



# Základy speciální pedagogiky

**Miroslava Javorská, Tereza Skákalová**

Recenzoval: Mgr. Jan Sýkora

Tento materiál byl vytvořen v rámci projektu  
„Inovace studijních oborů na PdF UHK“ reg.č. CZ.1.07/2.2.00/28.0036.



## Základní informace o předmětu

**Vyučující:** PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

**Kontakt:** miroslava.javorska@uhk.cz

**Hodinová dotace přímé výuky:** 26 hod. (přednáška 1 hod. týdně, seminář 1 hod. týdně)

**Hodinová dotace samostudia:** 10 hodin

**Zařazení předmětu:** 2. semestr

**Prerekvizity:** Předmět nemá prerekvizity. Předmět není prerekvizitou jiného předmětu.

**Pravidla komunikace s vyučujícím:** prostřednictvím e-mailové korespondence, dále na základě předem dohodnutých osobních konzultací, kontrola individuálních prací a absolvování zápočtového testu na základě přihlášení na konzultační a zápočtové termíny uvedené ve Fakultním informačním systému.

## Úvod do studia předmětu (anotace)

Předmět seznamuje studenty s podstatou oboru speciální pedagogika a tyto odborné poznatky hned aplikuje do budoucí praxe studentů, tj. do prostředí zájmového a neformálního vzdělávání. Z tohoto důvodu se předmět zaměřuje především na speciální pedagogiku dětského věku. Předmět dále seznamuje se základní terminologií oboru a řeší problematiku integrace a inkluze žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

## Cíle předmětu

Cílem předmětu Základy speciální pedagogiky je získání základních teoretických vědomostí z oboru speciální pedagogiky, které může ve své pozdější praxi sociální pedagog uplatnit.

## Osnova předmětu

1. Uvedení do problematiky a vymezení základních pojmů
2. Dítě se sluchovou vadou
3. Dítě se zrakovou vadou
4. Dítě s narušenou komunikační schopností
5. Dítě s tělesným postižením
6. Dítě se zdravotním znevýhodněním
7. Dítě s poruchou autistického spektra
8. Dítě s mentálním postižením
9. Dítě se specifickou poruchou chování
10. Dítě se specifickou poruchou učení

## Literatura

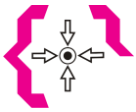
- ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005.
- BENDOVIÁ, P., ZIKL P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. 2011, ISBN 978- 80- 247- 3854-3.
- HRUBÝ, Jaroslav. 1998. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu. 2. díl. 1. vydání*. Praha: FRPSP. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.*
- JANOTOVÁ, Naděžda, SVOBODOVÁ, Karla. 1998. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole. 1. vydání*. Praha: Septima. 58 s. ISBN 80-7216-050-8.
- KEBLOVÁ, Alena. 1996. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením. 1. vydání*. Praha: Septima. 100 s. ISBN 80-85801-65-5.59
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2007. *Logopedie*. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1110-9.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. 1993. *Základy oftalmopedie. 1. vydání*. Brno: Masarykova univerzita. 22 s. ISBN 80-210-0667-6.
- NEUBAUER, Karel. 2001. *Logopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 79 s. ISBN 80-7041-098-1.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování. 2. rozšířené vydání*, Praha: Portál, 2010, 333 s., ISBN 978-80-7367-817-3.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika. 3. vyd. Olomouc: Palackého univerzita, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.*
- SKÁKALOVÁ, T. *Uvedení do problematiky sluchového postižení. 1. vydání*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 97 s. ISBN 978-7435-098-6.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 1. vydání*. Praha: Grada, 2007. ISBN 987-80-247-1733-3.
- SOVÁK, Miloš. 1972. *Nárys speciální pedagogiky. 1. vydání*. Praha: SPN. 206 s.
- ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retarace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.*
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.*
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.*
- ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*, Praha: Portál, 1994, 263 S. ISBN 978-80-7367-514-1.

## Požadavky na ukončení předmětu

Aktivní účast na seminářích (student zpracovává portfolio aktivit vhodných pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami).

**Zkouška:** písemný test v rozsahu výuky.

## Význam ikon v textu



### **Cíle**

Na začátku každé kapitoly je uveden seznam cílů



### **Pojmy k zapamatování**

Seznam důležitých pojmů a hlavních bodů, které by student při studiu tématu neměl opomenout.



### **Poznámka**

V poznámce jsou různé méně důležité nebo upřesňující informace.



### **Kontrolní otázky**

Prověřují, do jaké míry student text a problematiku pochopil, zapamatoval si podstatné a důležité informace.



### **Souhrn**

Shrnutí tématu.



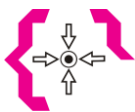
### **Literatura**

Použitá ve studijním materiálu, pro doplnění a rozšíření poznatků.

## Obsah

1	<b>Uvedení do problematiky a vymezení základních pojmů</b> .....	7
1.1	Úvod.....	7
1.1.1	Základní pojmy .....	7
1.1.2	Nároky na pedagoga s ohledem na zapojení dítěte se specifickými potřebami .....	9
2	<b>Dítě se sluchovou vadou</b> .....	12
2.1	Kdo je to dítě se sluchovou vadou? .....	12
2.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem se sluchovou vadou .....	13
3	<b>Dítě se zrakovou vadou</b> .....	16
3.1	Zrakové vady u dětí.....	16
3.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem se zrakovou vadou: .....	18
4	<b>Dítě s narušenou komunikační schopností</b> .....	22
4.1	Narušená komunikační schopnost u dětí.....	22
4.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem s NKS .....	23
5	<b>Dítě s tělesným postižením</b> .....	26
5.1	Kdo je dítě s tělesným postižením? .....	26
5.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem s tělesným postižením .....	29
6	<b>Dítě se zdravotním znevýhodněním</b> .....	34
6.1	Kdo je dítě se zdravotním znevýhodněním?.....	34
6.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem se zdravotním znevýhodněním. ....	40
7	<b>Dítě s poruchou autistického spektra</b> .....	45
7.1	Kdo je dítě s poruchou autistického spektra? .....	45
7.1.1	Praktická doporučení pro práci s dětmi s pervazivními vývojovými poruchami .....	47
8	<b>Dítě s mentálním postižením</b> .....	51
8.1	Kdo je dítě s mentálním postižením?.....	51
8.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem s lehkou mentální retardací .....	54
9	<b>Dítě se specifickou poruchou chování</b> .....	57
9.1	Kdo je dítě se specifickou poruchou chování? .....	57
9.1.1	Praktická doporučení pro práci s dítětem se SPCH .....	58
10	<b>Dítě se specifickou poruchou učení</b> .....	62
10.1	Kdo je dítě se specifickou poruchou učení? .....	62
10.1.1	Praktická doporučení pro práci s dětmi se SPU (školních dovedností) ...	64

# 1 Uvedení do problematiky a vymezení základních pojmů



## Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- získáte přehled v základních pojmech, které se váží k tématu zařazování dětí se specifickými vzdělávacími potřebami do neformálního vzdělávání.



## Pojmy k zapamatování

- neformální vzdělávání
- dítě se speciálními vzdělávacími potřebami
- vyrovnávací opatření
- podpůrná opatření
- integrace
- inkluze

### 1.1 Úvod

Dle závěrečné zprávy výzkumu v rámci projektu Klíče pro život je „**neformální vzdělávání**“ pojato jako jakákoli organizovaná aktivita se vzdělávacím potenciálem, které se dítě účastní ve volném čase (tj. mimo dobu školní docházky). Spadají sem tudíž veškeré organizované výchovně-vzdělávací, poznávací, rekreační, sportovní, umělecké a podobné činnosti, které směřují k organizovanému, strukturovanému a cílenému naplňování volného času. Takto určeno se neformální vzdělávání do značné míry překrývá s pojmem organizovaných volnočasových aktivit.“ (NIDM, online, 2009) Neformální vzdělávání tak rozvíjí schopnosti, dovednosti, zájmy a potřeby člověka mimo rámec běžného školního vzdělávání (NUV, online, 2011-2013).

Jestliže se hovoří o pozitivním vlivu smysluplných volnočasových aktivit na vývoj dětí a dospívajících, pak **přínos** těchto aktivit na vývoj dítěte se specifickými vzdělávacími potřebami je nesporný:

- mohou působit jako nenásilný výchovný, rehabilitační i kompenzační prostředek, který dítě vede k rozvoji jeho dovedností;
- poskytují dítěti příležitost pro zažití pocitu úspěchu či uspokojení a radosti z prováděné aktivity;
- pomáhají uspokojovat potřeby poznávání a estetického prožívání;
- posilují pocit jistoty, sebeúcty i sebevědomí dítěte;
- podporují vytváření a upevňování vztahů s vrstevníky i celkové začleňování do majoritní společnosti aj.

#### 1.1.1 Základní pojmy

Pro porozumění řešené problematiky je nutné nejdříve vymezit základní pojmy. Míněnými pojmy jsou zvláště „speciální vzdělávací potřeby“, „integrace“ a „inkluze“.

Podle § 16 školského zákona (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání) je **dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami** (dále jen SVP) osoba:

- se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení



- nebo chování);
- zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování);
  - sociálním znevýhodněním (rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta).

S ohledem na zaměření předmětu a šíři celé této problematiky se budeme dále věnovat především první a druhé vymezené skupině.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se SVP se uskutečňuje za využití vyrovnávacích a podpůrných opatření (dle § 1 vyhlášky č. 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných). **Vyrovnávacími opatřeními** se rozumí *využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga*. **Podpůrnými opatřeními** se rozumí *využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka*.

V povědomí laické veřejnosti se termín **integrace** vysvětluje velmi zkresleně a nepřesně jako stav, kdy pohromadě fungují dvě lišící se skupiny. V původním Sovákově pojetí (1972) je ale **integrace** nejvyšším stupněm socializace jedince, tj. jeho zapojení a splynutí se společností po stránce výchovné a vzdělávací, v pracovním uplatnění i ve společenském soužití – tedy celoživotním procesem zapojování do společnosti.

Postupem času došlo k posunu významu tohoto pojmu (ve speciálně pedagogickém smyslu). Podle Průchy (2003) je integrované vzdělávání definováno jako „*přístupy a zapojení žáků se zvláštními speciálními potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich specifické potřeby.*“

Vedle termínu školní integrace se v současné době můžeme setkat s pojmem společného nebo **inkluzivního vzdělávání**. Tím se rozumí takový přístup ve výchově a vzdělávání, v němž jsou zařazeny všechny děti do hlavního vzdělávacího proudu, tj. do běžných škol. To ale předpokládá připravenost školy na heterogenní složení kolektivu tak, že může nabídnout adekvátní vyučování všem dětem bez ohledu na jejich individuální rozdíly, druh speciálních potřeb a úroveň výkonů žáků.

Jak vyplývá z uvedeného vysvětlení pojmů, nelze integraci a inkluzi používat jako synonyma. Inkluzivní vzdělávání ve své podstatě představuje jakési automatické právo dítěte na vzdělávání v hlavním proudu. Oproti tomu integrované vzdělávání se uskutečňuje na základě posouzení schopností a dovedností dítěte odborníky, kteří rozhodnou, zda dítě má šanci zvládnout vzdělávání na běžné škole, příp. za jakých podmínek...



### 1.1.2 Nároky na pedagoga s ohledem na zapojení dítěte se specifickými potřebami

Úkolem pedagoga (vedoucího) při zapojení dítěte se specifickými potřebami do zájmové aktivity je v první řadě její přizpůsobení tak, aby ji dítě s ohledem na své možnosti mělo šanci zvládnout a prožít stejné emoce jako ostatní. Dalším, neméně významným, úkolem je funkční zapojení takového dítěte do kolektivu ostatních dětí.

Specifika a konkrétní náměty pro práci budou popsány v dalších kapitolách u jednotlivých skupin dětí se specifickými potřebami. Zde budou zmíněny spíše obecné základní předpoklady pro úspěšné zvládnutí práce s takovým dítětem.

Pedagog je jedním z nejdůležitějších činitelů hry, resp. zájmové aktivity. Na něm záleží, jakou hru/aktivitu vybere a jak ji dětem nabídne. Velmi tedy záleží na jeho znalostech, zkušenostech, organizačních a komunikačních dovednostech, ale také na empatii a pedagogickém citu.

V první řadě je nutné věnovat zvýšenou pozornost **výběru hry/aktivity**. Automaticky se předpokládá, že pedagog by měl mít všechny hry/aktivity zažité a prakticky vyzkoušené – to jednoznačně usnadní přípravu, ale i případné úpravy hry ve vztahu k dítěti se specifickými potřebami.

Důležitými kritérii výběru aktivity je věk dětí, jejich úroveň dovedností a psychomotorických schopností. Při aktivitě je potřebné zapojit všechny děti, takže je důležité brát v potaz specifické potřeby a možnosti integrovaného dítěte. Tomuto kroku by mělo předcházet setkání s dítětem a jeho rodiči, aby pedagog zjistil, co a jakým způsobem dítě zvládne, jaká je úroveň jeho komunikace, jak reaguje apod. – tedy aby na něho později kladl přiměřené nároky... Toto dále předpokládá, že pedagog bude mít alespoň základní povědomí o projevech nejčastěji se vyskytujících vadách či nemocech, jejich důsledcích a možnostech kompenzace, na jejichž základě bude schopný odhadnout možnosti a potřeby dítěte. Též je ale přínosné, pokud si pedagog v rámci přípravy na práci s daným dítětem nastuduje adekvátní odbornou literaturu, která prohloubí jeho znalosti.

Začátku samotné hry/aktivity by měla předcházet **motivace dětí**. Jejím úkolem je vzbudit zájem dětí o hru a naladit je na to, co je čeká. Zde opět velmi záleží na osobnosti pedagoga, jak dokáže děti motivovat a nalákat na to, co budou dělat. Tato část aktivity by rozhodně neměla být podceňována a zvláště ne v případě přítomnosti dítěte se specifickými potřebami. To kvůli svému znevýhodnění může prožívat pocity méněcennosti, může být uzavřený do sebe apod., úkolem pedagoga pak je vzbudit zájem i tohoto dítěte o hru a překonat možný strach z kolektivu a neznámé činnosti.

**Průběh hry/aktivity** obecně ovlivní to, zda děti podobnou hru již hrály či znají alespoň některé použité prvky. Od tohoto se odvíjí **vysvětlování pravidel**. V případě přítomnosti integrovaného dítěte je nutné předpokládat, že nebude mít tolik zkušeností jako ostatní děti, mnohé prvky pro něj budou naprosto neznámé (ale třeba bude mít strach to přiznat!). Při vysvětlování pravidel je potřeba používat slovník adekvátní věku přítomných dětí, aby pravidla byla jasná a jednoznačná. Pochopení pravidel je nutné před začátkem hry poctivě ověřit, v případě komplikací či náročnosti hry je vhodné zapojit i krátkou ukázkou hry. Opomenuto nesmí být ani stanovení konce hry, zvláště u her, které např. nekončí doběhnutím do stanoveného cíle apod. U dětí s postižením může být mnohdy velmi přínosné použití různých pomůcek při vysvětlování pravidel. To klade důraz na řádnou **přípravu pedagoga na hry/aktivity** (např. různé pomůcky – kartičky s obrázky/nápisy, nákresy apod., včetně seznámení se se specifickými potřebami daného dítěte).

Též je nutné počítat s větší časovou dotací na vysvětlení pravidel a příp. i na



realizaci celé hry/aktivity. Naopak se ale může i stát, že hra/aktivita bude uskutečněna rychleji, než se předpokládalo, a proto by pedagog měl mít v zásobě další aktivitu. Pokaždé však nemusí dojít k nové aktivitě, pokud se dětem původní hra líbí, lze ji inovovat různými prvky, pomůckami apod. Zde velmi záleží na kreativitě a flexibilitě pedagoga, jak dokáže pracovat v aktuální situaci se skupinou dětí. Potřebné je i dokázat „předvídat nepředvídatelné“ a být schopen pohotově reagovat. Obecně tak lze spatřovat větší náročnost ve skupinové práci, která zpravidla vyžaduje pečlivější přípravu pedagoga, než práce individuální, kde se pedagog věnuje pouze jednomu dítěti.

Závěrem už pouze doplňujeme, že práce s dítětem se specifickými potřebami vyžaduje od pedagoga trpělivost a může se dařit pouze v případě, že pedagog dokáže být k dětem empatický a má opravdový zájem na zapojení dítěte do zájmového a neformálního vzdělávání.



## Kontrolní otázky

1. Jaký je rozdíl ve vyrovnávacích a podpůrných opatřeních, která jsou využívána ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?
2. Jaký je rozdíl v pojmech integrace a inkluze?



## Souhrn

První kapitola je úvodem do problematiky zařazování dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami do neformálního a zájmového vzdělávání. Věnuje se vymezení základních pojmů a dále se v obecné rovině zabývá vymezením specifických nároků na pedagoga.



## Literatura

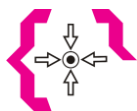
- PRŮCHA, Jiří a kol. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- SOVÁK, Miloš. 1972. *Nárys speciální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: SPN. 206 s.
- Citadella. *Inkluzivní vzdělávání*. [online]. Citadella: ©2008 [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: [http://www.cittadella.cz/kochl/index.php?p=co\\_je\\_treba\\_vedet&site=default](http://www.cittadella.cz/kochl/index.php?p=co_je_treba_vedet&site=default).
- Národní institut dětí a mládeže. *Klíče pro život*. [online]. NIDM. [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.nidm.cz/projekty/realizace-projektu/klice-pro-zivot/>
- Národní ústav pro vzdělávání. *Neformální vzdělávání*. [online]. NÚV: © 2011-2013. [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/vzdelavani-v-cr/neformalni-vzdelavani>.
- Šance dětem. *Volný čas dětí se zdravotním postižením*. [online]. Šance dětem: ©2013. [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/volny-cas-deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>.
- Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů*, částka 56.
- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů*. 10. 11. 2004, částka 190.



Závěrečná zpráva veřejné zakázky Výzkum na téma „Klíčové faktory ovlivňující inkluzi dětí a mládeže se specifickými vzdělávacími potřebami do zájmového a neformálního vzdělávání“. [online]. Praha: 2009. [cit. 3. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.vyzkum-mladez.cz/zpravy/1259751364.pdf>

ŽUMÁROVÁ, Monika. 2003. Možnosti volnočasových aktivit v rámci integrace jedinců se speciálními potřebami. In *Zdravotně postižení, Programy pro 21. století*. Hradec Králové: Gaudeamus, s. 361-364. ISBN 80-7041-234-8.

## 2 Dítě se sluchovou vadou



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o jednotlivých skupinách dětí se sluchovou vadou.
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dítětem se sluchovou vadou.



### Pojmy k zapamatování

- nedoslýchaví
- neslyšící
- kochleární implantát
- znakový jazyk
- odezírání
- sluchadla

### 2.1 Kdo je to dítě se sluchovou vadou?

V úvodu je potřeba upozornit na to, že termín *dítě se sluchovou vadou* je velmi obecný a v podstatě neříká jasně, zda dítě alespoň částečně slyší, nebo neslyší vůbec. Při zamyšlení nad těmito dvěma situacemi je zřejmé, že velikost ztráty sluchu bude hrát v kontaktu s takovým dítětem velkou roli. Druhým faktorem, který značně ovlivňuje komunikaci s dítětem je doba, kdy ke ztrátě sluchu došlo (vrozená, získaná vada). Faktorů, které vývoj dítěte ovlivňují, je samozřejmě více (rodiče, typ školy aj.). S ohledem na rozsah textu se však jimi nebudeme blíže zabývat, ale zaměříme se na základní charakteristiku dětí se sluchovými vadami, která poskytne důležité poznatky pro pochopení specifických potřeb těchto dětí.

**Nedoslýchavé dítě** je to, které jednoduše řečeno hůř slyší. Nedoslýchavost tak v sobě zahrnuje pásma od lehké ztráty sluchu, až po těžkou sluchovou vadu. Lehká ztráta sluchu může dlouho unikat pozornosti, protože dítě rozumí zpravidla hůře jen tichému hlasu nebo při zhoršených poslechových podmínkách. Při střední ztrátě sluchu bývá porozumění řeči dobré jen při zvýšené hlasitosti. Pokud je taková vada odhalena, bývá kompenzována elektronickými sluchadly. Diagnostika sluchové vady je u malých dětí stále palčivým problémem. I když existují různé vyšetřovací metody, jsou případy, kdy vada sluchu pozornosti rodičů i lékařů dlouho uniká, protože dítě se naučí doplňovat to, co neslyšelo, zrakem (tj. odezíráním). Diagnostickými ukazateli sluchové vady pak může být až pomalejší vývoj řeči a neadekvátní reakce dítěte (někdy reaguje přiměřeně, jindy nerozumí a nereaguje či reaguje špatně – může být také nesprávně považováno za neposlušné či nevychované!).

Dítě s těžkou nedoslýchavostí může vnímat maximálně jen silný zvuk (pro srovnání např. hlasitá reprodukováná hudba, jedoucí vlak apod.) a i při zesílení řeči nerozumí všem slovům ani zblízka. U těžkých vad totiž dochází kromě snížení kvantity i ke zkreslení zvukového vjemu, což sluchadlo nedokáže kompenzovat. Sluchadlo umí pouze zesílit přicházející zvuky, příp. odfiltrovat méně významné zvuky.

Z tohoto důvodu si musí hodně nedoslýchavých vypomáhat **odezíráním**. Pouhé odezírání však není spolehlivý způsob pro porozumění řeči, lze ho spíše použít jen jako doplnění toho, co člověk přeslechne.



**Neslyšící dítě** nevnímá ani s největším zesílením žádný zvuk, pouze příp. vibrace. Pro komunikaci je velmi zásadní, zda dítě neslyší od narození (tzv. **prelingválně neslyšící**) či ztratilo sluch až po určité zkušenosti s mluveným jazykem. V určení této věkové hranice se autoři různí, udává se zpravidla hranice okolo čtyř let – o těchto dětech pak hovoříme jako o **ohluchlých**.

Dítě, které neslyší od narození, se nemůže přirozeně učit mluvenému jazyku, protože ten si děti nejvíce osvojují odposloucháváním a napodobováním. Je tedy logické, že pro takové dítě bude přirozenou formou komunikace spíše **znakový jazyk (ZJ)**. Zda se však dítě ke znakovému jazyku dostane, záleží na včasné diagnostice vady a na rodičích (naprostá většina neslyšících dětí se totiž rodí slyšícím rodičům)... Přitom ale právě na rané funkční komunikaci nejvíce závisí celkový vývoj dítěte!

Vývoj neslyšícího dítěte může značně podpořit **kochleární implantát (KI)**. Jedná se o přístroj, který umožňuje získávat sluchové vjemy díky přímé stimulaci sluchového nervu ve vnitřním uchu implantovanými elektrodami (na rozdíl od sluchadla, které „pouze“ zesiluje přicházející zvuk). Lze říci, že kochleární implantát nahrazuje sluch a poskytuje příležitost k ovládnutí a rozvoji mluveného jazyka. Nutno však dodat, že toto umělé slyšení se nevyrovná slyšení přirozenému a navíc ne všichni neslyšící jsou vhodnými kandidáty pro implantaci.

Jak vyplývá z předchozího textu, sluchová vada nejvíce **omezuje komunikaci a příjem informací**. Těmito dvěma oblastmi bychom pak mohli v základu vymezit **specifické potřeby** dětí se sluchovým postižením – tedy jako potřebu dostupného a plnohodnotného způsobu komunikace a potřebu adekvátního způsobu příjmu informací. Dítě totiž zpravidla nemůže v běžných situacích náhodně odposlouchávat, a také nelze počítat s tím, že starší dítě si informace bez problému přečte – těžká sluchová vada zamezuje přirozenému způsobu osvojování si jazyka, navíc pokud dítě komunikuje hlavně znakovým jazykem, může mít problémy se čtením s porozuměním. Znakový jazyk má totiž oproti jazyku mluvenému odlišná gramatická pravidla, a pro dítě je tak čeština jazykem cizím.

## 2.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem se sluchovou vadou

### Komunikace a kontakt

Lze předpokládat, že v zájmovém a neformálním vzdělávání se pedagog spíše setká s dětmi nedoslýchavými a s dětmi s kochleárním implantátem, než s dětmi neslyšícími. Nemusí se tedy „bát“, že bude muset perfektně ovládat znakový jazyk (pokud by však takové dítě přítomné bylo, lze využít asistenta, který bude ZJ ovládat). Na druhou stranu alespoň omezené znaky, příp. gesta mohou být vhodnou komunikační pomůckou v různých situacích, kdy se nelze spoléhat na sluchové vnímání dítěte (např. hlučné prostředí, velká vzdálenost mezi pedagogem a dítětem, situace, kdy dítě nemůže sluchadlo či KI použít aj.).

V každém případě je potřeba počítat s tím, že komunikace s dítětem se sluchovou vadou vyžaduje více soustředění a trpělivosti na obou stranách. Pedagog by také měl mít na paměti, že sluchové vnímání dítěte nemusí být vždy dostačující a že dítě si potřebuje sluchové informace doplňovat informacemi zrakovými, tj. potřebuje odezírat. Aby dítě mohlo odezírat, musí dobře vidět na pedagogův obličej (tj. být v přiměřené vzdálenosti, neclonit si ústa rukou, nestát před zdrojem světla, který bude dítě oslňovat, být ve stejné výškové úrovni jako dítě, neotáčet hlavu při komunikaci, pokud pedagog ukazuje např. nějaký obrázek, nemluví u toho současně). Před tím, než pedagog začne

mluvit, by se měl ujistit, že se na něj dítě již dívá, popř. ho na toto upozornit. Pedagog mluví přirozeně, snaží se výrazněji artikulovat, ale nekřičí, ani neslabikuje. S ohledem na dítě se sluchovou vadou je vhodné předem vysvětlit potenciální nová slova (předpokládejme, že dítě bude v jazykovém rozvoji za svými vrstevníky opožděné!) a klíčové pojmy, naopak nedoporučuje se používat ironii, protože tu děti se sluchovou vadou obtížně chápou. Dále je potřeba si vždy ověřit, zda dítě danému sdělení dobře rozumělo. Spoléhat nelze na to, že dítě pokyvuje hlavou. Porozumění se lépe ověří konkrétními otázkami (ne: „Rozumíš mi?“ ale: „Co uděláš nejdřív?“) či ukázkou činnosti. V případě, že dítě nerozumí, je vhodné sdělení stručně napsat, použít prstovou abecedu, gesta či znaky aj.

### **Kompenzační pomůcky**

Děti se sluchovou vadou v závislosti na velikosti ztráty sluchu budou nejčastěji používat individuální sluchadla, příp. kochleární implantát (viz výše). Dítě by samo mělo zvládnout základní manipulaci s pomůckou (tj. výměna baterií, úprava hlasitosti aj.). O manipulaci též pedagoga poučí rodič. Na co by měl ale sám pedagog pamatovat je použití těchto pomůcek v průběhu aktivit – např. sluchadlo i KI je vhodné sundat při míčových hrách, kdy hrozí rána do hlavy (když ale dítě sundá pomůcku, je v podstatě neslyšící a je třeba předem jasně vymezit, jak v danou chvíli bude fungovat komunikace). Dále se sluchadlo ani KI nesmí namočit, tzn., že při koupání je dítě musí také sundávat. Pozor i např. při dešti – když sluchadlo navlhne, funguje hůř... V neposlední řadě je potřeba si uvědomit, že náhlé hlasité zvuky, budou pro dítě nepříjemné a mohou mu být i nebezpečné – pokud by tedy mělo dojít k nějakým výbuchům apod., je potřeba na to dítě předem upozornit, aby včas pomůcku vypnulo.

### **Náměty a rady pro práci s dítětem se sluchovou vadou**

Kromě dodržování výše uvedených základních pravidel pro úspěšnou komunikaci s dítětem se sluchovou vadou pedagogem je nutné seznámit i ostatní děti se specifickými potřebami a projevy daného dítěte. Sluchová vada je zrádná mj. také v tom, že není na první pohled viditelná, a tudíž hned nemusíme poznat, že dítě slyší hůř či neslyší vůbec. Dětem je třeba vhodně vysvětlit, že dané dítě není hloupé, může se ale někdy chovat zvláště, protože třeba dobře nerozumělo pokynům, nebo špatně odezřelo sdělovanou informaci. Pro lepší představu o možnostech odezírání vřele doporučuji pustit si na chvíli televizi bez zvuku, nebo alespoň vyzkoušet odezírání bezhlasně vyslovovaných slov (např. tužka – hruška – stužka apod.). Také řeč dítěte může být těžší sluchovou vadou poznamenána a je hůře srozumitelná – opět to ale nesouvisí s inteligencí dítěte.

Co se týče doporučení při realizaci různých, zvláště skupinových, aktivit, že třeba klást důraz na řádné vysvětlení (a pochopení) pravidel. U dětí s těžšími vadami je nutné vizualizovat startovní signál (tj. ne písknout píšťalkou, ale např. mávnout praporem). Stejně tak je nutné promyslet signál k ukončení hry (pokud je potřebný, např. když hra je ohraničena časovým limitem) – pedagog by měl předpokládat, že dítě při soustředěném zabránění se do hry nemusí dobře vnímat... I z tohoto důvodu je nutné dbát zvýšené pozornosti při výběru prostředí, v němž se aktivita bude konat – mělo by být bezpečné a jasně předem vymezené (ohraničené), také by se zde nemělo nacházet nic rušivého, co by odvádělo pozornost dítěte od prováděné aktivity. (Panská, 2005)



## Typologie vhodných aktivit

Sluchová vada ve své podstatě ovlivňuje hlavně možnosti komunikace a příjmu informací. Pokud budou dodrženy zásady komunikace s takto postiženým dítětem a budou brány v potaz omezené možnosti sluchového vnímání (a příp. i řečové produkce), může dítě vykonávat téměř všechny aktivity bez výraznějšího omezení – např. výtvarné aktivity, sport, dramatické aktivity, včetně pantomimy apod.



## Poznámka

Doporučené zdroje informací:

JANOTOVÁ, Naděžda, SVOBODOVÁ, Karla. 1998. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. 1. vydání. Praha: Septima. 58 s. ISBN 80-7216-050-8.

KALOUSOVÁ, Josefína. *Sluchové postižení*. [online]. [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/sluchove-postizeni/>

RUCE.CZ – informační portál o světě Neslyšících. [online]. Dostupné z: <http://ruce.cz>.  
TICHO.CZ. [online]. Dostupné z: <http://ticho.cz>.



## Kontrolní otázky

1. V čem spočívají nejzásadnější rozdíly mezi dítětem nedoslýchavých, neslyšícím, ohluchlým a dítětem s kochleárním implantátem?
2. Jaké podmínky musíte zajistit, aby mohlo dítě lépe odezírat?



## Souhrn

Pro zařazení dítěte se sluchovou vadou do zájmového a neformálního vzdělávání je nejdůležitější chápat rozdíl v důsledcích vady, zejména s ohledem na její stupeň a dobu vzniku. Úspěch zařazení dítěte spočívá zvláště v dodržování zásad správné komunikace a respektování komunikačních specifik.



## Literatura

HRUBÝ, Jaroslav. 1998. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. 2. díl. 1. vydání. Praha: FRPSP. 321 s. ISBN 80-7216-075-3.

HUDÁKOVÁ, Andrea, MOTEJZÍKOVÁ, Jitka. 2005. Terminologická džungle. In: HUDÁKOVÁ, Andrea. *Ve světě sluchového postižení*. Informační a vzdělávací publikace (nejen) pro zdravotnický personál o životě a potřebách neslyšících, nedoslýchavých a ohluchlých lidí a lidí s KI. 2. vydání. Praha: FRPSP. S. 11 – 14. ISBN 80-86792-27-7.

JANOTOVÁ, Naděžda, SVOBODOVÁ, Karla. 1998. *Integrace sluchově postiženého dítěte v mateřské a základní škole*. 1. vydání. Praha: Septima. 58 s. ISBN 80-7216-050-8.

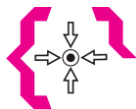
KALOUSOVÁ, Josefína. *Sluchové postižení*. [online]. [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/sluchove-postizeni/>

PANSKÁ, Svatava. 2005. *Pohybové hry pro děti se sluchovým postižením*. 1. vydání, Olomouc: Univerzita Palackého. 73 s., ISBN 80-244-1219-5.

SKÁKALOVÁ, T. *Uvedení do problematiky sluchového postižení*. 1. vydání. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 97 s. ISBN 978-7435-098-6.



## 3 Dítě se zrakovou vadou



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o zrakových vadách u dětí.
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dítětem se zrakovou vadou.



### Pojmy k zapamatování

- zraková vada
- okulomotorické poruchy
- refrakční vady
- nevidomost
- slabozrakost

### 3.1 Zrakové vady u dětí

Obdobně jako v předcházející kapitole je i zde nutné konstatovat, že termín *dítě se zrakovou vadou* je velmi obecný a nekonkrétní ve smyslu určení projevů zrakové vady a z ní vyplývajících specifických potřeb dítěte.

**Zrakovou vadou** je označován stav, kdy zrakové ústrojí neplní svou funkci, nebo jí plní omezeně. Zrakové vady mohou být buď vrozené, nebo získané. Podle oblasti porušení zrakových funkcí se zrakové vady dělí na ztrátu zrakové ostrosti, postižení zorného pole, okulomotorické poruchy, problémy se zpracováním zrakových podnětů (tzv. kortikální slepota) a poruchy barvocitu. Na základě stupně (velikosti) zrakové vady se rozlišuje slabozrakost, zbytky zraku a nevidomost. (Květoňová-Švecová, 1993)

V následující charakteristice zrakových vad se text zaměřuje pouze na ty vady, jejichž výskyt lze předpokládat v zájmovém a neformálním vzdělávání a které mohou ovlivnit realizaci volnočasových aktivit.

**Okulomotorické poruchy** nastávají při vadné koordinaci pohybu očí. Děti mají potíže při používání obou očí, při sledování pohybujícího se předmětu nebo jeho prohlížení či při uchopování a s přesně mířenými pohyby. Typickým příkladem takové poruchy je strabismus neboli **šilhání**. Jedná se o stav, kdy spolu oči vzájemně nespolupracují a každé oko míří jiným směrem. Vlivem toho lze předpokládat, že šilhající dítě pozoruje dvojitý obraz. Šilhání lze při včasném rozpoznání úspěšně léčit, buď speciálními dioptrickými brýlemi, popř. chirurgicky. Není-li dítě léčeno, obraz ze slabšího oka dětský mozek potlačí, což vede ke vzniku **tupožrakosti** (amblyopie). Při tupožrakosti je obraz z postiženého oka vnímán méně ostře, nejasně a matně, což je většinou zapříčiněno poruchou vývoje tzv. binokulárního vidění. Binokulární vidění je schopnost vidět oběma očima v prostoru jednoduše, v jednom výsledném obraze. Metoda nápravy tupožrakosti je jednoduchá a účinná. Lépe vidící oko se zakrývá **okluzorem**, aby tupožraké oko bylo nuceno se co nejvíce zapojit do výsledného obrazu. Předpokladem úspěchu tupožrakosti i šilhání je včasná léčba, která je omezena na předškolní věk. Přetrvávají-li poruchy po 6. a 7. roce, jsou již trvalé.

**Ztráta zrakové ostrosti** je též označována termínem **refrakční vada** a je způsobena poměrem mezi lomivostí oka a jeho délkou. Menší vady je oko schopné korigovat





samo, velké refrakční vady ale již ne, a proto se musí korigovat brýlemi nebo kontaktními čočkami. Nejčastěji se tak hovoří o tzv. **krátkozrakosti** (myopie) a **dalekozrakosti** (hypermetropie). Dalším typem refrakční vady je **astigmatismus**, při kterém dochází k nepravidelnému zakřivení oka (nejčastěji rohovky), což má za následek zkreslený nebo zamlžený obraz na libovolnou vzdálenost. Ve většině případů se astigmatismus navíc kombinuje s krátkozrakostí či dalekozrakostí.

U refrakčních vad je důležité zmínit jejich **typické příznaky**, podle kterých by mohl pedagog zatím nediagnostikovanou vadu rozpoznat. Prvními příznaky krátkozrakosti (tedy vady, kdy dobře vidím na blízko, ale hůře na dálku) je mhouření očí při pohledu do dálky a delší a namáhavější ostření. Mezi příznaky dalekozrakosti (tj. špatné viditelnosti na blízko) patří bolest hlavy a očí, předčasná únava, popř. se také může vyskytnout šilhání. V obou případech se pak u dětí mohou vyskytnout chyby v práci, které jsou způsobené nepřesnostmi zrakového vnímání. *Pro ilustraci této situace uvádím příklad z praxe: při výuce hry na zobcovou flétnu došlo vedoucí zájmového kroužku k rozpoznání krátkozrakosti u šestileté dívky. Zpočátku výuky vedoucí používala materiály, kde byl notový zápis zvětšený. Po přechodu na jiný typ notových materiálů (menší noty, více písniček na jednom listu) došlo u dívky k nápadnému zhoršení výkonu – dívka noty zaměňovala, ač předtím neměla s jejich rozpoznáním žádný problém. Vedoucí napadlo, že by to mohl být projev poruchy učení nebo zrakové vady. V první řadě tedy vedoucí upravila vzdálenost dívky od notového stojánku a zmenšila sklopení desky stojánku. Dívka pak písničky zahrála bez větších potíží. Vedoucí rozhovorem s dívkou zjistila, že má i problémy při běžném vyučování s opisováním z tabule. Bála se ale na to někoho upozornit, takže tuto situaci raději kompenzovala tím, že na místo z tabule opisovala od své spolužačky v lavici. Vedoucí o tomto informovala matku dívky, která s dcerou navštívila očního lékaře. Oční vada byla potvrzena a dívce byly přiděleny brýle.*

**Postižení zorného pole** způsobuje omezení viděného prostoru, které může provázet i současné snížení zrakové ostrosti. Při závažném omezení šíře zorného pole se hovoří o tzv. trubicovitém vidění, kdy chybí periferní vidění (zjednodušeně si takovou situaci lze představit, jako kdybychom svět pozorovali skrze trubičku...). Dalším typem postižení zorného pole je tzv. scotom, což je označení pro výpadek části zorného pole. Při pohybu v prostoru dítě s těmito vadami může narážet do předmětů, omezena bývá obecně orientace dítěte v prostoru a vady mohou způsobit to, že dítě se leká předmětů či osob, které se k němu přibližují z toho směru, kde je výpadek zorného pole.

Na základě míry poklesu zrakové ostrosti a zúžení zorného pole hovoříme o **slabozrakosti** a **nevidomosti** Jako **slabozrakost** se označuje snížení zrakové ostrosti obou očí i přes nejlepší možnou korekci. Vidění oběma očima i při korekci brýlemi je sníženo natolik, že neumožňuje číst písmo běžné velikosti, slabozrací nerozeznávají detaily, nevidí vzdálené předměty, v mnoha případech obtížně rozeznávají barvy. Znevýhodnění se nepříznivě projevuje v rozvoji vnímání a ve snížení či deformaci zrakových schopností, následkem je vytváření nepřesných, neúplných nebo zkreslených představ. Potíže se dále mohou vyskytovat i v oblasti samostatného pohybu a prostorové orientace. U většiny slabozrakých dochází ke snížení koncentrace, rychlejší unavitelnosti a pomalejšímu pracovnímu tempu.

**Nevidomost** je nejtěžším stupněm postižení zraku, který zahrnuje stavy nemožnosti zrakového vnímání od naprosté ztráty světlocitu (tzv. amaurosis) až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí (tj. osoba vnímá světlo, ale nedokáže správně určit polohu zdroje). Jako **praktická nevidomost** se označuje stav, kdy je ztráta zrakové ostrosti s nejlepší možnou korekcí 1/60 (tzn., že slabozraký na vzdálenost 1 m



vidí to, co vidí zdravé lidské oko na vzdálenost 60 m) až po zachování světlocitu (tj. vidí světlo a dokáže správně určit polohu zdroje světla).

Nevidomé dítě tedy nemá žádnou zkušenost se zrakovým vnímáním. Hlavními kompenzačními smysly jsou **hmat a sluch**, které ale mají oproti zraku značné limity (např. při hmatovém vnímání dítě vnímá určitý předmět postupně, chybí mu globální představa o něm, důležité je, že předmět musí být také v dosahu a v takové podobě, která umožní vnímání hmatem...). Vlivem ztráty zraku dochází k utváření nepřesných a zkreslených představ, omezená je i možnost orientace v prostředí. Také motorický vývoj je ztrátou zraku značně ovlivněn – dítě může mít strach ze samostatného pohybu, mohou přetrvávat obtíže v koordinaci pohybů aj. Důsledky úplné ztráty zraku jsou u každého dítěte v individuálním rozsahu, velmi záleží na výchovném vedení ze strany rodičů a na úrovni poskytované odborné péče a podpory.

Jak vyplývá z uvedeného popisu a charakteristiky jednotlivých typů zrakových vad a jejich důsledků, spočívají **specifické potřeby** dětí se zrakovými vadami zvláště ve zpřístupnění informací, materiálů a aktivit možnostem jejich omezeného zrakového vnímání, popř. formám jeho kompenzace. Při tom je nutné mít na paměti, že hmat, sluch či jiné smysly nemusí zrak vždy nahrazovat zcela... Při zařazení dítěte s těžkou zrakovou vadou do zájmového a neformálního vzdělávání lze předpokládat, že dítě bude mít rozvinutou komunikaci a vybudovanou určitou úroveň kompenzačních mechanismů, které poskytnou možnosti pro další práci s tímto dítětem.

### 3.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem se zrakovou vadou:

#### Komunikace a kontakt

Komunikace představuje pro dítě s těžkým zrakovým postižením jeden z nejvýznamnějších prostředků kompenzace. Je důležitým zdrojem informací a podstatná pro utváření mezilidských vztahů. Proto by její kvalitě měla být věnována pozornost i v zájmovém vzdělávání.

Obecné principy komunikace a kontaktu s dětmi s těžkou zrakovou vadou:

- Nejdříve oslovit dítě s vadou zraku, nejlépe jménem – až poté se ho i příp. dotknout;
- zvolit vhodnou vzdálenost (slabozraké dítě Vás potřebuje mít ve svém zorném poli, pozor, aby nebylo oslňováno zdrojem světla);
- zeptat se, zda a jakou pomoc potřebuje, resp. za jakých podmínek aktivitu zvládne;
- pokud se dítě učí nějakou novou činnost, provádíme ji zpočátku s ním (např. postavíme se za ně a vedeme jeho pohyby) – počítejte s nutností většího fyzického kontaktu;
- nejednat za dítě v situacích, které je schopno zvládnout samo;
- při vstupu do místnosti nebo při odchodu toto zřetelně dítěti oznámit;
- dítě seznámit s prostředím zařízení, naučit základní trasy – při popisu být konkrétní a přesný („2 metry vlevo před tebou je...“);
- pokud je třeba dítě někam doprovodit, je vhodné, aby se přidrželo lokte nebo paže průvodce, protože takto může snadno jít půl kroku za ním, sledovat jeho pohyby a přirozeně na ně reagovat. Nestřkat nevidomého před sebou!;
- popisovat stručně bezprostřední okolí dítěte;
- nepoužívat nejasné pojmy jako „tady je...“, naopak ale nevádí použít termíny jako „podívej“ apod.;



- předměty podávat přímo do ruky dítěte;
- při společném jídle popsat rozložení jídla na talíři;
- dodržovat pořádek a přesnost – nikde nenechat povalovat hračky apod., nepřesouvat osobní věci bez vědomí dítěte (případně se zeptat, kam věc uložit);
- dveře vždy zavírat či nechat otevřené dokořán, skříně a zásuvky vždy zavírat.

### **Kompenzační pomůcky**

Dítě se zrakovou vadou bude při zahájení zájmové činnosti pravděpodobně vybaveno vlastní brýlovou korekcí a příp. dalšími kompenzačními a optickými pomůckami, jejichž manipulaci by mělo ovládat. Je ale nutné počítat s tím, že použití pomůcek (např. lupy) bude při plnění úkolů vyžadovat zpravidla delší čas, než v jakém zvládnou úkol splnit ostatní... Co se týče brýlové korekce, je třeba při aktivitách dbát o bezpečnost dětí i těchto jejich pomůcek. U menších dětí je vhodné průběžně kontrolovat čistotu dioptrických skel.

Hlavní pomůckou nevidomých dětí je bílá hůl, která je stěžejní pro samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Dalším typem pomůcek jsou pomůcky s hlasovým výstupem, které převádí různé informace do zvukové podoby (např. zápisníky, počítač, mobilní telefon aj.).

### **Náměty a rady pro práci s dítětem se zrakovou vadou**

Kromě dodržování výše uvedených základních pravidel pro úspěšnou komunikaci a kontakt s dítětem se zrakovou vadou pedagogem je nutné seznámit i ostatní děti se specifickými potřebami daného dítěte.

V zařízení zájmového vzdělávání bude také potřeba provést určité úpravy, aby prostředí bylo pro dítě bezpečné a přístupné. Jedná se např. o hmatové či kontrastivní označení nebezpečných míst (schodiště, vyčnívající architektonické prvky, skleněné plochy aj.) a řádné osvětlení všech používaných prostor atd.

Při práci se slabozrakými dětmi je nutné dodržovat zásady zrakové hygieny, které se týkají především kvalitního osvětlení (včetně vyšší intenzity světla, ale pozor na nepříjemné oslnění dítěte!), využití vhodných optických i neoptických pomůcek (např. různé stojánky a podložky, bloky se širšími a tučnějšími linkami, tužky se silnější stopou aj.), střídání zrakové práce do blízka a do dálky a zajištění dostatečné velikosti a barevné kontrastnosti sledovaného předmětu, textu či obrazu. Dobrý barevný kontrast poskytuje např. kombinace barev bílé a černé, černé a žluté apod. Pro lepší orientaci v obrázku dítě také potřebuje zvýraznit kontrast mezi figurou a pozadím (tj. zvýraznit obrysy). Při práci s textem bude potřeba dítěti text zvětšit, příp. dále zvýraznit a zpřehlednit jeho strukturu, vhodné je používat bezpatkové písmo. Úprava a zpřístupnění informací zrakovému vnímání se nazývá vizualizace.

U nevidomých dětí je třeba přizpůsobit aktivity tak, aby bylo možné je provádět jen za hmatové a sluchové kontroly. „Pro nevidomé dítě je ale důležité, aby se naučilo žít mezi ostatními, a musí si zvyknout na to, že v životě se mu nebude vždy všechno přizpůsobovat. Vedoucí po ostatních dětech nemůže chtít, aby se kvůli jednomu jedinému dítěti příliš omezovaly. Dále je důležité pochopit, že ne vždycky se dá program nevidomému přizpůsobit. Určitě se mnohokrát stane, že nevidomý se programu nebude moci zúčastnit. To je naprosto přirozené a musí se s tím počítat. Zároveň by nevidomý neměl být z programu vyřazen úplně, může při hře např. dělat rozhodčího, počítat body apod.“ (Kochová, online)

Při běhání a pohybu lze využít různé možnosti např. běh s průvodcem za ruku, běh za zvukovým signálem, běh s přidržováním (podél nataženého provázku, rolničkové

gumy apod.) nebo běh podle slovní navigace. Při míčových hrách lze využít ozvučený míč (elektronický nebo s rolničkami).

Místo obrázků je vhodné používat různé modely a reliéfy. Reliéf lze jednoduše vytvořit např. pomocí kontury barev na sklo apod. Speciální grafická znázornění pro nevidomé se označují pojmem tyflografika. Technikou reliéfních čar nebo velmi nízkých reliéfních ploch lze znázorňovat obrázky, tabulky, mapy aj. Záleží však na dovednostech dítěte, jak zvládne skrze hmat vnímat tato složitá zobrazení. S jejich zhotovením by mělo pomoci Speciálně pedagogické centrum pro zrakově postižené, stejně tak jako s převedením textu do Braillova bodového písma (k tomu se používá Pichtův psací stroj, Dymo kleště, Pražská tabulka aj.).

### Typologie vhodných aktivit

Co se týče vhodných aktivit pro děti se zrakovou vadou, odvíjí se od jejich omezené či zcela chybějící možnosti zrakového vnímání. Tipy na úpravu některých aktivit jsou uvedeny výše. Obecně přístupné jsou např. zpěv, hra zvláště na rytmické nástroje, modelování z keramické hlíny či samotvrdnoucí hmoty. Místo kreslení lze zvolit rytí (např. propisovací tužkou do folie apod.) Dále děti mohou také hrát různé společenské hry, které lze dnes sehnat již i v úpravě pro zrakově postižené. V oblasti sportovních aktivit je vhodná turistika, jízda na tandemovém kole, kuželky aj. Zrakově postižení mají také své speciální sporty např. goalball, showdown (aplikovaný stolní tenis) a zvukovou střelbu.



### Poznámka

Pro uvědomění si a zažití specifík vnímání dětí se zrakovou vadou doporučuji strávit min. 1 hodinu s klapkami na očích...

Doporučené zdroje informací:

KEBLOVÁ, Alena. 1996. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*.

1. vydání. Praha: Septima. 100 s. ISBN 80-85801-65-5.59

KOCHOVÁ, Klára. *Zrakové postižení*. [online]. [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/zrakove-postizeni>

Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých. [online]. © 2002 – 2013 [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.sons.cz>

Helpnet.cz. Informační portál pro osoby se specifickými potřebami. [online]. © 2007 [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.heplnet.cz>

Okamžik. Sdružení pro podporu nejen nevidomým. [online]. © 2010 [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.okamzik.cz>



### Kontrolní otázky

1. Jaké zásady je třeba dodržovat při komunikaci s dítětem nevidomým?
2. Jaké aktivity zapojíte v případě přítomnosti dítěte s tupozrakostí?





## Souhrn

Pro zařazení dítěte se zrakovou vadou do zájmového a neformálního vzdělávání je nejdůležitější chápat rozdíl v důsledcích vady, zejména s ohledem na její stupeň a dobu vzniku. Úspěch zařazení dítěte spočívá zvláště v dodržování zásad správné komunikace a v případě potřeby přizpůsobení aktivit omezenému či absentujícímu zrakovému vnímání.



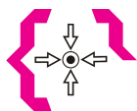
## Literatura

- KEBLOVÁ, Alena. 1996. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. 1. vydání. Praha: Septima. 100 s. ISBN 80-85801-65-5.59
- KOCHOVÁ, Klára. *Zrakové postižení*. [online]. [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/zrakove-postizeni>
- KUDELOVÁ, Ivana, KVĚTOŇOVÁ, Lea 1996. *Malé dítě s těžkým poškozením zraku*. 1. vydání. Brno: Paido. 40 s. ISBN 80-85931-24-9.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, Lea. 1993. *Základy oftalmopedie*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 22 s. ISBN 80-210-0667-6.
- NIELSEN, Lili. 1998. *Učení zrakově postižených dětí v raném věku*. 1. vydání. Praha: ISV. 111 s. ISBN 80-85866-26-9.
- SCHINDLEROVÁ, Olga. 2007. *Na ruce si nevidím*. 1. vydání. Praha: Okamžik. 230 s.
- VAN DYCK, Herman. 1996. *Ne tak, ale tak. Příručka správného kontaktu s nevidomými a slabozrakými*. Praha: Česká unie nevidomých a slabozrakých – Tyfloservis.
- Fórum zdraví. *Nejčastější oční vady a jejich korekce*. [online]. 2010. © 2009 [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.forumzdravi.cz/clanek-406-nejcastejsi-ocni-vady-a-jejich-korekce>
- Okamžik. Sdružení pro podporu nejen nevidomým. [online]. © 2010 [cit. 5. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.okamzik.cz>
- Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. *O zrakových vadách*. [online]. České Budějovice: 2008. [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://www.tyflokabinet-cb.cz/zrak.htm>





## 4 Dítě s narušenou komunikační schopností



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o narušené komunikační schopnosti u dětí.
- Získáte praktická doporučení, jak komunikovat a pracovat s tímto dítětem.



### Pojmy k zapamatování

- dyslalie
- breptavost
- koktavost
- huhňavost
- palatolalie

#### 4.1 *Narušená komunikační schopnost u dětí*

Termíny porucha nebo vada řeči jsou v současné době nahrazeny termínem V. Lechty *narušená komunikační schopnost* (NKS). Komunikační schopnost jednotlivce je narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (nebo několik rovin současně) je narušena a nedovoluje vyplnit komunikační záměr. Může jít o foneticko-fonologickou, morfologicko-syntaktickou, lexikálně-sémantickou a pragmatickou rovinu. (Lechta, 1990, 2003) Termín NKS tedy obsahuje více než jen pouhou poruchu řeči a upozorňuje na to, že zásadním problémem je komunikace jako taková nikoliv jen schopnost tvořit řeč.

Lechta (2003) dělí narušenou komunikační schopnost dle symptomatologického hlediska do **deseti kategorií**:

1. vývojová nemluvnost (dysfázie);
2. získaná organická nemluvnost (afázie);
3. získaná neurotická nemluvnost (mutismus, elektivní mutismus);
4. narušení zvuku řeči (palatolalie, huhňavost);
5. narušení plynulosti řeči (koktavost, breptavost);
6. narušení článkování řeči (dyslalie, dysartrie);
7. narušení grafické podoby řeči (specifické poruchy učení: dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie);
8. poruchy hlasu (dysfonie);
9. symptomatické poruchy řeči (provázející jiné dominující postižení, narušení či onemocnění – např. sluchovou vadu);
10. kombinované vady a poruchy řeči.

S ohledem na charakter předkládaného textu a bez sebemenšího záměru zlehčovat problematiku důsledků poruch komunikace se blíže zaměříme pouze na ty příklady narušené komunikační schopnosti, s nimiž se může pedagog ve své běžné praxi setkat nejvíce. Nejčastějším druhem narušené komunikační schopnosti, vyskytujících se u dětí ve školním věku jsou poruchy artikulace (především dyslalie), dále poruchy plynulosti řeči (breptavost a koktavost) a poruchy zvuku řeči (huhňavost a palatolalie).



„Nejčastější poruchou komunikačních schopností u dětí je **dyslalie**“ (Klenková, 1998, s. 9). „Termínem dyslalie označujeme neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupiny hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem“ (Lechta, 2010, s. 297). Zjednodušeně lze říci, že se jedná o nesprávnou výslovnost některých hlásek, která přetrvává i do věku šesti až sedmi let, kdy se fixují mluvní stereotypy.

**Breptavost** neboli tumultus sermonis, je patologicky zvýšené tempo řeči, které způsobuje nižší srozumitelnost až nesrozumitelnost projevu, protože dítě má nedbalou artikulaci, komolí slova, vynechává hlásky a slabiky a přeřikává se. Toto narušení komunikační schopnosti je charakteristické tím, že si ho dané dítě (na rozdíl od koktavosti) neuvědomuje.

**Koktavost** (balbuties), porucha plynulosti mluvního projevu, je považována za jedno z nejtěžších a nejnápadnějších narušení komunikační schopnosti. Na rozdíl od breptavosti, kde je narušeno tempo řeči, je u koktavosti narušena její dynamika. Toto narušení plynulosti řeči má rušivý vliv na formulování výpovědi, dítě se může začít vyhýbat se kritickým slovům jejich opisem, při těžkých formách je až nemožné porozumění. Koktavost většinou velmi negativně ovlivňuje celou osobnost jedince a jeho životní styl. Pro balbutika může jeho řečová porucha představovat závažný psychologický a emocionální problém. Mnozí balbutici se snaží vyhýbat se mluvení na veřejnosti nebo se snaží záměrně nepoužívat taková slova, u kterých předpokládají vznik řečového bloku. Toto vyhýbavé chování ale vede často k uzavření se do sebe, úzkosti a stresu během mluvení.

**Huhňavost** neboli rhinolalia je projevem patologicky změněné nosovosti, která může zvýšená nebo snížená (za normálních okolností je silná nosovost, tzv. nazalita, přítomna jen při artikulaci nosovek m, n, ň). Huhňavost způsobuje většinou nedostatečná funkce patrohltanového uzávěru a dochází k tomu, že člověk mluví výrazně „přes nos“ (otevřená huhňavost = hypernazalita) nebo se naopak nazální rezonance téměř nezapojuje (zavřená huhňavost = hyponazalita).

**Palatolalie** představuje porušenou realizaci řeči při rozštěpu patra, nebo při rozštěpu rtu a patra. Jde o vývojovou vadu, která je důsledkem orgánového defektu, zejména nefunkčního patrohltanového závěru. Kromě řeči může být postiženo i polykání a správné dýchání. Jako charakteristické rysy palatolalie v oblasti řeči lze označit otevřenou huhňavost a narušenou výslovnost hlásek.

#### **4.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem s narušenou komunikační schopností**

##### **Komunikace a kontakt**

Oblast komunikace je pro dítě s narušenou komunikační schopností logicky nejnáročnější. Pokud vyjdeme pouze z výše charakterizovaných druhů NKS, lze shrnout, že v těchto případech není vadou narušena oblast porozumění řeči, ale její vlastní produkce. I tak ale pro dítě s NKS platí pravidlo, co nejvíce komunikovat! Z obecných zásad pro komunikaci platí:

- respektovat individuální tempo řeči dítěte;
- přirozeně podporovat vývoj jazykových a řečových dovedností dítěte (povídat si s dítětem, nevyčleňovat ho z komunikace, pracovat s informacemi);
- pokud má dítě obtíže i při porozumění, potřebuje jednoduché a přesné instrukce;
- seznámit také ostatní děti s tím, jak (a proč) mají s dítětem s NKS mluvit;

- dítě potřebuje pro správný jazykový vývoj dobrý řečový vzor!

**Jak komunikovat s dítětem, které koktá?** Neprojevujte netrpělivost, nedoplňujte slova za dítě – buďte tolerantní a dejte mu čas a prostor, aby se mohlo vyjádřit samo. Jestliže začnete narušovat jeho projev, znervózníte ho ještě víc a zakoktavání se zhorší. Věnujte pozornost tomu, co chce říct a ne tomu, jak to říká, nezesměšňujte jeho mluvní projev. Nedávejte důraz na výslovnost jednotlivých slov („řekni ještě jednou...“). Pokud je dítě ostýchavé a z mluvení před ostatními má obavy, nenuťte ho, dále jej ale podporujte a dejte mu další příležitost zapojit se. Mluvte s dítětem klidně, srozumitelně a podporujte ho přirozeně v sebemenší snaze se vyjádřit.

**Jak komunikovat s breptavým dítětem?** Na rozdíl od většiny jiných osob s NKS breptaví svou poruchou netrpí, proto dítě lze upozorňovat na nedbalou artikulaci a potřebu zpomalení tempa. Toto jednání však řeší pouze aktuální situaci a nemá výraznější terapeutický efekt.

### **Kompenzační pomůcky**

Dítě s výše popsanými nejčastějšími druhy NKS zpravidla nebude potřebovat žádné speciální pomůcky.

Pokud by se u dítěte vyskytly potíže při porozumění pokynům, měl by si pedagog připravit a používat názorné pomůcky (viz příprava pedagoga na hru/aktivitu), které slovní sdělení vhodně doplní.

### **Náměty a rady pro práci s dítětem s narušenou komunikační schopností**

Dítě s NKS se může zapojit do naprosté většiny zájmových aktivit (viz níže). Vždy by měla být respektována specifika jeho projevu a zásady komunikace s dítětem s NKS.

U dětí s breptavostí lze kromě výše uvedeného ke zvolnění tempa řeči docílit nejrůznějšími metodami (např. pomocí rytmických cvičení, vokalizace řeči, členění řečového projevu na takty pomocí vyťukávání aj.). Obecně rytmizace se doporučuje jako vhodný podpůrný prvek.

U dětí s koktavostí lze plynulost řeči výrazně zvýšit např. při šeptání, zpěvu, při společné recitaci, hraní divadla při mluvení ke zvířátkům apod. Pedagog by proto měl v případě přítomnosti dítěte s koktavostí tyto situace využívat...

### **Typologie vhodných aktivit**

Dítě s NKS se může podílet na převážně většině všech typů her a aktivit. Pozornost se musí věnovat pouze těm aktivitám, které jsou primárně založeny na výměně informací a přesnosti sdělení. Při těchto aktivitách může být pro dítě obtížné se plnohodnotně zapojovat, proto je vždy nutné upravit aktivitu tak, aby byla vyhovující a dítě mělo možnost se hry účastnit.



## **Poznámka**

Doporučené zdroje informací:

PODVALDOVÁ, Marie. *Narušená komunikační schopnost*. [online]. [cit. 6. 1. 2013].

Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/narusena-komunikacni-schopnost/>

ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vydání. Praha: Portál. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.







## Kontrolní otázky

1. Co je nejčastější poruchou komunikačních schopností u dětí?
2. Jaký je rozdíl v přístupu k dítěti s koktavostí a breptavostí?



## Souhrn

Kapitola přináší přehled základních poruch komunikačních schopností, které se nejčastěji vyskytují u dětí a se kterými se tedy pedagog může setkat nejčastěji. Narušená komunikační schopnost sama o sobě většinou neomezuje dítě ve vykonávání běžných aktivit, problematické ale může být zapojení do skupiny ostatních dětí.

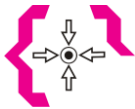


## Literatura

- LECHTA, Viktor a kol. 1990. *Logopedické repetitorium*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladatelstvo. ISBN 80-08-00447-9.
- LECHTA, Viktor. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál. 358 s. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. (ed). 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky* 1. vydání. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7
- KLENKOVÁ, Jiřina. 1998. *Kapitoly z logopedie*. Brno: Paido. 100 s. ISBN 80-85931-62-1.
- KLENKOVÁ, Jiřina. 2007. *Logopedie*. Praha: Grada publishing. ISBN 80-247-1110-9.
- NEUBAUER, Karel. 2001. *Logopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus. 79 s. ISBN 80-7041-098-1.
- PODVALDOVÁ, Marie. *Narušená komunikační schopnost*. [online]. [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://spv.skauting.cz/jak-na-to/narusena-komunikacni-schopnost/>
- ŠKODOVÁ, Eva, JEDLIČKA, Ivan a kol. 2007. *Klinická logopedie*. 2. vydání. Praha: Portál. 615 s. ISBN 978-80-7367-340-6.
- ŠLAPÁK, Ivo a kol. *Základy otorinolaryngologie a foniatrie pro studenty speciální pedagogiky*. [online]. Brno: 2009 [cit. 6. 1. 2013]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/do/1499/el/estud/pedf/js09/orl/web/index.html>.



## 5. Dítě s tělesným postižením



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o jednotlivých skupinách dětí s tělesným postižením
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dětmi s tělesným postižením
- Získáte informace o kompenzačních pomůckách, které využívají děti s postižením hybnosti



### Pojmy k zapamatování

- tělesné postižení
- děti s postižením hybnosti
- dětská mozková obrna
- ortopedické pomůcky
- kompenzační pomůcky

### 5.1 Kdo je dítě s tělesným postižením?

V úvodu je potřeba upozornit na to, že termín dítě s tělesným postižením je velmi obecný a je potřeba specifikovat konkrétní postižení se zaměřením na to, čím může pohybová vada dítě omezovat ve skupině vrstevníků, při hrách či jiných volnočasových aktivitách. Zcela jinou situaci bude zažívat dítě, které má celkové omezení hybnosti dolních končetin a pohybuje se na invalidním vozíku, jiná situace nastane, pokud máme v kolektivu dítě, které má narušenou hybnost horních končetin a nebude zvládat běžné manuální činnosti.

Základním charakteristickým znakem tělesného postižení je omezení hybnosti dítěte. Pokud máme dítě s tělesným postižením zařazené v kolektivu zdravých dětí, musíme počítat i s tím, že **pohybové postižení ovlivňuje celou osobnost dítěte**. „*Motorika, vnímání, kognice a emoce jsou od sebe neoddělitelné a vzájemně propojené.* (VÍTKOVÁ, M., 2004, str. 172)

Pro základní uvedení do problematiky lze uvést následující vymezení: **dítě s tělesným postižením** má částečné nebo celkové omezení hybnosti. Zaměříme se na děti, u kterých jde o vadu trvalého charakteru. (Pozn. Při práci s dítětem, které je pohybově postižené dočasně např. z důvodů zlomené končetiny, nemusíme vybavovat prostředí nezbytnými pomůckami, neboť jde o stav přechodný, zpravidla krátkodobý.)

Důvodem poškození je porucha funkce nervového systému nebo nosného a hybného aparátu. Podle doby, kdy vada vznikla, můžeme rozlišit **děti s vrozeným postižením** hybnosti (nejčastější diagnózou je dětská mozková obrna) a **děti se získaným postižením** v důsledku nemoci (lymská borelióza, encefalitida) nebo úrazu (amputace končetin, poranění páteře).



Děti s **vrozeným postižením**, často překvapí neuvěřitelnými výkony v sebeobsluze. Dokážou věci, které se člověk se zdánlivě stejným, leč v pozdějším věku získaným postižením, již nedokáže naučit. Je to tím, že žijí s postižením od mala a osvojí si specifické postupy. **Musí se však učit samostatně rozhodovat**, dělá jim často potíže organizovat si svůj život, často i ve vyšším školním věku je pro ně typická úzká vazba na rodiče a zvýšená závislost.

S dětmi se **získaným postižením** se setkáme méně často (*podíl získaných onemocnění stoupá ve vyšším věku*). Pokud s nimi pracujeme, je třeba mít na mysli, že po úrazu či následcích nemoci se musí především vyrovnat s abnormalitou a funkční nedostatečností, která u nich nastala a na kterou si musí zvykat. To se může negativně promítat do osobní i sociální dimenze jejich života. Musíme respektovat případné změny nálad, smutek či apatii. Je nezbytné poskytovat jim psychologickou podporu s cílem pomoci překonat náhlý přechod z plného zdraví a prostřednictvím aktivit v dětském kolektivu nabídnout možnost odpoutat se od myšlenek na postižení a získat radost a příjemné zážitky.

Omezení, **ztížení či ztráta schopnosti lokomoce** přináší do života dítěte každodenní zátěž. Celková pohybová schopnost lidského organismu je souhrnně označována jako **motorika**. Jde o naše pohybové předpoklady, projevy, průběh a výsledky pohybové činnosti. Motorická činnost je cílevědomý a systematický proces řízený centrální nervovou soustavou. V pedagogické praxi se užívá dělení motoriky na hrubou a jemnou motoriku. **Hrubá motorika** zahrnuje pohyby těla jako celku, typickými znaky lidské motoriky je vzpřímené držení těla a schopnost chůze, hybnost dolních a horních končetin.

Dítě s narušenou motorikou se stává závislým, na pomoci a podpoře okolí, což snižuje jeho kompetence. Možnosti jeho pohybu mohou být též limitovány používáním kompenzačních pomůcek (např. pro pohyb využívá invalidní vozík). Pokud má **atypické pohybové stereotypy** či problematickou koordinaci pohybů stává se ve společnosti nápadným, přitahuje pozornost druhých. **Jemná motorika** představuje především pohyby rukou (dlaní, prstů), precizní uchopování předmětů, bohatý rejstřík dovednostních pohybů a nelze opomenout ani motoriku spojenou s řečí (gestikulaci).

### **Dětská mozková obrna (dále DMO)**

Jde o poruchu hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejrannějším dětství. Dominantním příznakem je motorické postižení. Při spastické formě DMO je svalové napětí zvýšené (*můžeme si všimnout, že dítě má končetiny ztuhlé, dělá mu problémy je uvolnit*).

Dítě může mít postiženu **hybnost dolních končetin** (pohybuje se na mechanickém invalidním vozíku) nebo dolních i horních končetin (zpravidla využívá elektrický vozík). Pokud je dítě schopno pohybu bez vozíku pouze za pomoci berlí, musíme respektovat sníženou rychlost pohybu a potřebu mít opěrnou pomůcku v dosahu. Takto se pohybují děti s diparetickou formou DMO. Ta se projevuje postižením obou dolních končetin, které jsou slabší, díky spasmům adduktorů (svaly, jejichž funkcí je přitahování) vtočené dovnitř. Při chůzi se mohou kolena křížit přes sebe, chůze je popisována jako nůžkovitá. Pokud dítě chodí, má při chůzi obtíže, chůze je toporná a pomalá. Dochází při ní k předsouvání ramen, předklánění pánve a trupu, našlapování na špičky.

Ve volnočasových aktivitách budete mít častěji zařazené právě **dítě s lehčím stupněm tohoto postižení** (velmi závažnou přidruženou poruchou DMO může být mentální retardace, a pokud by se MR pohybovala v pásmu těžké nebo středně těžké MR, dítě by potřebovalo specifické prostředí a jiný způsob vzdělávání). K poruše hybnosti se mohou připojit další vady, mimo mentálního postižení různého stupně (viz výše) také epilepsie, vady zraku a sluchu, často se objevuje typická vada řeči – dysartrie.

Děti jsou fyzicky odlišné, jejich způsob pohybu přitahuje nežádoucí pozornost (děti, které používají ortopedický vozík, jsou paradoxně méně nápadné), ale v kolektivu dětí jsou většinou dobře přijímané. Funkční porucha u těchto žáků vyžaduje léčebnou péči, (tu dítě realizuje v rámci léčebné rehabilitace) ale **není zcela závislé na pomoci okolí, nemá zásadní problémy s komunikací** s okolím, jeho intelekt je zpravidla v normě.

### **Progresivní svalová dystrofie (myopatie):**

Jde o dědičné onemocnění příčně pruhovaného svalstva, které se projevuje degenerací svalových vláken s jejich následným nahrazením tkání vazivovou či tukovou. Onemocnění se poprvé projevuje v dětském věku či v období puberty. Typickým příznakem je slabost kosterního svalstva. Děti mohou mít zpočátku problémy při chůzi ze schodů a do schodů, při vstávání ze židle. Často zakopávají o špičku nohy, jsou neobratné v běhu, ve fyzických aktivitách nestačí svým vrstevníkům. Svalová slabost se projeví i v jemné motorice. Děti mohou mít problémy při zapínání knoflíků, používání klíčů, při psaní. Pokud máme dítě s tímto nervosvalovým postižením v kolektivu, s ohledem na to, že jde o postižení progresivní a **musíme počítat se zhoršujícím se zdravotním stavem dítěte, dáváme dětem zažít pocit úspěchu**. Vycházíme jim vstříc při výběru aktivit, tak, aby byly spokojené a mohly se věnovat činnostem, které je baví. Upravujeme podmínky, vytváříme pravidla, zapojujeme dítě při vědomostních hrách, nenecháváme je závodit. *(Pokud pořádáme soutěže vázané na fyzické výkony, dáme dítěti roli rozhodčího nebo ho zapojíme do organizačních činností a příprav.)*

### **Tělesná postižení na ortopedickém podkladě:**

V kolektivu můžeme mít zařazené děti, které mají odlišné tělesné schéma. Z hlediska vymezení vad mluvíme o tzv. deformacích. Tato ortopedická postižení mohou způsobit větší či menší omezení hybnosti. **Deformace** zahrnují velkou skupinu vad vrozených nebo získaných. Vyznačují se nesprávným tvarem některé části těla (př. hlava, trup, končetiny). Může jít o vrozené úplné nevyvinutí horní či dolní končetiny. **Získané** deformace jsou charakteristické neobvyklým tvarem některé části těla, mohou nastat jako důsledek:

- nesprávného držení těla - deformity páteře (hyperlordóza, plochá záda, skolióza)
- různých nemocí (Perthesova nemoc)
- mohou být způsobeny tuberkulózním zánětem kostí a kloubů, následkem poruch žláz s vnitřní sekrecí...

**Amputace** je umělé odnětí končetiny či její části od trupu z důvodu úrazu (autonehody, poranění elektrickým proudem, výbušninou) cévního onemocnění či zhoubných nádorů na končetinách.

## 5.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem s tělesným postižením

### Zásady komunikace s dětmi s neschopností samostatného pohybu

Při jednání s tělesně postiženými dětmi, ale i při hovoru o nich (bez jejich přítomnosti) užíváme běžné oslovení (křestní jméno) nebo opisný termín žák s tělesným postižením. NE: "vozičkář", "postižený", "invalida".

Dítě na vozíku má postiženu hybnost (nemusí mít sníženou inteligenci ani jiné přidružené postižení). Proto s ním komunikujeme přirozeně, není třeba se v rozhovoru vyhýbat tématům souvisejícím s postižením. Nemluvíme o něm jako o nemocném. Nepoužíváme citově zabarvená hodnotící vyjádření. Dítě před ostatními **nelitujeme**, ani jeho běžné výkony **nedáváme ostatním za vzor**. Pokud je to možné, snažíme se při komunikaci se žákem na vozíku fyzicky snížit na jeho úroveň (*posadit se vedle něj, popřípadě odstoupit, aby se na nás nemusel dívat se zakloněnou hlavou*).

Pokud dítě používá mechanický vozík, zvládá jeho obsluhu samostatně, **bez dovození s ním nikam nepřejíždíme ani se o jeho vozík neopíráme**. Pokud je potřeba dopomoci při překonávání běžných architektonických bariér, dítě si umí o pomoc požádat.

Některé druhy tělesného postižení (DMO) mohou být spojené s poruchou řeči a problémy s vyjadřováním. V tom případě je důležité pozorné naslouchání, necháváme dítěti dostatek času na vyjádření, neskáčeme mu do řeči, nedořikáváme věty za něj.

### Kompenzační pomůcky

S ohledem na nutnost podpory soběstačnosti a nezávislosti dětí s tělesným postižením je vhodné, aby se pedagog orientoval v nabídce pomůcek, které mohou děti běžně využívat. Jde o tzv. **kompenzační pomůcky**, které slouží dětem ke kompenzaci jejich handicapů při běžných denních, ale i specializovaných činnostech.

Nejběžnější jsou **pomůcky pro lokomoci**. Umožňují samostatný pohyb dětem s poruchami hybnosti dolních končetin. Slouží k pohybu jak v interiéru, tak v exteriéru. Opěrné pomůcky jsou výhodné v tom, že zvětšují plochu základny a tím dítě s tělesným postižením stabilizují. Děti mohou využívat chodítka, berle, francouzské hole (viz obrázky).



Obr. 1 – Chodítko



Obr. 2 – Berle

### Ortopedické vozíky

Jsou nejčastěji používanou a z mnoha hledisek nejvýznamnější kompenzační pomůckou. Usnadňují pohyb jak v interiéru, tak exteriéru uživatelům různé věkové kategorie s nejrůznějšími poruchami mobility. Podle účelu lze ortopedické vozíky rozdělit na **standardní** (pro běžné účely) a **speciální** (sportovní a sanitární).

Podle druhu pohonu známe vozíky mechanické a elektrické. Oba typy se mohou



podle konstrukce ještě dělit na skládací a neskládací.

**Ortopedické vozíky mechanické** – obsluhu mechanického vozíku zajišťuje samotný postižený člověk, případně další osoba. Většinou jsou vyráběny na míru dle individuálních požadavků. Vozíky mají nastavitelnou šířku a výšku sedu. Samozřejmě je i široká škála příslušenství a doplňků např. stabilizační kolečka, speciální brzdy, různé druhy postranic, sklápěcí podnožky, kryty kol, pogumované obruče, bezpečnostní pásy atd.



Obr. 3 – Mechanický vozík

**Ortopedické vozíky elektrické** – elektrické vozíky rozlišujeme na exteriérové a interiérové. Mají motor umístěný pod sedadlem, což zvyšuje jejich celkovou hmotnost. Ovládání elektrického vozíku je uzpůsobeno tak, aby ovládalo minimální zbytkovou svalovou sílu. Jsou ovládány pomocí řady joysticků a světelných displejů. Vozíky je opět možné vybavit mnoha doplňky jako např. osvětlení, zpětné zrcátko, tachometr, blatníky, páková brzda, tlumiče otřesů, osvětlení, úchytky pro berle, područky a podnožky výškově stavitelné, stůl apod.



Obr. 4 – Elektrický vozík

### Ortopedické a protetické pomůcky

Ve volnočasové aktivitě můžeme mít zařazené dítě s amputovanou dolní končetinou, které bude využívat protézu nebo žáka, který používá ortopedickou pomůcku (např. korzet pro korekci vady páteře).



Obr. 5 – Protézy dolních končetin



Obr. 6 – Ortopedický korzet

## Náměty a rady pro práci s dítětem s tělesným postižením

Děti s tělesným postižením se mohou účastnit programu v rámci volnočasových aktivit téměř bez omezení. Důležitá je pro ně potřeba bezbariérového prostředí. Musíme tedy myslet na to, že pro aktivity zajistíme místnost (klubovnu), která bude dostupná (*ne ve vyšším patře bez výtahu, ne s úzkými vchodovými dveřmi*). Na paměti je třeba mít i to, že se dítě na vozíku potřebuje samostatně dostat na toaletu (*je potřeba ověřit, zda je zde dostatečný prostor na manipulaci s vozíkem a případné vybavení madly*).

V místnosti je vhodné uspořádat nábytek tak, aby dítě na vozíku mělo dostatek prostoru pro pohyb, mohlo se s vozíkem dostat k pracovnímu stolu. Měli bychom zajistit i místo (koberec, žíněnku), kde může být bez vozíku a změnou polohy relaxovat.



Obr. 7 – Ukázka sklopené desky stolu



Obr. 8 – Odpovídající výška stolu

Myslíme i na vybavení odpovídajícími pomůckami pro psaní. (*Dítě je používá ve škole a na volnočasovou aktivitu si je zpravidla zajistí.*)



Obr. 9 – Trojboké násadky na tužky



Obr. 10 – Držák na tužku

Pokud používáme počítač, existuje řada pomůcek, které dětem s omezenou hybností horních končetin, usnadní jeho používání. Např. *ochránce kláves* (Keyguard) představuje plexisklo s vyřezanými otvory pro jednotlivé klávesy, které brání nechtěnému stisku jiných kláves (pro osoby s ataxií, spastickými a dyskinetickými typy centrálních obrn).



Obr. 11 – Upravené klávesnice



Obr. 12 – Trackball (*nahrazuje pohyb myši po stole pouhým otočením kuličky na jednom místě*)

**Pobyty venku, trasy výletů je potřeba předem naplánovat.** Při cestování můžeme využít bezbariérové dopravní prostředky. Měli bychom počítat s vyšším počtem účastníků, kteří mohou při překonávání bariér a manipulací s vozíkem pomoci. Vozíčkáři se mohou obávat pádu z vozíku (obava ze zranění nebo ze situace, jak by se dostali zpět na vozík), ujistíme je, že s vozíkem budeme manipulovat opatrně a také tak činíme, dodržujeme metodické pokyny pro manipulaci s vozíkem. (viz odkaz)

Pokud dítě využívá protézu dolní končetiny, zajistíme, aby ostatní děti byly s touto pomůckou seznámeny a dbaly zvýšené opatrnosti při hrách (nestrkaly do žáka, který může mít horší stabilitu). Zátěž v rámci pohybových činností, délky tras výletů, pohyb v náročném terénu atd. upravujeme podle individuálních možností dítěte, ale násilně je nevybízáme, aby odpočívalo, uvolnilo se nebo se her neúčastnilo.

**Pohybové a sportovní hry** můžeme modifikovat. V závodivých hrách vyrovnáváme podmínky např. tím, že poskytneme dítěti na vozíku delší časový limit. Pokud hrajeme hry, kde hraje roli vzdálenost, výška, velikost cíle (koš, branka) kompenzujeme dítě např. přičítáním bodů za přihrávku, kreativně upravíme pravidla. Vozíčkář neběhá a neskáče, ale zvládne projet připravenou překážkovou dráhu, házet na cíl, účastnit se míčových her.

Existují speciální pomůcky pro modifikované hry jako je např. boccia (čti boča, což je modifikovaná verze petangue) a tato hra zaujme i děti bez pohybového postižení.



Obr. 13 – Boccia

Zajímavou zkušeností může být v rámci volnočasových aktivit vyzkoušet prožít část dne nebo i jen část schůzky s odkázáním jen na pohyb na vozíku. Můžete si tak spolu se zdravými dětmi na vlastní kůži vyzkoušet, jak se cítí lidé na vozíku, i to, s jakými na první pohled drobnými, ale přitom velmi únavnými problémy se musejí potýkat (např. vysoké obrubníky ve městech, bariéry některých budov, prostředků hromadné dopravy, nedostupné toalety, úzké dveře či výtahy...)



## Poznámka

Doporučené zdroje informací:

<http://www.jus.cz/> stránky Jedličkova ústavu a školy, která je bezbariérová a ucelenou

rehabilitací připravuje děti a mládež s tělesným postižením na integraci do života

<http://www.oajl.cz/index.php?stranka=sport>

<http://www.ligavozic.cz/>

<http://www.apa.upol.cz/web/index.php/pomcky.html>

<http://www.hamzova-lecebna.cz>

<http://www.paraple.cz>





## Kontrolní otázky

1. Dítě s jakým druhem pohybového postižení můžeme mít běžně zařazené v neformálním vzdělávání?
2. Jaké pomůcky může využívat dítě s postižením hybnosti pro usnadnění lokomoce?
3. Jaké podmínky zajistíme pro dítě, které se pohybuje na invalidním vozíku?



## Souhrn

Kapitola popisuje nejčastěji se vyskytující pohybové vady, se kterými se setkáte u dětí integrovaných do volnočasových aktivit. Stručně jsou představeny kompenzační pomůcky, které děti mohou využívat. V kapitole jsou uvedena praktická doporučení, děti s pohybovým postižením není těžké zařadit do kolektivu (většinou nevznikají komunikační bariéry), respektujeme jeho potřeby a naše jednání s ním a naše postoje jsou vzorem pro ostatní děti.

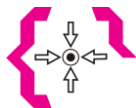


## Literatura

- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. 147 s. ISBN 80-86022-92-7.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: UP, 2003. 87 s. ISBN 80-244-0532.
- VÁGNEROVÁ, M., *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, 1999. 230 s. ISBN 80-7184-929-4
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.



## 6. Dítě se zdravotním znevýhodněním



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o dětech se zdravotním znevýhodněním.
- Seznámíte se s vybranými chronickými onemocněními.
- Budete seznámeni se zásadami podpory a první pomoci dětem se zdravotním znevýhodněním.
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dětmi s nejčastěji se vyskytujícím chronickým onemocněním.



### Pojmy k zapamatování

- zdravotní znevýhodnění
- chronická nemoc
- diabetes mellitus
- epilepsie
- alergie
- režimová opatření

### 6.1 Kdo je dítě se zdravotním znevýhodněním?

V rámci vymezení základních pojmů vycházíme z platného znění školského zákona, kde v § 16 (Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami) je uvedeno: „**Zdravotním znevýhodněním** je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.“

Mezi děti, které označíme jako zdravotně znevýhodněné, počítáme ty, které mohou mít různorodé zdravotní oslabení. Jejich zdravotní stav je narušen, mají sníženou odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování, např. u akutních zánětů dýchacích cest. Z hlediska klasifikace míry narušení jde o děti, které mají zdravotní poruchy lehčího rázu až po ty, které žijí s **chronickou nemocí** (s různým stupněm závažnosti). Patří sem děti s diabetem mellitus, alergií, astma bronchiále), děti po dlouhodobé nemoci, které jsou v období rekonvalescence, atd. Dlouhodobá nemoc, ale i lehčí zdravotní poruchy mohou vést k narušení učení či chování dítěte, mohou ovlivnit proces vzdělávání.

**Chronická onemocnění** jsou charakteristická střídáním období zlepšení a zhoršení zdravotního stavu. Jsou to onemocnění léčitelná, (ale ne zcela vyléčitelná) a podle WHO jimi trpí až 10% dětské populace. Chronické onemocnění vyžaduje soustavnou a aktivní léčbu, musíme tedy počítat s tím, že dítě musí mít při sobě předepsané léky, popřípadě znát způsob jejich aplikace. Chronická nemoc dítěte může vyvolávat neklid,



pocity nejistoty, strach, dlouhotrvající zhoršenou náladu. Musíme ji proto vnímat **jako zátěž**, která dítě ovlivňuje **v rovině somatické** (pocity svědění, dechové obtíže) **psychické** (obavy z léčby, z reakcí rodičů, pokud se budou věnovat zakázaným aktivitám) i **sociální** (dítě se např. stydí za svůj ekzém, cítí se méněcenné z důvodů, že fyzicky nestačí vrstevníkům). Reakce na nemoc závisí na osobnosti, vývojové úrovni, vyrovnanosti, způsobu zvládnání obtíží. Děti reagují na nemoc odlišným způsobem než dospělí. Při prožitku nemoci u nich převažuje emoční složka, koncentrují se na aktuální problémy.

U některých dětí musíme počítat i se situací, že v důsledku jiných chorob, bude omezena možnost jejich pohybu. (Hovoříme o tzv. sekundární imobilitě.) Pohyb je kontraindikován nebo výrazně redukován limitovanou tělesnou námahou nebo jsou onemocněním omezeny určité činnosti. Toto vzniká především v důsledku chorob srdečních, cévních, respiračních, metabolických, nádorových, poruch imunity a epilepsie. (NOVOSAD, L., 2002)

Při pedagogické činnosti v rámci vedení zájmových aktivit se setkáte s dětmi, které navštěvují běžné základní školy (aniž bychom hovořili o jejich integraci), v období, kdy dítě nemá akutní projevy dané nemoci, nebude potřebovat žádná speciální opatření (dětí s astmatem, alergií, epilepsií mohou mít svůj zdravotní stav dlouhodobě kompenzovaný), nicméně řada chronických onemocnění, vyžaduje dodržování určitých režimových opatření, která bychom měli znát. Musíme také počítat se situací, že dítě bude dlouhodobě nepřítomné z důvodů hospitalizace v nemocnici, pobytu v lázních, léčebně či ozdravovně a budeme s ním doplňovat („dohánět“) zameškané aktivity, či ho opětovně vřazovat do kolektivu.

Představíme si nejčastěji se vyskytující onemocnění, (alergie, astma bronchiále, diabetes mellitus, epilepsii) s předpokladem, že v kolektivu dětí takové žáky potkáte. Prvním úkolem při pedagogické činnosti je dobře znát zdravotní stav dětí. Tzn. vědět, že v kolektivu máme dítě s chronickým onemocněním, tak abychom na ně mohli brát přiměřený ohled a uměli mu pomoci při náhlém zhoršení jeho zdravotního stavu.

## Alergie

Alergie patří do oblasti autoimunitních onemocnění, u kterých je narušena tolerance cizorodých neškodných látek z okolního prostředí – organismus se k alergenu chová jako k látce, která je pro tělo škodlivá. Mezi nejčastější **alergeny** patří pyl, prach, peří, zvířecí srst, roztoči, bodnutí včelím jedem, chemikálie v pracích a čisticích prostředcích, v potravinách či kosmetice, léky a potraviny. V rámci potravinových alergií se nejčastěji můžeme setkat s alergiemi na mléko, ořechy, ryby, citrusové plody ... *(př. měla jsem ve skupině dívku, která měla tak silnou alergii na mák, že nesměla jíst běžně pomakované housky, ale ani řízky, které by mohly být obalené ve strouhance z pomakovaných housek.)*

Možné **alergické reakce** představují dýchací potíže, ucpaný nos, kýchání, svědění očí a pokožky, slzení, zánět sliznice nosu, očí a dýchacích cest. Může se objevit kožní vyrážka, bolesti hlavy, průjemy, zvracení, bolesti břicha, horečka, únava.

**Komplikacemi** alergie mohou být dušnost, astma nebo atopické kožní projevy.

**Extrémní formou** alergické reakce je tzv. **anafylaktický šok**. Nejčastěji k němu dochází při injekčním podání alergenu nebo bodnutí hmyzem. U běžné alergické reakce je postižena pouze část těla vystavená alergenu, při anafylaktickém šoku reaguje celé tělo. **Příznaky se obvykle rozvinou do 30 minut po vystavení alergenu.**

### Příznaky anafylaktického šoku

- ✓ Otok - projevuje se i mimo místo bodnutí, otěci může celé tělo.
- ✓ Zarudlá horká kůže, svědění
- ✓ Dušnost, sípavé dýchání
- ✓ Pokles tlaku – mžitky před očima, může vést až ke ztrátě vědomí
- ✓ Nevolnost
- ✓ Studený pot, mrazení

Při záchvatu postiženému hrozí hlavně selhání krevního oběhu a dýchání. Může se objevit i kopřivka nebo záchvat astmatu. Tento typ šoku je velmi nebezpečný a přímo ohrožuje život dítěte. Proto vždy!!! **přivolejte lékařskou pomoc**. Před tím, než přijede lékař, poskytněte postiženému první pomoc. Povolte mu oděv tak, aby mohl dýchat. Je-li při vědomí, posadte ho a podepřete mu záda. Pokud nastalo bezvědomí, položte ho na záda. Máte-li k dispozici antihistaminika, můžete je postiženému podat. Vhodný je například Zyrtec, Alerid nebo Zodac a podobné typy léků. Pokud došlo k narušení životních funkcí (zástava dechu, krevního oběhu), zahajte **resuscitaci**. (ČČK, Příručka první pomoci)

### Průduškové astma (astma bronchiále)

Průduškové astma je chronické zánětlivé onemocnění dýchacích cest. Obzvláště v dětském věku je součástí širšího spektra alergických projevů. Astma se projevuje ztíženým dýcháním, které je způsobeno zúžením průdušek, otokem jejich stěny, zvýšeným vylučováním hlenu a stahem svalových vláken. K zúžení průdušek dochází vlivem zvýšené vnímavosti organismu na různé látky z vnějšího prostředí, které se vdechnutím dostávají na sliznici dýchacích cest a způsobují alergickou reakci. Projevem astma bronchiále je **náhlá dušnost a kašel**. Dušnost poznáme podle **ztíženého výdechu a námahy**, s jakou se dítě pokouší znovu nadechnout. Výdech je provázen charakteristickými **sípavými či pískavými zvuky**. Tyto zvuky jsou zapříčiněny otokem sliznice, která tak získává tvar píšťaly a proudící vzduch při výdechu vyluzuje tyto zvuky. S dušností se pojí také **lapání po dechu** a nepříjemný **tlak**, který astmatik pociťuje na prsou. Tlak způsobuje astmatikovi nepříjemný pocit tíhy na hrudníku či jeho sevření. Je způsobem tím, že plíce astmatika se při dušnosti potýkají s vysokým odporem, který musí zdolávat.

Někdy je záchvat vyvolán rozpoznatelnou příčinou (pylová zrnka, roztoči, plísňe, prach, nějaký medikament, cigaretový kouř), jindy může vzniknout bez zjevné příčiny. Mnoho astmatiků mívá náhlé záchvaty v noci. Průběh a projevy astmatu se mohou u jednotlivých nemocných lišit a i jednotlivé záchvaty mohou u jednoho člověka probíhat různě. Při těžším záchvatu astmatu může působit obtíže i taková běžná věc, jakou je řeč. Akutní záchvat dušnosti může být doprovázen i úzkostí či až strachem z udušení. **Status astmaticus** je silný astmatický záchvat, při kterém dochází k ohrožení života. Mezi jeho typické příznaky patří zpotení, dehydratace, vyčerpání, strach.

### **Ošetření astmatického záchvatu:**

Děti trpící astmatem své záchvaty zpravidla zvládají samy. Už při prvních příznacích umí použít „záchranný“ inhalátor. Před vypuknutím záchvatu si dítě aplikuje preventivní léky, tato aplikace léků je stěžejní pro zastavení záchvatu.

Pokud se záchvat rozvine, nejsou preventivní inhalátory vhodné, v takové situaci bychom je již neměli používat. **Astmatika během záchvatu nesmíme položit**, protože v poloze vleže se zhoršuje průchodnost dýchacích cest. Polohu pro usnadnění dýchání



astmatik zaujme spontánně. Necháme ho v poloze, která je pro něj nejpohodlnější (doporučena je poloha vsedě na okraji židle, s dlaněmi opřenými o kolena, ohnutou hlavou a rameny). Klidně a vlídně astmatika vedeme k tomu, aby dýchal pomalu a zhluboka. Mírnější astmatický záchvat by měl přejít do tří minut (měříme čas), pokud se obtíže nezmírní, dítě znovu inhaluje lékařem předepsaný lék. Pokud záchvat nastupuje velmi rychle nebo přetrvává ve stejné intenzitě více než pět minut, doporučuje se volat záchrannou službu (riziko *statu astmaticu*).

Při astmatu dochází k silné dehydrataci, doplníme tekutiny, po záchvatu přichází únava, astmatik může být vyčerpaný, zajistíme mu místo pro odpočinek, stále kontrolujeme jeho zdravotní stav.

### **Diabetes mellitus**

Diabetes mellitus (dále DM) zastarale úplavice cukrová, krátce cukrovka je souhrnný název pro skupinu chronických onemocnění, která se projevují poruchou metabolismu sacharidů. Rozlišuje se na dva základní typy, a to diabetes I. typu a diabetes II. typu, které vznikají důsledkem absolutního nebo relativního nedostatku inzulínu.

**Inzulin** (z *lat. insula* = ostrov) je hormon, produkováný beta buňkami Langerhansových ostrůvků slinivky břišní. Inzulin hraje důležitou úlohu v metabolismu glukózy, tuků i bílkovin v těle, a jako takový je pro život nezbytný. Jeho klíčová úloha spočívá především v umožnění vstupu glukózy do buněk a udržování správné hladiny cukru v krvi - tzv. glykémie.

**Diabetes I. typu** se označuje jako tzv. **juvenilní** nebo **na inzulinu závislý diabetes mellitus**. Vzniká autoimunitním procesem, při kterém organismus zničí vlastní beta buňky. Následkem je pak nedostatek, až úplné chybění vlastního inzulínu a závislost pacienta na jeho dodání, nejčastěji pomocí podkožních injekcí.

**Diabetes II. typu** je nejčastější formou cukrovky u nás. Souvisí spíše s vyšším věkem, obezitou, nedostatkem pohybu a nezdravým životním stylem. Na rozdíl od diabetu I. typu je **maximum výskytu diabetu II. typu u věkové skupiny nad 45 let**. Nemocní diabetem II. typu nejsou životně závislí na podávání inzulínu, ačkoliv často inzulin léčebně užívají ke zlepšení glykémie.

Pokud budete v rámci volnočasových aktivit pracovat s dětským kolektivem, možnost, že se setkáte u dítěte s DM II. typu je minimální. Proto se následující text věnuje I. typu diabetes mellitus, aby na základě pochopení podstaty nemoci bylo možné zajišťovat dítěti optimální podmínky.

Diabetes mellitus I. typu je autoimunitní, metabolické a chronické onemocnění, které vyžaduje celoživotní léčbu inzulínem, pravidelné měření glykémie, dodržování stravovacího režimu a pravidelné kontroly lékaře. Je také nazýván inzulin-depedentní diabetes, tzn. diabetes mellitus závislý na podávání inzulínu. Diabetes mellitus I. typu je onemocnění, které vyžaduje vnitřní disciplínu. Diabetické dítě musí podřízovat život určitým pravidlům. V každém věku života se člověk vyrovnává s přirozenými vývojovými obtížemi (*př. puberta*), dítě s DM musí navíc zvládat břemeno své nemoci. Jak se nemoc projeví? Nástup je zpravidla náhlý, dítě má hlad a žízeň, výrazně častěji močí, lze pozorovat úbytek váhy, a zvýšenou únavu. Důvodem je vysoká hodnota glykémie, nedostatek inzulínu.

**Základním způsobem léčby** je podávání inzulínu (*dávkování určí lékař*). S dítětem pracuje edukační sestra, která dítěti (rodině) vše vysvětlí a naučí je základní dovednosti. Dítě se naučí pravidelně a samostatně měřit hladinu glukózy v krvi (*tzv. selfmonitoring*).



Na základě naměřeného výsledku si upraví dávku inzulínu nebo příjem potravy a poté se znovu přeměří. Cílem je udržovat glykémii co nejlépe normálním hodnotám. Inzulín si aplikuje podkožně.

Mezi nejčastěji používané pomůcky u diabetiků patří glukometr, inzulínové pero a inzulínová pumpa. **Glukometr** se používá k měření hladiny cukru v krvi, pro aplikaci inzulínu slouží tzv. **inzulínové pero**. (Nejpohodlnějším řešením pro mnoho lidí s diabetem je **inzulínová pumpa** – pacienti ji nosí stále při sobě a jsou na ni napojeni, přičemž pumpa provádí 24 hodin denně monitorování stavu cukru v jejich krvi a hladinu inzulínu. Léčba kontinuální podkožní infúzí inzulínu inzulínovou pumpou nejvíce napodobuje přirozenou sekreci inzulínu, a proto je dosud nejlepší variantou diabetické léčby. Moderní způsoby léčby diabetu mellitus I. typu umožňují nemocným žít zcela plnohodnotný život).



Obr. 14 – Glukometr



Obr. 15 – Inzulínová pera

Prevenici možných komplikací by měla řešit správná strava, sportovní a pohybové aktivity. Akutní (náhlé) komplikace DM představují **hypoglykémie** (hladina cukru v krvi klesne pod normální úroveň) a **hyperglykémie** (vysoká hladina krevního cukru).

**Hypoglykémie (diabetický šok)** se projeví **rychlým** zhoršením úrovně reagování (nedostatek cukru ovlivňuje fungování mozku) Příznaky jsou: pocení, nervozita, narušení koncentrace, barevné či zdvojené vidění, bušení srdce, závrať, ztráta vědomí. Nemocný se může zdát podrážděný, nebo s výrazně změněnou osobností. Osoby trpící cukrovkou u sebe mívají vlastní soupravu k určení hladiny krevního cukru a na mimořádné situace jsou připraveni. Stav si upraví podáním jakékoliv formy cukru. Pokud se cukr nedodá, hrozí vznik bezvědomí. Hypoglykemie bývá způsobena předávkováním inzulínem, příliš vyčerpávajícím tělesným cvičením nebo vynecháním jídla.

**Hyperglykémie (diabetické kóma)** je závažnější stav než hypoglykemie. Přichází spíše pozvolna. Člověk se do ní dostane během několika dnů, vyžaduje neodkladnou nemocniční péči. Příznaky jsou hlad, suchá a horká pokožka, hluboké, namáhavé dýchání, nadměrné vylučování moči a dech páchnoucí po ovoci. Je nutné okamžitě podat inzulín a vodu. Nejčastěji je způsobeno opomenutím užití pravidelné dávky inzulínu, vyskytuje se také u osob s nerozpoznaným diabetem.

### Epilepsie

Epilepsie je chronické onemocnění, provázené záchvaty způsobenými poruchami v činnosti mozku, v němž dochází k náhlým výbojům určité části nervových buněk. O epilepsii mluvíme tehdy, vyskytují-li se záchvaty pravidelně. Epilepsie je spojena se změnou v oblasti prožívání, chování a často i poruchami vědomí. O vzniku a opakování rozhoduje **epileptické ohnisko** – místo v mozku, odkud se šíří paroxysmální (záchvatovitá) aktivita. Může mít podobu jizvy, která vznikne v důsledku působení



škodlivých příčin.

**Záchvatovitá pohotovost** může vzniknout i ve zdravém mozku, ale riziko je větší tam, kde jsou patologické změny (např. u dětské mozkové obrny nebo po úrazech hlavy), v dětství a v období dospívání. **Spouštějícím podnětem**, který záchvat vyvolává, mohou být silné rytmické zrakové a sluchové podněty, přerušované světlo, záření z televizní obrazovky, nadměrný hluk...

Klasifikací epilepsie je více, zjednodušeně lze epileptické záchvaty rozdělit na:

**Parciální záchvaty** (částečný, malý záchvat = petit mal). Epileptická aktivita postihuje malou skupinu buněk, projevy odpovídají jejich umístění v mozku. Typickým příznakem je porucha soustředění a paměti. Nemocný přestane komunikovat s okolím, provádí automatické, neúčelné činnosti.

**Generalizované záchvaty** jsou výpadky vědomí (absence, myoklonické, klonické, tonické, tonicko-klonické a atonické záchvaty). Tonicko-klonické záchvaty mohou být náhlé a dramatické, ale záchvat sám o sobě není životu nebezpečný. Někdy se rozvíjející záchvat ohlašuje tzv. **aurou**. Je to několik sekund trvající zvláštní pocit, vyskytující se asi v 10 % případů před začátkem záchvatu (parestesie, brnění prstů, zrakové nebo sluchové halucinace, pocity strachu...). Nebezpečí nastane v případě aktivit, kde chvilková nepozornost může ohrozit člověka s epilepsií nebo druhé. Ve škole se to týká především tělesné výchovy a pracovního vyučování.

### **Jak reagovat při tonicko-klonickém záchvatu?**

Z okolí dítěte odstraníme ostré předměty nebo se pokusíme přesunout dítě od ostrých hran, můžeme mu dát něco měkkého pod hlavu (ručník, mikínu, svetr) Měříme čas. V situaci, kdy záchvat trvá déle než pět minut nebo přechází jeden záchvat v druhý, je nutné zavolat záchrannou službu (riziko přechodu v *status epilepticus*);

Během záchvatu nesmíme nic vkládat do úst (lžice, léky apod.). Ačkoliv jsou rozporuplné názory na to, zda člověk v záchvatu může polknout jazyk, často jej rozkouše a toto riziko zvětšuje přítomnost jakéhokoliv předmětu v ústech. Na člověka si při záchvatu (navzdory dřívějším praktikám) neleháme a nesnažíme se násilím zabránit křečím. Po odeznění křečí, po záchvatu zůstává dítě v klidu (může spát, je dezorientované), vhodné je položit ho do stabilizované polohy a zajistit dohled (kontrolujeme, zda se nevrací další záchvat).

V rámci léčby epilepsie jedinec pravidelně užívá tzv. antiepileptika (u 50 % eliminují záchvaty a u 25 % snižují frekvenci jejich výskytu). Vhodná je úprava jídelníčku – žádný alkohol, drogy, čokoláda a veškeré látky, které výrazně stimulují mozkovou aktivitu. Pomáhá celková úprava životosprávy, vyhýbání se podnětům a situacím, které mohou vyvolat epileptický záchvat, snížení působení stresorů, pravidelný spánek. V mnoha případech je důležitá psychologická podpora. Samotná nejistota, kde a kdy vznikne další záchvat, může vyvolávat velkou úzkost. Omezení aktivit navíc může mít výrazně frustrující dopad na člověka s epilepsií.

**Kompenzovaná epilepsie.** Stav, kdy se epilepsii daří zvládnout běžnými prostředky (antiepileptika + životospráva) a nevyskytují se další záchvaty. Je však nutné pečlivě dbát na pravidelné užívání léků, a to vždy ve stejný čas.



## 6.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem se zdravotním znevýhodněním

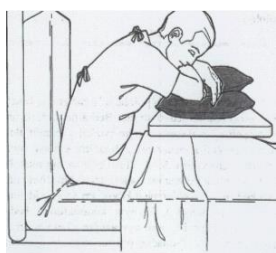
Informace o konkrétních projevech onemocnění primárně získáme od rodičů dítěte. Je dobré nastudovat si další informace (viz odkazy na doporučené zdroje a odbornou literaturu), ale při práci s konkrétním dítětem respektujeme zvyklosti rodiny.

### Děti s alergií a astma bronchiále

Alergenům se v běžném životě nemůžeme vyhnout, ale pokud známe zvýšenou zátěž dítěte, děláme preventivní kroky, jimiž problém minimalizujeme, tj. dohlížíme na jídelníček dítěte, vyhýbáme se místům, kde je dítě ohrožené. (*Př. pokud vyjíždíme na vícedenní aktivitu, ověříme si, že nebudeme spát v prašné tělocvičně, pokud ano, předem rodiče dítěte upozorníme a zajistíme odpovídající alternativní řešení.*)

Dodržujeme **režimová opatření**. V tomto případě je to pravidelné užívání preventivních léků. Pokud je dítě ve věku, kdy léky bere samo, dohlížíme a kontrolujeme, zda nezapomíná. Dbáme na to, aby mělo léky u sebe pro případ akutního záchvatu (např. při výletu z tábora). Nezhlehčujeme problémy dítěte, ale i naopak. Může se stát, že dítě z obavy, aby nepřišlo o nějakou žádanou aktivitu, může desimulovat (předstírat bezbolestnost) a je na nás, jeho zdravotní stav správně posoudit.

Děti trpící astmatem by měly mít u sebe inhalační sprej pro případ záchvatu. **První pomoc u záchvatu:** vyvedeme dítě na čerstvý vzduch, podáme mu léky a snažíme se je zklidnit. Zklidňujeme i ostatní děti, mluvíme klidně, ujišťujeme děti, že situaci zvládneme. Pro ulehčení dýchání je vhodné nechat dítě sedět (či stát) v klidu, raději v mírném předklonu.



Obr. 16 – Úlevová poloha vhodná při expiračních obtížích

Řada lidí se domnívá, že by astmatici neměli provozovat sport, ale opak je pravdou. Sport u astmatiků stejně jako u ostatních lidí pomáhá ke zlepšení funkce dýchacích cest. Mezi **vhodné sporty** patří např. **běh, plavání či cyklistika**. Není důvod děti z těchto aktivit vyřazovat. Naopak v jejich blízkosti bychom neměli provádět lakýrnické či malířské práce, delší kontakt s čerstvými barvami a laky totiž může vyvolat dušnost. Během roku existují situace, kdy byste měli také omezit větrání, např. během pylové sezóny či při zhoršeném stavu ovzduší (smog, dusno před bouřkou a další).

Stavy, při kterých má dítě pocit, že se dusí, jsou velmi náročné na psychiku. Proto buďte velmi tolerantní, pokud dítě nebude ochotné jít do prostředí, ve kterém se bude cítit ohrožené. Můžete se setkat s tím, že děti budou zvýšeně úzkostné. Buďte k nim vlídní a ubezpečujete je o tom, že jim kdykoli budete umět pomoci.

### Děti s diabetem mellitus

Toto chronické onemocnění by v žádném případě nemělo být důvodem k vyloučení dítěte z oddílu. Dítě se nemusí vzdávat žádných běžných aktivit. Děti dobře zvládají režimová opatření, kterými svou nemoc kompenzují (pravidelná strava, měření

glykémie, aplikace inzulínu). Měli bychom získat přesné informace od rodičů, co jejich dítě potřebuje a jak to lze zabezpečit. Můžete se setkat s rozličnými postoji ze strany rodičů. U některých nemoc dítěte navodí situaci, že dítěti je vše dovoleno (*jistá kompenzace jeho zdravotního stavu*) a vy se setkáte s dítětem, které je neukázněné a způsoby jeho jednání jsou rodiči zcela tolerovány. Jiní rodiče (především matky) budou příliš úzkostlivé, o dítě budou přehnaně pečovat a nebudou ochotny pustit dítě s dohledu. Pamatujme na to, že dítě je nemocné, ale ne méněcenné. Je to dítě, zlobí, ale musí být usměrňováno. Hledá mantinely a hranice pro své chování a my je musíme přiměřeně věku dítěte nastavit. V otázce chování jednejte s dětmi jako by byly zdravé. Nemocnému nepomůže, když získá pocit, že smí úplně všechno. Poskytujeme mu plnohodnotný život, plnohodnotné zapojení mezi ostatní děti. Poskytujeme zvýšený dohled, ale běžné zájmy a činnosti, ne pouze péči rodičů. Pro zdravý vývoj dítě je kontakt s vrstevníky nutný.

Důležité je poučení všech dospělých, kteří mohou být dozorem nad dítětem a zároveň seznámení ostatních dětí s činnostmi, které bude diabetik vykonávat (měření glykémie, aplikace inzulínu) a pomůckami, které k tomu bude využívat. Dítě je od cca 12 let schopno samo si aplikovat insulin a po dohodě měnit nastavení dávkování. Měli bychom mu zabezpečit místo, (klidné raději bez přítomnosti ostatních) kde si v pravidelných intervalech může změřit glykémii (*měří se glukometrem z kapičky krve – dítě se píchne do prstu, vytlačí krev na proužek testovacího papírku a ten vloží do přístroje*), a v daných časech 3-4x za den a 1x na noc aplikovat insulin (*nejčastěji insulinovým perem*).

Dítě potřebuje jíst v pravidelných intervalech, tolerujeme mu přestávky na jídlo a pití i v čase, kdy ostatní děti jsou zapojeny do probíhající činnosti. Některé děti mají insulinovou pumpu, ta jim během dne nepřetržitě dodává malou dávku insulinu a k tomu si ještě dopichují insulin po jídle. Ostatním bychom měli vše vysvětlit, aby je počínání kamaráda nepřekvapovalo. Pokud se týká jídla, většina dětí odhadne, kolik čeho má sníst.

Opatrnost je potřeba u fyzické zátěže dětí s DM, při námaze se rychleji vyčerpá glukóza z krve a mohlo by rychleji dojít k hypoglykémii. Dítě se fyzicky náročného programu (vysokohorská turistika, závody) nemusí vzdát, nutné je s tím počítat a před a v průběhu aktivit zajistit zvýšený příjem vhodných potravin. Vedoucí oddílu musí znát, příznaky hypoglykémie, každý, kdo se podílí na programu s takovým žákem, by měl umět poskytnout první pomoc. Dítěti by měl být vždy na blízku někdo, kdo má pro něj „*cukr první pomoci (džus, hroznový cukr...)*“ V případě zvracení nebo průjmu u dítěte s DM je nutná okamžitá komunikace s rodiči popřípadě kontrola v nemocnici, dětem hrozí rychlejší rozvrat vnitřního prostředí než u zdravých. Preventivně předcházíme situacím, které by mohly způsobit snížení hladiny cukru v krvi (hypoglykémii), jako je nedodržení stravovacího režimu, nadměrná nebo chybná aplikace insulinu, velká fyzická zátěž, stres (promoknutí, prochladnutí, infekce...).

Počítejte s tím, že když dítě musí brát dlouhodobě léky, často navštěvuje lékaře, v důsledku nemoci je dlouhodobě omezováno ve svých přirozených potřebách a činnostech nebo se často subjektivně necítí dobře, dlouhodobým trváním těchto zatěžujících podnětů může být oslaben jeho nervový systém. Vychovatelé mívají sklon více zdůrazňovat nejrůznější omezení, která z nemoci dítěte vyplývají, než to, co může dítě dělat, v čem se může druhým dětem vyrovnat a co mu umožňuje žít tzv. normálně. Stává se, že rodiče ve snaze, aby dítě uchránili všech zdravotních komplikací, neustále rozvádějí všechna nebezpečí, která mu hrozí, a upozorňují na zhoubné následky, jestliže nebude přesně dodržovat léčebné předpisy a uložená omezení. U dětí zvýšeně

úzkostných se pak setkáváme s tím, že trpí strachem nebo utlumujícím pocitem viny, když se dopustí prohřešku v léčebném režimu.

„*Dítě nemá pociťovat, ani že je díky své chorobě vzácným stvořením, ani že je v důsledku své choroby bezmocným zajatcem léčebného režimu*“ (Matějček, Dytrych, 2002, s. 85). Pedagogové, vychovatelé, spolužáci aj. osoby, které se s dítětem dostávají pravidelně do kontaktu, mohou být pro dítě i jeho rodinu velkou oporou.

### Děti s epilepsií

Při volnočasových aktivitách se setkáme zpravidla s dětmi, které mají **epilepsii kompenzovanou**, tzn., daří se jí zvládat běžnými prostředky. Dítě bere antiepileptika, dodržuje doporučenou životosprávu a další epileptické záchvaty se již nevyskytují. Přesto zařazení dítěte se záchvatovitým onemocněním jakým je epilepsie, bývá náročné z hlediska přetrvávajících předsudků (mezi vrstevníky dítěte, mezi jejich rodiči).

Z neznalosti skutečného stavu věci jsou děti často vyřazovány z kolektivu. Jedním z důvodů bývá obava, že se dítěti může při epileptickém záchvatu přihodit něco zlého. Ani sami rodiče dítěte však nemohou vždy zabránit drobnému úrazu při záchvatu. Zde je velmi důležitá předchozí domluva. Rodiče nesmí vyčítat pedagogovi každou odřeninu, která vznikla při záchvatu. Druhým důvodem, proč se učitelé brání přijmout epileptické dítě, je obava, že zdravé děti budou vystrašené při pohledu na záchvat svého vrstevníka. Tyto obavy jsou neopodstatněné. Obecně totiž děti vnímají záchvat u kamaráda mnohem samozřejměji, než tomu bývá u dospělých. Vystrašené mohou být spíše rozrušením a panikou dospělých nebo reakcí svých rodičů, když jim o tom, co viděly, vyprávějí. Záleží tedy především na schopnosti pedagoga zvládnout situaci při záchvatu bez paniky. Psychické traumatizace zdravých dětí není rozhodně třeba se obávat.

Se skupinou pracujeme běžným způsobem, pro dítě s epilepsií není nutné zařazovat specifické činnosti. U dětí s nekompenzovanou epilepsií, musíme znát, jak často mívá záchvaty, kdy naposledy mělo záchvat a hlavně, co záchvat u konkrétního dítěte spouští. Jednotlivý epileptický záchvat je příznak nemoci epilepsie. Zpravidla se nejedná o život ohrožující situaci. Většina záchvatů končí spontánně, bez jakékoli pomoci, velké záchvaty do pěti minut. Počítejte s tím, že **malý epileptický záchvat** může mít různé projevy. Nejčastěji dochází k částečné nebo úplné ztrátě kontaktu s okolím. Dítě má nepřítomný pohled, neodpovídá na otázky nebo odpovídá špatně, může opakovat určité zvuky nebo slova, může polykat, stáčet hlavu nebo oči ke straně, může vykonávat některé automatické pohyby, například si uhlazovat oblečení, kroužit tužkou po papíře, může i přecházet, ale zpravidla neupadne. Z jeho chování je zřejmé, že neví, co se s ním v danou chvíli děje. Během malého epileptického záchvatu dítě fyzicky neomezujte (vyjma ochrany před zraněním). Nepomáhá utěšování, uklidňování či přemlouvání – v naprosté většině případů není možné záchvat takovým způsobem přerušit, naopak postižený může nevědomě negativně zareagovat (např. na svou obranu). Pomoc během záchvatu spočívá především v ochraně postiženého před nechtěným poraněním. Je vhodné odstranit z jeho blízkosti všechny předměty, které by mohly být nebezpečné. Při záchvatu nenecháváme dítě o samotě, vyčkáme do chvíle, kdy je opět při plném vědomí a orientováno. (*Dáme mu např. jednoduché otázky - Jak se jmenuješ? Kde jsme?*)

Přístup k dítěti s epilepsií by měl být velmi citlivý. I při dobré úrovni rozumových schopností se u nich mohou objevovat poruchy pozornosti a paměti. Jedním z projevů epileptického onemocnění může být špatná nálada, emoční labilita, sklon k vyvolávání konfliktů. Děti často trpí pocitem výjimečnosti, mohou být egocentrické. U některých se objevuje ulpívání na maličkostech, enormní pořádkumilovnost a pečlivost. Pedagog



musí některé rysy osobnosti, které vyplývají z povahy tohoto onemocnění tolerovat, ale zároveň musí dítě vést k chování, které je akceptovatelné a pomůže mu, aby bylo dobře přijímáno vrstevníky. U epileptiků je nutno pečlivě dbát na pravidelné užívání léků, a to vždy ve stejný čas. Můžeme tak významně snížit riziko záchvatů (až tak, že je nemocný dlouhodobě bez záchvatů). Je dobré vědět, co jsou spouštěcí momenty záchvatů, (může je způsobit nepravidelný spánkový režim (*noční hlídky na táboře...*) Dítě může někdy nepatřičně reagovat na omezení, která mu jeho nemoc přináší (*např. nesmí na diskotéku z důvodů blikajících světel, nemá porušovat denní režim a čas usínání – nemůže se účastnit noční hry atd.*) nevystavujme ho situacím, ve kterých by se cítilo znevýhodněné, a dohodneme s ním pravidla. Opět je nutné, aby ostatní děti byly seznámeny s možným výskytem záchvatu. **Dítě nevyčleňujeme z běžných aktivit,** důležité je zabezpečit ho při činnostech, kde hrozí zvýšené riziko (*při plavání, při sportovních aktivitách na náradí, při horolezectví atd.*) **tam nesmí být bez dohledu dospělého.**

Pokud se stane, že dítě dostane velký epileptický záchvat při společné činnosti, smažeme se ostatní odvést pryč a vysvětlíme jim, co se stalo a ujistíme je, že o dítě bude postaráno (*na táboře můžeme využít zdravotníka, v oddíle asistenta*). Umíme poskytnout první pomoc a víme, **co se nesmí dělat při velkém epileptickém záchvatu:**

- Nesnažte se pevným sevřením nebo zalehnutím postiženého bránit křečím.
- Nesnažte se násilím rozevírat zaťaté čelisti a nevsouvejte předměty mezi zuby postiženého.
- Nepokoušejte se záchvat přerušit třesením, poplácáváním, křikem či křížením. Nejvhodnější je nechat záchvat proběhnout a zasahovat přivoláním rychlé záchranné služby až teprve v případě, kdy trvá déle, než je obvyklé.
- Nesnažte se postiženého probudit během spánku po záchvatu.



## Poznámka

Doporučené zdroje informací:

CITOVÁ, I., CITA, S.: *Průručka první pomoci*. 2. vydání. Bratislava: PERFEKT 2007, ISBN 978-80-8046-359-5. První vydání této publikace v češtině bylo v podstatných postupech poskytování první pomoci sladěno MUDr. Pavlem Srnským se STANDARDY PRVNÍ POMOCI, které vydal Český červený kříž v roce 2002.

<http://www.diazivot.cz/>

<http://www.epilepsie.cz/>

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/alerologie-a-klinicka-imunologie/99-pruduskove-astma/>

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/133-lecba-astmatu-vcera-a-dnes/video/>

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/diabetologie/80-detsky-diabetes/>



## Kontrolní otázky

1. Zopakujte základní režimová opatření, která musíme dodržovat, pokud máme ve skupině dítě s alergií, diabetem mellitus nebo epilepsií.
2. Jak poskytneme pomoc při velkém epileptickém záchvatu? Co se při něm nesmí dělat?







## Souhrn

Pro zařazení dítěte se zdravotním znevýhodněním do zájmového a neformálního vzdělávání je nejdůležitější respektovat u dětí jejich sníženou odolnost vůči zátěži, znát příznaky a specifika projevů jednotlivých chronických onemocnění. Úspěch zařazení dítěte spočívá zvláště v dodržování režimových opatření, znalosti vlivu nemoci na psychiku dítěte a zajištění dostatečné sociální opory.



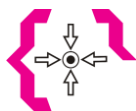
## Literatura

- ČERMÁKOVÁ, M.; NEUGEBAUEROVÁ, L. *Rodiče, děti a jejich diabetes*. 1. vyd. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2001. 45 s.
- KÁBELE, F. a kol. *Somatopedie*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1992. 242 s. ISBN 80-7066-533-5.
- MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 128. ISBN 80-247-0332-7.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie – texty k distančnímu vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 123 s. ISBN 978-80-7315-137-9.
- RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. 3. vyd. Olomouc: Palackého univerzita, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1073-7.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3.
- VÁGNEROVÁ, M., HADJ-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. 230 s. ISBN 80-7184-929-4.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 302 s. ISBN 80-7315-134-0.





## 7. Dítě s poruchou autistického spektra



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o vývojových pervazivních poruchách
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dětmi s Aspergerovým syndromem



### Pojmy k zapamatování

- vývojová pervazivní porucha
- autismus
- Aspergerův syndrom
- terapeutické postupy

### 7.1 Kdo je dítě s poruchou autistického spektra?

Aby nedocházelo k nedorozumění, s ohledem na používanou terminologii je potřeba nejprve definovat pojmy. V této kapitole budeme mluvit o dětech s poruchou autistického spektra. Vycházíme-li z lékařské definice autismu, je autismus zařazen mezi pervazivní vývojové poruchy. Termín **pervazivní** znamená, že je zasaženo něco hluboko v člověku, něco, co proniká celou osobností dítěte a výrazně mění jeho chování a možnosti socializace. Jde o postižení, kdy **vývoj** jedince probíhá odlišným způsobem než u jedinců zdravých a **postižení se projevuje ve všech oblastech života**. Termín pervazivní tedy vystihuje podstatu postižení lépe než autismus. Termín autismus (z řeckého *AUTOS* = *sám*) používaný ve smyslu „*obrácený do sebe*“ není tak výstižný. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vymezuje pervazivní vývojové poruchy pod označením F 84 a patří sem:

- dětský autismus;
- atypický autismus;
- Rettův syndrom;
- jiná dezintegrační porucha v dětství;
- hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby;
- Aspergerův syndrom;
- jiné pervazivní vývojové vady;
- pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná. (MKN-10, 2013)

Výchovná a vzdělávací péče o děti s autismem musí vycházet z jejich vysoce specifických potřeb. V současné době je autismus zdokumentovaný a vyhodnocený psychiatrický syndrom, ale stále zůstává velká propast mezi teoretickým pochopením autismu a jeho pochopením v běžném životě. (Jelínková, 2001)

Děti s diagnózou dětský autismus, většinou nevyhledávají sociální vztahy, společnost je ruší a snaha rodičů o jejich integraci do dětských kolektivů není příliš častá.



Neexistuje ideální intervence, styl výuky, způsob jednání, který bychom u nich mohli využít. Děti s poruchou autistického spektra mají různorodou symptomatiku a každé z nich je jiné a jedinečné. Při práci s nimi musíme tedy především respektovat jinakost dítěte, dobře se seznámit s příznaky poruchy a poznat postupy, které mu budou vyhovovat.

U jedinců s pervazivními vývojovými poruchami se narušení vyskytuje ve třech základních oblastech vývoje. Souhrnně mluvíme o tzv. triádě problémových oblastí. Jsou to:

**1. Porucha sociální interakce a sociálního chování.** Děti jsou samotářské a uzavřené, nedávají přednost lidským vztahům, nevyhledávají a neudržují oční kontakt, úsměv pro ně nemá socializační ani komunikační význam, neporozumí výrazu obličeje, tělesným postojům, pozicím, gestům. Nejsou schopny vytvořit si přiměřené vztahy se svými vrstevníky. Výrazné postižení se objevuje ve spontánním sdílení radostí, zájmů nebo dovedností s druhými lidmi. Často nespolupracují při výuce ani při hře, odmítají změny, mohou být hypoaktivní nebo hyperaktivní, projevuje se u nich nedostatečné sociální nebo emociální vnímání druhých.

**2. Komunikace.** Autistickým dětem chybí vrozená schopnost uvědomit si, že řeč je nástroj jak sdělit někomu nějakou informaci. Problémy s komunikací se mohou projevovat různým způsobem. Od stavu, kdy dítě nemluví vůbec po stav, kdy mluví, ale řeč není smysluplná. Ti jedinci, kteří mají schopnost mluvit, umí třeba požádat o konkrétní věc, ale nejsou schopni hovořit o svých pocitech, myšlenkách, názorech. Nemají tendenci iniciovat (zahajovat) komunikaci nebo v ní pokračovat. V řeči se mohou objevovat mluvní stereotypy. Dítě může komunikovat monotónně, mechanicky bez emočního zabarvení slov a vět.

Někteří lidé s autismem mají bohatou slovní zásobu a jednotlivým slovům rozumějí, ale nejsou schopni dávat je do souvislostí a vytvářet věty, umí slova jen z paměti. (Jelínková, 2001)

**3. Představivost, zájmy, hra.** V této oblasti musíme počítat s tím, že dítě neumí předvídat, plánovat, bojí se změn. Kvalitativní postižení v oblasti představivosti se projevuje stereotypním chováním. Dítě má úzký okruh zájmů, často trvale opakuje pouze jednu činnost, vykonává určité motorické činnosti, které jsou nesmyslné a neúčelné (např. třepání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem) zvláštní rituály, nošení oblíbené věci, trvalé zaujetí pro části předmětů (např. točení kolečky). Děti neznají symbolickou hru „na něco“, nemohou hrát hry, kde je třeba schopnosti vžít se do role. Nezapojují se do her ostatních, skupinové hry nechápou a nevyhledávají.

K těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespécifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti a agrese namířená proti sobě.

Ze všech poruch autistického spektra se zaměříme na jedince s diagnózou Aspergerův syndrom, jde o skupinu žáků, se kterou se reálně při volnočasových aktivitách můžeme setkat. U těchto jedinců, přestože nejsou schopni běžné sociální interakce jako lidé bez postižení, můžeme zaznamenat zájem o sociální vztahy a jejich vyhledávání. Pokud mají zájem o účast na nějaké zájmové aktivitě, je potřeba připravit se na jejich specifické projevy a umět použít odpovídající strategie.

**Aspergerův syndrom** se vyskytuje převážně u chlapců, má příznaky jako autismus (opakující se omezený, stereotypní repertoár zájmů a aktivit) s tím podstatným rozdílem, že se nevyskytuje opoždění ve vývoji řeči a kognitivních schopnostech.

Tato porucha je často spojena se značnou nemotorností. (V dětském kolektivu děti upoutávají pozornost, např. pro časté potíže s psaním, ale více je limitují neúspěchy ve sportovních činnostech). Abnormality mají velkou tendenci přetrvávat do dospívání a dospělosti. Intelekt je většinou v normě (některé děti jsou i výrazně nadané – učí se samy číst, citují z encyklopedií), oblast řeči je bez omezení, ale řeč dítěte působí formálně a připomíná mluvu dospělých. Na první pohled není vidět žádný problém, ale díky potížím v sociální oblasti, představitivosti (i empatii) jsou děti s tímto syndromem okolím často vnímány jako nevychované. Mají problém zapojit se do kolektivu vrstevníků, chovají se natolik odlišně, že nejsou ostatními dětmi přijímány. Díky neporušené řeči a snaze o sociální kontakty (třebaže nestandardním způsobem) **bývá integrace do běžného dětského kolektivu úspěšná a prospěšná**. Měli bychom však respektovat, že lidé s autismem nepotřebují tolik jako my kontakt s ostatními. Oni si mnohdy vystačí sami se sebou.

### **7.1.1 Praktická doporučení pro práci s dětmi s pervazivními vývojovými poruchami (se zaměřením na Aspergerův syndrom)**

Z výše uvedeného vyplývá, že autisté potřebují zvláštní péči, **individuální přístup**, ohleduplnost a trpělivost. Autismus je složitá diagnóza a je velice těžké, naučit se s těmito lidmi zacházet. Kontakt laického okolí s autistou může být složitý. Abychom pochopily specifika dítěte, se kterým budeme pracovat, musíme nejprve **spolupracovat s jeho rodiči**. Od nich zjistíme, jak dítě reaguje, co má rádo, čemu se máme vyhnout. V situacích, které budou náročné na přesuny a změny (výlet) využijeme přítomnosti rodiče nebo dítě může doprovázet asistent, který bude umět s dítětem vycházet a zabrání případným komplikacím a nedorozuměním. Respektujeme, pokud se dítě neúčastní mimořádných akcí či různých programů a posezení. Nechce na těchto akcích být a raději má svůj režim – zůstává v klubovně (ve třídě) a pracuje dle zavedeného schématu, kterému rozumí a vyhovuje mu.

Náročné pro Vás může být i to, že často z jejich obličejů nepoznáte, co si právě myslí, jestli mají radost či prožívají smutek.

#### **Strukturovaná organizace prostoru**

Děti mají problémy rozlišovat události a rozpoznávat změny mezi jednotlivými aktivitami. Máme-li v oddíle (ve volnočasové aktivitě) zařazené dítě s poruchou autistického spektra (s AS) dbejme na to, aby pro něj prostředí bylo dostatečně srozumitelné a přehledné. Dětem pomáhá, pokud je prostor rozčleněn (místo na odložení oděvu, místo pro hry, psaní, místa pro relaxaci nebo pohybové aktivity) a jednotlivá místa jsou označena pomocí obrázků. Vizuelní uspořádání dítěti pomáhá zorientovat se v prostoru. Pokud vykonáváme aktivitu, u které se má dítě soustředit, pokud je to možné, vytvoříme mu kolem pracovního místa uzavřený box, aby jeho pozornost nerušily podněty z okolí. Pracovní místo by nemělo být v blízkosti oken či zrcadel.

#### **Strukturovaná organizace času**

Pro jedince s PAS je čas abstraktní pojem a mají velké potíže s orientací v něm. Svoji neschopnost předvídat a dávat věci do souvislostí kompenzují rituály a rutinním chováním. Denní aktivity často vyžadují v neměnném sledu. Časový plán jim pomůže v orientaci. Přehlednost zajistíme tím, že dítě vždy dopředu jasně informujeme, co a kdy bude následovat (například na začátku schůzky napíšeme nebo poskládáme z obrázků

plán schůzky, průběh dne na výletu nebo na táboře).

Mysleme na to, že lidé s poruchou autistického spektra obtížně zpracovávají změny – potřebují dostatek času a mnoho vysvětlování. Někdy se přes veškerou snahu nevyhneme náhlým změnám plánu. Zde je potřeba dítěti změnu v klidu vysvětlit a určit nový plán, který bude nyní platit.

## **Jak na to?**

### **Vizualizace**

Vizuální vnímání a myšlení patří k nejsilnějším schopnostem lidí s autistickou poruchou. Při vizualizaci prostoru, například třídy, se využívá různých polic, stolů nebo také barevných pásek, aby si děti byly schopné uvědomit jednotlivé části místnosti nebo činnosti.



Obr. 17 – Ukázka vizualizované činnosti

### **Komunikace**

Pokud dítěti sdělujeme instrukce, měli bychom mít předem rozmyšlené, co chceme říct, nepoužíváme složitá souvětí, ale bez zbytečností, (spíše heslovitě) sdělíme podstatu. Myšlenky formulujeme jednoznačně v krátkých větách, pomocí známých výrazů. Dorozumívání, ale nezjednodušujeme víc než je nutné.

Dítě může mít potíže, pokud mu dáme slovně vybírat ze dvou či více možností (př. *Chceš jít ven nebo být ve třídě?*) Vhodnější je naši nabídku vizualizovat, aby nedošlo k nedorozumění. Dítě má obtíže zpracovat sluchové podněty, často odpoví slovem, které slyší naposledy (Př: „*Dáš si jablko nebo banán*“. *Odpověď*: „*banán*“) a následuje nespokojenost, protože chtělo jablko. Situaci řeší třeba tím, že jablko vezme jinému dítěti a nám může připadat nevychované.

Problémem může být použití záporu. Dlouhé věty, které začnou slovem NE, mohou být pro dítě zavádějící. Považují NE za definitivní, protože nezachytí další část věty. (Př. Dítě se ptá: „*Půjdeme ven?*“. My odpovíme: „*NE, nejprve tu musíme uklidit, půjdeme ven později.*“) Vhodnější je použít: ANO, půjdeme ven, ale až to ve třídě uklidíme. A pokud je to možné, použijeme obrázkový rozvrh, ve kterém se dítě orientuje. Nepoužíváme neurčitá slova (např. „*za chvíli*“, „*časem*“). Ponecháme dítěti dostatek času, aby porozumělo obsahu sdělení.

Opatrně a s rozmyslem používejte fyzický kontakt (pohlazení může vyvolat agresi, děti mohou reagovat neadekvátně, nepochopí gesto jako výraz pochvaly či lásky).

Na dítě s Aspergerovým syndromem musíte upozornit všechny členy skupiny. Často mohou vznikat problémy a nedorozumění při komunikaci s vrstevníky. Děti s AS bývají egocentrické, orientované na svůj svět. S vrstevníky komunikují jen do té míry, pokud respektují jejich pravidla. Komunikační témata vrstevníků je nemusí zajímat, nechtějí

spolupracovat, mohou porušovat obecně daná pravidla. Při komunikaci neignorujeme jejich názory, dáme jim prostor vyslovit se. Při jednání s ním nepoužíváme ironii, sarkasmus ani metafory. Dítě naše sdělení může chápat doslovně.

### **Individualizace**

Jakoukoliv činnost musíme adaptovat na úroveň konkrétního dítěte, úkoly volíme tak, aby je dítě zvládlo, dbáme na bezpečnost. Děti, které se jeví jako úzkostné, necháváme zažívat pocit úspěchu.

### **Typologie vhodných aktivit**

Pro děti s poruchami autistického spektra jsou vhodné především hry a aktivity, které nejsou závislé na jazyku a složité komunikaci. Vhodným prostředím mohou být areály pro rozvíjení tělesné zdatnosti. Zařazujeme aktivity pro rozvoj obratnosti, rozvoj dovedností při míčových hrách. Volíme hry, které mají jasná a srozumitelná pravidla. Není dobré zařazovat dítě do skupinové práce za každou cenu, můžeme mu zadávat individuální úkoly, ale myslíme na to, že integrované je právě z důvodu pozitivního rozvíjení přiměřených sociálních vztahů. Děti s Aspergerovým syndromem nemají nijak porušenou inteligenci, naopak nezdědka vynikají v určitých oblastech.

Často mají zájem o určitá témata, o nichž dokážou nashromáždit obrovské množství informací, čehož při zapojení do zájmové činnosti můžeme využít. Při práci v oddíle je vhodné vycházet z individuality dítěte a jeho silných stránek. Dáváme dítěti prostor pro relaxaci, pokud je potřeba, může s asistentem vykonávat činnost, která jej uklidňuje.



### **Poznámka**

Doporučené zdroje informací:

LAWSON, W.: *Život za sklem: osobní výpověď ženy s Aspergerovým syndromem.*

Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-389-5.

<http://www.autistik.cz/Autismus>

<http://www.apla.cz/> – APLA – asociace pomáhající lidem s autismem, komplexní podpora dětí s autismem a jejich rodin, stránka slouží jako rozcestník jednotlivých krajských organizací APLA – např. APLA Praha, Střední Čechy, APLA Jižní Morava

<http://www.vzdelavaniaautismus.cz/>

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1095946610-diagnoza/dusevni-onemocneni/194-aspergeruv-syndrom/>



### **Kontrolní otázky**

1. V čem spočívají základní rozdíly mezi dítětem s dětským autismem a dítětem s Aspergerovým syndromem?
2. Jaké podmínky musíte zajistit, aby dítě s Aspergerovým syndromem mohlo být pozitivně přijímané v kolektivu?



### **Souhrn**

Kapitola přináší souhrn informací o poruchách autistického spektra. Vyplývá z ní, že zařazení dítěte s poruchou autistického spektra do běžného školního i mimoškolního vzdělávání je velmi problematické. Nebude tedy běžné, že bychom při praxi v běžných



oddílech či zájmových aktivitách měli dítě s diagnózou dětský autismus integrované. Limitují ho komunikační bariéry, odlišný způsob myšlení a řada individuálních zvláštností, zejména v chování. Takové dítě potřebuje speciální vzdělávací metody a pomůcky. Pravděpodobnější je, setkání se žákem s Aspergerovým syndromem. Kapitola informuje o nutnosti mít zařazení takového žáka do zájmového a neformálního vzdělávání dobře promyšlené a připravené a představuje postupy, pomocí kterých lze situaci optimalizovat.



## Literatura

ATTWOOD, T. *Aspergerův syndrom*. Praha: Portál, 2005.

CLERQ, H. *Mami, je to člověk, nebo zvíře?*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-235-5.

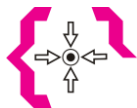
ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Specifika vzdělávání dětí, žáků a studentů s Aspergerovým syndromem*. IPPP: Praha, 2007. ISBN 978-80-86856-36-0.

JELÍNKOVÁ, M. *Výchova a vzdělávání dětí s autismem*. Praha: UK, 2001. ISBN 80-7290-042-0.





## 8. Dítě s mentálním postižením



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o dětech s lehkou mentální retardací
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dětmi s lehkou mentální retardací



### Pojmy k zapamatování

- Mentální retardace
- Downův syndrom
- Zvláštnosti psychických procesů

### 8.1 Kdo je dítě s mentálním postižením?

Při charakterizování dětí s mentálním postižením je používáno označení, které vychází z popisu diagnózy (v současnosti se užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě r. 1992), a to termín **mentální retardace**.

Termín je logicky sestaven ze slov *mens* = mysl a *retardace* = zaostávání. Dle výše IQ určíme kategorie mentální retardace. Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí. Inteligenci chápeme jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Hlavním znakem mentální retardace je nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje obtížemi v adaptaci na běžné životní podmínky. Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je **inteligenční kvocient** (zavedený W. Sternem).

**IQ** vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Dle 10. revize MKN se mentální retardace dělí do 6 základních kategorií.

F 70 lehká mentální retardace IQ 50-69

F 71 středně těžká mentální retardace IQ 35-49

F 72 těžká mentální retardace IQ 34-20

F 73 hluboká mentální retardace IQ nižší než 20

F 78 jiná mentální retardace: IQ nelze stanovit pro vážná sensorická nebo somatická poškození

F79 nespecifická mentální retardace: je prokázána, ale stupeň nebyl stanoven

Mentální retardace je postižení **vrozené** (na rozdíl od demence, která je získaným snížením rozumových schopností) a **trvalé**, přestože je v závislosti na etiologii možné



určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného vývoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou vady, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.

Tabulka č. 1: Průvodní jevy mentální retardace (převzato z ŠVARCOVÁ, Iva, : *Základy speciální pedagogiky*, str. 56)

	<b>Mentální retardace</b>			
	lehká (IQ 50-69)	středně těžká (IQ 35-49)	těžká (IQ 20-34)	hluboká (IQ nižší než 20)
Neuropsychický vývoj	Omezený, opožděný.	Omezený, výrazně opožděný.	Celkově omezený.	Výrazně omezený.
Somatická postižení	Ojedinělá.	Častá, častý výskyt epilepsie.	Častá, s neurologickými příznaky, epilepsie.	Velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové.
Poruchy motoriky	Opoždění motorického vývoje.	Výrazné opoždění, ale postižení jsou mobilní.	Časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky.	Většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu.
Poruchy psychiky	Snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrný vývoj, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti.	Celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy.	Výrazně omezená úroveň všech schopností.	Těžké postižení všech funkcí.
Komunikace a řeč	Schopnost komunikovat většinou vytvořena, opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči.	Úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev často bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný.	Komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova.	Rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec.
Poruchy citů a vůle	Afektivní labilita, impulzivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita.	Nestálost nálady, impulzivita, zkratkovité jednání.	Celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování.	Těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled.

Z uvedeného přehledu je dobře patrné, jak v jednotlivých oblastech jedince těžší stupně postižení výrazně limitují. Pro potřeby přípravy na pedagogickou činnost ve volnočasových aktivitách se zaměříme na podrobnější definování specifik jedinců s lehkou mentální retardací. Je reálný předpoklad, že tyto děti budou zvládat zařazení do nevyukových aktivit a při vedení zájmových kroužků se s nimi setkáte. Dále stručně popíšeme jednu z nejrozšířenějších forem mentální retardace, a to postižení Downův syndrom.

Jaké jsou zvláštnosti lidí s mentální retardací? Téměř vždy se v popisech jejich specifik vychází z koncepcí **inteligence**. Z hlediska osobnosti mentálně postiženého jedince a pro jeho začlenění do společnosti však hraje významnou roli řada dalších činitelů, **emocionalita** a **úroveň rozvinutosti volních vlastností**. Ty jsou jedním

z předpokladů úspěšného učení, a podmínkou regulace chování člověka. Velký význam pro integraci lidí s mentálním postižením má **úroveň jejich adaptačních schopností**, ale i některé jejich **povahové vlastnosti**, postoj, **schopnost komunikovat** a navazovat vztahy s ostatními lidmi. Pokud se týká emocionálního vývoje dětí s mentální retardací, ve většině jsou děti s mentálním postižením emočně nevyspělé a chovají se jako děti nižší věkové úrovně. Adekvátně reagují na takové přístupy, které tuto skutečnost respektují. Navazování kontaktu s dítětem proto musí vycházet ze správného odhadu jeho emoční zralosti.

### **Charakteristika osobnosti u jedinců s lehkou mentální retardací (dále s LMR)**

Tento stupeň mentální retardace bývá často diagnostikován až při nástupu dítěte do školy, především z důvodů zvýšených nároků na myšlení, paměť, motoriku kdy se daná omezení projeví a ve srovnání s vrstevníky děti s LMR výrazně zaostávají. Řeč si celkově osvojují pomalu, opoždění vývoje je patrné ve všech oblastech. Déle mohou přetrvávat dyslálie (poruchy výslovnosti), artikulační neobratnost. Aktivní slovní zásoba je nižší, porozumění řeči je omezené. Můžeme u nich zaznamenat mluvní stereotypy, které bývají neadekvátní situaci. Jedinci s lehkou mentální retardací jsou schopni řeč účelně využívat pro běžnou komunikaci, udržují konverzaci.

Většina z nich je nezávislých v osobní péči, zvládají stolování, osobní hygienu. Hlavní problémy se objevují při osvojování nových poznatků, uchování informací v paměti a jejich následném vybavování. Převažuje **mechanická paměť** nad pamětí logickou. Pozornost je nestálá a rozptýlená. Pozornostní nedostatky mají vliv na všechny kognitivní procesy, na učení. **Percepce je oslabená** a porušená ve všech oblastech. Vnímání nejde do potřebné hloubky ani šířky, bývá zpomalené, může být ovlivněno přidruženými smyslovými vadami. Dítě se spokojí s povrchním poznáním předmětu. Opožděn je vývoj motoriky, objevují se **poruchy jemné i hrubé motoriky**. Problémy činí osvojování pohybových dovedností, typická je neobratnost. Problémy v jemné motorice se manifestují především při psaní a kreslení. Vývoj kresby je opožděn, kresba se vyznačuje primitivností, stereotypy tvarů. Pro sociální zařazení jedince je nutné počítat s tím, že jsou emočně a sociálně nezralí. Častěji se u nich objevují **výkyvy nálad**, mají **sklony k afektům** a sníženou schopnost adekvátního volného jednání. Jejich sebehodnocení je značně nekritické, jsou velmi sugestibilní.

### **Děti s Downovým syndromem**

Downova nemoc (morbus Downi) je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. Lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10% všech lidí s mentálním postižením. Downův syndrom není nemoc v klasickém smyslu slova, jde o genetickou anomálii s důsledky na celý život. Charakteristické rysy tohoto syndromu popsal anglický lékař J. L. Down v roce 1866, nebyla však známá příčina této diagnózy. Od r. 1957 je známá chromozomální abnormalita, která ji způsobuje. Většina dětí má nadbytečný 21. chromozom, proto se postižení nazývá **trizomie** (ztrojení) **21. chromozomu**. V současné době se používají pro pojmenování tohoto onemocnění termíny Downův syndrom nebo také trizomie, neužíváme již dříve užívané pojmenování „mongolismus“, které vzniklo na základě určitého asiatského zjevu lidí s Downovým syndromem.

### **Fyziognomické a anatomické hledisko**

Děti s Downovým syndromem dědí geny svých rodičů a do jisté míry se svým rodičům i ze somatického hlediska podobají (např. barva vlasů, očí, celkové stavby

těla). Vedle této skutečnosti jsou pro tyto děti charakteristické určité **specifické znaky**, které je již na první pohled odlišují od ostatních lidí. Příčinou je již zmíněná genetická výbava. **Hlava** je ve srovnání s běžnou populací dětí **menší**. Mívá zkrácený předozadní průměr, záhlaví je zploštělé a celkově **působí kulatým dojmem**. Obličejová část vykazuje plošší rysy v souvislosti s nedostatečným vývinem obličejových kostí, oči mají normální tvar (je vyvrácen předsudek o šikmosti jejich očí, který se po dlouhou dobu tradoval). **Charakteristický tvar očí** způsobují úzká a šikmá víčka v kombinaci s výraznou kolmou kožní řasou (epikanthus) ve vnitřním koutku oka. Vzdálenost mezi očními bulvami je malá. Kořen nosu je proláklý, samotný nos knoflíkovitý a zvednutý. Ústa jsou poměrně malá, v některých případech bývají stále otevřená s vyčnívajícím jazykem mezi rty. Jazyk je v poměru s velikostí ústní dutiny velký, tlustý a rozbrázděný. Svalstvo úst a svaly žvýkací postihuje celková svalová ochablost.

Děti s DS **jsou nevelkého vzrůstu** s krátkým krkem. V období puberty je patrný sklon k obezitě. Setkáváme se s určitou typickou náchylností k některým nemocem. Z neurologického hlediska je to hypotonie, **zvýšená pohotovost k epileptickým záchvatům**. V psychické oblasti dominuje snížení intelektu, **mentální retardace se vyskytuje u všech dětí**. Intelekt bývá postižen v různém rozsahu. Nejpočetnější zastoupení je na úrovni středně těžké mentální retardace, kdy se průměrná hodnota IQ pohybuje v rozmezí od 35 do 49. Horní hranice duševní úrovně pak odpovídá 6-9 letům. Mentální retardace se společně s celkovou svalovou ochablostí, (hypotonií) a některými charakteristickými poruchami (např. vrozené srdeční vady) podílí také na opožděném motorickém vývoji. Každý člověk nezávisle na rozsahu a dopadu svého postižení je individuálně i osobnostně vybaven schopností učit se. Děti s DS dokážou aktivně vnímat a zpracovávat podněty ze svého okolí, chtějí ho pochopit, orientovat se a navazovat vztahy v rámci společenského života. Úkolem „okolí“ je poskytnout dítěti s DS správnou podporu.

**Sociální schopnosti dětí s DS jsou velmi vysoké, snadno navazují sociální kontakt, dokážou dobře jednat s ostatními, dodržovat pravidla.** Pomaleji se adaptují na nové situace a na cizí prostředí, bývají náchylnější vůči nepříznivým a nepříjemným životním okolnostem. Důležitý je pro ně pocit bezpečí, citlivý a odpovědný přístup.

### **8.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem s lehkou mentální retardací**

Vlivem mentálního postižení jsou sníženy rozumové schopnosti dítěte. Jeho mentální věk je vždy nižší než věk chronologický. Přesto dětem nabízejte činnosti a zájmy, které odpovídají jejich pohlaví a skutečnému věku, podporujte je v kontaktu s jejich vrstevníky, nejednejte s nimi jako s dětmi výrazně mladšími. Např. při výběru hry, pomůcky, čteného textu, nesklouzněte k infantilitě.

Specifické přístupy byste měli uplatnit především v komunikaci. Používejte kratší slova, nejlépe taková, která se běžně užívají a děti jim rozumí. Vyhýbejte se slovům cizím nebo příliš abstraktním. (př. existují – jsou). Pokud vidíte, že vám dítě neporozumělo, zkuste mluvu zjednodušit, zpomalit tempo. Dejte mu více času na reakci. Velmi důležitá je **názornost**. Pokud něco vysvětlujeme, demonstrujeme například pravidla hry na plátku a na figurkách. Nutné je časté **opakování** toho, co už se dříve naučili nebo dozvěděli, neboť to ve srovnání s populací bez postižení snáze zapomínají. Vhodné jsou **hry s jednoduchými pravidly** (např. jednoduché honičky), rytmické a pohybové aktivity a nenáročné rukodělné činnosti, které slibují zaručeně dobrý výsledek (např. batika, pečení sušenek). Osvědčuje se také časté opakování, např.

několika oblíbených her, které se pak i dítě s mentálním postižením snadněji naučí. Zajistěte dostatečný dohled a kontrolu bezpečí dítěte. Ono samo někdy nezvládne reálně vyhodnotit situaci, která ho může ohrozit.

Velmi důležité je připravit na spolupráci s mentálně postiženým dítětem ostatní děti. Důležité je, aby nekomentovaly nebo se neposmívaly jeho někdy naivnímu, infantilnímu či směšnému chování. Mějte na paměti, že děti s mentálním postižením jsou zpravidla velmi sugestibilní, nekriticky přejímají myšlenky (názory) druhých. Vytvářejte mu vhodné vzory. Dítě hodnotte a oceňujte, dejte mu prostor v některých aktivitách vyniknout. Nebude to ve vědomostních soutěžích, ale dítě může být zdatné v praktických dovednostech, může umět zpívat, oceníme jeho milou povahu, kamarádský přístup...

Ve volném čase jsou pro děti s LMR vhodné pobyty v přírodě a sportovní aktivity. Hlavním cílem sportu mentálně postižených nebude soutěžení a reprezentace, ale poskytnutí možnosti získat nové přátele, zvýšit si sebevědomí. Sport přispívá k orientaci v okolním světě, pomáhá zlepšovat motorické schopnosti. Vhodné jsou hry pro rozvoj celkové obratnosti, koordinace, rovnováhy. Např. hody na cíl (šipky, kroužky na láhev, míček, kamínky do kruhu, hra čára, pétanque), dopravování míče nohou na dané místo, slalomem mezi kuželkami, přeskoky přes švihadlo nebo točící se lano.

Ve volnočasových aktivitách se děti s LMR dobře uplatní při práci s různým materiálem (papír, dřevo, přírodniny), při činnostech pracovní-výtvarného charakteru.



Doporučené zdroje informací:

<http://www.mameotevreno.cz/html/index.php?s1=3&s2=2&PHPSESSI>

<http://www.spmpr.cz/>

<http://www.spmpr.cz/uploaded/mezinarodni-umluva-web-FINAL.pdf>



### Kontrolní otázky

3. Čím se liší jedinci s lehkou mentální retardací? Uveďte základní charakteristiky.
4. Jaká je fyziognomie dítěte s Downovým syndromem?
5. Jaké aktivity jsou vhodné pro děti s lehkou mentální retardací a jaké zásady musíme dodržet při komunikaci?



### Souhrn

Pro zařazení dítěte s mentálním postižením do zájmového a neformálního vzdělávání je důležité znát jeho charakteristické rysy. Úspěch zařazení dítěte spočívá zvláště v dodržování zásad správné komunikace a nabídky přiměřených, zpravidla pracovní-výtvarných aktivit, kde spoluúčast v kolektivu zdravých dětí je nejvhodnější formou integrace.



### Literatura:

BENDOŤÁ, P., ZIKL P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada. 2011,



ISBN 978- 80- 247- 3854-3.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: MU, 2005. 146 s. ISBN 80-210-3819-5.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.

ŠVARCOVÁ, Iva. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-0.

ŠVINGALOVÁ, Dana. *Úvod do teorie a praxe psychopedie I. díl*. Liberec: TU 2006. 138 s. ISBN- 80-7372-042-6.





## 9. Dítě se specifickou poruchou chování



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o hyperkinetických poruchách
- Získáte praktická doporučení, jak pracovat s dětmi s diagnózou ADHD a ADD



### Pojmy k zapamatování

- specifické poruchy chování
- lehká mozková dysfunkce
- porucha aktivity a pozornosti
- hyperkinetická porucha chování
- terapeutické postupy

### 9.1 Kdo je dítě se specifickou poruchou chování?

V této kapitole budeme mluvit o dětech, které vždy byly a budou součástí běžných třídních kolektivů. Nejde o děti, o kterých se mluví jako o dětech integrovaných (děti se zdravotním postižením, které se dříve vzdělávaly pouze ve speciálních školách.) přesto jde o cílovou skupinu, která má specifické vzdělávací potřeby, které by měl pedagog znát. Díky znalosti příčin vzniku obtíží a znalosti komplikací, které může způsobit nevhodné výchovné působení, je možné předcházet řadě nedorozumění a výchovných problémů. Děti se specifickou poruchou chování bývají někdy popisovány v rámci kategorie dětí se specifickými poruchami učení. Pro práci ve volnočasových aktivitách si děti, které se jeví jako výrazně temperamentní, s poruchami pozornosti a paměti, popíšeme jako samostatnou cílovou skupinu.

V populaci se vyčlenily děti, jejichž projevy chování byly spojovány se špatnou výchovou. Odborníci ale začali popisovat případy, kdy se chování dítěte změnilo (a mělo obdobné projevy) v důsledku poranění hlavy či po prodělané mozkové encefalitidě. Tyto psychické poruchy, které dnes řadíme mezi **hyperkinetické poruchy**, byly poprvé popsány ve 40. letech 20. století. Diagnóza zněla syndromy duševních poruch mozku. Byly označovány jako lehká mozková encefalopatie, později jako lehká mozková dysfunkce. Dnešní označení vychází z uvedení nejrušivějšího symptomu, kterým se diagnóza projevuje (neklid).

Toto onemocnění patří mezi neurovývojové poruchy, projevuje se již od raného dětství. Specifické poruchy chování vznikají na základě drobných neurologických odchylek. K označení se v současnosti používá zkratka anglického „Attention Deficit Disorder“ (ADD) a „Attention Deficit Hyperactivity Disorder“ **ADHD**. Toto označení



popisuje hlavní symptomy a je v současnosti nejrozšířenějším pojmem.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů vymezuje hyperkinetické poruchy pod označením **F90**. Skupina poruch je charakterizovaná *časným začátkem* (obvykle v prvních pěti letech života), *nedostatečnou vytrvalostí* v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, *tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé*, aniž by byla jedna dokončena a dezorganizovanou, špatně regulovanou a *nadměrnou aktivitou*. (MKN-10, 2013)

Typické projevy dětí s ADHD jsou:

### **Poruchy koncentrace pozornosti**

Dítě se nedokáže soustředit, snadno se nechá vyrušit jakýmkoliv podnětem. Pokud na něj mluvíte, vypadá, že neposlouchá. Nedokončuje započatou práci, vyhýbá se úkolům vyžadujícím mentální úsilí a soustředění. Neumí udržet pořádek, je roztržitý, zapomnětlivý, často ztrácí věci.

### **Impulzivita**

Dítě nedokáže čekat, skáče druhým do řeči, odpovídá dříve, než vyslechne otázku, často se mu mění nálada, co ho napadne, hned udělá, bezmyšlenkovitě mění témata hovoru.

### **Hyperaktivita**

Projevuje se nadměrnou aktivitou. Dítě je neustále v pohybu, je neposedné, stále pohybuje rukama, nohama, vrtí se, nevydrží sedět na místě, pobíhá kolem, vyrušuje. Často je hlučné při činnostech hlučné, obtížně zachovává klid a ticho, je upovídané, musí stále mluvit. Hyperaktivita je provázena neklidem, emočním napětím a vede k větší únavě. Důvodem není, že by dítě mělo nevyčerpatelné zdroje energie. U dětí s ADHD převažuje podráždění, jejich útlumové procesy jsou opožděné, dochází k nerovnováze. Organismus dětí paradoxně na únavu reaguje zvýšeným psychomotorickým neklidem, nikoli sníženou aktivitou.

ADHD se většinou nevyskytuje osamoceně. Uvádí se, že 44 % dětí s ADHD trpí další psychickou poruchou. Často některou ze specifických poruch učení. Podstatné na ADHD je, že není specificky zaměřena, ale **ovlivňuje celkově veškeré chování** a hraje zásadní roli v rozhodovacím procesu. Ve vztahu ke školní praxi platí, že dítě s ADHD bývá často inteligentnější, než odpovídá jeho studijním výsledkům.

Pro diagnostiku syndromu ADHD je podstatné, zda se uvedené příznaky vyskytovaly již před vstupem do školy, trvaly soustavně po dobu delší než 6 měsíců, a výrazně častěji než u jiných dětí stejného věku.

## **9.1.1 Praktická doporučení pro práci s dítětem se specifickou poruchou chování**

Pokud v rámci neformálního vzdělávání budete mít v kolektivu dítě s ADHD myslete na následující. Často jde o děti, které jsou (ve škole i doma) napomínány, usměrňovány, v okolí se na ně někdo zlobí, vyčítá jim nedostatky atd. Obrňte se trpělivostí a vytvořte jim příjemné zázemí.

Východiskem pro naši práci musí být rozbor všech dostupných informací, které o dítěti získáme od rodičů, ostatních pedagogických pracovníků či z dostupné dokumentace. Nejste ve škole, dítě nemusí plnit zadané úkoly pod tlakem osnov či vymezeného času. V aktivitách dítě veďte klidně, mělo by vycítit, že je máte rádi (i když zlobí), naše chování je mu příkladem. Naším úkolem je však zajistit pro dítě bezpečnost, musíme tedy pro chování dítěte **vymezit hranice**, nastavit pravidla, která nebude překračovat.



Těmto dětem chybí „vnitřní řád“, jistotu mi přinese **pravidelný režim**. Pokud vytvoříme časový rozvrh, denní plán, zařadíme rituály, dítěti to usnadní orientaci.

Aby bylo dítě k dodržování kázně motivované, doporučuje se zavést systém odměn, pomocí kterých vhodné chování podpoříme, uznáme, oceníme. Aby si děti uvědomily smysl správného chování a pochopily, proč je důležité, lze využít skupinový nácvik sociálních dovedností. Pravidla by měla být vytvářena společně (s ohledem na věk dětí). Pravidla stanovujeme heslovitě, jsou pro dítě pochopitelná, splnitelná. Na jejich dodržování trváme a snahu pozitivně posilujeme. Často dáváme dítěti zpětnou vazbu (pochvala, či vysvětlení co se nám na jeho chování nelíbilo, s návodem jak to udělat jinak). V požadavcích na dítě bychom měli **být jednotní** (více vedoucích přistupuje k dítěti se stejnou důsledností v nárocích na dodržování domluvených pravidel). **Spolupracujte** s rodiči, vyměňujte si informace o osvědčených postupech. Dítě chvalte za snahu, nechte ho zažívat úspěch. Nalézejte situace, ve kterých uspěje.

Z osvědčených způsobů jak lépe **upoutat pozornost** dítěte se např. doporučuje:

- ✓ před začátkem výkladu pravidel hry *dávat dětem výrazné signály* (například zablikat světlem, zazvonit, zahrát tón)
- ✓ při udělování pokynů a výkladu využijte multisenzorických metod (např. důležité instrukce zvýrazníme barevně, označíme je rámečkem, názorně si je předvedeme)
- ✓ uvádíme jen to hlavní, pro akci, hru, činnost důležité, nezatežujeme dítě podružnostmi
- ✓ při poruchách a nižší schopnosti soustředit se na čtení nabízíme komiksy podle věkové úrovně nebo krátké příběhy, tištěné velkým písmem
- ✓ pravidla vysvětlujte v klidném prostředí
- ✓ nechte dítě vaše instrukce zopakovat
- ✓ dávejte jednoduché, krátké a krátkodobé úkoly (v ideálním případě pouze po jednom), dlouhodobé úkoly raději rozfázujte.

Dítěti může déle trvat, než se začne soustředit – aktivitu volte kratší, ale dejte dítěti dostatek času na její splnění. Pokud potřebujete něco vysvětlit, nechte děti manipulovat s předměty, potřebují mít „zaměstnané ruce“, i když chcete aby (jen) poslouchaly. Dávejte dětem zpětnou vazbu formou motorické odpovědi (př. gesto souhlasu, pochvaly – palec nahoru či naopak). Děti s ADHD se projevují jako vývojově mladší, bývají méně zralé než jejich vrstevníci, respektujte jejich úroveň a ve vhodně připravených sociálních situacích jim poskytněte prostor pro vyjádření myšlenek a získávání sociálních a emočních zkušeností.

Při písemných činnostech nenechte děti ve třídě sedět v lavicích s klasickým uspořádáním, ale uspořádejte lavice do „U“. Ukazujte dítěti, jak si má důležité informace zaznamenat, barevně označit, veďte deníky, kroniky, přehledy společných činností s fotografiemi, obrázky.

Hyperaktivita, nepozornost a impulsivita, které se u dětí projevují, mohou snadno vést k nehodám a úrazům. Je potřebné zajistit na akce s takovým dítětem dostatečný počet vedoucích. Vhodné je, aby jeden z vedoucích (v průběhu akce se mohou střídát) na dítě stále nenápadně dohlížel a dbal na důsledné dodržování stanovených pravidel. Děti s hyperkinetickou poruchou potřebují hodně pohybu, jsou-li v něm násilně omezovány, zvyšuje se v nich napětí, vzniká mrzutost a zhoršuje se jejich výkonnost. Je vhodné podporovat různé **sportovní zájmy**. Mimo pohybové aktivity trénují sporty pozornost (postřeh) a dodržování určitých pravidel. Snažíme se umožnit dítěti vyniknout v některé jeho schopnosti a nadání, aby se zvýšila jeho sebedůvěra.

Děti s ADHD bývají tvořivé, raději uplatňují vlastní, originální postupy, než obvyklá řešení, bývají zvědavé a citlivé.



Jako dostatečně ověřený a účinný způsob (jako doplňková technika základní léčby) se používá **nácvik relaxace**. Mezi oblíbené a velmi rozšířené činnosti patří jóga, vědomě řízený pohyb spolu s plným vědomým dýcháním je vhodné pro harmonizaci organismu a zklidnění.

Mezi na soustředění náročné činnosti můžeme zařadit relaxační hry. Vedou k uvolnění energie a tělesného napětí, pomůžou nabrat nové síly a klid.

Vhodné jsou také hry zaměřené na **trénink pozornosti**. Prospěšné je, pokud si dítě trénuje soustředěnost v přímé souvislosti se svým vlastním tělem. Děti s ADHD většinou patří mezi méně pohybově nadané a vedle hyperaktivity mívají ještě další motorické problémy. Za svými vrstevníky bývají pozadu v oblasti hrubé i jemné motoriky.

Vhodné jsou psychomotorické hry, ve kterých je pohyb využit jako výchovný prostředek. Zařazujeme **psychomotorické hry**, které rozvíjejí rovnováhu, prostorovou orientaci, hmatové vnímání, optické vnímání a akustické vnímání.

Hlavní terapeutické postupy (typy terapeutické práce), které vedou k podpoře tvůrčích sil a relaxace jsou: muzikoterapie, dramaterapie, herní terapie. Z těchto aktivit můžete ve volnočasových aktivitách zařazovat rozličná témata. Pro práci s oddílem je možné využívat tzv. **dobrodružné terapie** - fyzicky a psychicky náročnější činnosti, které se odehrávají v přírodě a mohou být vhodným nástrojem pro odpoutání od školních problémů.



## Poznámka

Doporučené zdroje informací:

<http://www.ceskatelevize.cz/porady/1128654162-rodina-a-ja/211563230640015-zlobi-nebo-ma-adhd/>

<http://www.hyperaktivita.cz/pro-rodice/>

<http://adhd.denicek.eu/rubriky/kluby-centra-obcanska-sdruzeni/obcanske-sdruzeni-jesterka-2>

<http://www.adehade.cz/pece-a-vychova/>



## Kontrolní otázky

1. Popište chování hyperaktivního dítěte.
2. Uveďte postupy, které je vhodné využít u dětí s hyperkinetickou poruchou. Jaké hry a aktivity jsou pro děti přínosné?



## Souhrn

Kapitola přináší přehled základních informací o hyperkinetických poruchách. Uvádí hlavní symptomy s popisem typických projevů chování dítěte. Pedagog volnočasových aktivit se v kolektivu běžně setká s dětmi s ADD, či ADHD, kapitola přináší doporučení pro úpravu běžných aktivit a stručně představuje druhy užívaných terapeutických postupů.



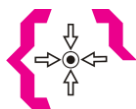


## Literatura

- BLAHUTKOVÁ, M. et al. *Psychomotorické hry pro děti s poruchami pozornosti a pro hyperaktivní děti*. 1. vyd. Brno: MU, 2005. 56 s., ISBN 80-210-3627-3.
- DRTÍLKOVÁ, I., ŠERÝ, O. et al. *Hyperkinetická porucha / ADHD*, 1. vydání, Nakladatelství Galén, 2007, 268 s. ISBN 978-80-7262-419-5.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁKOVÁ H. *Máte neklidné, nesoustředěné dítě? Metody práce s dětmi s LMD (ADHD, ADD) především pro učitele a vychovatele*. Praha: Nakladatelství D + H, 2007, ISBN 80-903869-0-7.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁKOVÁ, H. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině*, Grada, 2010, 240 s., ISBN 978-80-247-2697-7.
- MUNDEN, A., ARCELUS J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita*, Praha: Portál 2008, 120 s., ISBN 978-80-7367-430-4 2.
- POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 2. rozšířené vydání, Praha: Portál, 2010, 333 s., ISBN 978-80-7367-817-3.
- REIFOVÁ, S., F.: *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole*, 256 s., Praha: Portál, 2010, 252 s., ISBN 978-80-7367-728-2
- PACLT, I. *Hyperkinetická porucha a poruchy chování*, 1.vyd. Praha: Grada, 2007, 240 s. ISBN 978-80-247-1426-4
- UHLÍKOVÁ, G. *ADHD*. Praha: Galén, 2012, 160 s., ISBN: 978-80-7262-630-4.



## 10. Dítě se specifickou poruchou učení



### Cíle

Po prostudování této kapitoly:

- Získáte základní informace o jednotlivých specifických vývojových poruchách školních dovedností
- Získáte praktická doporučení, jak přistupovat k dětem s těmito typy poruch



### Pojmy k zapamatování

- dyslexie
- dysgrafie
- dysortografie
- dyskalkulie
- dyspraxie
- dysmuzie
- dyspinxie

### 10.1 Kdo je dítě se specifickou poruchou učení?

Ve většině odborných textů najdete termín specifické vývojové poruchy učení. Jde o skupinu poruch, které se vážou ke školnímu prostředí a dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), jsou v oddíle Duševní poruchy a poruchy chování označovány jako **F 81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností**. Dále jsou děleny a označovány jako: (výběr)

F 81.0 Specifická porucha čtení

F 81.1 Specifická porucha psaní

F 81.2 Specifická porucha počítání

F 81.3 Smíšená porucha školních dovedností

F 81.8 Jiné vývojové poruchy školních dovedností

Jako **vývojové** jsou poruchy označovány z toho důvodu, že se objevují jako vývojově podmíněný jev. Žáci s těmito poruchami jsou vlivem **specifických** obtíží znevýhodněni ve školní práci, přestože úroveň jejich rozumových schopností je průměrná, někdy až nadprůměrná. Všechny příznaky poruch učení způsobují selhávání žáka ve školních výkonech a promítají se do jeho práce. Znemožňují mu přiměřeně reagovat, porozumět pokynům a plnit běžné úkoly nebo sledovat instrukce učitele v normálním tempu. Opakované neúspěchy mohou vyvolávat v dítěti stavy úzkosti, frustrace, pocity strachu, které jsou mnohdy mnohem horší než porucha sama.





Specifické poruchy učení se v názvu označují pomocí předpony **dys-**, (řecké *dys-* znamená zeslabený, vadný, porušený, předpona vyjadřuje, zhoršení, poruchu) s přidáním slovního základu, který charakterizuje funkci. Příklad **dyslexie** (z latinského *lego, legere* – číst), doslovně znamená potíže se čtením. Na stejném základě jsou tvořeny všechny názvy specifických vývojových poruch školních dovedností. Jedinci se specifickou poruchou učení netvoří homogenní skupinu, která by zahrnovala žáky se stejnými problémy. Můžeme se setkat se žáky, u nichž převládají izolovaně obtíže ve čtení, psaní, případně v matematice, ale je také možné, že se jednotlivé poruchy učení mohou kombinovat. Nezřídka se také pojí s ADHD (porucha pozornosti s hyperaktivitou)

**Dyslexie** (z latinského *lego, legere* - číst), je specifická vývojová porucha čtení. Jedinec se potýká s problémy s **rozpoznáváním a zapamatováním si jednotlivých písmen**. Obtíže nastávají u písmen tvarově podobných (b-p-d), přesmykuje slabiky ve slově, vynechává slabiky, slova, domýšlí konce textu... Dítě má potíže s rychlostí čtení, čtení je pomalé, neplynulé namáhavé nebo naopak rychlé, překotné se zvýšenou chybovostí. Objevují se problémy s reprodukcí textu (dítě si nepamatuje, co čte, protože se příliš soustředí na výkon), potíže mohou být i s porozuměním čtenému textu.

**Dysgrafie** (z řeckého *grafo* - psaní), je specifická porucha postihující písemný projev. Písmo bývá nečitelné a neuspořádané. Dítě si nepamatuje tvary písmen, zaměňuje tvarově podobná písmena, píše pomalu a s námahou. Dítě je celkově méně zručné, kromě psaní má problémy i v činnostech, které jsou náročné na jemnou motoriku.

**Dysortografie** (z řeckého *orto* - správný a *grafo* – psaní) specifická porucha pravopisu, Projevuje se tzv. specifickými dysortografickými chybami. Důvodem chyb není problém s chápáním gramatických pravidel, ale vznikají na podkladě poruchy sluchové percepce. Porucha sluchové percepce způsobí, že dítě obtížně rozlišuje výšku, délku, hloubku tónů, jednotlivých hlásek a slabik. Děti mají často i špatný hudební sluch, obtížně se učí cizí jazyky. Typické chyby, které se v pravopise objevují: vynechané písmeno, slabika, záměna hlásek zvukově podobných hlásek č-š, záměny zvukově podobných slabik di,ti, ni,/dy,ty,ny, nedodržování hranic jednotlivých slov, dítě spojí slovo s předložkou (př. nakomíně). Největší problémy činí psaní diktátů.

**Dyskalkulie** (lat. *calculus* - počet) specifická porucha matematických schopností. Je ovlivněno zvládnutí základních početních úkonů, schopnost řešit slovní úlohy, dítě se špatně orientuje na číselné ose, má obtíže v oblasti numerických a prostorových představ.

**Dyspraxie** (z řec. *praxis* – čin, jednání) specifická vývojová porucha obratnosti.

**Dysmúzie** (z řec. *Múza* – bohyně umění) specifická vývojová porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby. Jedinec má problémy v rozlišování tónů, nepamatuje si melodii, není schopen reprodukovat rytmus.

**Dyspinxie** (z lat. *pingo, pingere* - malovat) specifická vývojová porucha, projevující se v oblasti výtvarných dovedností.

### **10.1.1 Praktická doporučení pro práci s dětmi se specifickými poruchami učení (školních dovedností)**

Pokud se zamyslíme nad tím, že máte vést volnočasové aktivity, pro děti by tyto činnosti měly být odpočinkem a relaxací od náročných školních povinností. Zvláště pak pro děti, které zažívají ve škole neúspěch a je pro ně důležité najít činnost, která je bude bavit a ve které budou moci vyniknout. Zde je prostor pro pedagogy volného času přicházet se širokou nabídkou zájmových aktivit. Nemusíte využívat klasické odborné postupy a principy, podle kterých budou při výuce pracovat s dětmi učitelé, ale na základě znalostí specifik dítěte byste mu měli umět připravit alternativu pro činnost, kterou ho ve volném čase nechceme znevýhodňovat (*př. Potřebujeme, aby si děti jako motivaci pro začátek hry přečetly cca stránkový text. Není problém dát dítěti sluchátka, tak aby si namluvený text, ve stejném čase spolu s pohledem do psané formy poslechlo*).

Vedoucí zájmových oddílů se mohou setkat i s následující situací. Budete mít ve volnočasových aktivitách začínající školáky, a všimnete si, že děti jsou nezvykle uzavřené, mohou mít snížené sebevědomí nebo naopak mohou na sebe nápadně upozorňovat. Jsou děti, u kterých se objeví neurotické projevy, strach, napětí. V tomto případě je nutné hledat příčiny. Mohou jimi být právě specifické vývojové poruchy školních dovedností. Stane se, že dítě, které je inteligentní, v předškolním období dobře komunikuje, je zvědavé a šikovné a nikdo nepředpokládá, že „by mu to ve škole nešlo“ na počátku školní docházky začne selhávat při školním vzdělávání (bude mu činit nezvyklé obtíže učit se číst, psát...) Pro rodiče je tato situace často zklamáním, budou vám dítě odebírat z volnočasových aktivit z důvodů, že se děti musí doma učit a věnovat školní přípravě. Dítě nad úkoly stráví neúměrně mnoho času, a přesto jeho školní výsledky nebudou uspokojivé. Situace u něj vyvolává pocit viny, napětí a stres. Pro dítě je velkým traumatem, když na počátku školní docházky své rodiče zklame. Dlouhodobé neúspěchy ho frustrují a dochází k narušení celého osobnostního vývoje. Stane se, že tyto děti jsou rodiči označovány jako málo snaživé, špatné výkony ve škole jsou jim vyčítány a rodiče mají pocit, že už není prostor pro jiné aktivity. Naopak. Dítě se potřebuje uvolnit, odpočinout si, hrát si a zažívat úspěch. Proto spolupracujeme s rodiči a doporučujeme jim pro děti zájmové vzdělávání. V kolektivu se snažíme, aby děti nebyly terčem posměchu spolužáků, za to, že něco neumí. Výkony dětí s vývojovou poruchou školních dovedností nesrovnáváme s výkony ostatních dětí, ale motivujeme je a chválíme za snahu a vedeme ke spolupráci. Snažíme se zabránit tomu, aby se dítě nepodceňovalo, ale neděláme zbytečné úlevy. Všimněte si toho, co dítě umí, vyhledávejte jeho kladné rysy a pozitivně je hodnotěte. Zprostředkujte mu pocit úspěchu, vybírejte záměrně činnosti, ve kterých nebude selhávat. Úkoly zadáváme jasně a přesvědčíme se, že dítě rozumí zadání. Pokud je zařazena aktivita, která vyžaduje některé školní dovednosti (čtení, psaní, počítání), netrváme na časových limitech, které splňují ostatní děti. Umožníme dítěti používat vhodné pomůcky a navyklé způsoby práce. (Př. dysgrafikovi necháme více času na psaní, bude používat trojhrannou tužku, která se mu lépe drží. Při Kimově hře, kde děti zapisují, co z viděného si pamatují, nám dítě slova vyjmenuje ústně). Činnosti, které dítěti činí obtíže, můžeme trénovat při hrách (součet bodů na kostce, dominu, karetní hry, mikádo – trénink jemné motoriky, pexeso, stolní hry). Vhodné jsou všechny aktivity sportovní, turistika, relaxační hry.





## Poznámka

Doporučené zdroje informací:

<http://www.dyscentrum.org/>

<http://www.jakdoskoly.cz/vyvojove-poruchy-uceni/poradny-dyskluby/>

<http://www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/136529-za-program-pro-dyslektiky-ma-mezinarodni-ceny-akreditaci-ale-nedostala/>



## Kontrolní otázky

1. Jaké specifické vývojové poruchy školních dovedností jsou nejběžnější?
2. Jaké problémy a při kterých činnostech může mít dítě s těmito poruchami?



## Souhrn

Kapitola přináší přehled základních specifických vývojových poruch školních dovedností. Jsou popsány typické projevy těchto poruch a možnosti zmírňování jejich dopadu na dítě. V kolektivu budeme mít děti, které tyto poruchy mají. Je potřeba respektovat jejich specifické potřeby, ale neomezujeme dítě ve vykonávání běžných aktivit, nadbytečně je nezcizujeme.



## Literatura

FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 2. rozšířené vydání, Praha: Portál, 2010, 333 s., ISBN 978-80-7367-817-3.

ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E. *Speciální pedagogika v praxi. Komplexní péče o děti se SPUCH*. Praha: Grada, 2012, 248 s. ISBN 978-80-247-4369-1.

ŠVARCOVÁ, I. *Základy speciální pedagogiky*. Praha: Parta, 2012. ISBN 978-80-7320-0.

VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*, Praha: Portál, 1994, 263 S. ISBN 978-80-7367-514-1.

