

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou
do kolektivu mateřské školy**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
doc. Ing. Antonín Řehoř, CSc.

Vypracovala:
Iva Dvořáčková

Brno 2012

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma **Integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do kolektivu mateřské školy** zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.

Elektronická i tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

Brno 2. dubna 2012

.....
Iva Dvořáčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu své bakalářské práce, doc. Ing. Antonínu Řehořovi, CSc., za metodickou pomoc a trpělivost, kterou mi poskytoval při zpracování mé bakalářské práce.

Velký dík patří rovněž mé rodině, manželovi i oběma dětem, Lucince a Lubošovi, za morální podporu, povzbuzování a pomoc, kterou mi poskytli nejen v průběhu zpracování bakalářské práce, ale zejména během celého mého studia. Jejich přístupu si nesmírně vážím. Jsem šťastná, že je mám.

Iva Dvořáčková

Motto:

*„Cesta, na níž se slabí stávají silnějšími, je táž
cesta, na níž se silní zdokonalují.“*

Marie Montessoriová

OBSAH

ÚVOD	2
I. TEORETICKÁ ČÁST	
1. Dětská mozková obrna	4
1.1 Etiologie DMO.....	5
1.2 Klasifikace forem DMO	7
1.3 Léčba a prognóza DMO	9
1.4 Dílčí závěr	11
2. Integrované vzdělávání.....	12
2.1 Základní pojmy	12
2.2 Dítě se speciálními potřebami.....	14
2.3 Podmínky a formy integrace.....	16
2.4 Integrace dítěte s DMO	18
2.5 Integrace dítěte a pedagogicko-psychologické poradenství.....	20
2.6 Sociálně pedagogické aspekty integrace.....	23
2.7 Dílčí závěr	24
3. Předškolní období a vzdělávání	26
3.1 Mateřská škola a integrace.....	27
3.2 Mateřská škola a dítě s DMO.....	29
3.3 Mateřská škola a Individuální vzdělávací plán	30
3.4 Mateřská škola a asistent pedagoga	32
3.5 Dílčí závěr	33
II. PRAKTICKÁ ČÁST	
4. Průzkum integrace v mateřských školách	34
4.1 Použitá metoda, cíl, hypotézy a charakteristika respondentů	34
4.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření.....	35
4.3 Interpretace výsledků	45
ZÁVĚR	49
RESUMÉ	51
ANOTACE	52
SEZNAM ZKRATEK	53
LITERATURA A PRAMENY	54
PŘÍLOHA	

ÚVOD

V roce 2006 se našim známým narodilo dítě. Narození dítěte bývá jedním z nejkrásnějších okamžiků rodinného života, bohužel ne vždy. Vztah k dítěti se vytváří již brzy před porodem, rodiče si o svém dítěti dělají různé představy, vkládají do něj své naděje i svá nejtajnější přání. Nejdůležitější hodnotou však pro rodiče zůstává zdraví svého děťátka. Narození postiženého dítěte bývá příčinou velké změny každé rodiny. Rodina se musí s postižením smířit, vyrovnat, snažit se o zachování další funkčnosti. Přizpůsobuje se novým, mimořádným potřebám dítěte. Rodiče začínají svůj život dítěti podřizovat, o to více, že je postižené. Tak tomu bylo i při narození malého Vašíka, když z úst lékařů zazněl ortel, že chlapeček se narodil se závažným postižením. Jeho diagnóza posléze zněla - dětská mozková obrna. V tu chvíli začíná velké pátrání a vyhledávání jinak nic neříkajícího slovního spojení – **dětská mozková obrna, čili DMO**.

Když tedy rodiče zjistí o postižení veškeré dostupné informace, jejich dítě se pomalu dostává do věku, kdy je nutné přemýšlet o možnostech začlenit ho mezi své vrstevníky. Ještě před několika desítkami let by bylo takové dítě doslova segregováno (vyčleněno) od zdravé společnosti. Vždyť většina zdravé populace se v letech minulých prakticky s postiženými nikdy nepotkala.

Současná demokratická podoba naší země je již konečně jiná, lepší. Dává rodiči naději dítě integrovat do kolektivů jednotlivých typů škol, počínaje mateřskou školou. Samozřejmě vždy je nutné přihlídnout ke druhu a stupni postižení. V tu chvíli pedagogové a další odborná veřejnost hovoří o integraci dítěte s postižením, ale rodiče velmi často nevědí, co tento pojem znamená.

Zmiňované skutečnosti mi byly impulsem pro výběr tématu pro bakalářskou práci „**Integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do kolektivu mateřské školy**“.

Cílem bakalářské práce je v teoretické části popsat problematiku DMO, integrace a vysvětlit pojem předškolní zařízení. V části praktické najít odpovědi na otázky, zda ředitelům jednotlivých mateřských škol nečiní problém integrovat dítě se speciálními potřebami, zda mají zkušenosti s integrací dítěte s DMO, zda mají znalost problematiky dítěte s DMO, zda by v současné době integrovali dítě s DMO

do kolektivu příslušné mateřské školy a zda ředitelé škol nacházejí výhody a přínos i pro ostatní zdravé děti při integraci dítěte s DMO.

Dílčími úkoly je zjistit vzdělanost ředitelů a učitelů mateřských škol v oblasti sociální a speciální pedagogiky a zjistit, jakým způsobem získávají znalosti o integraci a znalosti o dětské mozkové obrně, zda splňují předpoklady pro integraci a integraci dětí s DMO.

Bakalářská práce je rozdělena do 4 kapitol. První tři kapitoly jsou spíše teoretického charakteru a jsou východiskem pro kapitolu čtvrtou, praktickou. První kapitola je zaměřena na problematiku dětské mozkové obrny, druhá kapitola popisuje integrované vzdělávání a třetí se věnuje předškolnímu období. Čtvrtá kapitola přináší průzkum integrace v mateřských školách, prostřednictvím dotazníků.

Dotazníkové šetření probíhalo mezi řediteli mateřských škol a řediteli integrovaných základních škol se školou mateřskou, v rámci působnosti Obce s rozšířenou působností (ORP) Ivančice, Kuřim, Šlapanice, Tišnov, Židlochovice, tedy necelého bývalého okresu Brno-venkov.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Dětská mozková obrna

Sousloví dětská mozková obrna, čili DMO, je možné docela jednoduše rozebrat: označením dětská je vyjádřeno období, kdy nemoc vzniká, pojmem mozková je vyjádřena skutečnost, že příčina poruchy je v mozku a pojmem obrna je vyjádřeno, že jde o nemoc způsobující poruchu hybnosti těla.¹

*„DMO neodpovídá definici nemoci, neboť nemá jednotnou příčinu, neprojevuje se jednotným definovatelným postižením a nemá jednotný klinický obraz. Proto je lépe označovat ji jako **syndrom** představující soubor příznaků.“²*

Pojem dětská mozková obrna (DMO) u nás zavedl v roce 1959 zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný. Starší název byl mozková obrna. V české odborné literatuře se lze setkat i s názvy jako **raná mozková obrna**, **raná dětská mozková obrna**, **perinatální encefalopatie** (onemocnění mozku vzniklé v perinatální éře), **infantilní cerebrální paréza** (ICP), **cerebrální koordinační porucha** (CKP), **centrální tonusová porucha** (CTP), **Littleova nemoc** či **Littleův syndrom** (Little (1810-1894) - podal první popis onemocnění).³

Z odborné literatury můžeme vyčíst nejednotnost v označení uvedeného sousloví rovněž v zahraničí. V anglosaských zemích se vžil název **cerebral palsy** (mozková obrna), v Německu **zerebrale Kinderlahmung** (dětská mozková obrna), ve Francii **encéphalopathie infantile**.

Raná dětská mozková obrna je poškození mozku vzniklé v době před porodem, během porodu nebo krátce po něm a projevuje se poruchou hybnosti a vývoje hybnosti. Raná dětská mozková obrna byla známá již ve středověku, jak se lze domnívat z různých z historických popisů, byli jí postiženi i mnozí významní lidé, jako římský císař Claudius, anglický král Richard III., básník Byron a jiní. První zmínky o rané mozkové

¹ DMO klinika Neurocentra Praha [online] [cit. 13. 2. 2012] Dostupné z: http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm

² PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, s. 60.

³ OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s. 7.

obrně nacházíme u Giovanni Morgagniho (1672-1771), slavného italského anatoma z první poloviny osmnáctého století.⁴

V novodobé odborné literatuře se uvádí, že diagnóza DMO je s definitivní platností stanovena nejdříve ve věku 3 let, protože neurologické postižení se na nezralém CNS (centrální nervové soustavě) projevuje nespecificky a k typickému zvýraznění dochází až během pokročilého vývoje mozku.⁵ Nové případy dětské mozkové obrny narůstají zejména v důsledku negativního dopadu udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšením porodní a novorozenecké péče, při níž přežívají i ty děti, které dříve neměly naději na záchranu.⁶

1.1 Etiologie DMO

Dle etiologie, nauce o vnitřních a zevních příčinách nemoci, **DMO označuje skupinu trvalých poruch vývoje hybnosti a držení těla**, které mají za následek omezení aktivity a jsou připisovány neprogresivním poruchám, které vznikly ve vyvíjejícím se mozku plodu nebo malého dítěte. Motorické poruchy spojené s DMO jsou často doprovázeny poruchami smyslového vnímání a vnímání obecně, kognitivními poruchami, poruchami komunikace a chování, epilepsií a jinými sekundárními problémy.⁷

„Poškození mozku v uvedených obdobích má za následek nejen poruchy hybnosti, ale i poruchy psychomotoriky, poruchy intelektu, poruchy vědomí (epileptické záchvaty), taktéž smyslové poruchy – poruchy sluchu, řeči a zraku.“⁸

Příznaky jsou rovněž dle Lesného **společné všem formám DMO**. Jedná se zejména:

- o *opožděný hybný vývoj* (většina dětí začíná později sedět, chodit i mluvit),
- o *poruchy mozkových nervů*,
- o *poruchy okohybného aparátu i zraku*,

⁴ LESNÝ, I., *Raná dětská mozková obrna*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959, s. 8 - 9.

⁵ MUNTAU, A. C., *Pediatric*, Praha: Grada, 2009, s. 523.

⁶ ŠLAPAL, R., *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996, s. 26.

⁷ Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně [online] [cit. 12. 2. 2012] Dostupné z: <http://dmoinfo.cz/informace-o-dmo/>

⁸ KLENKOVÁ, J., *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, s. 26.

- o *slinivost* (tyto děti mají nedostatečnou kontrolu jazyka, úst a ostatních polykacích pohybů),
- o *epileptické záchvaty*.⁹

Klenková ve své knize konstatuje, že DMO vzniká jako následek poškození centrálního nervového systému (CNS) v období předporodním, porodním i poporodním (prenatálním, perinatálním a postnatálním). **Příčiny vzniku DMO jsou četné a mnohdy se je nepodaří zcela objasnit.**

- *„Prenatální příčiny jsou infekce matky v prvním trimestru těhotenství, krvácení matky v počátečním období těhotenství, anoxie, oběhové poruchy, zejména gestózy v poslední fázi těhotenství, Rh – inkompatibilita, škodlivý vliv má také nejružnější záření, radiové, rentgenové, nukleární. Při výčtu příčin nelze opomenout i nedonošenost nebo přenošenost plodu. Přenošenost je nezanedbatelným, i když méně častým etiologickým činitelem, neboť v těchto případech rychle klesá saturační křivka kyslíku v krvi.*
- *Z perinatálních příčin je nejzávažnější abnormální porod, překotný porod nebo porod dlouhotrvající. U protahovaného porodu může dojít ke krvácení do mozku, hypoxii až asfyxii. M. Vítková (1998) uvádí i užití množství analgetik, anestetik apod.*
- *Postnatální příčiny – do této skupiny počítáme infekce CNS (encefalitis, meningitis) rané infekce plicní a střevní, úrazy hlavy.*

Za rizikové faktory vzniku DMO lze považovat i rodinnou zátěž, jako centrální poruchy v rodině, degenerativní onemocnění, graviditu ve vyšším věku, opakované potraty apod.¹⁰

Klenková se rovněž domnívá, že poškození nezralého mozku zřejmě vyvolává teprve souhrnné působení několika škodlivých činitelů při současném oslabení celého organismu. Dle jejího názoru **DMO vzniká teprve kombinací více příčin** a dále se

⁹ LESNÝ, I., *Raná dětská mozková obrna*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959, s. 63.

¹⁰ KLENKOVÁ, J., *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, s. 26.

projevuje i více následky. Velmi se rovněž různí názory, ve kterém období dochází k poškození vyvíjejícího se mozku po porodu. Názory se pohybují mezi šesti měsíci a třemi roky. Klenková ale vyjadřuje názor, že rozhodujícím obdobím, kdy dochází k poškození mozku, je celá doba nitroděložního vývoje, v době porodu a 2-3 měsíce, popřípadě až jeden rok po porodu.¹¹

Klasická **DMO není dědičná**, je třeba si však uvědomit, že asi třetina příčin onemocnění není spolehlivě určena. I proto je třeba v rodině s dítětem s DMO plánovat další těhotenství až po patřičném rozboru možných příčin postižení dříve narozeného dítěte a následně pak této matce poskytnou v průběhu celého dalšího těhotenství odbornou péči.¹²

1.2 Klasifikace forem DMO

Rozdělení forem DMO je u každého autora trochu odlišné. Z klinického hlediska lze DMO rozdělit na **formy spastické a nespastické**.

Formy spastické - zvýšený svalový tonus (křečovité)

Spastické formy charakterizuje po porodu a v prvních měsících vývoje zvýšený svalový tonus. Svaly na postižené končetině, či končetinách, jsou zvýšeně napjaté a kladou odpor pasivnímu ohýbání. Podle ztuhnutí končetin lze rozlišovat děti ohnuté (zcela schoulené) a děti napnuté (ústa mají otevřená, sliní, problémy s jídlem, krátký dech, nápadná mimika).¹³

K spastickým formám řadíme formy diparetické, hemiparetické a kvadraparetické.

- **Forma diparetická** je spastická (křečovitá) obrna, kdy jsou postiženy zejména dolní končetiny. Příčinnou je poškození mozkových struktur v oblasti temenní, které nejčastěji vznikají při předčasných porodech nebo krvácením do mozku. Chůze

¹¹ KLENKOVÁ, J., *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, s. 25- 26.

¹² PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, s. 61.

¹³ OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s. 13.

bývá nůžkovitá (kolena se o sebe třou), po špičkách (digitigrádní), s pokrčenými koleny (lidoopí chůze). V nejtěžších případech nemohou děti chodit vůbec. Horní končetiny nevykazují žádné změny. Intelekt nebývá narušen. Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá.

- **Forma hemiparetická** je nejčastější formou DMO. Jde o spastickou obrnu horní i dolní končetiny stejnohlé poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnutá v lokti, zatímco dolní končetina je napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. Dítě upřednostňuje ruku funkční, nikoliv dominantní. Jde tedy o vynucené leváctví nebo praváctví. U této formy je častá epilepsie, která nepříznivě ovlivňuje rozvoj dítěte. Polovina dětí s postižením levé hemisféry nejeví známky kognitivní poruchy, druhá mívá inteligenci sniženu do pásma lehké mentální retardace a průměrným IQ 65.
- **Forma kvadraparetická** je spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin (pokud vznikla zdvojením diparetické formy) nebo horních končetin (pokud vznikla zdvojením hemiparetické formy). Patří k nejzávažnějším a nejtěžším formám. Vyskytuje se asi u čtvrtiny všech jedinců s DMO. U této formy se objevují smyslové vady, symptomatické poruchy řeči, mentální retardace a epilepsie. Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji prognóza obecně nejméně příznivá.

Formy nespatické (nekřečovitě)

Tyto formy jsou charakteristické absencí svalového napětí. Do forem nespastických řadíme formu hypotonickou a dyskinetickou.

- **Forma hypotonická** je chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Tato forma DMO je vývojová, mění se v důsledku zranění mozku. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem 3. roku mizí nebo se přemění ve formu spastickou nebo dyskinetickou. Pokud setrvává, je doprovázena těžkou mentální retardací. Vyznačuje se sníženým svalovým napětím. Z klinického hlediska je dominantní oslabení svalového tonu trupu a končetin. Může jí doprovázet i některý

typ metabolického či degenerativního onemocnění. Často se objevuje mentální retardace.

- **Forma dyskinetická**, dříve nazývaná extrapyramidová. Někteří autoři jí nepovažují za obrnu v pravém slova smyslu, ale píší, že se jedná spíše o nepotlačitelné (mimovolní) pohyby malých dětí. Mimovolní pohyby mohou být různého druhu. Jde o pohyby atetotické (vlnité, hadovité), choreatické (drobné rychlé pohyby), balistické (prudké, rychlé, nepotlačitelné, často celých končetin) nebo myoklonické (trhavé škuby svalstva). Intelekt bývá většinou dobrý, častý je výskyt poruch řeči.

Někteří autoři uvádějí LMD (lehkou mozkovou dysfunkci) jako nejlehčí formu dětské mozkové obrny nebo rovněž za mezistupeň mezi dětskou mozkovou obrnou a normálním stavem.¹⁴

1.3 Léčba a prognóza DMO

V poslední době paradoxně postižených jedinců s DMO přibývá, jak již bylo popsáno, jedná se skutečně o důsledek zlepšení současné novorozenecké péče. Pro dětskou mozkovou obrnu je typické, že postižení nepokračuje, ale naopak může pomocí rehabilitace docházet ke zlepšení stavu.¹⁵

„U žádného z mnoha typů a subtypů DMO není známa žádná „lčba“. Léčebná intervence je obvykle omezena na léčení a prevenci komplikací způsobených účinky DMO.“¹⁶

Dětská mozková obrna se nedá vyléčit. Dá se pomocí léčby (terapie) dosáhnout zlepšení podmínek i životních možností dítěte, což většinou příznivě ovlivňuje kvalitu jeho života. Lékařské pokroky u DMO posledních let vedly k tomu, že dnes již mnozí z těch, kteří byli včas a správně léčeni, mohou vést téměř normální život. Obecně však platí, že komplexní terapie má být zahájena co možná nejdříve.

¹⁴OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s. 12 - 16.

¹⁵SEIDL, Z., *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, s. 143.

¹⁶Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně [online] [cit. 2. 1. 2012] Dostupné z: / <http://dmoinfo.cz/informace-o-dmo/>

Léčebný plán může zahrnovat:

- léky pro léčbu epilepsie,
- léky uvolňující spastické svaly,
- dlahy pro svalovou nerovnováhu,
- operační léčbu,
- mechanické pomůcky,
- rehabilitace,
- speciální péči a výchovu.¹⁷

Hlavní léčebnou terapií DMO bývá **rehabilitace**, to je odstraňování vadných pohybových stereotypů, po nichž následuje nácvik lokomoce i hybnosti končetin. K základním metodám patří Vojtova metoda reflexní lokomoce, metoda manželů Bobathových a Kabatova metoda. Všechny metody musí být aplikovány v závislosti na vývojových trendech a s ohledem na vývojovou fázi dítěte.

Další možností je **farmakoterapie**, která má podpůrný charakter, řídí se zásadou přísné individuální indikace s ohledem na funkční a biologické dopady její aplikace. V současné době je několik málo druhů preparátů, které mohou rovněž příznivě ovlivnit činnost mozku, zejména bezprostředně po vzniku poškození.¹⁸

„Léčba“ DMO vyžaduje komplexní interdisciplinární přístup. Pravidelná fyzioterapie, logopedie a ergoterapie (ergoterapie byla dříve nazývána léčba prací) jsou nejdůležitějšími pilíři. Navíc je důležitá stimulace a péče rodičů. Opravdu velkými pomocníky jsou, v tomto případě, ortézy, chodítka, sedátka či na míru upravené invalidní vozíky.¹⁹

¹⁷ Dětská mozková obrna, dětská obrna [online][cit. 14. 3. 2012] Dostupné z: www.detskamozkovaobrna.estranky.cz/clanky/detska-mozkova-obrna.html

¹⁸ PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, s. 65.

¹⁹ MUNTAU, A. C., *Pediatric*. Praha: Grada, 2009, s. 523.

1.4 Dílčí závěr

Dětská mozková obrna patří mezi velmi závažná postižení. Mozková obrna je v širším slova smyslu každá obrna mozkového původu, tedy obrna centrální. Pojem **dětská mozková obrna zahrnuje poškození mozku a vývoje mozku**, které vzniká v nejranějším vývoji a to před narozením, při porodu nebo brzy po narození. Patří k nejzávažnějším a také nejnápadnějším postižením a projevuje se převážně v poruchách centrální regulace hybnosti. Rozlišujeme formy spastické a nespastické.

Hlavním a rovněž nejzávažnějším projevem jsou u dětí s DMO právě **poruchy hybnosti**. Tyto poruchy se vyskytují v různém stupni a v různých kombinacích a to popřípadě i s dalšími poruchami.

Celkově se DMO může charakterizovat těmito příznaky:

- motorická neobratnost,
- zvýšený motorický neklid,
- nesoustředěnost, těkavost,
- nedokonalost vnímání,
- nedostatečná představivost,
- překotné, impulsivní reakce,
- emoční labilita, výkyvy duševní výkonnosti,
- vady řeči, opožděný řečový vývoj řeči.²⁰

Lehká mozková dysfunkce je považována za mezistupeň mezi dětskou mozkovou obrnou a normálním stavem či za nejlehčí formu dětské mozkové obrny.

Dětská mozková obrna není dědičná, ale asi třetina příčin onemocnění není dosud spolehlivě určena. DMO se nedá vyléčit, ale dá se pomocí léčebné terapie dosáhnout zlepšení podmínek a většinou příznivě ovlivnit i kvalitu života.

²⁰ LESNÝ, J., ŠPITZ, J., *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogii*. Praha: SPN, 1989.

2. Integrované vzdělávání

„Původní význam slova integrace je „ucelení, sjednocení, spojení v celek“ (z lat. Integer – neporušený, úplný), např. ve smyslu integrace osobnosti či fyzických funkcí v podobě jejich souhry, nerušeného fungování.“ To byly první náznaky v naší speciální pedagogice, charakterizované tím, že za jedince plně začlenitelného do společnosti se považoval pouze ten, kdo své postižení zcela překonal. Mezitím se prosadilo pojetí, že nárok na začlenění do společnosti má i osoba s postižením, které ji i nadále provází.²¹

*„Zakladatel speciální pedagogiky u nás, prof. Miloš Sovák, chápe integraci jako **naprosté zapojení a splynutí postiženého jedince se společností lidí zdravých, a to ve výchově a vzdělávání, v pracovním uplatnění i ve společenském soužití.**“²²*

Nejzásadnější koncepční změnou po roce 1989 byla ta skutečnost, že výchova a vzdělávání postižených dětí a mladistvých přestalo být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stalo záležitostí všech typů škol a školských zařízení. Právo všech dětí na vzdělání je zakotveno v Listině základních práv a svobod. Základním východiskem je nerozlišování dětí na handicapované a nehandicapované a změna v zaměření na dítě v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, nikoliv pouze na jeho postižení.²³

2.1 Základní pojmy

Pojem integrace je často úzce omezován jen na období školního vzdělávání a profesní přípravy. V pedagogické terminologii je pojem integrace chápán jako **akt zařazení postiženého dítěte do běžné třídy mateřské, základní a střední školy**. Pro tento typ integrace je vhodnější volit pojem **integrované vzdělávání**, které v sobě zahrnuje

²¹ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003, s. 162.

²² VOČILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 8.

²³ VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 19.

moderní přístupy a způsoby, jak zapojit dítě s postižením do hlavního proudu vzdělávání.²⁴

Integraci v moderním pojetí již chápeme jako společný život (v případě školy společný pobyt, společný program, společnou výchovu a výuku). Někdy se v této souvislosti používá z angličtiny převzatý termín **inkluze** (z lat. Inclusio – zahrnutí). Tento termín jde ještě dále než termín integrace. **Cílem inkluze** je začlenění jedinců s postižením do stávající společenské struktury, usiluje o proměnu těchto struktur tak, aby rozličnost byla považovaná za zcela normální jev.²⁵

Míra integrace závisí na míře samostatnosti a nezávislosti, týká se vlastní osobnosti jedince a jeho socializace. Míra socializace nebude nikdy u všech postižených jedinců stejná. Z tohoto důvodu rozlišujeme **4 základní stupně socializačního procesu**.

1. Integrace

Jde o první ze čtyř stupňů socializačního procesu. Integrace je **plným začleněním a splynutím postiženého se společností**. Předpokládá samostatnost a nezávislost jedince, který nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí. Postižení se u něho nerozvinulo, případně se s ním plně vyrovnal. Je schopen plnit všechny funkce, které vyplývají z plné socializace. Integrace předpokládá samostatnost, nezávislost jedince, jenž nevyžaduje zvláštní ohledy nebo přístupy ze strany přirozeného prostředí.

Úspěšnou integraci lze předpokládat u lehčích forem postižení nebo např. u některých chronických chorob.

2. Adaptace

Adaptace je **schopnost handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí**. Záleží na osobnosti, schopnostech a potřebách postiženého jedince, jak se dovede včlenit mezi ostatní tak, aby byl akceptován prostředím.

²⁴ VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 93.

²⁵ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál. 2003, s. 162.

Stupně adaptace lze dosáhnout u těžších typů postižení, jako jsou smyslové vady, defekty mobility, autismus či lehká mentální retardace.

3. Utilita

Jde pouze o **sociální upotřebitelnost** postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen. Jde například o kombinované vady (mentální a tělesné). Takový jedinec není již samostatný, v mnoha ohledech je závislý na druhých lidech.

4. Inferiorita

Jde o nejnižší stupeň socializace, pro niž je typická **sociální nepoužitelnost a totální izolace** ze společnosti. Jedinci jsou naprosto nesamostatní, pouze odkázáni na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb.

Vždy ovšem záleží na okolnostech, rodině, osobnostních předpokladech jedince.²⁶ Opakem integrace je **segregace**, což je naopak vyčlenění z běžné populace.

Problematika integrace dětí se zdravotním postižením se stala velmi diskutovaným problémem i v České republice. Odlišný politický vývoj zapříčinil u nás velké zpoždění ve fázi integrace postižených dětí do běžných typů škol. Teprve po roce 1989 zaznamenalo speciální školství velký **rozvoj ve způsobu vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami** (osoby se zdravotním postižením a zdravotním nebo sociálním znevýhodněním). V oblasti vzdělávání se konečně začala prosazovat **tendence integrovat vzdělávání těchto osob s osobami zdravými**.²⁷ Jde o jednu z nejvýraznějších změn, kterou rovněž přinesl nový školský zákon. Zákon podporuje propojení bývalého speciálního školství se školami běžného typu a tak posiluje individuální integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

2.2 Dítě se speciálními potřebami

Ke zdravému, ale hlavně harmonickému vývoji každého dítěte patří uspokojování a naplňování všech jeho životně důležitých potřeb. Jedná se o potřeby tělesné, duševní i potřeby sociální. To stejné platí i pro dítě postižené, které má pak ještě navíc některé

²⁶ NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*. Portál s.r.o. Praha: 2000, s. 18 - 20.

²⁷ VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 8 - 10.

potřeby další, které vzhledem k tomu, že se týkají určitého konkrétního dítěte (či skupiny dětí), nazýváme potřebami speciálními. Lze tedy dětem s postižením říkat **děti se speciálními potřebami**. Zásadou přístupu k nim je naplňovat společné potřeby, ale i jejich potřeby speciální.²⁸

Vzdělávání v České republice, dle školského zákona, je založeno, mimo jiné, na zásadách rovného přístupu a zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce. **Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami** je osoba:

- se zdravotním postižením,
- se zdravotním znevýhodněním,
- se sociálním znevýhodněním.²⁹

V současném světě trpí poruchou nebo postižením jedno dítě z deseti. *„Úkolem současné společnosti je uznávat rovnost šancí a vytvořit prostředí vzájemného porozumění a akceptace mezi lidmi s postižením a bez postižení. Jedním ze základních práv všech dětí, tedy i dětí a žáků s postižením, je jejich právo na vzdělání. To by mělo probíhat, při odpovídajícím zajištění jejich speciálních vzdělávacích potřeb, v co možná největší míře společně s jejich vrstevníky ve spádové škole podle místa bydliště.“*³⁰

Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami **definuje dítě či žáka se speciálními vzdělávacími potřebami**. Jedná se o děti a žáky:

- se zrakovým postižením,
- sluchovým postižením,
- tělesným postižením,
- mentálním postižením,
- s vadami řeči,
- s více vadami,

²⁸ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003, s. 164 - 165.

²⁹ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), §2 a 16.

³⁰ PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006, s. 15.

- s lékařskou diagnózou autismu,
- se specifickými poruchami učení nebo chování,
- zdravotně postižený z důvodu dlouhodobé nebo chronické nemoci,

u kterého byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny **na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření** a jejich rozsah a závažnost opravňuje žáka k zařazení do režimu speciálního vzdělávání a čerpání navýšených finančních prostředků.³¹

2.3 Podmínky a formy integrace

Integrace má být pro dítě či žáka nenásilná, přirozená, ale hlavně prospěšná. **V případě, že se rodič rozhodne pro integrované vzdělávání, společnost se snaží postupně vytvářet pro tyto děti nezbytné podmínky, které musí vždy úspěšné integraci nutně předcházet.**

Jedná se zejména o:

- úpravu legislativně právních předpisů ve školství,
- ekonomické zajištění školy,
- technické zajištění školy,
- organizační zajištění školy,
- vzdělanost a příprava pedagogů,
- úzkou spolupráci pedagogů a rodiny,
- spolupráci pedagogů s odborníky ze zdravotních a sociálních služeb.³²

Jednou z hlavních podmínek úspěšného vzdělávání dětí i žáků se zdravotním postižením je zejména zajištění **kvalitně připraveného personálu**. Naprosto klíčové pro úspěšný

³¹ Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciální vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení, č. j.: 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002.

³² VOCÍLKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 8,10.

průběh integrace se jeví **bezproblémové přijetí postiženého** dítěte spolužáky. Tomu by měla odpovídat i příprava třídního kolektivu před příchodem tohoto jedince.³³

Rodiče mají právo rozhodnout, **jakou formou se bude jejich postižené dítě vzdělávat**. V případě, že se rodič rozhodne pro integrované vzdělávání, je povinností společnosti vytvořit pro tyto děti **optimální podmínky**.³⁴ Každý typ postižení klade jiné nároky na odborný přístup. Integraci každého žáka **musí předcházet psychologické a speciálně - pedagogické vyšetření** s následným rozhodnutím, zda je integrace možná.³⁵

Integrace žáků se zdravotním postižením je zajišťována:

- formou individuální integrace,
- formou skupinové integrace,
- ve škole speciální (samostatně zřízené pro děti se zdravotním postižením),
- kombinací těchto forem.

Individuální integrace je zajišťována:

- v běžné škole (mateřské, základní),
- ve speciální škole určené pro děti s jiným druhem zdravotního postižení.

Veškeré integrované děti je třeba nejen dobře znát, ale vhodně s nimi zacházet a vést je k určitému cíli. Cílem výchovným je dopomoci jim k vývoji osobnosti co možná nejnynější, vyrovnané a harmonické, jak je to jen za daných okolností možné.³⁶

³³ VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 15.

³⁴ VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 94.

³⁵ KOLEKTIV AUTORŮ, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Institut mezioborových studií Brno: Bonny Press, 2008, s. 5.

³⁶ MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: Jinočany, 1992, s. 8.

2.4 Integrace dítěte s DMO

Dítě s DMO, dle školského zákona, je **dítě se zdravotním postižením**. Dle Světové zdravotnické organizace je **postižení** „...*částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu*“.³⁷

Podle převahy postižení jsou DMO klasifikována jako **postižení tělesná**, většinou však jako **postižení více vadami** (lze užívat i termín vícečetné postižení, kombinované postižení). **Postižení tělesná** jsou v případě, že jde „pouze“ o narušení vývoje hybnosti, čili o motorické postižení. DMO ale často spolu s hybností zasahuje do více oblastí vývoje, kombinuje se s mentálním, či smyslovým postižením nebo ovlivňuje rozvoj komunikačních dovedností. Potom hovoříme o tzv. **kombinovaném postižení**.

Specifika a podmínky integrace u tělesných postižení

Jako **tělesně postižený** je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození. Jedná se o dlouhodobý nebo trvalý stav.

Na počátku školní docházky je nutné vědět, zda se tyto děti pohybují sami nebo jen s cizí pomocí. Snahou je řešit celé prostředí školy tak, aby byl jedinec co nejvíce nezávislý na cizí pomoci (toaleta, šatna, jídelna). Mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné integrace.³⁸

U dětí s **tělesným postižením** musí být, dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní zařízení, **zajištěno**:

- možnost pohybu dítěte v prostorách školy pomocí dostupných technických prostředků a lidských zdrojů,

³⁷ NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000, s. 13.

³⁸ KOLEKTIV AUTORŮ, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Institut mezioborových studií Brno: Bonny Press, 2008, s. 121 – 131.

- osvojení specifických dovedností v rozsahu individuálních možností dítěte,
- podmínky pro náhradní tělovýchovné aktivity dítěte,
- využívání kompenzačních, technických a didaktických pomůcek,
- snížený počet dětí ve třídě.³⁹

Specifika a podmínky integrace u postižení více vadami

Vícenásobné postižení zahrnuje širokou škálu různých typů postižení, které se spolu navzájem kombinují. Mohou dosahovat různého stupně postižení a jsou ovlivněny řadou dalších faktorů. Kombinovaná postižení tedy představují velkou různorodou a hlavně rozmanitou skupinu. Kombinovaná postižení jsou chápána jako **postižení současně dvěma nebo více vadami**. Postižení bývá rozličného stupně a hloubky. Rozhodnout, zda se jedná o jedince s lehkým, či těžším postižením, je údajně prakticky nemožné.

Nejnovější a poměrně obecnou klasifikaci jedinců s kombinovaným postižením zpracoval profesor Vašek. Tito jedinci se dělí na 3 skupiny:

- mentálně postižení v kombinaci s dalším postižením,
- smyslově postižení (hluchoslepotu),
- jedinci s poruchami chování s dalším postižením.⁴⁰

U dětí s **více vadami** musí být dle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní zařízení, **zajištěno**:

- osvojení specifických dovedností, zaměřených na sebeobsluhu,
- klidné, pro dítě podnětné, vzdělávací prostředí,
- přítomnost asistenta,
- snížený počet dětí ve třídě,

³⁹ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: 2004, VUP.

⁴⁰ KOLEKTIV AUTORŮ, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Institut mezioborových studií Brno: Bonny Press, 2008, s. 20.

- vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,
- další podmínky podle druhu a stupně postižení.⁴¹

2.5 Integrace dítěte a pedagogicko-psychologické poradenství

Rodič by měl vědět, že výchovu a vzdělávání může konzultovat s více odborníky, ať je to ředitelství školy či dětský pediatr, ale i různá poradenská zařízení. Zde lze využít systému tzv. **pedagogicko-psychologického poradenství**. Nalezneme zde odborníky, kteří znají problematiku určitého typu postižení. Poradenská zařízení pomáhají školám rovněž při tvorbě a poté při realizaci individuálních plánů v konkrétním školském zařízení.

*„Školská poradenská zařízení **zajišťují** pro děti, žáky a studenty a jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení **informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost**, poskytují odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání dětí, žáků nebo studentů a přípravě na budoucí povolání. Školská poradenská zařízení spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, zdravotnickými zařízeními, popřípadě s dalšími orgány a institucemi.“⁴²*

Pedagogicko-psychologické poradenství je podpůrný systém, který je podsystémem školské soustavy. Jeho **úkolem je přispívat k optimalizaci procesu vzdělávání a výchovy** ve škole a v rodině. Poskytuje své služby dětem a mládeži, včetně zdravotně postižených, ve věku zpravidla **od 3 do 19 let**, rovněž i jejich rodičům a dalším zákonným zástupcům, učitelům a ostatním pedagogickým pracovníkům.

Pokud se rodiče rozhodnou pro integraci v běžné mateřské škole, je nutné dítě vyšetřit **příslušným speciálně pedagogickým centrem (SPC), popř. pedagogicko-**

⁴¹ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: 2004, VUP.

⁴² Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), §116.

psychologickou poradnou (PPP). Úzká spolupráce školy s těmito poradnami je samozřejmostí.

Současný systém pedagogicko-psychologického poradenství v ČR tvoří:

- Výchovní poradci, v některých školách školní psychologové a speciální pedagogové.
- **Pedagogicko-psychologické poradny (PPP).**
- **Speciálně pedagogická centra (SPC).**
- Střediska výchovné péče (SVP).
- Institut pedagogicko-psychologického poradenství.

Výchovní poradce pracuje na základních školách, středních a speciálních školách a učilištích. Jedná se většinou o učitele, kteří plní i úkoly pedagogicko-psychologického poradenství v oblasti výchovy, vzdělávání a volby studia či povolání.

Školní psychologové a speciální pedagogové nejsou ustanoveni na všech školách, jejich funkce není dosud plně vymezena. Hlavním cílem jejich činnosti je snižování rizik vzniku výchovných a výukových problémů. Jedná se o tzv. primárně preventivní působení.

Pedagogicko-psychologické poradny jsou samostatná poradenská zařízení, zajišťují psychologické a speciálně pedagogické **služby** dětem a mládeži, rodičům, učitelům a vychovatelům na všech stupních a typech škol. Těžištěm práce jsou otázky osobnostního a vzdělávacího vývoje dětí a mládeže, poskytují pracovníkům škol a školských zařízení konzultace a odborné informace. Zabezpečují vzdělávací činnost pro pedagogy, spolupracují s orgány státní správy v oblasti řešení sociálně patologických jevů a drogových závislostí. Jejich zastoupení je v každém okrese. Jejich zřízení je ustanoveno v souladu se zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), činnost je dána vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Pedagogickými pracovníky PPP jsou **psychologové** a **speciální pedagogové**, kromě nich se na odborných činnostech podílejí také **sociální**

pracovníci. Činnost PPP se uskutečňuje zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních.

Speciálně pedagogická centra (SPC) byla zřízena MŠMT ČR na základě poradenské péče **v souvislosti s integrací postižených dětí a žáků** mezi nepostižené. SPC začala být zřizována od roku 1990. Centra se zaměřují na **poradenskou činnost** pro děti a mládež s určitým druhem postižení, poskytují rovněž poradenské služby školám a školským zařízením, kde jsou integrováni děti a žáci se zdravotním postižením. Základní odborný tým tvoří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník. Tento tým může být doplněn dalšími odbornými pracovníky, dle druhu a stupně postižení klientů jednotlivých SPC. Služby uvedených specialistů jsou poskytovány ambulantně, přímo v konkrétním SPC nebo v terénu, což je rodina nebo předškolní a školské zařízení.

V rámci komplexní odborné poradenské péče tým SPC zabezpečuje pro klienty se zdravotním postižením zejména:

- depistáž klientů (dle specializace SPC),
- speciálně pedagogickou, psychologickou a sociální diagnostiku,
- poradenské, konzultační, terapeutické a metodické činnosti,
- speciálně pedagogické stimulační a vzdělávací činnosti u integrovaných klientů se zdravotním postižením a u klientů s těžkým a kombinovaným postižením,
- spolupráci při přípravě a zpracovávání individuálních výchovně-vzdělávacích a stimulačních programů do běžných škol,
- zpracovávání odborných podkladů a posudků v systému vzdělávání,
- poradenství k volbě vzdělávací cesty,
- odborné činnosti v rámci prevence sociálně patologických jevů ohrožujících klienty se zdravotním postižením,
- informační činnosti a propagaci služeb SPC v širší veřejnosti.⁴³

⁴³ IPPP ČR, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR [online] [cit. 26. 3. 2012] Dostupné z: http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=4&Itemid=2

Institut pedagogicko-psychologického poradenství je organizace s celorepublikovou působností, která byla zřízena MŠMT ČR v roce 1994. Řeší aktuální koncepční otázky pedagogicko-psychologického poradenství, zajišťuje koordinaci poradenského systému a rovněž další vzdělávání poradenských pracovníků.⁴⁴

2.6 Sociálně pedagogické aspekty integrace

„Socializace je celoživotní proces, v jehož průběhu si jedinec osvojuje specificky lidské formy chování a jednání, jazyk, poznatky, hodnoty, kultury a začleňuje se tak do společnosti. Lze ji chápat jako sociálně interakční proces a uskutečňuje se především sociálním učením (zejména učením sociálním rolím), ale i nátlakem.“⁴⁵

Socializace se především odehrává:

- v rodině,
- ve skupině vrstevníků a přátel,
- ve škole
- v práci,
- prostřednictvím masmédií.

Škola je výraznou socializační institucí.

Problematika socializace a výchovné pomoci pro zvládání života mají zásadní význam pro sociální pedagogiku. Socializace a výchova zprostředkovávají jedinci vlastnosti, které jsou podmínkou jeho začlenění do společnosti.

Sociálně pedagogické dění chápeme jako výchovnou pomoc k zvládnutí života.

Cílem je ochránit člověka před škodlivými vlivy, naučit ho zvládat obtíže, orientovat se v nejjednodušších situacích a rovněž mu zprostředkovat sociokulturní dovednosti, které mu umožňují účast na společenském životě.⁴⁶

⁴⁴ VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 22.

⁴⁵ VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 22 - 23.

⁴⁶ KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001, s. 54 - 86.

Integraci lze rovněž chápat jako integraci společenskou, protože jde v podstatě o schopnost zdravotně handicapovaného jedince žít ve společnosti zdravých lidí, s podporou společnosti. Integrace je cílem veškerého snažení lékařů, rodičů, učitelů, psychologů a ostatních, prostě těch, kteří se od narození starají o zdravotně postiženého jedince.⁴⁷

Právě v předškolním věku je vhodná integrace do běžné mateřské školy, která poskytuje pohybově postiženým dětem užitečné zkušenosti. Zařazení do předškolního zařízení rovněž pozitivně přispívá k odpoutávání se z přetrvávající závislosti na matce (či pečovateli) a na rodinném prostředí.⁴⁸

Nejvýstižnější definici integrace lze převzít od současného švýcarského odborníka v oblasti integrální speciální pedagogiky Br. Bürliho, který píše, že integrace je snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělávání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami a **v co možná nejméně restriktivním prostředí**, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám. Bürlí konstatuje, že školní integrace spočívá v úsilí dosáhnout stavu, který se považuje za ideální.⁴⁹

Speciální pedagogika se prioritně, v integraci postižených do společnosti, zabývá otázkami vlivu prostředí na tyto jedince při výchově a vzdělávání. Svoji roli sehrává při ovlivňování veřejnosti ke kladným postojům k postiženým jedincům a také se podílí na poradenství pedagogům či jiným odborníkům, kteří pracují s postiženými jedinci. Neméně důležitým úkolem je hledání alespoň částečné možnosti socializace u velmi těžce postižených jedinců, i se syndromem dětské mozkové obrny.

2.7 Dílčí závěr

S rozvojem společnosti a změnou přístupu k jedincům se zdravotním postižením se mění i postoje ke vzdělávání. Nosnou tendencí současnosti je **forma individuální**

⁴⁷ VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 93.

⁴⁸ OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s. 31.

⁴⁹ VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 17.

integrace. Integrační přístup spočívá v zajištění **speciálních podmínek, prostředků a podpory** při zapojování do běžného života ve společnosti jedinců s postižením.

V rámci integračního procesu je nezbytně nutné vymezit meze integrace. Existují druhy a stupně postižení, které lze integrovat bez potíží nebo poměrně snadno, jiné, u nichž je integrace obtížná či problematická. Jsou i postižení, kdy je integrace kontraindikována, kdy je nezbytně nutná odborná ústavní péče. Relativně snadno se začleňují děti, které s ostatními komunikují, mají komunikační předpoklady. Nejhůře jsou na tom mentálně a sluchově postižení.

„Školní integraci chápeme jako prostředek k dosažení sociální integrace“.

Integrace se pokládá za vzájemný proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění se, roste oboustranná pospolitost a sounáležitost. **Cíl integrace** spočívá ve vytvoření kontextu rovnosti šancí vzájemného porozumění a akceptace mezi postiženými a nepostiženými. **To znamená brát a dávat na obou stranách.**

Díky postupné integraci se dostávají děti s DMO stále více do povědomí veřejnosti. Faktem stále zůstává, že vzhledem ke své odlišnosti na sebe stále přitahují pozornost ostatních lidí. **Čím více budeme tyto děti integrovat mezi své vrstevníky, tím méně je bude příští generace vnímat jako odlišné. Školní integrace znamená změněné chápání postižení.**

3. Předškolní období a vzdělávání

Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti (sedmi) let věku.

Dle školského zákona „*Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte předškolního věku, podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném rozvoji a na osvojení základních pravidel chování, základních životních hodnot a mezilidských vztahů. Předškolní vzdělávání vytváří základní předpoklady pro pokračování ve vzdělávání. Předškolní vzdělávání napomáhá vyrovnávat nerovnoměrnosti vývoje dětí před vstupem do základního vzdělávání a poskytuje speciálně pedagogickou péči dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.*“⁵⁰

Jednoznačně je přijímán fakt, že **dítě se již v předškolním období vzdělává**. Některé výzkumy dokonce ukazují, že v následujícím období klasického školního vzdělávání lze jen velmi obtížně překonat vliv předškolního vzdělávání.

*“V předškolním období jsou „okna poznávání a rozvíjení“ otevřena dokořán, je to mimořádně příznivé období pro rozvíjení různých stránek osobnosti dítěte. Probíhají zde intenzivně procesy zrání i učení a nikdy potom už se jedinec nebude vyvíjet tak bouřlivě a snad ani tak intenzivně, a proto až trestuhodné nevyužít tuto dobu k co nejširšímu rozvoji dítěte.”*⁵¹

Z hlediska kvality objektu výchovy lze rozlišit:

- výchovu klasickou – výchovu „normálních“ jedinců,
- výchovu speciální – výchovu jedinců s postižením (se speciálními potřebami).⁵²

Dle Rámcového vzdělávacího programu (RVP) pro předškolní vzdělávání má předškolní vzdělávání usnadňovat dítěti jeho další životní i vzdělávací cestu. Má rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání jeho okolního světa a motivovat

⁵⁰ Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), §33.

⁵¹ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003, s. 7.

⁵² VÍTKOVÁ, M., a kol., *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998, s. 12 - 13.

k dalšímu poznávání a učení. Dále učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu společností uznávané normy a hodnoty.

Pro život dítěte má předškolní vzdělávání dalekosáhlý význam, neboť poznatky lékařů, psychologů i pedagogů, dokazují, že většina toho, co dítě prožije v prvních létech svého života a co z podnětů okolního prostředí přijme je trvalé. Rané zkušenosti, které dítě získává svým životem v rodinném i mimorodinném prostředí, se v jeho životě zhodnocují a nachází uplatnění.

Předškolní vzdělávání se maximálně přizpůsobuje vývojovým fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám dětí a dbá, aby tato vývojová specifika byla při vzdělávání dětí plně respektována.

Úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnat výkony dětí, ale vyrovnat jejich vzdělávací šance.⁵³

3.1 Mateřská škola a integrace

Mateřská škola je významná společenská instituce, která **zajišťuje v České republice předškolní vzdělávání**. Vedle rodiny se podílí na rozvoji dítěte. Pro předškolní období jsou charakteristické i významné změny, zejména v oblastech biologického a psychosociálního vývoje. Každé dítě potřebuje vstupovat i do vztahů s ostatními lidmi, především se svými vrstevníky. To platí i pro děti se speciálními potřebami.

Mateřská škola se řídí příslušnými zákony. Nejdůležitější je pro toto instituci zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a současně vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.

V tomto věku dochází k růstu významu vrstevníků. Předškolák je sice emocionálně vázaný na rodiče a rodinné zázemí, ale velmi rád ho opouští a vydává se za svými vrstevníky. Vrstevníky potřebuje ke svým hrám, zkouší to, co v rodině odpozoroval, a to různé role, různé formy chování a eviduje reakce okolí na ně. Důležitý je kontakt s dětmi různého věku. Dítě se musí naučit měnit role – podřídit se staršímu, pečovat

⁵³ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: 2004, VUP.

o mladšího, umět se v kolektivu prosadit. Dětské společenství rovněž sehrává velmi důležitou úlohu pro formování mezilidských vztahů. Kontakt s dětmi je důležitý pro **formování vlastního Já**. Jde o začátek sebepojetí a sebehodnocení.⁵⁴

Mateřská škola tedy nabízí dítěti prostředí, které je vstřícné, podnětné, obsahově bohaté, ve kterém se dítě cítí bezpečně, radostně a spokojeně a ve kterém je zajištěna možnost, aby se mohlo projevovat, bavit a zaměstnávat svým přirozeným dětským způsobem.⁵⁵

Předškolní vzdělávání dětí se zdravotním postižením lze uskutečňovat:

- v mateřské škole běžného typu,
- v mateřské škole speciální,
- ve speciální třídě při běžné mateřské škole.

V současné době se nejvíce prosazuje vzdělávání dětí s postižením v kolektivu běžné mateřské školy. Dítě se postupně začleňuje do normálního prostředí, jeho **sociální izolace je oslabována**. Zařazením dítěte se speciálními potřebami do prostředí běžné mateřské školy můžeme přispět k tomu, aby se rozvíjelo v běžném, „normálním“ prostředí, které by nabízelo a zajišťovalo naplňování všech potřeb dítěte, počínaje oněmi společnými a konče speciálními potřebami. V tomto je ale velká náročnost záměru integrovat dítě. Je to věc velmi žádoucí a záslužná, ale cesta je to nelehká.⁵⁶

Školní integrace je proces, který maximalizuje interakci mezi handicapovanými a nehandicapovanými žáky. Musí být chápána jako systém vzájemně propojených pedagogických, sociálních a právních opatření, kde je nutná součinnost všech těchto činitelů. Jedním z cílů integrace je vytvářet vzájemné pochopení a akceptaci mezi postiženými v kontextu rovnosti příležitostí. To v sobě zahrnuje dávání a brání z obou stran.⁵⁷

⁵⁴ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál. 2003s. 18 - 21.

⁵⁵ OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s.28-29.

⁵⁶ MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál. 2003, s.165 - 167.

⁵⁷ VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, s. 93.

Mateřská škola musí při integraci splňovat **množství různých kritérií**. Dle Novosada jde o snížení počtu žáků, odpovídající vybavení škol, moderní legislativu a především kvalifikované a citlivé učitele.

Škola má spolu s rodinou velmi významný vliv na vývoj i rozvoj všech složek osobnosti dítěte. **Mělo by být cílem naší společnosti snažit se zařadit co nejvíce postižených dětí mezi zdravé spolužáky do běžných typů škol.**⁵⁸ Dítě potřebuje vstupovat i do vztahů s ostatními lidmi, především se svými vrstevníky.

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné. Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba jejich naplňování přizpůsobovat jejich potřebám a možnostem, tak, aby jim to vyhovovalo. Pedagog má vytvořit **optimální podmínky k rozvoji osobnosti každého dítěte.**⁵⁹

Mateřská škola je jedním článkem v systému vzdělávání a snaží se o co nejlepší propojení s článkem dalším, kterým je škola základní. Stanovuje své cíle a kritéria i s ohledem na požadavky a podmínky základní školy. Základní škola staví na výsledcích práce mateřské školy. Jedním z cílů výchovné práce v mateřské škole je právě kvalitní příprava na základní školu. O to více je **vhodné integrovat do mateřské školy i děti se speciálními potřebami.**

3.2 Mateřská škola a dítě s DMO

Děti s DMO bývají v předškolním věku opožděné téměř ve všech složkách osobnosti. Důvodem bývají častější izolace v rodině, omezený kontakt s ostatními lidmi. Dítě s DMO je velmi úzce připoutáno k matce a tak při vstupu do mateřské školy se setkáváme s adaptačními obtížemi, které se projevují zvýšenou separační úzkostí a hlavně strachem z dětského kolektivu. Problémy začínají již doma a stupňují se při příchodu do školky. Dítě je plačtivé, nemluvné, bojí se. Velkou pomocí bývá **asistent pedagoga**. Tato osoba plní při adaptaci v tomto prostředí nemalý úkol. Pobyt v mateřské škole se pak postupně prodlužuje, u dítěte začíná pozvolna docházet k pravidelné docházce.

⁵⁸ NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*. Portál s.r.o. Praha: 2000, s. 26 - 27.

⁵⁹ Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: 2004, VUP.

U dítěte s DMO bývá pracovní tempo pomalé a nevyrovnané. Děti s DMO jsou snadno unavitelné, jeho pozornost je kratší. Při vzdělávání je vždy zapotřebí úzká spolupráce pedagogů s rodinou, lékaři a specializovanými poradenskými odborníky. Vždy je na dítě s DMO vypracován **Individuální vzdělávací plán**.

Psychomotorický vývoj u dětí s mozkovou obrnou je ovlivněn rozsahem, stupněm, popř. kombinací postižení. Neprobíhá tak bouřlivě jako u zdravého jedince, je charakteristický opožděným a omezeným vývojem ve všech složkách osobnosti.

V předškolním vzdělávání je pro dítě s dětskou mozkovou obrnou velmi důležité správně využívat a uplatňovat odpovídající metody a formy práce. Správná volba metod má podstatný vliv celkový osobností rozvoj dítěte s DMO. Učební aktivity v mateřské škole by měly u těchto dětí probíhat zejména formou **nezávazné hry na základě zájmu a vlastní volby dítěte**. Integrovaný přístup znamená, že by vzdělávání mělo probíhat na základě integrovaných bloků a nabízet vzdělávací obsah v přirozených souvislostech, vazbách a vztazích.⁶⁰

3.3 Mateřská škola a Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán (IVP) je jedním z nejdůležitějších dokumentů v systému podpurných opatření, které zajišťují vzdělávání dítěte se zdravotním postižením při začleňování do kolektivu běžné mateřské školy. Je podmínkou či předpokladem úspěšného zapojení do vzdělávání. Jde o **závazný dokument**, který slouží všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného dítěte. Je vypracován před nástupem dítěte do mateřské školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu. Je rovněž podkladem pro uplatnění navýšení finančních prostředků z Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT).

Struktura a náležitosti individuálního vzdělávacího plánu (IVP) vyplývají ze zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) a z vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků

⁶⁰ OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s.29 - 32.

a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Při tvorbě IVP je nutná spolupráce učitele a ředitele příslušné mateřské školy s pracovníky poradenských zařízení (SPC nebo PPP) a zákonnými zástupci dítěte. Nutná je i znalost daného druhu i stupně postižení. Vychází z podmínek příslušné mateřské školy a důvěrných znalostí okolností, jako je osobní anamnéza dítěte, rodinného prostředí, posudky odborníků. Je třeba, aby se právě tyto společné závěry odborníků promítly v dostatečné míře právě v individuálním plánu dítěte, ale i ve školním vzdělávacím programu (ŠVP). Tvorba IVP vychází ze znalostí daného typu a stupně postižení. Rozhodující roli při vypracování má třídní učitel. Kopie IVP je zaslána příslušnému poradenskému zařízení.⁶¹

Dle vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné mateřské školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického doporučení praktického dětského lékaře a vyjádření zákonného zástupce dítěte. Náležitosti IVP taktéž definuje zmiňovaná vyhláška č. 73/2005 Sb.⁶²

Integrované vzdělávání by mělo být důsledně vázáno na **individuální potřeby a možnosti** jednotlivých dětí, včetně specifických vzdělávacích potřeb. Každému dítěti je třeba poskytnout pomoc a podporu v míře, kterou individuálně potřebuje a v kvalitě, která mu vyhovuje. Toto pojetí předškolního vzdělávání tak umožňuje vzdělávat děti společně v jedné třídě bez ohledu na jejich rozdílné možnosti a potřeby včetně specifických.⁶³

⁶¹ MICHALÍK, J., *Škola pro všechny aneb integrace je když ...* ZŠ Integra za podpory programu PHARE – ACCESS 99 Evropské unie, s. 35.

⁶² Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

⁶³ OPATRÍLOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, s. 29.

3.4 Mateřská škola a asistent pedagoga

Funkci asistenta pedagoga může zřídit ředitel mateřské školy jen ve třídě, ve které se vzdělává dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. Možnost **zřízení asistenta pedagoga** vyplývá ze školského zákona. Na tento zákon reaguje zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, který zahrnuje asistenty pedagoga mezi pedagogické pracovníky. Pojem asistent pedagoga a jeho hlavní činnosti jsou pak zakotveny ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Pokud je však vzdělávání dítěte a péče o ně natolik náročná, že vyžaduje péči dalšího pedagoga či jiného pracovníka, je vhodné jeho účast zajistit. Asistent pedagoga pracuje vždy pod vedením vyučujícího pedagoga.

V mateřské škole asistent pedagoga **pomáhá dětem přizpůsobit se školnímu prostředí**, pomáhá pedagogům při výchovné a vzdělávací činnosti a podílí se na spolupráci se zákonnými zástupci.⁶⁴

Výklad vyhlášky č. 73/2005 Sb., zní v podání Renaty Ježkové, ředitelky odboru speciálního vzdělávání, prevence a institucionální výchovy následovně:

„Asistent pedagoga je ve smyslu § 2 odst. 2 zákona č. 563/2004 Sb. zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pedagogickým pracovníkem. Náplň práce mu na základě doporučení školského poradenského zařízení stanovuje ředitel školy. Protože se jedná o asistenta pedagoga, pracuje vždy pod vedením vyučujícího pedagoga. Pokud část vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje oddělený prostor, pracuje asistent pedagoga s žákem či skupinou žáků samostatně, tato forma vzdělávání však nesnímá vedení a zodpovědnost vyučujícího pedagoga za výsledek vyučovacího procesu i bezpečnost žáků. Smyslem funkce asistenta pedagoga však je, aby byla podpořena maximální participace při vzdělávání žáka v kolektivu třídy.“⁶⁵

⁶⁴Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

⁶⁵Výklad vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. – nejčastější otázky a odpovědi. [online] [cit. 19. 2. 2012] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/17651>

Ve školním prostředí bývá asistent pedagoga často vnímán jako **nejdůležitější prostředek speciálně pedagogické podpory**. Při stanovení asistenta pedagoga mají rozhodující váhu vnitřní podmínky a možnosti školy a dále doporučení poradenského pracoviště, to je speciálně pedagogického centra.⁶⁶

Nejčastěji je personální situace asistenta pedagoga řešena prostřednictvím zkráceného úvazku další osoby v pracovněprávním poměru ke škole. K tomuto kroku je nutný souhlas krajského úřadu. Prostředky na platy získává škola z příspěvku MŠMT, prostřednictvím krajského úřadu, ve formě zvýšeného normativu, právě na dítě se speciálními vzdělávacími potřebami.

3.5 Dílčí závěr

Předškolní vzdělávání je určeno pro děti ve věku od 3 do 6 let věku. Předškolní věk je mimořádným vývojovým obdobím prakticky ve všech směrech. Předškolní vzdělávání podporuje rozvoj osobnosti dítěte a podílí se na jeho zdravém citovém, rozumovém a tělesném vývoji. Výchovná práce se odehrává tomuto věku nejvlastnější formou a tou je hra. Období předškolního věku je především dobou rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace. Dítě potřebuje zábavu a podněty, které mu mohou dopřát pouze další děti.

Mateřská škola patří mezi dominantní zážitky každého dítěte. Předškolní prostředí urychluje socializaci a podporuje vytváření vrstevnických vztahů. Zlomovým okamžikem pro každé dítě je právě zážitek pospolitosti dětí podobného či stejného věku.

Při integraci dítěte s DMO do předškolního zařízení vypracuje vždy třídní učitel spolu s ředitelem školy, rodiči dítěte a se speciálně pedagogickým centem, závazný dokument, tzv. Individuální vzdělávací plán pro dítě s DMO.

Ve třídě MŠ, kde je umístěno dítě s DMO může škola zřídit dalšího pedagogického pracovníka, kterým se stává asistent pedagoga.

⁶⁶ Michalík, J., *Škola pro všechny aneb integrace je když ...*ZŠ Integra za podpory programu PHARE – ACCESS 99 Evropské unie, s.49.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. Průzkum integrace v mateřských školách

V praktické části bakalářské práce jsem se zabývala průzkumem integrace v mateřských školách. Stanovila jsem si 5 hypotéz v souladu se zadáním bakalářské práce. V praktické části nejprve uvádím základní popis použité metody a cíl praktické práce. Následně připomínám výčet stanovených hypotéz a charakterizuji respondenty.

4.1 Použitá metoda, cíl, hypotézy a charakteristika respondentů

Empirické údaje jsem získala prostřednictvím dotazníkového šetření, což je jedna z metod kvantitativního výzkumu. Položené otázky byly jasné, stručné, jednoduché, pro respondenta smysluplné. Dotazník obsahoval 21 otázek, z nichž bylo 19 uzavřených a 2 polouzavřené. K následnému vyplnění ho obdrželi ředitelé jednotlivých škol a současně byli ujištěni, že je zcela anonymní. Následnou analýzou obdržených dat jsem získala odpovědi na položené otázky. Na základě zjištěných informací jsem se snažila následně vyvrátit či potvrdit stanovené hypotézy. Cílem praktické části moji práce bylo zjistit přínos integrace dítěte s DMO do kolektivu mateřské školy.

Stanovené hypotézy:

1. Zkušenost s integrací dítěte se speciálními potřebami má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů.
2. Zkušenost s integrací dítěte s DMO má alespoň 20 % dotazovaných ředitelů.
3. Znalost problematiky dítěte s DMO má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů.
4. Dítě s DMO by přijalo do MŠ 25 % dotazovaných ředitelů.
5. Alespoň 75 % dotazovaných ředitelů se domnívá, že integrace dítěte s DMO má přínos i pro ostatní zdravé děti.

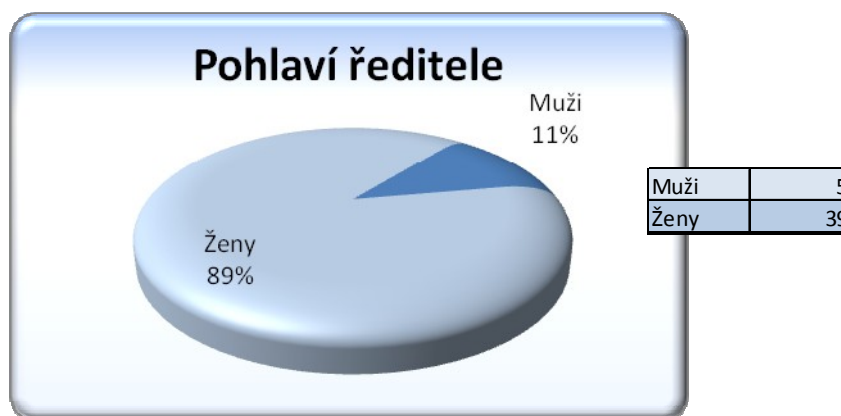
Dotazníkové šetření probíhalo mezi řediteli mateřských škol a řediteli integrovaných základních škol se školou mateřskou, v rámci působnosti Obce s rozšířenou působností

(ORP) Ivančice, Kuřim, Šlapanice, Tišnov, Židlochovice, tedy škol v celkovém počtu 94. Bohužel vyplněný dotazník mi zpět dodalo pouze **44 škol, což je 44 právních subjektů, čili 44 respondentů - ředitelů škol.**

Důvodem nevyplnění dotazníků může být neznalost nebo i nezájem o integraci v mateřské škole. Bohužel nemám takové kompetence, které by přiměly ředitele jednotlivých škol k vyplnění a odevzdání dotazníků. Pouhá prosba někdy nestačí.

4.2 Analýza výsledků dotazníkového šetření

Otázka č. 1: Pohlaví ředitele

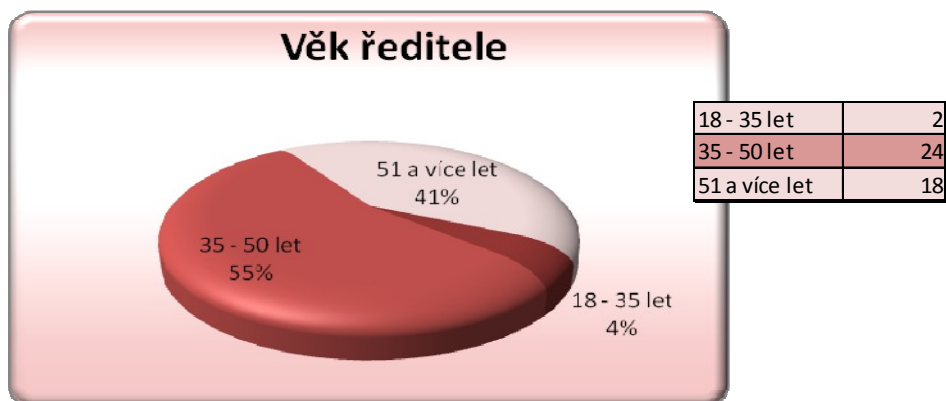


Graf č. 1 - Pohlaví ředitelů

Komentář k otázce č. 1:

Z hodnocení odpovědí diferencovaných dle pohlaví vyplývá, že převážnou část respondentů tvoří **ženy, plných 89 %**. Tato skutečnost není překvapivá, jelikož školství, zejména předškolní vzdělávání je spíše záležitostí žen. Muži jsou řediteli spíše základních a poté středních škol.

Otázka č. 2: Věk ředitele

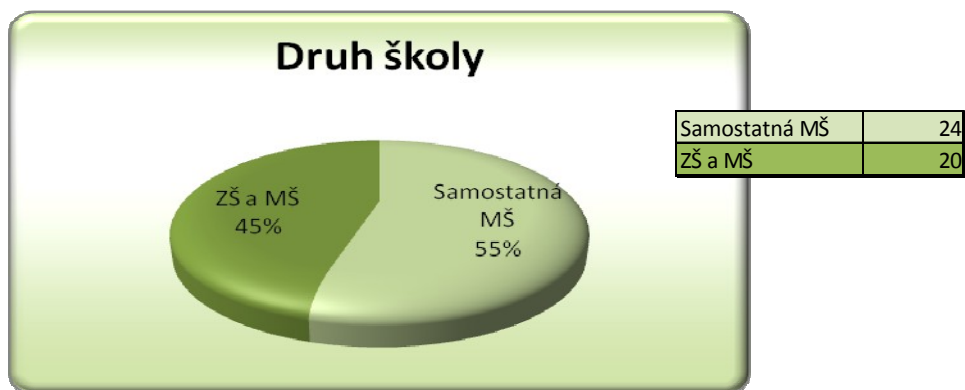


Graf č. 2 – Věk ředitele

Komentář k otázce č. 2:

Nejčastější věk ředitelů - respondentů, kteří vyplnili dotazník, je **věk mezi 35 a 50 lety, který tvoří 55 %** c celkového počtu respondentů. Toto věkové složení jsem předpokládala.

Otázka č. 3: Druh školy



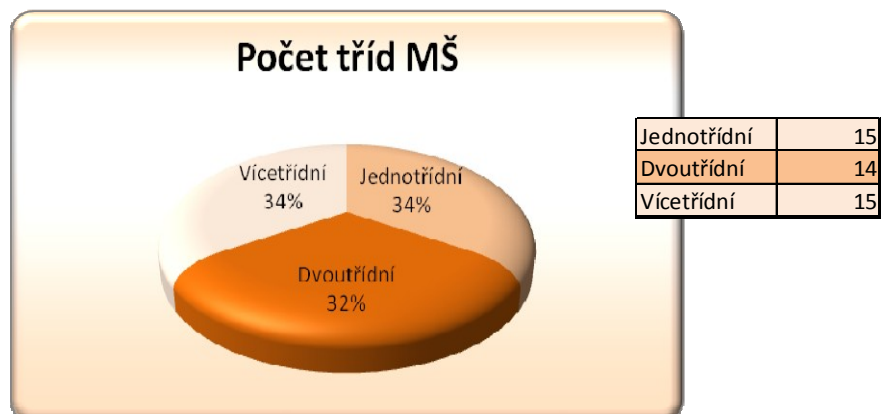
Graf č. 3 – Druh školy

Komentář k otázce č. 3:

Dotazníkového šetření se zúčastnilo **více samostatných mateřských škol**, jejichž procentuální zastoupení činí 55 %. Menší počet dotazníků jsem vybrala od škol základních, integrovaných se školou mateřskou. Důvodem může být i trošku snížený zájem ředitelů základních škol o „svoji“ školu mateřskou, kterou jim „vede“ tzv.

vedoucí učitelka, takže ředitel této školy se z větší části zabývá problematikou školy základní.

Otázka č. 4: Počet tříd MŠ

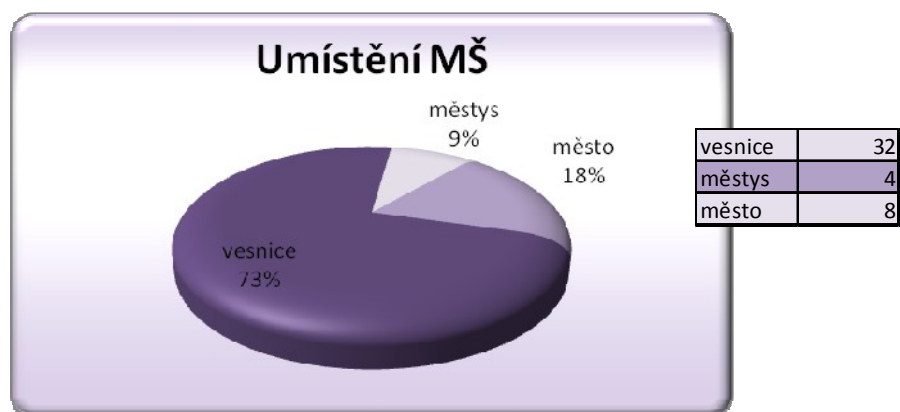


Graf č. 4 - Počet tříd MŠ

Komentář k otázce č. 4:

Počet tříd v mateřské škole v tomto průzkumu je naprosto **vyrovnaný**. Jednotřídních mateřských škol odpovědělo 15, dvoutřídních 14 a všetrídních rovněž 15.

Otázka č. 5: Umístění MŠ



Graf č. 5 – Umístění MŠ

Komentář k otázce č. 5:

Z hodnocení odpovědí vyplývá, že dotazníkové akce se nejvíce účastnili ředitelé vesnických škol. Venkovští ředitelé mi byli více nápomocní. Počet respondentů z **vesnických mateřských škol činí 32, což je 73 % z počtu respondentů 44.**

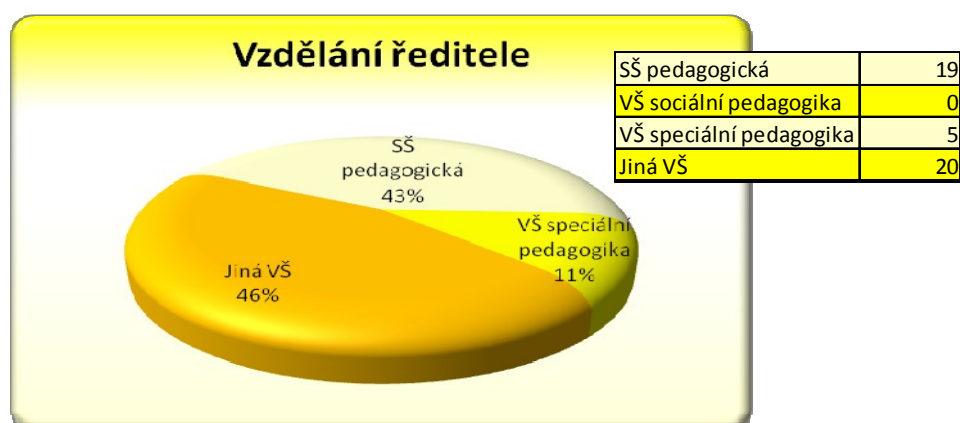
Otázka č. 6: Délka pedagogické praxe ředitele

Průměrná délka pedagogické praxe u ředitele: **26 let**

Otázka č. 7: Délka ředitelské praxe

Průměrná délka ředitelské praxe: **12 let**

Otázka č. 8: Nejvyšší dosažené vzdělání



Graf č. 6 – Nejvyšší dosažené vzdělání ředitele

Komentář k otázce č. 8:

57 % ředitelů (25 ředitelů) má **vysokoškolské vzdělání**, z toho 11 % má vystudovanou speciální pedagogiku.

Otázka č. 9: Kolik učitelů u Vás v MŠ má ukončeno vzdělání v oboru speciální pedagogika?

Obor speciální pedagogika je na 44 školách zastoupen počtem **19** učitelů, kteří působí celkem na 10 školách.

Otázka č. 10: Kolik učitelů u Vás v MŠ má ukončeno vzdělání v oboru sociální pedagogika?

Učitele s ukončeným vzděláním v oboru sociální pedagogiky působí po jednom učiteli, a to pouze na 3 mateřských školách.

Otázka č. 11: Máte u Vás v MŠ zkušenosti s integrací?

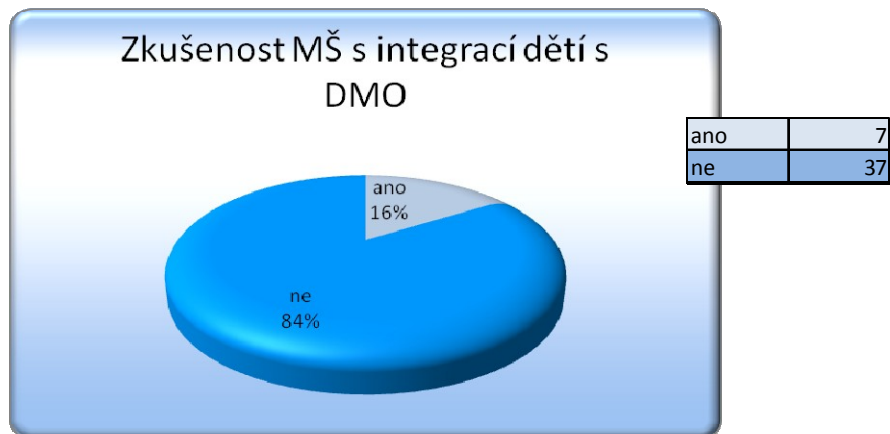


Graf č. 7 – Zkušenosti MŠ s integrací

Komentář k otázce č. 11:

Zkušenost s integrací v mateřské škole má nadpoloviční většina, což představuje **57 % respondentů**, to je 25 mateřských škol.

Otázka č. 12: Máte u Vás v MŠ zkušenosti s integrací dítěte s DMO?

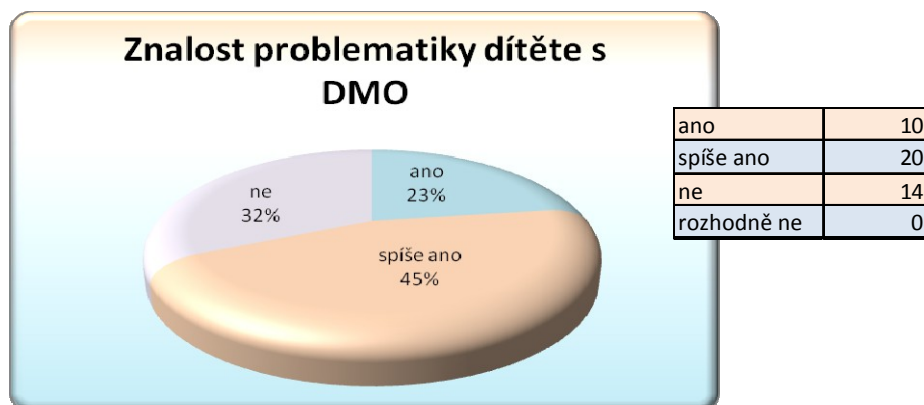


Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO

Komentář k otázce č. 12:

Zkušenosti mateřských škol s integrací dítěte s dětskou mozkovou obrnou má pouhých **16 % dotazovaných škol**, což je 7 škol z celkového počtu 44.

Otázka č. 13: Máte znalosti o problematice dítěte s DMO?



Graf č. 9 – Znalost problematiky dítěte s DMO

Komentář k otázce č. 13:

Znalost problematiky dítěte s DMO má **68 % dotazovaných škol**, což znamená 30 škol z celkového počtu 44. Problematiku dětské mozkové obrny u dítěte v předškolním věku nemá 14 dotazovaných ředitelů.

Otázka č. 14: Jakým způsobem získáváte znalosti týkající se integrace?

U toho typu otázky bylo možno vyznačit více možností. Na výběr bylo:

- studium sociální pedagogiky,
- studium speciální pedagogiky,
- přednášky, semináře, školení,
- konzultace s odborníky,
- samostudium (literatura, internet),
- jiným způsob,
- nezískávám, nepotřebuji je.

Nejčastěji MŠ získávají znalosti o integraci v rámci **přednášek seminářů a školení**, takto odpovědělo 34 respondentů. Druhým nejčastějším zdrojem je samostudium, odpovědělo tak 32 respondentů. Pouze jedna MŠ odpověděla, že tyto informace nezískává a nepotřebuje.

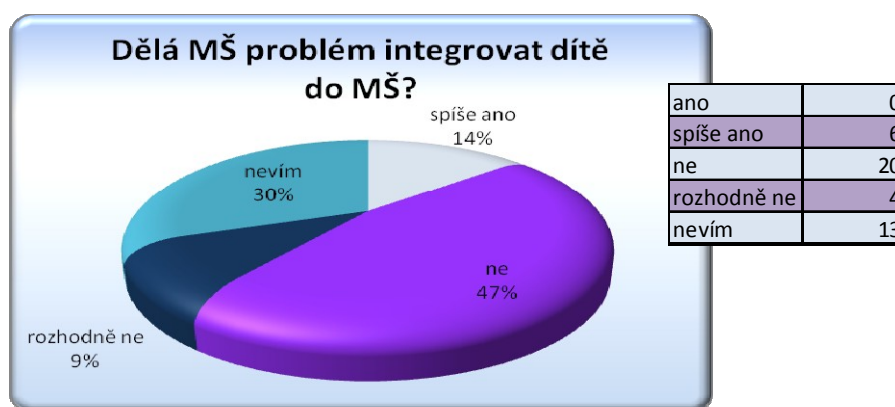
Otázka č. 15: Jakým způsobem získáváte znalosti týkající se integrace dítěte s DMO?

U tohoto typu otázky bylo rovněž možno vyznačit více možností. Na výběr bylo:

- studium sociální pedagogiky,
- studium speciální pedagogiky,
- přednášky, semináře, školení,
- konzultace s odborníky,
- samostudium (literatura, internet),
- jiným způsob,
- nezískávám, nepotřebuji je.

Informace o integraci dítěte s DMO získávají školy nejčastěji **samostudiem**, tak odpovědělo 21 respondentů). Poměrně hojně je využívána i konzultace s odborníky, dále pak přednášky, semináře a školení. 10 respondentů uvedlo, že informace nezískává, protože je nepotřebuje.

Otázka č. 16: Dělá vám problém integrovat dítě do MŠ?

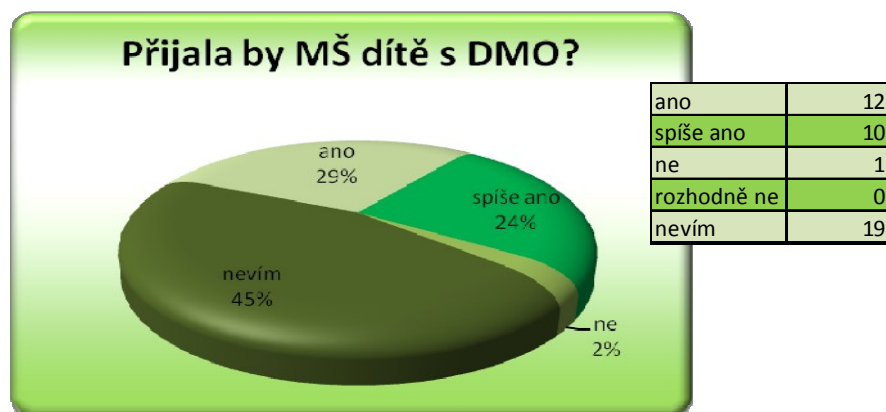


Graf č. 10 – Problém integrovat dítě do MŠ

Komentář k otázce č. 16:

Z hodnocení odpovědí vyplývá, že celkem **56 %** mateřských škol nedělá problém integrovat, 30 % škol neví a 14 % škol má s integrací problém. Velké procento nevědomosti (30 %) pravděpodobně souvisí s neznalostí a také s nemožností integrovat.

Otázka č. 17: Přijal/a byste dítě s DMO k vám do MŠ?



Graf č. 11 – Přijetí dítěte s DMO do MŠ

Komentář k otázce č. 17:

Pouze 1 respondent (což činí 2 %) odpověděl, že by dítě s DMO neintegroval. Pochopitelné je v tomto případě velké procento odpovědi „nevím“, protože zkušenost s integrací DMO má 7 mateřských škol, což je jen 16 % (viz Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO). **Dítě s DMO by přijalo do mateřské školy 53 % ředitelů.**

Otázka č. 18: Domníváte, že integrace má přínos i pro ostatní zdravé děti?



Graf č. 12 – Přínos integrace i pro zdravé děti

Komentář k otázce č. 18:

Jako přínos pro ostatní zdravé děti vidí v integraci 84 % respondentů, pouhých 11 % neví a 5 % v integraci přínos nespatřuje.

Otázka č. 19: Domníváte, že integrace dítěte s DMO má přínos i pro ostatní zdravé děti?



Graf č. 13 - Přínos integrace dítěte s DMO i pro zdravé děti

Komentář k otázce č. 19:

Dotazníkové šetření ukázalo, že pouze 2 respondenti (procentuálně 5 %) odpověděli, že integrace dítěte s DMO nic nepřináší ostatním zdravým dětem. Pochopitelné je v tomto případě velké procento odpovědi „nevím“, protože zkušenost s integrací dětí s DMO má 7 mateřských škol, což je pouze 16 % (viz Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO). Jako přínos spatřuje v integraci dítěte s DMO i pro zdravé děti **60 % ředitelů**, což představuje 26 škol ze 44 dotázaných.

Otázka č. 20: Domníváte se, že vaše škola splňuje předpoklady pro integraci dítěte se speciálními potřebami?

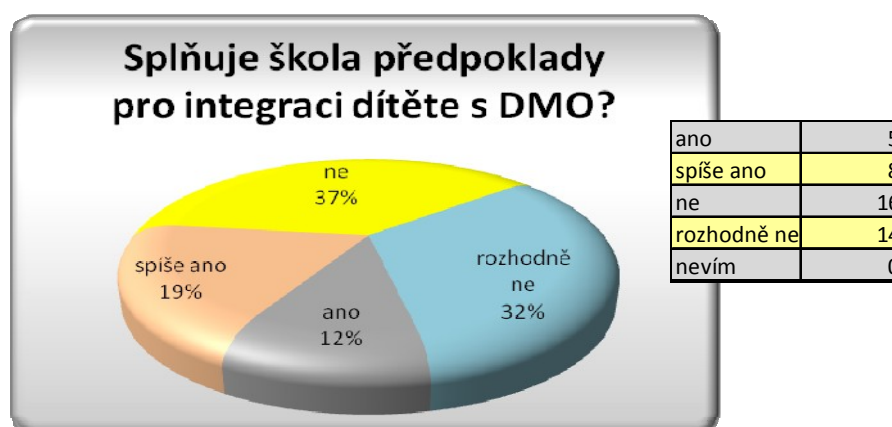


Graf č. 14 – Předpoklady pro integraci

Komentář k otázce č. 20:

Z dotazníkového šetření vyplývá, že **68 % škol nespĺňuje předpoklady pro integraci dítěte se speciálními potřebami**. Nejčastěji ředitelé poukazují na bezbariérovost a odpovídající vybavení.

Otázka č. 21: Domníváte se, že vaše škola splňuje předpoklady pro integraci dítěte s DMO?



Graf č. 15 – Předpoklady pro integraci dítěte s DMO

Komentář k otázce č. 21:

Dotazníkové šetření ukazuje, že **69 % škol nespĺňuje předpoklady pro integraci dítěte s DMO**. Nejčastěji školy poukazují na bezbariérovost společně s odpovídajícím vybavením, rovněž na snížený počet žáků ve třídě. Dále některé školy poukazují na nedostatečně kvalifikované učitele.

4.3 Interpretace výsledků

1. hypotéza:

Zkušenost s integrací dítěte se speciálními potřebami má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů.

Z celkového počtu respondentů dotazníkového šetření plyne, že celkem 25 dotazovaných ředitelů má zkušenosti s integrací, což je **57 %**. Ředitelé se integrace nebojí, vyplývá to i z Grafu č. 7 – Zkušenosti MŠ s integrací. Velká většina mateřských škol byla však postavena před několika desítkami let, kdy architekti nepředpokládali vzdělávání postižených dětí v běžných mateřských školách. Jedná se o diskriminační tradice ve formě architektonických a pracovních bariér. Ne každá mateřská škola má rovněž podmínky k integraci.

*Hypotéza č. 1 byla **potvrzena**, zkušenost s integrací dítěte se speciálními potřebami má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů. Uvedená analýza ukázala 57 % mateřských škol. Viz Graf č. 7 – Zkušenosti MŠ s integrací.*

2. hypotéza:

Zkušenost s integrací dítěte s DMO má alespoň 20 % dotazovaných ředitelů.

Zkušenosti mateřských škol s integrací dítěte s DMO má pouhých **16 %** dotazovaných škol, což je 7 škol z celkového počtu 44.

I přes dobrou vůli ředitelů, ale i samotných učitelů, je zde jakási obava z integrace dítěte s DMO, obava z jakési „práce navíc“. Dítě s DMO je většinou dítětem na vozíčku. Ředitelé v této souvislosti poukazovali i na nemožnost integrace vzhledem k bezbariérovosti, vybavenosti, ale také vzhledem ke sníženému počtu žáků ve třídě.

*Hypotéza č. 2 byla **vyvrácena**, zkušenost s integrací dítěte s DMO má alespoň 20 % dotazovaných ředitelů. Analýza rozkryla pouze 16 % dotazovaných mateřských škol. Viz Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO.*

3. hypotéza:

Znalost problematiky dítěte s DMO má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů.

Znalost problematiky dítěte s DMO má **68 % dotazovaných škol**, což znamená 30 škol z celkového počtu 44. Problematiku dětské mozkové obrny u dítěte v předškolním věku nemá pouze 14 dotazovaných ředitelů. Znalost problematiky dítěte s DMO získávají školy nejčastěji samostudiem, což pramení z vyhodnocení dotazníkové otázky č. 15.

V souvislosti s Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání jsou ale na učitelky mateřských škol kladeny stále nové a nové požadavky. Ty vyžadují, aby si učitelky prohloubily pedagogické, ale pokud možno i psychologické vzdělání v řadě oblastí, a tím si podstatně rozšířily svoji profesní kompetenci. K rozvíjení dítěte už dávno nestačí pouhá láska a zdravý selský rozum, učitelka se musí stále vzdělávat.

Problematika dítěte s DMO je v zásadě složitá věc. Pedagog musí umět nejen rozpoznávat těžkosti a konkrétní možnosti dítěte s DMO, ale rovněž se musí zasadit o co možná největší míru socializace. I z těchto důvodů vzrůstá zájem pedagogických pracovníků o další vzdělávání, a to i oblasti sociální a speciální pedagogiky..

Ani v současné době nelze zřejmě očekávat pokles počtu postižených jedinců, trend bude spíše opačný. Bohužel zatím nelze říci, že by naše společnost byla na integraci zdravotně postižených jedinců dokonale připravena. Ale jak je patrné z dotazníkového šetření, věc je na dobré cestě. Učitelé se snaží problematiku dětí se speciálními potřebami, ale konkrétně i problematiku dítěte s DMO, nastudovat a lépe pochopit.

Hypotéza č. 3 byla potvrzena, znalost problematiky dítěte s DMO má alespoň 50 % dotazovaných ředitelů. Uvedená analýza dokonce uvádí, že 68 % mateřských škol zná tuto problematiku.

Viz Graf č. 9 – Znalost problematiky dítěte s DMO.

4. hypotéza:

Dítě s DMO by přijalo do MŠ 25 % dotazovaných ředitelů.

Výsledek této části práce byl pro mě velkým překvapením a obrovskou radostí. Pouze 1 respondent (pouhá 2 %) odpověděl, že by dítě s DMO neintegroval. Pochopitelné je v tomto případě velké procento odpovědi „nevím“, protože zkušenost s integrací má 7 mateřských škol, což je pouze 16 % (viz Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO). Dítě s DMO by přijalo do mateřské školy **53 % ředitelů**.

Hypotéza č. 4 byla potvrzena, dítě s DMO by přijalo do mateřské školy 25 % dotazovaných ředitelů. Výsledek této analýzy dokonce uvádí, že by přijalo dítě s DMO 53 % ředitelů.

Viz Graf č. 11 – Přijetí dítěte s DMO do MŠ

5. hypotéza:

Alespoň 75 % dotazovaných ředitelů se domnívá, že integrace dítěte s DMO má přínos i pro ostatní zdravé děti.

Pouze 5 % ředitelů odpovědělo záporně. Uvedli, že nevidí přínos integrace dítěte s DMO pro zdravé vrstevníky v kolektivu mateřské školy. Velké procento (35%) odpovědělo „nevím“. Je to zcela pochopitelné, jelikož zkušenost s integrací s DMO má opravdu pouhých 7 mateřských škol, což je pouze 16 % (viz Graf č. 8 – Zkušenosti MŠ s integrací dětí s DMO). Jako přínosnou spatřuje integraci dítěte s DMO i pro zdravé děti **60 % ředitelů škol**, což je 26 škol z dotázaných 44.

Bylo by na místě podotknout, že děti s DMO vnímají mateřskou školu velmi pozitivně, těší se do kolektivu svých vrstevníků, svých kamarádů. Kolektiv zdravých dětí naopak získává poznatky, že schopnosti, kterými disponují zdravé děti, nejsou vždy samozřejmostí. Je zde posilována zdravá sebeúcta a vědomí vlastní hodnoty, hodnoty zdraví. Děti se učí také schopnosti vnímat svého nového kamaráda. Postižené dítě se stává něčím samozřejmým či běžným.

Hypotéza č. 5 byla vyvrácena. Hypotéza, že alespoň 75 % dotazovaných ředitelů se domnívá, že integrace dítěte s DMO má přínos i pro ostatní zdravé děti nebyla potvrzena. Přínos v tomto případě potvrdilo pouze 60 % ředitelů.

Viz Graf č. 13 - Přínos integrace dítěte s DMO i pro zdravé děti.

ZÁVĚR

Cesta integrace, a nejen dítěte s DMO, vyžaduje vždy velké množství předpokladů. K nim v první řadě patří **přípravenost a ochota všech zúčastněných**. Dalším aspektem je **personální a organizační zabezpečení, spolupráce a možnosti konzultací s odborníky** např. se speciálními pedagogy či psychology ze speciálně pedagogického centra. Dalším předpokladem integrace jsou **materiálně-technické předpoklady**, dle typu postižení. V případě dítěte s DMO, tedy dítěte s tělesným postižením či postižením více vadami, je nutná bezbariérovost. Zvláštní pozornost je třeba věnovat **WC**, což je někdy považováno za banalitu, ale opak je pravdou.

K zajištění speciálních potřeb dítěte jsou vyžadovány i **odborné znalosti a dovednosti**. Je nezbytné, aby učitelé mateřských škol prošli náležitou odbornou přípravou. Jako ideální se jeví vysokoškolské vzdělání v oblasti speciální nebo sociální pedagogiky nebo alespoň absolvování odborných kurzů a seminářů. Práce s heterogenní skupinou zdravých a postižených dětí vyžaduje u pedagogů, nejen v mateřské škole, neustále prohlubování znalostí.

Důraz při integraci je kladen na znalost příslušného handicapu a poté na tvorbu Individuálního vzdělávacího plánu, který mateřská škola konzultuje s příslušným speciálně pedagogickým centrem (SPC). V tomto případě je SPC důležitým poradním a metodickým orgánem. Pracovník SPC, nejčastěji speciální pedagog, dítě navštěvuje ve škole, ale i v jeho domově.

Cílem integrace je zjištění, že dítěti prospívá. Zkušenosti ukazují, že relativně **nejsnáze se s integrací začíná právě na úrovni mateřské školy**. Děti totiž nejsou zatíženy předsudky, jsou v tomto věku ve svých postojích otevřené a tvárné. Chybí jim však vcítění a ohledy, proto je třeba taktivního vedení příslušného a rovněž vzdělaného pedagoga.

Naše společnost by měla mít neustále na mysli, že dítě s postižením je dítě jako každé jiné a má i stejná práva. Integrace v mateřské škole je důležitá pro konkrétní dítě i proto, že ho čeká povinná školní docházka. Pokud je dítě na kolektiv zvyklé, nehrozí jeho

stres, lze předejít i pozdějším tzv. školním neúspěchům. Navíc dítě s DMO se velmi pomalu adaptuje, těžce si zvyká na nové prostředí.

Integrace dítěte s DMO není určitě jednoduchá záležitost, vždy záleží na typu a formě postižení. Velkým přínosem pro většinu dětí s DMO je právě jejich integrace do společnosti zdravých dětí. **Nejlépe se jeví integrace individuální, do běžného kolektivu příslušného školského zařízení, do kolektivu mateřské školy.** Osobnost dítěte se začíná rozvíjet v předškolním věku a formují se zde i základy osobnosti. Dítě vnímá okolí velmi intenzivně, začíná si uvědomovat samo sebe a případné vyloučení ze společnosti vrstevníků jej ovlivní a nese si je po celý zbytek svého života.

Mnohem důležitější než učení je pro vývoj dítěte právě **přátelství**. Na tuto „maličkost“ je často u dětí postižených zapomínáno. I děti s DMO potřebují navazovat přátelství. Rovněž každé dítě má potřebu být přijímáno, učit se a být oceňováno, zapojovat se do kolektivu svých vrstevníků.

Z praxe uvádím, že pro zdárnou integraci dítěte do předškolního zařízení je nezbytná úzká a funkční spolupráce s rodiči, pedagogy a speciálně pedagogickým centrem. Neméně důležitá je legislativní podpora a zvýhodněný normativ pro financování ze strany MŠMT na platy učitelů, v případě zřízení i na plat asistenta pedagoga. **Podstata celé věci spočívá v ochotě příslušné mateřské školy postižené dítě integrovat.**

Integrace dítěte s postižením v kolektivu běžné mateřské školy lze vyhodnotit jako pozitivní ve smyslu k ostatním zdravým dětem. Děti o svém kamarádovi či kamarádce s postižením často doma hovoří, děti se učí vzájemné toleranci a pomoci, získávají přirozenou úctu k druhému člověku. Hyperaktivní děti se při hře s dítětem s postižením zklidňují.

Pokud se nám podaří integrovat co nejvíce dětí s DMO do běžného kolektivu dětí zdravých, posílí to sebevědomí, ctižádost, sociální schopnosti všech a děti se naprosto přirozeným způsobem naučí budoucímu pozitivnímu přístupu k postiženým spoluobčanům. A to je to, co naše společnost potřebuje.

RESUMÉ

Bakalářská práce je rozdělena na 2 základní části – část teoretickou a část praktickou. Teoretickou část tvoří 3 kapitoly, které jsou východiskem pro kapitolu čtvrtou.

První kapitola vysvětluje pojem dětská mozková obrna, zkráceně DMO. Dále se zabývá etiologií DMO, její klasifikací i stručnou charakteristikou jednotlivých forem dětské mozkové obrny. Závěr první kapitoly je stručně věnován léčbě a prognóze DMO.

Druhá kapitola přináší bližší poznatky o integraci, inkluzi, o dítěti se speciálními vzdělávacími potřebami. Jsou zde popsány další termíny k přiblížení integrace. Pozornost je věnována podmínkám a formám integrace a závěr sociálně pedagogickým aspektům integrace.

Třetí kapitola popisuje předškolní období a vzdělávání. V mnoha úhlech pohledu se zde objevuje právě mateřská škola jako instituce, která zajišťuje v České republice předškolní vzdělávání. V této kapitole je popsán individuální vzdělávací plán a je zde rovněž řešena otázka asistenta pedagoga.

Praktická, čtvrtá část je zaměřena na samotné dotazníkové šetření a to zejména na zkušenosti a přínos integrace dítěte s DMO do kolektivu mateřské školy. Bylo vysloveno 5 hypotéz, které byly postupně potvrzeny či vyvráceny.

ANOTACE

Bakalářská práce pojednává o problematice integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do kolektivu mateřské školy. Dané téma bylo vybráno s ohledem na skutečnost, že forma individuální integrace je nosnou tendencí současnosti. Integrace v kolektivu mateřské školy je vzájemný proces zdravých dětí a dítěte se speciálními potřebami, kde se obě strany k sobě přibližují a současně mění. Roste oboustranná pospolitost a sounáležitost, děti se snaží navzájem si porozumět. Dítě s dětskou mozkovou obrnou je charakteristické svým opožděným a omezeným vývojem ve všech složkách osobnosti. Integrace je v předškolním věku pro dítě s DMO nesmírně důležitá. Dítě musí být vhodně stimulováno, aby se adekvátně vyvíjelo. Rovněž kontakt s dětmi podobného věku je velmi důležitý.

KLÍČOVÁ SLOVA

Integrace, inkluze, dětská mozková obrna, mateřská škola, předškolní zařízení, dítě se speciálními vzdělávacími potřebami.

ANNOTATION

The thesis deals with the issue of cerebral palsy children integration into the group of the kindergarten children. This topic was chosen due to the fact that the form of individual integration is a key subject today. The integration in the kindergarten is a mutual process of healthy children and a child with special needs, where both sides come nearer to each other and they change themselves at the same time. Mutual community and solidarity rise among those children, they try to understand each other. A cerebral palsy child is a simple-minded and a backward in mental development in all aspects of his or her personality. The integration for a cerebral palsy child in his or her preschool age is extremely important. The child must be properly stimulated to develop adequately. Also, a contact with children of the similar age is crucial.

KEYWORDS

Integration, inclusion, cerebral palsy, kindergarten, preschool facilities, child with special educational needs.

SEZNAM ZKRATEK

CKP	Cerebrální koordinační porucha
CNS	Centrální nervová soustava
CTP	Centrální tonusová porucha
DMO	Dětská mozková obrna
ICP	Infantilní cerebrální paréza
IPPP	Institut pedagogicko-psychologického poradenství
LMD	Lehká mozková dysfunkce
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
ORP	Obec s rozšířenou působností
PPP	Pedagogicko-psychologická poradna
SPC	Speciálně pedagogické centrum
SVP	Středisko výchovné péče
ŠVP	Školní vzdělávací program

LITERATURA A PRAMENY

Právní předpisy, zákony, vyhlášky

1. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).
2. Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.
3. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.
4. Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
5. Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
6. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Praha: 2004, VUP.
7. Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení. (č.j.: 13 710/2001-24 ze dne 6. 6. 2002)

Knižní publikace

8. GARDOŠOVÁ, J., DUJKOVÁ, L., a kol., *Vzdělávací program Začít spolu: metodický průvodce pro předškolní vzdělávání*. Praha: Portál, 2003, 160 s. ISBN 80-7178-815-5.
9. KLENKOVÁ, J., *Možnosti stimulace neverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. Brno: Paido, 2000, 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
10. KOLEKTIV AUTORŮ, *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Institut mezioborových studií Brno: BonnyPress, 2008, 224 s.
11. KOLEKTIV AUTORŮ, *Kurz integrace dětí se speciálními potřebami*. Praha: Portál. 1997, 210 s. ISBN 80-7178-206-8.
12. KRAUS, B., *Základy sociální pedagogiky*. Praha: Portál. 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
13. KRAUS, B., POLÁČKOVÁ, V., *Člověk, prostředí, výchova*. Brno: Paido, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
14. LESNÝ, I., *Raná dětská mozková obrna*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, 1959. 176 s.
15. LESNÝ, J., ŠPITZ, J., *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: SPN, 1989. 1. vydání.

16. MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S., *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén, 2011, 154 s. ISBN 978-80-7262-703-5.
17. MATĚJČEK, Z., *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Praha: Jinočany, 1992, 61 s. ISBN 80-85467-42-9.
18. MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I., *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. Praha: Portál, 2003, 230 s. ISBN 80-7178-799-X.
19. MICHALÍK, J., *Škola pro všechny aneb integrace je když ...ZŠ Integra za podpory programu PHARE – ACCESS 99 Evropské unie*, 55 s. ISBN 80-238-9885-X.
20. MUNTAU, A. C., *Pediatric*, Praha: Grada, 2009, 608 s. ISBN 978-80-247-2525-3.
21. NOVOSAD, L., *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000, 160 s. ISBN 80-7178-197-5.
22. OPATŘILOVÁ, D., *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. Brno: MU, 2010, 150 s. ISBN 978-80-210-5266-6.
23. PEŠOVÁ, I., ŠAMALÍK, M., *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. Praha: Grada, 2006, 152 s. ISBN 80-247-1216-4.
24. PIPEKOVÁ, J., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
25. RADVAN, E., VAVŘÍK, M., *Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách*. Brno: Bonny Press, 2009, 57 s.
26. ŘEHOŘ, A., *Metodické pokyny pro vypracování bakalářské a diplomové práce*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008.
27. SEIDL, Z., *Neurologie pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2008, 168 s. ISBN 978-80-247-2733-2.
28. ŠLAPAL, R., *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 1996, 42 s. ISBN 80-85931-17-6.
29. VÍTKOVÁ, M., a kol, *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-51-6.
30. VOCILKA, M., *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělání, 1997, 108 s.

Internetové zdroje

31. DMO klinika Neurocentra Praha [online] [cit. 13. 2. 2012] Dostupné z: http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm
32. Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně [online] [cit. 2. 1. 2012] Dostupné z: <http://dmoinfo.cz/informace-o-dmo>

33. Výklad vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb. – nejčastější otázky a odpovědi. [online] [cit. 19. 2. 2012] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/file/17651>
34. Dětská mozková obrna, dětská obrna [online] [cit. 14. 3. 2012] Dostupné z: <http://www.detskamozkovaobrna.estranky.cz/clanky/detska-mozkova-obrna.html>
35. IPPP ČR, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR [online] [cit. 26. 3. 2012] Dostupné z: http://www.ippp.cz/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=4&Itemid=2

PŘÍLOHA

Dotazník

Vážená paní ředitelko, vážený pane řediteli,

do rukou se Vám právě dostává dotazník, který jsem vytvořila pro potřeby své bakalářské práce na téma **“Integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do kolektivu mateřské školy“**.

V praktické části bakalářské práce se zabývám problematikou integrace předškolního dítěte, zejména integrací dítěte s dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO), ale i integrací v obecné rovině. Zaměřuji se rovněž na zkušenosti a znalosti ředitelů a pedagogů v MŠ, dále na způsoby získávání informací o dané problematice, na možnosti, ale i na přínos integrace dítěte do kolektivu mateřské školy.

Obracím se proto na Vás, neboť se domnívám, že pokud se rozhodnete dotazník pravdivě vyplnit, získám tím velice cenné informace. Dotazník je naprosto anonymní. Vaše odpovědi budou sloužit výhradně pro účely méjí bakalářské práce. Věřím, že jeho vyplnění Vám nezabere více jak 10 minut.

Děkuji Vám za Váš čas a za vyplněný dotazník.

Iva Dvořáčková, Tišnov
studentka 6. semestru FHS
Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně

U následujících položek zakřížkujte, či jinak viditelně vyznačte jednu správnou odpověď, případně více správných odpovědí:

1. Pohlaví ředitele:

muž žena

2. Věk ředitele:

18-35 let 36-50 let 50 let a více

3. Druh školy:

samostatná MŠ ZŠ a MŠ

4. Počet tříd MŠ:

jednotřídní dvoutřídní vícetřídní (3 třídy a více)

5. Umístění MŠ:

vesnice

městys

město

6. Délka pedagogické praxe ředitele : (uved'te číslovkou)

7. Délka ředitelské praxe: (uved'te číslovkou)

8. Nejvyšší dosažené vzdělání:

SŠ pedagogická

VŠ (sociální pedagogika)

VŠ (speciální pedagogika)

Jiná VŠ (prosím doplňte obor)

9. Kolik učitelů u vás v MŠ má ukončení VŠ vzdělání v oboru speciální pedagogika? (uved'te číslovkou)

10. Kolik učitelů u vás v MŠ má ukončení VŠ vzdělání v oboru sociální pedagogika? (uved'te číslovkou)

11. Máte u vás v MŠ zkušenosti s integrací dětí se speciálními potřebami?

Ano

ne

12. Máte u vás v MŠ zkušenosti s integrací dítěte s dětskou mozkovou obrnou (DMO)?

Ano

ne

13. Máte znalosti o problematice dítěte s DMO?

ano

spíše ano

ne

rozhodně ne

14. Jakým způsobem získáváte znalostí týkající se integrace (všeobecně)?

Studiem sociální pedagogiky

Studiem speciální pedagogiky

V rámci přednášek, seminářů, školení

Konzultací s odborníky

Samostudiem (literatura, internet)

Jiným způsobem

Nezískávám, nepotřebuji je

15. Jakým způsobem získáváte znalostí týkající se integrace dítěte s DMO?

Studiem sociální pedagogiky

Studiem speciální pedagogiky

V rámci přednášek, seminářů, školení

Konzultací s odborníky

Samostudiem (literatura, internet)

Jiným způsobem

Nezískávám, nepotřebuji je

16. Dělá vám problém integrovat dítě se speciálními potřebami do MŠ?

ano spíše ano ne rozhodně ne nevím

(nemohu posoudit)

17. Přijal/a byste dítě s DMO k vám do MŠ?

ano spíše ano ne rozhodně ne nevím

(nemohu posoudit)

18. Domníváte se, že integrace má přínos i pro ostatní zdravé děti?

ano spíše ano ne rozhodně ne nevím

(nemohu posoudit)

19. Domníváte se, že i integrace dítěte s DMO má přínos i pro ostatní zdravé děti?

ano spíše ano ne rozhodně ne nevím

(nemohu posoudit)

20. Domníváte se, že vaše škola splňuje předpoklady pro integraci dítěte se speciálními potřebami

ano spíše ano ne rozhodně ne

(v případě záporné odpovědi konkretizujte, co škola dle vašeho názoru nesplňuje pro integraci)

.....

21. Domníváte se, že vaše škola splňuje předpoklady pro integraci dítěte s DMO

ano spíše ano ne rozhodně ne

(v případě záporné odpovědi konkretizujte, co škola dle vašeho názoru nesplňuje pro integraci dítěte s DMO)

.....