

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická



ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Liberec 2021

Jana Doubková



TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
Fakulta přírodovědně-humanitní
a pedagogická



Dívka s dětskou mozkovou obrnou

Závěrečná práce

Studijní program:

Studijní obor:

Autor práce:

Vedoucí práce:

DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků
Speciální pedagogika

Jana Doubková

Mgr. Hana Ryšlavá, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky





Zadání závěrečné práce

Dívka s dětskou mozkovou obrnou

Jméno a příjmení: **Jana Doubková**
Osobní číslo: **P19C00030**
Studijní program: **DVPP Další vzdělávání pedagogických pracovníků**
Studijní obor: **Speciální pedagogika**
Zadávací katedra: **Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky**
Akademický rok: **2019/2020**

Zásady pro vypracování:

Cíl: Charakterizovat vývoj dívky s dětskou mozkovou obrnou a oční vadou s důrazem na oblast školního vzdělávání.

Požadavky: Formulace teoretických východisek, analýza případu, příprava a zpracování pedagogické kazuistiky, formulace návrhů na opatření.

Metody: Rozhovor, pozorování.

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy:

Forma zpracování práce:

Jazyk práce:

tištěná/elektronická

Čeština



Seznam odborné literatury:

HRADILKOVÁ, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.

KRAUS, J. a kol., 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.

SLOWIK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.

VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

Vedoucí práce:

Mgr. Hana Ryšlavá, Ph.D.

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Datum zadání práce:

17. března 2020

Předpokládaný termín odevzdání:

18. prosince 2020

prof. RNDr. Jan Pícek, CSc.
děkan

L.S.

Ing. Zuzana Palounková, Ph.D.
vedoucí katedry

V Liberci dne 17. března 2020

Prohlášení

Prohlašuji, že svou závěrečnou práci jsem vypracovala samostatně jako původní dílo s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím mé závěrečné práce a konzultantem.

Jsem si vědoma toho, že na mou závěrečnou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb., o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci nezasahuje do mých autorských práv užitím mé závěrečné práce pro vnitřní potřebu Technické univerzity v Liberci.

Užiji-li závěrečné práce nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědoma povinnosti informovat o této skutečnosti Technickou univerzitu v Liberci; v tomto případě má Technická univerzita v Liberci právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Současně čestně prohlašuji, že text elektronické podoby práce vložený do IS/STAG se shoduje s textem tištěné podoby práce.

Beru na vědomí, že má závěrečná práce bude zveřejněna Technickou univerzitou v Liberci v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů.

Jsem si vědoma následků, které podle zákona o vysokých školách mohou vyplývat z porušení tohoto prohlášení.

14. dubna 2021

Jana Doubková

Poděkování

Mnohokrát děkuji paní Mgr. Haně Ryšlavé Ph.D. za vedení práce, hodnotné a věcné připomínky, odbornou pomoc a velkou trpělivost.

Anotace

Závěrečná práce v podobě kazuistiky se zaměřuje na charakteristiku vývoje dívky s dětskou mozkovou obrnou a oční vadou s důrazem na oblast školního vzdělávání.

V teoretické části se zabývá vymezením pojmu dětská mozková obrna, zrakové postižení a dítě s kombinací tělesného a zrakového postižení.

Praktická část obsahuje osobní, rodinnou a školní anamnézu. Z diagnostických metod byly použity: rozhovor, dotazník přání, test tří přání, nedokončené věty, koláč radostí a pozorování.

Závěrečná část obsahuje navrhovaná doporučení pro další vývoj a vzdělávání dívky.

Klíčová slova: dívka, speciální pedagogika, dětská mozková obrna, oční vady, kombinované postižení, výchova, vzdělávání.

Anotation

The final work, in form of case history, is focused on characteristics of development of a girl with cerebral palsy and eye defect with emphasis on field of school education.

The theory part defines the term cerebral palsy, visual impairment and child with combination of physical and visual handicap.

The practical part contains a personal, family and school case history. There were used diagnostic methods as an interview, questionnaire, test of three wishes, drawing of, unfinished sentences, cake of joy and observation.

The final part includes suggested recommendations for the next development and education of the girl.

Key words: girl, special pedagogy, cerebral palsy, eye defects, combined disability, upbringing, education.

Obsah

Úvod	10
1 Dětská mozková obrna (DMO)	11
1.1 Etiologie a klasifikace dětské mozkové obrny	11
1.2 Specifika jedince s dětskou mozkovou obrnou	12
1.3 Možnosti podpory jedince s dětskou mozkovou obrnou	13
2 Zrakové postižení	16
2.1 Etiologie a klasifikace zrakového postižení	16
2.2 Specifika jedince se zrakovým postižením.....	17
2.3 Možnosti podpory dítěte se zrakovým postižením	17
3 Dítě s kombinací tělesného a zrakového postižení	19
3.1 Specifika dítěte s kombinací zrakového a tělesného postižení.....	19
3.2 Podpora dítěte s kombinací zrakového a tělesného postižení.....	19
4 Kazuistika.....	21
4.1 Anamnéza	21
4.1.1 Osobní anamnéza.....	21
4.1.2 Rodinná anamnéza.....	22
4.1.3 Školní anamnéza.....	23
4.2 Rozhovor	23
4.3 Dotazník přání	24
4.4 Test tří přání	24
4.5 Nedokončené věty	25
4.6 Koláč radostí.....	25
4.7 Pozorování.....	25
4.8 Zhodnocení.....	26
5 Navrhovaná doporučení.....	27
5.1 Navrhovaná doporučení vzhledem k rodině.....	27
5.2 Navrhovaná doporučení vzhledem k dalšímu vzdělávání	27
Závěr.....	28
Použité informační zdroje	29
Přílohy	31

Úvod

Když se narodí dítě s postižením, pro dítě a jeho rodinu to nebývá jednoduché. Vzdělávání a výchova bývá podstatně náročnější než u dětí intaktních a je potřeba neustále hledat možnosti, jak lze danému jedinci s postižením pomoci. Zcela zásadní je oblast lékařská, ale také oblast speciální pedagogiky. Ta má své nezastupitelné místo ve vzdělávání osob s postižením. Nabízí nejen vhodné metody a postupy, ale umožňuje lépe poznat danou problematiku osob s postižením nejen lidem pečujícím, ale i běžné populaci.

Závěrečná práce se zabývá průběhem vzdělávání dívky, která byla u předčasného porodu přidušena a proto má od narození dětskou mozkovou obrnu. Ta jí byla zjištěna po prvním roce života. Dívka měla mnoho zdravotních komplikací, zejména v prvních pěti letech svého života. Rodiče chtěli, aby dívka dobře prospívala. To se podařilo již v předškolním věku, kdy byla přijata do MŠ pro tělesně postižené, dále pak v ZŠ pro tělesně postižené, v současnosti je žákyní ZŠ logopedické. Dívku omezuje kromě tělesného postižení také zraková vada. Má pomalejší pracovní tempo, rychlejší unavitelnost, ale mentálně je v pořádku. Vyhovuje jí tak menší kolektiv a individuální přístup speciálních pedagogů.

Závěrečná práce obsahuje dvě základní části. V teoretické části se autorka zaměřuje na vymezení pojmu dětská mozková obrna, zrakové postižení a dítě s kombinací tělesného a zrakového postižení. V praktické části se autorka zabývá osobní, rodinnou a školní anamnézou dívky s DMO a oční vadou, rozhovorem, dotazníkem přání, testem tří přání, nedokončenými větami, koláčem radostí a pozorováním.

1 Dětská mozková obrna (DMO)

1.1 Etiologie a klasifikace dětské mozkové obrny

„Dětská mozková obrna patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, ale ve svých projevech nikoliv neměnným postižením vyvíjejícího se mozku“ (Kraus 2005, s. 21). Děti narozené před termínem tvoří největší skupinu dětí s DMO. Hlavním projevem je trvalé postižení hybnosti a držení těla. Vzniká v raném období života na základě poškození mozku, důsledkem je narušení dalšího vývoje centrálního nervového systému a postižení neuropsychických funkcí. DMO se vyskytuje asi u 0,5 % dětí, u 0,1 % je postižení závažné. DMO zahrnuje různé poruchy a také příčiny nejsou stejné. Jednotlivé patogenní faktory se mohou kumulovat. K postižení může dojít v prenatálním, perinatálním i postnatálním období. Mozková tkáň bývá porušena v důsledku krvácení či nedostatku kyslíku a celkové výživy mozkové tkáně (Vágnerová 2014, s. 146–147).

DMO je trvalé, ale ne neměnné postižení hybnosti a postury. Podle typu motorické poruchy se rozlišují různé formy DMO. Nejčastější formou je spastická diparéza spolu s hemiparézou, dále dyskinetická forma, kvadraparetická forma a ataktická forma (Kraus 2005, s. 68). V praxi je důležité rozlišení stupně pohybového postižení – zda je jedinec schopen samostatné lokomoce, chůze s pomocí ortopedických pomůcek nebo je zcela imobilní. Také rozlišujeme hybnost horních končetin, jestli je jedinec schopen koordinovaného pohybu obou rukou, alespoň jednou rukou nebo je zcela závislý v oblasti sebeobsluhy (Vágnerová 2014, s. 148).

Spastická forma je nejčastější, tvoří ji asi 60–70 % případů. Specifickým znakem je trvalé zvýšené svalové napětí, které je způsobeno postižením motoneuronu a pyramidové dráhy. Podle místa pohybového postižení se dělí na tři kategorie – diparéza, hemiparéza a kvadraparéza. Diparéza je postižení dolních končetin. Hemiparéza je postižení hybnosti jedné strany těla – horní a dolní končetiny, závažněji bývá postižena ruka. Kvadraparéza postihuje všechny končetiny, charakteristická je oboustranná spasticita. Často se projevuje dysartie (porucha hybnosti svalů úst, jazyka a měkkého patra), slinění a někdy i obtížemi v polykání. Tato forma je často kombinována s mentálním postižením. Dyskineticko-dystonická forma DMO je vzácnější, postihuje asi 10–20 % jedinců s DMO. Typickým znakem je neschopnost řídit a provádět volní pohyby, řídit automatické pohyby a udržet

vzpřímené postavení těla. Mezi projevy patří mimovolní, pomalé a krouživé nebo záškubovité pohyby různých svalových skupin, které nelze ovládat vůlí. Nebývá kombinovaná s poruchou inteligence, ale představuje problém v narušení řečového projevu. Ataktická, mozečková forma DMO se samostatně projevuje vzácně, trpí jí jen 5–10 % nemocných. Často bývá kombinovaná s jinou formou. Ovlivňuje pohybovou koordinaci – typické jsou problémy s udržením rovnováhy a souhry rychlejších pohybů (Vágnerová 2014, s. 147).

1.2 Specifika jedince s dětskou mozkovou obrnou

Dětská mozková obrna je označení pro soubor chronických symptomů – důsledku poruchy centrálního nervového systému. Jedná se o důsledek komplikací v prenatálním a perinatálním období, ale i během porodu. Ke vzniku vrozené DMO dochází během těhotenství v případě infekčního onemocnění matky, kdy může dojít k poškození nervové soustavy dítěte. K poškození mozku může dojít také následkem nedostatku kyslíku při porodu, kdy se velmi často rozvine kombinované postižení. Příčiny získané DMO, která je méně častá, spadají do prvních měsíců po porodu. Jde o stavy po bakteriální či virové infekci nebo poranění mozku. Dětská mozková obrna označuje poruchu hybnosti – jemnou či hrubou motoriku, postižení dolních či horních končetin. Jedná se o stav mozku, který nedokáže ovládat jinak zdravé tělo. Dopad na hybnost pacienta, je široký – od lehkých poruch koordinace a stability samostatné chůze přes chůzi s oporou či s kompenzačními pomůckami, až po ztrátu schopnosti samostatné lokomoce (přesunu z místa na místo) nebo sebeobsluhy a závislost na pomoci druhé osoby (PHK MARKETING 2021).

Dětská mozková obrna je řazena primárně mezi poruchy hybnosti, ale s ohledem na výskyt i dalších postižení či narušení, můžeme ji charakterizovat jako kombinované postižení. Téměř u 2/3 osob s DMO se setkáváme vedle poruchy hybnosti různého stupně také s mentální retardací. Se spastickou formou DMO se často pojí poruchy zraku a sluchu. Mezi časté formy dalšího postižení patří narušená komunikační schopnost, zejména porucha řeči – až 70 % (dysartrie, anartrie). Některé formy jsou spojeny s epilepsií, hydrocefalem a růstovými problémy (Potměšilová a kol. 2014, s. 120–121).

Ve vztahu k DMO se také vyskytují poruchy v oblasti sociálního, komunikačního a emočního vývoje dítěte. Zvláštnosti vývoje vnímání, paměti a inteligence u dětí s DMO nelze zevšeobecnit, protože se u nich objevují velmi individuálně. Hodně dětí s tělesným postižením mívají „centrální poruchy vnímání. Tyto poruchy je potřeba chápat ve spojení s cerebrálními poruchami. Jsou také odrazem působení změněných senzorických vývojových podmínek. Porucha je ve zpracování podnětů v centrálním nervovém systému. Děti s tělesným postižením sice přijímají smyslové podněty, ale nejsou schopny rozlišovat mezi podstatnými a nepodstatnými podněty. Jedná se o deficit v diferenciaci figura – pozadí. Mezi další charakteristické znaky jedinců můžeme uvést změny ve struktuře inteligence (jedinci nejsou pohotoví při řešení abstraktních úkolů, struktura inteligence se vyznačuje nedostatkem zkušeností a také se při požadavku na kognitivní výkony lehce unaví – odvrátí pozornost). Často tak potřebují více času k učení a kapacita učení se rychle vyčerpává. Tělesné postižení je často spojeno s narušenými sociálními vztahy. K tomu dochází v důsledku změněného chování dítěte, které vzniká na základě jeho postižení a také ze strany interakčního partnera (Vítková a kol. 2004, s. 177–180).

1.3 Možnosti podpory jedince s dětskou mozkovou obrnou

Léčba neurologicky nemocných je dlouhodobý proces. Zlepšení či náprava bývá velmi rozdílná a není stejně rychlá. Probíhá do určité míry i spontánně, ale je nutné ji podporovat cílenou léčbou, rehabilitací (fyzioterapií a ergoterapií), speciálně-pedagogickou péčí a někdy i psychoterapií (Vágnerová 2014, s. 153).

„Léčebná rehabilitace představuje u dětí s DMO základní terapeutický postup a v mnohých případech je to léčebná složka rozhodující. Možnosti rehabilitace jsou rozsáhlé a pestré. Cílem však není vláčet dítě všemi dostupnými procedurami za každou cenu, ale provést racionální výběr těch neoptimálnějších postupů. Každé dítě je individuální bytost po tělesné i psychické stránce a z toho je třeba vycházet. Rehabilitace by měla být „šitá na míru“. Pokud to jen trochu jde, měla by být kromě své účinnosti také příjemná“ (Kraus 2005, s. 229).

„Vojtova metoda reflexní lokomoce aktivuje centrální nervovou soustavu (CNS) výchozí polohou a stimulací spouštěvých zón. Jde o vrozené programy, které jsou reflexně

realizovatelné. Aktivací vzoru reflexní lokomoce vykáže CNS zlepšení pohybu, zlepšení ekonomiky držení těla a výkonnosti v protikladu k náhradnímu vzoru“ (Kraus 2005, s. 206).

Bobath koncept - neurovývojová terapie je terapeutickým rehabilitačním postupem určeným pro pacienty s patofyziologií CNS. Jedná se o jeden z nejpoužívanějších terapeutických přístupů, který lze používat u malých kojenců, starších dětí i u dospělých. Bobath koncept není metodou, nenabízí terapeutovi sadu cviků. Jde o filosofii, která nahlíží na pacienta jako celek – učí ho, jak nahlížet na problémy pacienta, jak je analyzovat a řešit. Specifické je individuální plánování a aplikace terapie (Kraus 2005, s. 207).

Mezi další cvičení prováděné s dětmi s DMO patří balanční cvičení s využitím míčů a rovnovážné cvičení s využitím speciálních pomůcek (balanční nafukovací čočky, míče, houpací deska, nášlapné prvky). Balanční cvičení lze provádět i při pobytu venku, např. využíváním různých povrchů (chůze v písku, na nerovném povrchu) nebo na houpačkách.

U lidí s těžkým postižením jsou možnosti aktivního pohybu omezené. Proto se používá polohování a pasivní cvičení. Účelem tohoto cvičení je udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti, protáhnutí zkrácených svalů, podpora oběhových funkcí, ... Mezi technické pomůcky používané k pasivnímu cvičení můžeme zařadit motomed, TerapiMaster, Redcore, Gloreha (Zíkl 2011, s. 51–55).

Synergická reflexní terapie je kombinací různých reflexně-terapeutických metod, jejichž současná aplikace vyvolává vzájemné navýšení účinnosti. Působí na CNS, není však schopna stejně jako žádná dosud známá léčebná metoda, vyléčit původní postižení. K užitým léčebným technikám patří myofasciální technika, akupresura, masáž reflexních zón, chiroterapie, korekce patologického postavení páteře a extremít a doplňkové metody – infračervená, laserová či elektroakupunktura. Mezi další terapie můžeme zařadit: fyzikální terapii (doplňk základní metody – léčebné tělesné výchovy, nejčastěji se používá magnetoterapie a fototerapie), akupunkturu, nácvik vertikalizace a lokomoce, vodoléčebné procedury, plavání, lázeňskou léčbu, ergoterapii (arteterapie a muzikoterapie), hipoterapii, canisterapii (Kraus 2005, s. 219–229).

Systém komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením zahrnuje kromě lékařské podpory (medicína, fyzioterapie, protetika) také oblast pedagogickou, psychologickou, sociální, pracovní a právní. Žáci s tělesným postižením mají teoreticky neomezenou příležitost vzdělávání v běžných školách všech typů a stupňů. Omezením ale mohou být různé

neodstranitelné bariéry. Proto existují i školy specificky zaměřené na vzdělávání dětí, žáků a studentů s tělesným postižením (Slowík 2007, s. 102–105). Kromě speciálních škol lze využívat podpůrná opatření – vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (např. úprava obsahu, metod a forem vzdělávání žáka), pomoc asistenta pedagoga nebo osobního asistenta, využití speciálních učebnic a pomůcek, kompenzačních pomůcek atd.

Podporu v sociální oblasti poskytují sociální služby – organizace, které poskytují služby osobní asistence, realizují sociální poradenství a půjčují pomůcky (Zíkl 2011, s. 20). K další sociální podpoře můžeme zařadit domovy pro lidi se zdravotním postižením, denní stacionáře, chráněné bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, chráněné bydlení atd.

2 Zrakové postižení

2.1 Etiologie a klasifikace zrakového postižení

Zrak můžeme považovat za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Používáme ho jako primární smysl při získávání až 90 % všech informací. Zrakové omezení způsobuje omezení zejména v orientaci – a pokud jde o dlouhodobé či trvalé postižení, je také narušena komunikace, psychická integrita a celkově i sociální existence jedince. Za osobu se zrakovým postižením považujeme jedince, který i po optimální korekce má v běžném životě problémy se získáváním a zpracováváním informací zrakovou cestou - orientace v prostoru, čtení černotisku. Příčinou zrakového postižení je vada nebo porucha v jakékoliv části zrakového ústrojí – v oblasti receptoru (zevní oko), nervových drah spojujících oko s mozkovým centrem (oční nerv) nebo přímo zrakového centra v mozku. Vrozené vady zraku bývají geneticky podmíněné nebo způsobené infekčním onemocněním matky v období těhotenství. V postnatálním období se objevují nejčastěji kromě refrakčních vad zákaly, záněty, nádory, následky úrazů či intoxikace, ale také patologické změny sítnice. Některé vady jsou progresivní – postupné zhoršování stavu nebo prognóza úplné ztráty zraku jsou velmi pravděpodobné (např. odchlípení sítnice). Kromě samotné příčiny vzniku zrakové vady je také důležitým faktorem období jejího vzniku (Slowík 2007, s. 59–60).

Mezi nejčastější zastoupení ve skupině zrakově postižených dětí patří děti s poruchami binokulárního vidění (funkční vada). Dělí se na šilhavost a tupozrakost. Šilhavost (strabismus) je porucha rovnovážného postavení očí, obě oči nehledí rovnoběžně a jedno oko se stáčí. Odchylující oko má sníženou zrakovou ostrost a proto lze šilhání napravit nasazením brýlové korekce. V případě tupozrakosti (amblyopie) dochází ke snížené ostrosti jednoho oka, které nejde upravit brýlemi. U postiženého oka jde o vyřazení vjemu ve zrakovém centru mozku, nedochází však k žádným viditelným změnám oka jako u šilhavosti. Pro nápravu vady se zakrývá zdravé oko okluzí a postižené oko se trénuje. Šilhavost a tupozrakost mají za následek špatné prostorové vnímání, často dochází k problémům při koordinaci oko-ruka (Hamadová et al. 2007, s. 26).

K další skupině zrakově postižených patří děti slabozraké. Slabozrakost je snížení zrakové ostrosti různého původu a jejich příčinou jsou refrakční poruchy vyššího stupně, těžší formy astigmatismu a oční zákaly. Slabozrakost se projevuje snížením zrakové ostrosti na obou

očí s omezením vizuálních možností i s brýlovou korekcí. Slabozrakost je orgánová vada a poškozeno může být zevní i vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum. Slabozrakost může být stacionární, progresivní, vrozená nebo získaná. Třetí skupinu jedinců s postižením zraku tvoří děti se zbytky zraku, podle vizu je tato skupina mezistupněm mezi slepotou a slabozrakostí. Jejich příčiny sníženého vizu jsou podobné jako u dětí slabozrakých. Nejtěžším postižením zraku je slepota. Za osoby nevidomé považujeme osoby s absolutní ztrátou zraku, často i osoby se zachovalým světlocitem (Keblová 2001, s.33–44).

2.2 Specifika jedince se zrakovým postižením

Zrakové vnímání přináší za normálních okolností většinu informací o okolním světě, umožňuje jedinci získat zkušenosti, porozumění a orientaci. Jsou-li vizuální informace hůře dostupné nebo zcela nedostupné, je nutné je nahradit. Kompenzační funkci v poznávacích schopnostech má zejména sluchové vnímání, hmatové vnímání, rozvoj jazyka a řeči a pro těžce postižené má velký význam i sluchová paměť. Jedinci se zrakovým postižením mají omezení nejen ve vývoji poznávacích procesů, ale i v oblasti socializace. Závažnější zrakové postižení omezuje získání potřebných sociálních zkušeností. Také v oblasti sociálního porozumění a s orientací v neznámém prostředí mívají obtíže (Vágnerová 2014, s. 189–191).

Osoby se slabozrakostí mají možnost využívat zrakové vnímání. Jejich kvalita získaných vjemů je však snížena či omezena. Každá práce spojená se zapojením zraku vyžaduje vyšší pozornost a soustředění, což vede k větší unavitelnosti a pomalejšímu tempu. Obtíže mají v oblasti prostorové orientace a samostatného pohybu (Valenta a kol. 2014, s. 94–95).

2.3 Možnosti podpory dítěte se zrakovým postižením

Všechny terapeutické metody slouží k co nejefektivnější kompenzaci chybějících zrakových funkcí a k podpoře rozvoje a uplatnění lidí se zrakovým postižením, k posílení jejich sebevědomí a sebeúcty. Nejdůležitější je léčba základního onemocnění a volba kompenzačních pomůcek. Nejčastěji se jedná o brýle, které musí odpovídat závažnosti a typu postižení. Další pomůcky jsou elektronické přístroje pomáhající zvětšovat běžný text

(kamerová či televizní lupa), digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem. Nevidomí potřebují speciální Pichtův psací stroj, kterým lze psát v Braillově písmu. Důležitá zejména na začátku je práce s rodinou, po zjištění zrakové vady. Užitečné jsou svépomocné aktivity zrakově postižených nebo rodičů těchto dětí. Speciálně-pedagogická péče pomáhá v rozvoji nebo udržení funkcí, které jsou omezeny. V raném věku pomáhají rodičům postižených dětí pracovníci centra rané péče, ve škole jsou to speciálně-pedagogická centra a speciální školy pro zrakově postižené. Další péčí je socioterapie, která pomáhá při začleňování do společnosti – hledání zaměstnání, rekvalifikace, nácvik prostorové orientace s bílou holí nebo s pomocí vodícího psa, domácích činností apod. (Vágnerová 2014, s. 196–197). Při vzdělávání se využívají kromě optických a digitálních přístrojů také jednodušší, ale přitom velmi účinné pomůcky – kontrastní fixy se silnou stopou, vhodné kombinace barev pro zlepšení zrakového vnímání, barevné fólie apod. Je nutné dodržovat základní zásady zrakové hygieny – dostatek světla, přiměřená pokojová teplota, omezení hluku a vhodná úprava prostoru pro bezpečný pohyb a snadnou orientaci (Slowík 2007, s. 65).

3 Dítě s kombinací tělesného a zrakového postižení

Jedinci s dětskou mozkovou obrnou mívají často kromě tělesného postižení i další, přidružená postižení. Dívka, která je charakterizována v této kazuistice, se od raného dětství potýká nejen s tělesným postižením, ale také s očními vadami – strabismem, tupozrakostí a slabozrakostí. Proto je následující část věnována kombinaci tělesného a zrakového postižení.

3.1 Specifika dítěte s kombinací zrakového a tělesného postižení

DMO je závažné postižení mozku vyvíjejícího se dítěte, které se s proměnlivými klinickými příznaky objevuje již v kojeneckém věku. Nejdříve nebývají projevy postižení nápadné a jejich určení vyžaduje odborné vyšetření a sledování dítěte dětským neurologem. Velkým problémem pro nejčasnější diagnózu je poměrně chudá pohybová aktivita v nejranějších stádiích vývoje. Projevy opoždění jsou z počátku velmi nenápadné (Mrzena 2012).

Jak již bylo zmíněno, DMO bývá často označována jako kombinované postižení. Kromě tělesného postižení zahrnuje i smyslové vady (zrak, sluch) či mentální postižení. Kombinace tělesného a zrakového postižení přináší jedincům problémy s jemnou a hrubou motorikou, s koordinací oko-ruka, s prostorovou orientací, samostatným pohybem a sebeobsluhou. Mají pomalejší pracovní výkon a jsou také rychleji unavitelní. Často také hůře navazují sociální vztahy.

3.2 Podpora dítěte s kombinací zrakového a tělesného postižení

Pomoc v nelehké životní situaci přináší společnost Raná péče, Speciálně pedagogické centrum určené pro dané postižení a Pedagogicko-psychologická poradna.

„Raná péče je terénní služba, doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do sedmi let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby“ (Hradilková et al. 2018, s. 12).

Základní formou rané péče je individuální konzultace v rodině, která má význam pro všechny členy domácnosti. V domácnosti se zjišťují potřeby rodiny, zkoušejí se stimulační postupy, hračky a pomůcky, vede se rozhovor s rodiči, lze i dítě „diagnostikovat“ v jeho přirozeném prostředí. Další individuální formou je doprovázení rodičů k lékaři, na úřady a do dalších institucí a vypracování zpráv a podpůrných vyjádření pro rodinu nebo odborníky. Protože rodiče potřebují i setkávání s jinými rodiči nebo odborníky, organizují střediska rané péče také společné aktivity – semináře, setkání a workshopy. Další aktivitou rané péče jsou pobytové kurzy pro celé rodiny – víkendové nebo týdenní. Ambulantní programy probíhají v prostorách středisek rané péče. Bývají zaměřené na stimulaci a terapie pro děti s postižením (např. stimulace zraku, podpora komunikace, bazální stimulace). Střediska mají také půjčovnu speciálních hraček, pomůcek a knih. K distančním službám patří telefonické konzultace nebo konzultace přes internet. Jednotlivá pracoviště mají také své webové stránky, jejichž velká část je určena rodičům. Raná péče byla legislativně zakotvena v roce 2006, v Zákonu 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů (novela z roku 2009), byla raná péče zařazena jako preventivní sociální služba pro rodiny dětí s postižením od narození do sedmi let (Hradilková et al. 2018, s. 12–21).

Institucí, která se zabývá pedagogickou podporou dítěte s postižením a jeho rodiny, je speciálně-pedagogické centrum. Podle druhu postižení žáka jsou speciálně-pedagogická centra zaměřená na zrakové postižení, tělesné postižení, surdopedické a logopedické postižení, mentální postižení atd. Speciálně-pedagogická centra jsou státní školská poradenská zařízení, která bezplatně poskytují psychologickou a speciálně-pedagogickou péči, která se týká vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Mezi činnostmi SPC patří komplexní diagnostika – speciálně-pedagogické vyšetření a diagnostika ke stanovení míry speciálních vzdělávacích potřeb, psychologické vyšetření a diagnostika zaměřená na vzdělávání žáka a vyšetření školní zralosti. SPC se také věnují stanovení podpůrných opatření pro vzdělávání, kontrole a vyhodnocování plnění podpůrných opatření ve školách, podpoře při zařazování dětí do mateřských, základních a středních škol běžného typu i do škol podle §16 odst. 9 Školského zákona, sociálně-právnímu poradenství, podpoře při profesní orientaci, informují o kompenzačních pomůckách potřebných ke vzdělávání. Činnost SPC probíhá ambulantně na pracovišti centra nebo formou terénní – výjezdy do škol (pozorování dítěte ve třídě, metodická podpora učitelů, vyhodnocení IVP, přímá práce s žákem aj.) (SPC pro TP a PAS Liberec 2021).

4 Kazuistika

Cílem této kazuistiky je popsat vývoj dívky s dětskou mozkovou obrnou a oční vadou v oblasti školního vzdělávání. Dívka byla vzdělávána v MŠ a ZŠ pro tělesně postižené, nyní dochází do ZŠ logopedické. V praktické části byly použity následující diagnostické metody – osobní anamnéza, rodinná anamnéza, školní anamnéza, rozhovor, dotazník přání, test tří přání, nedokončené věty, koláč radostí a pozorování.

4.1 Anamnéza

Anamnéza je diagnostická klinická metoda. Jejím prostřednictvím jsou shromažďovány a analyzovány důležité údaje a okolnosti o vývoji jedince a jeho rodině – sociálním prostředím. Závěrečná práce obsahuje anamnézu osobní, rodinnou a školní.

4.1.1 Osobní anamnéza

Těhotenství bylo plánované, probíhalo téměř bez komplikací. Matka si musela kvůli těhotenské cukrovce aplikovat inzulin. Ostatní vyšetření byla v pořádku. Dívka se narodila předčasně ve 35. týdnu těhotenství. Při porodu byla přidušena a tak byla několik dní v inkubátoru. Porodní váhu měla 2 930 gramů. Kvůli předčasnému porodu byla sledována již od narození na neurologii, kde byl zjištěný opožděný psychomotorický vývoj. Proto byla matka instruována o metodě reflexní lokomoce Prof. MUDr. Václava Vojty, kterou s ní prováděla také doma. Během prvních měsíců byla vyšetřena také v oční ambulanci, kde jí byla zjištěna oční vada. Dívka byla během prvního roku často hospitalizována na dětském oddělení v nemocnici. Po roce sledování bylo rodičům sděleno – „Máte postiženou dceru“. Lékař rodičům vysvětlil, že dívka nebude jen tak chodit, že bude potřebná intenzivní rehabilitace nejen doma, ale také v lázních a že jí v budoucnu čeká pravděpodobně operace. Nabídl rodičům možnost magnetické rezonance, se kterou rodiče souhlasili. Ta potvrdila domněnku, že se jedná o dětskou mozkovou obrnu. Přidušení při porodu jí zasáhlo oblast pohybovou, ale ne mentální. Pro rodiče dívky se tak roztočil kolotoč vyšetření a konzultací nejen u odborných lékařů, ale také v Rané péči. První pobyt v lázních dívka absolvovala

s matkou již na roce a půl, po té každý rok v délce pěti týdnů. Po druhém pobytu v lázních se dívka odvážíla a udělala sama první dva kroky. Postupně se velmi pomalu rozchodila. Bylo jí dva a půl roku. Oční vady byly kompenzovány brýlemi, okluzory a také atropinem. Operována byla v necelých třech letech. Pak pokračovala s nošením okluzoru a docházela na pleoptické a ortoptické cvičení. Tupozrakost se však nepovedlo zcela odstranit. Dívka mezi třetím a čtvrtým rokem navštěvovala jednou až dvakrát týdně dětskou skupinu v Mateřském centru. Od čtvrtého do sedmého roku navštěvovala mateřskou školu pro tělesně postižené v místě svého bydliště. Protože byla často nemocná a hodně hravá, byl jí navržen odklad školní docházky. Kromě každoroční lázeňské léčby v Janských lázních absolvovala také opakovaně synergickou reflexní terapii, plavání, magnetoterapii a hipoterapii. Po té přešla do základní školy pro tělesně postižené, která sídlí ve stejném objektu jako mateřská škola a proto jí bylo prostředí známé. Během tří let v této škole se zúčastnila několika zájmových kroužků, soutěží a pobytových akcí. Do čtvrté třídy přešla kvůli rodinným důvodům do Základní školy logopedické. Mezi její záliby patří hudba a výtvarné činnosti. Velice ráda pomáhá s domácími pracemi v rámci svých možností a také na zahradě.

4.1.2 Rodinná anamnéza

Dívka pochází z úplné rodiny, má staršího bratra. Těhotenství bylo plánované. Matka (40 let) pracuje jako vychovatelka ve školní družině v Základní škole logopedické, dříve asistentka pedagoga na stejné škole. Se svými rodiči a sourozenci se nestýká. Otec (45 let) pracuje jako logistik. Bratr (15 let) dokončuje základní školu v místě bydliště a plánuje studium na střední škole. Sestře je oporou, má s ní trpělivost. V dětství – asi tak v pěti letech se projevovaly sklony k ADHD, které časem ustoupily. Rodiče se domnívají, že se jednalo o sourozeneckou rivalitu, kdy matka byla často s dívkou doma nebo v lázeňských zařízeních a chlapec to špatně snášel. Nyní si je vědomý toho, že sestra za své postižení nemůže a že je nutná větší péče. Rodina žije v rodinném domě s otcovou matkou. Otcův otec nedávno zemřel. Dosud byli rodiče otce nejen dětem, ale i jejich rodičům velkou oporou.

4.1.3 Školní anamnéza

Dívka byla kvůli zdravotním obtížím vřazena do předškolního vzdělávání ve čtyřech letech, do MŠ pro tělesně postižené. V šesti letech rodiče zažádali o odklad školní docházky, a i když dívka zápis zvládla bez problémů, byl jí povolen odklad. Do Základní školy pro tělesně postižené nastoupila v sedmi letech. Během prvních tří let se jí ve škole dařilo, hodně si pamatovala. Nešlo jí však psací písmo, číslice. Potřebovala zvětšovat texty, a proto jí byl napsán individuální vzdělávací plán. Dívka byla vyšetřena v SPC pro tělesně postižené a také v SPC pro zrakově postižené. Dívka miluje hudbu, takže navštěvovala ve škole kroužek zpívání, flétny a kytary. Neměla problém vystupovat na recitačních a výtvarných soutěžích. Ve čtvrté třídě přešla na Základní školu logopedickou kvůli matce, která zde pracuje. V této škole nejsou kroužky hudební a tak zkusila tancování. Tancování jí nejdříve nedařilo a proto se jí lektorka věnovala individuálně. Nyní dochází na kroužek třetím rokem a zapojuje se v rámci svých možností s ostatními děvčaty. Mezi nezapomenutelné zážitky lze zařadit vystupování v divadle v rámci programu Společně na jevišti a také na vánoční besídce. Nyní je dívce 12 let a chodí do šesté třídy. Přechod na druhý stupeň zvládá, i když je pro ni náročný a učivo, které nestihne ve škole, musí vypracovávat doma. Výborně zvládá anglický a český jazyk, obtížná je pro ni zejména matematika – zejména rýsování a zeměpis – hledání v mapách. Nejraději má hudební výchovu a přírodopis. Ve třídě je šest dětí, takže dívka nepotřebuje k učení ve škole využít pomoc asistenta pedagoga. Během hodiny jí tak stihne pomoci vyučující pedagog. V rámci tělesné výchovy měla ve čtvrtém a pátém ročníku k dispozici asistentku pedagoga, která s ní individuálně cvičila protahovací a balanční cviky podle matčiných instrukcí. V současné době zvládá tělesnou výchovu v rámci svých možností se spolužáky. To je pro ni velmi přínosné, protože se nerada odlišuje a je ráda v kolektivu své třídy.

4.2 Rozhovor

Cílem rozhovoru bylo zjistit, v čem si dívka myslí, že jsou její silné a slabé stránky, jak vnímá prostředí školy, internátu, jak vzpomíná na školu předchozí. Mezi své silné stránky vyjmenovala: pracovitost, cílevědomost a kreativitu. Mezi slabé stránky řadí kreslení, pomalé tempo a častou unavitelnost – např. při psaní jí brzy bolí ruka.

Ve škole se jí líbí, nemá ráda konflikty a hádky spolužáků. Mezi oblíbené předměty patří: přírodopis, dějepis, občanská výchova, výtvarná výchova a hudební výchova. Na internátu je velice spokojená. Má ráda tvoření, procházky venku a kolektiv dívek a vychovatelek, které se znají. Vzpomínky na původní školu již nejsou tak časté jako dřív. Dívka je již třetím rokem na ZŠ logopedické. Ve čtvrté třídě hodně vzpomínala na dřívější školu a spolužáky. Při výběru diagnostických metod byla dívka dotazována, zda by chtěla nakreslit svoji rodinu. Na to velice rychle odpověděla, že ne. Není si v kreslení jistá, je si vědoma, že jí moc nejde. Také odpověděla, že z rodiny nechce dělat příšery, že je má moc ráda a nechtěla by jim takto ublížit. Proto autorka ze svého původního záměru kresby rodiny upustila.

4.3 Dotazník přání

Při vyplňování dotazníků přání vyplývají z uvedených zaškrtnutých přání zátěže, které se týkají základních oblastí života dětí – rodina, vztahy v rodině, vztahy s vrstevníky, zdravotní stav a činnosti a výkony ve škole (Švingalová 2004, s. 34).

Dívka se při vyplňování dotazníku (viz příloha č. 1) zamýšlela nad současnou epidemiologickou situací. Vzhledem k rozsáhlým zákazům vycházení říkala, že by raději bydlela někde mimo město, aby mohla chodit častěji na procházky do lesa. Je si vědoma svého postižení, a proto by chtěla být zdravá stejně jako ostatní děti. Nemá ráda konflikty a zbytečné hádky. Kvůli svému postižení nemá mnoho kamarádů, v kontaktu je v podstatě jen se spolužáky a dívkami z internátu.

4.4 Test tří přání

Na dotazník přání navazovalo vypracování testu tří přání (viz příloha č. 2). U něj si dívka vzpomněla na svého dědečka, který před třemi měsíci zemřel po dlouhé nemoci. Dívce velmi chybí, byla zvyklá ho denně vídat, protože žije ve společném domě společně s rodiči a prarodiči. Dívku bylo nutné uklidnit a ujistit, že i když dědeček již nežije, měl jí velmi rád. Dívka je velice citově založená a potřebuje častou zpětnou vazbu, že jí lidé v okolí mají rádi a podporují ji. Také si dobře uvědomuje, že je často omezená kvůli svému postižení a tak jí některé věci nezvládne nebo zvládne pomaleji. U tohoto přání se zamyslela, že by chtěla mít

děti a jestli to vůbec půjde. Bylo potřeba jí vysvětlit, že její postižení není dědičné a že není důvod si myslet, že by děti mít v budoucnu nemohla. Třetí přání je uvedeno z předchozího testu. Dívka nemá ráda konflikty a nerada se dohaduje.

4.5 Nedokončené věty

Nedokončené věty (viz příloha č. 3) byly zaměřeny na oblast rodina, škola a internát. Dívka o zadaných větech během vyplňování hodně přemýšlela, některá slova přepisovala. Snažila se psát čitelně. Při psaní se usmívala, měla dobrou náladu. Z nedokončených vět je znát její dobré psychické rozpoložení. Je ráda doma, ale také na internátu v přítomnosti známých lidí.

4.6 Koláč radostí

Dívka velice intenzivně vnímá rodinné zázemí svých spolužáků. Téměř většina rodičů je rozvedených, některé děti žijí pouze s matkou, některé jsou ve střídavé péči. Na svých rodičích oceňuje, že se umí domluvit a nehádají se, mají se rádi. Má velmi pěkný vztah nejen s rodiči, ale i se svým starším bratrem, který jí často pomáhá. V koláči radostí zmiňuje také psa, který je součástí rodiny. Důležitou prioritou jsou pro ni hezké známky ve škole. Při výběru, zda chce psát koláč radostí nebo koláč starostí, se rozhodla pro koláč radosti (viz příloha č. 4).

4.7 Pozorování

Dívka je snaživá, ale je nutné jí často poskytovat zpětnou vazbu a motivovat ji. Tím, že má od narození tělesné postižení spojené s oční vadou, byla dlouho opečovávaná. Nyní je již ve věku dospívání a tak se jí rodiče a bratr snaží vést k větší samostatnosti. Její vývoj byl ovlivněn nejen tělesným a zrakovým postižením, ale také častou nemocností v raném dětství. V současné době již nemá zdravotní oslabení a daří se jí v rámci možností dobře. Dívka vyrůstá v bezpečném rodinném prostředí. Ve škole dochází po vyučování na internát, kde pobývá odpoledne a dva dny v týdnu zůstává s ostatními dívkami na spaní přes noc. Má zde

svůj pokoj s kamarádkou, je v kolektivu dalších osmnácti dívek ve věku od 5 do 16 let. Přes den se o dívky starají dvě denní vychovatelky, v noci jedna vychovatelka. Denní vychovatelky zajišťují dívkám zájmovou činnost a také přípravu na vyučování. Výhodou je, že se internát nachází v budově školy a děti tak plynule a bezpečně dochází ze školy. Ve čtvrté třídě docházela dívka do školní družiny, ale kolektiv internátu je pro ni vzhledem k věku a dívčí skupině přínosnější. Její denní vychovatelka o ní říká, že je oblíbená, dobrosrdečná a snaživá. Ostatní dívky jí pomáhají, ale i ona se snaží pomoci ostatním, zejména mladším dívkám. Někdy vyhledává samotu a je ráda na pokoji sama. Většinou se ráda zapojuje do společných akcí. Je zručná, i když je to pro ni někdy těžké. Nejraději má tvořivou činnost, ale i procházky do lesa a okolí školy. Je hodně otevřená, ráda si s paní vychovatelkou povídá o rodině a zejména o bratrovi. Často sděluje své pocity, starosti a úspěchy či neúspěchy ve škole. Je spokojená sama se sebou, má zdravé sebevědomí. Nevyhledává spory, ale je naivní a nechá se zmanipulovat, aby se zavděčila. Po necelých dvou letech vidí paní vychovatelka pozitivní posun, je více samostatná, má větší zodpovědnost za své věci. Její třídní učitelka o ní říká, že pracuje vzorně a je připravená. Vnímá, že se učí a o zadaných úkolech přemýšlí. Když něco ví, hlásí se. V českém jazyce dělá se třídou všechno a bez problémů. Když je potřeba, využívá zejména ke čtení delšího textu lupu. Jediný problém, na který paní učitelka upozorňuje, je v rychlosti čtení. Tím, že používá lupu, jí nejde samostatné čtení tak rychle a tím za ostatními dětmi zaostává. Na druhou stranu si ale uvědomuje, o čem četla a nemá tak problém s porozuměním čteného textu.

4.8 Zhodnocení

Vzhledem k častým zdravotním komplikacím během předškolního věku dívky a kombinaci tělesného a zrakového postižení je dívka vzdělávána ve speciálních školách. Dívce menší kolektiv a pomalejší tempo práce velice svědčí, i když už přešla na druhý stupeň a učivo je pro ni obtížnější. Jsou předměty, které jí jdou a tak jí i baví, na druhou stranu si je vědoma, že jsou i předměty těžší, které se musí doučovat doma. Ty se snaží někdy kvůli únavě oddalovat. Je nutné jí hlídat např. včasné odevzdávání domácích úkolů. Případný neúspěch či špatná známka jí velice rychle snižuje sebevědomí. Proto je dobré jí často podporovat a v rozumné míře také chválit. Zpětná vazba je pro ni velice důležitá. Dívka prospívá velice dobře, nastavené vzdělávání v menším kolektivu a pobyt na internátu jí svědčí. Je tak vedena k samostatnosti, ale s nutným dohledem pedagogického pracovníka.

5 Navrhovaná doporučení

5.1 Navrhovaná doporučení vzhledem k rodině

Dívka vyrůstá v menší, milující rodině. To je pro ni určitě velmi přínosné. Je vnímavá, potřebuje mít pocit bezpečí. Je ale dobré to s péčí nepřehánět a nechat ji samotnou, s ohledem na její možnosti, pracovat a tvořit. Učit ji sebeobsahu a systém. Dívka má tendenci si ulevovat a to není dobré. Hodně věcí již zvládne sama a v tom je potřeba jí neustále podporovat. Někdy má pocit, že danou činnost nezvládne. Proto je dobré jí důvěřovat a poskytovat jí zpětnou vazbu. Velice důležitý je pro ni také pravidelný denní režim, do kterého patří nejen školní povinnosti, ale také pravidelné cvičení. To je nutné někdy připomínat. Na druhou stranu je potřeba zajistit dostatečný čas pro odpočinek a relaxaci. V rámci volnočasových aktivit je vhodné začleňovat dívku do běžného kolektivu dětí. Během školního roku to není možné, ale například letní tábory jsou pro dívku velmi přínosné. Účastní se jich již od raného dětství společně s matkou a bratrem a je dětmi velice pěkně přijímána.

5.2 Navrhovaná doporučení vzhledem k dalšímu vzdělávání

Dívka je vzdělávána na základě rozhodnutí rodičů v základní škole logopedické. To je pro dívku přínosem, neboť má pomalejší pracovní tempo vzhledem ke svému kombinovanému postižení. S výukou jí doma pomáhají rodiče a starší bratr. Ke svému vzdělávání potřebuje individuální přístup a speciální pomůcky – lupu, sklopnou desku, zvětšené materiály atd. Učí se psát na speciální žluté klávesnici, aby uměla v budoucnu využívat lépe informační technologie a nemusela si materiály ke studiu opisovat ručně, což jí vyčerpává a bolí jí z delšího psaní ruka. To jí pak omezuje při rehabilitaci. Potřebuje také v rámci socializace být součástí kolektivu. Proto je pro ni vzdělávání ve třídě, kde je v současné době 6 žáků, velice vhodné. Škola je k dívce velice vstřícná, i když má jiné postižení, než na které je zaměřená. Dívka pracuje většinou s ostatními dětmi a navzájem se motivují. Je nutné dbát na používání speciálních pomůcek. Za používání záložky nebo lupy se dívka styděla před spolužáky, nyní už pochopila, že jí to prospívá. Problém nyní nastává s písmem, kdy se snaží psát menší, aby se dětem ze třídy vyrovnala. Po té ale své písmo nepřečte. Je důležitá u ní neustálá podpora a vysvětlování, že i když píše větší, jen tiskací písmo, nevadí.

Závěr

Autorka v závěrečné práci zaměřila na charakteristiku vývoje dívky s dětskou mozkovou obrnou – s tělesným a zrakovým postižením, s důrazem na oblast školního vzdělávání.

Podkladem pro zpracování kazuistiky byla osobní, rodinná a školní anamnéza, rozhovor s dívkou, pozorování, dotazník přání, test tří přání, nedokončené věty a koláč radostí.

Z rozboru rodinné anamnézy je patrné, že dívka žije v milující, podporující rodině a že je velice dobře přijata svými blízkými. Velkou oporu má nejen ve svých rodičích, ale i ve svém bratrovi, který byl sice odsouván, ale ne méně milován. Chlapec nejdříve na sestru velice žárlil, měl pocit, že se rodiče starají pouze o ni. Nyní však již je ve věku, kdy této situaci lépe rozumí a nepřipadá si tak odstrkovaný.

Ze školní anamnézy vyplývá, že nebyl ze strany rodičů žádný pokus o inkluzi, ale že využili dostupné péče mateřské školy pro tělesně postižené a následně základní školy pro tělesně postižené, od čtvrté třídy pak základní školy logopedické, vše v blízkém okolí bydliště. Toto rozhodnutí bylo ovlivněno negativními zkušenostmi při hledání vhodné mateřské školy a také s úřady. Naopak se rodičům a dívce dostalo velké podpory ze strany škol speciálních a speciálně-pedagogických center.

Z rozhovoru, pozorování a dalších použitých metod je patrné, že dívka je ve známém prostředí spokojená. Je si vědoma svých nedostatků, ale to jí nebrání v tom, být šťastná. Jsou chvíle, kdy se trápí a přemýšlí, proč jí nohy či ruce neposlouchají tak jako ostatní, ale tento stav netrvá dlouho. Jsou chvíle, kdy zažívá úspěch a to jí posouvá dál.

Použité informační zdroje

- FISCHER, S., ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.
- HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z., 2007. *Oftalmopedie*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-159-1.
- HRADILKOVÁ, T., 2018. *Praxe a metody rané péče v ČR: průvodce sociálním modelem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1386-4.
- KEBLOVÁ, A., 2001. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima. ISBN 80-7216-191-1.
- KRAUS, J. a kol., 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.
- POTMĚŠILOVÁ, P. a kol., 2013. *Speciální pedagogika nejen pro sociální pedagogy*. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-179-1.
- SLOWIK, J., 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1733-3.
- ŠVINGALOVÁ, D., 2004. *Teorie a praxe případové práce ve speciální pedagogice*. Liberec: Vysokoškolský podnik s.r.o. Liberec. ISBN 80-7083-819-1.
- VÁGNEROVÁ, M., 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.
- VALENTA, M. a kol., 2014. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0602-6.
- VÍTKOVÁ, M. a kol., 2004. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.
- ZIKL, P., 2011. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3856-7.

MRZENA, B., 2012. Dětská mozková obrna. In: *Šancedětem.cz* [online]. 26. 6. 2012 [vid. 15. 3. 2021]. Dostupné z: <https://sancedetem.cz/detska-mozkova-obrna>

PHK MARKETING, 2021. Co je dětská mozková obrna. In: *Dětská mozková obrna.cz* [online]. [vid. 27. 2. 2021]. Dostupné z: <http://www.detska-mozkova-obrna.cz/dmo/co-je-dmo>

SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM PRO TP A PAS LIBEREC: *Naše služby* [online]. [vid. 24. 2. 2021]. Dostupné z: <https://www.spc-liberec.cz/sluzby>

Přílohy

Příloha č. 1 – Dotazník přání

Příloha č. 2 – Test tří přání

Příloha č. 3 – Dopln věty

Příloha č. 4 – Koláč radostí

Příloha č. 1 – Dotazník přání

Na předloženém záznamovém archu zaškrtni ta přání, která patří mezi tvá největší.

☒ - abychom bydleli v přírodě

- abychom bydleli ve větším městě

- abychom měli větší byt

☒ - abych byla zdravější

- aby se mi druzí neposmívali

☒ - aby bylo mezi dětmi méně sporů a hádek

☒ - aby mi lépe šlo učení

- abych měla více volného času

- abychom měli více peněz

☒ - abych měla více kamarádů

Příloha č. 2 - Test tří přání

Kouzelný dědeček z pohádky ti splní tři přání. Co by sis přála?

1. přání

...ABY DĚDA ŽIL.....

2. přání

...ABYCH BYLA ZDRAVÁ.....

3. přání

...ABY BYLO MEZI DĚTMI MÉNĚ SPORŮ A HÁDEK.....

Příloha č. 3 – Doplně věty

Doma mám nejradši PSA A RODINU

Maminka je NEJLEPŠÍ

Tatínek je SUPER

Bratr je HODNÝ

Babička je SKVĚLÁ

Paní učitelka je PŘÍSNÁ

Spolužáci jsou HÁDAVÍ

Ve škole se mi líbí POMOC SPOLUŽÁKŮ

Ve škole se mi nelíbí HÁDKY MEZI DĚTMI

Na internátu se mi líbí VŠECHNO

Na internátu se mi nelíbí NIC

Děti na internátu PŘÍJEMNÉ

Nejoblíbenější paní vychovatelka je BLANKA

Na internátě se učím SAMOSTATNOSTI

Příloha č. 4 – Koláč radostí

Rozděl pomyslný koláč radostí na tolik částí, kolik potřebuješ. Tomu, co ti přináší největší radost, nech největší díl, co ti dělá radost menší, vepiš do menšího dílu.

Koláč radostí

