děti do tří let věku jako péče zdravotnická. V dnešní době je raná péče zajišťována speciálně pedagogickými centry, nestátními organizacemi, občanskými sdruženími. V tomto věku jsou děti plně závislé na rodičích a blízké rodině. Proto je narození dítěte s handicapem pro celou rodinu velká zátěž.

Smyslem a obsahem rané péče je zejména:

- budování soběstačnosti rodiny a její schopnost řešit problémy související s výchovou dítěte svými vlastními silami a s co možná nejmenší závislostí na institucionální (ústavní) péči a v pozitivní životní perspektivě dítěte i samotné rodiny a jejich jednotlivých členů,
- upevňování vnitřních rodinných vazeb a posilování funkčnosti rodiny,
- podpora zdárného vývoje dítěte po všech stránkách,
- vytváření předpokladů pro úspěšné vřazení dítěte s postižením do vzdělávacího systému,
- podpora integrace dítěte a celé rodiny do širších sociálních vztahů. (Votava, 2003)

V rané péči je velice důležitá spolupráce s rodiči. Rodiče mohou navštěvovat různé kurzy, aby si osvojili nové dovednosti a znalosti o péči o dítě s handicapem.

Speciální mateřské školy jsou určeny pro děti podle druhu a stupně postižení. Ve třídě je kvalifikovaný speciální pedagog a počty dětí ve třídě jsou sníženy, většinou se pohybují od 4 do 15 dětí.

Pro správné vzdělávání dětí s handicapem je důležité stanovit si cíle, kterých dítě může dosáhnout tak, aby bylo úspěšné.

Prostředky k dosažení těchto cílů jsou především tyto:

- správné stanovení předpokladů dítěte pro dosažení plánovaného vzdělání,
- vytvoření dostatečné motivace ke vzdělávání a sebevzdělávání, což je dáno především zvládnutím metody studia i pozitivním očekáváním pedagoga,
- odstranění nemotivujících vlivů a faktorů procesu učení, přizpůsobení prostředí a tempa (intenzity) učení individuálním vlastnostem a schopnostem dítěte,
- využívání specifických pedagogických metod, přístupů a pomůcek v procesu učení,
- zařazování specifických předmětů, jejichž obsah je vzhledem k typu postižení pro dítě důležitý, např. logopedická péče včetně výuky komunikace specifickými a alternativními formami komunikace, čtení Braillova bodového písma, výuka samostatného pohybu a prostorové orientace. (Votava, 2003)

V pedagogické rehabilitaci jsou využívány speciální metody výchovy a vzdělávání, prostředky a postupy, a to podle druhu a stupně postižení. Tímto jsme se dostali do oblasti speciální pedagogiky, která se podle druhu postižení a metod práce dělí na jednotlivé pedie:

- somatopedie – speciální pedagogika pro tělesně postižené,
- psychopedie – speciální pedagogika pro mentálně postižené,
- etopedie – speciální pedagogika pro jedince s poruchami chování,
- tyflopédie – speciální pedagogika pro zrakově postižené,
- surdopedie – speciální pedagogika pro sluchově postižené,
- logopedie – speciální pedagogika pro řečově postižené.

4. REŽIM REHABILITACE

K vymezení pojmu režimu rehabilitace využiji vlastních zkušeností z vykonaných praxí na mateřských školách. A zejména využiji zkušeností ze čtrnáctidenní praxe v Mateřské škole v centru Arpida v Českých Budějovicích, kde jsem měla možnost setkat se a vyzkoušet si práci s dětmi tělesně postiženými.

Režim rehabilitace bychom si mohli přeložit jako časové rozvržení rehabilitace. Jsou to činnosti, které se pravidelně střídají. Do režimu rehabilitace se samozřejmě zařazují i aktivity, které se konají výjimečně. Takovými aktivitami je například individuální léčebný tělocvik, animoterapie, ale i besídka, divadlo či seskupování dětí v jedné třídě. O těchto aktivitách platí, že by s nimi měly děti být seznámeny s dostatečným časovým předstihem, aby nedocházelo k pocitu zmatenosti.

Základem režimu rehabilitace je vyváženost mezi činností a odpočinkem. Důležité je také zařazování různých forem činností a odpočinku ve vhodné denní době. A v neposlední řadě nesmíme opomenout pravidelnost. Pravidelný režim dává také dítěti jistotu. Dítě ví, co ho čeká, co následuje.

Denní nebo týdenní režim mateřské školy si vytvářejí paní učitelky. Tento režim je závislý i na režimu rehabilitace. Je důležité oba tyto režimy dobře propojit s ohledem na fyzické i psychické potřeby dítěte. Veškeré činnosti by měly přispívat k harmonickému rozvoji dítěte.

(Jírová, 1968)

4.1 Souvislost režimu rehabilitace s RVP a ŠVP

Režim rehabilitace by měl být flexibilní. Přesto by měly být stanoveny pevné neměnné body. Tyto pevné body jsou důležité pro učení se řádu a pravidel a zároveň dávají dětem pocit jistoty. Flexibilita nám naopak dává prostor pro tvořivost dětí, paní učitelek i fyzioterapeutů, ergoterapeutů a dalších.

Denní či týdenní režim rehabilitace se musí dobře prolínat s režimem mateřské školy. V tomto ohledu nám pomáhá právě flexibilita, která nám dovoluje takové rozvržení činností dne či týdne, které lze případně přeskupit nebo doplnit o činnosti jiné. A právě tuto potřebnou pružnost zajišťuje sám vzdělávací obsah. Ten je charakterizován

pěti oblastmi rozvoje dítěte v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání. Vzdělávací obsah lze upravovat podle tematických celků a zájmu dětí.

Z rámcového vzdělávacího programu vychází školní vzdělávací programy, které si mateřské školy vytvářejí samy, podle vlastních možností, prostředí, kde se nachází a pro vlastní děti. Pět oblastí vzdělávání se shrnují pod několik tematických bloků. Tyto tematické bloky jsou konkrétnější, ale vzájemně souvisejí a prolínají se. Takto vzniklý školní program dává vznik režimu rehabilitace a režimu mateřské školy, který respektuje danosti předškolního věku a speciální vzdělávací potřeby dětí. Ze školního vzdělávacího programu si paní učitelky tvoří třídní vzdělávací program, který je šitý na míru dané třídě a konkrétním dětem.

Druhá vlastnost, což je stálost a pevnost denního nebo týdenního režimu, se týká především činností, které souvisejí spíše s naplňováním biologických a fyziologických potřeb dětí. Tím je myšleno stravování, odpočinek, pobyt venku, docházení na toaletu.

Pokud to shrneme, tak by denní nebo i týdenní režim rehabilitace i mateřské školy, měl mít pevná pravidla, ale zároveň by měl reagovat na možnosti dětí, zájem dětí, na neočekávané nadchnutí dětí pro jinou, přesto stejně přínosnou, aktivitu nebo činnost, na současné citové rozpoložení a zdravotní stav dětí. Velkou roli hraje i vhodná a účinná motivace.

(Svobodová, 2007)

5. PŘEDŠKOLNÍ DÍTĚ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

V další kapitole bych se ráda věnovala dítěti s tělesným postižením. Zaměřím na vymezení pojmu tělesné postižení. Co to vlastně tělesné postižení je, co znamená defekt a s ním související defektivita. Dále se zaměřím na dvě hlediska tělesného postižení, na hledisko medicínské a sociální. Se sociálním hlediskem je spojena i výchova a vzdělávání dětí s tělesným postižením ve školských zařízeních. Zabývat se budu také dětskou mozkovou obrnou (DMO). Také se podíváme na specifika výchovy a vzdělávání dětí s touto diagnózou a vliv tělesného postižení na psychiku dítěte.

5.1 Vymezení pojmu tělesné postižení

Výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením se zabývá obor somatopedie. Somatopedie je obor speciální pedagogiky. Termín tělesné postižení se dá chápat rozdílně:

- medicínský model – tento model vychází z biologických nebo funkčních příčin a to vede k medicínsky orientované péči. Cílem tohoto modelu je překonání a léčba postižení,
- model sociálně-patologický – u tohoto modelu stojí v centru pozornosti otázka socializace a diskriminace podmíněná postižením,
- model prostředí – tento model hledá odpověď na otázku jak změnit prostředí, což může být mateřská škola, základní škola, ve prospěch jedince s postižením,
- model antropologický – u tohoto modelu jde o realistické ohodnocení situace postiženého jedince a respektování jeho individuality a jedinečnosti včetně jeho postižení.

Tělesné postižení můžeme nazvat jiným slovem, handicapem. Slovo handicap překládáme jako znevýhodnění. **Handicap** je následek poruchy orgánu nebo poruchy funkce orgánu.

Oslabení, poruchu, vadu, odchylku orgánu můžeme nazvat defektem. **Defekt** můžeme rozdělit na orgánový (změny na orgánu) a funkční (tkáň orgánu je nezměněna, ale orgán nedostatečně funguje). Dále můžeme defekt rozdělit na vrozený (vývojová vada) nebo získaný (může být důsledkem nemoci, úrazu). Defekt komplikuje socializaci (zapojení jedince s postižením do společnosti). Defekt také může a nemusí být překážkou rozvoje osobnosti, výchovy a vzdělávání, sociální integrace a pracovního uplatnění.

Druhotný následek defektu je defektivita. **Defektivita** je porucha vztahů k sobě samému, ke společnosti, nedostatečná adaptace na prostředí. Týká se především:

- změny ve schopnosti správného sebehodnocení,
- narušení schopnosti seberealizace,
- narušení pocitu identity,
- změny v adekvátním vnímání reality,

- změny v prožívání potřeb,
- změny v hodnotovém systému,
- změny v sociální adaptaci.

(Vítková, 2006)

5.1 Hlediska tělesného postižení

5.2.1 Medicínské hledisko

Na tělesné postižení se dá nahlížet z hlediska medicínského. Do tohoto hlediska patří lékařská diagnóza, která určuje příčiny, příznaky a projevy poruchy. Dále lékařská prognóza. Ta stanovuje pravděpodobné možnosti dalšího vývoje poruchy. Lékařská prognóza nám řekne, zdali je postižení trvalé, léčitelné, má tendenci ke zlepšování/zhoršování. A samotnému léčení říkáme lékařská terapie.

(Pipeková, 2006)

5.2.2 Sociální hledisko

Na toto hledisko se podíváme z pohledu sociálního vývoje dítěte v rodině. Rodina má pro dítě velký význam. Rodina utváří sebepojetí dítěte, vědomí vlastní hodnoty, identifikační vzory pro chování, životní perspektivu, naplňuje potřeby citové i sociální. Vyrovnání se s handicapem dítěte je otázkou celé rodiny a dává naději na další pozitivní vývoj dítěte.

Většinou si rodina při vyrovnávání se s tělesným postižením svého dítěte prochází čtyřmi fázemi:

- fáze šoku - tuto fázi provází negativní emoce, iracionální jednání, ochromení, rodina potřebuje emocionální podporu, posílit povědomí o možnosti pozitivního řešení problému,
- fáze reaktivní – jsou to reakce psychické i tělesné, primární emoce, odmítání skutečnosti, pocity viny, sebeobviňování, psychosomatické potíže, je důležitá emocionální podpora, zmírňování somatických příznaků a aktivní naslouchání,

- fáze adaptační – je to pokus o racionální hodnocení situace, rodina shromažďuje fakta, hledá řešení problematiky, rodina hledá informace, začíná se opírat o realitu,
- fáze reorientace – tato fáze by se dala nazvat akcí, kdy rodina mění životní rytmus a cíle, přizpůsobuje se zvýšeným nárokům na všechny členy rodiny, mění se širší sociální vztahy, rodina hledá oporu v podobně naladěných lidech, postupně se vyrovnává s krizí, vyhledává konkrétní pomoc při změnách, předání a získání zkušeností.

Rodina je pro dítě velice důležitá, napomáhá utváření sociálních vztahů, osvojení norem společnosti, je důležitá pro vývoj a dozrávání osobnosti, i pro formování individuálních vlastností. Tento proces nazýváme socializací. Úroveň **socializace** by měla odpovídat možnostem handicapovaného jedince, závisí na druhu a stupni handicapu, a na příležitostech, které poskytuje sociální prostředí. Sovák (1974) popisuje čtyři stupně socializace:

- integrace – je úplné začlenění a splynutí handicapovaného se společností a to výchovou, vzděláním, pracovním uplatněním, společenským soužitím. Jedinec s handicapem je nezávislý, samostatný a rovnocenný partner, nevyžaduje zvláštní přístup. Defektivita u něj není nebo se s ní vyrovnal.
- adaptace – je způsobilost handicapovaného přizpůsobit se společenským podmínkám. Záleží na individuálních vlastnostech, schopnostech i potřebách. Defektivita se v tomto případě objevuje v menší míře, jedinec potřebuje porozumění, povzbuzení, optimismus, taktnost v jednání, přiměřenou náročnost, systematickou činnost. Je-li optimální speciální výchova, může vést k samostatnosti.
- utilita – je sociální upotřebitelnost, schopnost při silném omezení vývoje navázat alespoň částečný vztah. Handicapovaný jedinec není samostatný, je závislý na jiných. Projeví se např. u těžkého mentálního handicapu, duševních poruch, kombinovaných vad, těžkých poruch chování.
- inferiorita – znamená nevytvoření sociálních vztahů, vyčlenění ze společnosti. Je nutné zajistit i základní péči, naprostou pomoc při zajišťování životních potřeb, jedinec s handicapem je nesamostatný.

(Pipeková, 2006)

5.2.2.1 Výchova a vzdělávání ve školských zařízeních

Děti s handicapem mohou navštěvovat speciální školu nebo běžnou školu, kde potom mluvíme o integraci. Tyto děti se speciálními potřebami mají individuální výchovně vzdělávací plán. Na vypracování tohoto plánu se podílejí odborníci i rodiče. Vychází hlavně ze souhrnných pozorování dítěte. Stanovují se krátkodobé i dlouhodobé úkoly, cíle, které jsou reálné vzhledem k aktuálnímu stavu dítěte, jeho psychickým i fyzickým možnostem. Důležité je zaznamenávat pokroky dítěte a respektovat jeho osobní tempo.

Speciální mateřské školy nebo speciální třídy v běžné mateřské škole mají za úkol individuálně navázat na speciální výchovu a na diagnostické upřesnění postižení, na přiměřené a postupné přivykání na soustavnější práci a delší soustředění pozornosti. Velice důležitá je spolupráce s rodinou.

Pro zajímavost zařazují některá legislativní opatření pro integraci, která jsou upravena Vyhláškou MŠMT:

- Do MŠ se mohou zařazovat děti se smyslovým, tělesným, mentálním, řečovým handicapem a více vadami po projednání s lékařem. Do třídy mohou být zařazeny 2 handicapované děti při celkovém počtu 12 dětí.
- Je-li do MŠ zařazeno 6 handicapovaných dětí, zajišťuje individuální odbornou péči speciální pedagog podle převažujícího druhu handicapu.
- Ředitel rozhodne o zařazení handicapovaného dítěte do speciální třídy mateřské školy na základě žádosti zákonných zástupců dítěte, vyjádření praktického lékaře a pedagogicko-psychologické poradny (PPP) nebo speciálně pedagogického centra (SPC).
- MŠ zajišťuje odbornou individuální péči, rozvíjí soběstačnost, společenskou integraci, podporuje osobnostní vývoj.

(Jankovský, 2001)

5.3 Dětská mozková obrna (DMO)

Samotný název dětská mozková obrna se u nás používá až od roku 1959. V roce 1859 bylo poškození mozku nejprve v perinatálním období označováno jako „Littleova choroba“, v dalším období se název změnil na perinatální encefalopatii. DMO patří k nejzávažnějším a také nejnápadnějším postižením. „Jde o poruchu řízení hybnosti a vývoje řízení hybnosti i jiných centrálních funkcí z postižení mozku v nejranějším dětství.“ (Edelsberger, 2000). Jde tedy o závažné centrální postižení, které vzniká před narozením dítěte, při porodu nebo brzy po něm.

Pokud bychom chtěli rozebrat název DMO do detailů, tak slovo dětská vyjadřuje období, kdy postižení vzniká, pojem mozková označuje, že příčina poruchy je v mozku a pojem obrna vyjadřuje, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla, jak uvádí Živný (Živný, 2003). Dochází zde totiž k častému zaměňování s dětskou obrnou, takzvanou poliomyelitidou, která je způsobena nákazou virového původu. Tato nemoc se u nás díky soustavnému očkování již nevyskytuje, ale můžeme se s ní setkat u některých dospělých, kteří jsou po dětské obrně. Zde je toto označení zcela správné a odpovídající skutečnosti.

Dětskou mozkovou obrnu mohou způsobit různí činitelé. Jak jsem již poznamenala, DMO může vzniknout před narozením (předporodní, prenatalní činitelé), při porodu (porodní, perinatální činitelé) anebo po porodu (poporodní, postnatální činitelé). Tímto činitelem může být jakékoli infekční onemocnění matky, kdy jsou důležité především první tři měsíce těhotenství, dalším činitelem mohou být různé toxické vlivy, novorozenecká žloutenka, nedonošenost, nedostatek kyslíku v mozku či poranění hlavy novorozence při porodu a další.

Dítě s DMO bývá v prvních dnech života abnormálně spavé a špatně pije. Není tak pohybově zdatné, např. nekope do peřinek a lze brzy pozorovat strnulejší držení některé končetiny či končetin. Motorický vývoj (vývoj hybnosti) je vždy opožděn. Psychický vývoj bývá také opožděn. Je to pochopitelné, protože v této době strmého vývoje je duševní vývoj úzce spjat s rozvojem hybnosti. Dítě s postižením například nesleduje ukazované předměty, podávané předměty neuchopí a často se stává, že hůře slyší. Začíná pozdě mluvit.

Charakteristickým znakem pro dětskou mozkovou obrnu je, že vývoj probíhá nerovnoměrně, tzv. „ve skocích“. Často pozorujeme zpomalení vývoje dítěte s DMO na určitém stupni a v dalším následujícím období jeho urychlení, což znamená, že z celkového pohledu dítě své opožďení více či méně dohání. Někdy dítě začíná stát, aniž by umělo dobře sedět.

(Živný, 2003)

5.3.1 *Formy dětské mozkové obrny*

Spastická forma DMO - tato forma postihuje asi 70-80% nemocných s DMO. Svaly jedinců se spastickou formou DMO jsou v postižených partiích ztuhlé, stažené (spastické). Záleží na tom, které končetiny jsou spastické, podle toho se blíže popisuje forma této nemoci. Název vychází z latinského označení postižené části těla se spojením se slovy paréza (oslabení) nebo plegie (ochrnutí). Hovoří se tak o spastické diparéze / diplegii (postižené jsou obě dolní končetiny), spastické hemiparéze / hemiplegii (postižené jsou končetiny na jedné polovině těla), spastické triparéze / triplegii (postižené jsou obě dolní a jedna horní končetina) nebo o spastické kvadruparéze / kvadruplegii / teraparéze (postižené jsou všechny čtyři končetiny).

Athetoidní nebo těž dyskinetická forma DMO - tato forma je charakterizovaná mimovolnými pomalými krouživými pohyby. Nejčastěji bývají těmito pohyby postiženy ruce, nohy anebo celé horní či dolní končetiny. V některých případech je postiženo svalstvo tváře a jazyka což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst, mlaskání apod. Zajímavostí je, že tyto pohyby mizí ve spánku. Mohou se objevit i problémy s mluvením, které nazýváme dysartrií. Tyto problémy jsou způsobeny špatnou svalovou koordinací potřebnou pro mluvení. Athetoidní forma DMO postihuje asi 10-20% nemocných.

Ataktická forma DMO - tato vzácná forma postihuje především vnímání rovnováhy a tzv. hlubokou citlivost (propriocepci). Chůze jedinců s touto formou DMO je nestabilní, většinou o široké bázi, chodidla pokládají daleko od sebe a celkově mají špatnou pohybovou koordinaci. U nemocných se může objevovat třes, například když se postižený snaží uchopit knihu, tak ruka, kterou pro ni sahá, se mu při tom roztřepe. Ataktickou formu má asi 5-10% nemocných s DMO.

Smíšené formy DMO - je časté, že se u nemocných s DMO výše uvedené formy různě kombinují. Nejčastější kombinaci představuje spastická forma s athetoidními pohyby, ale i jiné kombinace jsou možné.

(Živný, 2003)

5.3.2 Přidružené zdravotní problémy DMO

Převážná většina nemocných s DMO má i další přidružené zdravotní postižení. Mezi nejčastější musíme bohužel zařadit mentální postižení, které postihuje až třetinu nemocných, převážně se spastickou kvadruparézou. Dále pak mezi velmi časté zdravotní oslabení patří epilepsie, kterou trpí až polovina, ze všech nemocných s DMO. Jako další můžeme do této skupiny zařadit růstové problémy, abnormální pocity a poruchy citlivosti, poruchy zraku, sluchu a také řeči (Živný, 2003). Výjimkou nejsou ani srdeční vady, potíže s ledvinami, alergie, zažívací potíže, poruchy imunity apod.

5.3.3 Léčba DMO

Jako u všech handicapů je nutná především včasná a přesná diagnóza. I když je naše medicína na vysoké úrovni, diagnostikování dětské mozkové obrny je pořád velmi složitý proces. Velmi důležitá je důvěra rodičů v lékaře a naopak. Při péči o jedince s DMO je nutná spolupráce řady odborníků, jako je například pediatr, dětský neurolog, fyzioterapeut, ortoped, chirurg, neurochirurg, logoped, foniatr, dětský psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, v některých případech je nutný i osobní asistent. Hlavními aktéry jsou však samotní rodiče dítěte a především dítě. Odborníci musí na základě určené diagnózy a rozpoznání všech individuálních poruch vypracovat terapeutický program šitý každému jedinci na míru. Dětská mozková obrna se totiž nedá vyléčit, avšak léčba a stálá rehabilitace může, a troufám si říci, že i příznivě ovlivňuje kvalitu jeho života (Živný, 2003).

Obecně platí, že čím dříve se započne s celkovou rehabilitací a terapií, tím větší má dítě šanci překonat vývojovou poruchu nebo se naučit zvládat různé úkoly alternativními způsoby. Přesto je nutné podotknout, že dětská mozková

obrna se vyléčit nedá. Cíle léčby by měly být komplexní a zahrnout rozvoj širokého spektra dovedností, který umožní danému jedinci co největší míru seberealizace a socializace.

5.4 Předškolní dítě s diagnózou DMO

V této kapitole bych se chtěla zaměřit na specifika výchovy dětí s DMO.

U **rozumové výchovy** je důležité rozvíjení poznávacích schopností a myšlení. Dítě potřebuje stimulovat dostatkem podnětů, což je podmínkou pro rozvoj aktivity. Nesmíme opomínat vývojovou přirozenost. Podnět musí přijít v pravý čas, aby dítě nebylo zahlceno, ale ani aby nestrádalo. Učení musí být smysluplné. Velice důležité jsou pro dítě zkušenosti. Pro dítě je lepší, když si vytvoří vlastní systém poznatků, řád.

U **tělesné výchovy** je v popředí léčebná rehabilitace, ale i uvědomění si vlastního těla, kondiční cvičení, cvičení v bazénu, cvičení motoriky mluvidel, dechová a artikulační cvičení a speciální terapie.

(Peters – Vojta, 1995)

Do **speciální terapie** bychom mohli zařadit tyto:

- Bobathova terapie – u této terapie jde o utlumení abnormálního držení těla a o vybudování základních vzorů odpovídajících normálnímu pohybu, na rozdíl od posilování a uvolňování poškozených svalů. Cílem je normální postavení a rovnovážné reakce, kdy normální napětí umožní pohyb.
- Petőho terapie – tato terapie slučuje více terapií (modifikace Ester Cotton v Anglii a Helga Keil ve Vídni). Jde o podporu pohybu z potřeb, které má dítě v průběhu dne, kdy pracuje svou vůlí. Realizuje se při každodenních činnostech, je doprovázena slovně a rytmicky. Předpokladem je dobrá mentální úroveň dítěte.
- Hipoterapie - terapeutickým prostředek je kůň (přirozený biostimulátor). Při jeho pohybu dochází ke stálému střídání napětí a uvolnění těla hendikepovaného, který je nucen neustále se přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu i při své naprosté pasivitě. Posazením na koně se vyloučí z aktivní činnosti nefunkční dolní končetiny a pánev. Páteř, trup, pletenec ramenní, horní končetiny, šíje i hlava se uvolní k fyziologickým souhybům dotvářejícím obraz normální vzpřímené chůze. Důležitá je i rytmizace hybných funkcí.

○ Vojtova metoda – bývá nazývána také metodou reflexní lokomoce. Jejím základním principem je fakt, že v centrálním nervovém systému člověka jsou geneticky zakódované vrozené pohybové vzory. Tato metoda vychází ze stimulace těla k určitým vrozeným pohybům, převážně tlakem na příslušná citlivá místa. Dochází k samovolné pohybové aktivitě, fyziologické aktivaci bránice a svalů břišní stěny, k pravidelnému hlubokému dýchání, pozitivní stimulaci nervových center, upravení tepové frekvence a k celkovému zlepšení mentální aktivity. Tato metoda zahrnuje tři modely, což jsou polohy k vyvolání reakce stimulací příslušných bodů:

- model aktivovaný v poloze na břicho se nazývá reflexní plazení,
- model aktivovaný z polohy na zádech se nazývá reflexní otáčení,
- model aktivovaný z polohy na obou kolenou se nazývá 1. pozice.

Pomocí těchto terapeutických modelů (reflexního plazení, reflexního otáčení, první pozice) a odpovídajících aktivačních bodů vyvolá terapeut u pacienta svalové souhry. A tyto svalové souhry jsou stejné se svalovými souhrami, které můžeme pozorovat u dětí během jejich motorického vývoje do jednoho roku věku. Cílem je obnovit vrozené svalové vzorce umožňující kvalitní stání a chůzi.

(Orth, 2009)

Pracovní výchova pomáhá naučit pohybům potřebným v běžném životě. Zde je nutné zapojit jemnou motoriku. Důležité je naučit děti dobrému úchopu psacího náčiní, správné manipulaci a rozvíjet citlivost. Jemnou motoriku můžeme procvičovat činnostmi jako je například navlékání korálků, vystřihování, poznávání věcí podle tvaru, rozeznávání různých povrchů. Pro rozvoj grafomotoriky je důležitá koordinace zraku a ruky. Nejde o nácvik konkrétních znaků, ale jde o rozvíjení schopností, dovedností a návyků, které jsou předpokladem ke psaní. Rozvoj grafomotoriky bychom mohli rozdělit do tří fází:

- fáze - nervosvalová koordinace paže a ruky a její uvolnění,
- fáze - koordinace zraku a ruky při grafické činnosti,
- fáze - diferenciacie a upevňování.

Do pracovní výchovy bychom měli zařadit i **schopnost sebeobsluhy**. Jde o činnosti jako je stolování (nácvik, krájení, mazání, jíst příborem, ...), oblékání (zavazování, zapínání, ...), hygiena (nácvik potřebných motorických dovedností). Dále bychom sem zařadili i samostatný pohyb a orientaci v prostředí (odstranění strachu).

Do **citové a mravní výchovy** patří jistota v citových vztazích. Dítě může pociťovat citovou deprivaci z nedostatku pevných citových vazeb a vztahů. Proto by se dítě mělo podporovat ve formování sebepojetí a vlastní identity. Je nutné podporovat zejména vědomí vlastního já i společenské hodnoty. K tomu nejlépe přispívají úspěšné zážitky a vlastní dobré zkušenosti s ostatní populací, které boří bariéry mezi těmito dvěma světy.

(Peters – Vojta, 1995)

Nesmíme zapomínat, že při DMO se mohou objevit psychické zvláštnosti. V předškolním věku se to týká především snížené rozumové schopnosti, poruch pozornosti. Dítě se hůře koncentruje, může mít problémy s vybavováním. U některých dětí s DMO se přidružují obtíže se zrakovým a sluchovým vnímáním. Mohou mít poruchy řeči, například dysartrii, poruchu článkování řeči a další. Přesto všechno by dítě mělo znát možnosti své budoucnosti, jak se dá vyrovnat s postižením. Mělo by mít před sebou otevřenou budoucnost a různé možnosti uplatnění se.

Pro dítě s DMO není nejvíce traumatizující samotné postižení, ale především závislost na ostatních a sociální izolace, která vychází z jeho nemoci. Dítě paradoxně také strádá nadměrou ochrany ze strany rodičů a pečovatelů. Tato ochrana brání dítěti ve spontánní aktivitě, přirozeném rozvoji a projevu. Velikým přínosem pro většinu dětí s DMO je jejich maximální integrace do společnosti zdravých dětí a dospělých.

Celou tuto kapitolu bych ráda uzavřela příkladem pravidel při kontaktu s tělesně postiženým dítětem, aby se cítilo bezpečně a rovnocenně. Aby se dítě cítilo bezpečně, tak vozík nebo berle vždy necháváme v dosahu dítěte a pokud chceme s vozíkem odjet nebo berle někam odložit, zeptáme se dítěte. Aby se dítě cítilo rovnocenně, věnujeme mu plnou pozornost a chce-li nám dítě něco říct, nespěcháme na jeho vyjádření, ale dopřejeme mu dostatek času. S dítětem si povídáme z očí do očí, popřípadě si sedneme nebo předřepneme. Pokud nerozumíme sdělení, taktně se znovu zeptáme. O dítěti nemluvíme jako o „postiženém dítěti“, ale jako o „dítěti s postižením“.

(Živný, 2003)

6. CÍL PRAKTICKÉ ČÁSTI

Cílem této práce je, aby výsledná zjištění poskytla informace učitelkám, které by měly zájem o práci v podobném zařízení.

- Prvním cílem je vypracovat kazuistiku dívky, se kterou jsem měla možnost strávit čtrnáct dní v mateřské škole v centru Arpida v Českých Budějovicích.
- Druhým cílem je zmapovat a popsat praktickou realizaci ucelené rehabilitace u dítěte s DMO ve speciálním zařízení pro tělesně postižené.

7. METODY PSYCHOLOGICKÉHO VÝZKUMU

Pro vypracování praktické části této práce jsem z metod psychologického výzkumu využila metodu pozorování, rozhovoru, analýzu zdravotní a pedagogické dokumentace a analýzu spontánních výtvorů dítěte.

7.1 Metoda pozorování

Při své praxi v mateřské škole v centru Arpida jsem využila jednu z metod pozorování a to metodu zúčastněného pozorování. Metodu zúčastněného pozorování definuje Svaříček (2007) jako: „dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces“. Účelem tohoto pozorování je jednak být účastníkem interakcí, kdy se pozorovatel aktivně neúčastní činností a aktivit, aktivity pouze sleduje a jednak být badatelem, který má jistý záměr, chce něco objevit.

Pozorování nám umožňuje zachytit, co se děje a jak daná situace vypadá. Popis situace by měl být detailní a přesný. Díky pozorování můžeme lépe pochopit celý kontext situace v celé jeho šíři, můžeme zachytit rutinní situace, které si aktéři běžně neuvědomují. Přímé pozorování vede k tomu, že si badatel udělá vlastní názor na pozorované jevy. Velice důležité jsou vlastní poznámky a reflexe.

Na rozdíl od rozhovoru, který dokáže zachytit i to, co účastníci říkají, co si myslí, pozorování slouží k popisu jednání aktérů.

(Svaříček - Šedová, 2007)

7.2 Metoda rozhovoru

Metodu rozhovoru využíváme k získání takových typů dat, jako jsou informace o postojích, názorech, přáních, záměrech dotazovaného. Tuto metodu používáme také, pokud chceme zjistit, jak daný člověk porozuměl situaci. Metoda rozhovoru představuje zprostředkovaný a interaktivní proces získávání dat. Rozdíl mezi metodou pozorování a rozhovoru je v tom, že u metody pozorování je pozorovatel většinou neúčastněný, skrytý. Zatímco rozhovor je střetnutím tváří v tvář, tazatel je aktivní, vstupuje do situace a svými otázkami situaci a charakter informací ovlivňuje.

U metody rozhovoru není důležité jen jak se ptáme, ale i jak se ptáme a také kdo se ptá. Informace, které získáme touto metodou jsou vždy zprostředkované. Dotazovaný odpovídá podle svých emocionálních, společenských, pragmatických a etických důvodů. Ne vždy nám poví, co si doopravdy ve skutečnosti myslí anebo ne vždy se nám daří pomocí řeči vyjádřit, co si myslíme. Dále záleží na jazykové obratnosti, na struktuře a povaze jazyka.

Z hlediska počtu komunikujících osob můžeme rozhovor rozdělit na monolog (jeden komunikující), dialog (dva komunikující) a skupinový rozhovor. Podle hlediska řečové výměny informací mluvíme o rozhovoru formálním nebo neformálním, strukturovaném či nestrukturovaném, terapeutickém, výzkumném, zaměstaneckém, poradenském apod.

(Ferjenčík, 2010)

7.3 Analýza dokumentů a spontánních výtvorů dítěte

Slovo **analýza** si můžeme přeložit jako rozbor. Analyzovat lze psaný, tištěný text, video záznam, film a další. Většinou se analýza týká normativních dokumentů, podkladů jako jsou například zákony, usnesení, archivní materiály, lékařské dokumentace, ale i záznamy význačných akcí a další. Důležité je ověřit si věrohodnost pramene a spolehlivost informačního zdroje. Pro analýzu je klíčová maximální míra objektivity, která se střetává s praxí, realitou.

Analýza spontánních výtvorů se týká prací, které byly vytvořeny při běžné činnosti a nebyly určeny pro psychologický výzkum. Příkladem těchto prací jsou výtvarné, hudební či slovní výtvořiny.

(Svaříček – Šedová, 2007)

8. KAZUISTIKA DĚVČÁTKA S DIAGNÓZOU DMO

Osobní anamnéza: Holčička s iniciály A.D. se narodila v roce 2005 z prvního těhotenství, bezproblémovým porodem. Později jí byla diagnostikována DMO, spastická kvadruparéza. Mentální postižení v tomto období nebylo prokázáno. Holčička prodělala několik operací a další jí v budoucnu ještě čekají. Má alergii na Atropin. Čistotu začala udržovat ve čtvrtém roce, pleny již v současné době nenosí vůbec. Vyjadřovací schopnosti jsou značně omezeny vlivem diagnózy, kde se projevuje strnulost obličejových svalů a děvčátko používá velmi tichou, málo srozumitelnou řeč. Silnější podněty a náhlé změny zesilují u holčičky spasticitu.

Rodinná anamnéza: Matka i otec jsou zdraví a v nejbližší rodině nejsou známy žádné případy nějakého handicapu, ani vážnějších onemocnění. V rodině má holčička velkou oporu, matka s ní cvičí Vojtovu metodu.

Od roku 2009 navštěvuje děvčátko speciální mateřskou školu. Spolu s matkou docházelo nejprve ke krátkodobým adaptačním pobytům, pohybujícím se v časovém rozpětí několika minut až jedné hodiny, podle rozpoložení holčičky. Po měsíci matka postupně odcházela a od dalšího měsíce už dceru do školky jen přivedla a po čtyřhodinovém pobytu vyzvedla. V kolektivu je děvčátko spokojené. Pro pobyt děvčátka bylo nejprve nutné zajistit nezbytné speciální pomůcky, asistenta, rehabilitační sestru a vypracovat individuální plán, jak co nejlépe holčičku podle možností rozvíjet.

I přes sklony k úzkostem je děvčátko kooperativní, snaží se o sebekontrolu, což je velmi dobré východisko pro další pokroky v socializaci. Později byla zjištěna snížená mentální výkonnost – ve verbální oblasti do pásma hlubokého podprůměru. Vývojová ztráta v oblasti psychiky činí 50%.

9. INDIVIDUÁLNÍ PLÁN DĚVČÁTKA S DIAGNÓZOU DMO

Individuální plán vychází z ohledu na mentální věk dítěte, na možnosti navazování kontaktů s učiteli a dětmi a snaží se rozvíjet všechny možnosti osobnosti vzhledem k rozsahu postižení. Pro ilustraci uvádím individuální plán holčičky s iniciály A.D., na kterou jsem zaměřila svou práci. Tento individuální plán vypracovaly paní učitelky pro školní rok 2009/2010.

Cíle:

Zaměřit se na sebeobsluhu, na zdokonalování jemné a hrubé motoriky, řeči.

Pravidelná konzultace s matkou - náměty, metody, doporučení, jak podporovat a rozvíjet snížené schopnosti děvčátka.

Intenzivní a soustavná logopedická péče přímo v MŠ.

Spolupráce s poradnami, kam dítě dochází - neurologie, pediatrie, rehabilitace, SPC, PPP atd.

Zajistit kompenzační a učební pomůcky - speciální židle s pracovní deskou, speciální kočárek na vycházky, držátka na tužky na pastelky, rehabilitační lehátko atd.

Zajištění asistenta a rehabilitační pracovnice.

Smyslová výchova - diferenciací, sluchová, poznávání předmětů hmatem, prostorová a směrová orientace, cvičení chuti a čichu.

Rozumová výchova - rozvoj poznávacích schopností, komunikačních dovedností, logického myšlení, grafických schopností.

Samostatnost a soběstačnost – sebeobsluha, hygienické návyky.

Práce s různými druhy materiálů - dřevěné stavebnice, modelování, hry s papírem, textilem, přírodninami (ergoterapie).

Muzikoterapie, míčkování. - pomocí těchto terapií se snažit u holčičky o co největší možné uvolnění a psychickou pohodu.

Průběžná hodnocení vývoje dítěte:

Průběžná hodnocení vývoje dítěte jsou součástí individuálního plánu dívky.

Do kolektivu dívka zapadla velmi dobře. Děti i paní učitelky ji často hladí, i když zpočátku byl pro ni dotyk nepříjemný. Všechny děti zná jménem. Nejraději má cvičení s hudbou, při něm se hlasitě směje. Cvičí s asistentem, který ji umožňuje přes sebe zprostředkovaný pohyb. Pomáhá jí s podporou, nosí ji, pomáhá jí hýbat rukama i nohama apod. Dívka jí i pije ve své židličce, ale v průběhu dopoledne pobývá podle prováděných činností na koberci, v bazénku. Logopedická péče, masáže dlaní a prstů jsou prováděny každý den, rehabilitační sestra pracuje s děvčátkem třikrát týdně. Maluje pomocí speciálních pomůcek, např. houbou namočenou v barvě. Dobře se orientuje ve známém prostoru. Od doby, co dívka navštěvuje mateřskou školu, udělala veliký pokrok.

Přesto bude holčička do budoucna potřebovat zcela individualizovaný program výuky čtení a psaní, nutností bude i nadále asistent. Vzhledem k rozsahu postižení bude zřejmě celý život odkázána na pomoc druhých. Jak už bylo řečeno dříve, je u děvčátka dobrý předpoklad pokroku v socializaci. Velkou výhodou jejího dalšího vývoje je dobré a zdravé rodinné prostředí, ve kterém má velkou oporu.

10. TÝDENNÍ PLÁN

V této kapitole bych ráda popsala týdenní plán děvčátka s DMO. Je to přesný popis činností za celý týden, kdy jsem docházela do mateřské školy v centru Arpida. Paní učitelka každý den dívence masíruje dlaně a prsty, někdy používá míčkování. Každý den by měla s dívkou i ostatními dětmi dělat logopedická cvičení. A třikrát týdně by měla za děvčátkem docházet rehabilitační sestra.

- **Pondělí:** ranní volná hra – *dívka si hraje s ostatními dětmi, co už přišly do školky na ZOO. Je komunikativní, usmívá se, má radost, že je opět ve školce,*
- cvičení – děti si při cvičení hrají na zvířátka (děti předvádí typické rysy a pohyby zvířete, dále i zvuky zvířete), dívka *se cvičení také účastní, při cvičení jí pomáhá asistent, který jí pohyb zprostředkovává přes sebe,*

- svačina – *děvčátko jí ve své židličce,*
 - klidová činnost – paní učitelka děvčátku masíruje dlaně a prsty, je vidět, *že se to dívence líbí, je velice klidná,*
 - řízená činnost – paní učitelka si s dětmi povídá o oblečení (jaké oblečení se nosí v zimě), poté se i jedno z dětí do zimních věcí obléká (musí rozeznat, které oblečení je letní a které zimní, aby se správně obleklo), *děvčátko spíše tuto činnost sleduje, aktivně se nezapojuje, vypadá, že je unavená,*
 - vycházka ven – na vycházky ven i na zahradu má *dívěnka vlastní „kočárek“, občas se nechává vozit od ostatních dětí, moc se jí líbí sníh,*
 - oběd – *dívěnka jí moc pěkně, ale všechno nesnědla.*
- **Úterý:** ranní činnost – paní učitelka dětem rozdala obrázek, na kterém mají zimní motiv, mají tento obrázek vybarvit, *dívěnka maluje pomocí houby namáčené v barvě, vybarvuje si sněhuláka, ale po chvíli jí tato činnost přestává bavit a potřebuje větší motivaci k dalšímu malování,*
- masáž dlaní a prstů – paní učitelka reaguje na dívěnky nechut' v malování a tak jí masíruje dlaně a prsty, *dívěnka se zklidní a uvolní,*
 - svačina – *dívěnka všechno snědla,*
 - řízená činnost – děti si dokreslovaly obrázky, které malovaly před svačinou, *dívěnka potřebuje velkou motivaci, aby v této činnosti pokračovala,*
 - muzikoterapie – na muzikoterapii přišly i děti z vedlejší třídy, do této činnosti *se děvčátko zapojuje s radostí, při hraní písniček se hlasitě usmívá, líbí se jí rolničky, nedělá jí problém chytit rytmus,*
 - po muzikoterapii si jdou všechny děti z obou tříd hrát do vedlejší třídy – *dívěnka si hraje s ostatními dětmi, hrají si na doktory, s ostatními dětmi pěkně komunikuje,*
 - oběd – *snědla všechno.*

- **Středa:** ranní volná hra – *dívěnka si hraje ještě s jednou holčičkou s panenkami a voňavkami,*
- masáž dlaní a prstů – *tato činnost se jí opět líbí,*
- svačina – *svačinu všechnu nesnědla, nechutnala jí pomazánka a tak po dohodě jen ochutnala,*
- řízená činnost – paní učitelka má pro děti nachystanou novou básničku na zimní téma (o bruslařích), s dětmi se učí postupně části básničky pomocí rytmu, kdy děti vytleskávají jednotlivé slabiky slov, *dívěnka si slova pamatuje a přestože pomalu, tak je pěkně opakuje,* jako další činnost má paní učitelka pro děti nachystané pracovní listy, kde děti musí správně určit, co patří a nepatří do zimních sportů, *tato činnost děvčátko baví, zvládla jen asi s jednou chybou správně najít všechny zimní sporty a i měla sama zájem obrázky si vymalovat,*
- cvičení s rehabilitační sestrou (Vojtova metoda) – sestra si dívěnku odvedla do své rehabilitační místnosti, kde byl velký stůl, *sestru oslovovala jménem* a bylo vidět, že spolu mají pěkný vztah, sestra dívence vysvětlila, co se bude dít a dívěnka s tím souhlasila, měly už jistý rituál, kdy si dívěnka řekla, kolik bude potřebovat pro dnešní cvičení kapesníčků, *když dívěnka ležela na zádech začala s ní sestra cvičit, dívěnka začala plakat, ale nekřičela,* sestra jí vysvětlila, že jí to nebolí, že pláče kvůli nepřirozené poloze, když docvičily jednu pozici, dívěnka mohla použít na utření slziček jeden kapesníček a sestra pokračovala dalším cvikem, na konci cvičení jim zbyly ještě dva kapesníčky, takže dívěnka dostala pochvalu, že ani všechny kapesníčky nepotřebovala,
- vycházka ven – venku si děti opět hrály se sněhem, který *má dívěnka moc ráda,* ostatní děti jí dělaly sněhové koule, které jí dávaly do jejího „kočárku“,
- oběd – *děvčátko snědlo celý oběd.*

- **Čtvrtek:** ranní činnost – vybarvování zimního oblečení (šálu, čepici a rukavice měla paní učitelka vystříhané na tvrdé čtvrtce), ostatní děti malovaly štětcem a *děvčátko malovalo houbou namáčenou v barvě*, děti si vše mohly vybarvit podle své fantazie a svých přání, to všechny děti i *děvčátko moc bavilo, malovala sytými barvami, barvy hodně střídala, výsledek poté vypadal velice vesele a pozitivně*,
- cvičení – děti si hrály na zimní sporty (předváděly typické pohyby pro zimní sporty), *dívěnka se zapojila pomocí asistenta, poté se děti i dívěnka protahovaly* (uvolňovací a protahovací cviky, dechové cvičení),
- masáž dlaní a prstů – asistent namasíroval dívence dlaně a prsty, *dívěnka si zavřela oči a pěkně se uvolnila*, poté využil i míčkování,
- ergoterapie – *dívěnka si mohla vybrat činnost, kterou chce dělat, dívěnka si vybrala zametání knoflíků*, ergoterapeut mi řekl, že tahle činnost dívěnce baví, *s pomocí asistenta dívěnka zametala smetáčkem knoflíky ze stolu na lopatičku*, poté dostala obrázek (grafomotorický list) s míčem a měla kreslit hopsající míč (horní oblouky), *tato činnost jí také bavila, zvládla udělat celý obrázek*,
- svačina – *děvčátko snědlo celou svačinu*,
- řízená činnost – paní učitelka měla pro děti nachystaný ještě jeden úkol spojený s obrázkem zimního oblečení, které dělaly děti ráno, měla nastříhané geometrické tvary (kruh, čtverec, trojúhelník) různých barev, které děti měly podle instrukcí lepit na šálu, čepici, rukavice, *děvčátko si vybralo čepici*, pro příklad: paní učitelka řekla, že si děti mají najít modrý čtverec, poté červený trojúhelník a děti tyto tvary lepily na vybrané zimní oblečení, *dívěnce tato činnost bavila, ale dělal jí problém v rozlišení tvarů, byla pomalejší než ostatní děti, tak si s asistentem určili vlastní tempo, kdy si ukazovali rozdíl mezi geometrickými tvary, barvy dívence problém nedělaly*,
- vycházka ven – ven šly všechny děti z obou tříd společně, dělaly sněhuláka, *dívěnka si hrála se sněhovými koulemi*, které jí udělaly děti nebo paní učitelka,
- oběd – *dívěnka snědla polévku i hlavní jídlo*.

- **Pátek:** ranní volná hra – děti, které chtěly, si mohly dodělat obrázky se zimním oblečením z předchozího dne (lepení geometrických tvarů na šálu, čepici, rukavice), *dívka chtěla tuto činnost dělat, vybrala si šálu a s pomocí asistenta lepily určené tvary, dívka se zlepšila v rozeznávání tvarů, už jí nedělal problém rozlišit kruh, ale v rozlišování čtverce a trojúhelníku se ještě většinou spletla, poté si děti hrály s autodráhou a dívka se k ostatním dětem přidala,*
- svačina – *dívka snědla celou svačinu,*
- zpívání – děti z obou tříd se sešly v jedné třídě a společně zpívaly písničky, všechny děti zpívání moc bavilo i *dívka se smála,* děti zpívaly a zkoušely hrát do rytmu na různé nástroje, *dívce se opět nejvíce líbily rolničky,*
- masáž dlaní a prstů – *děvčátku se tato činnost líbila, u této činnosti vždy relaxuje, ztiší se a zklidní se,*
- volná hra – děti z obou tříd zůstaly v jedné třídě a hrály si společně, *dívka si hrála ještě se dvěma děvčátky s barevnými korálky, pěkně s nimi komunikovala, bavily se o barvách a velikostech korálků, také vymýšlely, jaké by z nich šly udělat šperky,*
- oběd – *dívka snědla všechnu polévku, ale hlavní jídlo celé nesnědla, prý už měla jen malý hlad.*

11. Diskuse

Vlastní šetření jsem vykonávala během čtrnáctidenní praxe v mateřské škole centra Arpida v Českých Budějovicích. Toto centrum se nachází na okraji města, ve velice klidné části. V areálu je velké množství zeleně a spousta prostoru pro volný pohyb dětí. Nedaleko centra se nachází přírodní rezervace Vrbenské rybníky.

Mateřská škola má dvě třídy. Zaměřuje se na děti s tělesným a kombinovaným postižením. Každé z dětí má jistá lékařská doporučení a rehabilitační plán, z kterých se také tvoří individuální plán dítěte. Dívka, na kterou jsem zaměřila svou práci, by měla mít každý den masáže dlaní a prstů, logopedickou péči a třikrát týdně by měla cvičit s rehabilitační sestrou. Jak je vidět i na příkladu týdenního plánu, který jsem zde uvedla, ne vždy se vše dodrží. Někdy se nedodrží přesný počet rehabilitací, logopedická cvičení probíhají každý den během běžné činnosti a běžné komunikace ve třídě. Masáže dlaní a prstů nebo míčkování dělá každý den paní učitelka nebo asistent.

Pokud bych měla srovnat teorii o ucelené rehabilitaci dětí s tělesným postižením, kterou se zabývá například Jankovský s praxí, kterou jsem měla možnost zažít po dobu své čtrnáctidenní praxe v mateřské škole v centru Arpida, musela bych přiznat, že ne ve všem se teorie s praxí shoduje.

Kupříkladu léčebná rehabilitace, jejím hlavním cílem je provádět léčbu tedy odstraňovat nebo zmírňovat následky úrazu či nemoci. Tento hlavní cíl je, podle mého názoru, naplňován. Každé z dětí má předepsaný určitý počet rehabilitačních cvičení na týden, také má předepsáno, kolik by mělo absolvovat masáží, cvičení v bazénu, magnetoterapií, ergoterapií, animoterapií a dalších. Ze zkušenosti z mé praxe vím, že se vždy tato lékařská doporučení nedodržují. Někdy se stane, že rehabilitační sestra si přijde pro dívku, ale ta bohužel je na ergoterapii a potom už rehabilitační sestra nemá čas, tak se cvičení přesune na jiný den nebo další týden. Naopak v některých případech si rehabilitační sestra přijde pro děvčátko a řekne mu, že půjdou cvičit do bazénu, ale dívka se začne vztekat a do bazénu nechce. Sestra velice pěkně zareaguje na momentální rozpoložení dítěte a domluví se s dívkou na jiném cvičení.

Pokud bych měla porovnat sociální rehabilitaci v praxi s teorií na děvčátku, které jsem si vybrala do této práce, musela bych uznat, že dívka udělala pomocí všech, co se o ni starali a pomáhali jí v začlenění se do skupiny dětí a ostatních lidí,

veliký pokrok. Za dobu, co dívka školku navštěvuje, se moc dobře včlenila do skupiny dětí a začala komunikovat i s ostatními lidmi. Když do školky začínala chodit, mluvila jen s rodiči a ještě velice potichu. Vadil jí jakýkoli dotek od někoho cizího i od ostatních dětí. Díky trpělivé práci paní učitelek, rehabilitačních sester, rodičů a zároveň dětí nyní dívka pěkně komunikuje s dětmi i s ostatními lidmi. Děti, paní učitelky a rehabilitační sestry zná jménem i mé jméno se po pár dnech naučila. Dotek už jí tolik nevadí a naopak některé doteky jí dělají moc dobře, například masáže dlaní a prstů nebo hlazení po ruce a po tváři. Děvčátko má naštěstí oporu v rodině, která jí moc pomáhá.

Pedagogická rehabilitace zahrnuje složku pedagogickou, ale i výchovnou. Jde o to, dosáhnout u osob s handicapem co nejvyššího stupně vzdělání s ohledem na jejich individuální specifické potřeby a zároveň učit děti žít ve skupině vrstevníků. Tím se učí zkušenostem o vztazích mezi dětmi (spolužáky), o vztazích mezi dětmi a učiteli, dětmi ostatními dospělými. Nesmíme zapomínat, že u každého dítěte nalezneme oblast, kterou lze dále rozvíjet. Pokud mohu hodnotit z mé praxe, potom nároky na vzdělávání kladené na děti jsou dle mého soudu úměrné. Děti mají dostatek prostoru a času na vypracování zadaných úkolů, řízené činnosti jsou střídány činnostmi aktivními nebo vycházkami ven, tak aby se děti odreagovaly a poté se mohly opět soustředit na řízenou činnost. Logopedická cvičení zařazuje paní učitelka do běžné komunikace s dětmi a do běžných činností ve třídě. Pokud má s dětmi chvíli, učí se novou básničku nebo opakují básničky, co už znají. Básničky a říkanky dále rytmezují, vytleskávají, počítají slabiky slov. Paní učitelka je přitom důsledná na výslovnost jednotlivých písmen, slabik i slov. Dětem nechává dostatek času na vyjádření a správné opakování.

Do činností paní učitelka vždy zapojuje všechny děti s ohledem na jejich specifika. Například pokud při cvičení některé z dětí nemůže chodit (má postižení dolních končetin), pomocí rukou se odstrkuje po koberci a paní učitelka vymýšlí i cviky, které mu nedělají problém, př. hra na hady. Dětem, které se nemohou hýbat, třeba jako naše děvčátko, pomáhá zprostředkovat pohyb přes sebe asistent. Všechny děti jsou naučené maximální samostatností, jak jim to umožňuje jejich postižení, což je důležité pro jejich budoucí život. Děti se samy oblékají, obouvají, chodí na toaletu, uklízí hračky a zároveň si pomáhají mezi sebou.

Jak jsem již zmiňovala v kapitole o režimu rehabilitace, je velice složité propojit činnosti a aktivity ve třídě s rehabilitací každého dítěte. Děti se ve třídě střídají, odcházejí na rehabilitace a zase se vrací zpět. Tím se komplikuje práce paní učitelky ve třídě. Pokud mají děti rozdělanou činnost a musí odejít na rehabilitaci, dodělávají si tuto činnost, když se vrátí, někdy později při nějaké klidové volné chvílce nebo druhý den. Přesto si nemyslím, že by děti byly o něco ochuzené. Děti chodí často ven, pokud to počasí dovolí, chodí do bazénu, jezdí na koních a dělají spoustu dalších činností.

Rozhodně bych chtěla vyzvednout práci paní učitelek. U paní učitelek jsem si všimla, velice láskyplného, empatického přístupu k dětem. Paní učitelky dokážou velice citlivě přihlídnout k individuálním zvláštnostem a potřebám dětí. Za tento přístup je velice obdivuji. Nejen, že se děti spojují po ránu a odpoledne v jedné třídě, ale přes i den podnikají společné aktivity, například muzikoterapii, bazén, vycházku ven, což děti velice spojuje. Moc dobře se znají děti z obou tříd. Děti se tím učí ohleduplnosti, vlastní sebekontroly při hrách, umí si půjčovat hračky.

Paní učitelky umí velice pěkně pracovat s hlasem, mimikou a gestikulací. Mění hlasitost i polohu hlasu, výraznou mimiku a tím pomáhají dětem v zájmu o danou činnost a o komunikaci. Necháávají děti se projevit. Využívají i básniček s pohybem nebo rytmizací vsedě, ve stoji, tak aby se mohly zapojit všechny děti.

Paní učitelky jsou velice trpělivé, ale zároveň také důsledné při činnostech, které vyžadují samostatnost, jako je například oblékání, úklid bačkorek, mytí rukou, úklid hraček atd.

Dále paní učitelky doplňují rehabilitační program různými druhy cvičení (zdravotní cvičení, masážní cvičení, míčkování), které s dětmi provádějí ve třídě, úzce při tom spolupracují s rehabilitační sestrou.

12.ZÁVĚR

Díky této práci a praxi s ní spojené, jsem měla možnost vidět a vyzkoušet si prostudovanou teorii v praxi. Získala jsem tak komplexnější pohled na práci ve speciální mateřské škole a na děti s diagnózou DMO. Udělala jsem si obrázek o tom, jak je složité skloubit režim mateřské školy s režimem rehabilitace.

Ucelená rehabilitace má pro děti s tělesným postižením velký význam. Dívka, kterou jsem si vybrala pro tuto práci, udělala od doby, co začala navštěvovat mateřskou školu v centru Arpida, veliký pokrok. Ze začátku téměř nekomunikovala s okolím, jen se známými lidmi, vadil jí dotek jiných lidí a byla uzavřená do sebe. Nyní se baví s ostatními dětmi, které zná všechny jménem, směje se, dotyk od paní učitelky a ostatních dětí jí nevadí, například masáže dlaní a míčkování jí jsou velice příjemné a ve školce se jí moc líbí. I mě přijala velice dobře, strávily jsme spolu pěkných čtrnáct dní.

Tato práce jistě nebude žádným velkým objevem, ale pro mě osobně má velký význam. Zjistila jsem, jak je práce s dětmi s postižením velice náročná, zodpovědná, složitá, ale zároveň krásná, naplňující a jak člověka obohacuje. Obdivuji paní učitelky za jejich práci a zároveň jim jejich práci závidím.

13. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

DYLEVSKÝ, I. *Somatologie*. Olomouc: EPAVA, 2000.480s.ISBN 80-86297-05-5.

EDELSBERGER, L. *Defektologický slovník*. 3.vyd. Jinočany: H&H, 2000.418s.ISBN 80-86022-76-5. str.22

FERJENČÍK, J. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Praha: Portál, 2010.256s.ISBN 978-80-7367-815-9.

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným s kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001.146s.ISBN 80-7254-192-7. str.9,10

JÍROVÁ, M., STRNAD, S. a kol. *Metodika výchovné práce v jeslích a v mateřských školách*. Praha: SPN, 1968.183s.ISBN 14-860-68.

KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000.123s.ISBN 80-85931-91-5.

LANGMAJER, J. *Vývojová psychologie*. 3.vyd.Praha: Grada, 1998.368s.ISBN 80-7169-195-X.

MAREŠ, J., PRUCHA, J., WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 1995.292s.ISBN 80-7178-029-4. str.7

MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. Praha: Portál, 1996.143s.ISBN 80-7178-085-5.

MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2.vyd.Brno: Paido, 1998.85s.ISBN 80-85931-60-5.

MULLER, O., VALENTA, M. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003.439s.ISBN 80 -7320-039-2.

ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii*. České Budějovice: KOPP, 2009.216s.ISBN 978-80-7232-378-4.

PETERS, A., VOJTA, V. *Vojtův princip*. Praha: Grada Publishing, 1995.184s.ISBN 80-7169-004-X.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998.234s.ISBN 80-85931-65-6.

PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd.Brno: Paido, 2006.404s.ISBN 80-7315-120-0.

PRUCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2005.454s.ISBN 80-7367-047-X.

SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1974.214s.ISBN 40-00-07-14-398-74. str.20

SVAŘÍČEK, R., ŠEDOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál,2007.384s.ISBN 978-80-7367-313-0. str.28

SVOBODOVÁ, E. *Obsah a formy předškolního vzdělávání*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, 2007.75s.ISBN 978-80-7040-940-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Praha: Portál, 2000.528s.ISBN 80-7178-308-0.

VÍTKOVÁ, M. *Interaktivní speciální pedagogika*. 2.vyd.Brno: Paido, 2004.462s.ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006.144s.ISBN 80-7315-134-0.

VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Karolinum, 2003.207s.ISBN 80-246-0708-5. str.7,8,12,13,14,15

Elektronické dokumenty

BLÁHOVÁ, A., HAVLÍNOVÁ, M., KREJČOVÁ, V., OPRAVILOVÁ, E. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. [online] Praha: VÚP, 2004 [cit. 15.června 2011].45s.

Dostupný z WWW: <<http://www.msmt.cz/vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-predskolni-vzdelavani>>.

BRYCHNÁČOVÁ, E., MÁLKOVÁ, M. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. [online] Praha: VÚP, 2008 [cit. 15.června 2011].109s. Dostupný z WWW: < http://www.msmt.cz/file/10430_1_1/download/>.

ŽIVNÝ, B. *Co je to dětská mozková obrna. Dětská mozková obrna (základní informace pro nemocné a rodiče dětí s DMO)* [online], [cit. 23.března 2006].

Dostupný z WWW: <<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.asp?id=156>>.

ŽIVNÝ, B. *Co je to dětská mozková obrna* [online], [cit. 28.června 2011]

Dostupný z WWW: <<http://www.ssvp.wz.cz/Texty/dmo.html>>.

14.PŘÍLOHA

Příloha 1

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

– Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

strana 32-37

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

RVP PV vychází ve své základní koncepci z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z toho důvodu je RVP PV základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem.

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné. Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba jejich naplňování přizpůsobovat tak, aby maximálně vyhovělo dětem, jejich potřebám i možnostem. Snahou pedagogů by - stejně jako ve vzdělávání dětí, které speciální vzdělávací potřeby nemají – mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti.

Oproti vzdělávání běžné populace dětí vyžaduje vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami obvykle některé jiné, popř. *některé další podmínky*.¹ Základní povinné podmínky pro předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jsou stanoveny zákony, vyhláškami a prováděcími předpisy.² Kromě těchto podmínek je třeba, aby předškolní pedagog bral v úvahu ještě podmínky další, které *ovlivňují kvalitu* poskytovaného vzdělávání. Jsou to podmínky, které vyplývají z přirozených vývojových potřeb dětí předškolního věku (ty jsou formulovány v RVP PV), a zároveň i ty, které jsou dány jejich speciálními potřebami. Některé jsou pro všechny děti společné, jiné se liší podle charakteru a stupně postižení či znevýhodnění

¹ Např. v oblasti věcného prostředí, životosprávy dětí, psychosociálního klimatu, organizace vzdělávání, personálního a pedagogického zajištění, spolupráce mateřské školy s rodinou apod.

² Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a o vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

dítěte a v obecné formě se zpravidla týkají určité skupiny dětí. Pedagog by měl zajišťovat tyto podmínky s ohledem na vývojová a osobnostní specifika těchto dětí a měl by být vzdělán v oblasti speciální pedagogiky.

Podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním a zdravotním postižením. Ve vztahu k druhu a stupni postižení dítěte jsou podmínky při jeho vzdělávání (speciálním i integrovaném) *plně vyhovující*, jestliže:

u dětí s tělesným postižením

- je zajištěno osvojení specifických dovedností v rozsahu individuálních možností dítěte
- je zabezpečena možnost pohybu dítěte v prostorách školy pomocí dostupných technických prostředků nebo lidských zdrojů
- jsou vytvářeny podmínky pro náhradní tělovýchovné aktivity dítěte možné v rámci jeho postižení
- jsou využívány kompenzační (technické a didaktické) pomůcky
- počet dětí ve třídě je snížen

u dětí se zrakovým postižením

- je zajištěno osvojení specifických dítětem zvládnutelných dovedností zaměřených na samostatnost a sebeobsluhu
- prostředí je bezbariérové, s ohledem na zrakové postižení dítěte pro ně maximálně bezpečné
- je dodržována předepsaná zraková hygiena
- je vytvářena nabídka alternativních (zvládnutelných) aktivit
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické, zvláště optické a didaktické) pomůcky a hračky
- počet dětí ve třídě je snížen
- je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení)

u dětí se sluchovým postižením

- je zajištěno osvojení specifických dovedností v úrovni odpovídající individuálním potřebám a možnostem dítěte
- je dodržována sluchová hygiena
- jsou zajištěny a využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky
- vzdělávání dítěte probíhá ve vhodném komunikačním systému

u dětí s mentální retardací

- je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky
- je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení)
- počet dětí ve třídě je snížen

u dětí s poruchami pozornosti a vnímání (děti s poruchou učení a chování)

- prostředí je pro dítě zklidňující
- je zajištěn zvýšený bezpečnostní dohled
- počet dětí ve třídě je snížen
- je zajištěn důsledný individuální přístup pedagoga k dítěti
- mateřská škola těsně spolupracuje s SPC a s rodiči dítěte
- jsou využívány speciální didaktické pomůcky zaměřené na cvičení soustředění a pozornosti

u dětí s poruchami řeči

- je zajištěna kvalitní průběžná logopedická péče
- je zajištěna těsná spolupráce s odborníky a s rodiči dítěte

u dětí s více vadami a autismem

- je zajištěno osvojení specifických dovedností, zaměřených na sebeobsluhu
- vzdělávací prostředí je klidné a pro dítě podnětné
- je zajištěna přítomnost asistenta
- počet dětí ve třídě je snížen
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky
- jsou zajištěny další podmínky podle druhu a stupně postižení

Podmínky pro vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním a zdravotním postižením. Vzdělávání je třeba přizpůsobit potřebám, které vyplývají ze zdravotního oslabení dítěte, které jsou důsledkem jeho dlouhodobější nemoci, nebo které jsou dány lehčími poruchami jeho učení a chování.

Vzdělávání dětí se zdravotním postižením v mateřských školách či třídách se vzdělávacím programem upraveným podle speciálních potřeb dětí je v souladu s příslušnou vyhláškou³ personálně posíleno v osobě dalšího pedagogického pracovníka a zabezpečeno dle potřeby souběžným působením dvou pedagogických pracovníků ve třídě. Pro integrované vzdělávání není tato podmínka (možnost) legislativně stanovená. Pokud je však vzdělávání dítěte a péče o ně natolik náročná, že vyžaduje péči dalšího pedagoga či jiného pracovníka, je vhodné jeho účast zajistit.

Podmínky vzdělávání dětí se sociálním znevýhodněním. Vzdělávání dětí ze socio - kulturně znevýhodňujícího prostředí, dětí s oslabeným rodinným zázemím či dětí, které pocházejí z jazykově odlišného prostředí a které nemluví jazykem, v němž probíhá vzdělávání, se uskutečňuje podle požadavků daných RVP PV. Snížená sociální adaptabilita těchto dětí či zvýšená potřeba výchovy a vzdělávání v některé oblasti vyžaduje úpravu vzdělávacího obsahu i podmínek vzdělávání. V mateřské škole jsou uplatňovány speciální vzdělávací metody umožňující včasnou diagnostiku a rozvojovou stimulaci dětí.

³ Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a o vzdělávání dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Děti ze sociálně znevýhodňujícího prostředí mohou být vzdělávány také v *přípravných třídách základní školy*. Podmínky pro tuto formu vzdělávání jsou stanoveny vyhláškou.⁴

Integrované vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzdělávání těchto dětí v mateřských školách či třídách s programem upraveným podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí snáze splňuje základní povinné podmínky a v mnoha ohledech potřebám dětí vyhovuje lépe než prostředí běžných mateřských škol⁵. Integrace dětí do běžné mateřské školy však znamená přiblížení se normálnímu prostředí a oslabení určité izolace dítěte i jeho případného vylučování ze společnosti ostatních vrstevníků. To bezpochyby usnadňuje osobnostní a sociální rozvoj i sociální integraci dítěte. Z toho důvodu RVP PV podporuje integraci dětí všude tam, kde je to vzhledem k druhu a míře postižení či znevýhodnění dítěte možné, resp. kde lze vytvořit a zajistit potřebné podmínky.

Integrace dětí do podmínek běžných mateřských škol má vedle nesporných pozitiv i svá rizika. Základním předpokladem toho, aby byla tato rizika vyloučena, popř. maximálně snížena, je stanovit, *co v kterém konkrétním případě potřeby dítěte představují, jaké z nich vyplývají nároky na práci předškolního pedagoga a jaké podmínky je třeba v prostředí mateřské školy vytvořit*. Předškolní pedagog musí zvážit, zda je schopen tyto nároky splnit - ať už se to týká podmínek materiálních, psychosociálních, personálních, odborných a dalších a podle toho se odpovědně rozhodnout. Pokud přijme do své péče např. dítě s vážným zdravotním postižením a sám není dostatečně odborně kompetentní k péči o ně (tj. nemá potřebné speciálně pedagogické vzdělání), vždy musí úzce spolupracovat s příslušným odborníkem - speciálním pedagogem, dětským psychologem, popř. lékařem a konzultovat problémy, s nimiž se při vzdělávání tohoto dítěte setkává. Je třeba, aby společné závěry promítal v dostatečné míře do vzdělávacího programu školy či třídy, do individuálního vzdělávacího programu integrovaného dítěte i do své práce.

Při vzdělávání, které integruje děti s postižením či znevýhodněním do vzdělávacího programu běžné mateřské školy, je nutno na jejich potřeby dostatečně pamatovat při přípravě školního či třídního programu. Ten je třeba co do obsahu i prostředků

⁴ Vyhláška o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

⁵ Výhodou je např. odborně vyškolený personál, nižší počet dětí ve skupině, speciálně upravené prostředí apod..

jednotlivcům či skupině dětí vhodně přizpůsobit, popř. jej doplnit dílčími stimulačními programy. Tam, kde je to potřebné a účelné, je nutno pro jednotlivé děti sestavovat individuální vzdělávací programy, které jejich vzdělávacím potřebám, fyzickým či psychickým možnostem i sociální situaci maximálně vyhoví. Pokud je zapotřebí, aby součástí vzdělávacího programu pro děti integrované v běžné mateřské škole byly speciální činnosti, měl by spolupracovat předškolní pedagog při jeho přípravě i při jeho realizaci s příslušným odborníkem (speciálním pedagogem, lékařem, rehabilitačním pracovníkem, psychologem apod.).

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách s upraveným vzdělávacím programem se uskutečňuje na základě *školních vzdělávacích programů upravených podle speciálních potřeb dětí*.

Důležitou podmínkou úspěšnosti předškolního vzdělávání dětí s postižením či znevýhodněním - ať už probíhá podle běžných či speciálních programů - je nejen volba vhodných (potřebám dětí odpovídajících) vzdělávacích metod a prostředků, ale i *uplatňování vysoce profesionálních postojů* pedagogů i ostatních pracovníků, kteří se na péči o dítě a jeho vzdělávání podílejí. Rozvoj osobnosti dítěte s postižením závisí na citlivosti a přiměřenosti působení okolí mnohem více, než je tomu u dítěte, které není ve svých možnostech primárně omezeno. Je nezbytné, aby pedagog postupoval vždy s vědomím, že takové dítě má jiné osobnostní předpoklady a je v obtížnější situaci: má menší zkušenosti a větší problémy s osamostatňováním, hůře se prosazuje, má méně rozvinutou schopnost autoregulace apod. Je proto velmi důležité, aby pedagog - v souladu se základními požadavky RVP PV - ponechal dítěti při nezbytném usměrňování, zvýšeném dozoru a pomoci také dostatek samostatnosti a vlastního rozhodování a poskytoval mu tolik potřebnou pozitivní motivaci (oceňoval snahu, chválil i ty nejmenší úspěchy a pokroky). Je nutné zajistit, aby děti s postižením či znevýhodněním byly od počátků vzdělávání přijímány stejně jako jiné děti a nedostávaly od okolí častěji než ostatní negativní zpětnou vazbu.

Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami spolupracuje pedagog s dalšími odborníky, využívá služeb *školských poradenských zařízení* (speciálních pedagogických center a pedagogicko-psychologických poraden).