



Dítě s pohybovým postižením v mateřské škole

PhDr. Ilona Fialová, Ph.D.,
odborná asistentka,
Masarykova univerzita
v Brně, katedra speciální
pedagogiky



Pojem pohybové (tělesné) postižení je velmi široký a vymezuje ho více definicí. Je proto nutné si ho v rámci řešené problematiky specifikovat a stručně definovat z hlediska speciální pedagogiky. Vašek (2006) definuje tělesná postižení jako „anomálie takového výrazného stupně, že odlišují jedince od ostatních“ – jde např. o deformace páteře a dolních končetin, poruchy tvaru lebky, rozštěpy aj. Tělesné postižení lze tedy charakterizovat jako trvalou kvalitativní a kvantitativní změnu v schopnosti vykonávat pohyb v důsledku narušení pohybového a nosného aparátu jako i v důsledku poruchy nervového aparátu, přičemž stupeň závažnosti může být od lehkého až po těžký, případně může jít o úplnou neschopnost pohybu (Harčaríková, 2013).

Tyto skutečnosti mohou negativně ovlivňovat vývoj osobnosti dítěte s tělesným postižením. Bývá narušen jeho celkový psychomotorický vývoj, což se může projevit nejen v oblasti somatické, ale i v oblasti psychické, sociální i v samotném výkonu dítěte. Mobilita jedince s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu života a je základním předpokladem úspěšné sociální integrace (Vítková, 2006). Proto je nezbytné, aby rodiče, učitelé, vychovatelé, poradenští pracovníci a jiní odborníci, kteří přicházejí do kontaktu s takovýmto dítětem, byli dostatečně obeznámeni se základní problematikou jednotlivých druhů tělesných postižení a s jejich dopady na edukační proces (Janovský, 2001).

Charakteristika nejčastěji se vyskytujících tělesných postižení

Pohybové vady můžeme dělit podle různých kritérií. Nejčastěji rozlišujeme dvě základní skupiny: patří k nim vady **vrozené**, včetně dědičných, a vady **získané** (po úrazu, infekčním onemocnění atd.). **Vrozené vady** vznikají často v důsledku poruchy vývoje plodu **v prvních týdnech těhotenství**. Jde především o obrny, deformace a malformace. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu **obrn centrálních** (postižen je mozek a mícha) a **periferních** (kdy je porušen nerv na končetině). Příčinou vrozených tělesných postižení může být infekční onemocnění matky

v těhotenství, nedostatek vitamínů, minerálů a jiných prvků ve výživě matky, vliv léků užívaných v počátečním stadiu vývoje plodu, rentgenové záření, nepříznivé životní podmínky atd. Mezi vrozené tělesné postižení můžeme zařadit i **vrozené anomálie lebky** (makrocefalus, mikrocefalus), **anomálie páteře** (rozštěp páteře) a **vrozené anomálie končetin** (amelie, fokomelie).

Příčinami **získaných tělesných postižení** mohou být různé **úrazy** a mnohá závažná **onemocnění**. Dělí se na tělesná postižení po úrazu a poškození mozku a bez mozkového postižení a na tělesná postižení získaná po prodělaném onemocnění (Harčaríková, 2013). Nejčastěji se jedná o **poranění hlavy, mozku a míchy**. Traumatické obrny vznikají při úrazu, který způsobuje buď otevřené, nebo uzavřené poranění hlavy. Nejlehčí je **otřes mozku** (komoce), středně těžké poranění je **stlačení mozku** (komprese) a nejtěžší je **zhmoždění mozku** (kontuze).

Dalším závažným postižením je **obrna míchy**, ke které může dojít vlivem různých onemocnění. V současnosti je však častou příčinou úraz páteře s následným poraněním míchy. K této situaci dochází především při autonehodách a úrazech při sportování. Celkový stav postiženého závisí na tom, zda mícha byla poškozena částečně, nebo úplně, a na jakém místě. Čím je mícha zasažena blíže ke krční míše, tím je stav závažnější. **Získané deformace**



mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Návykově takto začínají některé druhy **skolióza** a **kyfóza**.

Dalším postižením, typickým pro dětský věk (postihuje především chlapce ve věku od 5 do 7 let), je **Perthesova choroba**, kdy dochází k deformaci hlavičky stehenní kosti. Léčba je dlouhodobá (trvá 2 až 3 roky), spočívá v klidovém režimu, postižená končetina se nesmí zatěžovat chůzí. Mezi další získaná tělesná postižení řadíme **amputace**, kdy dojde k oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny v důsledku vážného úrazu, ale i závažné nemoci, jako např. zhoubného nádoru na končetinách, cévního onemocnění aj. Závažnou skupinou jsou také různé druhy **mozkových zánětů**, vyvolané mikrobiálními činiteli. Komplikovaným postižením jsou stavy po **mozkových nádorech**, které mohou po operaci zanechat následky v pohybové oblasti (Vítková, 2006).

Nejčastější somatické postižení u dětí představuje **mozková obrna** (dále jen MO). Toto onemocnění je vyvoláno poškozením nezralého mozku v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období, včetně kojeneckého, někdy i mladšího batolecího věku. Může se projevit také motorickým, mentálním nebo smyslovým postižením. Podle typu pohybového postižení se rozlišují různé formy MO. Mezi **spastické** formy patří **diparetická**, jde zejména o postižení obou dolních končetin (často se vyskytuje u dětí předčasně narozených). Dalším typem je forma **hemiparetická**, kdy je postižena jedna polovina těla, přičemž je patrná převaha postižení na horní končetině (připomíná složené ptačí křídélko). Pro formu **kvadruparetickou** je typické poškození všech čtyř končetin. Mezi **nepastické** formy MO patří forma **hypotonická**, kdy je oslabení svalového tonu trupu a končetin. Často je tato forma provázena poruchou intelektu. Následuje forma **dyskinetická**, kterou provází grimasování, hadovitě pohyby hlavy, trupu, končetin aj. Přídruženými poruchami mozkové obrny mohou být mentální retardace různého stupně, dále epilepsie, smyslové vady a symptomatické poruchy řeči – např. dysfázie, afázie, anartrie, dysartrie (Jankovský, 2001).

Vztah dítěte ke svému tělesnému postižení

V předškolním věku dochází k dynamickému rozvoji poznávacích procesů, a dostává se tak do popředí naléhavá potřeba dítěte porozumět okolnímu světu a vlastnímu tělesnému schématu a jeho funkcím. V tomto věku už může dítě intenzivně vnímat svou odlišnost ve vztahu k vrstevníkům, může se objevovat pocit úzkosti a méněcennosti. Ale právě vrstevníci mohou takovému dítěti pomoci vytvářet prosociální postoje. **Je proto nezbytné, aby dítě s tělesným postižením nebylo ochuzeno o kontakt s vrstevníky v mateřské škole.**

DOPORUČENÍ PRO PEDAGOGY

Edukace dětí s tělesným postižením v mateřské škole většinou plynule navazuje na ranou péči, která je těmto dětem poskytována od narození. Nezbytná je speciálně

pedagogická diagnostika, která se zabývá poznáváním zvláštností jedince s postižením a z nich plynoucích speciálních vzdělávacích potřeb. Na základě výsledků této diagnostiky je budována speciálně pedagogická podpora. U všech pohybových postižení je důležité kompenzovat dětem jejich omezený pohyb, neboť z tohoto důvodu by mohlo dojít k vyřazení dítěte s tělesným postižením z celé řady aktivit, a tím i k omezení účasti na společenském dění, čímž by se snížila možnost sociální interakce, což by mohlo vést k podnětové a zkušenostní depresi.

Děti s tělesným postižením mají stejné potřeby citové, sociální a edukativní jako jejich vrstevníci. Proto je velmi důležité, aby měli pedagogové podrobné informace o postižení dítěte, protože tělesná postižení mají rozmanité projevy a podle toho musí být zvolen i adekvátní edukační přístup k dítěti. Někdy je nezbytné adaptovat školní prostředí podle individuálních potřeb dítěte; snahou je řešit celé prostředí školy tak, aby bylo dítě s tělesným postižením pokud možno co nejméně závislé na cizí pomoci (toaleta, jídelna, šatna atd.). Nutné je také zajistit vhodné sezení pro děti s tělesným postižením. Dítě by mělo mít možnost individuálně měnit pozici během pobytu v mateřské škole, vhodné je zařazování různých cvičení a zajištění dalších preventivních opatření. Měly by se realizovat takové aktivity, které odpovídají věkovým, vývojovým, individuálním, psychickým a zdravotním možnostem dítěte.

Edukace v mateřské škole by měla **podporovat co možná největší samostatnost dětí s tělesným postižením** v sebeobsluze, osobní hygieně, stolování, přispívat k rozvoji hrubé a jemné motoriky, rozumových a dorozumívacích schopností tak, aby děti byly co nejlépe připraveny na začátek povinné školní docházky a i pro celý další život. Je třeba usilovat o **vyváženost léčebné péče a pedagogické podpory** dítěte. Dalšími důležitými aktivitami mohou být **terapie hrou**, rozmanité činnosti a **pracovní terapie** (ergoterapie, arteterapie, muzikoterapie aj.), **výtvarné činnosti** (kresba, malování, modelování), **hudební činnosti** a aktivity vedoucí k **rozvoji řeči** a komunikativních dovedností (Vítková, 2006). V neposlední řadě se také velmi osvědčují terapie s účastí zvířete (**animoterapie**), může jít o jakákoli společenská zvířata, z nichž se nejčastěji využívá při **canisterapii** pes a v **hipoterapii** kůň. Přítomnost zvířat může napomáhat k psychické stimulaci, rozvoji sociální interakce, posilování samostatnosti a v neposlední řadě uspokojování potřeby bezpečí a jistoty dítěte s tělesným postižením (Müller, 2005).

ZDROJE

- GOGOVÁ, T., HARČÁŘÍKOVÁ, T., KRAJČÍ, P., NÉMETH, O. *Pedagogika telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených raného a predškolského veku*. Bratislava: Iris, 2013, s. 190.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001, s. 158.
- MÜLLER, O. a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc: UP Olomouc, 2005, s. 295. 1. vydání.
- VAŠEK, Š. *Základy speciální pedagogiky*. Bratislava: Sapientia s.r.o., 2006, s. 217.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006, s. 302.