

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ

Studijní program: Specializace ve zdravotnictví B 5345

**Bc. Ivana Chrástová**

Studijní obor: Fyzioterapie 5342R004

**INTEGRACE HANDICAPOVANÉHO DÍTĚTE  
V PŘEDŠKOLNÍM ZAŘÍZENÍ**

**Bakalářská práce**

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

PLZEŇ 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a všechny použité prameny jsem uvedla v seznamu použitých zdrojů.

V Plzni dne 31. 3. 2015.

.....

vlastnoruční podpis

## Poděkování

Děkuji PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za odborné vedení práce a poskytování cenných rad. Děkuji za psychickou podporu během psaní bakalářské práce mým rodičům, přátelům, spolužákům a jiným milým lidem, kteří se mi snažili pomoci nebo se za mě modlili. Dále děkuji všem rodičům, asistentům a pedagogům za poskytnuté informace a v neposlední řadě mateřským školám za umožnění výzkumu.

## **Anotace**

Příjmení a jméno: Bc. Ivana Chrástová

Katedra: Fyzioterapie a ergoterapie

Název práce: Integrace handicapovaného dítěte v předškolním zařízení

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Počet stran – číslované: 59

Počet stran – nečíslované (tabulky, grafy): 49

Počet příloh: 9

Počet titulů použité literatury: 42

Klíčová slova: Tělesné postižení, integrace, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, předškolní vzdělávání, dětská mozková obrna

Souhrn: Bakalářská práce se zabývá integrací dětí s dětskou mozkovou obrnou v předškolním zařízení. Teoretická část má 4 části. První část je věnována tělesnému postižení, anglické i české terminologii, specifikům osob s tělesným postižením, stigmatu a rodinám s tělesně postiženým dítětem. Druhá část je zaměřena na integraci, její podmínky, výhody a nevýhody. Třetí oddíl pojednává o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, předškolním vzdělávání, rámcovém vzdělávacím programu, individuálním vzdělávacím plánu a rané péči. Poslední oddíl je věnován dětské mozkové obrně. Uvádí příčiny, formy, diagnostiku a možnosti léčby tohoto tělesného postižení. V praktické části jsou uvedeny informace o provedeném kvalitativním výzkumu a prezentovány zjištěné výsledky.

## **Annotation**

Surname and name: Bc. Ivana Chrástová

Department: Fyziotherapy and occupational therapy

Title of thesis: Integration of the handicapped child in the preschool institution

Consultant: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Number of pages – numbered: 59

Number of pages – unnumbered (tables, graphs): 49

Number of appendices: 9

Number of literature items used: 42

Keywords: Physical disability, integration, education of pupils with special educational needs, preschool education, cerebral palsy

Summary: My bachelor thesis deals with integration of children with cerebral palsy in preschool institution. The theoretical part consists of 4 parts. The first part is devoted to physical disability, English and Czech terminology associated with it, the specifics of persons with disabilities, stigma and families with a physically handicapped child. The second part focuses on the integration, its conditions, advantages and disadvantages. The third section deals with the education of pupils with special educational needs, preschool education, general curriculum, individual education plan and early intervention. The last section is devoted to the cerebral palsy. It specifies the causes, forms, diagnosis and treatment options of this disability. The practical section provides information on qualitative research and presents the obtained results.

# OBSAH

ÚVOD.....	8
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ.....	10
1.1 Anglické pojmy.....	10
1.2 České pojmy .....	11
1.3 Hlavní specifika osob s tělesným postižením .....	11
1.4 Stigma .....	12
1.5 Rodina s dítětem se zdravotním postižením .....	13
1.5.1 Fáze adaptace rodiny na postižení dítěte .....	14
2 INTEGRACE.....	15
2.1 Vymezení pojmu integrace .....	15
2.2 Rozdíl mezi integrací a inkluzí .....	16
2.3 Podmínky integrace .....	17
2.3.1 Podmínky úspěšné školní integrace.....	17
2.4 Výhody a nevýhody integrace .....	17
3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI .....	18
3.1 Historie přístupu k jedincům se zdravotním postižením.....	18
3.2 Vymezení pojmu žák se speciálními vzdělávacími potřebami .....	19
3.3 Specifika předškolního integrativního vzdělávání v ČR .....	19
3.4 Rámcový vzdělávací program.....	21
3.4.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání.....	21
3.5 Individuální vzdělávací plán .....	22
3.6 Vzdělávání žáků s tělesným postižením .....	24
3.7 Asistent pedagoga .....	25
3.8 Raná péče .....	25
3.9 Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky v raném a předškolním věku .....	27
4 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA .....	28
4.1 Historie DMO .....	28
4.2 Definice DMO .....	28
4.3 Etiologie DMO .....	29
4.4 Diagnostika DMO.....	30
4.5 Formy DMO .....	32
4.5.1 Spastická forma .....	32
4.5.2 Dystonicko-dyskinetická forma DMO .....	33
4.5.3 Ataktická (mozečková forma DMO).....	33

4.5.4	Smíšená forma DMO.....	33
4.6	Hodnocení patologického motorického vývoje .....	33
4.7	Přidružené poruchy DMO.....	35
4.7.1	Hybnost.....	35
4.7.2	Poruchy řeči .....	35
4.7.3	Mentální retardace .....	36
4.7.4	Epilepsie .....	36
4.7.5	Poruchy smyslové.....	36
4.7.6	Ortopedické vady.....	36
4.7.7	Psychický vývoj.....	37
4.7.8	Poruchy chování .....	37
4.7.9	Učení.....	37
4.8	Školní zralost dětí s DMO .....	37
4.9	Péče o pacienty s DMO .....	38
4.10	Léčba DMO.....	38
4.10.1	Vojtova metoda .....	39
4.10.2	Metoda manželů Bobathových .....	40
4.10.3	Petőho terapie .....	40
4.10.4	Arteterapie .....	40
4.10.5	Muzikoterapie.....	40
4.10.6	Hipoterapie .....	41
4.10.7	Lázeňská léčba.....	41
	PRAKTICKÁ ČÁST .....	42
5	CÍL PRÁCE .....	42
6	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	42
7	METODOLOGIE VÝZKUMU .....	43
8	CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU .....	45
9	INTERPRETACE VÝSLEDKŮ .....	45
9.1	Kazuistiky .....	45
9.1.1	Eliška, narozena 2007; 7,5 roku .....	45
9.1.2	Mareček, narozen 2007, 7 let.....	49
9.1.3	Anežka, narozena 2009; 5,5 roku .....	51
9.2	Výsledky získané na základě rozhovorů.....	54
9.2.1	Rozhovory s pedagogy dětí .....	54
9.2.2	Rozhovory s asistenty pedagoga .....	55
9.2.3	Rozhovory s matkami integrovaných dětí.....	56
9.3	Výsledky pozorování .....	59

9.3.1	Eliška .....	59
9.3.2	Mareček .....	60
9.3.3	Anežka .....	61
DISKUZE .....		63
ZÁVĚR .....		67
LITERATURA A PRAMENY .....		68
SEZNAM ZKRATEK .....		72
SEZNAM PŘÍLOH .....		75
PŘÍLOHA A – ROZHOVORY ELIŠKA .....		76
PŘÍLOHA B – ZÁZNAMOVÝ ARCH ELIŠKA .....		82
PŘÍLOHA C – VÝROČNÍ ZPRÁVA ELIŠKY 2011/2012 .....		85
PŘÍLOHA D – VÝROČNÍ ZPRÁVA ELIŠKY 2012/2013 .....		87
PŘÍLOHA E – PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ ELIŠKY ÚNOR 2015 .....		91
PŘÍLOHA F – ROZHOVORY MAREČEK .....		92
PŘÍLOHA G – ZÁZNAMOVÝ ARCH MAREČEK .....		97
PŘÍLOHA H – ROZHOVORY ANEŽKA .....		100
PŘÍLOHA I – ZÁZNAMOVÝ ARCH ANEŽKA .....		105



## ÚVOD

Termín integrace lze obecně vysvětlit jako začlenění jedince do společnosti, což úzce souvisí s pojmem socializace. Nejčastěji se s pojmem integrace setkáváme ve spojitosti s lidmi se zdravotním postižením. Prakticky se integrace vyznačuje tím, že se takový jedinec s postižením vyrovnal, dokázal kompenzovat jeho důsledky a je schopen být rovnocennou součástí ve všech běžných oblastech společenského života, profesní přípravy i pracovního uplatnění.

V oblasti školství se pojem integrace vztahuje na vzdělávání žáků s postižením společně s tzv. zdravou populací v podmínkách škol běžného typu. Cílem je poskytnout žákům s postižením zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby. Školská integrace se u nás začala rozvíjet především po roce 1989, i když už předtím můžeme najít ojedinělé případy, kdy dítě se zdravotním postižením absolvovalo běžnou školu. Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je v současné době velice diskutovaným tématem i mezi širokou veřejností, názory speciálních pedagogů, učitelů a rodičů jsou však rozporuplné.

Veliký rozruch způsobil náš pan prezident Miloš Zeman v lednu tohoto roku, kdy při návštěvě rehabilitačního ústavu v Brandýse nad Orlicí pronesl, že handicapované děti by neměly být vzdělávány s nehandicapovanými, jelikož je to neštěstím pro obě skupiny. Strhla se ostrá vlna kritiky a výměny názorů. Bylo napsáno mnoho otevřených dopisů lidmi se zdravotním postižením, kteří s názorem pana prezidenta nesouhlasili, protože si integrací prošli a byli s ní spokojeni.

Už od dob svého dospívání se zajímám o speciální pedagogiku. Seznámila jsem se osobně s několika lidmi, kteří mají zdravotní postižení. Velice ráda jsem poslouchala jejich vyprávění o všem, s čím se potýkají, snažila jsem se je vždy vyslechnout, pomoci nebo udělat radost. To bylo také důvodem, proč jsem si toto téma zvolila. Téma mojí práce – integrace handicapovaného dítěte v předškolním zařízení – je hodně široké, proto jsem se rozhodla jej zaměřit na konkrétní skupinu dětí. Protože studuji fyzioterapii, hledala jsem postižení, u kterého bude fyzioterapie významnou součástí. Po poradě s vedoucím mé práce jsem se rozhodla pro děti s dětskou mozkovou obrnou. Mimo integrace u těchto dětí bych se chtěla více dozvědět o mozkové obrně a fyzioterapeutických možnostech, které jejich rodiče v rámci léčby využili.

Hlavním cílem mé práce je zjistit význam a průběh integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou v běžných mateřských školách.

Práci jsem rozdělila na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do čtyř kapitol. V první kapitole se věnuji tělesnému postižení, jeho anglické a české terminologii. Popisuji specifika osob s tělesným postižením, uvádím okolnosti ohledně stigmatu, s kterým se lidé s tělesným postižením často potýkají. Závěr první kapitoly věnuji rodinám s tělesně postiženým dítětem a fázím adaptace rodičů na jeho postižení.

Ve druhé kapitole vymezuji pojem integrace, popisuji rozdíl mezi integrací a inkluzí, uvádím podmínky, výhody a nevýhody integrace.

Třetí kapitola pojednává o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Popisuji historii přístupu k jedincům s tělesným postižením, uvádím specifika předškolního integrativního vzdělávání, zmiňuji se o Rámcovém vzdělávacím programu, individuálním vzdělávacím plánu, charakterizují zde osobu asistenta pedagoga. Závěr kapitoly obsahuje informace o rané péči, která je v raném věku nesmírně důležitá.

Poslední kapitola je celá věnována dětské mozkové obrně. Popisuji historii, etiologii, diagnostiku a formy tohoto postižení. Dále se zmiňuji o přidružených poruchách a nastiňuji některé možnosti léčby.

Praktická část práce podává informace o výzkumném šetření, které se týká dětí s dětskou mozkovou obrnou integrovaných v běžných mateřských školách. Jsou zde popsány tři kazuistiky a interpretovány výsledky výzkumu získané polostrukturovanými rozhovory a pozorováním.

Z literatury jsem nejvíce využila tituly knih od Marie Vítkové, Jarmily Pipekové, Libora Novosada, Miroslava Kudláčka a Josefa Krause.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Tělesné postižení jako pojem zahrnuje víceméně dvě základní skupiny, které se často prolínají:

1. Chronické postižení – jde obvykle o nevléčitelné onemocnění, je to dlouhodobě výrazně nepříznivý zdravotní stav. Vyžaduje dodržování stanovené životosprávy, životního stylu a léčebných opatření. Významně snižuje kvalitu života nemocného i jeho blízkých, omezuje jeho výkonnost a odolnost vůči zátěži a vede k utlumení fyzických aktivit. Druhotně může vést k omezení pohybových schopností, popř. až k degenerativním změnám na nosném a motorickém aparátu člověka.
2. Lokomoční (pohybové) postižení – je omezení hybnosti až znemožnění pohybu, dysfunkce motorické koordinace v souvislosti s poškozením, vývojovou vadou, orgánovou či funkční poruchou nosného a hybného aparátu, centrální či periferní poruchou inervace, amputací či deformací části motorického systému. Taková poškození jsou obvykle patrná na první pohled a mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé nebo více oblastech lokomoce. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce pohybových aktivit a v některých případech výrazně omezená mobilita až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem. (Novosad, 2011)

### 1.1 Anglické pojmy

Základní pojmy, které v anglickém jazyce souvisí s otázkou zdravotního postižení, jsou:

- Impairment – narušení, zhoršení výkonu či poškození funkce
- Disability – omezení schopnosti, popř. neschopnost v nějaké oblasti
- Handicap – znevýhodnění v určité oblasti osobních a sociálních aktivit
- Disorder – porucha, dysfunkce, tedy něco, co není funkčně v pořádku

Často dochází k zaměňování těchto pojmů mezi sebou, což platí i pro jejich české ekvivalenty. (Novosad, 2011)

## **1.2 České pojmy**

V českém prostředí jsou nejběžněji užívanými termíny zdravotní postižení a handicap (rovněž hendikep). Ojedinele se lze setkat s přežívajícími výrazy jako vada, defekt, defektivita, které mají negativizující ladění zdůrazňující vadu či dysfunkci. (Novosad, 2011)

Zdravotní postižení – výraz vypovídá o tom, že je nějak narušeno zdraví, tedy somatopsychická, duchovní a sociální integrita člověka. Je postižena nějaká funkce, schopnost nebo výkon v nějaké činnosti, odkazuje jak na poruchu, orgánovou vadu a omezenou schopnost, tak na vliv tohoto omezení na život jedince. (Novosad, 2011)

Matoušek (2008) definuje zdravotní postižení jako postižení člověka, které negativně ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnost navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat.

Handicap – tentýž autor jej charakterizuje jako nepříznivou sociální situaci člověka vyplývající z poruchy nebo omezené schopnosti. Handicapovaný nemůže naplňovat očekávání, která jsou v dané kultuře považována za normální.

V praxi je zřejmé, že to, jak o lidech s tělesným postižením mluvíme, vyjadřuje náš postoj k nim, tudíž je přijatelnější hovořit o lidech s tělesným postižením, ne o postižených, invalidech, tělesně vadných apod. (Novosad, 2011)

## **1.3 Hlavní specifika osob s tělesným postižením**

U osob s tělesným postižením dochází ke ztížení či ztrátě schopnosti pohybu, popř. omezení svobody pohybu. Často se potýkají s problematou koordinací pohybů nebo narušením jemné motoriky. Mají atypické až patologické pohybové stereotypy, které mohou následně vést ke zhoršení stavu. (Např.: dlouhodobé používání berlí vede k poškození kloubů horních končetin, zánětům šlach, deformitám páteře. Toto přetěžování může vést k tomu, že člověk nebude moci později používat k chůzi berle, ale vozík). Je pro ně též typická zvýšená závislost na technických pomůckách či opatřeních (bezbariérovost prostředí, dopravy, budov) a na fyzické pomoci druhých (asistence, dopomoc, péče). Lidé s tělesným postižením musí dlouhodobě respektovat určitou

živosprávu nebo zdravotní opatření včetně léčebné rehabilitace. Bývají ohroženi citovou a podnětovou, resp. informační deprivací. Často zažívají výkonovou či činnostní deprivaci, což znamená, že člověk je omezen v tom, co by chtěl dělat, nebo jeho výkonové možnosti nekorrespondují s jeho představami. Také dochází k rozporu mezi nadáním člověka a jeho možnostmi toto nadání plně využít. Provází je obtíže při osamostatňování – při odchodu z pečující rodiny nebo při přechodu z ústavní péče do otevřeného života, z toho plyne nebezpečí sociální izolace člověka s tělesným postižením. Dále mohou mít poruchy sebepojetí, kterými jsou např. zkreslené sebehodnocení, emoční labilita nebo neadekvátní prožívání. Někdy mají nedostatečné dovednosti při navazování sociálních kontaktů, problematicky utváří sociální a interpersonální kontakty a vazby, obtížně zvládají běžné sociální role. Mezi další specifika u osob s tělesným postižením patří komunikační bariéry, které jsou způsobené vlivem narušené funkce mluvidel, nezkušenosti a nedostatečného sociálního učení nebo obtíží při plném porozumění sděleného či vyjadřování myšlenek. Komunikační bariéry může také zapříčínovat přidružené smyslové postižení (zrak, sluch). Možné je i oslabení vůle a motivace k seberozvoji a sociální adaptaci, nedostatečná motivace k překonávání překážek a problémů. Ze strany okolí přichází často zkreslené, neadekvátní hodnocení jedince s tělesným postižením včetně stigmatizace, což znamená, že se s osobami s tělesným postižením jedná jako by byli postiženi i intelektově. (Novosad, 2011)

## 1.4 Stigma

Podle Goffmana (2003) jde původně o záměrné označování jedince tělesnými znaky (vyřezávání či vypalování do kůže, mutilace apod.) tak, aby bylo zřetelné něco neobvyklého, špatného, amorálního, nečistého, co výlučně patří k označovanému.

Murphy (2001, s. 125) v souvislosti se stigmatem píše: *Pro zločin se člověk rozhodne, kdežto barvu kůže si nikdo nevybírání a rozhodně nikdo se nechce stát kvadruplegikem. Do těchto životních pozic člověka přivádí dědičnost nebo neštěstí, nikoli volba. To ale samozřejmě jiným nebrání svalovat vinu na oběť. I postižení jsou často neurčitě obviňováni, že si mohou za svůj stav nebo přinejmenším za to, že při léčbě nedosáhli větších úspěchů. A jasným důkazem stigmatizace jejich identity je, že se na tělesné postižení často pohlíží jako na něco, co se řádným lidem nestává... Ať už si fyzicky postižený člověk o sobě myslí cokoli, společnost mu připisuje negativní identitu a podstatná část jeho sociálního života je zápasem s tímto nuceným obrazem. Právě z tohoto důvodu lze tvrdit, že stigmatizace není ani tak vedlejším produktem postižení jako jeho*

*podstatou. Největší překážkou v tom, aby se člověk plně zapojil do společenského života, nejsou jeho tělesné vady, nýbrž předito mýtů, obav a nedorozumění, které s nimi společnost spojuje...“*

Stigma tedy označuje odlišnosti vymykající se dané sociální normě v určitém referenčním rámci. Můžeme tedy říct, že jde o označení, kterým se nějaká osoba ve své skupině odlišuje od platných standardů a hodnot, resp. od fyzické, psychické či sociální normality, což ohrožuje její sociální identitu a plné bezpodmínečné přijetí ze strany druhých. (Novosad, 2011)

## **1.5 Rodina s dítětem se zdravotním postižením**

Dítě znamená pro rodinu významnou citovou hodnotu. Zprostředkovává rodičům nové podněty, poznatky a zkušenosti, dává smysl jejich životu, posiluje citové vazby v rodině, zvyšuje společenský status rodičů a zajišťuje jim výhled do budoucna, který je přesahem jejich života. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

Narození dítěte s postižením představuje pro rodiče obrovský zásah do jejich identity. Nastává situace, na kterou nebyli připraveni. Dítě se zdravotním postižením nemůže splňovat očekávání a představy rodičů, které si o něm ještě před jeho narozením vytvořili. Mezi převažující pocity rodičů tak patří pocit vlastního selhání a neschopnosti mít zdravé dítě, což se projeví pocitem méněcennosti a v oblasti emočního prožívání vede ke zvýšené úzkosti. Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že jejich dítě je postiženo, nebude se vyvíjet jako ostatní zdravé děti a pravděpodobně nikdy nenaplní touhy a plány rodičů, které si vysnili ještě před jeho narozením, se nazývá jako *krize rodičovské identity* a prochází několika fázemi. Během těchto fází dochází k adaptaci na situaci zdravotního postižení a ke sžívání rodiny s touto zásadní změnou a náročnou životní situací. Na začátku mohou být nejistoty a pochyby, zda je s dítětem vše v pořádku. Zejména matky, které bývají s dítětem doma na tzv. rodičovské dovolené, si všímají projevů dítěte a často jako první mají pochybnosti o jeho zdravém vývoji. Zde je velmi důležité, aby zejména obvodní pediatr rodičům naslouchal a pečlivě zvažil možnost existence postižení dle rodiči popisovaných projevů. Významné je včasné odhalení zdravotního postižení a v návaznosti na to neodkladné zahájení speciální péče, která má zamezit nebo zmírnit dopad postižení na psychický vývoj dítěte. Lékař by si měl na rodiče udělat čas, vysvětlit jim podstatu postižení, možnosti léčby a dalšího vývoje srozumitelným způsobem. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

### 1.5.1 Fáze adaptace rodiny na postižení dítěte

Vágnerová (2008) vychází při popisu adaptačních fází z pojetí Küblerové-Rossové, které upravuje a rozšiřuje:

1. *Fáze šoku a popření* – v této první fázi sžívání s postižením dítěte, kterou zpravidla zahájí „vyřčení ortelu“, rodiče obvykle existenci postižení popírají, nepřiznávají si tuto bolestnou pravdu. Jde o projevy obranného mechanismu na zátěž, který má pomoci oddálit dopad reality a zajistit psychickou rovnováhu. Informace je pro ně nepřijatelná, proto ji popírají a odmítají přijmout. Setkáváme se s výroky typu: „To nemůže být pravda, třeba se jedná o chybné vyhodnocení nebo záměnu s jiným pacientem.“ Je to okamžik, kdy se rodičům zhroutí svět. Většina rodičů v této situaci odmítá další informace o dítěti a možnostech léčby. Informující lékař je často „poslem špatných zpráv“.
2. *Fáze bezmocnosti* – rodiče si neví se situací rady, neví, kam by se obrátili, jak by měli situaci řešit. Objevují se pocity hanby, strach z reakce okolí, pocity viny ve vztahu k dítěti. Rodiče se obávají odmítnutí a současně potřebují pomoc.
3. *Fáze postupné adaptace a vyrovnání s problémem* – rodiče se začínají zajímat o řešení, léčbu a prognózu do budoucna. Snaží se získat informace o příčinách postižení, možnostech a variantách léčby. Dosud převažují negativní emoce (hněv, vztek na nespravedlivý osud, úzkost, smutek, deprese...), proto je přijímání a zvládání reality zkreslené. Způsoby zvládání zátěže (tzv. dopingové strategie) jsou různé a jejich charakter má vztah k vlastním zkušenostem a prožitkům, ke způsobu emočních reakcí, k odolnosti vůči zátěži, ke vštípeným vzorcům chování z původní rodiny atd. K základním variantám patří aktivní typ obrany, kdy se snaží rodič s problémem bojovat, a pasivní typ obrany, který představuje únik ze situace. Ten může být skutečný, když jeden z rodičů (většinou otec) rodinu opouští, nebo se může jednat o únik v podobě umístění dítěte do ústavu, popř. jeden z partnerů uniká do profesní oblasti, do oblasti koníčků nebo, což je z hlediska dítěte zvláště poškozující způsob, reagují rodiče rezignací. Poslední způsob vede k zanedbávání péče o dítě a je výrazem únavy a vyčerpání rodiny z dlouhodobé zátěže. V této době rodiče již vědí, že se dítě neuzdraví, ale nemají jasnou představu, jak se bude dále vyvíjet, čeho bude

schopno dosáhnout, jak se bude realizovat jeho vzdělávání. Zde má pozitivní vliv na vyrovnávání rodičů jejich zdravotní vztah, věk, zkušenosti, informovanost, osobnostní vlastnosti, počet dětí v rodině, druh a příčina zdravotního postižení dítěte. Významným faktorem se jeví kvalita partnerského vztahu mezi rodiči. V této fázi jde i o řešení problému, tedy co mohou rodiče pro své dítě udělat, jakým způsobem ho vychovávat, vzdělávat, jak zajistit jeho budoucnost vzhledem k handicapu.

4. *Fáze smlouvání* – je obdobím přechodným, kdy rodiče přijali postižení svého dítěte, chápou, že se neuzdraví, ale doufají alespoň v určité zlepšení stavu. V této fázi je rodina již většinou unavena a vyčerpána zajišťováním péče o dítě se zdravotním postižením a může zakoušet pocity bezvýchodnosti z této situace.
5. *Fáze realistického postoje* – rodiče se postupně smiřují s daným stavem, berou dítě takové, jaké je, nemají nereálná očekávání do budoucna. Do této fáze nemusí dospět všichni rodiče dětí s postižením, a pokud se jim to podaří, trvá to spíše delší dobu. Rodiče přestávají pohlížet na realitu zdravotního postižení svého dítěte jako na katastrofu, ale jako na jejich životní úkol, se kterým je třeba se vypořádat. Proto i jejich očekávání jsou přiměřenější realitě.

## **2 INTEGRACE**

### **2.1 Vymezení pojmu integrace**

Pojem integrace u nás patří mezi nejfrekventovanější termíny posledních let. Popularita tohoto pojmu je úzce svázána se společenskými a politickými změnami po listopadu 1989, které přinesly posun v názorech na život lidí se zdravotním postižením a na jejich vzdělávání. Neznamena to, že by byl tento pojem do té doby neznámý, ale jako by dostal nový obsah. Uveďme nyní několik slov, které mají k tomuto pojmu vztah. Slovo „integer“ znamená neporušený, úplný, celý, „integrális“ – náležející k celku, nedílný, „integritás“ – neporušenost, bezúhonnost (česko-latinský slovník). A tak v politice hovoříme o integraci v rámci Evropy, v psychologii o integritě osobnosti, v teologii a filozofii o integrálním humanismu atp. Nicméně nejčastěji slyšíme tento pojem v souvislosti s přirozeným a nenásilným začleňováním (integrací) lidí se zdravotním postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili součást této společnosti. Souvisí to



s vyrovnáváním příležitostí, jde o vztah majority (intaktní populace) a minority (lidí s postižením), jehož kvalita se promítá do všech oblastí vzájemného soužití. Integrace je nejen stavem daného jevu, ale především i procesem, a to nejen v tom smyslu, jak se daří jedince s postižením plně začleňovat do dané společnosti, ale též ve významu, jak jsme schopni tento proces akceptovat a identifikovat se s ním. Tento proces je úzce spjat s vývojem a zráním naší osobnosti, tedy s její integritou. (Jankovský, 2001)

## 2.2 Rozdíl mezi integrací a inkluzí

Pojem integrace je někdy zaměňován s pojmem inkluze, což znamená rovnoprávný vztah (vyrovnání příležitostí), tedy úplné začlenění. Termín „include“ znamená být součástí něčeho, být zahrnut. (Jankovský, 2001)

Dle pedagogického slovníku integrované vzdělávání znamená: „*Přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich specifické potřeby. Má různé stupně: od oddělených speciálních tříd na běžné škole až po individuální zařazení žáka do libovolné školní třídy.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 87–88)

Inkluzivní škola je definována tamtéž jako: „*Škola vytvářející prostor pro realizaci principu spravedlivých vzdělávacích příležitostí. Je vstřícná pro všechny děti, respektuje odlišnosti (etnické, náboženské, jazykové, fyzické aj.), které jsou vnímány jako zdroj inspirace pro kvalitnější vzdělávání všech. Inkluzivní vzdělávání umožňuje začlenit děti se specifickými potřebami do hlavního proudu, včetně dětí s těžkými postiženími.*“ (Průcha, Walterová, Mareš, 2008, s. 85)

Stručně řečeno integrace se snaží o začlenění dítěte se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním mezi intaktní spolužáky. V inkluzi jde o zařazení všech dětí do běžné školy. V inkluzivní škole se neoddělují děti se speciálními vzdělávacími potřebami od dětí, které tyto potřeby nemají. V jedné třídě se tak spolu vzdělávají děti zdravotně postižené, nadané, dětí cizinců, děti jiného etnika i většinové společnosti.

## **2.3 Podmínky integrace**

Aby mohlo k integraci dojít, musí být splněna řada podmínek, bez nichž by se integrace nemohla uskutečnit. V první řadě je důležitá jistota rodiny a žáka samotného, že integrace do běžné školy bude vhodnou variantou pro jeho vzdělávání. Podmínek, které musí škola splňovat, je velká řada. Žákovi musí být škola a třída dostupná nejlépe bez pomoci okolí. Škola musí mít dostatek materiálního vybavení, aby bylo možno co nejúčinněji eliminovat handicap. Nezastupitelnou roli hraje připravenost učitele na práci s handicapovaným žákem. Měl by mít alespoň základní znalosti z oblasti speciální pedagogiky a dostatek informací o handicapu příslušného žáka. Jeho povinností je také připravit na změny třídní kolektiv a vytvořit příznivé klima ve třídě. Integrace je velkým přínosem nejen pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, ale i pro celý třídní kolektiv. (Vítková, 2003)

### **2.3.1 Podmínky úspěšné školní integrace**

Mezi podmínky úspěšné školní integrace patří vytváření vhodných podmínek pro učitele, aby měli dostatek času na konzultace, plánování a seberozvíjení. Nezbytná je jednotnost v přístupech, cílech a formách práce pedagogů, zabezpečení vhodných pomocných materiálů. Nároky jsou kladeny na organizační předpoklady školy, popř. i úpravu počtů žáků ve třídě, jak ukládá zákon. Integrovaným žákům se přizpůsobuje učivo na základě IVP. Úspěšná školní integrace se vyznačuje také používáním speciálních učebních metod, pomůcek, učebnic. Výhodou je přítomnost speciálního pedagoga. Pokud učitelé nejsou speciálními pedagogy, měli by si být alespoň vědomi nutnosti vzdělávat se v problematice tělesného postižení. Pro žáka může být v případě potřeby nutné zabezpečení speciální pedagogické péče (například individuální výuka se speciálním pedagogem). Vhodná je také spolupráce s odborníky a rodiči (do tvorby plánu je zapojen třídní učitel, odborní pracovníci speciálně pedagogických center, rodina a v případě potřeby i další pracovníci, např. asistent učitele). V neposlední řadě je důležité vytvoření vztahů mezi spolužáky. (Horváthová, 2014)

## **2.4 Výhody a nevýhody integrace**

Integrace dětí se SVP má několik výhod, které se pokusím shrnout v tomto odstavci. Velikou výhodou je, že dítě se SVP může být žákem běžné školy, nejlépe v místě bydliště. Žák postupuje se svým ročníkem a jeho věk zhruba odpovídá věkovému průměru dětí ve třídě. Další výhodou je, že při integraci nedochází k vyloučení dítěte ze společnosti, navíc intaktní („nepostižení“) žáci mohou pozitivním způsobem posouvat dítě s postižením

ve vzdělávání. Snaha dítěte s postižením vyrovnat se spolužákům může působit motivačně. Integrovanému žákovi se také dostává kvalitnějšího vzdělávání v důsledku vyšších nároků v běžném prostředí. Integrace je přínosem i pro intaktní děti, protože díky kontaktu se spolužákem se zdravotním postižením snáze přijímají rozdíly mezi lidmi i v jejich budoucím (dospělém) životě. Přítomnost jedince s postižením působí v intaktní skupině pozitivně na chování ostatních, učí je toleranci a respektu k odlišnostem. Náhled společnosti jako na žáka běžné školy přináší do budoucna pro dítě s postižením méně problémů v socializaci. (Horváthová, 2014)

Integrace má ale i své stinné stránky. Ve speciálních školách jsou jiné podmínky pro vzdělávání než ve školách běžného typu. Oproti takzvaným běžným školám je ve speciálních školách lepší vybavení – speciální zařízení a pomůcky slouží k ulehčení pobytu a k větší efektivnosti vyučování. Výchovný a vzdělávací proces zde zajišťují odborně připravení speciální pedagogové. Bývá zde běžně dostupná i odborná léčebná, rehabilitační a sociální péče a poradenská služba. Ve speciálních školách je počet žáků ve třídě nižší než v běžné škole a pedagog má dost prostoru pro individuální přístup. Nevýhodou integrace je i to, že může dojít k odmítání integrovaného žáka intaktními spolužáky. Odmítavý a negativní postoj k žákovi s postižením mohou mít i rodiče ostatních dětí. Pro žáka s postižením mohou v některých oblastech představovat intaktní spolužáci nedostupnou konkurenci. Na straně dítěte se zdravotním postižením může nastat stres z neovladatelného učiva. (Horváthová, 2014)

### **3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI**

#### **3.1 Historie přístupu k jedincům se zdravotním postižením**

Vztah společnosti a postižených jedinců se vyvíjel v závislosti na struktuře společnosti určité oblasti, na stupni myšlení, na morálce a normách života společnosti. Lidé s postižením byli zpočátku vylučováni ze vzdělání ve veřejném školství. Handicapovanými osobami se postupně začali zabývat učitelé, duchovní a lékaři. V 17., ale hlavně v 18.–19. století došlo k zakládání ústavů, speciálních zařízení a škol pro osoby s různým druhem postižení (segregace). Ve 20. století prošlo speciální školství fází intenzivního rozvoje speciálních škol a zařízení, speciální školství se stalo součástí veřejného školského systému. Ve druhé polovině 20. století začal stát přebírat speciální

školy a zařízení, podílet se na jejich spolufinancování a vzdělávání odborného personálu. Speciální školství se dočkalo koncepčního a právního základu. Následovalo období výstavby, ustálení a osamostatnění speciálního školství, které vedlo k přehodnocení vzdělávání žáků s postižením. Ve stejné době se začaly vyzdvihovat nedostatky existujícího školského systému, což vedlo k trendu integrace (u nás 90. léta 20. století). Vedle jedinců s těžkým postižením se začalo hovořit o žácích s potížemi v učení, nebo vzdělávacími potřebami. Proto později došlo k definování pojmu speciální vzdělávací potřeby. Po integrační fázi se částečně paralelně s ní významným pojmem stává inkluze. (Bartoňová, Vítková; 2007)

### **3.2 Vymezení pojmu žák se speciálními vzdělávacími potřebami**

Mezi žáky se speciálními vzdělávacími potřebami patří žáci se zdravotním postižením (tělesným, mentálním, sluchovým, zrakovým, autismem, vadami řeči, souběžným postižením více vadami, specifickými poruchami učení nebo chování), žáci se zdravotním znevýhodněním (zdravotně oslabení, s dlouhodobým onemocněním a lehčími zdravotními poruchami, které vedou k poruchám učení a chování) a žáci se sociálním znevýhodněním (žáci s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou, žáci v postavení azylantů a uchazečů o udělení azylu). Patří sem i žáci nadaní a mimořádně nadaní. Specifika vzdělávání těchto žáků jsou závislá na typu a stupni postižení. (Pipeková, 2010)

### **3.3 Specifika předškolního integrativního vzdělávání v ČR**

Předškolní vzdělávání je zajišťováno mateřskými školami a je určeno dětem ve věku od tří do šesti let, případně do doby jejich vstupu do školy. Docházka do MŠ je nepovinná. Přednostně jsou přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Od r. 1989/1990 je dětem se SVP umožněna integrace do tříd mezi intaktní děti. Obsah vzdělávání určuje RVP PV. (Lechta, 2010)

MŠ s jednou třídou má nejméně 15 dětí, MŠ se dvěma a více třídami má nejméně v průměru 18 dětí ve třídě. Třída MŠ se naplňuje do počtu 24 dětí. Třída, ve které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením, má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí. (Vyhláška MŠMT č. 14/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů)

Předškolní vzdělávání by mělo dítěti usnadňovat jeho další životní a vzdělávací cestu a vytvářet tak předpoklady pro maximální rozvoj jeho individuálních možností. Pro život dítěte má předškolní vzdělávání obrovský význam, protože poznatky lékařů, psychologů a pedagogů dokazují, že většina toho, co dítě prožije v raném věku a co z prostředí přijme, je trvalé a v budoucnu nachází své uplatnění. V předškolním vzdělávání zaznamenáváme u dětí osobnostní rozdíly v jejich individuálních výkonech, které jsou přirozené. V tomto období předškolní vzdělávání o vyrovnání výkonů dětí neusiluje, ale hlavním úkolem je vyrovnat jejich vzdělávací šance. Naplnění těchto šancí musíme mít neustále na zřeteli především u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. (Opatřilová, 2009)

Specifika i důležitost předškolního vzdělávání a jeho významu pro celý život si uvědomoval i americký spisovatel Robert Fulghum ve své knize *Všechno, co opravdu potřebuju znát*, jsem se naučil v mateřské školce, která vyšla poprvé v roce 1988. Jeho přesvědčení dokládá následující citát: „*VŠECHNO, CO OPRAVDU POTŘEBUJU ZNÁT, o tom, jak žít, co dělat a jak vůbec být, jsem se naučil v mateřské školce. Moudrost mě nečekala na vrcholu hory zvané postgraduál, ale na pískovišti v nedělní škole. Tohle jsem se tam naučil: O všechno se rozděl. Hraj fér. Nikoho nebij. Vracej věci tam, kde jsi je našel. Uklízej po sobě. Neber si nic, co ti nepatří. Když někomu ublížíš, řekni promiň. Před jídlem si umyj ruce. Splachuj. Teplé koláčky a studené mléko ti udělají dobře. Žij vyrovnaně – trochu se uč a trochu přemýšlej a každý den trochu maluj a kresli a zpívej a tancuj a hraj si a pracuj. Každý den odpoledne si zdřímni. Když vyrazíš do světa, dávej pozor na auta, chytň se někoho za ruku a drž se s ostatními pohromadě. Nepřestávej žasnout... ..A nikdy nezapomeň na dětské obrázkové knížky a první slovo, které ses naučil největší slovo ze všech DÍVEJ SE. Všechno, co potřebujete znát, tam někde je. Slušnost, láska a základy hygieny. Ekologie, politika, rovnost a rozumný život. Vyberte si kterékoliv z těch pravidel a řekněte to složitými dospělými výrazy a vztáhněte si na to svůj život v rodině nebo práci, na svou vládu nebo svůj svět a uvidíte, že to platí, je to jasné a sedí to. A představte si, oč lepší by byl svět, kdybychom si všichni na celém světě každý den ve tři odpoledne dali koláček a mléko a pak si lehli a zdřímli si s polštářkem pod hlavou. Nebo kdyby základní politikou všech vlád bylo vždycky vracet věci nazpátek a uklízet po sobě. A stále ještě platí bez ohledu na to, kolik vám je let - že když vyrazíte do světa, nejlepší je chytit někoho za ruku a držet se pohromadě.*“ (Fulghum, 2004, s. 13–14)

Předškolní vzdělávání má určitá specifika. Je nutné, aby se v maximální míře přizpůsobilo fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám věkové skupiny dětí. Především má dbát na různé individuální potřeby a možnosti dětí, včetně vzdělávacích potřeb specifických. Každému dítěti musí poskytnout podporu, kterou potřebuje, a která mu vyhovuje. K tomu je zapotřebí vycházet z pedagogické analýzy – z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, ze znalosti jeho aktuálního rozvojového stavu i konkrétní životní a sociální situace a pravidelného sledování jeho rozvojových i vzdělávacích pokroků

V předškolním vzdělávání se uplatňují různé metody a formy práce. Jsou to především metody prožitkového a kooperativního učení hrou a činnostmi, které jsou založeny na přímých zážitcích dítěte. Učení by proto mělo probíhat formou nezávazné dětské hry, kterou se dítě zabývá na základě své vlastní volby a zájmu. Dále se zde v dostatečné míře uplatňuje sociální učení, založené na principu přirozené nápodoby. Je tedy nutné ve všech činnostech poskytovat dítěti vzory chování a postojů, které jsou k přejímání vhodné. Dalším učením, které je v předškolním vzdělávání uplatňováno, je situační učení. To je založené na využívání situací, které poskytují dítěti srozumitelné ukázky životních souvislostí. (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, 2004)

### **3.4 Rámcový vzdělávací program**

Rámcový vzdělávací program (RVP) je pedagogický dokument, který se zpracovává pro obor vzdělávání a vymezuje rámec pro tvorbu tzv. školních vzdělávacích programů, které si vytváří každá škola v České republice, aby tak realizovala požadavky RVP. Dle etapy vzdělávání rozeznáváme RVP pro předškolní vzdělávání, RVP pro základní vzdělávání, RVP pro gymnaziální vzdělávání a RVP pro střední odborné vzdělávání. (Bartoňová, Vítková; 2007)

#### **3.4.1 Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) formuluje obecné cíle předškolního vzdělávání a jeho rámcový obsah. Vzdělávací obsah v RVP PV je hlavním prostředkem vzdělávání dětí v MŠ. Každý obsah zahrnuje vzájemně propojené kategorie, kterými jsou dílčí cíle, vzdělávací nabídka a očekávané výstupy. Pravidla jsou závazná pro mateřské školy, mateřské školy upravené podle speciálních potřeb dětí a přípravné třídy základních škol. RVP PV vychází z respektování individuálních potřeb a

možností dítěte, je tedy i východiskem pro vzdělávání dětí se SVP, a to jak v běžné MŠ, nebo v MŠ s upraveným vzdělávacím programem. (Lechta, 2010)

RVP PV představuje zásadní východisko pro tvorbu školních vzdělávacích programů a představuje základ vzdělání, na který může navazovat základní vzdělávání. Záměrem předškolního vzdělávání je rozvíjet každé dítě po stránce fyzické, psychické a sociální, přičemž pedagogové mají sledovat tyto záměry (rámcové cíle):

- rozvoj dítěte, jeho učení a poznání,
- osvojení pilířů hodnot, na kterých je založena společnost,
- získání osobní samostatnosti a schopnosti projevit se jako samostatná osobnost, která působí na své okolí.

Rámcové cíle předškolního vzdělávání jsou pro všechny děti stejné. Při jejich realizaci je ale potřeba zohledňovat individuální potřeby dětí a u dětí se zdravotním postižením nebo znevýhodněním je třeba respektovat i některé další podmínky. Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a zajistit dítěti dostatečné množství vhodných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. (Batoňová, Vítková; 2007)

### **3.5 Individuální vzdělávací plán**

Individuální vzdělávací plán (IVP) se stanovuje v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.

IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením či doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře, případně dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

IVP obsahuje:

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění,

- údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria,
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah; u žáka střední školy se sluchovým postižením a studenta vyšší odborné školy se sluchovým postižením se uvede potřebnost nezbytných tlumočnických služeb a jejich rozsah, případně další úprava organizace vzdělávání,
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek,
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování SVP žáka,
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává,
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu,
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

IVP je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění SVP žáka. IVP může být doplňován a upravován v průběhu školního roku dle potřeby.

Za zpracování IVP odpovídá ředitel školy. IVP se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem.

Ředitel školy seznámí s IVP zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka, který tuto skutečnost potvrdí podpisem.

Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v IVP a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka



poradenskou podporu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy. (Vyhláška MŠMT č. 73/2005 ve znění pozdějších předpisů)

### **3.6 Vzdělávání žáků s tělesným postižením**

Edukací jedinců s tělesným a zdravotním postižením se zabývá vědní obor, který se nazývá somatopedie (patří mezi speciálně pedagogické disciplíny). Název je složen z řeckých slov soma (tělo) a paideia (výchova). Označení somatopedie začal u nás od roku 1956 jako první užívat František Kábele (1913–1998). V současné době se vedle termínu somatopedie používá stále častěji i jiných označení jako: pedagogika tělesně postižených, výchova a vzdělávání jedinců s tělesným postižením, pedagogika tělesně a zdravotně postižených, pedagogika tělesně postižených a chronicky nemocných apod. (Vítková, 2004)

Vzdělávání dětí a žáků s tělesným postižením má svá specifika, která jsou odvislá od somatických a psychických odlišností těchto jedinců. Žák s tělesným postižením je omezen v pohybových schopnostech vlivem poškození nosného nebo pohybového ústrojí nebo jiného organického poškození. Pohybovou vadou, se kterou se setkáváme v dětském věku nejčastěji, je dětská mozková obrna. Tělesné postižení ovlivňuje celou osobnost jedince. Z psychologického hlediska má největší význam omezená hybnost a tělesná odlišnost. Tělesné postižení omezuje v různé míře pohyb, u nejtěžších případů vede až k celkové nehybnosti. Je potřeba respektovat potíže se sebeobsluhou, komunikační a společenské problémy a obtíže s pohybem a dopravou. Žák s tělesným postižením, který je integrovaný do běžné třídy by měl být sociálně adaptabilní, měl by mít dostatečnou míru vůle, která je nezbytná pro překonávání překážek. (Pipeková, 2010)

Mezi hlavní podmínky vzdělávání tělesně postižených patří bezbariérový vstup do školy, odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků ve škole (žáci musí být samostatní, příp. odkázáni na pomoc asistenta), vhodné didaktické pomůcky, pomůcky pro psaní a kreslení (psací potřeby se speciálním ergonomickým tvarem, které usnadňují rozvoj grafomotoriky a pomáhají překonat obtíže při psaní), speciální psací potřeby pro žáky s výrazným postižením horních končetin, speciální psací deska s magnetickým pravítkem, protismykové podložky, pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností (dřevěné a textilní hračky a učební pomůcky, stavebnice, speciálně upravené nůžky, míčky, rehabilitační hmoty apod.), pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci (molitanové stavebnice, rehabilitační míče, kolébka pro nácvik rovnováhy, cvičební padák apod.),

technické pomůcky usnadňující získání a uchování informací (diktafon, xeroxovací tabule, počítače), vybavení kompenzačními pomůckami (berle a hole, kozičky a chodítka, dětské rehabilitační kočárky, tříkolky, lezítka – pomůcka pro pohyb v leže na břiše, přenosná rampa – pro překonání několika schodů, zvedací plošina, výtah). (Pipeková, 2010)

### **3.7 Asistent pedagoga**

Tuto funkci může zřídit ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy se souhlasem krajského úřadu.

- Je zaměstnancem školy – náklady na jeho činnost hradí krajský úřad – je financován z peněz MŠMT.
- Je nutné vyjádření školského poradenského zařízení
- Jsou dány hlavní činnosti, které má vykonávat: pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchově a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků, podpora žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc žákům při výuce a při přípravě na výuku, nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou. (Horváthová, 2014)

### **3.8 Raná péče**

Termín raná péče znamená systém služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám. Má za cíl předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho následky a poskytnout rodině a dítěti možnosti sociální integrace. Pokud promeškáme období prvních let života dítěte a neposkytneme mu potřebnou podporu v jeho vývoji, je obtížné a často i nemožné tuto situaci později změnit. Tyto šance spočívají ve zmírnění nebo eliminování vznikajícího postižení a jsou dány účinností rané stimulace, včasných zkušeností získaných z co nejranějších edukativních procesů, které působí na vyvíjející se dětský mozek. Jde totiž o to, že mozek malého dítěte je schopen v mnohem větším rozsahu regenerace a kompenzace vzniklých poškození. Tento rozvoj je závislý na včasných sociálních interakcích, tedy na edukačních procesech. (Vítková, 2004; Pipeková, 2010)

Realizace včasných vývojových šancí v případě ohroženého vývoje nebo začínajícího postižení závisí na tom, aby se ještě v období, kdy je mozek dítěte

nejtvárnější, začalo se speciálními edukativními aktivitami, které podpoří vlastní vývoj mozku a zvýší tak i socioemocionální jistoty dítěte. (Vítková, 2004)

Služby rané intervence by měly být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň v oblastech ohrožených postižením do doby, kdy je dítě zařazeno do nějakého typu školského zařízení. Ranou podporou se rozumí všechna opatření (intervence, aktivity, speciální edukace), která slouží ke zlepšení organických funkcí, vybudování přeměřených způsobů chování a k vývoji osobnosti. V medicínské terminologii hovoříme o včasné terapii (fyzioterapii, medikamentózní terapii, terapii zaměstnáváním), v pedagogickém ohledu se jedná o termíny raná výchova, (pedagogická) raná podpora, včasná intervence nebo raná péče (Early intervention, Früherziehung). (Vítková, 2004)

Za tímto účelem se budují ve vyspělých zemích světa speciální centra pro děti a vytváří se síť poraden, které zajišťují včasnou diagnostiku a komplexní péči o dítě (medicínsko-terapeutickou, pedagogicko-psychologickou) včetně poradenských služeb pro rodiče postižených dětí. Cílem rané péče je její dostupnost pro všechny děti, které ji potřebují, a plošné pokrytí na území celé země (Vítková, 2004). Funkčnost podpory závisí především na úzké spolupráci všech zapojených odborníků (lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, terapeutů) s rodiči postiženého dítěte. Těžiště práce spočívá v poradenství rodičům a v podpoře dítěte. Je třeba zachovat a posílit vhodným způsobem kompetence rodičů jako přirozených vychovatelů svého dítěte. Realizace rané péče probíhá v různých zemích různými způsoby, většinou se však jedná o dva typy pracoviště, které se na diagnostice, terapii i poradenství podílejí. Někdy jsou oba typy soustředěny do jednoho pracoviště, častěji jsou od sebe odděleny, vždy je ale zapotřebí velmi úzká spolupráce mezi oběma pracovišti. (Květoňová-Švecová, 2004)

V České republice je zpravidla při rané péči od sebe oddělena část medicínská obsahující i léčebnou rehabilitaci, hovoříme-li o dětech s vrozeným pohybovým postižením, a část pedagogická. Pedagogické poradenství se dětem s tělesným postižením poskytuje prostřednictvím speciálně pedagogických center (SPC), která jsou zřízena při mateřských a základních školách. SPC jsou členěna podle druhu postižení, u nízkých věkových skupin je však těžké od sebe odlišit postižení čistě somatické od somatického s přidruženým mentálním postižením, neboť v raném věku je obtížné určit, jak se bude dítě dále vyvíjet. (Vítková, 2004).

Raná péče je terénní, příp. ambulantní služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte do sedmi let věku, které je zdravotně postižené nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku nepříznivé sociální situace. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte vzhledem k jeho specifickým potřebám. Zahrnuje výchovné, vzdělávací, aktivizační, sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů. (Vítková, 2004).

### **3.9 Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky v raném a předškolním věku**

V raném a předškolním věku je nejdůležitějším úkolem včasné zachycení poruchy a zahájení speciálněpedagogické péče s cílem minimalizovat negativní důsledky základního typu postižení. Speciální péče o dítě v tomto věkovém období musí probíhat uceleně, a to s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně – vzdělávací a sociální složky. Mělo by se vždy jednat o komplexní přístup pracovníků různých oborů. (Vítková, 2004)

V tomto věkovém období je důležité provádět diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte, a to spíše nenápadně, bez zbytečného zdůrazňování významů jednotlivých vyšetření pro dítě. Požadavky kladené na dítě v rámci vyšetření by měly být v souladu s jeho mentálním věkem, který nemusí být shodný s věkem fyziologickým. Z hlediska správného vyhodnocení a interpretace získaných výsledků je nezbytné, aby se dotyčný odborník dobře orientoval v oblasti psychického vývoje tohoto období a dokázal projevy konkrétního dítěte srovnat s příslušnou věkovou normou. (Vítková, 2004)

V raném a předškolním věkovém období se v rámci diagnostiky zaměřujeme na následující oblasti: hrubá a jemná motorika, laterálita, sebeobslužné činnosti, rozumové schopnosti, komunikační schopnost, citový a sociální vývoj. Důležitým faktorem je podrobné odebrání anamnézy a dobrá znalost rodinného prostředí dítěte. Vždy je třeba realizovat individuální přístup k dítěti. Stanovení prognózy dalšího vývoje a variability projevů primárního postižení vychází přímo ze speciálněpedagogické diagnostiky, která by měla splňovat požadavek dlouhodobosti, aby bylo možné stanovit na základě toho optimální způsob intervence, který bude na konci předškolního období završen odpovídajícím zařazením dítěte do základní povinné školní docházky. (Vítková, 2004)

## 4 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

### 4.1 Historie DMO

DMO jako první popsal kolem roku 1840 anglický chirurg J. Little, odtud dřívější název tohoto onemocnění Littleova choroba, který se užíval až do konce čtyřicátých let 20. století. Little a někteří jeho následovníci vycházeli z předpokladu, že onemocnění vzniká z důvodu těžkého a komplikovaného porodu. Zásadní odmítnutí tohoto předpokladu předkládá rakouský neurolog Sigmund Freud, kterého známe také coby zakladatele psychoanalýzy. Freud byl ovšem vystudovaný neurolog a předmětem jeho zájmu byl mozek. Freud ve své studii (r. 1916) odmítá Littleův názor o komplikovaném porodu jako hlavní příčině DMO a formuluje hypotézu, která byla potvrzena pozdějšími neurofyziologickými výzkumy, že komplikovaný porod je spíše indikátorem vážné poruchy, která má svůj původ už v období těhotenství. DMO patří do skupiny onemocnění, jejichž výskyt je úzce svázan s rozvojem medicíny. V dobách, kdy se onemocnění nazývalo ještě Littleova choroba, se toto onemocnění vyskytovalo, ale počet dětí jím postižených byl nízký. Medicína dětem s tímto onemocněním ještě neuměla kvalifikovaně pomoci, a proto jich hodně umíralo již v raném věku. Rozvoj a pokroky v postnatální medicíně zapříčinily, že posouvání porodní hmotnosti novorozenců, kteří jsou schopni přežít, směrem k nižším hodnotám, znamená, že mnozí novorozenci – byť za cenu nějakého postižení – přežijí. (Kudláček, 2012)

### 4.2 Definice DMO

DMO je onemocnění, které vzniklo v průběhu těhotenství matky, porodu dítěte nebo v době do 1–2 let od porodu. Pro toto onemocnění je typické, že postižení nepokračuje, ale naopak rehabilitací může docházet ke zlepšení klinického stavu. V poslední době paradoxně přibývá pacientů s tímto onemocněním vlivem zlepšení lékařské a novorozenecké péče, jelikož přežívají jedinci, kteří dříve na postižení mozku umírali. U DMO pozorujeme postižení smyslové, intelektu, senzitivní a epileptické záchvaty, nejtypičtější jsou však poruchy hybnosti. V literatuře se můžeme setkat s termínem malá mozková dysfunkce (MMD), kdy se příznaky postižení projevují jako poruchy chování, dítě je nešikovné, neohrabané, jsou přítomny lehké spastické příznaky. (Seidl, Obenberger, 2004)

Podobnou definici uvádí již daleko dříve Lesný (1972): DMO patří mezi nejčtenější neurovývojová onemocnění. Je neprogresivním, ale ve svých projevech nikoli neměnným

postižením vyvíjejícího se mozku, a postihuje řadu oblastí: kognitivní schopnosti, hybnost, zrak, sluch, způsob chování. (Lesný in Kudláček, 2012)

Dle Amblera (2011) jde o širokou a pestrou skupinou chorobných stavů, kde v popředí stojí poruchy motoriky (různé poruchy hybnosti a svalového tonu – ne vždy přímo obrny). Vedle dysharmonického a retardovaného vývoje motorického se může vyskytovat i psychická retardace a epileptické paroxysmy. Podle něj je DMO nejdůležitější v celé skupině vývojových abnormalit.

Podrobnější popis motorických poruch u definice DMO podávají Matějček a Langmeier (1986): Navenek se projevuje jako opoždění vývoje hybnosti, provázené úplným nebo částečným ochrnutím končetin, někdy poruchami svalového napětí, někdy poruchami svalové koordinace a někdy všemi těmito příznaky současně. (Langmeier a Matějček in Kudláček, 2012)

Komárek a Zumrová (2008) definují DMO jako neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě proběhlého (a ukončeného) prenatalního, perinatálního či časně postnatálního poškození vyvíjejícího se mozku. V zahraničí se obvykle užívá pojem cerebral palsy, který podobně jako český název vyjadřuje odlišnost od míšní obrny (polio).

K záměně těchto dvou onemocnění ve společnosti dochází často. A to především z důvodu podobnosti názvu onemocnění – dětská mozková obrna (dle MKN-10 druhého aktualizovaného vydání došlo ke změně názvu z dětské mozkové obrny na mozkovou obrnu – diagnóza G80) a dětská (přenosná) obrna (diagnóza A80). Dětská (přenosná) obrna, poliomyelitida, nebo též poliomyelitis anterior acuta je infekční onemocnění způsobené virem (poliovirus), které poškozuje oblasti páteřní míchy odpovědné za svalový pohyb. Nemoc může mít abortivní formu s „chřipkovými“ příznaky, jindy probíhá pod obrazem aseptické meningitidy. Nejtěžší forma je paralytická, někdy s bifazickým průběhem, se vznikem obrn, následných deformit a atrofií. Díky očkování se u nás již nevyskytuje. (Velký lékařský slovník, 2009)

### **4.3 Etiologie DMO**

Etiologické faktory DMO jsou velice různorodé a často se kombinují. V prenatalním období jsou to infekce, gestózy a úrazy matky, fyzikální a toxické noxy (rtg záření, užívání léků a drog), metabolické poruchy matky (diabetes), anomálie dělohy a

placenty, kareční vlivy, genetické vlivy. V období porodu mají hlavní význam novorozenecká asfyxie, porodní traumata, obtížný a prolongovaný porod, předčasně porozené nebo naopak přenášené dítě, vícečetné těhotenství, instrumentální porody (porod kleštěmi), anomální poloha (porod koncem pánevním) a obraty plodu, intrakraniální krvácení. Mezi postnatální činitele patří infekce, nejen CNS, ale i bronchopneumonie, enteritidy, dyspeptické stavy, novorozenecká žloutenka při Rh inkompatibilitě a úrazy hlavy. (Ambler, 2011; Seidl, Obenberger, 2004)

DMO postihuje 2 až 5 dětí z 1 000, z toho u jednoho dítěte z 1 000 jde o závažné postižení. Více než polovina závažněji postižených pochází z vysoce rizikové skupiny nedonošených dětí, především novorozenců s hmotností pod 1 500 gramů. (Komárek, Zumrová, 2008)

#### **4.4 Diagnostika DMO**

Problematika (časné) diagnostiky DMO je předmětem diskuzí dětských neurologů již od 60. let minulého století. Jednou z nejjednodušších a nejčasnějších metod, které mohou značit poškození mozku je tzv. Apgar score. Jde o vizuální pozorování pěti tělesných funkcí (pulz, dech, svalové napětí, reakce na podráždění a zabarvení kůže), které se zaznamenávají v časových intervalech jednu, dvě a pět minut po porodu. V každém intervalu se provede součet (0–10 bodů), a pokud nepřesahuje šest bodů, lze usuzovat na možné zdravotní komplikace. Někteří autoři však upozorňují, že tato „rychlá“ metoda je značně nepřesná a neumožňuje žádný prognostický výhled, co se týče rozsahu a formy DMO. (Kudláček, 2012)

Vzhledem ke skutečnosti, že plný klinický obraz DMO se vyvine až po několika měsících a také z důvodu, že rehabilitace je tím účinnější, čím dříve se zahájí, klade se velký důraz na včasnou identifikaci příznaků charakteristických pro možný rozvoj DMO. Podezření na riziko rozvoje DMO lze vyslovit již v prvních týdnech života dítěte na základě rozboru úrovně psychomotorického vývoje (screening podle Vlacha), podrobného neurologického vyšetření a polohových testů doporučených Vojtou. Zvýšenou pozornost věnujeme především nedonošeným dětem a dětem s perinatálními riziky, kde je pravděpodobnost rozvoje DMO nápadně vyšší. Po vyšetření lze rozlišit následující skupiny dětí:

1. Děti ohrožené rozvojem DMO – jde o děti s tzv. centrální tonusovou nebo koordinační poruchou, u kterých je potřeba podle závažnosti nálezů

stanovit, zda začít s rehabilitací hned, nebo vyčkat a postupovat dle kontrolních vyšetření

2. Děti s vysoce pravděpodobnou diagnózou DMO – např. nedonošené dítě s anamnézou hypoxicko-ischemického infarktu, ultrasonograficky prokázanou periventrikulární malacií, abnormálními reakcemi v polohových testech a neurologickým nálezem svědčícím pro spasticitu. V tomto případě je třeba zahájit intenzivní rehabilitaci – u nás nejčastěji Vojtovu reflexní metodu.
3. Děti rizikové s normálním klinickým nálezem – doporučuje se další sledování ve specializační poradně a kontroly dětským neurologem.

Diagnostické postupy u jedinců s podezřením na DMO by kromě výše uvedených klinických vyšetření měly zahrnovat také základní zobrazovací metodu u kojenců – ultrasonografické vyšetření mozku, v nejasných případech je třeba doplnit CT nebo MRI. Provádíme také vyšetření zraku a sluchu, někdy bývá nutné i metabolické vyšetření. (Komárek, Zumrová, 2008)

Kraus (2005) se k diagnostice DMO vyjadřuje následovně: Často se uvádí, že anamnéza abnormálních činitelů v těhotenství, během porodu a v novorozeneckém období je významným údajem pro diagnózu DMO. Vztah mezi těmito faktory a následným vznikem DMO ale není úzký. Proto jsou podporou pro diagnózu, jen pokud představují výraznou abnormalitu jako je prematurita nebo klinicky manifestní hypoxicko-ischemická encefalopatie. Diagnóza DMO je klinická, zobrazovací metody mohou diagnózu potvrdit. Dlouhá desetiletí se hledají rané známky svědčící pro rozvoj DMO. Prediktivní studie používají různé postupy: neurologické vyšetření, sledování hrubé motoriky, funkční testy. Dosud však přesně nevíme, jak časně lze DMO specifikovat. Není ani žádný standardizovaný test pro diagnózu DMO. Její stanovení závisí na zkušenostech vyšetřujícího, který rozdělí nálezy na normální, suspektní či abnormální. Spolehlivá identifikace DMO ve velmi raném období je extrémně obtížná. Dle některých autorů mají děti s DMO periodu útlumu (silent period) s žádnými nebo nezřetelnými neurologickými příznaky. Důsledkem je uváděný věk diagnózy DMO pohybující se od několika měsíců po narození až do dvou let věku dítěte.



## 4.5 Formy DMO

### 4.5.1 Spastická forma

Spastická forma je nejpočetnější skupinou, představuje 60–80 %. V časném stádiu se projevuje jako centrální hypotonický syndrom, rozvoj spasticity je postupný a postupně se i ozřejmuje typ hybného postižení, dle kterého rozlišujeme formu spastické DMO – diparetická, hemiparetická a kvadruparetická forma. (Tyrlíková, Bareš, 2012)

*Forma paraparetická (diparetická)* – dominuje porucha hybnosti dolních končetin, je opožděn vývoj lezení a chůze. Postižení horních končetin nebývá přítomno vůbec, nebo je minimální, je zachována úchopová funkce ruky. Intelekt nebývá postižen. Epilepsie není častá. Vývoj dolních končetin je asymetrický. U této formy bývají neurogenní luxace kyčlí. Zvýšený svalový tonus je nejvíce výrazný na adduktorech stehna a plantárních flexorech, což zapříčiňuje typický styl chůze – nůžkovitý (stehna a kolena se třou o sebe) a po špičkách (digitigrádní). (Ambler, 2011; Tyrlíková, Bareš, 2012)

*Forma kvadruparetická* – jde o nejtěžší formu DMO, tvoří kolem 5 % případů. U nejvíce postižených dětí zůstává vývoj na úrovni patologického novorozence. Je přítomna oboustranná spasticita převážně horních končetin s postižením bulbárního svalstva. Dominuje závažné opoždění motorického vývoje. Téměř vždy se projevuje těžkou mentální retardací a mikrocefalií. Epilepsie je častá. Bývá přítomna mikrocefalie, konvergentní strabismus, poruchy polykání, krmení, neprospívání. Je časté postižení kyčlí již v časném věku. Postižené děti jsou zcela závislé na pomoci, péče o ně je náročná, jsou potíže s výživou a kontrakturami. (Kraus, 2005; Tyrlíková, Bareš, 2012)

*Forma hemiparetická* – je přítomna různě těžká hemiparéza, výraznější postižení bývá více na horní končetině než na dolní. U kojenců je většinou chudší motorika na postižené straně. Typické je preferování jedné horní končetiny v období rozvoje úchopu a přetrvávání jedné pěstičky. Dle stupně postižení je opožděn vývoj vzpřimování, lezení, stoje i chůze, jelikož chybí opora o postiženou končetinu. Může být přítomna i dysfázie, homonymní hemianopsie a strabismus. Postižení často trpí epilepsií. Postižení intelektu je dle rozsahu a etiologie léze a zejména při současné přítomnosti epilepsie. Při chůzi je dolní končetina v ekvinózním postavení, chůze je po špičce s cirkumdukcí postižené končetiny, horní končetina má omezené souhyby, je v abdukci, předloktí a zápěstí jsou ve flexi, prsty v extenzi s addukcí palce. V pozdějším věku může být přítomna skolióza. (Tyrlíková, Bareš, 2012)

#### **4.5.2 Dystonicko-dyskinetická forma DMO**

Tato forma zaujímá asi 5–15 %. V klinickém obraze je přítomna buď více dystonie (náhlé abnormální změny svalového tonu) nebo mimovolní pohyby (atetóza aker končetin a chorea proximálních svalů). V kojeneckém období je přítomna nestabilní poloha na zádech, hypotonie a porucha polykání. Dyskinézy se objevují až mezi 5.–10. měsícem věku, progresse nálezu ukončuje svůj rozvoj až po 2. roce věku. Dyskinézy jsou provokovány i minimálním pohybem s dítětem, postihují i svalstvo obličeje, což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst a poruchám řeči. Mentální deficit však nemusí být přítomen. Jsou přítomny obtíže s příjmem potravy v důsledku poruch polykání a kousání, zvýšený slinotok. Mentální schopnosti jsou většinou v normě nebo méně sníženy. Epilepsie je vzácná. Jen malá část těchto dětí dosáhne samostatné chůze. U této formy má rehabilitace jen malý efekt. (Tyrlíková, Bareš, 2012)

#### **4.5.3 Ataktická (mozečková forma DMO)**

Je nejméně zastoupenou formou (4–10 %). V klinickém obraze je přítomna výrazná a dlouho přetrvávající hypotonie, apatie, poruchy koordinace očních bulbů, strabismus, dysmetrie při provádění pohybů. Časté je špatné somatické prospívání, výrazný mentální deficit. Z důvodu poruchy koordinace jednotlivých částí těla a rovnováhy je výrazné opoždění motorického vývoje – dítě se neudrží v sedu, vážne lezení, chůze značně opožděna (někdy až k 6. roku věku). Tato forma se ozřejmuje až mezi 1.–2. rokem života. (Tyrlíková, Bareš, 2012)

#### **4.5.4 Smíšená forma DMO**

Tato forma onemocnění bývá velmi častá. Kombinují se klinické příznaky jednotlivých forem, nejčastěji jde o kombinaci spasticity a dystonie. (Tyrlíková, Bareš, 2012)

### **4.6 Hodnocení patologického motorického vývoje**

Pro hodnocení stavu patologického motorického vývoje užíváme hodnocení zralosti posturálních funkcí. Při posuzování motorického stavu vycházíme ze základních kineziologických principů posturálního vývoje. Hodnotíme je ve vztahu k době jejich zralosti do lokomočních stádií dle Vojty. Jde o deset lokomočních stádií, která se značí 0 až 9. Zaměřujeme se na hodnocení dosažené úrovně hrubé motoriky (vzpřímení) s přihlédnutím k souběžně dosažené úrovni mentální a k jemné motorice. Tato stupnice zahrnuje celé období vývoje lidské motoriky do 4 roků věku zdravého dítěte a má vypracovávánu analogii pro vývoj patologické motoriky u dětí s DMO. Lokomoční stádia:

*Stadium 0* – dítě je apedální. Nepohybuje se vpřed pomocí rukou a nohou. Není schopno uskutečnit žádný kontakt (motoricky) otočením nebo uchopením předmětu. Není vytvořena opěrná funkce. Dítě má hlavu v predilekci a jeho držení odpovídá novorozeneckému stádiu. Vývojový věk: novorozenecký.

*Stadium 1* – dítě je apedální, nepohybuje se vpřed, ale dokáže se otočit k předmětu, aby se jej dotklo nebo jej uchopilo. Dokáže se opřít o loky v poloze na břiše. Je schopno zvednout dolní končetiny nad podložku v poloze na zádech. Má k dispozici rovnovážné funkce. U tohoto vývojového stádia již nejsou vybavitelné reflexy, které se vážou k novorozeneckému období vývoje. Vývojový věk: 3–4 měsíce.

*Stadium 2* – dítě je apedální. V pronační pozici umí využít horní končetiny jako opěrný a úchopový orgán. V poloze na břiše je dítě schopno sáhnout po předmětu tak, že druhá horní končetina umožňuje oporu. Dolní končetina se na straně uchopující ruky opírá o mediální epikondyl, druhá je natažená. V poloze na zádech je dítě schopno sáhnout po předmětu ze střední roviny. Přibližuje se k předmětu, ale neumí se pohybovat vpřed pomocí horních i dolních končetin. Vývojový věk: konec 4. a začátek 5. měsíce.

*Stadium 3* – dítě se dokáže plazit, spontánně se pohybuje po místnosti z vlastní iniciativy plazením. Jde o skutečnou lokomoci. Je schopno otočit se ze zad na břicho. Dítě má reciproční model nároku a opory v ipsilaterálním i kontralaterálním vzoru. Při lokomoci se aktivují oba šikmé břišní řetězce. Vývojový věk: 7.–8. měsíc.

*Stadium 4* – dítě provádí poskoky po kolenou a rukách. Není schopno vychylovat cyklicky těžiště z osy ve frontální rovině. Opora horních končetin je abnormální a je tvořena o zápěstí či pěst. „Hopsání“ je homologické, což znamená, že neobsahuje zkřížený vzor jako lezení. Tento typ lokomoce se v normálním vývoji dítěte neobjevuje. Tento vzor je nadřazen plazení. Dítě v tomto stadiu nemá volní schopnost provádět pohyb v izolovaném segmentu (např. segmentální pohyb v hlezenním kloubu). Dítě je schopné dosáhnout vzpřímeného kleku a šikmého sedu. Vývojový věk: 9. měsíc.

*Stadium 5* – Nezralé lezení – bez vlastní motivace, zralé lezení – z vlastní motivace. Lezení – první lidská ontogenetická lokomoce. Tento moment je plně začleněn, pokud dítě s DMO dokáže lézt přes celý byt z vlastní iniciativy. Součástí lokomoce je zkřížený vzor, opora je na otevřených rukách. Při lezení se uplatňuje rotace páteře a její vychylování

ve frontální rovině. Později každé lezoucí dítě může počítat s vertikalizací. Vývojový věk: 11. měsíců.

*Stadium 6* – dítě se dokáže vytáhnout do stoje pomocí horních končetin, udrží se ve stoji. Dokáže se pohybovat pomocí horních končetin nejdříve do strany. Jedná se o kvadrupedální lokomoci ve frontální rovině. V pozdější době tohoto lokomočního stadia nastupuje lokomoce v sagitální rovině s oporou. Je důležité, aby tato lokomoce probíhala z vlastní motivace. Vývojový věk: 12.–13. měsíc.

*Stadium 7* – dítě chodí nezávisle, samostatně, chůze v terénu (mimo byt). Vývojový věk: mezi 14. měsícem a 3. rokem.

*Stadium 8* – dítě vydrží ve stoji na jedné noze 3 s. Toto musí být vyšetřováno ze stabilní stojné pozice. Objevuje se letová fáze kroku Vývojový věk: 3 roky.

*Stadium 9* – dítě vydrží ve stoji na jedné noze déle než 3 s na obou stranách. Vývojový věk: 4 roky.

Pro hodnocení vývoje vertikalizace a lokomoce u dětí s DMO je nutné na základě věku odpovídajícímu příslušným lokomočním stadiím stanovit retardační kvocient. RQ se vypočítá tak, že dáme do poměru aktuální věk motorického vývoje (lokomoční vývojová stadia) s věkem kalendářním. Na základě RQ je možné stanovit vývojovou prognózu. Usnadňuje stanovit odpověď na otázky rodičů, zda bude dítě schopno chodit nebo jaké jsou možnosti rehabilitační péče. (Kraus, 2005)

## **4.7 Přidružené poruchy DMO**

### **4.7.1 Hybnost**

U všech typů DMO dochází k narušení hybnosti, která ztrácí svůj charakter. Dítě leží buď ochable a minimálními pohyby končetin a hlavou stočenou často k jedné straně, jindy je hybnost nadměrná a reakce na zevní podněty jsou nápadně prudké. Při postižení horních končetin jsou méně obratné při manipulaci s hračkami, při jídle, oblékání a dalších činnostech, které jsou náročné na jemnou motoriku. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

### **4.7.2 Poruchy řeči**

Poruchy řeči jsou přítomny u více než poloviny dětí s diagnózou DMO. Tyto poruchy jsou různého stupně, a to od lehkých poruch artikulace až po úplnou neschopnost

artikulace. DMO postihuje svalstvo jednotlivých mluvních orgánů, i jednotlivé složky řečového projevu, jako je dýchání, fonace, artikulace, síla, rytmus, melodie, plynulost a srozumitelnost řeči. Z mechanických příčin jde o poruchy vývoje zubů, nepravidelnosti ve vývoji horní a dolní čelisti, bývá porušen zubní uzávěr skusu. U spastických forem je dýchání mělké a křečovité, řeč není dostatečně znělá, výdechový proud nestačí na delší řečový projev. Při poruchách mozečku objevujeme typicky skandovanou řeč. U narušené komunikace dětí s DMO neexistují jednotlivé klinické obrazy, jednotlivé symptomy jsou většinou propojené. Nejčastější poruchou řeči bývá dysartrie – narušení artikulace v důsledku organického postižení CNS. (Lechta, 1990)

#### **4.7.3 Mentální retardace**

Mezi další přidružené poruchy patří mentální retardace. Kotagal (1996) uvádí, že asi jedna třetina jedinců s mozkovou obrnou má intelekt v normě, jedna třetina v pásmu lehké mentální retardace a jedna třetina v pásmu střední až těžké mentální retardace.

#### **4.7.4 Epilepsie**

Epileptickými záchvaty různého typu je postižena asi polovina jedinců s mozkovou obrnou. Jde o skupinu poruch mozku projevujících se opakovanými záchvaty různého charakteru. Tyto záchvaty provázejí poruchy vědomí a vnímání, křeče, vegetativní projevy a psychické příznaky. (Vokurka, Hugo, 2000)

Nejčastěji se epilepsie vyskytuje u kvadraparetických a hypotonických forem MO, méně u hemiparetických a diparetických paukospastických. U dyskinetických forem MO je výskyt záchvatů sporadický. Charakter záchvatu závisí na místě, které je v mozku postiženo, liší se s věkem pacienta. Epileptické záchvaty se klasifikují dle neurologických hledisek. (Šlupal, 1996; Vítek, 2007; Vítek, Vítková, 2010)

#### **4.7.5 Poruchy smyslové**

V odborné literatuře (Říčan, Krejčířková, 2006; Vítková, 2006; Kraus, 2005) se uvádí, že přibližně u poloviny dětí s MO je přítomna nějaká zraková vada. Mezi nejčastější patří strabismus (šilhavost), když nedojde k zahájení včasné léčby, může dojít ke vzniku amblyopie (tupozrakost) a retinopatie nedonošených (dystrofie sítnice, která vede ke krátkozrakosti až slepotě).

#### **4.7.6 Ortopedické vady**

Ortopedické vady jsou časté u spastických nebo spíšených spasticko-atetonických forem MO. Jedná se o různé deformity dolních končetin, vadné držení těla, vadné

postavení kyčlí a další. U těchto případů je nezbytná ortopedická péče, která kromě léčby zajišťuje i kompenzační a protetické pomůcky (ortézy, korzety, speciální obuv a další). (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

#### **4.7.7 Psychický vývoj**

U pohybově postižených dětí bývá překážkou jejich adekvátního vývoje podnětová a zkušenostní deprivace. Příčinou podnětové, eventuelně i citové deprivace může být i závažnější pohybové postižení. (Krejčířová, Vágnerová, 2009)

Podmínkou přiměřeného psychického vývoje dítěte je uspokojování základních psychických potřeb. Pokud tyto potřeby nejsou dostatečně uspokojovány po dostatečně dlouhou dobu, může dojít k psychické deprivaci. (Edelsberger, 2000)

#### **4.7.8 Poruchy chování**

Poruchy chování se v raném a předškolním věku projevují v podobě nepřiměřeně intenzivní, přetrvávající negativismus se vzdorem nebo agresivitou. Neurotické potíže bývají v předškolním věku velmi variabilní a často se projeví v té oblasti, která je nezralá a tudíž snadno zranitelná, jako je např. řeč a udržování čistoty. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

#### **4.7.9 Učení**

Pokroky v učení jsou nerovnoměrné, rozpětí pozornosti je omezené. Výkon bývá často zhoršen právě slabou koncentrací pozornosti a zvýšenou unavitelností. Pro děti s mozkovými hybnými poruchami je většinou obtížné si něco uchovat v paměti. Kapacita učení se rychle vyčerpává. Žáci si učení zapamatovávají útržkovitě, nevýběrově, obtížně si učivo vybavují a reprodukují. Pracovní tempo bývá pomalé a nevyrovnané. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

### **4.8 Školní zralost dětí s DMO**

Rozhodnutí o školní zralosti a o tom, zda a do jakého typu školy dítě nastoupí, jest důležitou otázkou a často spolurozhoduje o celoživotním zařazení těchto dětí. Dítě musí splňovat:

- věkovou hranici,
- po pohybové stránce je třeba dořešit soběstačnost dítěte (docvičit chůzi, opatřit pomůcky k chůzi nebo zajistit bezbariérovou školu),

- základní psychosociální úroveň schopností

Podrobné neurologické vyšetření se zhodnocením školní zralosti slouží jako podklad k vybrání vhodné školy nebo k vypracování individuálního vzdělávacího programu. V průběhu školní docházky je třeba zajistit další sledování dítěte a spolupráci školy, rodiny i psychologů. (Komárek, Zumrová, 2008)

#### **4.9 Péče o pacienty s DMO**

Péče o pacienta s DMO je výzvou pro celý zdravotní systém, protože jde o chronické a komplexní neurologické postižení, které vyžaduje multidisciplinární péči. K minimu základní péče patří tyto obory: pediatrie, rehabilitace, neurologie, ortopedie, pracovní terapie, logopedie, psychologie, sociální péče a pedagogika. S věkem dítěte se mění i způsob péče. Péče o děti s DMO začíná během porodu nebo časně po něm. Stále diskutovanou otázkou je vliv časně terapie na prognózu. Významná je i podpora věnovaná rodičům a rodině dítěte s DMO, neboť pacienti žijí s tímto onemocněním celý život. Poskytovaná péče by měla být provázaná od dětství do dospělosti. Je známé určité zhoršení prognózy v dospělosti. Není zcela jasné, zda je vlivem pokračování následků původní statické encefalopatie nebo zda souvisí s menší intenzitou péče. Někteří ztratí schopnost stát a chodit nebo se sami najíst. Kromě zdravotní péče vyžadují pacienti s DMO i odpovídající výuku. Je to úloha pro speciální pedagogiku. Více než polovina dětí s DMO má střední nebo těžké poruchy učení. V posledních letech se klade důraz na integraci dětí s DMO do normální výuky, proto se diskutovaly klady i zápory tohoto postupu. V každém případě je důležité, aby učitel i ostatní znali schopnosti dítěte a podle nich připravili plán a program výuky. Děti s DMO potřebují odpovídající předškolní přípravu, zhodnocení jejich schopností a sestavení plánu vzdělávání. Vhodně sestavený předškolní program usnadní integraci dítěte do základní školy. (Kraus, 2005)

#### **4.10 Léčba DMO**

U léčby DMO musíme mít vždy na paměti, že jde o poškození mozkových struktur, které je nevratné, tudíž pod pojmem léčba rozumíme spíše metody a techniky, které jsou zaměřeny na zmírnění projevů DMO. Tyto metody a techniky dělíme na kompenzační a reedukační. Kompenzací rozumíme takové metody a techniky, popř. protetické pomůcky, které postiženému umožňují provádět pohyby, které by bez této podpory nezvládl. Reedukační postupy vycházejí z předpokladu (Vojtův koncept), že některé pohybové vzory

jsou součástí výbavy každého jedince a poškozením mozku došlo k jejich narušení, které lze nalezením alternativních neurofyziologických drah opět obnovit. (Kudláček, 2012)

Terapie DMO je založena především na včasné rehabilitaci – fyzioterapii, kdy doporučujeme nejčastěji Vojtovu metodu, mezi další vhodné metody patří metoda manželů Bobathových, Kabatova metoda, Petöho metoda a mnohé další. Vždy je nezbytná soustavnost a trpělivost, ukončit rehabilitaci u spastické formy DMO je prakticky nemožné. Součástí péče by měla být rovněž rodinná psychoterapie, sociální výpomoc, respitní péče, u starších dětí i další složky rehabilitace, jako např. ergoterapie. Vždy je užitečný pobyt dítěte s matkou ve specializovaných lázních. U dětí s výraznou spastickou je potřeba spolupracovat s ortopedy a včas zvážit operační zákrok. Přínosem u spastických forem může být aplikace botulotoxinu v kombinaci s intenzivní rehabilitací. Méně často se dnes provádějí selektivní zadní rhizotomie k redukci spasticity. (Komárek, Zumrová, 2008)

#### **4.10.1 Vojtova metoda**

Koncem 50. let minulého století Václav Vojta zpozoroval při určité manipulaci s dítětem předškolního a školního věku s infantilní spastickou diparézou změnu spasticity a změny ve svalových souhrách, které vykazovaly pravidelnost. Poprvé u těchto dětí vznikaly takové svalové funkce, které byly dosud z funkce vyřazeny. Výsledkem léčby jsou globální změny držení těla. Jde o pohybový vzor, který se rozšíří na celé tělo. (Kraus, 2005).

Václav Vojta roku 1993 se svými spolupracovníky jasně prokázal, že u dětí ohrožených MO lze zahájením rehabilitace do pátého měsíce věku sekundárně preventivně zabránit rozvoji lehčích a středně těžkých spastických forem mozkové obrny, u zbytku dětí s nejtěžším postižením mozku alespoň značně zmenšit tíži jejich postižení. Včasná diagnostika a léčba má velký význam i pro vertikalizaci a lokomoci. U 2/3 hybnou poruchou ohrožených dětí se díky včasnému a správnému postupu mozková obrna vůbec nerozvine. U zbývajících 1/3 včas a správně léčených dětí jsou alespoň větší předpoklady k dosažení co nelepší kvality života – limitem je u nich především tíže mentální retardace. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

Vojtova metoda je zaměřena především na jedince s mozkovou obrnou, dále je užitečná u některých ortopedických vad, u dospělých po náhlé mozkové příhodě a dalších. Provádí ji odborně školení fyzioterapeuti a instruovaní rodiče. Tato metoda je nejúčinnější v kojeneckém věku. Označuje se také jako reflexní lokomoce, kam patří reflexní otáčení a



reflexní plazení. Obojí se vybavují za pomoci tzv. spouštěcích zón, což jsou přesně vymezená místa na končetinách a trupu. (Opatřilová, Nováková, Vítková, 2012)

#### **4.10.2 Metoda manželů Bobathových**

Tato metoda se opírá o poznatky z vývoje zdravého jedince. Cílem je získat senzomotorickou zkušenost a začlenit ji do funkce. Prostředkem je tzv. „handling“: použití inhibičních, stimulačních a facilitačních technik. Rodiče jsou instruováni v handlingu – v manuálním vedení, manipulaci s dítětem a stimulaci správných pohybových vzorů během denních aktivit (kojení, nošení, hygiena, sebeobsluha). Handling se provádí denně a je přizpůsoben potřebám dítěte. Předmětem zájmu je hrubá a jemná motorika, koordinace oko-ruka, hra, sebeobsluha, poruchy percepce a vývoj orálních vzorů. (Trojan, 2001)

#### **4.10.3 Petöho terapie**

Tato metoda je založena na pedagogickém působení, které vede k aktivnímu učení. Vychází z aktivace a motivace k překonání problémů. Nepracuje se izolovaně na jedné dysfunkci, ale působí na komplexní vývoj osobnosti. Klade důraz na propojení hrubé motoriky a řeči, každý motorický cvik má svůj rým, čímž vzniká automatizace a postupně se tvoří vzpomínka v motorické paměti. Součástí je používání speciálního nábytku, který vede k aktivnímu uchopování, opírání se a držení, stoj, lezení a orientaci v prostoru. Tato metoda je obtížně využitelná u malých dětí, protože při ní dítě pracuje svou vůlí pouze se slovním vedením. (Klenková, 2000)

#### **4.10.4 Arteterapie**

Arteterapie je skvělou příležitostí k projevení dětské tvořivosti, sebevyjádření, komunikace a interakce. Děti přenášejí své vědomí do tvorby, soustředí se na tuto práci, která je současně zábavou a vede k lepší toleranci nemoci, příp. zpřijemňuje pobyt v nemocnici. Při arteterapii kromě psychického uvolnění dochází i k rozvoji jemné a hrubé motoriky. Pomůcky jsou voleny podle druhu postižení dítěte a jeho vlastního zájmu. Nejčastějšími pomůckami jsou papír a tužka, pokud dítě tužku neudrží, mohou se volit jiné alternativy – např. prstové barvy, kdy děti malují přímo rukama. Děti mohou stříhat a vytvářet různé koláže, modelovat z hlíny nebo plastelíny. (Kraus, 2005)

#### **4.10.5 Muzikoterapie**

Muzikoterapie je léčebná metoda, která používá terapeutického působení pomocí hudby. U nás je bohužel poměrně opomíjenou oblastí. Pomocí muzikoterapie lze ovlivnit disharmonie a navodit vnitřní soulad. U DMO je hlavním přínosem uvolnění, snížení spasticky a celková harmonizace organismu. (Kraus, 2005)

#### **4.10.6 Hipoterapie**

Velmi oblíbenou metodou při léčbě DMO i v našich podmínkách je hipoterapie. Při lokomoci na koni dochází k cyklickému pohybu těžiště s cyklickými změnami reaktivní síly na oporné ploše těla. Rytmus cyklu je odlišný od rytmu člověka a musí dojít k přizpůsobení – musí dojít ke vzniku nového adaptivního posturálního programu, což vyžaduje aktivní činnost řídicí nervové soustavy. Hipoterapie je u dětí s DMO vhodná proto, že aktivně zasahuje do řídicích pochodů CNS na všech úrovních i na té nejvyšší – psychické. Hipoterapie vyúsťuje z metody manželů Bobathových ve chvíli, kdy vertikalizované dítě jeví tendenci pohybu vpřed. Dále dochází k inhibici tonu, potlačování hybných patologických stereotypů a facilitaci posturoreflexních mechanismů. Použití hipoterapie přichází v úvahu u všech forem DMO, musí být však dobrý stav kyčelních kloubů, vyšší stupně luxace jsou kontraindikací, stejně jako výrazný spasmus adduktorů, který brání posazení na koně. Dítě by mělo ovládat sed nebo alespoň sed s minimální oporou. Zvýšenou pozornost vyžadují děti s epilepsií v anamnéze. U těžkých forem DMO je možností pasivní hipoterapie, kdy dítě buď sedí, nebo ho položíme přes koně, příp. se položí na krk koně. Hipoterapie je doplňující forma rehabilitace. (Kraus, 2005)

#### **4.10.7 Lázeňská léčba**

Lázeňská léčba představuje u dětí s DMO velice intenzivní léčebnou rehabilitaci. Kromě LTV a fyzikální terapie se využívá také klimatoterapie, ergoterapie, případně psychoterapie. Velikou výhodou je, že dostatek času na procedury a dítě i doprovod se mohou soustředit výhradně na léčení, což běžně nebývá možné. V lázních je s dítětem většinou přítomen rodič, což je velmi žádoucí z edukačního a psychologického důvodu. Děti s DMO by měly lázeňský pobyt absolvovat alespoň jednou ročně. (Kraus, 2005)

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

Praktická část podává informace o výzkumném šetření. Popisuje cíle práce, výzkumné otázky, použité metody šetření, charakteristiku výzkumného vzorku a prezentaci výsledků.

### **5 CÍL PRÁCE**

Cílem mé práce je zjistit význam a průběh integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou v běžných mateřských školách.

Pro dosažení tohoto cíle je třeba splnit následující body:

1. Nastudovat teoretické znalosti z různých zdrojů o integraci dětí, předškolním vzdělávání, dětské mozkové obrně.
2. Sestavit otázky pro polostrukturované rozhovory, které budou vedeny s pedagogy, asistenty integrovaných dětí a jejich matkami.
3. Sestavit záznamové archy, do kterých budu vyplňovat, co jsem vypořezovala.
4. Vyhledat 3 děti s DMO, které jsou integrovány v běžné mateřské škole.
5. Prostudovat dostupné materiály o dětech: lékařské zprávy a záznamy jiných provedených vyšetření.
6. Sestavit kazuistiky těchto dětí.
7. Provést rozhovory s pedagogy, asistenty a matkami integrovaných dětí.
8. Provést pozorování integrovaných dětí v mateřské škole.
9. Zpracovat zjištěné výsledky.

### **6 VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

*Výzkumná otázka č. 1: Jak se dítě s DMO začleňuje mezi ostatní děti ve třídě?*

*Výzkumná otázka č. 2: Jak se na integraci dívají pedagogové, asistenti a rodiče integrovaných dětí?*

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je přínos integrace dětí s DMO v běžných mateřských školách?

Výzkumná otázka č. 4: Jak reaguje většinová společnost na děti s DMO?

## 7 METODOLOGIE VÝZKUMU

V praktické části práce uplatňuji kvalitativní výzkumný přístup.

Jako výzkumné techniky jsem zvolila:

- Analýza dostupných dokumentů
- Zúčastněné pozorování
- Polostrukturovaný rozhovor

Výzkum probíhal od ledna do poloviny března letošního roku. Interpretace výsledků je uvedena kazuistikami tří dětí s DMO. Jedná se o shrnutí základních informací, které jsem nastudovala z dostupných dokumentů nebo zjistila rozhovory a pozorováním.

Jako první metodu kvalitativního přístupu jsem zvolila analýzu dokumentů. Analýza dokumentů dle Miovského (2006, s. 99): „*Analýza dokumentů má za účel zpracovávat materiál, který nemusí (ale může) být vytvořen výzkumníkem v procesu výzkumu, který již existuje, a výzkumník většinou pouze dle svého výzkumného cíle materiál vybírá, provádí selekci, případně různé úpravy atd.*“

Dokumenty mi byly poskytnuty matkami nebo pedagogy dětí po předchozím svolení rodičů. Jednalo se nejčastěji o lékařské zprávy, zprávy z logopedických vyšetření, záznamy vyšetření ze speciálně pedagogických center, závěrečné zprávy z lázeňských pobytů, individuální vzdělávací plány.

Jako další jsem zvolila metodu polostrukturovaného rozhovoru. Miovský (2006, s. 159–160) o něm píše: „*Polostrukturované interview je zřejmě vůbec nejrozšířenější podobou metody interview, neboť dokáže řešit mnoho nevýhod jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného interview. Polostrukturované interview vyžaduje oproti nestrukturovanému náročnější technickou přípravu. Vytváříme si určité schéma, které je pro tazatele závazné. Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát... Některé okruhy jsou ponechány více na tazateli, včetně samotného znění a*

*pořadí otázek, jiné části naopak mohou mít plně strukturovanou formu a vyžadujeme u nich po tazateli striktní dodržení pořadí a znění otázek.*“ Abych mohla sestavit otázky pro rozhovory, musela jsem nastudovat poměrně velké množství informací z různých zdrojů. Rozhovory jsem prováděla s pedagogy, asistenty a matkami integrovaných dětí. Rozhovory s pedagogy a asistenty probíhaly v mateřských školách, rozhovory s matkami se uskutečnily v různých prostředích. Rozhovor s matkou Elišky probíhal na dvě etapy. Nejprve v kavárně, podruhé u nich doma. S matkou Marečka jsem rozhovor prováděla v jejich domácím prostředí a s matkou Anežky v cukrárně. Při rozhovorech s matkou Elišky a Marečka byly děti přítomny, při rozhovoru s matkou Anežky dívka přítomna nebyla. Někdy dotazovaní nepochopili smysl otázky a odpovídali na něco jiného, proto jsem musela otázky upřesnit. Odpovědi jsem zaznamenávala do svého notebooku. V přílohách práce uvádím v rozhovorech pouze odpovědi na otázky, které jsem měla připravené. Dotazovaní mi ale během rozhovorů sdělili další informace, které jsem se snažila zahrnout do kazuistik dětí. Všem respondentům jsem před rozhovory sdělila záměr, cíl a využití informací, které mi poskytnou. Souhlas se zařazením rozhovorů do mé výzkumné práce byl pouze slovní. K zajištění anonymity respondentů nejsou uváděny žádné osobní údaje. Délka jednoho rozhovoru byla asi 60 minut.

Poslední metodou, kterou jsem využila, bylo skryté zúčastněné pozorování, o kterém Miovský (2006, s. 153) píše: „*Skryté pozorování je zvláštní formou zúčastněného pozorování, při kterém nejsou účastníci výzkumu informováni o tom, že jsou v rámci nějakého výzkumu pozorováni. Nevědí tedy o pravém účelu jednání pozorovatele a nevědí, že jejich vlastní jednání je nějak zaznamenáváno. Pozorovatel se tak mezi nimi pohybuje, „jako by byl jedním z nich“, a pozvolna svým pozorováním shromažďuje údaje potřebné pro výzkum. Zapojuje se tedy do běžných interakcí, vyhledá si určité místo a roli ve skupině, kde výzkum provádí, a děje se tak po celou dobu až do ukončení kontaktu.*“ Paní učitelky sice věděly, že provádím pozorování, ale cílová skupina – děti – nevěděly. Pozorování jsem prováděla v mateřských školách, které děti navštěvují, v případě Marečka i v jeho domácím prostředí. Při pozorování v mateřských školách jsem se soustředila především na to, jak se dítě chová v tomto prostředí, jak komunikuje s ostatními dětmi a jak se účastní různých aktivit. Vypozorované údaje jsem zaznamenala do záznamových archů a popsala v kapitole č. 9.3.

## 8 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU

Pro výzkumné šetření bakalářské práce jsem si zvolila 3 děti, které mají diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu a jsou integrovány v běžných mateřských školách. Jedná se o dvě dívky a jednoho chlapce. Chlapce znám z prostředí svého bydliště, ostatní dvě dívky jsem našla prostřednictvím internetu a SPC v Plzni. Nejprve jsem se domluvila telefonicky s ředitelkami mateřských škol a matkami dětí. Potom následovala osobní setkání s matkami dětí a návštěvy v mateřských školách.

## 9 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Interpretace výsledků obsahuje kazuistiky tří sledovaných dětí, analýzu rozhovorů a popis pozorování.

### 9.1 Kazuistiky

#### 9.1.1 Eliška, narozena 2007; 7,5 roku

*Diagnóza:* DMO spastická diparéza až kvadruparéza

*Charakteristika mateřské školy:* Eliška navštěvuje mateřskou školu s environmentálním zaměřením. Škola byla otevřena roku 1966. Budova školy je podsklepená, dvoupatrová, obklopuje ji zahrada o rozloze 1800 m<sup>2</sup>. V roce 2009 bylo zrealizováno zateplení a nový vzhled školy. V roce 2010 byla započata rekonstrukce interiéru školy z dotace EU. Během roku 2011 pokračovala modernizace a celková rekonstrukce školy výměnou topných těles, byly nově provedeny elektrické rozvody a vyměněno veškeré osvětlení v budově, byly zrekonstruovány umývárny ve třech třídách a přizpůsobeny pro možnou integraci postižených dětí. Do učebny byla instalována interaktivní tabule pro obohacení výuky dětí. Školní zahrada byla doplněna o mlhoviště, dopravní hřiště o dřevěný domek na koloběžky, v nově připojené části zahrady vznikla indiánská osada. Součástí osady je teepee, totem, kánoe a kůň. Kolem celého areálu mateřské školy bylo vyměněno oplocení. V budově školy jsou 4 třídy po 26 dětech, pracuje zde celkem 7 učitelek, 1 paní ředitelka, která je zároveň učitelkou, a 1 asistentka pedagoga.

*Osobní anamnéza:* Dítě z rizikového těhotenství po umělém oplodnění, vyvolaný porod v 38. týdnu těhotenství pro vysoký TK matky. Poporodní adaptace – byla spavá, jinak bez obtíží. Ikterus nebyl. Přechod na normální stravu byl bez obtíží. Kyčle při ortopedickém vyšetření byly s normálním nálezem. Očkována byla dle kalendáře.

Motorický vývoj odpovídal věku do cca 1 roku, kdy přetrvávala chůze po špičkách a stáčela nohy dovnitř. Byla sledována v odborné poradně neurologické od roku věku. Postupně rozvoj DMO – spastická di-quadruparéza s maximem na dolních končetinách a levostrannou převahou. DMO diagnostikováno v roce a půl. V roce 2011 prodělala frakturu zápěstí vlevo po pádu z koně. V květnu roku 2013 prodělala plané neštovice. V září 2013 operace – prodloužení Achillových šlach. Jednou jí byl aplikován botulotoxin do oblasti m. gastrocnemius na obou dolních končetinách. Alergií netrpí, léky neužívá.

*Rodinná anamnéza:* Eliška žije v neúplné rodině pouze s matkou, tatínek je opustil, když byly Elišce 3 roky. Bydlí v domě spolu s prarodiči, sourozence nemá. Matka trpí hypofunkcí štítné žlázy.

*Školní anamnéza:* Navštěvuje běžkou mateřskou školu od 4 let, docházka podpořena účastí asistenta pedagoga. Ve školce se jí líbí, dobře se adaptovala, letos má druhý odklad školní docházky.

Eliška je dívka s těžkým tělesným postižením, nevyrovnanými rozumovými schopnostmi – v rozmezí pásma průměru až po pásmo lehké mentální retardace, celkově v pásmu výrazného podprůměru, s poruchou pozornosti, narušenou komunikační schopností, patrna zvýšená unavitelnost CNS, kolísavý výkon v závislosti na aktuálním psychickém stavu a kvalitě koncentrace, shodný typ laterality typu P-/P.

*Komunikace:* Expresivní řeč na úrovni slov a krátkých vět, nosová výslovnost, neobratná oromotorika – mluví pomalu, potichu, artikulace náročná pro ni, na požádání zopakuje svoje sdělení. Mluvní projev srozumitelný pouze v okruhu blízkých osob. Na logopedii dochází 1x/2 týdny.

*Logopedická diagnóza:* centrální spastická dysartrie a dysfonie. Doporučení logopedky: stimulace orofaciální oblasti, dechová a fonační cvičení.

*Motorika:* Pohybuje se na vozíku, v bezpečném prostředí někdy používá chodítko, ale spíše se pohybuje ležením po čtyřech. Oběma rukama chytí a odhodí míč. Větší i menší korálky navléká zručně a trpělivě, dokáže postavit komín z dvanácti kostek, tužku drží v prstech pravé ruky korektním způsobem, podle vzoru nakreslí křížek, kolečko, horizontální i vertikální čáru. S menší nepřesností kreslí i trojúhelník, kresbu postavy umístí rovnoměrně v ploše, odstříhne kousek papíru.

*Kompenzační pomůcky, které využívá:* Mechanický vozík, chodítka, polohovací lehátko, loped (tříkolka). Ve školce je nezbytný schodolez, který školka získala díky dotacím z EU. Při příchodu do třídy musí totiž překonat schody. Se schodolezem manipuluje většinou asistentka pedagoga.

*Vědomosti:* Umí pojmenovat předměty denní potřeby, určí užití. Pozná druhy ovoce a zeleniny, zná domácí i exotická zvířata, napodobí jejich hlasy, ví, kde je nahoře a kde dole. Ukáže méně, více, hodně, málo. Určí první, poslední, nejmenší, největší předmět, ví, kde je před, a kde je za. Kostky skládá samostatně podle velikosti, v řadě je spočítá do dvaceti, pozná číslice do deseti, přiřadí příslušný počet prvků. Samostatně složí obrázek z dílů, zná základní i doplňkové barvy. Najde, který předmět nepatří do daného souboru a své rozhodnutí dokáže zdůvodnit. Absurdity na obrázku pozná a vysvětlí.

*Sebeobsluha:* Částečně je samostatná, sama se nají lžičkou, vidličkou, napije z hrnečku, svléká i obléká se s dopomocí, když potřebuje na záchod, řekne si.

*Pracovní tempo* pomalejší, jak u manipulačních tak u verbálních činností – vinou kombinovaného postižení, má ráda panenky a zvířátka.

V současné době navštěvují logopedii (1x týdně), fyzioterapeutku (1x týdně), hipoterapii (jednou za 1–2 týdny), nepravidelně MUDr. Živného, foniatrickou kliniku v Praze, neurologii, ortopedii v Brně. 1–2 krát v roce absolvují měsíční pobyt v lázních, který je pro rodinu finančně náročný.

*Fyzioterapie:* V době diagnostikování DMO začali cvičit VRL, která později byla nemožná z důvodu velkého svalového tonu. Později zkoušeli hledat další varianty přes ranou péči – využívali metodu manželů Bobathových a protahování bez VRL. Bohužel navzdory všem zásahům se Elišky stav zhoršoval – především v oblasti hrubé motoriky. Hledali další varianty – našli metodu FPIT MUDr. Živného, která spočívá ve stlačování bodů, které má Eliška nakresleny různě po těle. Stlačování se provádí 6x denně po dobu několika sekund. Nedávno změnili fyzioterapeutku, která začala znovu s VRL. Zatím nejsou vidět žádné pozitivní výsledky. I lázeňské pobyty mají pouze krátkodobý efekt. Maminka je z toho bezradná, zjišťuje informace ohledně opětovné a důkladnější diagnostiky, která by objasnila příčiny zhoršujícího se zdravotního stavu Elišky. Hledá někoho, kdo by jí poradil, co s Eliškou dál.



Eliška je velice vnímavá ke svému okolí. Rychle se přizpůsobuje změnám ve svém okolí a bere je na vědomí. Bez větších problémů byla schopna osvojit si pravidla, která musí žáci MŠ dodržovat, i harmonogram dne. Došlo ke zlepšení v oblasti komunikace. Nenavazuje kontakt jen taktilně, ale i verbálně, což pomohlo k úspěšnější integraci. Stále je však žádoucí pokračovat v rozvoji komunikačních dovedností. Na základě odborných konzultací byla Elišce stanovena speciální cvičení, která pomáhají k rozvoji hrubé i jemné motoriky, což zůstává nejdůležitější oblastí nutné během předškolního vzdělávání rozvíjet.

*Doporučení pro IVP 2014/2015:*

- Rozvíjet hrubou motoriku při všech řízených pohybových aktivitách
- Rozvíjet jemnou motoriku (navlékání, provlékání, vystřihování tvarů, lepení, zabalení a rozbalování předmětů)
- Rozvoj rozumových schopností (rozpoznat a definovat mince, různé materiály, vysvětlení jednotlivých skutečností, řešení jednoduchých situací.
- Podpora sluchové paměti (opakování a napodobování zvuků)
- Dopomáhat při nácviku sebeobsluhy (knoflíky, zip, nácvik vázání uzlu, oblékání, svlékání)
- Vnímání a pojmenovávání jednotlivých částí těla
- Cvičení koncentrace pozornosti
- Rozvíjení grafomotorických dovedností (obtahování tvarů – trojúhelník, kosočtverec, obtahování písmen
- Rozvoj vyjadřovacích schopností, logopedická péče (práce s obrázky, řazení posloupného děje, popisování děje, samostatné dokončení jednoduchého děje)
- Podpořit dítě účastí asistenta pedagoga během docházky do MŠ
- Poskytnout dítěti všestrannou podnětovou stimulaci
- Spolupráce s poradenským zařízením SPC

Ve školce píše Elišce asistentka pedagoga zhodnocení za každý měsíc. Pro ilustraci uvádím poslední zhodnocení z února letošního roku. Možná k nahlédnutí v příloze E v zadní části práce.

### **9.1.2 Mareček, narozen 2007, 7 let**

*Diagnóza:* spastická, diparetická forma DMO, drobná neurologická stigmatizace, mikrocefalie, psychomotorická retardace.

*Charakteristika mateřské školy:* Mareček navštěvuje mateřskou školu v malé obci. Škola byla založena v roce 1961, sídlí v přízemní budově bývalé orlovny. Jedná se o jednotřídní mateřskou školu s kapacitou 25 žáků. V budově se nachází velká třída (využívaná ke hře, odpočinku a stravování), šatna, sociální zařízení, školní kuchyň, jídelna pro žáky ZŠ. Na budovu školy přímo navazuje školní zahrada. V mateřské škole je uplatňován školní vzdělávací program Hrajeme si celý rok, vytvořený v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání. Veškeré snažení všech zaměstnanců směřuje k tomu, aby zde dítě bylo maximálně šťastné a spokojené. Velkou péči věnují spolupráci s rodiči a jejich informovanosti. Tradicí je spolupráce se ZŠ, spolkem OREL, pedagogicko-psychologickou poradnou a logopedkou. Pracují zde 2 pedagogické pracovnice, 1 asistentka pedagoga.

*Osobní anamnéza:* Dítě z II. gravidity, průběh gravidity bez komplikací, kontakt se škodlivinami ani žádné onemocnění matka neudává, biochemický screening v normě, UZ vyšetření prováděl ošetřující gynekolog, koncem gravidity se zdál plod menší, matka hospitalizována na pozorování, ale upravilo se to. Porod ve 40. týdnu spontánně záhlavím, poporodní průběh bez komplikací, domů byl propuštěn jako zdravý. Od narození byl velmi dráždivý kojeneček. Ve věku 3,5 měsíce pro výraznou dráždivost při teplotách s dyskinezou končetin odvezen RZP do nemocnice. Chlapec byl při vědomí, při teplotách promodrával, patrně se jednalo o febrilní křeče. EEG byla bez epileptické abnormality, CT mozku v normě. Na magnetické rezonanci patrná mikrocefalie pod dolní hranicí normy bez známek nitrolební hypertenze. Od narození má strabismus, od 1 roku nosil brýle s okluzorem, po dalších vyšetřeních indikována operace očí ve třech letech. Brýle stále nosí. Další operace: září 2013 akutní apendicitida, prosinec 2013 operace Achillových šlach. Alergií netrpí. Z léků užívá Diazepam při teplotě.

*Rodinná anamnéza:* Matka (1981), dříve pracovala jako sanitářka v domově důchodců, od osmnácti let sledována pro šelest na srdci, momentálně bez obtíží.

Otec (1979), alergik, současně bez obtíží, pracuje jako kuchař v domově důchodců. Mareček bydlí s rodiči a starším bratrem (je zdrav, navštěvuje 4. třídu ZŠ) na malé vesnici v rodinném domě.

*Školní anamnéza:* Mareček navštěvuje mateřskou školu od 4,5 roku. Jsou v dlouhodobém kontaktu s ranou péčí, která je pravidelně navštěvuje. Vždy Marečka zhodnotí, stanoví nějaký cíl, něco, co by mohl zlepšit. Matka považuje ranou péči za velice přínosnou.

*Komunikace:* Slabikovat začal v roce a půl, ve třech letech řeč stagnovala na úrovni asi pěti slov. O půl roku později začal opakovat slova. Samostatně začal slova používat asi ve čtyřech letech, kdy zvládnul i doplnit básničku. Nyní mluví v krátkých větách, značně dyslálicky. Když má velkou radost a chce něco rychle říct, vůbec mu není rozumět. Logopedka dochází do školky dvakrát týdně.

*Hrubá motorika:* Chlapec je mobilní s omezením – nyní schopen chůze na kratší vzdálenost, chůze výrazně nestabilní, o široké bazi, špičky vtáčí dovnitř, rukama hledá oporu. Sed možný ve speciální židliče s klínkem a opěrkami, při sedu na běžné dětské židliče sklouzává.

*Jemná motorika:* Navléká tvary na vícebodový návlek samostatně pravou rukou, po upozornění se zrakovou kontrolou. Ze sedmi kostek staví komín, most z kostek po opakovaných pokusech se nedaří, staví v obrácené poloze. Kalíšky dle velikostí staví na sebe nahodile. Úchopy prstové s opozicí palce.

*Grafomotorika:* Kreslí pravou rukou, úchop tužky neadekvátní – ukazováček, prostředníček a palec přes tužku. Kruh napodobí kroužením, napodobí čáru svislou i vodorovnou. Spojí pod přímým vedením dva body na ploše ve směru vodorovném i svislém.

*Fyzioterapie:* Od půl roku cvičí VRL, kterou matku naučili v dětském centru. Cvičila s Marečkem poctivě, chodili na kontroly do dětského centra na rehabilitaci. Dodnes tam dojíždí dvakrát týdně na rehabilitaci, kde s Marečkem cvičí školený fyzioterapeut. Vždy stanoví, co je pro Marečka důležité: nacvičují chůzi, snaží se zlepšit stabilitu, navodit správné pohybové vzory v nižších polohách, stojí i chůzi; posílit hluboký stabilizační systém a uvolnit zkrácené svaly. Mamince jsou dány instrukce, co je potřeba doma cvičit. Jednou do roka jezdí Mareček s maminkou na měsíční lázeňský pobyt do Klimkovic.

Poprvé tam byli, když byly Marečkovi necelé 4 roky. Maminka je za tyto pobyty velmi vděčná, vždy je po nich u Marečka vidět výrazné zlepšení v pohybu i řeči. Také oceňuje získání nových informací od ostatních maminek. Od tří let nosí Mareček na noc ortézy na obě dolní končetiny.

U Marečka jsou projevy neklidu, psychomotorické tempo je zrychlené, někdy je až zbrklý, nevydrží dlouho v klidu. Stále si strká drobné předměty do úst, dle maminky to dělá naschvál. S pozorností dlouho nevydrží, má ale výbornou mechanickou paměť, opakuje po starším sourozenci, když se učí do školy, pamatuje si spoustu věcí.

*Sebeobsluha:* Částečně je samostatný, sám pije z hrnečku, nají se sám, na záchod si dojde, ale potřebuje dopomoc v oblékání.

*Doporučení pro IVP 2014/2015:* Rozvoj hrubé motoriky, míčkování, stimulace při cvičení na míči, při pobytu venku a při všech řízených aktivitách. Stimulace jemné motoriky/masáže dlaní, prstová cvičení, zdokonalování techniky navlékání a provlékání, při konstruktivních hrách. Bude rozvíjet kresebný projev, uvolňovat horní končetiny cvičením a s použitím kompenzačních pomůcek. Provádět nácvik úchopu, rozvíjet grafomotoriku, obohacovat slovní zásobu, pracovat s obrázky. Snaha o rozvoj sebeobslužných návyků a při stolování. Rozvíjet celkovou osobnost dítěte.

### **9.1.3 Anežka, narozena 2009; 5,5 roku**

*Diagnóza:* DMO levostranná hemiparetická forma s převahou na LHK, těžká adnatní hypotrofie, mikrocefalie, oční vada s korekcí – alterující esotropie, opoždění vývoje řeči a celkového psychomotorického vývoje, syndrom ADHD.

*Charakteristika mateřské školy:* Mateřská škola na malém městě pochází z 80. let. Jde o samostatnou budovu s vlastní kuchyní. Má dostatečně velké prostory, kapacita tří tříd je podle hygienických předpisů 85 dětí. Prostorové uspořádání tříd vyhovuje skupinovému, individuálním i frontálním činnostem. Ve všech třídách jsou vytvořeny hrací koutky. Vybavení hračkami a pomůckami je na dobré úrovni. V minulém kalendářním roce byl vyměněn nábytek v šatně II. a III. třídy. Kolem školy je rozsáhlá zahrada se stromy a dětským hřištěm. Pracuje zde 5 učitelek a jedna asistentka pedagoga.

*Osobní anamnéza:* Dítě z rizikového těhotenství, první gravidity, poloha záhlavím, narozena císařským řezem ve 34. týdnu těhotenství z důvodu závažných komplikací v těhotenství, intrauterinní růstová retardace, při porodu hmotnost 1300 g. Po vybavení

kříšena, poté distanční dechová podpora, pro stoupající potřebu O<sub>2</sub> a ventilační nestabilitu podán surfaktant, zahájena ventilace, od počátku dítě nemočilo ani po opakovaných dávkách diuretika (Furosemid). Při opakovaném podávání plazmy zlepšení hladiny bílkovin. Čtvrtý den pobytu přeložena na JIP Motol, 3 dny prováděna peritoneální dialýza. Přeložena zpět 9. den. Po přijetí extubována, od té doby bez dechové podpory. V neurologickém nálezu dominovala zvýšená dráždivost, neklid, ataky pláče. Léky neužívá, alergií netrpí. Operace a hospitalizace nebyly.

*Rodinná anamnéza:* Matka (1979), prodavačka, od r. 2006 sledována pro tachykardii, palpitace, mírný prolaps předního cípu mitrální chlopně, léčeno Betaxou. Otec (1977), dělník, zdrav. Anežka bydlí s rodiči v moderním rodinném domě na malém městě.

*Školní anamnéza:* Od září 2013 navštěvuje mateřskou školu v místě bydliště, za účasti asistentky pedagoga. Ve školce se jí líbí, dobře se adaptovala.

*Komunikace:* Anežka je komunikativní holčička, v současné době se výrazně rozvíjí aktivní složka řeči. Anežka používá i víceslovné věty, zapamatuje si krátkou říkanku. Nyní pod dohledem logopedky ještě pracují na zlepšení srozumitelnosti řeči. Anežka je velmi milá, usměvavá a zvědavá holčička. Je přirozeně velmi motivovaná k činnosti, je zvyklá úkol dokončit, zlepšilo se i soustředění, většinou pěkně spolupracuje.

*Hrubá motorika:* Hemiparéza, chodí bez opory od 2,5 roku, stáčí LDK do vnitřní rotace při chůzi, při stožení dochází až k rekurvaci kloubů, nohy lze korigovat do plantigrádního postavení. RTG kyčlí: coxa valga více vlevo.

*Jemná motorika, grafomotorika:* V jemně motorických činnostech udělala v poslední době obrovský pokrok. Dominantní pravá ruka, Anežka drží tužku funkčně správně, zvládá úchop i velmi drobných předmětů, např. při zapínání zipu, učí se stříhat. Levá ruka výrazně spastická, od začátku roku 2013 nosila ortézku, dnes už nenosí.

*Fyzioterapie:* Od narození cvičili Vojtovu metodu, kterou maminku naučili ve FN, 3 krát denně. Po nějaké době chodili na kontroly, fyzioterapeutka poskytla i různé rady, např. pelíšky, aby se Anežka zbavila hypotonie, pomalé hlazení, masáže. Do FN chodili do čtyř let věku. Když se Anežka zhoršovala, doporučila mamince dětská lékařka Vojtovo centrum v Českých Budějovicích. Naučili je tam nové cviky, dle maminky hodně

vypilované. Cvičí teď většinou 2 krát denně asi 15 minut. Jednou ročně většinou jezdí do lázní na 6 týdnů. V lázních: VRL, Bobath, cvičení na posílení, ergoterapie, vířivky, bazén, magnety. Zkoušeli i akupunkturu v Praze od raného věku Anežky, jehličku měla píchnutou na palci u nohy. Jednou týdně chodí na cvičení dětí do sokolovny se zdravými dětmi, na hipoterapii chodili od 3–4,5 roku, nyní už nechodí.

Anežka byla díky rané péči integrována do školky, navštěvovali je i doma, vozili hračky. Na logopedii chodí jednou za měsíc, na oční 2x do roka, dále je sledována na neurologii a nefrologii, oboje jednou za rok.

*Zrak:* Pěkně využívá zrak, všechny základní zrakové funkce jsou navozeny a upevněny. Bez větších problémů nosí celodenně brýle. Anežka dobře sleduje předměty v pohybu, přenáší pozornost bez obtíží, orientuje se v ploše i periferiích, vyhledá i menší obrázek v knížce. Nyní je třeba posilovat koordinaci oko – ruka a motivovat ke kvalitní zrakové pozornosti při zrakově náročnějších činnostech.

Anežka přiřazuje stejné obrázky k sobě, třídí i přiřazuje základní barvy a tvary, učí se je pojmenovávat. Zvládla přiřazování obrázku ke stínu obrázku, při skládání puzzle potřebuje dopomoci.

*Sebeobsluha:* Anežka je ve většině oblastí sebeobsluhy samostatná, nají se sama, napije, umyje si ruce, potřebuje dopomoc při oblékání a na toaletě, na záchod se musí vysadit. Na potřebu toalety upozorní.

#### *Doporučené činnosti v MŠ:*

- Práce s knížkami, časopisy, obrázky – vyhledávání detailů v obrázku, orientace v ploše.
- Činnosti s drobným materiálem – navlékání korálků, knoflíků, třídění luštěnin, stavění z malých kostek, lego, mozaiky samostatně i podle předlohy.
- Grafomotorické činnosti – vodorovné a svislé čáry, kroužení (uvolňovací cviky levé paže), práce s pískovničkou, modelínou, nůžkami, jakékoliv tvoření, omalovánky, obtahování jednoduchých obrázků, spojování bodů na papíře.
- Skládání obrázků z více částí – nejdříve skládání jednoduchých výrazných obrázků, fotografií, rozpůlených na 2 části, postupně i na více částí, poté klasické puzzle.

- Přiřazování stejných obrázků, pexeso, domino, hledání rozdílů mezi dvěma obrázky.
- Při hře upevňovat třídění, přiřazování a pojmenovávání základních barev, tvarů.

## 9.2 Výsledky získané na základě rozhovorů

Rozhovory považuji za velice přínosné, protože všichni dotazovaní jsou v každodenním kontaktu s dětmi a jsou o nich proto dobře informováni.

### 9.2.1 Rozhovory s pedagogy dětí

Při rozhovorech s třídními učitelkami dětí jsem se dozvěděla, že nejdéle má ve třídě integrovaného žáka paní učitelka Elišky, a to 4 roky. Další otázkou jsem chtěla zjistit, zda učitelky zaznamenaly nějaký vývoj dítěte za dobu, co jsou integrovány. Paní učitelky Marečka i Anežky uvádí, že se vývoj dětí posunul kupředu ve všech oblastech. Bohužel z neznámých důvodů u Elišky jde vývoj spíše dolů. Předchozí osobní zkušenost s integrací měla pouze paní učitelka Anežky, která měla ve třídě už integrovaných několik dětí s různými druhy postižení.

Z rozhovorů dále vyšlo najevo, že pro obeznámení s postižením dětí si všechny třídní učitelky studovaly informace o DMO na internetu, v knihách, od rodičů dětí a konzultacemi se SPC. V další otázce jsem se ptala, co integrace pro třídní učitelky obnáší. Nejčastěji uváděly, že musí hodně spolupracovat s asistentkou, přemýšlet, jak přizpůsobit program tak, aby se ho děti s postižením mohly účastnit. Paní učitelka Elišky musí činnosti hodně diferencovat nejen kvůli ní, ale i proto, že má ve třídě děti ve věku 3–8 let, což je široké věkové rozpětí.

Velice důležitou otázkou byla samotná integrace. Zjišťovala jsem, jaký pohled na integraci třídní učitelky mají a zda si myslí, že je přínosná pro integrované děti i ostatní děti ve třídě. Nejvíce se mi líbila odpověď paní učitelky Elišky: *„Jedině prospěšná. Pak-li, že škola má podmínky, je integrace ku prospěchu věci. Hlavně v oblasti prosociálních vztahů, děti nevnímají ty odlišnosti, přemýšlí jinak. Dochází jim určité věci – aby se Eliška vešla s chodítkem, nehrají si mezi dveřmi... Při příchodu nového žáka jsme ani nestihli o Elišce nic vysvětlit a děti to vysvětlily sami.“* Hezká byla i odpověď třídní učitelky Marečka: *„Myslím si, že pokud to podmínky dovolují, je integrace velice vhodná. Je důležité, aby děti viděly, že jsou mezi námi i děti s postižením, a učily se je přijímat. Předškolní věk je podle mě pro to vhodný, děti ještě nemají předsudky, je možné je v tomto*

*formovat.*“ Třídní učitelka Anežky hodnotí integraci jako přínosnou, protože děti poznají, že některé děti jsou jiné a naučí se přizpůsobovat.

Z rozhovorů také vyplynulo, že ani jedna třídní učitelka se nesečkala s negativními reakcemi rodičů ostatních dětí na integraci dětí s postižením do mateřské školy. Paní učitelka Anežky dokonce uvedla, že rodiče ve školce jsou už na to zvyklí, bylo tu integrovaných předtím více dětí s postižením. Poslední otázkou jsem chtěla zjistit, co pro učitelky znamená osoba asistentky pedagoga. Všechny tři se shodly, že je osoba asistentky velkou pomocí, v případě Elišky a Anežky si díky asistentce mohou dovolit plný počet dětí ve třídě. Učitelky s asistentkami úzce spolupracují, konzultují nápady, radí se.

### **9.2.2 Rozhovory s asistenty pedagoga**

Asistentkám pedagoga jsem pokládala některé otázky stejné jako třídním učitelkám. Všechny asistentky uvedly, že absolvovaly vzdělávací kurz asistenta pedagoga. Asistentka Marečka absolvovala i kurz osobního asistenta pro volnočasovou aktivitu a další časově méně náročné kurzy pod záštitou Charity. Mimo Marečka dělá ještě pod Charitou asistenta jiným dětem s postižením. Na otázku, jestli se setkaly za svou dosavadní kariéru s dítětem s DMO nebo jiným postižením, jsem dostala různé odpovědi. Asistentka Anežky se s žádným dítětem s postižením nesečkala, asistentka Marečka se setkala s dětmi s různým postižením v zaměstnání u Charity a asistentka Elišky měla na předchozím pracovišti ve třídě dítě s ADHD a ADD.

Další otázkou jsem chtěla zjistit, co pro asistenty znamenal nástup dítěte s postižením do třídy a zda si zjišťovaly informace o postižení. Asistentka Elišky si zjišťovala informace na internetu, z knížek, konzultacemi s různými odborníky z logopedie a fyzioterapie. Jezdí někdy s Eliškou a její maminkou za fyzioterapeutkou, aby ji naučila, jak má s Eliškou cvičit. Asistentka Marečka si zjišťovala informace od rodičů Marečka a z internetu. Asistentka Anežky sbírala informace především od maminky Anežky a k tomu ještě uvádí, že se jí hodily zkušenosti nabyté při výchově vlastních pěti dětí a z Motola, kde byla na operaci s jedním ze svých dětí. Stejně jako u učitelek jsem chtěla znát i názor asistentek na integraci handicapovaných dětí do běžných mateřských škol. Všechny tři si myslí, že integrace těchto dětí je přínosem. Uvádějí, že je dobré, když děti vidí, že existují děti s handicapem, a naučí se k nim chovat. Pro ilustraci vkládám tvrzení asistentky Anežky: *„Myslím si, že je přínosná, Anežka musí komunikovat s cizími lidmi, je dospělejší, samostatnější. Zraje rychleji, než kdyby byla jen doma. Děti na ní dávají pozor, naučily se*



*v její přítomnosti neběhat. Anežka nemá problémy navazovat kontakt, je veselá, děti ji berou, na vycházce ji chtějí vést za ruku, ale říkám jim, že ji musím vodit já, aby se něco nestalo.*“ Asistentka Marečka se domnívá, že přínos integrace závisí na druhu postižení. Neumí si představit těžce postižené dítě v klasické školce.

V další části rozhovoru jsem chtěla zjistit, co vše integrace pro asistentky obnáší, jak moc se věnují přípravám, jak spolupracují s pedagogy a jak se vlastně integrované děti zapojují do programu ve školce. Všechny asistentky odpověděly, že musí úzce spolupracovat s pedagogy a dopředu vymýšlet program tak, aby se ho děti s postižením mohly účastnit. Snaží se při tvorbě programu řídit pokyny, které mají děti doporučené v IVP. Nejtěžší je do programu zapojit Elišku, protože má velké pohybové omezení a také je jí velice špatně rozumět. Asistentka Elišky v rozhovoru rozebrala klasický den ve školce a popsal, jakým způsobem se snaží Elišku do programu zapojit (viz příloha A v zadní části práce – Rozhovor s asistentem pedagoga). Ostatní dvě děti se zapojují do všech činností, jen se jim někdy musí dopomoci. Poslední otázkou jsem se chtěla dozvědět, jak reagovali rodiče ostatních dětí na integraci dětí s DMO, jestli se asistentky setkaly s negativními reakcemi. Žádná z asistentek tuto zkušenost nemá.

### **9.2.3 Rozhovory s matkami integrovaných dětí**

Rozhovory s matkami dětí považuji za nejdůležitější, protože s nimi tráví od narození nejvíce času a mají přehled o všem, co je v minulosti potkalo. Chtěla jsem zjistit nejen informace ohledně integrace, ale i ohledně DMO u jejich dětí. Jednou z prvních otázek bylo, jestli se setkaly s DMO dříve než u svých dětí. Bylo pro mě zajímavým zjištěním, že žádná z matek se s tímto postižením dříve nesetkala. Protože vznik DMO je úzce svázán s těhotenstvím a porodem, moje další otázka zjišťovala okolnosti porodu dětí. U Marečka a Elišky byl porod v termínu a bez komplikací, u Anežky byl porod předčasný a komplikovaný. Maminka na něj vzpomíná následovně: *„Ve 34. týdnu při ultrazvuku na gynekologii doktor zjistil, že se plod nevyvíjí dobře, a rozhodl ukončit těhotenství císařským řezem. Anežce nefungovaly ledviny, narodila se ve středu, v neděli odeslána do Motola na peritoneální dialýzu. Po pěti dnech ji vrátili do Plzně, ledviny už fungovaly, narodila se ve zuboženém stavu, byla podvyživená, měla napíchnutou žílu v hlavě, dodávali tuky, centrální v noze – výživu, špatně trávila, problémy se vším, bojovala. Lékaři nedokázali říct, co se stalo, nedokázali stanovit prognózu. Jak rostla, bylo znát to postižení víc.“* Tato odpověď u maminky Anežky nám odpovídá zároveň na další otázku, která zněla: *„Kdy jste poprvé zjistili, že s Vaším dítětem není něco*

v pořádku?“ Matka Marečka udává, že začala mít podezření asi 3,5 měsíce od porodu, kdy Mareček promodrával, špatně dýchal a měl febrilní křeče. Už od porodu si ale uvědomovala, že je péče o Marečka jiná než o syna z předešlého těhotenství. Matka Elišky pojala podezření kolem jednoho roku věku Elišky, kdy se holčička začala stavět na špičky u nohou. Z rozhovorů dále vyšlo najevo, že byla u dětí odlišná i doba diagnostiky DMO. Nejdříve bylo postižení diagnostikováno u Anežky (několik měsíců od porodu), u Marečka kolem jednoho roku a u Elišky až v roce a půl. Další otázka se týkala získávání informací o DMO a kontaktů na odborníky z lékařské a rehabilitační péče. Matky nejčastěji získaly informace z internetu, od lékařů, díky rané péči a dvě matky uvádí, že nejvíce informací získaly od maminek jiných dětí při pobytu v lázních. Všechny maminky jsem dále poprosila, zda by mohly shrnout nějaký vývoj jejich dítěte po porodu. U všech dětí byl vývoj nějakým způsobem opožděný. Anežka začala chodit až ve 2,5 letech, Mareček ve 4,5 letech. Eliška se do jednoho roku vyvíjela normálně, její vývoj se zastavil, když začala obcházet nábytek. Od této doby se její zdravotní stav spíše zhoršuje.

Od DMO jsem se pozvolna přesunula k integraci. Stejně jako u učitelek a asistentek jsem chtěla znát i názor matek dětí na integraci. Všechny matky mají kladný postoj k integraci dětí s postižením do běžných mateřských škol, matka Elišky ale dodává, že pokud mají postižené děti mentální retardaci, do normální školky by neměly jít. Podobný názor má i matka Anežky, která říká: *„Když mají lehčí postižení, určitě by měly jít mezi zdravé, protože když by šly do stacionáře, nemělo by je co motivovat, naopak dítě hodně postižené, ležící, nejsem si jista, jestli by bylo vhodné integrovat v běžné školce.“* Nejvíce se mi líbil komentář matky Marečka: *Myslím, že je dobré, když se děti učí přijímat toho, kdo je odlišný, neponižovat ho nezesměšňovat ho. Děti by se měly učit ochotě pomoci. Myslím, že je důležité, aby se i člověk s postižením začlenil do společnosti, aby nebyl odškrtnutý, odstrčený. Každý by měl někam patřit. Každý by měl mít své místo.“*

Další moje otázka zjišťovala, kdy a proč se rodiče rozhodli pro integraci jejich dítěte do mateřské školy. Matka Elišky hledala nějakou speciální školku, které však byly plné. Zvažovala také stacionář, který však později zavrhla. Při návštěvě stacionáře si uvědomila, že bude lepší, když Eliška půjde mezi zdravé děti, které „ji potáhnou dopředu“. Na internetových stránkách školky, kam Eliška nyní chodí, se dozvěděla, že zde plánují integraci, proto kontaktovala paní ředitelku, a věci se daly do pohybu. Elišce tehdy byly 4 roky. Matce Marečka bylo doporučeno v lázních, aby hledala pro chlapce nějakou školku. Matka se o tom později zmínila při kontrole na rehabilitaci a od ledna

následujícího roku šel Mareček do školky. Byly mu 4 roky. I Anežka nastoupila do školky, když jí byly 4 roky. Rodiče nevěděli, zda dostanou asistentku do školky v místě jejich bydliště, proto raději měli domluvenou i speciální školku mimo bydliště. Asistentku nakonec dostali a Anežka mohla nastoupit do běžné školky.

Zajímalo mě také, co integrace přináší přímo matkám dětí. Matka Elišky díky integraci může chodit do práce, což je pro ni podstatné, protože je samoživitelkou. Otec Elišky od nich odešel a neplatí na ni. Dále oceňuje, že se Eliška může vzdělávat. Matce Marečka přináší integrace odpočinek, vyhovuje jí, že ho může někam dát, kde se o něj postarají. Je ráda, že Mareček přijde mezi děti a není na ni tolik fixován. Ve školce se jí také dostává povzbuzení od ostatních maminek. Matce Anežky integrace přináší radost. Je šťastná, že se Anežka do školky těší, je spokojená a učí se od zdravých dětí.

Další otázkou jsem chtěla zjistit, jak se jejich dítě adaptovalo v mateřské škole. Dle matek u Elišky byla adaptace bez problémů. Mareček zpočátku plakal, ale později si zvyknul. Anežka se adaptovala ve školce bez problémů, po nějaké době měla období vzdoru a pláče, což se později upravilo. Všechny matky shodně uvedly, že se nesetkaly s negativními reakcemi při nástupu jejich dítěte do MŠ. Matka Anežky dodala, že někteří rodiče se „divně dívali“. Matka Elišky se setkala jen s obavami rodičů ostatních dětí, které měli z důvodu neznalosti postižení Elišky. Ptala jsem se také na spokojenost s učiteli a asistenty dětí. Všechny matky jsou spokojené s přístupem učitelů a asistentů k jejich dítěti. Důležitou otázkou bylo, jak vnímají přínos integrace pro jejich dítě. Matky Elišky a Anežky shodně vypověděly, že se jejich děti učí hodně věcí od zdravých dětí, které je motivují. Matka Marečka oceňuje, že děti ve školce mají širokou škálu činností, kterých se Mareček může účastnit.

Poslední otázkou jsem se ptala, jak se děti jinak začleňují mezi vrstevníky, zda tráví čas s dětmi i mimo MŠ. Matka Marečka uvedla: „*Chodíme do několika rodin, kde mají více dětí; do knihovny, na den dětí, mikulášskou nadílku, jde mezi děti, má zájem dělat co ostatní děti. Jezdíme na plavání, hipoterapii, do lázní. Tady ve vesnici se k němu lidé chovají normálně. Vidí, že chodí, těší je jeho pokroky. Berou ho pozitivně, fandí. Některé děti se diví, že se odlišuje, musím to vysvětlit. Záleží, kde člověk bydlí a jaké má poblíž lidi.*“ I Anežka se dle své maminky účastní mnoha aktivit a začleňuje se dobře mezi děti. Chodí na cvičení do sokolovny, za zdravými dětmi na návštěvu, s handicapovanými dětmi

se znají z lázní, někdy se s nimi scházejí i mimo lázně. Matka Elišky řekla, že děti se většinou nebojí, chvíli se „otrkávají“, ale pak si s Eliškou hrají.

### **9.3 Výsledky pozorování**

Pozorování jsem prováděla v mateřských školách vždy dopoledne, kdy jsem mohla vidět děti při různých činnostech, zůstávala jsem tam většinou i přes oběd a spaní dětí. Když děti spaly, byl větší prostor na rozhovory s učitelkami a asistentkami. Pozorování jsem prováděla opakovaně, abych zachytila co nejvíce aktivit a mohla tak pozorovat, jak se jich integrované děti účastní. V následujících třech kapitolách je uvedeno, jak probíhají klasické dny ve školce u jednotlivých dětí. Další věci, které jsem pokládala vzhledem k integraci za důležité, jsem vyplnila do záznamových archů, které jsou uvedeny v přílohách B, G, I v zadní části práce.

#### **9.3.1 Eliška**

Eliška navštěvuje mateřskou školu již čtvrtým rokem, proto je tu už zvyklá. Do školy ji přiváží maminka kolem půl osmé ráno. Protože má Eliška třídu až v prvním patře budovy a je potřeba překonat schody, musí Elišku do třídy převést pomocí schodolezu asistentka. Ve třídě se Eliška pohybuje lezením nebo vsedě na chodítku, které řídí paní učitelka nebo asistentka. Ráno si děti hrají volně, než se všechny shromáždí ve školce. Eliška si nejčastěji hrává s domečkem pro zvířátka nebo pro panenky. U těchto činností sedí u stolečku. Po ruce má většinou nějakou kamarádku. Elišce je špatně rozumět, což vytváří bariéru v komunikaci se spolužáky. Přesto si s nimi Eliška hraje bez problémů. Když se sejdou všechny děti, následuje rozcvička nebo jiná pohybová aktivita spojená s hudbou. V tuto dobu Eliška cvičí s asistentkou vedle v místnosti, co mají doporučeno od fyzioterapeutky. Po rozcvičce mají děti řízenou činnost, kterou vymýšlí paní učitelka vždy tak, aby se jí Eliška mohla účastnit. Tato činnost probíhá vždy na zemi na koberci. Většinou se děti učí nějakou písničku, básničku nebo skládají obrázky, hádají hádanky, povídají si s paní učitelkou apod. Eliška se vždy zapojí, ale asistentka ji musí upozorňovat, aby dávala pozor a dělala zadaný úkol. Po řízené činnosti mají děti svačinku. Elišce ke stolku pomůže paní asistentka, jinak se Eliška nají i napije sama. Po svačince chodí děti ven, pokud to počasí dovolí. U Elišky záleží na jejím stavu, jestli půjde ven. Když je po nemoci, nebo je venku zima, zůstává s asistentkou ve školce a dělají aktivity doporučené v IVP. Když je počasí dobré, jede Eliška na vozíku ven, kde má kolem sebe vždy několik dětí, které si s ní povídají. Některé přiběhnou jen na chvíli, jiné zůstávají déle. Na zahradě školky je mnoho možností, co mohou děti dělat. Jsou tu indiánské stany,

domečky, dopravní hřiště, mlhoviště, pískoviště. Někdy chodí i na procházku mimo areál školky. Po pobytu venku následuje oběd, který Elišce sice trvá déle, ale nají se bez problémů. Po obědě se děti ukládají ke spánku, s čímž Elišce pomáhá asistentka. Když se děti vyspí, zase si volně hrají podle svého, než pro ně přijdou rodiče. Eliška velice ráda kreslí a stříhá. Kamarádky si s ní kreslí nebo se zajímají, co nakreslila, obrázek jí pochválí.

Eliška se ve školce účastní naprosté většiny aktivit, vždy jsou pro ni podmínky připraveny tak, aby se mohla účastnit. Nepostřehla jsem žádné negativní reakce od dětí, že by ji nějak odmítaly, nebo se jí posmívaly. Spíše naopak o ni mají zájem, berou na ni ohledy. Kdybych nevěděla, že jde o integrovaného žáka s postižením, na první pohled bych to mezi dětmi nepoznala, dobře mezi ně zapadne. Působí pohodově, spokojeně, často se usmívá.

### **9.3.2 Mareček**

Marečka vodí do školky nejčastěji maminka, ráno kolem osmé hodiny. Mareček je drobný chlapec, jeho tělesná výška je menší než jeho vrstevníků, nosí brýle. Ve školce se pohybuje sám bez opory, jeho chůze je však velmi nejistá, chodí o široké bazi, často dělá dolními končetinami kroužky do stran, někdy i upadne. Když se na chůzi soustředí, jde dobře, ale když se rozběhne, většinou se mu zamotají nohy a spadne. Z toho si však nic nedělá, pořád se usmívá. Po příchodu do školky si Mareček nejraději hraje s legem nebo kostkami, někdy s několika jinými chlapci s auty nebo traktory. Marečkova řeč není vždy srozumitelná, někdy se ho musí kamarádi zeptat, co říkal. Když to ale zopakuje pomalu, je mu rozumět. Když se všechny děti sejdou, mají společný program, kdy hrají hodně zajímavých kolektivních her. Mareček někdy nerozumí pravidlům, ale když vidí své spolužáky, většinou se dovtipí a hraje s nimi. Někdy děti něco vyrábí nebo kreslí, povídají si, zpívají mnoho dětských písniček. Mareček velice rád zpívá a maluje. Po společném programu následuje svačina, kterou Mareček zvládá samostatně. Po svačině chodí děti ven. Marečkovi moc nejde oblékání, u toho mu musí asistentka hodně pomáhat. Děti chodí na zahradu školky nebo na procházku po vesnici. Marečka vždy vodí za ruku paní asistentka, když si hraje s ostatními, dává na něj pozor. Po návratu do školky si děti zase volně hrají. Pak je na řadě oběd, který Mareček zvládá s dopomocí, neumí dobře manipulovat s příborem. Všechno si po sobě ale pečlivě uklidí. Marečka si maminka vyzvedává po obědě, ve školce nespí.

Mareček se ve školce zapojuje do všech aktivit, někdy potřebuje pomoc asistentky. Ta je nezbytná při všech pohybových aktivitách. Mareček přináší do školky velkou radost, vždy je pozitivně naladěn a často se usmívá. Když jedou s rodiči někam na výlet nebo zažije něco hezkého, dlouho o tom mluví. Má také výbornou paměť, pamatuje si spoustu básniček a písniček. Ani v Marečkově třídě jsem si nevšimla žádných negativních postojů ze strany spolužáků. Většinou právě naopak jej sami vyhledávají, chtějí si s ním hrát.

### **9.3.3 Anežka**

Anežku do školky přivádí rodiče v 7:30 hodin. Anežka je velice drobná holčička, tělesná výška je srovnatelná s ostatními dětmi, nosí brýle. V prostředí školky se pohybuje sama bez problémů, na její chůzi je patrné stáčení chodidel dovnitř. Její chůze je rychlá, někdy utíká, občas vestoje dupe opakovaně jednou nohou do země a současně třepe stejnou horní končetinou. To trvá vždy jen několik sekund. Ráno po příchodu do školky si děti hrají samy. Anežka si velice ráda hraje s ostatními dětmi v kuchyňce nebo v kadeřnickém koutku. Vyhledává aktivity s ostatními dětmi – hraje si ráda ve skupině více dětí. U jednotlivých her ale dlouho nevydrží, po chvíli popoběhne k jiným dětem a hraje zase jinou hru. Někdy s ní paní asistentka skládá obrázky, kde musí přemýšlet – puzzle nebo jiné obrázky složené z dílů, zasazování kolíků podle barev do dřevěné desky apod. U těchto činností musí Anežce paní asistentka dopomoci, především ji motivovat, aby úkol dokončila. Anežka mluví srozumitelně, jen potichu. S dětmi si tedy dobře porozumí. Potom následuje řízená činnost, kdy se děti učí básničky s pohybovým doprovodem, povídají si, zpívají písničky, vyrábí nebo kreslí něco podle návodu paní učitelky. Anežka se bez problémů zapojuje do všeho, jen u některých aktivit jí musí paní asistentka dopomoci – neumí třeba dostatečně tlačit na pastelku. Anežka hodně pozoruje své spolužáky, dívá se, co dělají oni a pak se je snaží napodobit. Po řízené činnosti následuje svačina. Anežka se sama nají, napije. Je vidět, že je z domu naučená po sobě všechno uklidit, zastrčit židli. Po svačince jdou děti ven. Anežka potřebuje pomoc s oblékáním, ale hodně zvládne sama. Venku jsou děti buď na rozlehlé zahradě školky, kde je travnatá plocha, hodně stromů, prolézačky, nebo chodí na procházku mimo areál školky. Když jsou děti na zahradě, hrají si samy. V blízkosti Anežky je vždy asistentka, která na ni dává pozor, a když jdou na procházku, vede ji za ruku. Po návratu následuje oběd, který Anežka zvládne sama bez pomoci. Po obědě jdou děti spát. Anežka se s dopomocí převleče do pyžama, sama si podle značky vyhledá svou postýlku. Po probuzení si Anežku vyzvedávají rodiče.

Anežka je usměvavá holčička, která je velice aktivní, zapojuje se do všech aktivit. Když potřebuje pomoci, požádá paní asistentku, kterou oslovuje jejím křestním jménem. Je vidět, že Anežka s asistentkou mají blízké sepětí. Ani u Anežky jsem nezaznamenala žádné negativní reakce ze strany spolužáků, nikdo ji neodstrkuje, všichni ji berou mezi sebe.

## DISKUZE

V rámci výzkumného šetření své bakalářské práce jsem se soustředila na problematiku integrace dětí s DMO v běžných mateřských školách. Pro svůj výzkum jsem si zvolila tři děti s DMO, které navštěvují běžnou mateřskou školu. Nejprve jsem sestavila tři kazuistiky, které poskytují základní informace o integrovaných dětech. Kazuistiky obsahují anamnézu, zhodnocení hrubé a jemné motoriky, komunikace, sebeobsluhy; jsou zde zmapovány všechny fyzioterapeutické metody, které od narození děti absolvovaly; na závěr jsou uvedeny doporučené činnosti, na které by se děti ve školce měly zaměřovat. Samotný výzkum jsem pak prováděla polostrukturovanými rozhovory s pedagogy, asistenty a rodiči integrovaných dětí a formou skrytého zúčastněného pozorování v prostředí mateřských škol.

Cílem výzkumu bylo zjistit význam a průběh integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou v běžných mateřských školách. Po stanovení cíle jsem začala zjišťovat, v kterých běžných mateřských školách jsou integrovány děti s DMO. Tyto děti jsem se snažila hledat v okolí svého bydliště (Znojemsko), dále v Plzni a okolí, kde momentálně studuji a trávím většinu týdne. Prvním dítětem, které jsem získala poměrně snadno, byl Mareček. Znáám se osobně s jeho rodiči, takže nebyl problém, abychom se domluvili na spolupráci, se kterou ochotně souhlasili. Dalším vhodným dítětem byla Eliška, kterou jsem objevila náhodně při zjišťování informací ohledně DMO na internetu. Našla jsem i emailovou adresu a telefon na Elišky maminku. I ta ochotně souhlasila se spoluprací, proto jsem se následně domluvila s paní ředitelkou školky, kam Eliška chodí. I zde mi vyšli vstříc. Informace o dvou prvních dětech jsem tedy shromáždila poměrně snadno. Problémem bylo sehnat třetí vhodné dítě. Ptala jsem se svých kamarádů a známých, jestli neznají dítě s DMO, které chodí do běžné MŠ. Obešla a obtelefonovala jsem mnoho mateřských škol na Znojemsku, Třebíčsku a v Plzni. Většinou mě všude odmítli nebo doporučili, kam se mám obrátit dál. Navštívila jsem také SPC v Plzni. Odtud jsem dostala nějaké typy na mateřské školy, kde by děti s DMO měly být. Když jsem tam ale zašla, žádné takové děti tam nebyly. Když už jsem přestávala doufat, poradil mi tatínek jednoho chlapečka s jiným zdravotním postižením, že navštěvují v Plzni ještě jiné SPC, než kde jsem byla poprvé. S vidinou možného úspěchu jsem tam šla. Pracovnice byly velmi ochotné a já získala kontakty na další mateřské školy. Všechny byly ale mimo Plzeň, takže jsem se nejdříve domluvila telefonicky a pak cestovala vlakem. Naštěstí jsem hned v první školce slavila úspěch. Paní asistentka se domluvila telefonicky s maminkou Anežky, jestli bych ji



mohla zařadit do svého výzkumu. Maminka Anežky souhlasila. Paní asistentka mi po telefonickém souhlasu maminky dala její telefonní číslo, pak už jsem se domlouvala přímo s ní. Z tohoto velice náročného hledání vhodných dětí usuzuji, že děti s DMO, které jsou integrovány v běžné mateřské škole, jsou spíše výjimkou.

Ve vlastním výzkumu jsem si stanovila čtyři výzkumné otázky.

*Výzkumná otázka č. 1: Jak se dítě s DMO začleňuje mezi ostatní děti ve třídě?*

Odpověď na tuto otázku jsem se snažila získat rozhovory s pedagogy a asistenty integrovaných dětí a také pozorováním. Všechny děti, které jsem zařadila do svého výzkumu, se začleňují mezi své spolužáky bez větších problémů. I jejich počáteční adaptace v mateřské škole se nesešla s většími komplikacemi. U integrace všech dětí je velice důležitá osobnost asistenta pedagoga. Eliška by bez asistentky nemohla být integrována v běžné mateřské škole. Bez asistenta by také nemohl být ve třídě plný počet dětí. Pro úspěšnou integraci je dále důležité, aby pedagog a asistent spolu úzce spolupracovali a snažili se činnosti a program přizpůsobit tak, aby se jich integrované děti mohly účastnit. I v tomto jsou největší nároky kladeny na učitelku a asistentku Elišky. U všech integrovaných dětí, které jsem sledovala, je přítomna porucha pozornosti, nevydrží se dlouho soustředit, proto je třeba je hodně motivovat a upozorňovat, aby pozornost soustředily na to, co právě probíhá, a činnost úspěšně dokončily. Všechny tři děti jejich spolužáci berou mezi sebe, nevyčleňují je z kolektivu, berou na ně ohledy, snaží se jim pomoci.

*Výzkumná otázka č. 2: Jak se na integraci dívají pedagogové, asistenti a rodiče integrovaných dětí?*

Z rozhovorů vyplynulo, že pedagogové, asistenti i rodiče integrovaných dětí považují integraci za prospěšnou, pokud pro ni škola má podmínky. Je dobré, když děti už v předškolním věku zjistí, že existují děti s postižením, naučí se k nim chovat a brát na ně ohledy. Je výhodou, že děti přemýšlí jinak než dospělí, nevidí tolik odlišnosti. Pro integrované děti jsou zase ostatní spolužáci motivací, snaží se jim vyrovnat, což má pozitivní vliv i na rozvoj jejich samostatnosti. Jedna asistentka a dvě matky se domnívají, že integrace závisí na druhu postižení, těžce postižené dítě si neumí představit v běžné školce.

*Výzkumná otázka č. 3: Jaký je přínos integrace dětí s DMO v běžných mateřských školách?*

Na přínos integrace dětí s DMO v běžných mateřských školách se dívám z několika různých úhlů. V první řadě bych rozebrala, jaký je dle mě přínos integrace pro integrované děti a jejich rodiče. Péče o děti s DMO je velice náročná, fyzicky i psychicky. Vyžaduje velkou trpělivost. Od mala musí rodiče s dětmi několikrát denně cvičit, navštěvovat velké množství lékařů a jiných odborníků. Dítěti musí velkou část dne věnovat plnou pozornost. Proto je pro rodiče výhodou, když mohou péči o děti na chvíli svěřit někomu jinému a nabrat nové síly. Jedna maminka díky integraci své holčičky může chodit do zaměstnání. Integrace dětí má pro jejich rodiče i další výhody, např. že se díky integraci jejich dětem dostává vzdělání, jsou v kolektivu dětí, jsou soběstačnější, v neposlední řadě, že nemusí své děti nikam vozit, do školky chodí všechny integrované děti v místě bydliště. Přínosem integrace pro integrované děti je, že nejsou vyloučeny ze společnosti, ostatní spolužáci jsou pro ně motivací, učí se od nich mnoho věcí pozorováním a nápodobou. Proto také při výběru mateřské školy všichni rodiče usilovali o integraci dětí do běžné mateřské školy. Kdyby jejich děti byly ve stacionáři, nemělo by je prý co motivovat. Pro spolužáky integrovaných dětí je jejich přítomnost prostředkem k rozvoji prosociálního chování. Učí se přijímat dítě s postižením, brát na něj ohledy, což je pak dobrým vkladem pro jejich budoucí život. I pro pedagogy a asistenty je integrace dětí přínosem, protože tím získají nové zkušenosti pro svou profesi.

*Výzkumná otázka č. 4: Jak reaguje většinová společnost na děti s DMO?*

Při integraci dětí s DMO se nikdo z dotazovaných nesetkal s negativními reakcemi od rodičů ostatních dětí. Zpočátku se vyskytly jen obavy, protože rodiče ostatních dětí neměli informace o jejich postižení, nevěděli, jak k nim přistupovat. Později si ale zvykli a tyto obavy zmizely. U Elišky ve školce se všechny rodiny zapojili do akce „Víčka pro Elišku“, dokonce i starší sourozenci mnoha dětí rozjeli tento projekt dál, všichni sbírají víčka od plastových lahví, za které potom maminka Elišky dostává peníze na finančně nákladnou péči o Elišku. Všechny integrované děti se v běžném životě účastní aktivit ve společnosti vrstevníků. Chodí za kamarády, účastní se dětských dnů, mikulášských nadílek, cvičení rodičů s dětmi apod. Většinou se všude bez problémů zapojí. Někdy „zdravé“ děti nechápou, proč se děti s postižením odlišují, maminka to musí vysvětlit. Dvě maminky shodně uvedly, že přístup k dětem s postižením záleží na výchově. Někteří lidé

jsou empatičtí, berou ohledy, jiní ne. Záleží také na tom, kde rodiny žijí. Mareček bydlí na vesnici, kde mu lidé fandí, zajímají se o něj, těší je jeho úspěchy. Ve městě většinou nejsou tak blízké vztahy mezi lidmi.

Závěrem výzkumného šetření mohu konstatovat, že u všech dětí, které jsem si pro výzkum vybrala, je jejich integrace úspěšná. Děti ve třídě je přijaly mezi sebe, jsou v kolektivu oblíbené, účastní se většiny aktivit. Myslím si, že pokud škola splňuje podmínky, je dobré integrovat děti s DMO do běžné mateřské školy, kde je mohou motivovat ostatní spolužáci. Integrované děti jsou potom samostatnější, jsou zvyklé být v kolektivu, účastní se mnoha aktivit, díky kterým se zlepšují v různých oblastech, a snižují tak tíži svého handicapu. Všechny děti, které jsem si vybrala, se do školky těší, jsou zde spokojené, a neinformovaný člověk by na první pohled nepoznal, že se od ostatních dětí nějak liší.

Během mého výzkumu mi přišlo na mysl několik otázek, které by bylo ještě dobré zpracovat v dalších výzkumech. Zajímalo by mě například, jaký je rozdíl v připravenosti na školní docházku u dětí s DMO, které navštěvovaly běžnou mateřskou školu, a u těch, které navštěvovaly speciální mateřskou školu. Zajímalo by mě také, jak se liší integrace v mateřské a základní škole. Mám na mysli konkrétně, jak starší děti přijímají děti s tělesným postižením. Jestli jsou u nich třeba více přítomny předsudky a negativní reakce vůči dětem s postižením než u dětí předškolního věku.

## ZÁVĚR

Tématem mé bakalářské práce byla integrace handicapovaného dítěte v předškolním zařízení. Protože je toto velice široké téma, zaměřila jsem se na děti s DMO, které jsou integrovány v běžných mateřských školách. Jsem si vědoma, že jsem si vybrala téma z oboru spíše speciální pedagogiky, ale myslím, že je tu i propojení s mým studijním oborem fyzioterapie. Fyzioterapie je totiž hlavní součástí léčby DMO, tudíž má velký vliv na zdravotní stav dětí a tím i na jejich integraci.

V prvních čtyřech kapitolách bakalářské práce jsou popsány teoretické informace týkající se tělesného postižení, integrace, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a DMO.

Praktická část obsahuje informace o výzkumu, který jsem zrealizovala. Ve výzkumném šetření jsem využila kvalitativní přístup. Výzkumnými metodami byla analýza dokumentů, polostrukturovaný rozhovor a skryté zúčastněné pozorování. Výzkumným vzorkem byly tři děti s DMO, které jsou integrovány v běžných mateřských školách. Interpretace výsledků je uvedena třemi kazuistikami, které shrnují základní informace o dětech, následují výsledky získané rozhovory a pozorování. Cílem výzkumného šetření bylo zjistit význam a průběh integrace dětí s DMO v běžné mateřské škole. Tohoto cíle jsem se postupně snažila dosáhnout odpovídáním na výzkumné otázky, které jsem si na počátku stanovila. Uvědomuji si, že vzhledem k malému výzkumnému vzorku nelze výsledky výzkumného šetření zobecnit, ale domnívám se, že výše uvedený cíl byl v rámci možností mé bakalářské práce naplněn.

Výzkumem jsem zjistila, že integrace dětí s DMO do běžných mateřských škol je velice přínosná pro ně i pro ostatní děti. Má mnoho výhod i pro rodiče integrovaných dětí, jejich pedagogy a asistenty.

Výzkum, který jsem zrealizovala, považuji i přes počáteční problémy a velkou časovou náročnost za přínosný. Zjistila jsem, jak vlastně probíhá v dnešní době velice diskutovaná integrace, kterou jsem předtím znala jen z odborných knížek. Musím konstatovat, že všichni pedagogové, asistenti i rodiče dětí, s kterými jsem spolupracovala, byli velice milí, vstřícní, a s ochotou mi sdělovali potřebné informace. I spolupráce s dětmi mě velice zaujala, což vedlo k mému rozhodnutí přihlásit se k dálkovému studiu předškolní a mimoškolní pedagogiky na vyšší odborné škole.

## LITERATURA A PRAMENY

### Literatura:

AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 7. vyd. Praha: Galén, 2011, 351 s. ISBN 978-807-2627-073.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, 2007, 247 s. ISBN 978-807-3151-584.

EDELSBERGER, Tomáš. *Defektologický slovník*. 3. upr. vyd. Editor Miloš Sovák, Ludvík Edelsberger. Jinočany: H & H, 2000, 418 s. ISBN 80-86022-76-5.

FULGHUM, Robert. *All I really need to know I learned in kindergarten*. 15th anniversary ed. New York: Ballantine Books, 2004. ISBN 978-0345466396.

GOFFMAN, Erving. *Stigma: poznámky k problému zvládnutí narušené identity*. Vyd. 1. Překlad Tomáš Prášek. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003, 167 s. Most (Sociologické nakladatelství), sv. 3. ISBN 8086429210.

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2001, 158 s. ISBN 80-7254-192-7.

KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido - edice pedagogické literatury, c2000, 123 s. ISBN 80-85931-91-5.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. 2. vyd. Praha: Galén, c2008, 195 s. ISBN 9788072624928.

KOTAGAL, Suresh. *Základy dětské neurologie*. [1. vyd.]. Překlad Jan Hadač. Praha: Triton, 1996, 205 s., obr., tab., graf. ISBN 8085875063.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, c2005. ISBN 80-247-1018-8.

KREJČÍŘOVÁ, Dana a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Editor Mojmír Svoboda. Praha: Portál, 2009, 791 s. ISBN 978-80-7367-566-0.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012, 186 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-802-6201-786.

(KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, 2004) *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Editor Lea Květoňová-Švecová. Brno: Paido, 2004, 126 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-731-5063-8.

LECHTA, Viktor. *Logopedické repetitórium: teoretické východiská súčasnej logopédie, moderné prístupy k logopedickej starostlivosti o osoby s narušenou komunikačnou schopnosťou*. 1. vyd. Bratislava: Slov. pedagog. nakl., 1990, 278 s. ISBN 80-08-00447-9.

(LECHTA, 2010) *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Editor Viktor Lechta. Praha, 2010, 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008, 271 s. ISBN 978-80-7367-368-0.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2006, 332 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.

MURPHY, Robert F. *The body silent: [the different world of the disabled]*. reissued. New York [u.a.]: Norton, 2001. ISBN 978-0-393-32042-8.

NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 166 s. ISBN 978-80-7367-873-9

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2009, 322 s. ISBN 978-80-210-5030-3.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, Zita NOVÁKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. *Intervence u dětí se zdravotním postižením v raném věku: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2012, 159 s. ISBN 978-80-7315-240-6.

(PIPEKOVÁ, 2010) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3. přeprac. a rozš. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-807-3151-980.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2008, 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.

QUITT, Zdeněk a Pavel KUCHARSKÝ. *Česko-latinský slovník starověké i současné latiny*. 2., upr. vyd., V nakl. Leda vyd. 1. Praha: Leda, 2003, xviii, 972 s. ISBN 80-7335-032-7.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, c2006, 603 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.

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

ŠLAPAL, Radomír. *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996, 42 s. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-17-6.

TROJAN, Stanislav. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. 2. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2001, 226 s. ISBN 80-2470-031-X.

TYRLÍKOVÁ, Ivana a Martin BAREŠ. *Neurologie pro nelékařské obory*. Vyd. 2., rozš. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2012, 305 s. ISBN 978-807-0135-402.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÍTEK, Jiří. *Medicínská propedeutika pro speciální pedagogy: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2007, 126 s. ISBN 978-80-7315-154-6.

VÍTEK, Jiří a Marie VÍTKOVÁ. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologická onemocnění*. 1. vyd. Brno: Paido, 2010, 250 s. ISBN 978-80-7315-210-9.

(VÍTKOVÁ, 2003) *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe*. Vyd. 2. Editor Marie Vítková. Brno: MSD, 2003, 248 s. ISBN 80-86633-22-5.

(VÍTKOVÁ, 2004) *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Editor Marie Vítková. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-731-5071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 302 s. ISBN 80-7315-134-0.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny: [pro širokou veřejnost]*. 6., rozš. vyd. Praha: MAXDORF, 2000, 490 s. ISBN 80-85912-38-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Velký lékařský slovník: Martin Vokurka, Jan Hugo a kolektiv*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, 2009, 1147, [12] s. ISBN 978-80-7345-202-5.

### **Ostatní Zdroje:**

Česká republika. Vyhláška MŠMT č. 14/2005: o předškolním vzdělávání. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2005.

Česká republika. Vyhláška MŠMT č. 73/2005: o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: *Sbírka zákonů ČR*. 2005.

HORVÁTHOVÁ, Ivana, Mgr. Pro a proti integrace dětí se zdravotním postižením. In: *Šance dětem* [online]. 2014 [cit. 2015-03-17]. Dostupné z: <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/vzdelavani-deti-se-specialnimi-potrebami/pro-a-proti-integrace-deti-se-zdravotnim-postizenim.shtml>

*Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. 1. vydání. [online]. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006. 48 s. [cit. 2015-03-30]. ISBN 80-87000-00-5. Dostupné z WWW: < [http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP\\_PV-2004.pdf](http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVP_PV-2004.pdf)

VČELÁK, Petr. Studijní materiály. *Informatika a výpočetní technika*. [Online]. [Cit. 2015-03-17.] <http://home.zcu.cz/~vcelak/fzs-materialy.php>.



## SEZNAM ZKRATEK

ADD.....	Attention Deficit Disorder – porucha pozornosti
ADHD.....	Attention Deficit Hyperactivity Disorder – porucha pozornosti s hyperaktivitou
aj. ....	a jiné
apod. ....	a podobně
atd.....	a tak dále
atp. ....	a tak podobně
Bc. ....	Bakalář (akademický titul)
cm.....	centimetr (jednotka délky)
CNS.....	centrální nervová soustava
CT .....	computed tomography (počítačová tomografie)
č. ....	číslo
ČR .....	Česká republika
DMO .....	dětská mozková obrna
EEG.....	elektroencefalografie
EU .....	Evropská unie
FN .....	fakultní nemocnice
FPIT .....	False proprioceptive information therapy
IVP .....	individuální vzdělávací plán
JIP .....	jednotka intenzivní péče
LHK .....	levá horní končetina
LDK .....	levá dolní končetina

LTV..... léčebná tělesná výchova

m. .... musculus (sval latinsky)

m<sup>2</sup> ..... metr čtvereční (jednotka obsahu)

MKN ..... Mezinárodní klasifikace nemocí

MO ..... mozková obrna

MRI..... magnetická rezonance

MMD ..... malá mozková dysfunkce

MŠ ..... mateřská škola

MŠMT..... Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy

MUDr..... doktor medicíny (akademický titul)

např. .... například

P-/P lateralita..... dominantní je pravé oko a pravá ruka

Ph.D. .... akademický titul, který představuje vědeckou hodnost  
doktora

PhDr. .... Doktor filozofie (akademický titul)

popř. .... popřípadě

příp. .... případně

r. .... roku

resp. .... respektive

RHB ..... rehabilitace

RQ..... retardační kvocient

Rtg..... rentgenové

RVP..... Rámcový vzdělávací program

RVP PV..... Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

RZP ..... rychlá zdravotnická pomoc

s..... sekunda (jednotka času)

s. .... strana

Sb. .... Sbírky

SPC ..... speciálně pedagogické centrum

SVP ..... speciální vzdělávací potřeby

TK ..... krevní tlak

tzv. .... takzvaný

UZ..... ultrazvuk

VRL ..... Vojtova reflexní lokomoce

ZŠ..... základní škola

## **SEZNAM PŘÍLOH**

- Příloha A – Rozhovory Eliška
- Příloha B – Záznamový arch Eliška
- Příloha C – Výroční zpráva Elišky 2011/2012
- Příloha D – Výroční zpráva Elišky 2012/2013
- Příloha E – Průběžné hodnocení Elišky za únor 2015
- Příloha F – Rozhovory Mareček
- Příloha G – Záznamový arch Mareček
- Příloha H – Rozhovory Anežka
- Příloha I – Záznamový arch Anežka

# PŘÍLOHA A – ROZHOVORY ELIŠKA

## Rozhovor s pedagogem dítěte

Jak dlouho máte integrovanou Elišku ve Vaší třídě?

*4. rokem. Zním Elišku od 4 let.*

Můžete, prosím, stručně shrnout jeho/její vývoj za tuto dobu?

*Vývoj jde dolů, nastupovala chodící, byla pohyblivá, chodila s chodítkem. Po třídě chodila s chodítkem, v herně lezla na koberci líp, než leze teď. Lépe koordinovala pohyby. Po operaci a dlouhodobé rehabilitaci, které proběhly v roce 2013, jsem si myslela, že ji rozchodíme, že ji dostaneme do stádia, jaké bylo před operací, což se nám bohužel nedaří. I mluva je horší. Když se má projevit inteligencí – manipulace s předměty, pracovní listy, tak je to v pohodě, ale problém je zřejmě nějaký další – podle mě v propojenosti mozku se svaly. Došli jsme do stádia, kdy hledáme další odborníky, kteří by nám poradili, co dál. Kterí by diagnostikovali. Nepřijde nám, že to je klasická DMO, nabalují se další věci. Odborníci nejsou jednotní v názoru, pořádně nedokážou říci, co máme dělat.*

Měla jste v minulosti ve třídě již integrovaného nějakého žáka? Pokud ano, s jakým handicapem to bylo?

*Neměla.*

Pokud ne, co pro Vás nástup takto handicapovaného dítěte do třídy znamenal? Studovala jste problematiku onemocnění DMO? Jste v kontaktu se specialisty?

*Nějakou novinku, hledali jsme spoustu materiálů, pomůcek. Pozitivně mě to překvapilo, děti na integraci reagovaly pozitivně. Kolektivu dětí to prospělo, mají spolu jiné vztahy. Klad pro sociální vztahy.*

Co vše pro Vás integrace Elišky obnáší – musíte nějak plánovat přizpůsobení programu dětí tak, aby se ho mohla Eliška účastnit?

*Musíme diferencovat úkoly, musíme jí určité věci přizpůsobit. Máme děti od 3 do 8 let. Například když děláme nějakou činnost – poznávání barev – pro mladší – jen je budou poznávat. Předškoláci přemýšlí, co všechno by mohlo být v té barvě. U Elišky to musím*

*přizpůsobit tak, aby se neprojevil handicap. Aby ho zvládla. Není nějak vytržená, někdo zvenčí to ani nepozná.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Jedině prospěšná. Pak-li, že škola má podmínky je integrace ku prospěchu věci. Hlavně v oblasti prosociálních vztahů, děti nevnímají ty odlišnosti, přemýšlí jinak. Dochází jim určité věci – aby se Eliška vešla s chodítkem, nehrají si mezi dveřmi... Při příchodu nového žáka jsme ani nestihli o Elišce nic vysvětlit a děti to vysvětlily sami.*

Jak reagovali rodiče ostatních dětí na integraci Elišky ve třídě? Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi?

*S negativními reakcemi jsem se nesečkala. Rodiče reagovali pozitivně na integraci Elišky.*

Jak při integraci spolupracujete s asistentkou? Co pro Vás její osoba znamená?

*Pomoc. Musíme se doplňovat, musíme být úzce propojeny. Můžu si dovolit počet dětí ve třídě. Máme dalších 25 dětí ve třídě. Když máme jen jednu integrovanou, zůstává počet 25 dětí. Eliška potřebuje u sebe někoho. Je vedena jako asistent pedagoga, ale zaměstnává ji jen Eliška.*

## **Rozhovor s asistentem pedagoga**

Jak jste se dostala k povolání asistentky pedagoga? Musela jste se nějak speciálně vzdělávat nebo absolvovat odborný kurz?

*Musela jsem si udělat kurz asistenta pedagoga v délce asi 7 měsíců. Děkala si ho z důvodu změny zaměstnání. Chtěla jsem to zkusit.*

Jak dlouho jste asistentkou Elišky?

*Rok a půl. S Eliškou jsem začala pracovat v průběhu kurzu.*

Setkala jste se za svou dosavadní kariéru s dítětem s DMO nebo jiným postižením?

*S DMO ne, předtím jsem měla holčičku, která měla ADHD a ADD. Tu jsem měla 4 měsíce, pak jsem přišla k Elišce.*

Pokud ne, co pro Vás znamenal nástup takto handicapovaného dítěte do třídy? Vyhledávala jste nějaké informace o onemocnění, sbírala jste zkušenosti od jiných kolegů nebo specialistů?

*Určitě, informace jsem si zjišťovala. Internet, knížky, spolupráce se SPC, konzultace s logopedem a fyzioterapeuty.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Myslím si, že určitě ano, dítě se směřuje k lepšímu, když vidí ostatní děti. A pro ostatní děti je přínosem, že si uvědomují, že děti mohou mít nějaký handicap a naučí se k němu chovat.*

Jak spolupracujete při přípravě programu ve třídě s pedagogem?

*Spolupráce je bez problémů. Konzultujeme spolu, kolegyně zná Elišku odmala, takže o DMO hodně ví. Musíme se spolu domlouvat, co se týče vzdělávání Elišky. Já si koriguji věci, co se týkají RHB nebo logopedie. Musíme propojit to, co je pro Elišku specifické a to, aby se mohla účastnit s ostatními dětmi. Má povinnosti navíc, co se týče RHB a logopedie.*

Co vše pro Vás integrace Elišky obnáší? Jak moc se věnujete přípravám?

*Musíme vymýšlet postupy, Elišky zdravotní stav se mění, musíme přizpůsobovat program jejímu zdravotnímu aktuálnímu stavu. Denně konzultujeme s maminkou, co je vhodné, co můžeme a nemůžeme. Jezdím s nimi i za fyzioterapeutkou, která mě učí, jak se Eliškou cvičit. Je to propojené – fyzioterapie, rodina, školka. Člověk si pořád doplňuje informace o integraci, časopis o integraci odebíráme. Integrace je důležitá, jak najít cestu, aby se zapojila do normálního světa, aby byla schopná fungovat mezi zdravými dětmi.*

Jak se Eliška zařazuje do denního programu, činností ve třídě a celkově mezi ostatní děti? Jsou nějaké překážky? Pokud ano, jak se je snažíte řešit?

*Zařadí se při ranních hrách, necháváme ji samotnou, aby si hledala kontakty s dětmi. Vázne v komunikaci, tak aby se snažila sama. Pohybová chvílka – cvičení s dětmi – Eliška má individuální přístup – cvičí, co zvládne, asistentka s ní cvičí navíc reflexní masáže, nácvik chůze. Řízená činnost – tam se snažíme Elišku zapojit – hudobka, jazykové chvílky, stěžejní činnost – dělá společně s dětmi, je to přizpůsobené jejímu handicapu – děti se ptají Elišky, co chce přinést, aby z toho mohla tvořit i ona. Pobyť venku – záleží na počasí –*

*snadno prochladne, prioritou je, abychom se dostali ven. Když je sychravo a není vhodné, aby šla ven – je v tělocvičně, kde se může pohybovat – nácvik chůze, posilování. Když je hezky – přijede s vozíkem ven, snaží se zapojit, hry na dece, aby si společně s Eliškou mohli hrát. Procházka – asistentka si vezme 3-4 děti k Elišce, obejdou kolem školky s ní. Drží se s dětmi, povídají si. Po nemoci, nebo když je škaredě, volíme fyzickou aktivitu, aby se zlepšila, ale i aby nebyla unavená. Největší překážkou je pracovní tempo – má o dost pomalejší tempo – a problematická komunikace. Musíme aktivovat mimické svaly, jazyk. Snažíme se ji učit písma, aby slovo mohla poskládat, když ho nemůže říct. Hledáme další cesty pro to, aby mohla komunikovat. Každý den děláme logopedii – rozmlouvání, stimulujeme v ústech, pak je nácvik řeči. Tlačíme ji k tomu, aby mohla vnímat svoje tělo, aby zapojila mozek. Soustředění na určitou činnost. Snažíme se u ní vyvinout vůli a soustředění – rychlá unavitelnost, ztráta koncentrace. Souvisí to s pracovním tempem – když se nesoustředí na činnost, nevnímá, nedělá to. Snažíme se jí činnosti zautomatizovat – zapojit mozek a zautomatizovat, aby se dostala do stereotypu a pracovní tempo se tak zrychlilo. Je důležitá spolupráce s rodinou. Je potřeba, aby to, co děláme ve školce, dělali doma. Nutíme Elišku, aby cvičila jemnou motoriku, když je sama – třeba sedí v autě. Důležité je ji motivovat, velká motivace. Aby si uvědomila, že to sama bude potřebovat. Teď má pocit, že ji do toho někdo „dokope“. Musí se jí to vysvětlit – proč se to učíme, proč to děláme, když to pochopí, spolupracuje. Je navyklá na fyzioterapii, kde s ní jen někdo cvičí pasivně a ona nemusí nic. Je zvyklá, že spoustu věcí dělají ostatní za ni. Dostává se do rezignace. Trošku pohodlnost – „co bych se namáhala, když to udělá někdo za mě.“*

Jak reagovali rodiče zdravých dětí na integraci (jméno dítěte) ve třídě? Setkal/a jste se s nějakými negativními reakcemi?

*Velice pozitivně. Akce víčka pro Elišku – zapojená celá školka. Sourozenci dětí to rozjeli dále. Na zahradě, když jsme, ptají se, jestli ji můžou vozit, chtějí si s ní hrát.*

## **Rozhovor s matkou dítěte**

Setkala jste se někdy dříve s DMO – např. v rodině?

*Nesetkala.*



Můžete prosím popsat okolnosti porodu Vašeho dítěte (v kterém týdnu, jakým způsobem, komplikace...)?

*Porod byl normální, klasický, bez komplikací. Po porodu byla spavá, krmena hadičkou. Porod byl rychlý. Hodnocení Apgar score s plným počtem bodů.*

Kdy jste poprvé zjistili, že s Vaším dítětem není něco v pořádku?

*Kolem jednoho roku. Když si začínala stoupat. Začala se stavět na špičky. Šla jsem k dětské lékařce, která dala doporučení k dalším vyšetřením. Na neurologii na Doubravce, se mi nelíbil přístup, proto jsem šla do Fakultní nemocnice Lochotín, kde jí bylo onemocnění diagnostikováno. Absolvovali jsme vyšetření, kde se nic neprokázalo, takže dodnes vlastně nevím, proč Eliška má DMO.*

Kdy bylo dítěti onemocnění diagnostikováno?

*Onemocnění bylo diagnostikováno v 1,5 roce.*

Kde jste získávali informace o DMO a kontakty na odborníky z lékařské a rehabilitační péče?

*Získávala jsem informace z internetu a od dětské lékařky.*

Můžete prosím popsat stručně vývoj dítěte?

*Do roka se vyvíjela normálně, bylo opožděné vzpřimování. Když začla obcházet nábytek, začla se stavět na špičky, zahájen VRL ve FN. Ta byla nemožná kvůli velkému svalovému napětí, hledala jsem jinou pomoc, což byla raná péče. Z rané péče fyzioterapie metodou Bobath a protahování bez VRL. Zůstala u lezení, plazení, před operací Achillových šlach chodila v chodítku, což teď už nechodí. Pohybuje se na vozíku jen venku, od 4 let.*

Jaký je Váš názor na integraci handicapovaných dětí do běžných mateřských škol?

*Myslím si, že by tam tyto děti měly patřit. Zdravé děti by se neměly odlišovat od ostatních. Ale myslím si, že pokud mají mentální retardaci, do normální školky by neměly jít.*

Kdy a proč jste se rozhodli pro integraci Vašeho dítěte do běžné mateřské školy?

*Hledala jsem pro ni školku, speciální školky byly plné. V mateřské škole, kam Eliška chodí, jsem z internetových stránek zjistila, že by zde integrace byla možná. Eliška je ve školce*

*od roku 2011. Zvažovala jsem i možnost umístit Elišku do stacionáře, ale nakonec jsem se rozhodla pro běžnou školku, aby zdravé děti mohly Elišku více motivovat.*

Co vše integrace Vám v současnosti přináší?

*Vyhovuje mi, že mohu chodit do práce na zkrácený úvazek a že se Eliška může vzdělávat. Bohužel manžel mě ve třech letech opustil, jsem samoživitelka.*

Jak se Vaše dítě adaptovalo v mateřské škole?

*Dobře se adaptovala v mateřské škole. Myslím, že až moc dobře. Děti se naučily respektovat ji. Bylo to pro ni mezi dětmi zpestření.*

Setkali jste se s negativními reakcemi při nástupu Vašeho dítěte do mateřské školy?

*Ani ne negativní reakce, ale obavy rodičů, protože onemocnění neznali. Ale naučili se Elišku přijmout.*

Jak jste spokojena s přístupem pedagogů (popřípadě i asistentů) k Vašemu dítěti?

*Chovají se tak, jak by měli. Občas problémy jsou, ale zvládají to dobře.*

Jak vnímáte přínos integrace do mateřské školy pro Vaše dítě?

*Vzdělání, umí si hrát, je soběstačnější; učí se, co by mělo zvládat zdravé dítě. Ostatní děti ji motivují.*

Jak se jinak Vaše dítě začleňuje mezi vrstevníky – Navštěvuje nějaké kamarády, zájmové aktivity nebo kroužky, sdružení dětí s DMO, tábory?

*Většinou jsou to akce ve školce, toho se účastníme. Jinak aktivity kolem rehabilitace – koně. Děti se chvíli otrkávají, ale později se zapojí, nebojí se. Záleží na vychování lidí, někteří jí respektují, jiní moc ohledů nemají.*

## PŘÍLOHA B – ZÁZNAMOVÝ ARCH ELIŠKA

### Soběstačnost

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Zvládá jídlo a pití samostatně	X		
Zvládá oblékání, obouvání			S dopomocí, spíše ne.
Zvládá lokomoční pohyb – chůze, chůze po schodech, lezení		X	Lezení s obtížemi.
Dokáže napodobit pohyb podle vzoru		X	Má problém se stabilitou
Zvládá hygienu – toaleta, umývání			Zvládne si vyčistit zuby, i vytlačit pastu, umýt si ruce, utřít, ale je to pomalejší, záleží na psychice, počasí.
Udržuje pořádek (uklidí si hračku, nádobí)	X		

### Jazyk a řeč

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Pojmenovává většinu věcí a dějů v okolí	X		
Správně vyslovuje, mluví zřetelně		X	
Umí vést rozhovor			Snaží se, ostatní jí nerozumí, což je překážkou.
Dorozumí se se spolužáky, učitelem, asistentem			S obtížemi, jak kdy. Když někdo rozumí, tlumočí to ostatním.
Dokáže zopakovat krátký text			Podle svého.
Poznává některá písmena a číslice	X		

### Poznávací schopnosti

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Dokáže se soustředit na činnost a udržet pozornost			Soustředění je krátkodobé. Porucha soustředění a pozornosti.
Postřehne změnu v prostředí	X		
Dokáže rozlišit tvary a další vlastnosti předmětů	X		
Rozlišuje a zná barvy	X		
Rozlišuje základní geometrické tvary	X		
Manipulace se stavebnicemi	X		Má problém v oblasti motoriky.
Činnosti s různým materiálem (modelína, písek, papír apod.)	X		Paměťový písek má ráda.
Manipulace s předměty – tužka,	X		

nůžky, štětec			
Výtvarné činnosti (malování, kreslení)	X		
Kreslí s určitým záměrem	X		
Chápe podstatné znaky a vlastnosti předmětů, jejich podobu či rozdíl	X		
Dokáže rozlišit předměty dle určitého pravidla (co je méně, více, stejně)	X		
Chápe prostorové pojmy (vpravo, vlevo, nahoře, dole, vedle, mezi)	X		
Chápe časové pojmy (teď, dnes, včera, zítra, jaro, léto, podzim, zima)			S obtížemi.
Umí písničku, básničku			V rámci možností, baví ji melodie, rytmizace. Písničku by se naučila, reprodukce je horší.

### Sociální vztahy

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Přirozeně komunikuje s pedagogem	X		
Přirozeně komunikuje s druhým dítětem			Snaží se.
Zdraví známé děti i dospělé	X		
Poprosí, poděkuje, požádá o pomoc	X		
Reakce na pokyny a povely pedagogů	X		
Má kladný vztah k ostatním dětem	X		
Dítě je ve skupině oblíbené	X		
Dělí se o hračky, pomůcky	X		
Účast na kolektivních hrách			Dle svých schopností a možností.
Účast na jiných aktivitách (návštěva divadla, výlety)	X		Snaží se ji zapojit, ne vždy je to možné – bezbariérový přístup, schodolez.
Účast na sportovních aktivitách		X	

### Další oblasti pozorování

- Jak se dítě projevuje v prostředí MŠ (bojácné, nespělé, uzavřené x **vyrovnané, přizpůsobivé** x nepřizpůsobivé x **aktivní**, čínorodé, veselé x pasivní...)
- Jaké je psychomotorické tempo dítěte (živé, rychlé až zbrklé x průměrně živé x **pomalejší** x nápadně pomalé...)
- Lateralita dítěte (**pravák** x levák x ambidextrie)
- Jaký je typ vnímání dítěte (**zrakový typ** x auditivní typ x hmatový a kinestetický typ x nevyhraněné v tomto smyslu x nelze říci)
- Vztah dítěte k učení (**zvědavé, ptá se** x průměrně zvědavé – někdy se zeptá, jindy ne x neprojevuje zájem, neptá se x jinak)
- Jaké téma dítě zajímá – **zvířátka a miminka**

- Co dítě nejraději dělá – **hraje si s panenkami v kuchyňce, kreslí ráda, hraje si s domečkem se zvířátky, nerada má kostky a manipulaci s nimi**
- Jak dítě reaguje v situacích, které jsou pro něj náročné. **Někdy má snahu situaci vyřešit, když se jí vrší neúspěchy, tak rezignuje. Někdy reaguje lítostivě nebo vzdorem.**

## PŘÍLOHA C – VÝROČNÍ ZPRÁVA ELIŠKY 2011/2012

### ZPRÁVA OD SLUNÍČEK

Celý školní rok 2011/2012 znamenal pro děti ze sluníčkové třídy úplně nový začátek. Jednak proto, že se ve třídě potkaly naprosto nové děti, které zatím do mateřské školy nechodily a přišly doslova z mamčiných náručí ve třech letech. A také proto, že se zcela poprvé v 6. mateřské škole zrealizoval integrační proces.

Do sluníčkové třídy nastoupila holčička Eliška s dětskou mozkovou obrnou, pohybující se ve speciálním chodítku, lezením po zemi nebo za pomoci dospělého, vedením za ruce. Do integrace se zapojila celá mateřská škola, včetně provozních zaměstnanců, ostatních učitelek i dětí z jiných tříd. Nejvíce se však dotkla samotných dětí, asistenta pedagoga a učitelek ve sluníčkové třídě. S počínající nejistotou a nezkušeností se celý tým vrhnul do cílené a smysluplné práce, která byla zpočátku velmi náročná, zejména na zajištění volného pohybu ve třídě pro všechny děti, zajištění místa pro cvičení a relaxaci, uspořádání dne a činností, výběru vhodných her a aktivit atd. Promyšlené přípravy a důkladná organizace ze strany učitelek i asistenta pedagoga byly nutné pro zajištění pohody a příjemného prostředí nejen pro Elišku, ale pro celou skupinu dětí.



Touto cílevědomou, záměrnou a plánovitou prací se ve sluníčkové třídě podařila „velká“ věc – úspěšná integrace. Děti ve skupině jsou navzájem velmi sžité a Elišku berou

jako přirozenou součást kolektivu. Naprosto přirozeným způsobem vnímají rozdílné potřeby každého dítěte a berou je s jistotou a samozřejmostí. Eliška se účastní veškerého dění ve školce i mimo školku za doprovodu asistenta pedagoga a s pomocí speciálně upraveného kočárku.



Práce s dítětem s handicapem má svá specifika i úskalí. Ale určitě přináší pocit smysluplnosti a nezbytnosti v dnešním světě. Integrace v 6. mateřské škole je novým začátkem nejenom pro nás, ale i pro ostatní děti, rodiče a další dospělé. Svědčí o tom také spokojenost Elišky a její maminky, ale i ostatních dětí a jejich rodičů.



## PŘÍLOHA D – VÝROČNÍ ZPRÁVA ELIŠKY 2012/2013

# Jdeme dál, aneb úspěšně integrujeme ve Sluníčkové třídě



Školní rok 2012/2013 se nesl ve sluníčkové třídě v duchu velkých změn. Na děti po prázdninách čekalo několik překvapení. Do třídy nastoupily dvě nové holčičky vietnamské národnosti, nová posila v podobě paní ředitelky a nového asistenta pedagoga. Zpočátku se tyto změny jevily pro děti jako náročné, nicméně během prvního měsíce se na nové podmínky adaptovaly a přijaly je velmi kladně. Pro Elišku i její maminku nebyly tyto změny nijak lehké, vzhledem k faktu, že Eliška má odklad školní docházky. Avšak velmi brzy ocenily chápatelný, vstřícný a empatický přístup.

Eliška i nadále využívá interaktivní tabuli v učebně k logopedickým hrám a aktivitám a k procvičování mluvidel. Sluníčkové děti během zimních měsíců pravidelně navštěvovaly infrasaunu, jejíž účinky pozitivně posilují imunitu, obranyschopnost, vedou k prevenci nemocí a nachlazení. U Elišky ještě navíc uvolňují svalstvo celého těla, což velmi pomáhá následné rehabilitaci a cvičení.





Eliška s chutí a radostí jezdí na svém Lopedu, který dostala jako dárek od zaměstnanců firmy díky výzvě v rádiu Impuls „*Pošli dobrý skutek s úsměvem dál*“ a jehož jsme se jako školka aktivně zúčastnili. Eliška se jako předškolní holčička učí spolu s ostatními dětmi dodržovat pravidla silničního provozu pod dohledem policistů z Městské policie Plzeň. Děti plně využívají nový železniční přejezd s výstražnou signalizací, který v květnu přibyl na naše dopravní hřiště. Děti rády vyhledávají hry v indiánské vesnici, jezdí na dřevěném koni, plaví se v kánoi, vaří indiánské dobroty na pískovišti nebo skládají z dřevěných kostiček. Všech těchto aktivit se za pomoci asistenta pedagoga s chutí zúčastňuje i Eliška.



Elišce usnadňuje pohyb i schodolez, který slouží v naší mateřské škole pro tělesně handicapované osoby, děti i návštěvy.



V podzimních měsících následujícího školního roku čeká Elišku náročná operace nožiček, která by jí měla pomoci v pohybu, samostatnosti i nezávislosti. Pooperační rehabilitační péče by měla probíhat v léčebném areálu v lázních Klimkovice. Jelikož pobyt je velmi nákladný, rozhodli jsme se Elišce pomoci sběrem víček od PET lahví. Smyslem sběru je víčka třídit a v co největším možném počtu je odevzdat ve sběrnách k tomu určených. Do sběru se zapojí celá školka včetně dětí, učitelek, rodičů, veřejnosti, i provozních zaměstnanců. Za vybrané peníze podpoříme nákladný pobyt v rehabilitačním zařízení. Doufejme, že naplánované aktivity budou přínosné a úspěšné.



Uplynulý rok byl, jak bylo v úvodu zmíněno náročný na změny, ale bohatý na nová dobrodružství, zážitky, přátelství, zkušenosti a spoustu her přinášející radost a úsměv na dětských tvářích. Sluníčková třída je zkrátka dokladem, že handicapované a zdravé děti spolu žijí v naprosté souhře a shodě a handicap zde není brán jako překážka, ale je brána jako přednost a výzva k novým možnostem.



## **PŘÍLOHA E – PRŮBĚŽNÉ HODNOCENÍ ELIŠKY ÚNOR 2015**

Navazujeme na předešlý měsíc a snažíme se Elišku naučit číst písmenka, následně slova a věty, sestavit je, neboť je dívce stále hůře rozumět, jeví se toto jako jedno z východisek.

Stále pokračujeme v pravidelných masážích těla i obličeje, posilování břicha, nohou apod. Po poradě s Elišky fyzioterapeutkou jsme začaly pracovat na tom, aby si dívka vůbec uvědomovala své tělo, což znamená: zvednout či jen pohnout levou rukou, pravou nohou, současně, či křížem. Je to pro ni velice náročné, po chvíli je velice unavená, ne fyzicky, ale psychicky. Často se vzpírá, nechce spolupracovat, uzavře se a nekomunikuje.

Za Elišku doma vše dělá maminka a po samotné dívence nic nechce, z důvodu, že jí vše dlouhou trvá apod. Již jsem se s maminkou domluvila, že by bylo lepší tento postoj změnit a dívku vést k větší samostatnosti, jelikož půjde do školy, měla by zvládat sebeobsluhu a naučit se vnímat, co po ní paní učitelka, maminka, či kamarád žádají.

Intenzivně procvičujeme jemnou motoriku prstů u rukou. Hledala jsem zábavný způsob, abych udržela Elišky pozornost. Nabarvím jí poslední článek prstů barvami a ona potom spojuje palec modrý s ukazováčkem červeným, prostředníčkem žlutým... Toto ji baví, zkusíme každou ruku zvlášť, obě najednou apod. Elišce to celkem jde, až na malíček, ten si moc neuvědomuje, neumí ho ovládat, ale pravidelným opakováním se nám povede toto zvládnout. Vzhledem k tomu, že se Eliška celkově zhoršila, čekají ji nějaká odborná vyšetření, poté maminka přinese lékařské zprávy, abychom věděly, jak dál.

## PŘÍLOHA F – ROZHOVORY MAREČEK

### Rozhovor s pedagogem dítěte

Jak dlouho máte integrovaného Marečka ve Vaší třídě?

*3 roky.*

Můžete, prosím, stručně shrnout jeho vývoj za tuto dobu?

*Z domova neuměl moc malovat a psát, naučili jsme se podepisovat, vývoj šel dopředu. V malování postoupil od „hlavonožců“ k postavám. I chůze se zlepšila, ale to spíše vlivem fyzioterapie a operace.*

Měla jste v minulosti ve třídě již integrovaného nějakého žáka? Pokud ano, s jakým handicapem to bylo?

*Bohužel neměla.*

Pokud ne, co pro Vás nástup takto handicapovaného dítěte do třídy znamenal? Studoval/a jste problematiku onemocnění DMO? Jste v kontaktu se specialisty?

*Zjišťovala jsem si informace přes internet a od rodičů Marečka.*

Co vše pro Vás integrace Marečka obnáší – musíte nějak plánovat přizpůsobení programu dětí tak, aby se ho mohl účastnit?

*Musíme hodně spolupracovat s asistentkou, vymýšlíme, jaké aktivity by byly vhodné a jak je postavit tak, aby se jich Mareček mohl účastnit.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Myslím si, že pokud to podmínky dovolují, je integrace velice vhodná. Je důležité, aby děti viděly, že jsou mezi námi i děti s postižením a učily se je přijímat. Předškolní věk je podle mě pro to vhodný, děti ještě nemají předsudky, je možné je v tomto formovat.*

Jak reagovali rodiče ostatních dětí na integraci Marečka ve třídě? Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi?

*S negativními reakcemi jsem se nesetkala. Ale od dětí jsem někdy zaslechla různé věty, které byly důkazem, že se v některých rodinách o Marečkovi mluvilo.*

Jak při integraci spolupracujete s asistentkou? Co pro Vás její osoba znamená?

*Je pro mě velkým přínosem. Jak se říká: „víc hlav víc ví“. Spolupráce s asistentkou je bezproblémová, je to moc hodná a příjemná paní, navíc má dobré nápady. Vyhovuje mi, že to nemám na starosti všechno sama.*

## **Rozhovor s asistentem pedagoga**

Jak jste se dostala k povolání asistentky pedagoga? Musela jste se nějak speciálně vzdělávat nebo absolvovat odborný kurz?

*Dříve jsem absolvovala kurz na Charitě – Osobní asistent pro volnočasovou aktivitu. Později jsem si v Jihlavě dodělávala kurz asistenta pedagoga.*

Jak dlouho jste asistentkou Marečka?

*3 roky.*

Setkala jste se za svou dosavadní kariéru s dítětem s DMO nebo jiným postižením?

*Setkala jsem se při práci u Charity s jinými dětmi s DMO. Před Marečkem jsem dělala asistentku pedagoga ve třídě, kde byl integrovaný chlapec se středně těžkou mentální retardací.*

Pokud ne, co pro Vás znamenal nástup takto handicapovaného dítěte do třídy? Vyhledávala jste nějaké informace o onemocnění, sbírala jste zkušenosti od jiných kolegů nebo specialistů?

*Zjišťovala jsem si informace od rodičů, z internetu a jinak jsem absolvovala různé kurzy od Charity na zdravotní škole – psychiatrické minimum, první pomoc a další.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Myslím si, že v případě Marečka je integrace přínosem. I děti se snažily dávat na něj pozor, brát na něj ohledy, že je někdy třeba zbrklejší a není mu vždy dobře rozumět. Jinak*

*si myslím, že se integrace odvíjí podle druhu postižení. Těžce postižené děti si neumím představit v klasické školce.*

Jak spolupracujete při přípravě programu ve třídě s pedagogem?

*Úzce spolupracujeme, vymýšlíme spolu činnosti, které by mohly být vhodné, konzultujeme nápady.*

Co vše pro Vás integrace Marečka obnáší? Jak moc se věnujete přípravám?

*Někdy hledám inspiraci i u svých kolegů z jiných mateřských škol. Jinak se Marečka snažíme zapojovat do všech aktivit. Většinou je všechny zvládá, někdy s dopomocí.*

Jak se Mareček zařazuje do denního programu, činností ve třídě a celkově mezi ostatní děti? Jsou nějaké překážky? Pokud ano, jak se je snažíte řešit?

*Snažíme se Marečka zapojit vždy, někdy trošku improvizujeme, třeba při pohybových aktivitách, kde má Mareček omezení. Některé věci mu trvají déle nebo je dělá jinak než ostatní děti, ale pustí se do všeho.*

Jak reagovali rodiče zdravých dětí na integraci Marečka ve třídě? Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi?

*S negativními reakcemi jsem se nesečkala, myslím, že to rodiče vzali v pohodě.*

## **Rozhovor s matkou dítěte**

Setkala jste se někdy dříve s DMO – např. v rodině?

*Nesečkala jsem se dříve s touto diagnózou.*

Můžete prosím popsat okolnosti porodu Vašeho dítěte (v kterém týdnu, jakým způsobem, komplikace...)?

*Mareček se narodil v termínu, bez komplikací. Jen plod ke konci těhotenství nepřibíral, byla jsem hospitalizována, ale pak se to upravilo.*

Kdy jste poprvé zjistili, že s Vaším dítětem není něco v pořádku?

*Když mu bylo 3,5 měsíce. Měl namodralé ručičky, nezdál se mi, měl febrilní křeče, horečku. Na JIP ho ošetřovala doktorka z neurologie. Od půl roku cvičíme Vojtovu metodu. Ale už od narození to bylo prostě jiné než při prvním dítěti.*

Kdy bylo dítěti onemocnění diagnostikováno?

*Původně paní doktorka nevěděla přesně, přikláněla se k DMO. Kolem roku už byla stanovena diagnóza DMO.*

Kde jste získávali informace o DMO a kontakty na odborníky z lékařské a rehabilitační péče?

*Z internetu. Od neuroložky, na různých vyšetřeních, od maminek z lázní. Odebírám časopis Můžeš.*

Můžete prosím popsat stručně vývoj dítěte?

*Vývoj byl opožděný, začal mluvit pozdě, teprve od roka a půl začal slabikovat, od tří let začal používat slova. V sedmi měsících se otáčel a válel sudy, ale nelezl. V jednom roce měl vývoj hrubé motoriky opožděn asi o 4 měsíce. Plazit se začal v roce a půl. Obcházel ohrádku skoro ve 2,5 letech. Bez opory chodí asi od 4,5 roku.*

Jaký je Váš názor na integraci handicapovaných dětí do běžných mateřských škol?

*Myslím, že je dobré, když se děti učí přijímat toho, kdo je odlišný, neponižovat ho nezesměšňovat ho. Děti by se měly učit ochotě pomoci. Myslím, že je důležité, aby se i člověk s postižením začlenil do společnosti, aby nebyl odškrtnutý, odstrčený. Každý by měl někam patřit. Každý by měl mít své místo.*

Kdy a proč jste se rozhodli pro integraci Vašeho dítěte do mateřské školy?

*Když jsem přijela z lázní, to byly Marečkovi 4 roky, tam mi bylo doporučeno, abych hledala nějakou mateřskou školu. Po lázních jsem byla na kontrole na rehabilitaci, zmínila jsem se, že mám hledat školku. Sestra šla za sociální pracovníci, domluvily se s paní doktorkou. A od ledna 2012 šel do školky.*



Co vše integrace Vám v současnosti přináší?

*Odpočinek, není pořád fixován na mě. Můžu získat nové informace od maminek, povzbuzení, příběhy. Odreagování, vyhovuje mi, že ho můžu někam dát a vím, že se o něj postarají, navíc přijde i mezi ostatní děti.*

Jak se Vaše dítě adaptovalo v mateřské škole?

*Zezačátku plakal, postupně se to zlepšovalo.*

Setkali jste se s negativními reakcemi při nástupu Vašeho dítěte do mateřské školy?

*Nesetkali. Ba naopak, pozitivně.*

Jak jste spokojena s přístupem pedagogů (popřípadě i asistentů) k Vašemu dítěti?

*Celkem dobrý přístup. Pravidelně informovali o Marečkovi, co se mu povedlo, co ne, jak mu chutnal oběd a tak.*

Jak vnímáte přínos integrace do mateřské školy pro Vaše dítě?

*Jednak získal kamarády, věděl, že není na světě sám na ty problémy. Byl v kolektivu mezi dětmi, poznal i jiné věci. Spousty činností se účastnil – besídky, malování, vyrábění, přítomna i logopedka, procvičovali řeč. Dostal úkol do sešitu, známky.*

Jak se jinak Vaše dítě začleňuje mezi vrstevníky – Navštěvuje nějaké kamarády, zájmové aktivity nebo kroužky, sdružení dětí s DMO, tábory?

*Chodíme do několika rodin, kde mají více dětí; do knihovny, na den dětí, mikulášskou nadílku, jde mezi děti, má zájem dělat co ostatní děti. Jezdíme na plavání, hipoterapii, do lázní. Tady ve vesnici se k němu lidé chovají normálně. Vidí, že chodí, těší je jeho pokroky. Berou ho pozitivně, fandí. Některé děti se diví, že se odlišuje, musím to vysvětlit. Záleží, kde člověk bydlí a jaké má poblíž lidi.*

## PŘÍLOHA G – ZÁZNAMOVÝ ARCH MAREČEK

### Soběstačnost

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Zvládá jídlo a pití samostatně	X		
Zvládá oblékání, obouvání			S dopomocí, svlékne se sám, někdy si nazuje botu.
Zvládá lokomoční pohyb – chůze, chůze po schodech, lezení	X		Chůze na krátké vzdálenosti, z důvodu zbrklosti někdy upadne. Na delší vzdálenosti využívá vozík.
Dokáže napodobit pohyb podle vzoru	X		
Zvládá hygienu – toaleta, umývání			S dopomocí, na WC si dojde.
Udržuje pořádek (uklidí si hračku, nádobí)	X		Jak kdy, snaží se.

### Jazyk a řeč

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Pojmenovává většinu věcí a dějů v okolí	X		
Správně vyslovuje, mluví zřetelně		X	
Umí vést rozhovor	X		
Dorozumí se se spolužáky, učitelem, asistentem	X		Někdy problémy, aby mu rozuměli.
Dokáže zopakovat krátký text	X		
Pozná některá písmena a číslice	X		

### Poznávací schopnosti

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Dokáže se soustředit na činnost a udržet pozornost			Moc ne, jak kdy.
Postřehne změnu v prostředí	X		
Dokáže rozlišit tvary a další vlastnosti předmětů	X		
Rozlišuje a zná barvy	X		
Rozlišuje základní geometrické tvary	X		
Manipulace se stavebnicemi	X		
Činnosti s různým materiálem (modelína, písek, papír apod.)	X		
Manipulace s předměty – tužka, nůžky, štětec	X		
Výtvarné činnosti (malování, kreslení)	X		
Kreslí s určitým záměrem		X	
Chápe podstatné znaky a vlastnosti	X		

předmětů, jejich podobu či rozdíl			
Dokáže rozlišit předměty dle určitého pravidla (co je méně, více, stejně)	X		
Chápe prostorové pojmy (vpravo, vlevo, nahoře, dole, vedle, mezi)			Jak které.
Chápe časové pojmy (teď, dnes, včera, zítra, jaro, léto, podzim, zima)	X		
Umí písničku, básničku	X		

### Sociální vztahy

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Přirozeně komunikuje s pedagogem	X		
Přirozeně komunikuje s druhým dítětem	X		
Zdraví známé děti i dospělé	X		
Poprosí, poděkuje, požádá o pomoc	X		
Reakce na pokyny a povely pedagogů			Jak kdy.
Má kladný vztah k ostatním dětem	X		
Dítě je ve skupině oblíbené	X		
Dělí se o hračky, pomůcky	X		
Účast na kolektivních hrách	X		
Účast na jiných aktivitách (návštěva divadla, výlety)	X		
Účast na sportovních aktivitách		X	

### Další oblasti pozorování

- Jak se dítě projevuje v prostředí MŠ (bojácné, nesmělé, uzavřené x vyrovnané, přizpůsobivé x nepřizpůsobivé x **aktivní, čínorodé, veselé** x pasivní...)
- Jaké je psychomotorické tempo dítěte (**živé, rychlé až zbrklé** x průměrně živé x pomalejší x nápadně pomalé...)
- Lateralita dítěte (**pravák** x levák x ambidextrie)
- Jaký je typ vnímání dítěte (zrakový typ x auditivní typ x hmatový a kinestetický typ x nevyhraněné v tomto smyslu x nelze říci x **kombinace všeho**)
- Vztah dítěte k učení (**zvědavé** x průměrně zvědavé – někdy se zeptá, jindy ne x neprojevuje zájem, neptá se x jinak)
- Jaké téma dítě zajímá – **Tři bratři, postavičky, pohádky**
- Co dítě nejraději dělá – **hraje si s legem, dívá se na pohádky, modeluje**
- Pokud existuje z důvodu vady řeči komunikační bariéra, jak je to řešeno – **důležitá činnost logopedie, aby to řekl pomalu nebo ukázal**
- Jak se dítě zapojuje při hrách a jiných činnostech– **snaží se v rámci svých možností zúčastnit, při hrách mu dopomáhá asistent.**

- Jak dítě reaguje v situacích, které jsou pro něj náročné (lítostivé, pláče x **hněvá se** x vzteká se x urazí se x odmítavé x vynucuje si pozornost...)

## PŘÍLOHA H – ROZHOVORY ANEŽKA

### Rozhovor s pedagogem dítěte

Jak dlouho máte integrovanou Anežku ve Vaší třídě?

*Druhý rok.*

Můžete, prosím, stručně shrnout její vývoj za tuto dobu?

*Hrubá i jemná motorika se zlepšila, dříve neušla vzdálenost, teď jde v pohodě. Řeč vývoj je výborný. Ve všech oblastech šla dopředu. Pozoruje děti a snaží se to napodobit. Hraje si normálně mezi dětmi. Pohybuje se teď už samostatně.*

Měla jste v minulosti ve třídě již integrovaného nějakého žáka? Pokud ano, s jakým handicapem to bylo?

*Ano, měla jsem integrované tělesně, mentálně postižené, i ležící.*

Pokud ne, co pro Vás nástup takto handicapovaného dítěte do třídy znamenal? Studovala jste problematiku onemocnění DMO? Jste v kontaktu se specialisty?

*Jsem v kontaktu se specialisty. Jezdí sem ze speciálního centra z Plzně. S doktorkou jsem mluvila, jsem logopedický asistent. V knížkách.*

Co vše pro Vás integrace Anežky obnáší – musíte nějak plánovat přizpůsobení programu dětí tak, aby se ho mohla Anežka účastnit?

*Musím k tomu přihlížet, ale mám velkou výhodu, že mám asistentku. Když se naplánuje překážková dráha, buď jde Anežka první nebo poslední a z toho se pak některé věci vybourají, protože je nezvládne a pak se tam vrátí.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Určitě je přínosná. Děti poznají, že některé děti jsou jiné. Ale děti se naučí přizpůsobovat. Začleňuje se, nebojí se, spolupracuje.*

Jak reagovali rodiče ostatních dětí na integraci Anežky ve třídě? Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi?

*Nesetkala, tady jsou na to zvyklí, několik dětí jsme tu měli. Nikdy jsem se s tím nesetkala.*

Jak při integraci spolupracujete s asistentkou? Co pro Vás její osoba znamená?

*Je to velká pomoc, bez ní by to nešlo, protože máme 28 dětí ve třídě od 2,5 do 7 let.*

## **Rozhovor s asistentem pedagoga**

Jak jste se dostala k povolání asistentky pedagoga? Musela jste se nějak speciálně vzdělávat nebo absolvovat odborný kurz?

*Pod jazykovou školou v Plzni kurz. Kurz jsem absolvovala v roce 2011, trval asi 8 měsíců.*

Jak dlouho jste asistentkou Anežky?

*Druhým rokem.*

Setkala jste se za svou dosavadní kariéru s dítětem s DMO nebo jiným postižením?

*Nesetkala.*

Co pro Vás znamenal nástup takto handicapovaného dítěte do třídy? Vyhledávala jste nějaké informace o onemocnění, sbírala jste zkušenosti od jiných kolegů nebo specialistů?

*Spíše jsem sbírala informace od maminky. Zkušenosti jsem nasbírala i při výchově vlastních dětí a z Motola.*

Co si myslíte o integraci handicapovaných dětí do mateřských škol? Je podle Vás přínosná pro něj i pro ostatní děti ve třídě? Uveďte, prosím, i důvod Vašeho názoru.

*Myslím si, že je přínosná, musí komunikovat s cizími lidmi, je dospělejší, samostatnější. Zraje rychleji, než kdyby byla jen doma. Děti na ní dávají pozor, naučily se v její přítomnosti neběhat. Anežka nemá problémy navazovat kontakt, je veselá, děti ji berou, na vycházce ji chtějí vést za ruku, ale říkám jim, že ji musím vodit já, aby se něco nestalo.*

Jak spolupracujete při přípravě programu ve třídě s pedagogem?

*Některé věci vymýšlíme podle toho, jak je máme doporučené. Plno věcí se zapojí, při některých činnostech je třeba ji držet za ruku. Nevydrží se dlouho soustředit.*

Co vše pro Vás integrace Anežky obnáší? Jak moc se věnujete přípravám?

*Dopředu musí člověk promýšlet, co s ní dělat.*

Jak se Anežka zařazuje do denního programu, činností ve třídě a celkově mezi ostatní děti? Jsou nějaké překážky? Pokud ano, jak se je snažíte řešit?

*Překážky jsou akorát pohybové, musí se dávat pozor, aby neupadla, dělat jí oporu, je spontánní radostná, do všeho se pustí, i když tomu někdy nerozumí. Má radost z pohybu, někdy nechápe smysl hry. S komunikací není problém, mluví. Zná barvy, o cokoliv si řekne, jen některé logické věci jí moc nejdou. Nebo u toho nevydrží dlouho.*

Jak reagovali rodiče zdravých dětí na integraci Anežky ve třídě? Setkala jste se s nějakými negativními reakcemi?

*S negativními reakcemi jsem se nesečkala. Nikdo nic neříkal. V pohodě.*

## **Rozhovor s matkou dítěte**

Setkala jste se někdy dříve s DMO – např. v rodině?

*Nesečkala.*

Můžete prosím popsat okolnosti porodu Vašeho dítěte (v kterém týdnu, jakým způsobem, komplikace...)?

*Ve 34. týdnu při ultrazvuku na gynekologii, doktor zjistil, že se plod nevyvíjí dobře, a rozhodl ukončit těhotenství císařským řezem. Anežce nefungovaly ledviny, narodila se ve středu, v neděli odeslána do Motola na peritoneální dialýzu. Po 5 dnech jí vrátili do Plzně, ledviny už fungovaly, narodila se ve zuboženém stavu, byla podvyživená, měla napíchnutou žílu v hlavě, dodávali tuky, centrální v noze – výživu, špatně trávil, problémy se vším, bojovala. Lékaři nedokázali říct, co se stalo, nedokázali stanovit prognózu. Čím rostla, bylo znát to postižení víc.*

Kdy jste poprvé zjistili, že s Vaším dítětem není něco v pořádku?

*Postupně v porodnici mi to lékaři oznamovali.*

Kdy bylo dítěti onemocnění diagnostikováno?

*V několika měsících. Do půl roka.*

Kde jste získávali informace o DMO a kontakty na odborníky z lékařské a rehabilitační péče?

*Hodně díky rané péči, z internetu, ale hlavně v lázních od maminek.*

Můžete prosím popsat stručně vývoj dítěte?

*Opožděný vývoj, růst. Chodit začala až ve 2,5 letech.*

Jaký je Váš názor na integraci handicapovaných dětí do běžných mateřských škol?

*Když mají lehčí postižení, určitě by měly jít mezi zdravé, protože když by šly do stacionáře, nemělo by je co motivovat, naopak dítě, hodně postižené, ležící, nejsem si jista, jestli by bylo vhodné integrovat v běžné školce.*

Kdy a proč jste se rozhodli pro integraci Vašeho dítěte do běžné mateřské školy?

*Přemýšleli jsme, nevěděli jsme, jestli dostaneme asistentku, mohla jít do speciální školky do Rokycan. Do školky chodí od 4 let. Poradili nám v SPC.*

Co vše integrace Vám v současnosti přináší?

*Radost, jsem šťastná, že je spokojená, že se těší, že se zapojuje. Učí se od zdravých dětí. Rozumí si s mladšími dětmi.*

Jak se Vaše dítě adaptovalo v mateřské škole?

*Nástup byl jako u jakéhokoliv dítěte, pak si uvědomila, že ji tam nechávám, období brečení po dvou třech měsících, nechtěla, abych odešla, ale tak za měsíc se to spravilo.*

Setkali jste se s negativními reakcemi při nástupu Vašeho dítěte do mateřské školy?

*Někteří rodiče divně koukali, ale pak si zvykli. Většinou se chovali normálně.*



Jak jste spokojena s přístupem pedagogů (popřípadě i asistentů) k Vašemu dítěti?

*Jsem spokojena, nemůžu si stěžovat. Poznala bych na Anežce, že se jí tam nelíbí.*

Jak vnímáte přínos integrace do mateřské školy pro Vaše dítě?

*Naučí se od zdravých nové věci, je tam tendence je dohnat, hodně se lepší. Kdyby byla ve stacionáři, myslím, že by to pro ni nebylo dobré.*

Jak se jinak Vaše dítě začleňuje mezi vrstevníky – Navštěvuje nějaké kamarády, zájmové aktivity nebo kroužky, sdružení dětí s DMO, tábory?

*Většinou se kamarádi se zdravými dětmi, někdy ji berou, někdy si jí nevšímají, ona jim nestíhá. Chodíme do sokola mezi zdravé děti, úplně v pohodě. Když jí to nejde, vymyslíme to jinak. S handicapovanými se kamarádí v lázních, s nimi se někdy navštěvujeme i mimo lázně.*

# PŘÍLOHA I – ZÁZNAMOVÝ ARCH ANEŽKA

## Soběstačnost

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Zvládá jídlo a pití samostatně	X		
Zvládá oblékání, obouvání	X		
Zvládá lokomoční pohyb – chůze, chůze po schodech, lezení	X		Po schodech s dopomocí.
Dokáže napodobit pohyb podle vzoru	X		
Zvládá hygienu – toaleta, umývání			Hygienu zvládá. Na záchod se musí vysadit.
Udržuje pořádek (uklidí si hračku, nádobí)	X		

## Jazyk a řeč

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Pojmenovává většinu věcí a dějů v okolí	X		
Správně vyslovuje, mluví zřetelně		X	
Umí vést rozhovor	X		
Dorozumí se se spolužáky, učitelem, asistentem	X		
Dokáže zopakovat krátký text			S dopomocí
Pozná některá písmena a číslice		X	

## Poznávací schopnosti

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Dokáže se soustředit na činnost a udržet pozornost			Strašně krátce, minuta, dvě.
Postřehne změnu v prostředí	X		
Dokáže rozlišit tvary a další vlastnosti předmětů	X		
Rozlišuje a zná barvy	X		
Rozlišuje základní geometrické tvary	X		
Manipulace se stavebnicemi			Něco se jí špatně drží, ale snaží se.
Činnosti s různým materiálem (modelína, písek, papír apod.)	X		
Manipulace s předměty – tužka, nůžky, štětec	X		
Výtvarné činnosti (malování, kreslení)	X		
Kreslí s určitým záměrem		X	

Chápe podstatné znaky a vlastnosti předmětů, jejich podobu či rozdíl	X		
Dokáže rozlišit předměty dle určitého pravidla (co je méně, více, stejně)	X		
Chápe prostorové pojmy (vpravo, vlevo, nahore, dole, vedle, mezi)	X		
Chápe časové pojmy (ted, dnes, včera, zítra, jaro, léto, podzim, zima)		X	
Umí písničku, básničku	X		

### Sociální vztahy

Činnost	ANO	NE	JINÉ
Přirozeně komunikuje s pedagogem	X		
Přirozeně komunikuje s druhým dítětem	X		
Zdraví známé děti i dospělé	X		
Poprosí, poděkuje, požádá o pomoc	X		
Reakce na pokyny a povely pedagogů	X		
Má kladný vztah k ostatním dětem	X		
Dítě je ve skupině oblíbené	X		
Dělí se o hračky, pomůcky	X		
Účast na kolektivních hrách	X		
Účast na jiných aktivitách (návštěva divadla, výlety)	X		
Účast na sportovních aktivitách	X		

### Další oblasti pozorování

- Jak se dítě projevuje v prostředí MŠ (bojácné, nesmělé, uzavřené x vyrovnané, přizpůsobivé x nepřizpůsobivé x **aktivní, činnorodé, veselé** x pasivní...)
- Jaké je psychomotorické tempo dítěte (**živé, rychlé** až zbrklé x průměrně živé x pomalejší x nápadně pomalé...)
- Lateralita dítěte (**pravák** x levák x ambidextrie)
- Jaký je typ vnímání dítěte (**zrakový typ** x auditivní typ x hmatový a kinestetický typ x nevyhraněné v tomto smyslu x nelze říci)
- Vztah dítěte k učení (**zvídavé** x průměrně zvídavé – někdy se zeptá, jindy ne x neprojevuje zájem, neptá se x jinak)
- Jaké téma dítě zajímá: **všechno**
- Co dítě nejraději dělá: **hraje si s ostatními, raději s někým něco než sama**
- Pokud existuje z důvodu vady řeči komunikační bariéra, jak je to řešeno, **komunikační bariéra není, když vidí cizí lidi, tak se schová, ve školce už je zvyklá**

- Jak se dítě zapojuje při hrách a jiných činnostech (jak moc mu musí dopomáhat asistent nebo pedagog, jak mu pomáhají ostatní děti, pokud se z nějakého důvodu nemůže činnosti nebo hry účastnit, jak je jinak zaměstnáno) **jak kdy, jsou věci, které zvládne, někdy se jí musí pomoci, děti jsou na ni zvyklé, na procházce ji chtějí držet za ručičku. Do všeho se zapojuje.**
- Jak dítě reaguje v situacích, které jsou pro něj náročné **Spíše vztek a pláč.**