

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2015–2016

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Jana Liprtová**

**Podmínky integrace dítěte s DMO v předškolním  
vzdělávání**

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Jana Janková

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

2015-2016

**BACHELOR THESIS**

**Jana Liprtová**

**The conditions of the integration of the child with the  
cerebral palsy in the preschool education**

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jana Janková

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....

## **Anotace**

Bakalářská práce se zabývá tématem podmínkami integrace dítěte s DMO do předškolního vzdělávání. První část práce se zabývá příčinami vzniku a typy DMO. Další část popisuje rehabilitaci. Třetí část práce se věnuje podmínkám integrace. Praktická část je založena na výzkumném šetření formou dotazníku.

## **Klíčová slova**

DMO, integrace, pedagogové, podmínky, rehabilitace, škola

## **Annotation**

The Bachelor thesis deals with the children with the cerebral palsy and the conditions of their integration to the preschool education. The first part of the thesis deals with the causes of the origin and the types of the children's cerebral palsy. The next part of it describes the rehabilitation. The third part of the theoretical part is concentrated on the conditions of the integration. The practical part of the thesis bases on the research. The type of the research is the questionnaire.

## **Keywords**

conditions, educators, children's cerebral palsy, integration, rehabilitation, school

<b>ÚVOD.....</b>	<b>7</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>8</b>
<b>1 CHARAKTERISTIKA DMO.....</b>	<b>8</b>
1.1 Vymezení pojmu DMO.....	8
1.2 Příčiny vzniku DMO.....	9
1.3 Nejčastější formy DMO a jejich charakteristika .....	10
1.3.1 Spastické formy DMO .....	11
1.3.2 Nespastické formy DMO .....	13
1.4 DMO jako kombinované postižení .....	15
1.4.1 Mentální postižení .....	15
1.4.2 Poruchy řeči .....	17
1.4.3 Smyslové poruchy .....	18
1.4.4 Epilepsie .....	19
<b>2 UCELENÁ REHABILITACE.....</b>	<b>20</b>
2.1 Léčebná rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie .....	20
2.2 Sociální, pracovní a pedagogická rehabilitace .....	22
<b>3 INTEGRACE DÍTĚTE S DMO .....</b>	<b>24</b>
3.1 Primární legislativní podpora a formy vzdělávání.....	25
3.2 Speciálně pedagogické centrum a asistent pedagoga .....	27
3.3 Podmínky integrace v MŠ .....	28
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>31</b>
<b>4 VÝZKUM .....</b>	<b>31</b>
4.1 Výzkumné cíle a hypotézy.....	31
4.2 Metodologie výzkumu, výzkumný vzorek a sběr dat .....	32
4.3 Analýza dat a jejich interpretace.....	33
4.4 Verifikace hypotéz .....	55
<b>5 ZÁVĚR .....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ .....</b>	<b>59</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>63</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ .....</b>	<b>64</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>65</b>

# ÚVOD

Termín inkluze/integrace dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je v dnešní době často diskutovaným tématem, kterému je v oblasti školství věnována pozornost již dlouhá léta. Pozornost vztahující se k integraci/inkluzi je o to vyšší v současnosti ve spojení s novelou Školského zákona č. 82/2015 Sb. z 19. března 2015. Při zpracovávání problematiky – podmínek integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO, v lékařské terminologii je užíván pojem „mozková obrna“) do předškolního vzdělávání - byla aktuální situace integrace/inkluze v určitém přechodném období. Stěžejní § 16 a 19 týkající se jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami jsou účinné až od 1. 9. 2016 a dosud chybí prováděcí vyhlášky specifikující podpůrná opatření, jejich stupně i obsah.

Práce je členěna na čtyři kapitoly. Teoretická část obsahuje tři kapitoly, které jsou zpracovány na základě odborné literatury, elektronických zdrojů i legislativních podkladů. Praktická – výzkumná část je tvořena jednou kapitolou

První kapitola se zabývá charakteristikou DMO - snaží se o vymezení tohoto pojmu, rozebírá formy DMO a etiologické faktory. V této kapitole je na DMO nahlíženo i z pohledu kombinovaného postižení, kdy je čerpáno nejen z poznatků somatopedie, ale i dalších speciálně pedagogických disciplín jako je: psychopedie, oftalmopedie, surdopedie, logopedie. Druhá kapitola se týká ucelené rehabilitace jako důležité oblasti v péči o jedince s DMO a analyzuje její jednotlivé složky. Třetí kapitola se zaměřuje na proces integrace dítěte s DMO, snaží se vymezit pojem integrace/inkluze. Zabývá se legislativními podklady, podmínkami integrace, včetně podpory ze strany speciálně pedagogických center či asistentů pedagoga.

Čtvrtá kapitola se věnuje výzkumnému šetření, které je kvantitativního charakteru a týká se vnímání stávajících podmínek pro integraci dítěte s DMO do předškolního zařízení (MŠ) běžného typu.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 CHARAKTERISTIKA DMO

Ačkoli, na základě aktualizace MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí) došlo v roce 2003 ke změně názvu „Dětské mozková obrna (DMO)“ na termín „Mozková obrna“ (Daňková, [online]. ÚZIS ČR, 2009), je v práci využíván název původní, známější nejen pedagogické i laické veřejnosti, ale využívaný i v použitých publikacích a zdrojích této práce. Jak uvádí Čadová a kol. (2015), termín DMO je dosud užíván i v lékařských zprávách.

Následující kapitola se zabývá dětskou mozkovou obrnou (DMO) v její plné šíři – vymezuje pojem DMO, její formy, příčiny vzniku a nastiňuje DMO jako kombinované postižení.

### 1.1 VYMEZENÍ POJMU DMO

Lesný (1989 In Pipeková a kol, 1998) definuje dětskou mozkovou obrnu jako raně vzniklé poškození mozku, které vzniklo před porodem (prenatálně), za porodu (perinatálně) či krátce po něm (postnatálně) a projevuje se převážně **poruchou vývoje hybnosti**. Významný neurolog Ivan Lesný zavedl v roce 1952 pro toto postižení do praxe termín „perinatální encefalopatie“, které se dnes užívá pro všechna raná poškození mozku v perinatálním období. V roce 1959 pak začal aplikovat dodnes užívaný název „dětská mozková obrna“ (DMO). (Pipeková a kol, 1998).

Slowik (2007) DMO (Cerebral Pasy – CP) považuje za bezesporu nejčastější příčinu vrozeného tělesného postižení. Ošlejšková et al. (2012) hovoří o prevalenci mezi 2-3 %. Např. Fischer a Škoda (2008) pak uvádějí prevalenci 2-5 %, tedy o 2-5 případů DMO na 1000 živě narozených.

DMO je podle Šlapala (2007) **syndrom**, který není zcela přesně vymezen a vzniká jako důsledek postižení velmi nezralého mozku. U tohoto poškození dominují tonusové a hybné poruchy, k nimž se přidružují také poruchy v oblasti psychiky a epileptické paroxymy.

Fischer, Škoda (2008) považují DMO za **zastřešující pojem pro skupinu onemocnění** – chronických, nezhoršujících se a projevujících se poruchou centrální kontroly



hybnosti. Toto onemocnění se manifestuje v prvních letech života dítěte, maximálně do čtvrtého roku věku.

Ošlejšková et al. (2012) rovněž popisuje DMO jako statickou encefalopatii, kdy důsledky postižení mozku jsou zřejmé již v časném dětství a trvají po celý život. Projevy neurologického deficitu však nejsou v neměnné, jejich plný rozsah je definitivní kolem 3. - 4. roku života a i nadále mohou podléhat určitým změnám (např. zkrácení svalů při spasticitě atp.). Klinické projevy jsou podle Ošlejškové et al. (2012): porucha centrální hybnosti, mentální i smyslové defekty a jejich kombinace i meškání milníků psychomotorického vývoje.

Kraus a kol. (2004), podobně jako Ošlejšková et al. (2012), definuje DMO jako postižení neprogresivní, trvalé, ale ne zcela neměnné. Nejvýznamnější změny se pak projevují ve svalově-kosterním (muskulo-skeletálním) systému. Rovněž lze registrovat určité změny svalového tonu a pohybových funkcí, což je nejzřetelnější v kojeneckém a v raném dětském věku. Podle Krause a kol. (2004) se kromě motorického postižení, podstatného pro DMO, objevují další projevy, jako je: epilepsie, zrakové obtíže, poruchy učení, mentální opoždění a inkontinence.

## 1.2 PŘÍČINY VZNIKU DMO

*„Etiopatogeneze dětské mozkové obrny je stejně jako u ostatních neurovývojových poruch velmi rozmanitá, ale ne vždy prokazatelná, často se různé příčiny kombinují.“ (Šlapal, 2007, s. 16).*

Podle období vzniku můžeme rozeznávat etiologické činitele prenatální, perinatální a rovněž postnatální. Fischer a Škoda (2008) řadí mezi **prenatální příčiny** infekce matky v 1. trimestru, kdy dříve byly velmi rizikové zarděnky, proti kterým dnes existuje očkování. Podle těchto autorů se dále může jednat např. o infekci toxoplazmózou, která je přenosná ze zvířete na člověka a může poškodit plod v jakémkoli trimestru. Zásadní je infekce cytomegalovirem z řady herpetovirů (HCVM), při jejímž zjištění je doporučováno přerušování těhotenství. Dále je uváděna i příčina v imkompatibilitě Rh - faktoru mezi krví matky a plodu či hypertenze matky. Riziko představuje abúzus toxických a návykových látek (Fischer a Škoda, 2008). Šlapal (2007) se zmiňuje rovněž o nitroděložních infekcích, faktorech nutričních i exotoxických různého charakteru. K perinatálním příčinám řadí také nedonošenost, vzácněji tzv. přenošenost. Dle Opatřilové (2010) se u „přenošenosti“ se snižuje syčení krve plodu

kyslíkem, kdy vzniká nepoměr mezi nároky na něj a jeho dodávkou. Rizikem „nedonošenosti“ je nevyvinutí cévní stěny a křehkost krevních vlásečnic, čímž je zvýšeno nebezpečí krvácení do mozku. Opatřilová (2010) doplňuje i další možné příčiny DMO projevující se v tomto vývojovém období jako jsou: chromozomální odchylky, vývojové anomálie plodu či anomálie dělohy nebo placenty u matky.

Mezi **perinatální příčiny** jsou nejčastěji řazeny abnormální porody, překotné nebo protrahované porody, kdy dochází k hypoxii přesahující možnosti plodu a následné asfyxii, Vzniká tak hypoxicko – ischemická encefalopatie s rozvojem otoku mozku plodu a nekrotizací neuronů (Kraus, 2005 In Fischer, Škoda 2008).

Nebezpečí rovněž představuje krvácení do mozku při přílišném stlačení hlavičky dítěte nebo při protrahovaném porodu. Rizikové mohou být i porody koncem pánevním či užití nadměrného množství anestetik či analgetik rodičkou při vlastním porodu. (Fischer, Škoda 2008).

Podle Šlapala (2007) se za **postnatální příčiny** dají označit ty, jež zapříčinily vznik neurovývojového onemocnění do prvního roku věku, tzn. do ukončení vývoje tzv. hematoencefalické bariéry, která později lépe chrání mozek před poškozením. Etiologicky se nejčastěji jedná o infekční činitele (CNS, trávicího traktu či dýchacího ústrojí), dále o úrazy hlavy či vrozené metabolické poruchy. Fischer a Škoda (2008) řadí mezi postnatální etiologické faktory rovněž toxické otravy.

Nové zahraniční výzkumy souhrnně spojují 30 % DMO s předčasným porodem, tedy nedonošeností, 10 % s mnohočetným těhotenstvím a 10 % s hypoxicko – ischemickou encefalopatií donošených dětí. 10 % případů DMO souvisí s lézemi vzniklými postnatálně, kdy se nejčastěji jedná o následky dopravních úrazů či týrání. U 40 % dětí s DMO je předpokladem vzniku prenatální etiologie (Kraus a kol., 2004).

### **1.3 NEJČASTĚJŠÍ FORMY DMO A JEJICH CHARAKTERISTIKA**

DMO bývá klasifikována podle patologickoanatomického klinického obrazu, přičemž ten bývá různý (Opatřilová, 2010). Léze mozku způsobující DMO jsou rozmanité a souvisejí rovněž se stupněm nezralosti dítěte – období, kdy působil na nezralý mozek určitý inzult (příčina). Klinický obraz není neměnný, zejména v oblasti svalově-kosterní. V období kojeneckém a období raně dětského věku dochází např. ke změnám pohybových funkcí

a svalového tonu, a proto se s určením přesné formy DMO proto vyčkává až do věku 3 – 4 let (Kraus a kol., 2004).

Základní klasifikace, ze které vychází tato práce, DMO rozlišuje formy spastické a nespastické (Slowik, 2007; Renotiérová, Ludíková a kol., 2004; Vítková a kol., 2004 In Fischer, Škoda, 2008; Šlapal, 2007). Existují i další klasifikace, např. dělení na formy **spastické** (jednostranné a oboustranné), **dyskinetické**, **ataktické** a **ostatní** (Ipsen Pharma, 2012 [online]).

### 1.3.1 SPASTICKÉ FORMY DMO

**Spasticita** (hypertonie, rigidita) se vyznačuje vyšším svalovým napětím než je obvyklý fyziologický stav. Obvykle postihuje svalovou skupinu flexorů (ohybačů) horních končetin a extenzorů (natahovačů) dolních končetin. Dalším znakem je porucha volní hybnosti doprovázená stereotypními pohyby. Spastické formy DMO souvisejí s poškozením motorických neuronů, tzv. pyramidového systému (Becovy pyramidové buňky). Spastická forma se vyskytuje v 60 % případů DMO (Fischer, Škoda, 2008).

Formy spastické se nejčastěji dělí podle lokalizace postižení na formu hemiparetickou, diparetickou a kvadraparetickou.

**Hemiparetická forma** je spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, přičemž postižení horní končetiny bývá výraznější. Horní končetina je ohnuta v lokti a dolní končetina je v takovém napětí, že postižení musejí došlapovat na špičku. Postižené končetiny jsou kratší a slabší. Menší bývá i polovina obličeje (Renotiérová, Ludíková a kol., 2004). Hemiparéza vzniká nejčastěji krvácením do mozku, kdy se projeví lokalizované poškození v postranních komorách mozkové kůry (Vítková, 2006).

Podle Říčana, Krejčířové (1997) bývá u dětí s postižením pravé hemisféry kognitivní kapacita lehce subnormní. U poloviny dětí s postižením levé mozkové hemisféry není patrna žádná kognitivní porucha, druhá polovina vykazuje lehkou mentální retardaci. Fischer, Škoda (2008) uvádějí u této formy DMO velmi častý výskyt epilepsie. Dále se zmiňují o problémech v psychické oblasti týkající se vnímání těla – postižení odmítají polovinu svého těla – a mají potíže v prostorové orientaci.

Vzhledem k tomu, že projevy hemiparézy jsou patrné už od 1. trimenonu (např. omezení motoriky horní končetiny, jednostranné držení hlavy v asymetrickém toniccko-

šíjovém reflexu), je třeba začít s terapií již brzy, mezi 3. - 4. měsícem věku ještě před vzpřimováním dítěte. Jinak by došlo k patologickým vzorcům vzpřimování a potížím s pozdější chůzí. Narušena bývá rovněž jemná motorika z důvodu vynuceného praváctví či leváctví, protože dominantní končetina může být postižena. Problémem je, že svalový tonus se zvyšuje při každém vzrušení (pozitivním i negativním), takže jedinec má znesnadněné nebo zcela omezené vykonávání rychlých pohybů (Fischer, Škoda, 2008).

**U diparetické formy** jsou postiženy dolní končetiny. „*Spasticitou bývají nejvýrazněji postiženy abduktory stehna, plantární flexory nohy a flexory bérce*“ (Pipeková a kol., 1998, s. 139). Důvodem diparézy je poškození mozku v oblasti temenního laloku, např. při předčasném porodu, kdy mozek ještě nebyl dostatečně zralý, nebo při komplikovaných porodech jako následek krvácení do mozku nebo přerušování zásobování mozku kyslíkem (Vítková, 2006).

Většina dětí se chodit naučí, i když později (mezi 3. - 5. rokem věku). V závažných případech chůze vůbec nezvládají. Pokud je chůze možná, děje se často s použitím pomůcek (berle) či s nutností pomoci druhé osoby. Některé děti se ale naučí chodit i samostatně. Chůze bývá obtížná a je popisována jako „nůžkovitá“, kdy dochází k tření kolen o sebe, našlapování na špičky. Jednou z popisovaných komplikací jsou časté luxace kyčelních kloubů vlivem abdukce dolních končetin. Kritickým je období školní docházky, kdy působením dlouhodobého sezení v lavici, děti přestávají chodit a jsou odkázány na invalidní vozík. Započetí terapie je efektivní do konce 2. trimenonu, což je však problematické, protože patologický vývoj motoriky nemusí být do této doby vůbec patrný (Fischer, Škoda, 2008). U této formy DMO bývají popisovány častější zrakové vady, zejména strabismus (Kraus a kol., 2004). „*Vzhledem ke kognitivnímu vývoji je zde prognóza dobrá*“ (Pipeková a kol., 1998, s. 139).

**Kvadruparetická forma** – je spastickou obrnou postihující všechny čtyři končetiny. Postižení dolních končetin převažuje, pokud vznikla zdvojením diparézy. Obrna horních končetin je naopak výraznější při zdvojení hemiparézy (Pipeková a kol., 1998). Vítková (2006) ji charakterizuje jako globální poškození senzomotorické mozkové kůry, vznikající často jako důsledek problémů s dýcháním u předčasně narozených. Narušena je celková senzomotorika těla i hlavy. Těžká kvadruparéza je patrna už u novorozence – dolní končetiny jsou nataženy, horní končetiny jsou ohnuty a hlava je držena opistotonicky (dozadu). U středně těžké formy je prvním znakem kvadruparetického vývoje, to, že dítě nezvedne

z polohy na břicho hlavičku, což bývá u zdravých dětí běžným jevem okolo 3. měsíců věku. Při těžkých postiženích mohou být poškozena i další funkční centra CNS, dochází tak k symptomatickým poruchám řeči, smyslovým vadám, epilepsii atp. Jsou narušeny primární reflexy, jako je sání, polykání, otevření úst, přičemž některé děti musí být krmeny sondou (Fischer, Škoda, 2008).

Co se týče hybnosti, možnost pohybu je velice malá a probíhá patologickým způsobem. Časté je tzv. opistotonické držení hlavy (tažené zpátky spasmem zádového a šíjového svalstva). Pokud není možná kontrola trupu a hlavy, nedochází k vývinu samostatné chůze. Terapií je možno dosáhnout maximálně sedu s pohybem hlavy a ramen (Vítková, 2006).

Fischer, Škoda (2008), ale i Kraus a kol. (2004) hovoří i přítomnosti těžké mentální retardace. „*Prognóza je velmi nepříznivá a nejvíce postižené děti neopustí ve vývoji neonatální stupeň*“ (Kraus, 2004, s. 80).

### 1.3.2 NESPASTICKÉ FORMY DMO

Tyto formy jsou charakteristické absencí svalového napětí. Nejčastěji se hovoří o dvou typech: hypotonické a dyskinetické formě DMO (Opatřilová, 2003).

**Hypotonická (ataktická, cerebelární) forma DMO** je podle Krause a kol. (2004) heterogenní skupinou s projevy okolo 1. - 2. roku života. Příčiny jsou kongenitální, genetické (u 1/4 případů jsou jisté, u 2/5 pravděpodobné). Podle Krause a kol. (2004) nebývá v novějších klasifikacích již tento typ DMO uváděn. Stejně tak Pipeková a kol. (1998) upozorňuje, že někteří autoři (Lesný, 1987, Kapounek 1988) ji již dříve považovali za samostatný syndrom. Podle Lesného (1987, In Fischer a Škoda, 2004) je hypotonie patrna u kojence, později (kolem 3 let) přechází do dyskinetické či spastické formy. Pokud setrvává, jedná se o hypotonický syndrom, což je samostatný typ onemocnění.

Hypotonická forma DMO je podle Krause a kol. (2004) výjimečná, tvoří pouze 7 - 15 % případů DMO. Fischer a Škoda (2004) uvádí pouze 6% výskyt u všech DMO. Tito autoři popisují hypotonickou formu, v souvislosti s poškozením mozečku (cerebellum), jako postižení vnímání rovnováhy a hluboké citlivosti (propriocepce). Jedinci mají sníženou pohybovou koordinaci. Chůze, která se vyvíjí velmi opožděně (mezi 3 – 7 lety) je nestabilní, připomíná chůzi opilcovu o široké bázi s chodidly daleko od sebe tak, aby byla co nejvíce

zajištěna rovnováha. Jedinec se však pohybuje většinou málo, chybí vůle po pohybu. Dítě spíše jen sedí či leží. Je popisována rovněž zvýšená pohyblivost kloubů, tremor ruky při situaci snahy o úchop, horizontální nystagmus či potíže s hybností jazyka, včetně přítomnosti slinění (Fischer a Škoda, 2004). Rovněž se často vyskytuje opoždění rozumového vývoje - mentální retardace (Opatřilová, 2004, Ludíková a Renotiérová, 2004).

**Dyskinetická forma DMO** (dyskineticko-dystonická, extrapyramidální forma, atetóza) vzniká poškozením bazálních ganglií, jež umožňují plynulý pohyb končetin. Při dyskinetické formě se manifestují nepotlačitelné pohyby, tzv. pohybový chaos. Touto formou obrny trpí asi 1/5 lidí postižených DMO (Fischer, Škoda, 2004).

Ludíková, Renotiérová a kol. (2004) hovoří v tomto směru o pohybech:

- Atetotických – pomalé, červovité pohyby;
- choreatických – drobné, prudké, nečekané pohyby;
- balistických – prudké pohyby, obvykle celou končetinou;
- myoklonických – drobné pohyby svalů či svalových skupin.

Podle Kyllermana (1983 In Kraus a kol., 2004) se rozlišují dva subtypy s rozdílnou etiologií i prognózou. Jedná se o dystonickou a hyperkinetickou formu. Kraus a kol. (2004) dále hovoří i o jejich možné kombinaci, tedy o obrně dystonicko-hyperkinetické, která se vyskytuje vzácně.

**Hyperkinetická DMO** je charakterizována masívními, nápadně neúčelnými pohyby, které doprovázejí pokusy o volní pohyby či posturu. U **dyskinetické formy** jsou časté náhlé změny svalového tonu (Fischer, Škoda, 2004), ale manifestují se i abnormální pohyby (v menší míře než u hyperkineze) a současně je přítomna spastická složka (Kraus a kol., 2004).

Z hlediska vývoje bývá rozvoj **dyskinetické formy** nenápadný, rozpoznatelný až mezi 1. – 3. rokem života. U novorozenců je patrna hypotonie, ve 3. trimenonu se projevuje spasticita. Prvním příznakem dyskinetické formy DMO bývají neúměrně otevřená ústa a rovněž to, že dítě nedokáže vydržet v jedné poloze. Mimovolní pohyby se rozvíjejí mezi 1. - 3. rokem života. (Fischer, Škoda, 2004). Dyskineze se zvyšují při prožívaných emocích. Atetóza je zjevná na dolních i horních končetinách. Chůze bývá obtížná vlivem osové instability (Kraus a kol., 2004).

Většina autorů (např. Opatřilová, 2003; Ludíková, Renotiérová a kol., 2004) se rovněž zmiňuje o výskytu poruch řeči u této formy DMO, příznaky popisují v podstatě jako dysartrii.

Fischer, Škoda a kol. (2004) charakterizují řeč u dystoniků charakterizují jako pomalou a nesrozumitelnou. Kraus a kol. (2004) k tomuto uvádí, že porucha orofaciální koordinace s sebou přináší problémy s artikulací a výslovností. Dále se objevují problémy s polykáním, sliněním, ale i grimasování. Někdy se projevuje porucha sluchu a u 1/3 dystoniků se vyskytuje strabismus. *„Mentální schopnosti jsou většinou normální nebo v rozsahu IQ 70-80 u 86 % dětí hyperkinetických a 64 % dystonických. Jsou však poruchy jemné hybnosti, zejména psaní; velkou pomocí je pro tyto děti klávesnice počítače“* (Kraus a kol., 2004, s. 83).

## **1.4 DMO JAKO KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ**

Jak již bylo naznačeno v předchozí podkapitole, DMO se může kombinovat s dalšími postiženími, zdravotními oslabeními či nemocemi. Ze somatopedického pohledu mohou být kombinované vady identifikovány ve spojení tělesného postižení s postižením zrakovým, sluchovým, mentálním, komunikačním či etopedického charakteru. Nejvíce kombinovaných vad je z tohoto pohledu spojeno právě s poškozením CNS, zejména mozku. (Ludíková a kol., 2005).

### **1.4.1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ**

**Mentální postižení** se projevuje u 2/3 dětí s DMO, přičemž v 1/3 jde o lehkou mentální retardaci a v 1/3 o středně těžkou či těžkou mentální retardaci. Mentální postižení nejčastěji koreluje s kvadruparetickou formou DMO, kdy je míra poruchy hybnosti spojena i s poškozením jiných částí mozku (Kraus a kol. 2005 In Ludíková a kol., 2005).

Neexistuje jednotně používaná definice mentální retardace (dále MR). Slowik (2007) se při osvětlení pojmu mentální retardace opírá o definici UNESCO vydanou v roce 1993 (podle Černé, 1995 In Slowik, 2007, s. 111): *„Mentální retardace je pojem vztahující se k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu a je spojeno s poruchami adaptačního chování. Poruchy adaptace jsou zřejmé z pomalého tempa dospívání, snížené schopnosti učit se a z nedostatečné sociální přizpůsobivosti“*.

Pro klasifikaci stupňů MR se u nás od 90. let 20. století aplikuje 10. Mezinárodní klasifikace nemocí, která rozlišuje čtyři stupně MR a dvě další kategorie: „jiná MR“ a „nespecifická MR“ (Bendová, Zikl, 2011). Vágnerová (2004) hovoří v tomto směru o hodnocení kvantitativním, které je závislé především na inteligenčním kvocientu (IQ) poskytujícím však jen globální odhad schopností. Hranicí MR je IQ 70. Tato autorka ale rovněž hovoří o nezbytnosti kvalitativního hodnocení, jež zahrnuje posouzení struktury rozumových schopností, osobnostních zvláštností, předností i nedostatků, ale také míru využitelnosti zachované inteligence. Důležité jsou rovněž mimointelektové faktory jako je: motivace, pracovní tempo, schopnost adaptability atp.

Kategorie MKN-10 „**Jiná MR**“ se užívá tehdy, kdy intelekt jedince je prokazatelně snížen, ale pro přidružená těžká postižení, poruchy chování či autistické projevy, nelze vyšetřením přesně stanovit stupeň MR (Valenta, Müller, 2003 In Bendová, Zikl, 2011). Podobně kategorie „**Nespecifická MR**“ se užívá při situaci, kdy deficit v oblasti mentální je zřejmý, ale pro nedostatek dalších informací nelze diagnostikovat lehkou, těžkou, středně těžkou či hlubokou MR.

Jedinci s **lehkou mentální retardací** (IQ 50 - 69) uvažují i v dospělosti na úrovni středního školního věku. Většinou chybí abstraktní myšlení, avšak tyto lidé dokáží respektovat elementární základy logiky. Řeč bývá jednodušší, komunikace probíhá v kratších větách a objevují se určité nepřesnosti v obsahu či skladbě. Jsou schopni dosáhnout určité samostatnosti a pod vedením a s oporou i pracovat (Vágnerová, 2004). Osoby s lehkou MR tvoří 70 % všech lidí s mentálním postižením (Švarcová, 2006 In Bendová, Zikl, 2011). Z hlediska edukace je nutné vědět, že se objevují rovněž poruchy citu a vůle, jako je: afektivní labilita, úzkostnost, zvýšená sugestibilita, impulzivnost (Renotiérová a Ludíková, 2004).

**Středně těžká mentální retardace** (IQ 35 – 49) se vyznačuje výrazným opožděním v oblasti porozumění řeči i v její expresivní složce, i když řeč je u těchto lidí v důsledku značně variabilní. Někteří dokáží vést jednoduchou konverzaci, vyjádřit své bazální potřeby, ale jiní toto nedokáží či vůbec nemluví (Bendová, Zikl, 2011). Myšlení dosahuje úrovně předškolního dítěte, s nízkým respektováním logiky. Tito lidé jsou schopni osvojit si základní sebeobslužné návyky a pod dohledem vykonávat i jednoduché pracovní úkony (Vágnerová, 2004).



**Těžká mentální retardace** (IQ 20 – 34) je charakterizována omezenou řečí. Lidé s těžkou MR se naučí pouze několik, většinou špatně artikulovaných slov, jejichž používání bývá však i nepřesné. Někteří vůbec verbálně nekomunikují. Po dlouhodobém učení zvládají základní úkony sebeobsluhy či reakce na určité pokyny. Bývají závislí na péči ostatních osob (Vágnerová, 2004).

**Hluboká mentální retardace** (IQ pod 20) je ve většině případů kombinována s dalšími postiženími. Jedinci jsou často imobilní či v pohybu velmi omezeni. Projevuje se výrazné poškození afektivní sféry a těžké poruchy všech psychických funkcí (Renotiérová a Ludíková, 2004, s. 168). Jsou schopni rozlišení známých a neznámých podnětů a dokáží projevit libost či nelibost. Řeč se nevytváří. Lidé s hlubokou MR jsou komplexně závislí na péči druhých osob (Vágnerová, 2004).

#### **1.4.2 PORUCHY ŘEČI**

Příčinou poruch řeči u jedinců s DMO mohou být: poruchy hybnosti mluvidel, poruchy center řeči v mozku, ale i mentální retardace či poruchy sluchu. DMO jako porucha hybností přímo souvisí s poruchami řeči, které jsou vlastně poruchami hybnosti mluvních orgánů, což bývá nejčastější příčinou opožděného či omezeného řečového vývoje (Kábele, 1998 In Vítková a kol., 2004).

Vrbová a kol. (2012) užívá v této souvislosti pojem „narušená komunikační schopnost (NKS)“, která se může projevovat jako lehká odchylka v artikulaci či až jako úplná ztráta schopností komunikovat. NKS může být dominantním projevem nebo příznakem jiného dominantního postižení (symptomatická porucha řeči). Na diagnostiku a terapii NKS se orientuje speciálně-pedagogická disciplína logopedie (Vrbová a kol., 2012).

Vítková (2006) podle Wellmitze (1993) rozlišuje tři skupiny řečových poruch:

- Symptomatické – je porušena motorika těla a zároveň motorika mluvidel;
- vznikající jako nepřímý důsledek tělesného postižení – deficit na podkladě nedostatku zkušeností daného tělesným postižením (např. malá aktivní slovní zásoba, deficit v porozumění řeči);
- vznikající jako důsledek sociálních podmínek tělesného postižení (např. malá potřeba komunikovat, nedostatečné vytvoření komunikačních prostředků).

Lechta a Cséfalvay (1995 In Vítková a kol., 2004) zjistili u ¾ dětí s DMO nějaké potíže v řeči – od lehkých poruch až po naprostou neschopnost artikulovat (anatrie).

Poruchy řeči bývají u dětí s DMO zaznamenány až v 75 % případů (Pipeková a kol., 1998). Nejčastější poruchou řeči u DMO je **dysartrie**, která patří k nejtěžším komunikačním poruchám. Bývá definována jako porucha artikulační (člámkovací) složky řeči. Někteří autoři (např. Lechta) ji popisují jako celkovou poruchu artikulace, poruchu dýchání (respirace), tvorby hlasu (fonace) i jeho modulace (Vítková a kol., 2004).

U dětí s DMO se nevyskytuje pouze dysartrie, ale také otevřená huhňavost (např. při poškození bulbu), u spastiků bývá přítomna i koktavost či breptavost. Vývoj řeči u DMO je mnohdy opožděný, omezený či se manifestuje úplná nemluvnost (Vítková a kol., 2004). „Často lze u tělesně postižených dětí najít dyslalický syndrom, jehož příčinou může být poškození (periferní) řečového aparátu, tak oslabení akustiko-motorických spojení v důsledku nedostatečného vývoje fonemického sluchu a zvláště na základě ztížené kinestetické percepce.“ (Vítková, 2006, s. 116).

### 1.4.3 SMYSLOVÉ PORUCHY

Asi polovina dětí s DMO má nějaký typ **vady zraku** (Stehlík 1982 In Pipeková a kol., 1998). Nejčastější bývá okohybná porucha **strabismus** (šilhavost), kdy předozadní osy očí nejsou při pohledu dopředu rovnoběžné. Pokud není strabismus včas léčen, vzniká **amblyopie**, neboli tupozrakost, kdy je mozkiem potlačován obraz šilhajícího oka tak, aby nevznikalo dvojité vidění. Pokud se tupozrakost na jednom z očí vyvine, je snížena zraková ostrost, která je nekorigovatelná brýlemi. Tyto okohybné poruchy jsou nejčastější u diparetické formy DMO (Pipeková a kol., 1998).

Příčinou **slabozrakosti** či **slepoty** bývá i retinopatie nedonošených (ROP – Retinopathy of Prematurity) (Pipeková a kol., 1998).

U dětí s kombinovaným postižením, především u DMO, se vyskytuje také korová (kortikální, mozková) slepota neboli CVI (Cortical Visual Impairment), kdy je příčinou poškození funkce mozku či zrakových drah, přičemž stavba oka bývá v pořádku. Mezi symptomy kortikální slepoty patří proměnlivé používání zraku, např. jednu hračku vidí a druhé hračky nápadněji si nevšimne, případně předmět vidí a nedokáže ho pojmenovat (Hamadová et al., 2007).

Jak uvádí např. Stehlík (1982 In Pipeková a kol., 1998), výjimečné u DMO nejsou ani **poruchy sluchu**, bývá udáváno, že jeden případ se vyskytne u 14 -31 dětí. Jedná se často o **centrální poruchy sluchu** na bázi poškození sluchové dráhy nebo mozkové kůry spánkového laloku. Nejvíce zastoupeny jsou u dyskinetické formy DMO (Pipeková a kol., 1998).

#### **1.4.4 EPILEPSIE**

**Epilepsie** podle Šlapala (2007, s. 43): „*Patří mezi záchvatová onemocnění mozku, jejíž příčina je často genetická, která se projevuje opakovanými záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, které jsou podmíněny excesivními výboji mozkových neuronů (elektroencefalografické příznaky).* Záchvaty jsou časově ohraničené, opakované a vznikají buď spontánně bez provokující příčiny, nebo je spouštěčem podnět, který u běžného člověka záchvat nevyvolá (Fischer, Škoda, 2008).

Podle rozsahu a lokalizace epileptického ložiska bývají záchvaty zhruba rozlišovány na (Pipeková a kol., 1998):

- Generalizované záchvaty svědčící pro postižení obou hemisfér mozku. Vždy je přítomno bezvědomí.
- Parciální záchvaty vznikající v ohraničené části mozku. Porucha vědomí je zde stav, kdy postižený není schopen normálně reagovat na vnější podněty. Projevy jsou v oblasti motorické, senzitivní a vegetativní. Vágnerová (2004) k tomuto uvádí, že záchvat může proběhnout bez narušení vědomí a paměti či je vědomí a paměť narušena jen částečně (tzv. psychomotorické záchvaty).

## 2 UCELENÁ REHABILITACE

„Novolatinský pojem „rehabilitace byl zaveden v 19. století a znamenal původně léčebné postupy, vedoucí k návratu do stavu funkční schopnosti (*habilis* = *schopný*)“ (Votava a kol., 2003, s. 9). V Evropě i u nás se začal tento pojem užívat po 2. světové válce a stal se součástí lékařské terminologie, nejprve jako pojem pro aktivitu vedoucí znovu k výkonnosti a pohyblivosti pacienta (Zikl, 2011).

Podle Úmluvy OSN (Švestková, Angerová 2006 In Zikl, 2011) jde o „*včasně, plynulé a koordinované úsilí s cílem o co nejrychlejší a nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením způsobeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života.*“ Takto uchopený pojem v širším slova smyslu znamená v podstatě ucelenou (komprehensivní) rehabilitaci (dále UR), která má tyto navzájem související složky (Votava a kol., 2003; Zikl, 2011; Ludíková a Renotiérová, 2004 a další):

- Léčebnou
- Sociální
- Pedagogickou
- Pracovní

Podle Zikla (2011) a Votavy a kol. (2003) je nutno do konceptu základních složek UR zahrnout i aspekty architektonické, legislativní, technické, ekonomické, volného času a rovněž hlediska psychologická.

### 2.1 LÉČEBNÁ REHABILITACE, FYZIOTERAPIE A ERGOTERAPIE

**Léčebná rehabilitace** je zajišťována především v oblasti zdravotnictví. V případě DMO zajišťuje týmovou spolupráci především neurolog, rehabilitační lékař, fyzioterapeut a ortoped (Ošlejšková et al., 2012). Votava a kol. (2003) sem řadí např. ještě práci klinického logopeda, psychologa – neuropsychologa, protetika a ergoterapeuta. V případě kombinace DMO s jiným postižením sem vstupují další odborní lékaři.

Na léčebné rehabilitaci se však podílejí i pracovníci v sociálních službách a stává se i součástí práce pedagogů. Jedná se např. o polohování imobilního dítěte či stimulaci motorického vývoje a facilitaci (usnadňování) motorických činností. Jedná se o tzv. handling probíhající pod supervizí odborníka, což je celodenní uplatňování prvků rehabilitačních

technik zaměřených na podporu motoriky dítěte (viz dále Bobath koncept). S léčebnou rehabilitací úzce souvisí oblast **technická**, kdy nejde jen o přístupnost školy z hlediska architektonického či pomůcky pro překonání bariér (madla, schodolezy atp.), ale také o využívání pomůcek jako: speciální židle, vozíky, chodítka, protiskluzové podložky, pomůcky pro ovládání PC atp. (Zikl, 2011).

Významné místo v péči o jedince s DMO má **fyzioterapie** „*jako obor zdravotnické činnosti zaměřený na prevenci, diagnostiku a terapii poruch funkce pohybového systému.*“ (Votava a kol., 2003, s. 30). Z metod léčebné rehabilitace stojí za zmínku alespoň dvě, často uplatňované u dětí s DMO.

**Bobath koncept**, užívaný u poruch centrální hybnosti, vychází z ontogenetického vývoje a má za cíl (Zikl, Bendová, 2011):

- Potlačit spasticitu a patologické hybné a posturální vzorce.
- Usnadnit normální hybné a posturální vzorce.
- Stimulovat postiženého ke vnímání polohy či zvýšení svalového tonu.

Základem je vyšetření motorických dovedností dítěte, při čemž je terapeutem stanoven léčebný plán. Východiskem tohoto konceptu je po zaškolení týmová práce rodičů i všech pracovníků podílejících se na péči o dítě. Veškerá terapie je prováděna v rámci běžných činností. Terapeut dítě pohyb neučí, ale nastavuje situace tak, aby dítě mohlo určitý pohyb provést co nejsprávněji (Zikl, Bendová, 2011).

**Vojtova terapie** je využívána nejen u dětí s DMO, ale i jiným somatickým postižením. Jejím základním principem je, že konkrétní podnět vyvolá určité reakce, které jsou stěžejní pro vývoj napřimování. (Vojta 1997 In Ludíková, Renotiérová a kol., 2004). Testuje se 7 polohových reakcí, na základě čehož se dosahuje určitého pohybového vzoru působícího proti nedostatkům v postuře a koordinaci (Ludíková, Renotiérová a kol., 2004).

Další z nezbytných složek léčebné rehabilitace je **ergoterapie** - léčba prací, u dětí hrou. Jde o propracovaný systém, který má za cíl rozvíjet soběstačnost, samostatnost v běžných denních činnostech a zároveň rozvíjí i osobnost člověka. Zaměřuje se na stimulaci a cvičení úchopu, pohybové obratnosti a koordinace pohybů. Využívá se různých kompenzačních pomůcek. Jedná se vlastně o přípravu na praktický život a budoucí povolání (Kraus a kol., 2004).

## 2.2 SOCIÁLNÍ, PRACOVNÍ A PEDAGOGICKÁ REHABILITACE

Objektem **sociální rehabilitace** není jen jedinec s postižením, ale i jeho rodina a působení na ni tak, aby přijala dítě takové, jaké je. K tomu slouží i různé aktivity, jako např. psychorehabilitační pobyty, realizované občanskými sdruženími. U dítěte je cílem sociální rehabilitace vytváření předpokladů pro samostatnost, nezávislost a integraci (Ludíková a kol., 2005). Tato složka UR se překrývá se systémem sociálních služeb, zřizovaných Ministerstvem práce a sociálních služeb ČR, které jsou zaměřeny na ochranu zranitelných skupin obyvatel (Votava a kol., 2003).

**Pracovní rehabilitace** se zaměřuje na profesní uplatnění, ale i předprofesní přípravu, kariérové poradenství a dále i na tvorbu a ochranu pracovních příležitostí (Ludíková a kol., 2005).

**Pedagogická rehabilitace** je orientována na výchovu, vzdělávání i přípravu na povolání. Souvisí se snahou o optimální rozvoj osobnosti, s co nejvyšším rozvojem kompetencí, nadání i soběstačnosti. Mezi metody pedagogické rehabilitace patří tvorba individuálně vzdělávacích plánů, reedukace a kompenzace (Ludíková a kol., 2005). Votava a kol. (2003) sem zařazuje nejen práci pedagogů a speciálních pedagogů, ale i vychovatelů, osobních a pedagogických asistentů. Hovoří rovněž o důležitosti rané péče, služeb pedagogicko-psychologického poradenství, ale i zájmových činností.

Z hlediska DMO jako poruchy hybnosti se budou v praxi prvotně využívat poznatky a metody somatopedie a logopedie, zabývající se narušenou komunikační schopností „*Logopedická péče je v ČR poskytována ve 3 resortech: školství, zdravotnictví, práce a sociálních věcí. Ve školství je zajišťována na základě Metodického doporučení k zajišťování logopedické péče ve školství č. j. 14712/2009-61. Toto doporučení přesně vymezuje, kdo je logoped a kdo logopedický asistent a jaké má pravomoci vzhledem ke svému dosaženému vzdělání.*“ (Vrbová a kol., 2012, s. 22)

Pokud se bude DMO pojít se zrakovým postižením, využívají se rovněž odborné poznatky a metody oftalmopedie (tyflopédie), kterou Hamadová (et al., 2007) charakterizuje jako obor speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním osob se zrakovým postižením.

Nejen v předškolním věku se uplatňují tzv. zrakoví terapeuti, vysokoškolsky vzdělání oftalmopedové (tyflopeditové) s dalším postgraduálním kurzem zaměřeným na zrakovou terapii. Jejich funkce je zřízena novelou Zákona č 96/2004 Sb. o nelékařských profesích ve zdravotnictví od července 2008, avšak dosud není jejich péče plošně dostupná po celé ČR. Zaměřují se na podporu rozvoje a rehabilitace zraku. Jejich práci tvoří funkční vyšetření zraku (např. schopnost rozpoznávat obličeje, orientace na ploše atp.) a následná zraková stimulace a výcvik. U malých dětí navrhuje úpravy prostředí i zvolení odpovídající velikosti, barevnosti i typu hraček. U předškolních dětí navrhuje např. velikost barevnost, složitost obrázků, kontury, rozmístění prvků na ploše, které podporují zrakové vnímání. Úzce spolupracují se středisky rané péče, očními lékaři, optometry atd. (V čem spočívá péče poskytovaná zrakovými terapeuty? *Asociace zrakových terapeutů o.s.* [online].)

V případě přidruženého sluchového postižení jsou využívány metody surdopedie, která se, zjednodušeně řečeno, zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem sluchově postižených. Navazuje na zdravotnickou péči i na sluchovou protektiku (např. kochleární implantát, sluchadla určené ke zvýšení signálu řeči) (Pipeková a kol. 1998). Významné v tomto směru je alternativní dorozumívání osob s těžkým sluchovým postižením a jeho výuka, jedná se např. o znakový jazyk, orální metodu, bilingvní komunikaci či totální komunikaci (Slowik, 2007).

V případě kombinovaného postižení nesmíme opomenout na poznatky a metody z psychopedie, která se orientuje na výchovu, vzdělávání, rozvoj, diagnostiku i terapeuticko-formativní postupy osob s mentální retardací, autismem a jiným psychickým onemocněním (Ludíková a kol., 2005). V případě kombinovaných vad může probíhat rovněž etopedická intervence, např. v případě agrese, sociálního nežádoucího chování ze strany postiženého nebo jeho okolí. Předmětem této péče by byl tělesně postižený např. i v případě, pokud by se stal obětí šikany atp. (Ludíková a kol., 2005).

### 3 INTEGRACE DÍTĚTE S DMO

Slova integrace, potažmo inkluze, jsou v dnešní i době minulé často skloňovanými termíny. Fischer a Škoda (2008, s. 23) definují integraci (z latinského integer – neporušený) jako „*snahu o úplné zapojení, splynutí a zapojení handicapovaného jedince ve společnosti. WHO definuje integraci jako sociální rehabilitaci, jako schopnost osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech.*“

Opakem integrace je segregace, kdy jde o sociální vylučování, oddělování (Fischer a Škoda, 2008). Sociální integrace úzce souvisí s pojmem integrace školní jako prostředku k jejímu dosažení. Podle Bürliho (1997) se jedná o poskytování výchovy a vzdělávání v co nejméně restriktivním prostředí, které respektuje specifické vzdělávací potřeby a nabízí v tomto směru dítěti individuální podporu. Principem je, že žáci s postižením se mají v co největší míře vzdělávat se svými vrstevníky a spíše v běžných než speciálních školách (Vítková a kol., 2004). „*Zjednodušeně je možné říci, že tzv. speciální zařízení (určená převážně nebo výlučně pro děti s postižením) jsou považována za segregáční a tzv. běžné školy za integrační.*“ (Renotierová, 2005, s. 14).

Co se týče inkluze Horňáková (2006 In Votavová, 2013 [online].) vysvětluje tento pojem třemi možnostmi:

*„1. Inkluze je ztotožňována s integrací.*

*2. Inkluze je jakési vylepšení integrace.*

*3. Inkluze je nová kvalita odlišná od integrace, spočívající v bezpodmínečném akceptování speciálních potřeb všech dětí.*“

Votavová (2013 [online]) k tomuto dodává, že integrace (pojem typický pro 80. léta 20. století) „*vyžaduje větší přizpůsobení dítěte škole*“. Inkluze nebo inkluzivní vzdělávání (pojem typický pro 90. léta 20. století a počátek 21. století) se oproti tomu snaží spíše modifikovat prostředí výchovně vzdělávacího procesu pro samotné dítě.



### 3.1 PRIMÁRNÍ LEGISLATIVNÍ PODPORA A FORMY VZDĚLÁVÁNÍ

Důležitým právním předpisem souvisejícím s možností integrace je v době tvorby této práce **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (školský zákon, dále ŠZ). Z hlediska integrace/inkluze se momentálně (prosinec 2015) nacházíme v určitém přechodném období, neboť výše uvedený zákon byl novelizován **Zákonem č. 82/2015** z 19. března 2015, ale paragrafy týkající se podpory dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (dále SVP) jsou účinné až od 1. 9. 2016. Novelizovaný § 16 v odst. 1 charakterizuje dítě, žáka a studenta se speciálními vzdělávacími potřebami) jako osobu, „*kteřá k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.*“ (ČESKO. Zákon č. 82, 2015, s. 1384).

Podpůrná opatření jsou poskytována ve škole i ve školském zařízení bezplatně a např. spočívají:

- V poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení (dále ŠPZ);
- v úpravách organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče;
- v užívání kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a učebních pomůcek;
- v používání alternativních komunikačních systémů (neslyšící, hluchoslepí, Braillovo písmo, alternativní a augmentativní komunikace atd.);
- v úpravě výstupů vzdělávání v mezích vymezených RVP atd.;
- ve vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (IVP);
- v pomoci asistenta pedagoga, dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka atd.;
- v poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených (ČESKO. Zákon č. 82, 2015).

Podpůrná opatření jsou § 16 novely ŠZ klasifikována do pěti stupňů. První stupeň uplatňuje sama škola či školské zařízení, bez doporučení školského poradenského zařízení

(např. SPC). Druhý až pátý stupeň podpory již nezbytně souvisí s doporučením školského poradenského zařízení a podmínkou je i písemný informovaný souhlas zletilého žáka nebo zákonného zástupce. (ČESKO. Zákon č. 82, 2015)

Odst. 9, § 16 novely ŠZ rovněž uvádí, že: „*Pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny.*“ (ČESKO. Zákon č. 82, 2015, s. 1385 -1386)

Podmínkou zařazení do takových tříd, skupin nebo oddělení nebo škol je to, že školské poradenské zařízení shledalo, že povaha SVP a výsledky dosavadního poskytování podpůrných opatření nepostačují k naplňování vzdělávacích možností a k uplatnění práva na vzdělávání. Toto musí být v souladu se zájmem vzdělávaného. Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka či zákonného zástupce, doporučení školského poradenského zařízení. § 16 dále řeší téma poradenské pomoci školského poradenského zařízení, revizi jejich zpráv a doporučení. (ČESKO. Zákon č. 82, 2015)

S § 16 úzce souvisí § 19, kdy s účinností do 1. 9. 2016 by MŠMT mělo vydat prováděcí vyhlášku týkající se např.:

- Uplatňování podpůrných opatření – jejich konkrétní výčet, účel a členění i organizaci, pravidel uplatňování podpůrných opatření 2. - 5. stupně samotnou školou a jejich normovanou finanční náročnost, postup školy při přiznání podpůrného opatření.
- Náležitosti individuálního vzdělávacího plánu a informovaného souhlasu.
- Podmínek pro využití asistenta pedagoga či jiných osob poskytujících podporu v době vzdělávání a pravidel jejich činnosti.
- Organizace a pravidel vzdělávání systému skupin a škol podle § 16 odst. 9.
- Průběhu, činnosti i organizace poradenských služeb školy a činnosti školských poradenských zařízení – např. i zásady používání diagnostických nástrojů a pravidla spolupráce školských poradenských zařízení se školami atp., náležitosti zpráv a doporučení. (ČESKO. Zákon č. 82, 2015).

Vzděláváním jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami se aktuálně (prosinec 2015) zabývá vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se SVP a

**dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**, ve znění pozdějších předpisů. Seznamuje se zásadami, formami a cíli vzdělávání osob se SVP, individuálním vzdělávacím plánem, asistentem pedagoga atp. (Předpis č. 73/2005 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online]).

Dalším, dosud platným, dokumentem týkající se péče o jedince se zdravotním postižením je vyhláška MŠMT č. **72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**, ve znění pozdějších předpisů, která mj. charakterizuje účel poradenských služeb. Dále vymezuje typy školských poradenských zařízení – pedagogicko-psychologickou poradnu (PPP) a speciálně pedagogické centrum (SPC) a obsah jejich služeb. Charakterizuje rovněž poradenské služby ve škole, které jsou poskytovány výchovným poradcem, školním metodikem prevence či školním psychologem a speciálním pedagogem. Vyhláška obsahuje přílohy vymezující standardní činnosti PPP, SPC i poradenských pracovníků působících přímo na školách (Předpis č. 72/2005 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online]).

Vyhláška MŠMT **14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání** se zabývá mj. počtem dětí ve třídách. Tam, kde jsou zařazeny děti se zdravotním postižením, má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí (Předpis č. 14/2005 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online]).

Zákon 563/2004 Sb. **o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů** hovoří o kvalifikaci asistenta pedagoga, který vykonává přímou pedagogickou činnost a je pedagogickým pracovníkem (Předpis č. 563/2004 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online]).

### **3.2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM A ASISTENT PEDAGOGA**

Podle Vyhlášky 72/2005 Sb. (viz předchozí podkapitola) poskytuje poradenské služby při výchově a vzdělávání žáků se zdravotním postižením (dále ZP) SPC. Jedno SPC poskytuje služby v rozsahu odpovídajícím jednomu nebo více druhům ZP. Centra jsou tedy rozdělena zvláště na SPC pro jedince s vadami řeči, zrakovým, tělesným, sluchovým a mentálním postižením, s poruchami autistického spektra. Centrum poskytující služby žákům s více vadami používá standardní činnosti speciální podle typu zdravotního postižení žáka.

§ 6, odst. 4 ukládá SPC, např.:

- zjišťování připravenosti žáků se ZP či zdravotním znevýhodněním na povinnou školní docházku a jejich SVP.
- zpracování odborných podkladů pro integraci a pro zařazení a přeřazení žáků do škol a školských zařízení
- zajištění speciálně pedagogické péče a vzdělávání
- vykonávání speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky a poskytování pomoci při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků
- poskytování poradenství v oblasti vzdělávání žáků pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům
- poskytování metodické podpory škole (Předpis č. 561/2004 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online].)

Pro integraci dětí se ZP je velmi významná funkce asistenta pedagoga, kterou Zákon č. 82/2015 Sb. považuje za jedno z podpůrných opatření (ČESKO. Zákon č. 82, 2015). Vyhláška č. 73/2005 Sb., ve znění pozdějších předpisů, zejména ve znění vyhlášky č. 147/2011 Sb., specifikuje činnost asistenta pedagoga jako: Pomoc pedagogům školy při výchovně - vzdělávací činnosti žáka se ZP, pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci, pomoc žákům při přizpůsobení se prostředí školy a výchovně-vzdělávacímu procesu a poskytnutí nezbytné pomoci žákům s těžkým postižením při sebeobsluze a pohybu (Předpis č. 73/2005 Sb. *Zákonyprolidi.cz* [online]).

### **3.3 PODMÍNKY INTEGRACE V MŠ**

Učitelé i ostatní pracovníci, kteří se na péči a vzdělávání dětí s ZP podílejí, musí získat informace o jejich specifikách vývoje i o metodice jejich výuky. V praxi se jedná rovněž o uplatňování vysoce profesionálních postojů pedagogů. Aby se osobnost dítěte se ZP optimálně rozvíjela, je důležité citlivé a přiměřené působení okolí mnohem více, než u dětí zdravých, které nemají primárně omezeny své možnosti. Pedagog musí vždy v přístupu uplatňovat vědomí, že takové dítě má odlišné osobnostní předpoklady i větší problémy s osamostatňováním. Může se např. hůře prosazovat, může mít oslabené autoregulační mechanismy (Čadová a kol. 2012). Vágnerová (2004) uvádí, že projevy negativismu, které souvisejí s obdobím vzdoru a uvědomování si vlastní osobnosti, se u dětí s tělesným postižením objevují později a mohou být projevovány i afektivními reakcemi. Další, s čím je nutno počítat, je opožděný socializační vývoj, často způsobený častější izolací pouze v rodině atp.

Opařilová (2010) připomíná, že cíle, vycházející z Rámcového vzdělávacího programu předškolního vzdělávání (RVP PV), a záměry předškolního vzdělávání jsou společné pro všechny děti. U dětí s tělesným postižením jsou však třeba speciální podmínky. Musí být zajištěno osvojení specifických dovedností v rozsahu individuálních možností dítěte, musí být zabezpečena možnost pohybu dítěte i možnost využívání speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek. Čadová a kol. (2012, s. 25) považuje za obecné předpoklady integrace souhrn následujících podmínek:

- Psychosociální podmínky, které *„spočívají v překonání předsudků a stereotypů v hodnocení osob s postižením.“*
- Ekonomické – finanční prostředky na pomůcky, zbudování bezbariérového přístupu atp.
- Právní a politické – týkající se legislativní podpory.
- Technické, architektonické – úpravy budov i interiéru, dostatek vhodných pomůcek atp.
- Pedagogické a organizační - možnost respektovat individualitu dítěte a jeho potřeby atp. *„Tam, kde je to potřebné a účelné, je nutno pro jednotlivé děti sestavovat individuální vzdělávací programy (IVP), které jejich vzdělávacím potřebám, fyzickým či psychickým možnostem i sociální situaci maximálně vyhoví.“* (Čadová a kol., 2012, s. 38).

IVP vychází z odborných závěrů a doporučení a RVP PV. Pokud je nutné, aby byly do IVP zařazeny speciální činnosti, měl by pedagog spolupracovat při jeho přípravě i realizaci s odborníkem - speciálním pedagogem, lékařem, rehabilitačním pracovníkem, psychologem apod. (Čadová a kol., 2012).

Čadová a kol. (2015) se pozastavuje nad bezbariérovostí školy, která se má týkat vnitřku i okolí zařízení. V publikaci Katalog podpůrných opatření (2015) je uvedeno 10 karet podpůrných opatření, přičemž pro MŠ je jich platných devět, které se týkají:

1. Organizace výuky
2. Modifikace vyučovacích metod a forem
3. Intervence
4. Pomůcek
5. Úpravy obsahu vzdělávání
6. Podpory sociální a zdravotní

7. Práce s třídním kolektivem
8. Úpravy prostředí
9. Hodnocení

Všechna tato opatření jsou konkrétně specifikována podle pěti stupňů podpory (viz Zákon č. 82/2015 Sb. – podkapitola 3.1, Čadová a kol. 2015), ke kterým však dosud neexistuje prováděcí vyhláška. Ta by měla vzejít v platnost, jak již bylo řečeno, v podkapitole 3.1 od 1. 9. 2016.

*„Vzdělávání každého konkrétního žáka (tím spíše žáka se SVP) je procesem určeným velkou množinou proměnných, do vysoké míry závislých na konkrétních podmínkách daných časem i místem vzdělávání (druh a stupeň školy, počet žáků ve třídě, skladba konkrétní třídy, erudice vyučujícího, materiální podmínky školy apod.). Nebylo by proto účelné parametry výše uvedených stupňů vnímat striktně a rigidně. Obligatornost podpůrných opatření v jednotlivých stupních musí umožňovat respektování všech činitelů, které jejich využívání doprovázejí. Tato zdánlivá volnost s sebou nese zvýšené nároky na odpovědnost poradenských pracovníků, kteří daná podpůrná opatření doporučují.“*  
(Michalík, Baslerová, Felcmanová a kol., 2015, s. 45).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 4 VÝZKUM

Předchozí části bakalářské práce se zabíraly teoretickými poznatky týkajícími se problematiky DMO a možnostmi, podmínkami integrace/inkluze v prostředí mateřských škol. Následující text ozřejmuje metodologická východiska proběhlého výzkumného šetření.

### 4.1 VÝZKUMNÉ CÍLE A HYPOTÉZY

Hlavním cílem praktické části je analyzovat postoje pedagogů mateřských škol k problematice integrace dětí s DMO do tohoto prostředí, včetně toho, jak vnímají stávající podmínky integračního procesu. Ve shodě s Gavorou (2010, s. 26) lze říci, že se jedná o výzkumný problém deskriptivní (popisný), jelikož je hledána odpověď na otázku: „Jaké to je?“. Cílem je tedy zjistit, charakterizovat aktuální situaci a výskyt určitého fenoménu.

Cíle i zpracování výzkumu se týkají aktuálního stavu, který se v průběhu času může a bude měnit – již vzhledem k faktu, že, ač je přijata novela školského zákona - č. 82/2015 Sb., chybí podklady k uvedení do praxe MŠ prostřednictvím vyhlášek a metodických pokynů (legislativní podmínky, legislativní podpora integrace).

Rozborem výše uvedeného cíle byly formulovány tyto výzkumné otázky, celkem osm:

- 1. Jsou pedagogové MŠ dostatečně informováni o diagnóze DMO?
- 2. Vnímají předškolní pedagogové legislativní podmínky pro integraci/inkluzi dítěte s DMO do MŠ běžného typu jako dostatečné?
- 3. Vnímají pedagogové architektonické podmínky stávajících budov pro integraci dětí s DMO do MŠ běžného typu jako dostatečné?
- 4. Myslí si pedagogové, že lze integraci/inkluzi dítěte s DMO v MŠ v současnosti personálně zajistit?

- 5. Vnímají pedagogové MŠ metodickou podporu (SPC, metodické pokyny) integrace/inkluze jako adekvátní?
- 6. Které faktory považují pedagogové za stěžejní pro integraci/inkluzi v MŠ?
- 7. Jaké výhody/rizika integrace/inkluze pedagogové vnímají?
- 8. Mají pedagogové pro předškolní věk zkušenost s integrací dítěte s DMO v MŠ? Pokud ano, jaká tato zkušenost je?

Na základě výzkumných otázek bylo sestaveno šest hypotéz, přičemž výzkumné otázky č. 6 a 7 jsou doplňující pro dokreslení tématu, a proto nejsou převedeny do výzkumných předpokladů.

H1: Více než polovina pedagogů MŠ je alespoň částečně informována o dg. DMO.

H2: Více než polovina pedagogů MŠ nepovažuje legislativní podmínky za dostatečné.

H3: Více než polovina pedagogů vnímá architektonické podmínky budov MŠ za alespoň částečně dostatečné.

H4: Více než polovina pedagogů si myslí, že integraci dítěte s DMO do MŠ lze personálně zajistit alespoň částečně.

H5: Polovina pedagogů vnímají metodickou podporu (SPC, metodické pokyny) pro integraci/inkluzi jako adekvátní.

H6: S integrací dítěte s DMO do běžné MŠ má zkušenost méně než polovina pedagogů.

## **4.2 METODOLOGIE VÝZKUMU, VÝZKUMNÝ VZOREK A SBĚR DAT**

Výzkum je kvantitativního charakteru. Tento typ výzkumného šetření byl zvolen proto, že výsledky lze kvantifikovat, vyčíslit.



Pro výzkum byla vybrána dotazníková technika. Jak zmiňuje Gavora (2010), bývá užívána nejčastěji z důvodu získávání velkého množství informací, aniž by byl nutný velký časový prostor ze strany tazatele. Jedná se stručně o písemný způsob kladení otázek, na něž respondenti rovněž písemně odpovídají. U dotazníků jsou rozlišovány tři typy otázek: uzavřené, kdy respondenti vybírají z nabídnutých možností; otevřené, kdy má respondent v odpovědích volnost vyjádření a polouzavřené, které nabízejí možnosti, ale zároveň i vysvětlení dané volby (Gavora, 2000). Důležitá byla rovněž možnost zachování anonymity respondentů, i z důvodu toho, že inkluzivní vzdělávání je v současnosti velmi ožehavým tématem, má své zastánce i odpůrce a např. rozhovory by mohly v tomto směru poskytovat méně objektivní informace.

K tomu, zda je dotazník použitelný, zda jsou otázky srozumitelné, byl využit předvýzkum. Osloveny byly dvě učitelky MŠ, jimž byl dotazník předložen jako strukturovaný rozhovor. Dotazník, užitý k výzkumu, obsahuje celkem 18 položek, z nichž 14 je uzavřených. Čtyři položky jsou otevřené s možností vepsání vlastní odpovědi. Prvních pět uzavřených otázek zjišťuje tzv. faktografické údaje – pohlaví, vzdělání, délka praxe v MŠ, místo působení (kraj).

Výzkumný vzorek čítá 198 respondentů – pedagogických pracovníků působících v MŠ. Jedná se o MŠ vesnické i městské, s malým či velkým počtem dětí. Ze souboru byly vyjmuty mateřské školy speciální. Sběr dat probíhal v období říjen-prosinec 2015, a to prostřednictvím e-mailové komunikace. E-mailové adresy mateřských škol byly získány na <http://www.doskolky.cz/skolky/>. Z každého kraje (14) bylo náhodně vybráno 10 MŠ (5 v městech, 5 na vesnicích), celkem bylo tedy zasláno 140 e-mailů s dotazníkem a průvodním dopisem. Počet oslovených učitelek MŠ nebyl zjišťován – na každé MŠ jich může působit různý počet a z různých MŠ došel i různý počet odpovědí (1 - 9). Respondenty mohou být nejen učitelky, ale i ředitelky MŠ. Celkový počet vyplněných dotazníků byl 200, ale dva byly z hlediska vysoké neúplnosti vyplnění vyřazeny. Výzkumný soubor je **záměrný** – hlavním kritériem bylo, aby se respondentem stal pedagogický pracovník působící v MŠ běžného typu.

### **4.3 ANALÝZA DAT A JEJICH INTERPRETACE**

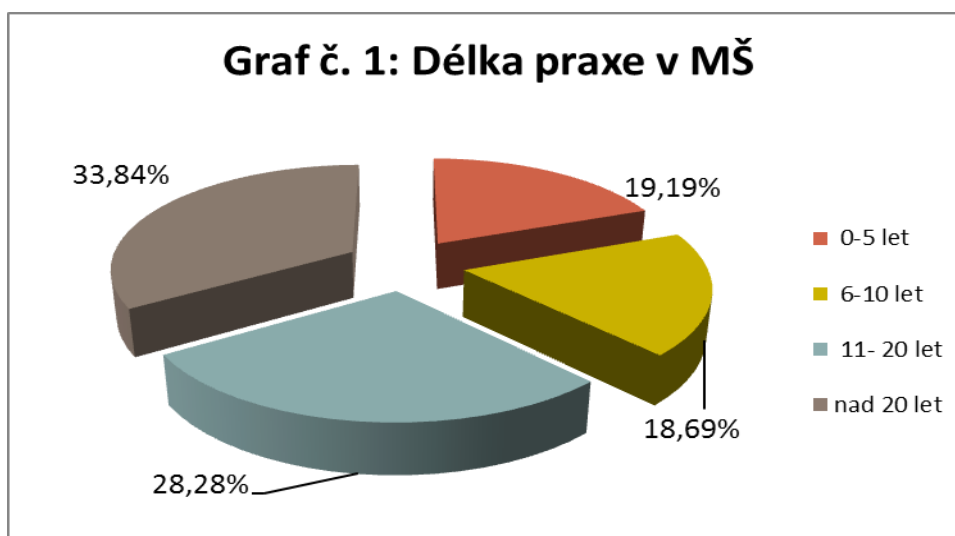
**Výzkumný soubor tvoří 198 respondentek** – učitelek MŠ. V některých případech se stalo, že na danou otázku dotazníku neodpověděly všechny respondentky, potom je tato

situace zmíněna u konkrétních výsledků. Sebraná data byla sumarizována prostřednictvím Microsoft Excel a byly v něm vytvořeny grafy a tabulky.

První otázka dotazníku je cílena na pohlaví respondentů. Na základě rozboru výsledků lze konstatovat, že celý výzkumný vzorek (198) tvoří ženy.

Druhá uzavřená otázka dotazníku zkoumala délku praxe respondentek. Jak je zřejmé z kontingenční tabulky č. 1 a výšečového grafu č. 1, nejvíce respondentek (67) má praxi v MŠ delší než 20 let. V tomto případě se jedná o 33,84 %. Druhé nejvyšší zastoupení (28,28 %) mají ty učitelky, jejichž pedagogická praxe v MŠ je mezi 11 – 20 lety. Celkově 19,19 % respondentek MŠ (38) má praxi v rozmezí 0 - 5 let. Nejméně respondentek (37), tzn. 18,69 %, disponuje praxí v MŠ v délce 6 - 10 let.

**Graf č. 1: Délka praxe v MŠ**



**Tab. č. 1: Délka praxe v MŠ**

Délka praxe	počet	%
0-5 let	38	19,19
6-10 let	37	18,69
11- 20 let	56	28,28
nad 20 let	67	33,84

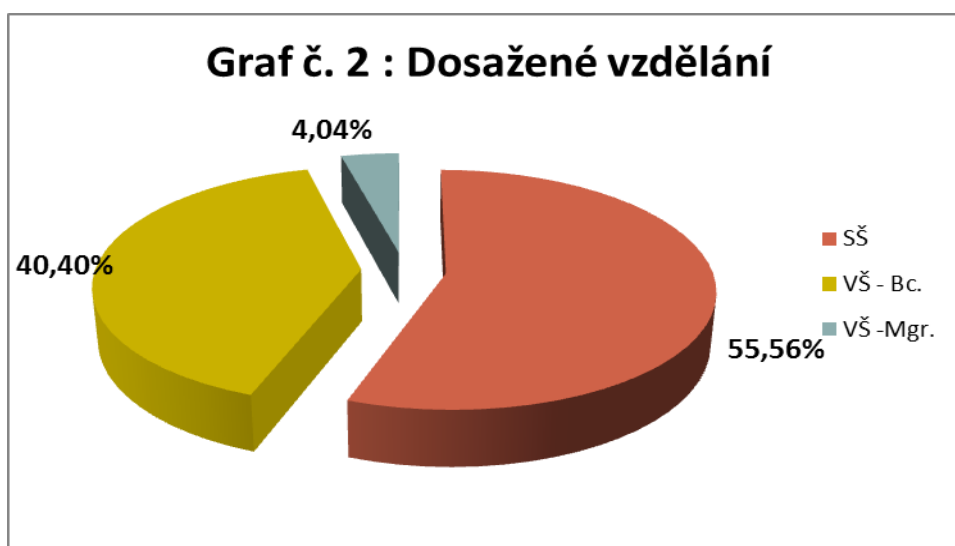
celkem	198	100,00
--------	-----	--------

Druhá kontingenční tabulka č. 2 a výsečový graf s č. 2 ukazují výsledky 3. (uzavřené) otázky dotazníku a charakterizují rozložení výzkumného souboru podle dosaženého vzdělání. Jak, je vidět, nejvíce respondentek (110) dosáhlo vzdělání středoškolského, jedná se o celkem 55,56 %. 40,4 % učitelek (celkem 80) MŠ má bakalářský titul, nejméně z nich - 4,04 % (celkem 8) dosáhlo titulu magisterského.

**Tab. č. 2: Dosažené vzdělání**

Typ	počet	%
SŠ	110	55,56
VŠ - Bc.	80	40,40
VŠ -Mgr.	8	4,04
celkem	198	100,00

**Graf č. 2: Dosažení vzdělání**



Čtvrtá otázka dotazníku zněla: „Má Vaše absolvované vzdělání speciálně-pedagogické zaměření?“. Respondentky měly na výběr tři možnosti: „a) ano, b) ne, ale mám různé kurzy v rámci DVPP, c) ne vůbec.“

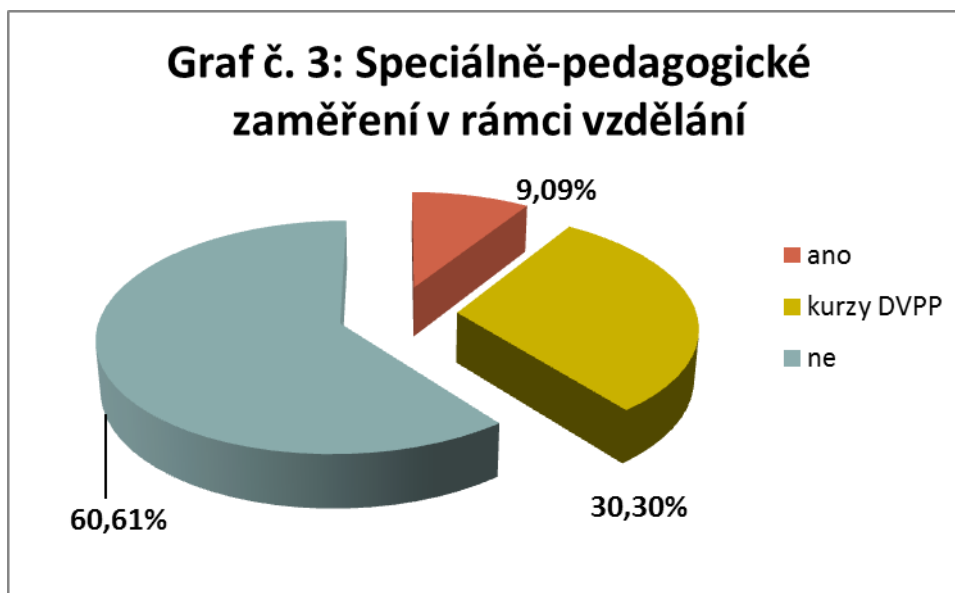
Sumarizované výsledky jsou uvedeny v tabulce č. 3 a výsečovém grafu č. 3. Možnost a), tedy, že respondentkami absolvované vzdělání má speciálně – pedagogické zaměření zvolilo nejméně – 18 - dotazovaných, což je 9,09% zastoupení ze 100 % (N=198).

Kurzy zaměřené na speciálně – pedagogickou problematiku v rámci DVPP (další vzdělávání pedagogických pracovníků) absolvovalo 60 respondentek (30,3 %). Vzdělání (i v rámci následné DVPP), které není zaměřeno speciálně - pedagogickým směrem, má 120 respondentek, což je 60,61% zastoupení ve výzkumném souboru (N = 198).

**Tab. č. 3: Speciálně – pedagogické zaměření v rámci vzdělání**

Speciálně-pedagogické zaměření vzdělání	počet	%
ano	18	9,09
ano, kurzy DVPP	60	30,30
ne	120	60,61
celkem	198	100,00

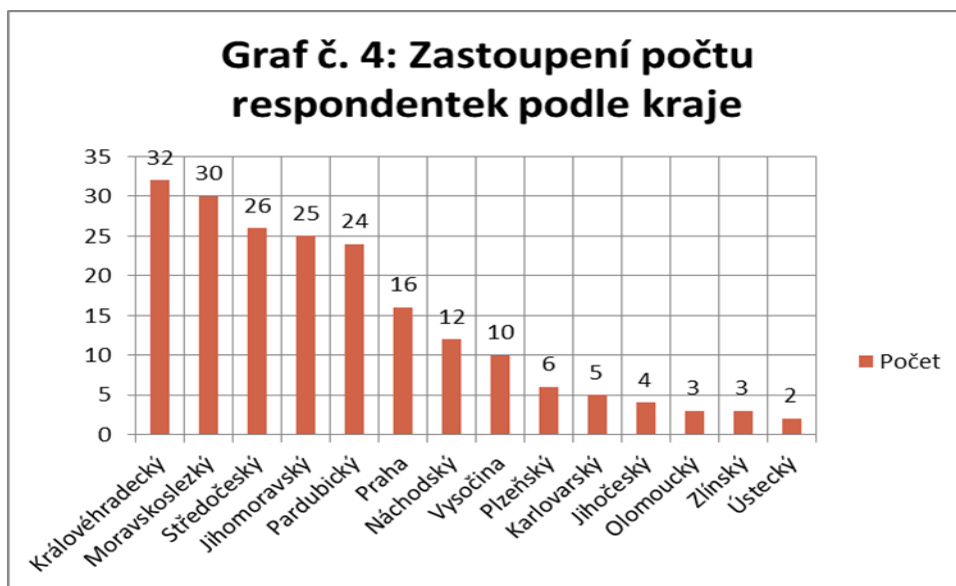
**Graf č. 3: Speciálně-pedagogické zaměření v rámci vzdělání**



Pátou položkou dotazníku, která byla otevřená, bylo zjišťováno, v jakém konkrétním kraji respondenty pracují.

Jak je vidět z tabulky č. 4 a grafu č. 4, nejvíce (32; 16,16 %) respondentek pracuje v Královéhradeckém kraji. O dvě méně, tedy 30 respondentek (15,15 %) působí v kraji Moravskoslezském. Nad 10 % jsou zastoupeny i respondenty z krajů Středočeského (26), Jihomoravského (25) a Pardubického (24). Pod 10% a nad 5% zastoupení má z hlediska počtu respondentek Hlavní město Praha, kraj Náchodský a kraj Vysočina. 5% zastoupení nedosáhl kraj Plzeňský, Karlovarský, Jihočeský, Olomoucký, Zlínský. Nejmenší zastoupení, pouze dvě respondenty (1,01 %), mají respondenty působící v MŠ kraje Ústeckého.

**Graf č. 4: Zastoupení počtu respondentek podle kraje**



**Tab. č. 4: Zastoupení respondentek podle krajů**

Kraj	Počet	%
Královéhradecký	32	16,16
Moravskoslezský	30	15,15
Středočeský	26	13,13
Jihomoravský	25	12,63
Pardubický	24	12,12
Praha	16	8,08
Náchodský	12	6,06
Vysočina	10	5,05
Plzeňský	6	3,03

Karlovarský	5	2,53
Jihočeský	4	2,02
Olomoucký	3	1,52
Zlínský	3	1,52
Ústecký	2	1,01
celkem	198	100

V pořadí 6. položka dotazníku zněla: „Domníváte se, že máte dostatek informací o diagnóze DMO?“. Možnosti, ze kterých si mohly respondentky zvolit, byly: a) ano, b) spíše ano, c) spíše ne, d) ne, e) nedokáží posoudit.

V tabulce č. 5, ze kterého je vytvořen graf č. 5, jsou uvedeny výsledky odpovědí z hlediska počtu a %.

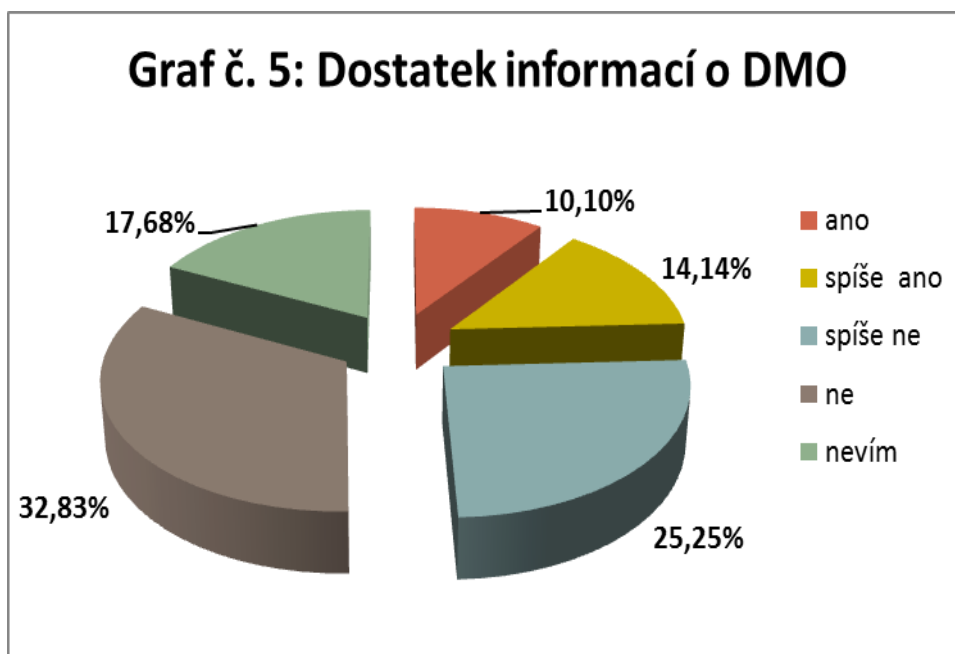
Je zřejmé, že nejvíce respondentek (65; 32,83 %) se domnívá, že nemá dostatek informací týkajících se diagnózy DMO. 50 respondentek (25,25 %) volilo možnost, že spíše nemá dostatek informací. Do záporné škály odpovědí tedy spadá celkem 58,08 % odpovědí. Možnost „nevím, nedokáží posoudit“ volilo 35 respondentek, tedy 3. nejvyšší zastoupení – 17,68%. Možnost „ano“ či „spíše ano“ zvolilo 48 učitelek MŠ (24,24 %).

**Tab. č. 5: Dostatek informací o dg. DMO**

Dostatek informací o DMO	Počet	%
ano	20	10,10
spíše ano	28	14,14
spíše ne	50	25,25
ne	65	32,83

nevím	35	17,68
celkem	198	100,00

**Graf č. 5: Dostatek informací o DMO**



Sedmá položka dotazníku, která byla uzavřená - s volbou pěti variant odpovědí jako v otázce předešlé, se týkala informovanosti o přidružených postiženích, jež mohou doprovázet diagnózu DMO.

Nejvíce respondentek (118) v 59,59% zastoupení volilo odpověď v záporné části škály - „ne“ (29,29 %), „spíše ne“ (30,3 %). Variantu odpovědi „nevím, nedokáži odpovědět“ zvolilo 48 respondentek (24,24 %) ze 198. „Spíše ano“ a „ano“ označilo 16,16 % učitelek MŠ (viz graf č. 6 a tabulka č. 6) na následující straně.

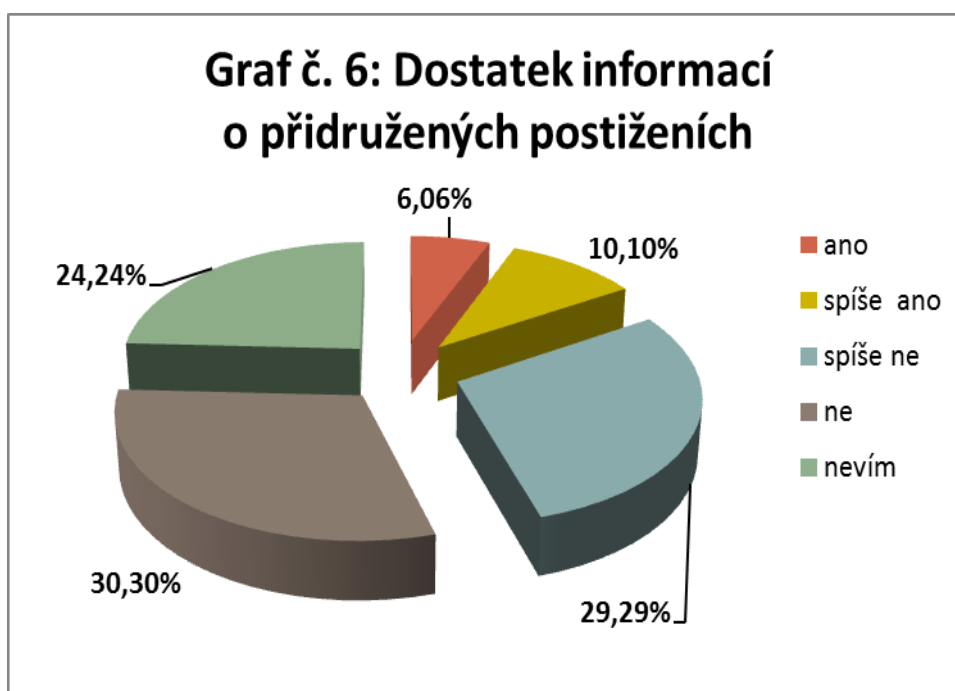
**Tab. č. 6: Dostatek informací o přidružených postiženích k DMO**

Dostatek informací	počet	%
ano	12	6,06
spíše ano	20	10,10



spíše ne	58	29,29
ne	60	30,30
nevím, posoudit nedokáži	48	24,24
celkem	198	100

**Graf č. 6: Dostatek informací o přidružených postižení**



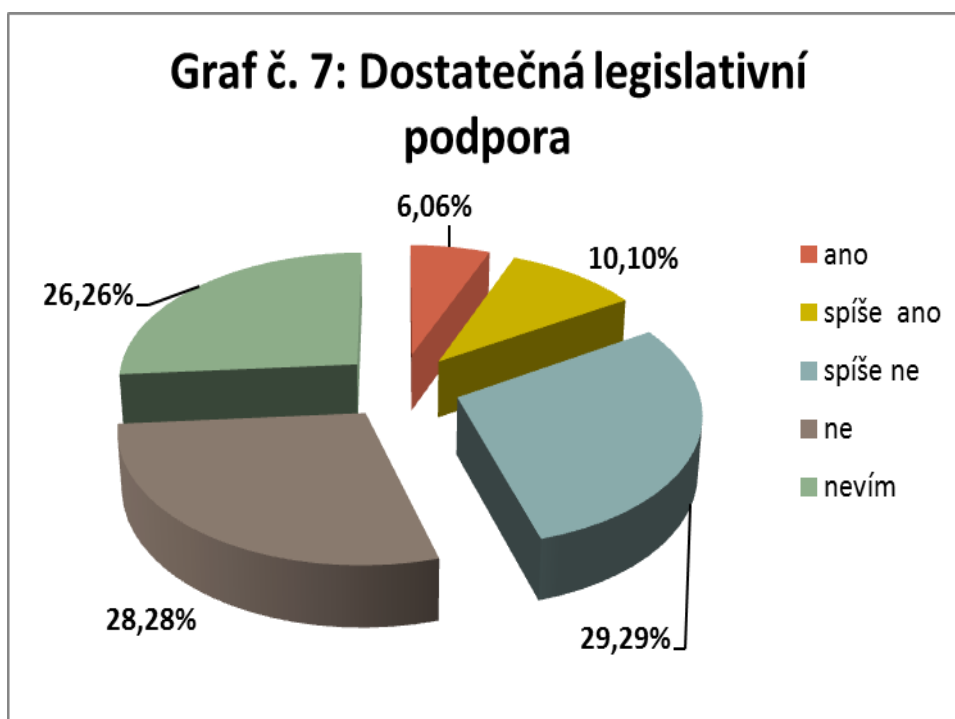
Osmou uzavřenou otázkou bylo zjišťováno, zda si učitelky MŠ myslí, že jsou v současnosti legislativní podmínky k integraci dětí s DMO dostatečné. Následující tabulka a graf (č. 7) předkládá sumarizované výsledky, kde je zjevné, že většina učitelek MŠ účastnících se výzkumného šetření volila nesouhlasné odpovědi („ne“ - 28,28 %, „spíše ne“ - 29,29 %) – jedná se o více než polovinu názorů, tj. 57,57 %.

Pouze 26,26 % dotázaných volilo „nevím, nedokáži posoudit“. 12 respondentek (6,06 %) si myslí, že legislativní podpora je v současnosti dostatečná a 20 respondentek (10,1 %), že je spíše dostatečná.

**Tab. č. 7: Dostatečná legislativní podpora integrace**

Legislativní podpora	počet	%
ano	12	6,06
spíše ano	20	10,10
spíše ne	58	29,29
ne	56	28,28
nevím	52	26,26
celkem	198	100,00

**Graf č. 7: Dostatečná legislativní podpora**



Výsledky 9. položky dotazníku „Je dle Vás budova Vaší MŠ architektonicky přizpůsobena proto, abyste mohli přijmout dítě s tělesným postižením, např. na vozíčku?“ jsou zaneseny v tabulce a grafu č. 8.

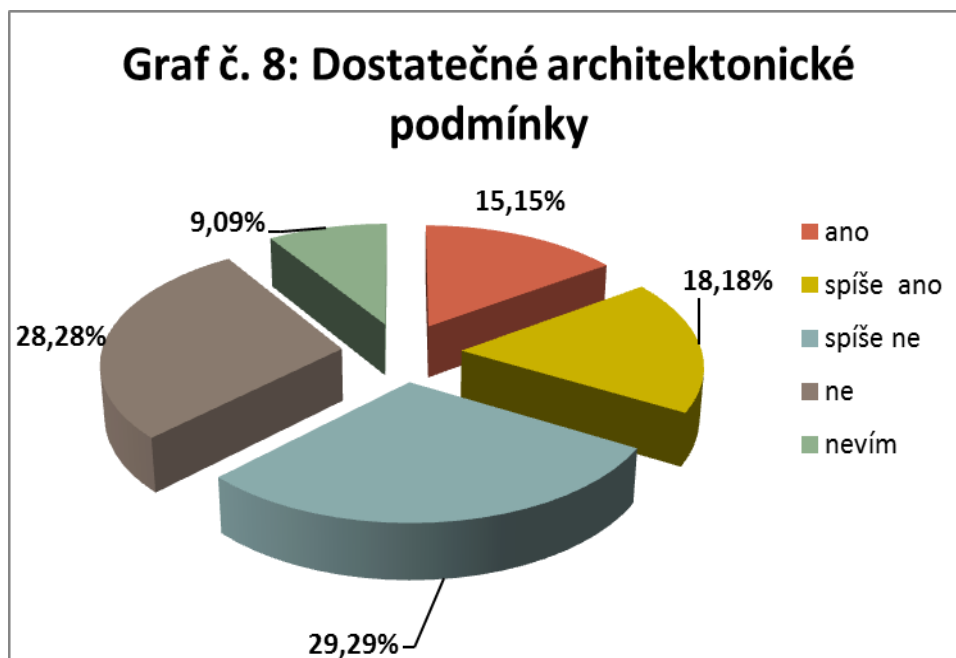
Jednu z pěti možností odpovědi zvolilo 198, tedy plný počet respondentek.

Variantu v kladné oblasti škály („ano“, „spíše ano“) zvolilo celkem 66 respondentek (33,33 %). Možnost odpovědi „spíše ne“ (29,29 %) a „ne“ (28,28 %) zvolilo dohromady 57,57 % učitelek MŠ. Možnost „nevím“ označilo 18 (9,09 %) účastnic výzkumného šetření.

**Tab. č. 8: Dostatečné architektonické podmínky**

Dostatečné architektonické podmínky	Počet	%
ano	30	15,15
spíše ano	36	18,18
spíše ne	58	29,29
ne	56	28,28
nevím	18	9,09
celkem	198	100,00

**Graf č. 8: Dostatečné architektonické podmínky**



Desátá položka dotazníku zněla: „Myslíte si, že lze v současnosti efektivně zajistit integraci dítěte s DMO v MŠ po stránce personální (např. asistenti pedagoga)?“. Otázka byla koncipována jako uzavřená s volbou možných odpovědi. Odpovědělo všech 198 respondentek, z nichž 59 (29,8 %) zvolilo odpověď „nevím, nedokáži posoudit“. Celkově 91 odpovědí je nesouhlasného charakteru – „spíše ne“ čítá 30,3 % a „ne“ 15,66 %. „Spíše ano“ odpovědělo 15,15 % respondentek (30), „ano“ jen 9,09 % (18) učitelek MŠ účastnících se výzkumu.

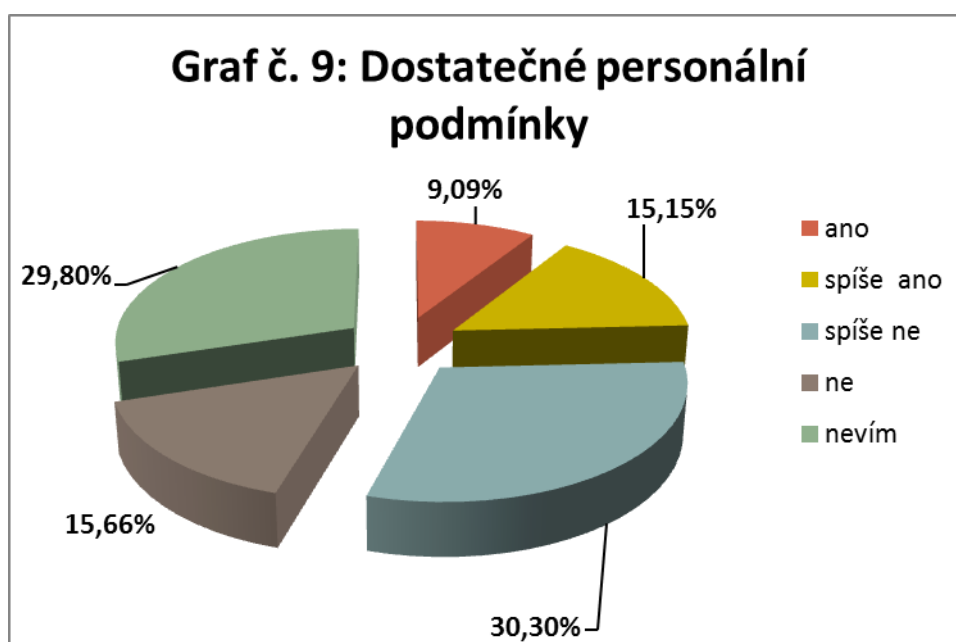
Odpovědi na otázku č. 10. jsou zaneseny do následující kontingenční tabulky č. 9 a výšečového grafu č. 9.

**Tab. č. 9: Dostatečné personální podmínky**

Personální podmínky	Počet	%
ano	18	9,09
spíše ano	30	15,15
spíše ne	60	30,30

ne	31	15,66
nevím	59	29,80
celkem	198	100,00

**Graf č. 9: Dostatečné personální podmínky**



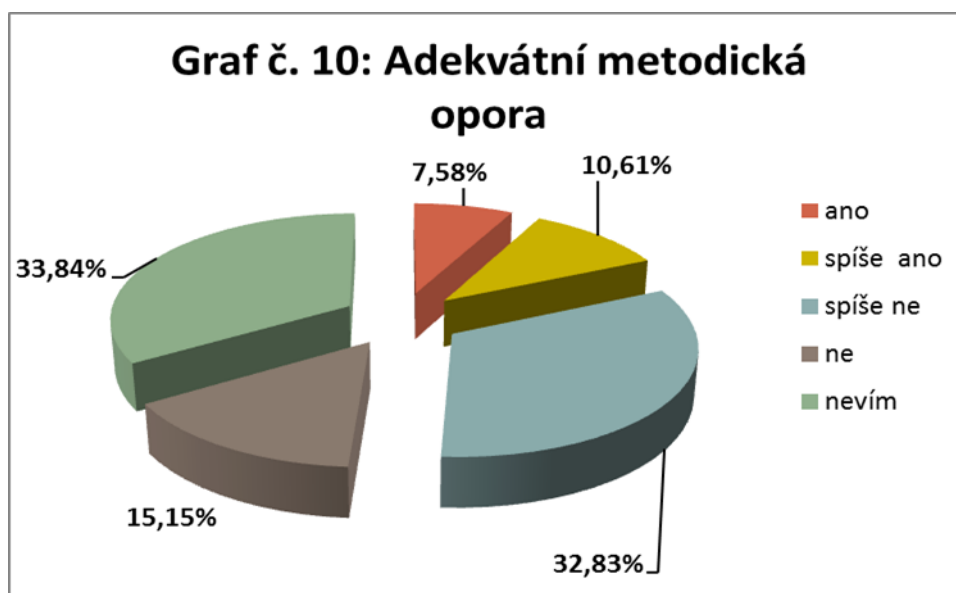
V pořadí 11. otázka byla ve znění: „Myslíte si, že v dnešní době existuje pro realizaci integrace dítěte s DMO v MŠ adekvátní metodická podpora (metodické pokyny, metodická podpora a vedení ze strany SPC atp.)?“. Odpovědělo všech 198 respondentek, z čehož jich 67 (33,84 %) zvolilo odpověď „nevím, nedokáži posoudit“. Více odpovědí pak spadalo do nesouhlasu – 65 respondentek (32,83 %) zvolilo odpověď „spíše ne“, „ne“ potom označilo celkem 30 respondentek, což je 15,15 %. Kladné odpovědi – „spíše ano“ (21; 10,61 %) a „ano“ (15; 7,58 %) – tvoří 18,19% zastoupení.

Výsledky otázky č. 11 jsou uvedeny v tabulce č. 10 a grafu č. 10, který ukazuje procentuální zastoupení konkrétních odpovědí.

**Tab. č. 10: Adekvátní metodická opora**

Metodická opora	počet	%
ano	15	7,58
spíše ano	21	10,61
spíše ne	65	32,83
ne	30	15,15
nevím	67	33,84
celkem	198	100,00

**Graf č. 10. Adekvátní metodická opora**



Ve dvanácté otevřené položce dotazníku bylo zjišťováno, jaké faktory vnímají pedagožky MŠ jako stěžejní pro úspěšnou integraci. Některé respondentky vypsaly slovně více možností, které byly vřazeny do kategorií.

Nejčastějším faktorem, stěžejním pro úspěšnou integraci/inkluzi, byly vnímány **finanční (ekonomické) prostředky**. Tento faktor byl uveden v celkem 171 případech. Respondentky opakovaně uváděly např.: „peníze“, „celkově finance“, „finanční prostředky na

pomůcky“, „finance na asistenta“, „peníze na platy“, „ekonomické prostředky – pro úpravu prostředí, pomůcky, dostatečné platy, platy asistenta“, „mzdové prostředky“, „peníze na zaplacení asistentů“, „finanční zajištění“, „zajištění ekonomických prostředků tak, aby byli dostatečně zaplacení lidé a bylo možné obstarat i nějaké pomůcky pro dítě“, „prostředky na přestavbu MŠ na bezbariérovou“ atp.

Druhým uváděným faktorem bylo **zajištění personální**. Jako stěžejní byl uváděn **asistent pedagoga** (105 x), v některých případech byly naznačeny požadavky na něj: „asistent pedagoga se zkušenostmi“, „vzdělaný a zkušený asistent pedagoga“, „asistent pedagoga lidsky vybavený s dobrým vzděláním a nějakou praxí“, „odborně připravený pedagogický asistent“, pedagogický asistent, se kterým je domluva“. Dalším uváděným faktorem byl **druhý pedagogický pracovník ve třídě** (28 x) nebo **speciální pedagog v přímo ve třídě – oddělení** (9 x) **či v rámci celé školy** (19 x): „Ideálem by bylo mít v MŠ vlastního speciálního pedagoga, který by poradil, pracoval s dítětem individuálně. To se jakoby plánuje jen pro ZŠ“, „školní speciální pedagog i pro MŠ“, „přítomnost speciálního pedagoga“, „častější kontakt se speciálním pedagogem, 2 x ročně návštěva ze SPC nestačí“, „Nepočítá se moc se speciálním pedagogem v MŠ, který by mohl být při integraci prospěšný“, „... pomoc někoho se speciálně pedagogickým vzděláním přímo v MŠ“.

Do kategorie personálního zajištění se dá zařadit i **SPC a podpora z jeho strany** (uváděno také: „spolupráce“, „pomoc“, „kontakt“, „metodické vedení“) se SPC, která byla uvedena ve 100 případech. Objevilo se i: „častá spolupráce ze strany SPC“, „SPC - mělo by navštěvovat MŠ častěji“, „... personální zajištění v SPC, aby mohli být více v terénu“, „Fungující SPC v regionu.“, „kvalitní poradenství ze strany SPC“, „metodická podpora ze strany SPC, pomoc při práci s dítětem.“, „... dobrá spolupráce s odborníky ze SPC“ atp.

Ve 40-ti odpovědích se objevila i **spolupráce s rodiči dítěte**, z toho v polovině případů (20) byla rovněž popsána **širší, týmová spolupráce** – rodiče, pedagog MŠ a asistent pedagoga a SPC. V 16-ti odpovědích byly uvedeny i **faktory týkající se dítěte s DMO**, např.: „Záležit bude i na hloubce postižení u daného dítěte“, „výška (hloubka, druh) postižení“, „Důležitý je i druh handicapu dítěte, např. jak je postižení těžké nebo je-li kombinované“, „Jde i osobnost dítěte“, „Faktorem je i prospěšnost integrace pro dítě samotné“, „Jde i o to, zda je pro konkrétní dítě integrace prospěšná.“ atp.

Poslední kategorií, která byla analyzována z odpovědí respondentek (celkem 50 x), byly **faktory organizační**, kdy nejčastěji bylo uváděno: „menší počet dětí ve třídě“ (30 x) či **faktory technické** týkající se úprav prostředí MŠ či pomůcek: např.: „upravené prostory MŠ pro pohyb dítěte a péči o něj“, „bezbariérový přístup“, „bezbariérovost MŠ a třídy pro integrované dítě“, „...zajištění pomůcek k pohybu i výchovně-vzdělávacím aktivitám, které bude dítě potřebovat“, „Důležité je i uzpůsobení třídy i např. sociálního zařízení pro dítě s omezeným pohybem.“ (20 x).

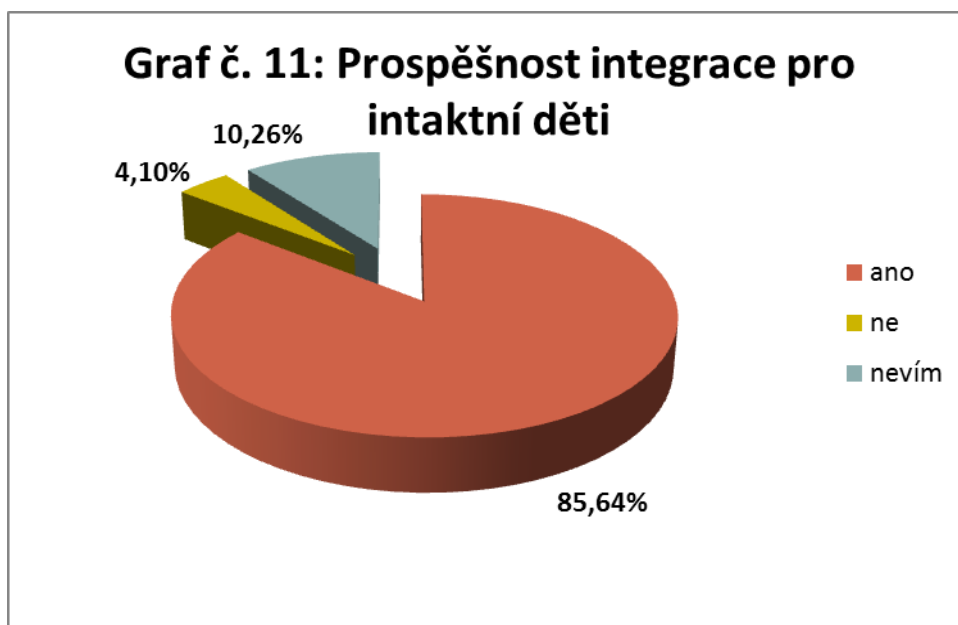
Otázka č. 13 „Myslíte si, že přítomnost dítěte s DMO v běžné MŠ je prospěšná pro ostatní intaktní (zdravé) děti?“ byla koncipována jako uzavřená s volbou tří možností a) ano; b) ne; c) nevím, nedokáži posoudit. Na tuto otázku odpovědělo 195 respondentek, tři odpovědi zůstaly nevyplněny. V tabulce č. 11 a grafu č. 11 jsou prezentovány výsledky odpovědí. Jak je zjevné nejvíce respondentek (167) je toho názoru, že přítomnost dítěte s DMO v MŠ běžného typu je prospěšná pro intaktní děti. Procentuální zastoupení tohoto názoru je 85,64 %. Celkem 20 respondentek (10,26 %) zvolilo odpověď „nevím, nedokáži posoudit“. Nejméně dotázaných (8; 4,1 %) si myslí, že přítomnost dítěte s DMO v MŠ běžného typu není pro jeho intaktní spolužáky prospěšná.

**Tab. č. 11: Prospěšnost integrace pro intaktní děti**

Prospěšnost pro ostatní děti	Počet	%
ano	167	85,64
ne	8	4,10
nevím	20	10,26
celkem	195	100,00



**Graf č. 11: Prospěšnost integrace pro intaktní děti**



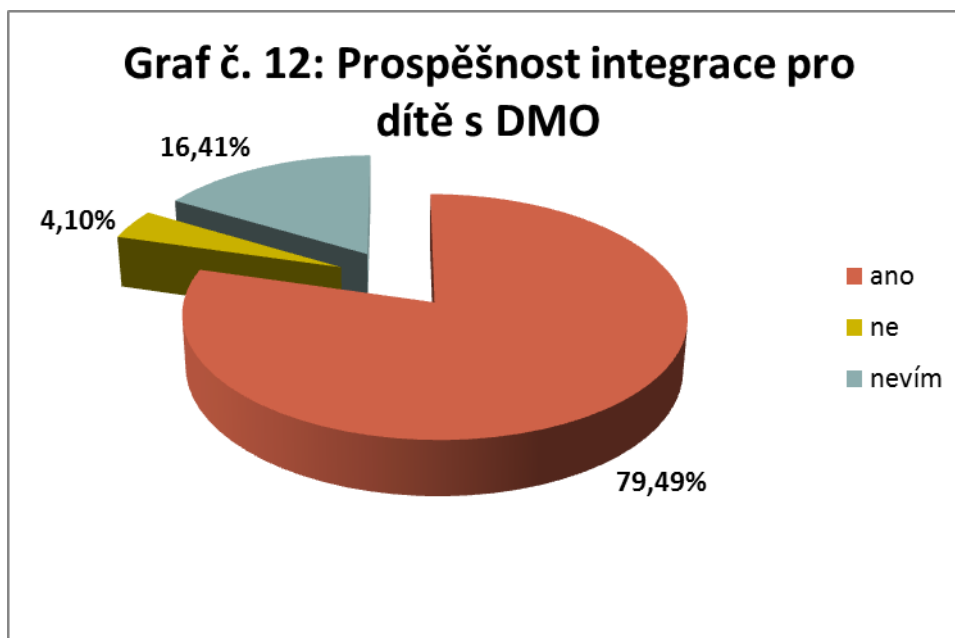
V pořadí na 14. otázku sestaveného dotazníku: „Myslíte si, že integrace do běžné MŠ může být prospěšná pro samotné dítě s DMO?“ odpovědělo 195 respondentek z celkového počtu 198, tři respondentky svou volbu neoznačily. Jak je zřejmé z tabulky č. 12 a grafu č. 12, nejvyšší počet (155) učitelek MŠ účastnících se výzkumu si myslí, že integrace může být pro samotné dítě s DMO prospěšná. Jedná se o 79,49% zastoupení všech odpovědí (ze 195). Pouze 8 respondentek, což je 4,10 % se domnívá, že integrace do běžného typu MŠ není pro dítě prospěchem. 32 učitelek MŠ (celkem 195 odpovědí) zvolilo na otázku č. 14 variantu odpovědi „nevím, nedokáži posoudit“. Sumarizované odpovědi jsou zaneseny do tabulky č-12 a výšečového grafu č. 12.

**Tab. č. 12: Prospěšnost integrace pro dítě s DMO**

Prospěšnost pro dítě s DMO	Počet	%
Ano	155	79,49

ne	8	4,10
nevím	32	16,41
celkem	195	100,00

**Graf č. 12: Prospěšnost integrace pro dítě s DMO**



Patnáctá otázka dotazníku byla otevřená a byla cílena na vnímání výhod integračního procesu pedagožkami MŠ. Celkem 38 respondentek svou odpověď slovně nevypsalo, 16 respondentek napsalo: „nevím“ (2x : „nic mě nenapadá“, „nedokážu celkově shrnout“). V osmi případech byla odpověď záporná: „žádné (výhody – 2x)“, „Nevidím mnoho výhod.“, „Vnímám spíše rizika“, „Je to více nevýhodné než výhodné“, „Je to individuální, ale celkově víc nevýhodné, zejména pro pedagoga.“, „ ... jsou spíš nevýhody, opominu-li, že dítě navštěvuje MŠ v rámci bydliště“, „Nevidím celkově nějaké zvláštní výhody“.

Ostatní slovní odpovědi, z nichž některé jsou citovány, byly analyzovány a zařazeny do následujících kategorií:

**Vzájemný kontakt dětí intaktních se spolužákem s handicapem** (15 odpovědí s přibližně podobným obsahem), např.: „Dítě s DMO a děti zdravé se mohou vzájemně něco naučit.“, „Svět je různý, takže i běžné děti tohle při integraci někoho s postižením mohou vnímat, což je pozitivum.“, „Děti postižené a nepostižené se mohou obohacovat různými

znalostmi, dovednosti, má to vliv na jejich sociální vnímání“., „Kontakty mezi různými dětmi – to je dobré.“, „Děti od sebe navzájem mohou něco získat.“ „Je to oboustranné soužití postižených a nepostižených“, „Děti si na sebe navzájem zvyknou.“, „Je to setkávání dětí zdravých i těch, co to štěstí nemají.“, „... rozvíjí se sociální dovednosti, oboustranně.“

**Výhody pro dítě s DMO**, které, pokud byly podrobněji rozvedeny, se nejčastěji týkaly: a) **oblasti získávání běžných zkušeností, rozvoje dítěte** (15 podobných odpovědí) a b) **„nevytržení“ z rodiny** (40 x):

a) „Pro postižené dítě je to výhodné, protože žije v normálním světě.“, „To postižené dítě získá víc běžných zkušeností.“, „...Pro to integrované – zdravé děti ho mohou jakoby „táhnout“ – mohou ho učit běžným věcem, působit na rozvoj.“, „Dítě postižené může navazovat normální kontakty, může ho to obohatit.“, „... naučí se být např. více samostatné, navázat kontakt.“, „I pobyt mezi zdravými může člověka s postižením rozvíjet, posunout dopředu.“, „...přínos pro dítě s DMO, kontakty s dětmi atp.

b) „Dítě může mít větší kontakt s rodiči, než kdyby chodilo do nějaké speciální MŠ“, „Postižené dítě není vytrženo z rodiny.“, „Handicapovaný může zůstat doma, v rodině.“, „Dítě nemusí chodit do jiné školky, než bydlí.“, „Dítě chodí do MŠ v místě bydliště.“, „Mimo MŠ může dítě zůstat v rodině.“, „Integrovaný není ochuzen o kontakty a běžné žití ve své rodině.“, „To postižené dítě je vlastně doma, neztrácí svou rodinu, sourozence.“...

**Výhody pro rodiče dítěte s DMO** (32 x), které byly rozvedeny takto: „Je to výhodné pro rodiče – své dítě nemusí nikam vozit.“ „Rodiče mají s dítětem větší kontakt, než kdyby bylo umístěno někde ve speciálním zařízení.“, „Rodiče nemusí třeba zůstat doma nebo ho dát na internátní školku, aby s ním mohli normálně být.“, „Výhoda je pro rodiče postiženého, nemusejí ho nikam dovážet.“.

**Výhody pro intaktní děti** (20 x), týkající se většinou sociálních dovedností: „Zdravé děti se naučí pomáhat“, „Zdravé děti můžou rozvinout dovednost pomoci ostatním.“, „Běžné děti pak nemusejí mít předsudky vůči někomu, kdo je jiný.“, „Zdraví mohou ty postižené lépe brát, když jsou na ně zvyklé odmala.“, „To, že je někdo postižený, nebudou ostatní děti brát jako něco nenormálního.“, V určitých případech by to mohlo být výhodné pro všechny děti, získají třeba víc možnost pomáhat někomu, kdo to potřebuje.“

Šestnáctá otázka byla rovněž koncipována jako otevřená a týkala se nevýhod integrace, které respondentky vnímají. 39 dotazníků zůstalo v této otázce nevyplněných, v 19 případech bylo napsáno: „nevím“.

Nejčastěji se **nevýhody** (113 případů) týkaly **zvýšené náročnosti práce pedagoga**: „Je to náročné pro učitelku.“, „Celý výchovně-vzdělávací proces je pro učitelku náročnější.“, „Bude více práce.“, „Problémem je, jak všechnu činnost skloubit pro všechny děti.“, „Znamená to větší práci při stejném, nízkém platu.“, „větší náročnost učitelké práce, zvýšená administrativa, individuální plány atp.“, „organizační problémy v běžných činnostech.“, „nápor na psychiku, víc práce za stejné peníze.“, „více času a práce.“, „Celkově to nese s sebou větší pracovní vyčerpání učitelky.“, „více pracovních povinností.“, „hodně práce versus nízká finanční motivace.“, „Je to organizačně náročné.“, „větší požadavky na učitelku – administrativa, jiná organizace činností, nutnost vzdělávat se a domlouvat s odborníky.“, „časová náročnost.“, „nutnost mít více času na přípravy, celkově nápor na učitelky.“, „Méně času na všechny děti.“, „při stávajícím počtu dětí ve třídě na to postižené nezbývá čas.“

V 15 odpovědích se objevilo: „**celkově vyšší finanční náklady**“, „nese to s sebou větší finanční zajištění provozu.“, „zvýšené finance na provoz.“, „Znamená to shánět finanční prostředky.“, „Jde o to sehnat peníze.“, „je to náročné z hlediska peněz, teď bychom na asistenty dopláceli z mezd učitelek.“, „málo peněz na zajištění asistenta.“, „finanční obtížnost.“

V osmi odpovědích se rovněž objevila nevýhoda týkající se **nízké připravenosti podmínek** integrace: „Podmínky k integraci nejsou systémově zvládnuty, chybí asistenti, speciální pedagogové v běžných školách i školkách.“, „Dosud chybí podmínky a nikdo neví, jak to bude.“, „Podmínky pro to integrovat postižené nejsou v praxi nastaveny.“, „absence předpisů pro integraci, není metodická podpora.“, „Chybí podmínky pro další vzdělávání učitelek MŠ.“, „Pro plošnou integraci a rušení speciálních MŠ nejsou podmínky.“, „Existuje sice novela školského zákona, ale pořádně to není vysvětleno, jak to bude.“, „SPC nezvládnou vést učitelky, asistentky – je jich málo.“, „... architektonicky nejsou MŠ přizpůsobeny.“

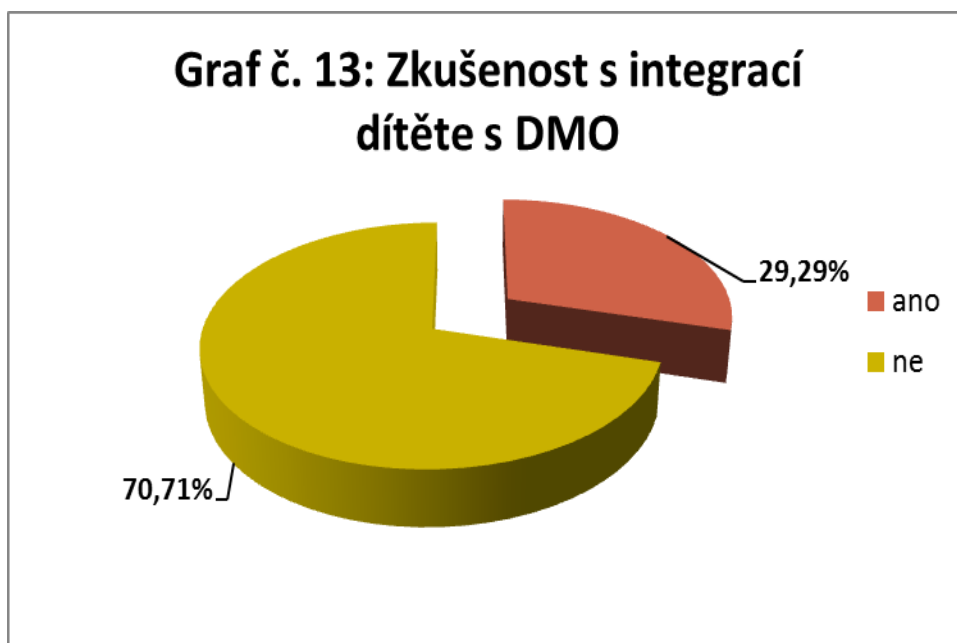
Sedmnáctá otázka byla koncipována jako uzavřená, dichotomická s možností dvou voleb odpovědi („ano/ne“) a zněla: „Setkala jste se Vy ve Vaší pedagogické praxi osobně s integrovaným dítětem s DMO?“. Na tuto položku odpovídalo všech 198 (100 %) respondentek, jejichž odpovědi jsou zahrnuty v tabulce č. 13 a grafu č. 13.

Nejvíce učitelek (140; 71,79 %) se s integrovaným dítětem s DMO v rámci MŠ běžného typu své praxi neseťkalo. 58 (29,78 %) tuto zkušenost má. Ty respondentky, které v této otázce odpověděly záporně, mohly zde ukončit vyplňování dotazníku.

**Tab. č. 13: Zkušenost s integrací dítěte s DMO v MŠ**

Integrované dítě	počet	%
Ano	58	29,74
Ne	140	71,79
Celkem	198	100,00

**Graf č. 13: Zkušenost s integrací dítěte s DMO**



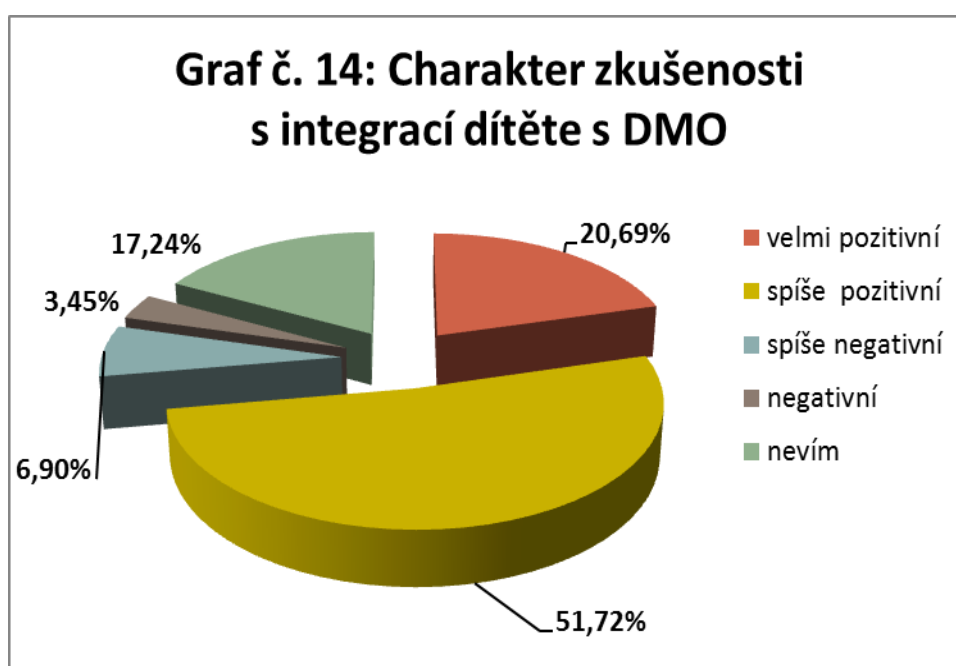
Poslední otázka dotazníku (č. 18) směřovala k zjištění, jaké jsou zkušenosti respondentek s integrací dítěte s DMO do běžné MŠ. Otázka byla uzavřená s možnostmi odpovědí: a) velmi pozitivní; b) spíše pozitivní; c) spíše negativní; d) negativní; e) nedokážu posoudit, rozhodnout se. Odpovědělo celkem 58 učitelek MŠ, které v předchozí otázce č. 17 volily kladnou odpověď.

Z tabulky č. 14 vyplývá, že z celkového počtu 58 respondentek jich integraci dítěte s DMO v MŠ vnímá spíše pozitivně 30, což je 51,72 %. 12 učitelek (20,69 %) vnímá tuto zkušenost jako velmi pozitivní. 10 respondentek (17,24 %) nedokázalo zkušenost posoudit, zařadit ji do určité kategorie. 4 respondentky (6,9 %) vnímají zkušenost s integrací dítěte s DMO v rámci své praxe jako spíše negativní a pouze 2 respondentky (3,45 %) jako negativní.

**Tab. č. 14: Charakter zkušenosti s integrací dítěte s DMO do MŠ běžného typu**

Typ zkušenosti	počet	%
velmi pozitivní	12	20,69
spíše pozitivní	30	51,72
spíše negativní	4	6,90
negativní	2	3,45
nevím	10	17,24
celkem	58	100,00

**Graf č. 14: Charakter zkušeností s integrací dítěte s DMO**



## 4.4 VERIFIKACE HYPOTÉZ

**H1: Více než polovina pedagogů MŠ je alespoň částečně informována o dg. DMO.**

**Hypotéza byla falzifikována.**

Touto hypotézou se zabývala otázka č. 6 dotazníku, z jejichž výsledků vyplývá, že 48 respondentek (24,24 %) z celkového počtu 198 volilo variantu, že má nebo spíše má dostatek informací o dg. DMO. Více, tedy 115 respondentek (58,08 %) se domnívá, že tyto informace nemá či spíše nemá. 17,68 % toto nedokázalo posoudit. 59,59 % respondentek se rovněž domnívá, že nemá dostatečné informace o přidružených postiženích, které mohou DMO doprovázet.

Situace může souviset i s faktem, že na 4. otázku dotazníku odpovědělo 60,61 % respondentek ve smyslu, že nemá speciálně-pedagogické vzdělání a to ani v rámci dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků, kurzů atp.. Dále sem vstupuje skutečnost, že pouze 58 respondentek (29,78 %) má zkušenost s integrací dítěte s DMO v předškolním vzdělávání běžného typu.

Prostorem pro úspěšnou integraci dítěte s DMO do běžného předškolního vzdělávání zůstává tedy vzdělávání v rámci kurzů či pregraduální přípravy učitelek MŠ. Informace o dg. DMO budou učitelky MŠ rovněž získávat vzhledem ke zkušenostem s těmito dětmi v rámci realizace podpůrných opatření vzhledem k novele školského zákona (82/2015)

**H2: Více než polovina pedagogů MŠ nepovažuje legislativní podmínky za dostatečné.**

**Hypotéza byla verifikována.**

Ověřování hypotézy souviselo s otázkou č. 8. Více než polovina učitelek MŠ účastnících se výzkumného šetření volila nesouhlasné odpovědi („ne“ - 28,28 %, „spíše ne“ - 29,29 %) – jedná se o více než polovinu názorů, tj. 57,57 %. 26,26 % dotázaných volilo „nevím, nedokáži posoudit“. 12 respondentek (6,06 %) si myslí, že legislativní podpora je v současnosti dostatečná a 20 respondentek (10,1 %), že je spíše dostatečná.

Důvodem výsledku může být období, kdy existuje novela školského zákona, ale § týkající se integrace/inkluze vejdu v platnost až v září 2016. Nepředpokládáme, že se po 1.9

2016 se stav výrazně změní, protože již dnes mohou rodiče volit mezi integrací a vzděláváním ve speciální škole.

**H3: Více než polovina pedagogů vnímá architektonické podmínky budov MŠ za alespoň částečně dostatečné.**

**Hypotéza byla falzifikována.**

Ověřování hypotézy souviselo s otázkou č. 9: „Je dle Vás budova Vaší MŠ architektonicky přizpůsobena k přijetí dítěte s tělesným postižením, např. na vozíčku?“ Možnost v kladné oblasti škály („ano“, „spíše ano“) volilo celkem 66 respondentek (33,33 %). Variantu odpovědi „spíše ne“ (29,29 %) a „ne“ (28,28 %) zvolilo dohromady 57,57 % učitelek MŠ. Možnost „nevím“ označilo 18 (9,09 %) respondentek.

Otázkou zůstává, zda bude možné v rámci integrace/inkluze tyto podmínky vytvářet, zlepšovat, zda budou např. vypsány dotační tituly na podporu adekvátních architektonických podmínek v budovách, kde doposud nezajistili bezbariérový přístup a budou muset používat drahé pomůcky (např. schodolezy atd).

**H4: Více než polovina pedagogů si myslí, že integraci dítěte s DMO do MŠ lze personálně zajistit alespoň částečně.**

**Hypotéza nebyla verifikována, ani falzifikována.**

Ověřování hypotézy souviselo s výsledky otázky č. 10: „Myslíte si, že lze v současnosti efektivně zajistit personálně realizaci integrace dítěte s DMO v MŠ po stránce personální (např. asistenti pedagoga)?“ Kladné odpovědi („spíše ano“ a „ano“) nedosahují 50 %, jedná se o 24,24 %. Stejně tak jako odpovědi „spíše ne“ a „ne“ nečítají více než 50 % - jedná se o 45,56 %. Poměrně velké %, tzn. 29,8 %, respondentek volilo odpověď „nevím, nedokáži posoudit.“

Předpokladem je, že díky novele školského zákona č. 82/2015 Sb. budou hledány zdroje pro financování asistentů pedagoga, jejichž práce je ze strany respondentek (105) vnímána jako stěžejní faktor integrace (otázka č. 12) nebo druhého pedagoga na třídu.

**H5: Více než polovina pedagogů vnímá metodickou podporu (SPC, metodické pokyny) pro integraci/inkluzi jako adekvátní?**



### **Hypotéza byla falzifikována.**

Hypotéza souvisela s otázkou č. 11. Celkem 33,84 % respondentek zvolilo odpověď „nevím, nedokáži posoudit“. Více odpovědí pak spadalo do nesouhlasu – 65 respondentek (32,83 %) odpovědělo „spíše ne“, „ne“ potom označilo celkem 30 respondentek (15,15 %). Kladné odpovědi – „spíše ano“ (21; 10,61 %) a „ano“ (15; 7,58 %) – tvoří 18,19% zastoupení. Myslím si, že k tomuto výsledku došlo z důvodu, že dotázané učitelky neměly doposud možnost s SPC spolupracovat, nebo s PPP spolupracovaly, ale nebyly s prací spokojeny. Další možností je, že nespolupracovaly se žádným ŠPZ.

**H6: S integrací dítěte s DMO do běžné MŠ má zkušenost méně než polovina pedagogů.**

### **Hypotéza byla verifikována.**

S integrací dítěte s dg. DMO do MŠ běžného typu má méně jak polovina respondentek (výsledky otázky č. 17). Jedná se o 29,74 % respondentek (58).

Významné je, že pozitivně (spíše či zcela) vnímá zkušenost s integrací dítěte s DMO do MŠ většina učitelek – 72,41 %, což je 42 respondentek z 58. Významný je i fakt 79,49 % ze 198 respondentek vnímá prospěšnost integrace pro dítě s DMO a 85,64 % i pro intaktní děti předškolního věku, a to i přesto, že jako stěžejní je při integraci vnímána zvýšená náročnost práce pedagoga v MŠ – názor uvedený 113 v rámci odpovědi na otázku č. 16.

## 5 ZÁVĚR

Předložená bakalářská práce pojednávala o dětské mozkové obrně, její charakteristice a rovněž o postiženích, které se k ní mohou přidružit. Rozebrána byla i ucelená rehabilitace jako důležitý faktor v péči o jedince s DMO, což dokazuje i složitost tohoto onemocnění a nutnost komplexní, interdisciplinární péče. Třetí kapitola se zabývala školskou integrací/inkluzí dětí s DMO – jejím pojetím, současnou legislativou i její obecnými podmínkami integrace, což bylo stěžejní pro následné koncipování výzkumu.

Výzkumná část, jež byla zvolena kvantitativně, měla prostřednictvím anonymních dotazníků určených pedagogům mateřských škol, analyzovat jejich názory a vnímání stávajících podmínek pro integraci dětí s DMO předškolního věku do MŠ běžného typu. Výzkum byl zaměřen popisně, kdy bylo zjišťováno „Jaké to je?“ - jak vypadají aktuální podmínky pro integraci dětí s DMO v běžných MŠ, jak jsou vnímány pohledem pedagogů.

Období, ve kterém byl výzkum prováděn, mohlo ovlivnit i vnímání respondentek vzhledem k podmínkám integrace. Jedná se o fakt, že, ač je novelizován školský zákon (novela: č. 82/2015 Sb.) neexistují prováděcí vyhlášky či metodické pokyny k realizaci zákonem uváděných podpůrných opatření. I z tohoto důvodu jsou legislativní podmínky považovány v současnosti respondentkami za nedostatečné. Respondentky vnímají svoji nepřipravenost i z hlediska informovanosti o dg. DMO a jejich přidružených postiženích, ale i z hlediska architektonických podmínek stávajících budov MŠ, v nichž jako pedagožky působí. Domnívají se, že ani metodická podpora (metodické pokyny, SPC) není v současnosti dostatečná. Mají i obavy, zda bude dostatek finančních prostředků na personální zajištění. Domnívám se, že jejich názory ovlivňuje právě přechodné období, kdy je schválen hlavní legislativní předpis, ale učitelky MŠ nejsou informovány, jak bude vypadat jeho realizace v praxi. Jako pozitivum vnímám, že respondentky, i přes podstatnou, vnímanou nevýhodu integrace, kterou je zvýšení náročnosti jejich práce, vidí i výhody integrace – pro dítě s DMO a jeho rodiče, ale i pro jeho intaktní spolužáky. Přínosem je i to, že většina respondentek s dosavadní praktickou zkušeností integrace dítěte s DMO v MŠ ji charakterizuje jako spíše či velmi pozitivní.

# SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

## Seznam použitých českých zdrojů

BENDOVIÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 140 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3854-3.

ČESKO. Zákon č. 82 ze dne 19. března 2015, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony. In: *Sbírka zákonů Česká republika*. 2015, částka 37, číslo 82, s. 1384 - 1398. ISSN 1211-1244.

ČADOVIÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 107 s. ISBN 978-80-244-3308-0.

FISCHER, Slavomil a ŠKODA, Jiří. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Brno: Paido, 2010. 978-80-7315-185-0.

HAMADOVIÁ, Petra, Lea KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVIÁ a Zita NOVÁKOVÁ. *Oftalmopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.

KRAUS, Josef a kol. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada, 2004, 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

LUDÍKOVÁ, Libuše a kol. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005, 140 s. ISBN 80-244-1154-7.

OPATŘILOVIÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s dětskou mozkovou obrnou*. 2. doplněné vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 80-210-3242-1.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a kol. *Pracoviště komplexní péče o děti s dětskou mozkovou obrnou a dalšími hybnými poruchami v České republice: prosinec 2010 - březen 2012*. Vyd. 1. Olomouc: Solen, 2012. 48 s. Meduca (medical education). ISBN 978-80-7471-000-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.

RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ a kol. *Speciální pedagogika*. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

RENOTIÉROVÁ, Marie. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. 34 s. Texty k distančnímu vzdělávání v rámci kombinovaného studia. ISBN 80-244-1099-0.

ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. Vyd. 3., přeprac. a dopl. Praha: Grada, 1997, 450 s. ISBN 80-7169-512-2.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. 160 s. Pedagogika. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠLAPAL, Radomír. *Vývojová neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido, 2007. 53 s. ISBN 978-80-7315-160-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004, 870 s. ISBN 80-7178-802-3.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.). *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

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

VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003, 207 s. ISBN 80-246-0708-5.

VRBOVÁ, Renáta a kol. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 126 s. ISBN 978-80-244-3312-7.

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2011, 112 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

### Seznam použitých internetových zdrojů

ČADOVÁ, Eva a kol. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část* [online]. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 [cit. 2015-12-14]. ISBN 978-80-244-4615-8. Dostupné z: <http://inkluze.upol.cz/ebooks/katalog-tp/katalog-tp.pdf>

DAŇKOVÁ, Šárka. Analýza: Mezinárodní klasifikace nemocí a její aktualizace. *Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky*. [online]. Praha: © ÚZIS ČR, 2009, 2010-2015 [cit. 2015-12-13]. Dostupné z: [http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10\\_aktualizace.pdf](http://www.uzis.cz/cz/mkn/MKN-10_aktualizace.pdf)

Formy dětské mozkové obrny (DMO). *Dětská mozková obrna* [online]. Praha: Ipsen Pharma, 2012, 2012 [cit. 2015-11-18]. Dostupné z: <http://www.dmo.cz/home/formy-dmo>

Mateřské školky. *Do školky* [online]. Praha: Czechia24 s.r.o. - clever solutions, 2015 [cit. 2015-11-29]. Dostupné z: <http://www.doskolky.cz/skolky/>

MICHALÍK, Jan, Pavlína BASLEROVÁ a Lenka FELCMANOVÁ a kol. *Katalog podpůrných opatření - obecná část: Pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění* [online]. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015 [cit. 2015-12-14]. ISBN 978-80-244-4675-2. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/wp-content/uploads/katalog-vseobecny.pdf>

Předpis č. 563/2004 Sb.: Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. *Zakonyprolidi.cz* [online]. Zlín: © AION CS, s.r.o., 2004, 2010-2015 [cit. 2015-12-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-563>

Předpis č. 72/2005 Sb.: Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. *Zakonyprolidi.cz* [online]. Zlín: © AION CS, s.r.o., 2005, 2010-2015 [cit. 2015-12-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-72>

Předpis č. 14/2005 Sb.: Vyhláška o předškolním vzdělávání. *Zakonyprolidi.cz* [online]. Zlín: © AION CS, s.r.o., 2005, 2010-2015 [cit. 2015-12-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-14>

Předpis č. 73/2005 Sb.: Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. *Zakonyprolidi.cz* [online]. Zlín: © AION CS, s.r.o., 2005, 2010-2015 [cit. 2015-12-04]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-73>

V čem spočívá péče poskytovaná zrakovými terapeuty? *Asociace zrakových terapeutů o.s.* [online]. Praha: Asociace zrakových terapeutů o.s., 2011, 17. 6 2015 [cit. 2015-12-14]. Dostupné z: [http://www.iazt.cz/index.php?page=zrakovi\\_terapeuti&styl=normal](http://www.iazt.cz/index.php?page=zrakovi_terapeuti&styl=normal)

VOTAVOVÁ, Renata. Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze. *Metodický portál RVP.CZ: inspirace a zkušenosti učitelů* [online]. Praha: NÚV, 2013, 2015 [cit. 2015-12-01]. ISSN: 1802-4785. ISSN: 1802-4785. Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/c/S/17243/rozdilny-vyznam-pojmu-integrace-a-inkluze-.html/>

VRBOVÁ, Renáta a kol. *Metodika práce se žákem s narušenou komunikační schopností* [online]. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012, 19. 7. 2012, 126 s. [cit. 2015-12-14]. ISBN 978-80-244-3312-7. Dostupné z: [http://spc.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2012/metodiky/NKS\\_Metodika\\_prac\\_verze\\_07-2012.pdf](http://spc.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2012/metodiky/NKS_Metodika_prac_verze_07-2012.pdf)

## **SEZNAM ZKRATEK**

DMO - dětská mozková obrna

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Tabulky:

Tab. č. 1: Délka praxe v MŠ .....	34
Tab. č. 2: Dosažené vzdělání .....	35
Tab. č. 3: Speciálně – pedagogické zaměření v rámci vzdělání.....	36
Tab. č. 4: Zastoupení respondentek podle krajů.....	38
Tab. č. 5: Dostatek informací o dg. DMO.....	39
Tab. č. 6: Dostatek informací o přidružených postiženích k DMO .....	40
Tab. č. 7: Dostatečná legislativní podpora integrace .....	42
Tab. č. 8: Dostatečné architektonické podmínky .....	43
Tab. č. 9: Dostatečné personální podmínky.....	44
Tab. č. 10: Adekvátní metodická opora .....	46
Tab. č. 11: Prospěšnost integrace pro intaktní děti .....	48
Tab. č. 12: Prospěšnost integrace pro dítě s DMO.....	49
Tab. č. 13: Zkušenost s integrací dítěte s DMO v MŠ .....	53
Tab. č. 14: Charakter zkušenosti s integrací dítěte s DMO do MŠ běžného typu .....	54

## Grafy:

Graf č. 1: Délka praxe v MŠ .....	34
Tab. č. 1: Délka praxe v MŠ .....	34
Graf č. 2: Dosažení vzdělání .....	35
Graf č. 3: Speciálně-pedagogické zaměření v rámci vzdělání.....	37
Graf č. 4: Zastoupení počtu respondentek podle kraje.....	38
Graf č. 5: Dostatek informací o DMO .....	40
Graf č. 6: Dostatek informací o přidružených postižení .....	41
Graf č. 7: Dostatečná legislativní podpora .....	42
Graf č. 8: Dostatečné architektonické podmínky .....	44
Graf č. 9: Dostatečné personální podmínky.....	45
Graf č. 10: Adekvátní metodická opora .....	46
Graf č. 11: Prospěšnost integrace pro intaktní děti .....	49
Graf č. 12: Prospěšnost integrace pro dítě s DMO.....	50
Graf č. 13: Zkušenost s integrací dítěte s DMO.....	53
Graf č. 14: Charakter zkušeností s integrací dítěte s DMO.....	54



## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník pro učitelky MŠ

## **Příloha A – Dotazník pro učitelky MŠ**

Dobrý den, mé jméno je Jana Liptová a jsem studentkou vysoké školy Univerzity Jana Ámose Komenského v Praze. Chci Vás velmi požádat o chvíli Vašeho času a vyplnění následujícího dotazníku, který se týká integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou (DMO), jejímž primárním jevem je určitá míra poškození hybnosti, do běžných mateřských škol. Sumarizace výsledků dotazníků bude sloužit jako podklad pro mou bakalářskou práci. Dotazník je zcela anonymní, nikde nebude uváděno, ze které konkrétní MŠ odpovědi pocházejí. Předem velmi děkuji.

1. Jste ..... a) žena b) muž
2. Jaká je délka Vaší praxe v MŠ ?
  - a) 0-5 let
  - b) 6-10 let
  - c) 11- 20 let
  - d) více než 20 let
3. Vaše vzdělání je: a) středoškolské b) Bc. c) Mgr.
4. Má Vaše absolvované vzdělání speciálně-pedagogické zaměření?
  - a) ano
  - b) ne, ale mám různé kurzy v rámci DVPP
  - c) ne vůbec
5. Uveďte prosím kraj, ve kterém pracujete.....
6. Domníváte se, že máte dostatek informací o diagnóze DMO?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

7. Domníváte se, že máte dostatek, alespoň obecných, informací o přidružených postiženích, která diagnózu DMO mohou doprovázet?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

8. Myslíte si, že legislativní podmínky k integraci dětí s DMO do MŠ jsou v současnosti dostatečné?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

9. Je dle Vás budova Vaší MŠ architektonicky přizpůsobena proto, abyste mohli přijmout dítě s tělesným postižením, např. na vozíčku?

- a) ano
- b) částečně ano

- c) spíše ne
- d) ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

10. Myslíte si, že lze v současnosti efektivně zajistit personálně realizaci integrace dítěte s DMO v MŠ po stránce personální (např. asistenti pedagoga)?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

11. Myslíte si, že v dnešní době existuje pro realizaci integrace dítěte s DMO v MŠ adekvátní metodická podpora (metodické pokyny, metodická podpora a vedení ze strany SPC atp.)?

- a) ano
- b) částečně ano
- c) spíše ne
- d) vůbec ne
- e) nevím, nedokáži posoudit

12. Co je podle Vás stěžejní pro úspěšnou integraci?

.....  
.....  
.

13. Myslíte si, že přítomnost dítěte s DMO v běžné MŠ je prospěšná pro ostatní intaktní (zdravé) děti?

a) ano

b) ne

c) nevím, nedokáži posoudit

14. Myslíte si, že integrace do běžné MŠ může být prospěšná pro samotné dítě s DMO?

a) ano

b) ne

c) nevím, nedokáži posoudit

15. Jaké vidíte výhody integrace?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

16. Jaké vnímáte nevýhody integrace?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

17. Setkala jste se Vy ve Vaší pedagogické praxi osobně s integrovaným dítětem s DMO?

a) ano

b) ne, pokud jste odpověděl/a touto variantou můžete zde vyplňování ukončit, děkuji Vám za Váš čas

18. Vaše zkušenosti s integrací dítěte s DMO jsou:

- a) velmi pozitivní
- b) spíše pozitivní
- c) spíše negativní
- d) negativní
- e) nedokážu posoudit, rozhodnout se

Děkuji Vám za Váš čas.

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Jana Liprtová**

**Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství**

**Forma studia: Kombinovaná**

**Název práce: Podmínky integrace dítěte s DMO v předškolním vzdělávání**

**Rok: 2016**

**Počet stran textu bez příloh: 51**

**Celkový počet stran příloh: 6**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 22**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0**

**Počet internetových zdrojů: 12**

**Vedoucí práce: Mgr. Jana Janková**