

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**MOŽNOSTI INTEGRACE DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM
V MATEŘSKÝCH ŠKOLÁCH V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH**

Bakalářská práce

Jméno autora: Andrea Tobolková

Jméno vedoucího práce: doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

3. 5. 2011

ABSTRACT

The Bachelor paper examines the available ways of integrating physically disabled children into the process of education in kindergartens based in *České Budějovice*.

After 1989 the Czech system of education has been transformed and the transformation allowed new approach to education. The effort aimed to establish a system offering people equal chances of education and providing them with an adequate level of education.

The paper endeavors to find out (1) whether disabled children could be integrated into the educational process as it takes place in *České Budějovice* kindergartens; (2) which kindergartens are ready to accept disabled children; and, not least importantly, (3) what are the practical possibilities of integrating the children to the process of education given in the kindergartens.

To suit the above-specified purpose, this hypothesis was formulated: "Most of *České Budějovice* kindergartens are prepared to integrate disabled children into their processes of education". The hypothesis has been proven true. As follows from the results obtained, 6 (55%) out of 11 (100%), i.e. the majority of the surveyed kindergartens, were ready to enroll disabled children.

Theoretical section of the paper strives to explain the concept of integration; of the personal assistant; the individual plan of instruction; and that of physical disability. The physical disability itself was split into several parts defined in a concise and clear-cut manner.

Practical section of the paper relied on a quantitative survey and the method of interrogation applied through a questionnaire. Prepared were two types of questionnaires: the first was intended for the kindergarten Headmistresses and the second was to be administered to the kindergarten teachers. Contacted were 13 facilities altogether, out of which 11 chose to participate. The two abstaining gave reasons - they

were pressed for time; had too many questionnaires coming in; or were not interested in the survey. The data acquired were tabled and plotted on charts.

Results returned in the questionnaires show that 6 out of 11 kindergartens operating in *České Budějovice* enroll disabled children. In addition, 5 kindergartens were found to provide the individual approach and 1 kindergarten organized the group integration. Seven kindergartens of the 11 reported no disabled children currently among their clients saying that no one asked to have a disabled child enrolled for this school year. At the same time almost all the Headmistresses agreed that such a child benefits the school and the other children.

The findings can help to better understand the issue of integrating disabled children into the process of education at the *České Budějovice* kindergartens, and to provide a feedback to those kindergartens that are already prepared to offer such integration.

Prohlášení:

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě nebo v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdání textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2011

.....

Podpis studenta

Poděkování:

Děkuji tímto vedoucímu práce panu doc. PhDr. Jiřímu Jankovskému, Ph.D. za čas a praktické připomínky, které věnoval mé bakalářské práci. Současně děkuji své rodině a svým blízkým za psychickou a materiální podporu.

OBSAH

ÚVOD	8
1 SOUČASNÝ STAV	10
1.1 INTEGRACE.....	10
1.1.1 Historie integrace	11
1.1.2 Školská legislativa a integrace	12
1.1.3 Integrace dětí se zdravotním postižením v mateřské škole	13
1.1.3.1 Formy integrace	14
1.1.4 Podmínky pro integraci dětí do mateřské školy	15
1.1.5 Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace	16
1.1.6 Pozitiva a negativa integrace	17
1.2 ASISTENT PEDAGOGA	18
1.3 OSOBNÍ ASISTENT	19
1.4 IVP V MATEŘSKÉ ŠKOLE.....	20
1.5 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ	22
1.5.1 Terminologie	23
1.5.2 Definice zdravotního postižení	24
1.5.3 Rodina a dítě se zdravotním postižením	24
1.5.4 Výchova a vzdělávání dítěte se zdravotním postižením	27
1.5.5 Dělení zdravotního postižení.....	28
1.5.6 Tělesné postižení	29
1.5.6.1 Dětská mozková obrna.....	29
1.5.6.2 Neuromuskulární a svalová onemocnění	31
1.5.6.3 Další somatické postižení včetně postižení nervové soustavy.....	32
1.5.6.4 Ortopedická a jiná postižení	32
1.5.7 Smyslová postižení.....	34
1.5.7.1 Poruchy řeči	34
1.5.7.2 Zrakové vady.....	35
1.5.7.3 Sluchové vady	35
1.5.8 Mentální a duševní postižení.....	36
1.5.8.1 Mentální retardace	37
1.5.8.2 Pervazivní vývojové poruchy.....	38
1.5.9 Kombinované postižení.....	38
2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZA	39
2.1 CÍLE PRÁCE	39
2.2 HYPOTÉZA.....	39
3 METODIKA	40
3.1 POUŽITÁ METODA.....	40
3.2 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU.....	41
4 VÝSLEDKY	42

4.1	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ZÍSKANÝCH POMOCÍ DOTAZNÍKŮ PRO ŘEDITELE MŠ	42
4.2	SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ ZÍSKANÝCH POMOCÍ DOTAZNÍKŮ PRO UČITELE MŠ	51
5	DISKUZE	62
6	ZÁVĚR	65
7	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	67
8	KLÍČOVÁ SLOVA	71
9	PŘÍLOHY	72

ÚVOD

Důvodem, proč jsem si zvolila téma pro svou bakalářskou práci „Možnosti integrace dětí se zdravotním postižením v mateřských školách v Českých Budějovicích“, je zvýšený nárůst zájmu o danou problematiku v posledních několika letech. Integrace jako samotný pojem se dostává do popředí zájmu veřejnosti a stává se tak pomalu, ale jistě fenoménem dnešní doby. Při zamyšlení se nad vybraným tématem jsem si dovolila sama sobě položit otázku: „Co je nejdůležitější pro jedince se zdravotním postižením?“ S ohledem na téma mé bakalářské práce mi bylo odpovědí včasné zařazení dítěte se zdravotním postižením do procesu předškolního vzdělávání. Rozhodla jsem se proto nahlédnout do oblasti této problematiky a pokusila jsem se zjistit, zda se jedná o problém řešený zatím pouze teoreticky nebo již i prakticky.

Pokud se ohlédneme do historie integrace jedinců se zdravotním postižením, zjistíme, že její existence je mizivá nebo v horším případě žádná. Skupina těchto lidí byla odsouvána na okraj společnosti nebo docházelo k okamžité fyzické likvidaci jedince již po narození. Segregace jedince ze společnosti byla součástí minulého politického režimu. V dnešní době došlo k velkému posunu a je zcela běžné setkávat se s jedinci s různým typem postižení např. v dopravních prostředcích, ulicích, obchodech, ale hlavně v oblasti vzdělávání. Tato možnost by byla za minulého politického režimu téměř nereálná, neboť tehdejší společnost tyto jedince „odsouvala“ mimo rámec reálného života.

V současnosti je největší důraz kladen na práva a svobodu jedinců s postižením. Rodiče mají právo vyžadovat pro své dítě zvláštní péči a demokratičtější zacházení. Současná společnost poskytuje dětem se specifickými vzdělávacími potřebami možnost zařazení do škol běžného typu. Tento zásadní krok vpřed má pozitivní vliv nejen na dítě se zdravotním postižením, ale zejména na jeho rodiče. Je velmi těžké si uvědomit, co vše si museli rodiče prožít nebo právě prožívají.

Není vždy jednoduché zařadit dítě s postižením do dětského kolektivu zdravých dětí. Vystává mnoho úskalí, mezi které lze zařadit např. nepochopení ze strany rodičů intaktních dětí.

Považuji za velmi důležité, aby se integrace nestala věcí týkající se jen dětí se speciálními vzdělávacími potřebami nebo jejich rodičů, ale celé společnosti. Mělo by být v zájmu nás všech usnadnit onu strastiplnou cestu jak rodičům dětí s postižením, tak i jim samotným.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Integrace

*... Naučili jsme se létat v povětrí jako
ptáci, potápět jako ryby. Zbývá jediné,
naučit se žít na zemi jako lidé.*

G. B. Shaw (11)

Termín integrace znamená zařazení dětí se specifickými vzdělávacími potřebami do škol běžného typu. Dětem je zde poskytnut pocit rovnoprávnosti. Dítě může být zařazeno do běžného typu škol několika způsoby. Jedním ze způsobů je zařazení přímo do běžné třídy, toto zařazení nazýváme úplné. Dále pak do speciální třídy zřízené na běžné škole (32). V nejobecnější rovině lze integraci chápat jako začleňování či spojování určitých částí v jeden celek (21).

Podle Jesenského lze integraci vysvětlit také jako sjednocování postojů, hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje identitu jednotlivců i skupin. Vzniká při kontaktu dvou odlišujících se jevů, představuje situaci postojů nebo aktivit. Projevuje se ve formě stresů, konfliktů, jistot a spokojenosti v průběhu života. Integrace pomáhá tyto rozpory překonávat (12).

Bazalová uvádí několik možností dělení integrace např. integrace sociální a školní, skupinová, individuální atd. V dnešní době je zcela běžné setkávat se s dětmi se senzoryckým postižením, somatickým postižením nebo s dětmi s poruchami učení v současném školství. Každodenně se setkáváme s osobami s různým typem postižení v dopravních prostředcích, ulicích či na jiných místech. Tato možnost by byla za minulého politického režimu téměř nereálná, neboť společnost tyto jedince vyčleňovala (1).

Pedagogický slovník definuje integraci, jako přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do procesu vzdělávání v běžných školách (24).

1.1.1 Historie integrace

V České republice se nachází systém institucí a forem speciálního vzdělávání dětí s postižením. Až v posledních letech lze hovořit o rozvoji svébytného systému integrovaného vzdělávání. Koncem 19. a v počátcích minulého století se v České republice setkáváme se snahou vybudovat první speciálně vzdělávací instituce (ústavy a školy). Ve zmiňovaném období panovalo přesvědčení, že je nutností výstavba a rozvoj speciálních ústavů a škol. A poskytnout tak vzdělání dětem s postižením. V dnešní době je vysoce hodnocen vznik a činnost zařízení, jako je Jedličkův ústav pro děti zmrzačené v Praze, Ernestinum v Praze (31) (první ústav pro mentálně postižené, založený roku 1871 K. S. Amerlingem) (18), Ústav pro zmrzačené v Brně nebo Ústav pro děti zmrzačené a rachitické v Plzni, ač nelze hovořit o integrovaném vzdělávání. Po roce 1950 dochází nejen k zásadnímu rozvoji speciálního školství a ústavnictví, ale také k budování samostatné pedagogické disciplíny – speciální pedagogiky. Česká republika se tak stala zemí s dělením školství do dvou hlavních proudů. Systému obecného (předškolního, základního a středoškolského) vzdělávání určeného pro děti fyzicky, mentálně i smyslově zdravé a komplexu zařízení určených dětem, které tato kritéria zdraví nesplňovaly. V letech 1970-1989 se zcela výjimečně setkáváme se vzděláváním konkrétního dítěte s postižením v běžném vzdělávacím proudu škol (31).

Po roce 1989 prošlo školství v České republice procesem transformace. Došlo ke změně přístupů ke vzdělávání. Transformace měla za cíl vytvořit systém vzdělávání, jenž poskytne členům společnosti stejné šance, které jim umožní dosáhnout odpovídajícího stupně vzdělání. Dříve tyto šance nebyly v naší zemi samozřejmostí. Zásadní změnou, ke které se v našem školství po roce 1989 dospělo, je fakt, že výchova a vzdělávání dětí a mladistvých s postižením přestává být předností speciálního školství.

Ve spojitosti s integračními trendy ve vzdělání se pozvolna stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení (1).

1.1.2 Školská legislativa a integrace

Právní předpisy vztahující se k integraci:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základní, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), se v paragrafu 16 zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Dále v paragrafu 18 se zmiňuje o individuálním vzdělávacím plánu a paragraf 19 určuje, kdo stanoví pravidla vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (39).
- Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, stanovuje v paragrafu 3 předpoklady pro výkon funkce pedagogického pracovníka. Dále se v paragrafu 6 zabývá odbornou kvalifikací učitele mateřské školy a v paragrafu 20 kvalifikací asistenta pedagoga (40).
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, hovoří v paragrafu 1 o podpůrných opatřeních při vzdělávání a stanovuje, kdo je považován za žáka s těžkým zdravotním postižením. Paragraf 2 se zabývá zásadami a cíli speciálního vzdělávání. Paragraf 3 stanovuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením. Paragraf 4 definuje činnost škol při zdravotnických zařízeních. Paragraf 5 vyjmenovává typy speciálních škol. Paragraf 6 se zabývá individuálním vzdělávacím plánem. Paragraf 7 definuje činnost asistenta pedagoga a náležitosti žádosti o zřízení jeho funkce. Paragraf 8 stanovuje organizaci speciálního vzdělávání. Paragraf 9 určuje způsob zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání. Paragraf 10 stanovuje počty žáků ve třídách. Paragraf 11 se zabývá péčí o bezpečnost a zdraví žáků (37).

- Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, stanovuje v paragrafu 1 podmínky provozu a organizace mateřské školy. Paragraf 1 odstavce 11 uvádí, že dětem se speciálními vzdělávacími potřebami je zabezpečena nezbytná speciálně pedagogická podpora. Dále vyhláška obsahuje paragraf 2, který určuje počet dětí ve třídě, kde jsou zařazeny děti se speciálními vzdělávacími potřebami (35).
- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, stanovuje v paragrafu 1, komu jsou poradenské služby poskytovány. Dále tato vyhláška obsahuje paragraf 2, který určuje obsah poradenských služeb (36).

1.1.3 Integrace dětí se zdravotním postižením v mateřské škole

Období předškolního věku lze charakterizovat jako období rozvoje v oblasti socializace a poznávacích procesů. Zejména u pohybově postižených dětí bývá překážkou jejich odpovídajícího vývoje podnětová a zkušenostní deprivace. Časté je i snížení rozumových schopností. To vše může být způsobeno nedostatkem podnětů z důvodu malé pohyblivosti dítěte (15).

Mateřská škola plní celou řadu úkolů. Mezi základní funkce řadíme pedagogické (speciálně pedagogické), sociální, diagnostické a propedeutické funkce. Pokud dojde k zařazení dítěte s postižením do tzv. běžné mateřské školy, je nezbytná úzká spolupráce s příslušným speciálně pedagogickým centrem. Dítě s postižením v předškolním vzdělávání by mělo být vedeno dle individuálního programu. Na jeho sestavení, realizaci i hodnocení se podílí tým pracovníků společně s rodiči dítěte.

Hlavním úkolem předškolního vzdělávání je odborné vedení dětí a vytváření vhodných podmínek pro jejich rozvoj a vzdělávání. Nelze opomenout i důležitost získávání sociálních zkušeností a poznatků o životě kolem nás (26).

Matějček ve své publikaci uvádí několik pomocných, nápravných či terapeutických možností, které může mateřská škola nabídnout. Jsou to možnosti:

- ovlivňovat výchovné postoje rodičů,
- přispívat k socializaci dítěte působením kolektivu,
- zprostředkovat odborná doporučení,
- poskytovat dítěti i jeho vychovatelům tzv. korektivní zkušenost,
- v indikovaných případech působit vysloveně terapeuticky (17).

1.1.3.1 Formy integrace

Formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením jsou vymezeny ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Zde je v paragrafu 3 odstavce 1 uvedeno, že speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno

a) formou individuální integrace, b) formou skupinové integrace, c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen „speciální škola“), nebo d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).

Dále paragraf 3 odstavce 2 uvádí, že individuální integrací se rozumí vzdělávání žáka

a) v běžné škole, nebo b) v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

Paragraf 3 odstavce 3 také uvádí, že skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.

Paragraf 3 odstavce 4 dále uvádí, že žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy (37).

Pod pojmem integrace je skryta celá řada konkrétních možností a podob.

Formy:

- 1. nejpřirozenější formou integrace dítěte je integrace rodinná, tzn. přijetí dítěte vlastní rodinou*
- 2. integrace z hlediska času a činností může být úplná nebo částečná (dítě může navštěvovat školu např. některé dny, část dne, několik hodin)*
- 3. integrace jednotlivého dítěte ve třídě mateřské školy, případně se vytváří integrované výchovné skupiny (18).*

Valenta ve své publikaci uvádí dvě formy integrace. První je individuální zařazení dítěte s postižením do běžné třídy mateřské školy. Druhou možností je vytvoření speciální třídy v běžné mateřské škole (31).

1.1.4 Podmínky pro integraci dětí do mateřské školy

Úspěšné integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, nelze dítě s postižením přijmout do běžné školy (33). K podmínkám patří připravenost a ochota zúčastněných. Pouhé přání rodičů nestačí, důležitou roli hraje i součinnost učitelského a vychovatelského sboru a dále připravenost a spolupráce spolužáků a ostatních dětí.

Velký důraz je kladen na odborné znalosti a dovednosti učitele. Ty jsou zaměřeny na oblast speciální pedagogiky, ale i jiné obory. Před samotným začleněním dítěte do běžné mateřské školy musí být vytvořeny materiálně-technické předpoklady a to s přihlédnutím k rázu postižení dítěte (18).

Podmínky vzdělávání:

- *bezbariérový vstup do školy (především pro vozíčkáře),*
- *odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků po škole (žáci musí být samostatní, odkázání max. na pomoc asistenta),*
- *vhodné didaktické pomůcky,*
- *pomůcky pro psaní a kreslení (tzv. trojhranný program, protismykové podložky, speciální psací potřeby, speciální psací deska s magnetickým pravítkem),*
- *pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností (učební pomůcky, stavebnice, speciálně upravené nůžky),*
- *pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci (cvičební padák, kolébka na nácvik rovnováhy, molitanové stavebnice),*
- *technické pomůcky usnadňují získání a uchování informací (diktafon, xeroxovací tabule, počítače),*
- *vybavení kompenzačními pomůckami („kozyčky“, chodítka, berle, hole, kočárky, tříkolky, „lezítka“, přenosná rampa, zvedací plošina, výtah) (23).*

1.1.5 Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace

- *rodina a rodiče, škola, učitelé, poradenství a diagnostika,*
- *prostředky speciálně pedagogické podpory (podpůrný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, rehabilitační pomůcky, kompenzační pomůcky, učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek),*
- *další faktory (architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených) (31).*

1.1.6 Pozitiva a negativa integrace

Mnozí odborníci soudí, že dítě s postižením, kterému je poskytována speciální péče v rámci běžné školy, bude šťastnější a lépe připravené pro život (13).

Mertin a Gillernová ve své publikaci uvádí pozitivní i negativní důsledky integrace.

Mezi pozitiva řadí:

1. *zkvalitnění života dítěte* (na dítěti je patrné obohacení a radost z návštěvy mateřské školy),
2. *postupné naplňování vývojových možností dítěte,*
3. *obohacení spolužáků, vrstevníků i ostatních dětí* (získávají zkušenosti, schopnosti a dovednosti),
4. *pozitivní vliv na rodinu dítěte* (úspěšná integrace pomáhá překročit hranice oddělující rodinu od běžného světa),
5. *lidské a odborné uspokojení pedagogů a všech, kteří se o zdárnou integraci zasloužili* (18).

Mezi negativa řadí:

1. *nenaplnění všech podmínek, které usnadňují zdar procesu integrace* (zejména nenalezení shody a souhry všech zúčastněných stran),
2. *negativní vliv na kvalitu života dítěte* (dítě se nedokáže vyrovnat s faktem, že není jako ostatní žáci),
3. *rodina nedokáže vidět své dítě v kolektivu zdravých spolužáků* (již tak náročná životní situace se pro ně stává ještě tíživější),

4. *integrační úsilí ze strany učitele či vychovatele se stalo neúměrným* (učitel či vychovatel se musí přemáhat = vede k syndromu „vyhoření“) (18).

1.2 Asistent pedagoga

Asistent pedagoga je definován jako pedagogický pracovník podle paragrafu 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů (40).

O pracovní náplni dále pojednává vyhláška č. 73/2005., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Zde je v paragrafu 7 odstavce 1 uvedeno, že hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.

Dále paragraf 7 odstavce 2 uvádí, že žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga obsahuje název a sídlo právnické osoby, která vykonává činnost školy, počet žáků a tříd celkem, počet žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, dosažené vzdělání asistenta pedagoga, předpokládanou výši platu nebo mzdy, zdůvodnění potřeby zřízení funkce asistenta pedagoga, cíle, kterých chce ředitel školy zřízením této funkce ve škole dosáhnout, a náplň práce asistenta pedagoga (37).

Také paragraf 8 odstavce 6 se zmiňuje o asistentovi pedagoga. Uvádí se zde, že ve třídách, odděleních a studijních skupinách určených pro žáky s těžkým zdravotním postižením mohou zabezpečovat výchovné vzdělávací činnosti souběžně 3 pedagogičtí pracovníci, z nichž 1 je asistent pedagoga (37).

O zřízení pozice asistenta pedagoga na dané škole pojednává paragraf 16 odstavce 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Ředitel mateřské školy, základní školy,

základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení (39).

1.3 Osobní asistent

Osobní asistence je forma sociální péče o osoby s těžkým zdravotním postižením. Má za úkol v co nejvyšší možné míře kompenzovat důsledky zdravotního postižení. Prostřednictvím osobní asistence se uspokojují základní životní potřeby – biologické i sociální.

Osobní asistenci lze charakterizovat jako speciální službu lidem, kteří žijí mimo ústavu sociální péče a potřebují pomoc s běžnými životními úkony (33).

Osobní asistence je zahrnuta v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Jak uvádí paragraf 39 odstavce 1, osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Služba podle odstavce 1 obsahuje zejména tyto základní činnosti:

- a) pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- b) pomoc při osobní hygieně,
- c) pomoc při zajištění stravy,
- d) pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- e) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,

f) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,

g) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (38).

Jak uvádí Vítková, osobní asistent dopomáhá klientovi se vším, co vzhledem ke svému postižení není schopen realizovat sám. Život s osobním asistentem není omezen režimem zahrnujícím organizaci jídla či dobu spánku.

Rozsah poskytovaných služeb závisí na stupni zdravotního postižení a na potřebách postiženého. Služby lze rozdělit do tří okruhů potřebnosti:

- *nárazová celodenní asistence*: víkendy, pomoc v nouzi, kurzy,
- *pravidelná asistence*: doprovod a pomoc při pracovních, společenských a kulturních aktivitách, údržbě domácnosti, osobní hygieně,
- *nepřetržitá celodenní asistence*: stálá pomoc při všech činnostech a to i v nočních hodinách: oblékání, hygiena, procvičování, přemísťování, doprovody (33).

1.4 IVP v mateřské škole

Podmínkou úspěšného zapojení dítěte a žáka s postižením do výuky je vypracování Individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP) (31). Jedná se o závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka (41).

Pro integrované žáky se vytváří IVP. Je vypracováván třídním učitelem, který spolupracuje s poradenským zařízením (PPP, SVP, SPC), popřípadě s výchovným poradcem, školním psychologem a zákonným zástupcem dítěte. Kopie zpracovaného IVP je následovně zaslána příslušnému poradenskému pracovišti. IVP vychází z učebních dokumentů školy, obsahuje všechny významné skutečnosti, které jsou

důležité pro úspěšnou integraci žáka. V závěru jsou uvedena jména poradenských pracovníků, se kterými škola spolupracuje při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

IVP obsahuje základní údaje o žákovi:

- *Vyšetření PPP, SPC, SVP; den, výklad závěrů vyšetření pro potřeby vzdělávání, jednoznačný popis vzdělávacích potřeb žáka (je přílohou IVP)*
- *Datum vyšetření*
- *Výchozí učební dokumenty*
- *Vyučovací předmět; konkrétní cíle, úpravu organizace výuky, časové a obsahové rozvržení výuky, formu zadávání úkolů, způsob hodnocení a klasifikace, pedagogické postupy atd.*
- *Speciálně pedagogická a psychologická péče: konkrétní určení a rozsah péče podle druhu postižení žáka a jeho vzdělávacích potřeb, organizaci a způsob zabezpečení, poskytovatele*
- *Nezbytné kompenzační a učební pomůcky, vybavení, učebnice, učební texty*
- *Účast dalšího pedagogického pracovníka, popřípadě asistenta (33).*

Individuální vzdělávací plán v MŠ

Podle Opařilové je pro učitelky mateřských škol závazný Rámcový program pro předškolní vzdělávání, kde jsou méně svazovány předpisy a mají více svobody. Tím jsou však nuceny samostatně pracovat, rozhodovat se a nést osobní zodpovědnost. Zejména integrovaný žák se závažným postižením potřebuje pečlivě vytvořit IVP, což klade na učitelky a jejich práci v MŠ vysoké nároky.

Plány se sestavují na základě komplexní diagnostiky. Ze závěrů diagnostiky by pak měly jasně vyplývat specifické potřeby zdravotně postiženého nebo znevýhodněného dítěte (22).

Složky IVP



Zdroj: (22).

1.5 Zdravotní postižení

Postižení je nutné chápat v celé jeho šíři a brát ohled na všechna terapeutická opatření od medicínské intervence přes rehabilitaci, vzdělání a výchovu až k sociální péči (15).

Světová zdravotnická organizace (World Health Organisation, dále jen WHO) věnuje velkou pozornost problémům osob s postižením. V roce 1980 přijala dokument vztahující se k následkům nemocí, úrazů a vrozených vad, který v České republice známe pod názvem Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů. V roce 2001 přijalo Valné shromáždění WHO finální podobu revize tohoto dokumentu a to pod názvem International Classification of Functioning, Disability and Health (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví – MKF). Tento dokument se stává základem pro posuzování a hodnocení nároků k vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a zavádí nové pojmy:

- **Impairment:** porucha strukturální nebo funkční povahy na úrovni orgánu nebo orgánové soustavy (funkce), která v největším počtu případů neomezuje závažným způsobem jedince a upravuje se většinou v krátké době.

- **Participation:** (participace) je zapojení do života (v různých směrech a rozsahu) v různých situacích v poměru k poruchám, zdravotní kondici a spolupůsobícím faktorům života ve společnosti.
- **Activity:** (aktivita, schopnost) je podstata a rozsah konkrétního výkonu člověka. Aktivita může být limitována ve své podstatě, trvání a kvalitě. Omezení aktivity je následkem poruchy některého orgánu nebo více orgánů (10).

1.5.1 Terminologie

Dle Votavy se terminologie pro označení OZP v průběhu let měnila a to jak v češtině, tak i v dalších jazycích. V r. 1913 byl založen Jedličkův ústav pro mrzáčky, v dnešní době by výraz mrzák byl zcela nepřijatelný, podobně jako dříve běžné označení crippled v angličtině. Výraz invalida, který pochází z francouzštiny a znamená bezcenný (původně voják neschopný vojenské služby), se u nás používal jako oficiální označení i pod vlivem ruštiny až do r. 1989, např. v názvu Svazu invalidů. Také označení tělesně vadný (odvozeno od výrazu tělesná vada), který připomíná název družstva Drutěva (původně „družstvo tělesně vadných“) se přestalo používat. Pojem defektologie se také již nepoužívá jako označení pro speciální pedagogiku a to včetně souvisejících pojmů defekt, defektní a defektivita, které byly převzaty z ruštiny.

V posledních několika letech se celosvětově prosazuje při označování OZP zásada „people first“ (nejprve lidé), tedy že všichni jsme především lidé, kteří se vyznačují různými vlastnostmi, mezi které může patřit i zdravotní postižení. Proto se před označením zdravotně postižený dává přednost spojení osoba (člověk) se zdravotním postižením (34).

Jak uvádí Jankovský, z důvodu terminologické nejednotnosti lze chápat pojem „postižení“ několika způsoby. Týká se to druhů postižení, ale také samotného pojmu „postižení“. V současné péči se do popředí dostává člověk jako takový, v našem případě dítě, a až později se hovoří o tom, zda se jedná o dítě zdravé, či s postižením (9).

1.5.2 Definice zdravotního postižení

Podle Opařilové lze vymezit zdravotní postižení jako ztrátu nebo poškození určitého orgánového systému. Na základě toho dochází k omezení, narušení nebo absenci určité funkce jedince. Zdravotní postižení neovlivňuje jen somatickou stránku organismu, ale i rozvoj celé osobnosti a podílí se na vytváření specifické sociální situace, které mají vliv na postavení člověka se zdravotním postižením ve společnosti (22).

Květoňová – Švecová definuje postižení jako poruchu organismu. Ta vzniká různým způsobem, na různé úrovni, v různě vyjádřeném stupni. Může být:

- **Vrozená** – dítě se s nemocí, poruchou již narodí. Porucha může být geneticky podmíněná – dědičná nebo získaná během těhotenství určitou poruchou embryonálního a fetálního vývoje – vrozená vývojová vada.
- **Získaná** – ke vzniku poruchy dochází v období porodu (perinatálně) nebo v některém z následujících období (postnatálně). Mezi nejčastější příčiny lze zařadit hypoxii, infekci, krvácení či poranění (15).

1.5.3 Rodina a dítě se zdravotním postižením

Jesenský považuje rodinu za nejpřirozenější a nejstarší společenskou instituci. Nejběžnějším modelem rodiny je rodina tvořená oběma rodiči a dětmi. V posledních letech se model rodiny mění, zvyšuje se rozmanitost rodinných typů. Ty obsahují rodinu vlastní a úplnou, ale i rodinu nevlastní, neúplnou a náhradní.

Rodina je základní sociální jednotka, ve které jedinec žije a nachází zde uspokojení svých základních potřeb, pocit osobního štěstí a sounáležitosti. Jedinci se zde dostává četných podnětů a životních zkušeností (12).

Tyto základní prvky, které by měla rodina dítěti poskytnout, mohou být ztíženy v důsledku narození dítěte s postižením. Podle Jankovského je za normálních okolností narození dítěte očekáváno s velkými nadějemi. Rodiče očekávají dítě zdravé, dokonalé, symbolizující čistotu. Pokud se jim však narodí dítě s postižením, objevuje se pocit

bezvýhodné situace. V této době nastává proces vyrovnávání se se skutečností, tzv. „coping“. Rodina a zejména rodiče se musí vyrovnat se skutečností, že je dítě postiženo, odlišuje se od normálu a nenaplnuje očekávání, které si všichni předem vytyčili (9).

Dle Matějčka dítě nezapadá do představy, kterou si rodiče o zdravém dítěti vytvořili již dávno předtím, než se jim dítě narodí. Jsou proto nepochybně dotčeni ve své rodičovské identitě (17).

Pokud dojde k narození dítěte s postižením, je rodina většinou v prvním kontaktu s lékaři. S nimi o problému mluví, zjišťují důležité informace a řeší další možné postupy (15).

V tomto období, kdy odborníci sdělují tuto závažnou informaci samotným rodičům, je velmi důležitý samotný způsob sdělení.

Opařilová popisuje postup sdělení následovně. Pokud se jedná o postižení, které je patrné po porodu, je důležité informovat rodinu ještě v období, kdy je matka s dítětem v porodnici. Jestliže se jedná o postižení, které se projeví později, je považováno za dobré informovat oba rodiče současně ihned při potvrzení diagnózy. Odborník by měl vysvětlit rodičům příčiny a podstaty postižení a to srozumitelným způsobem (omezit medicínskou a latinskou terminologii).

Další postup při sdělení by měl směřovat k podrobnému objasnění alternativ i s jejich výhodami a riziky a nastolit tak rodičům možnosti volby a zároveň naději do budoucna.

Velkou roli ve sdělování takhle závažné informace hraje i prostředí. Odborník by si měl domluvit s rodiči schůzku v době, kdy se jim může bez výhrad věnovat. Rozhovor by se měl odehrávat v klidném prostředí bez rušivých elementů (22).

Jankovský uvádí, že je důležité nezahltit rodiče informacemi najednou a v této souvislosti považuje za účelnější scházet se opakovaně. Odborník by měl zaujmout pozici poradce, který rodiče na jejich nelehké cestě doprovází. V průběhu dalších

schůzek je dobrá přítomnost i samotného dítěte. Tím si lze k němu vybudovat od samého počátku pozitivní vztah (9).

U rodičů s postiženým dítětem dochází postupem času ke změnám v oblasti prožívání a chování. Tyto projevy lze vymezit do následujících fází:

- **Fáze nulitní** – člověk si možnost narození dítěte s postižením v obecné rovině uvědomuje, ale u sebe si tuto možnost nepřipouští (9).
- **Fáze šoku** – je silnou emoční reakcí rodičů na sdělení, že se jim narodilo dítě s postižením. Rodiče se ocitnou tváří v tvář nečekané realitě, prožívají deziluzi a hluboké zklamání (9).
- **Fáze popření** – jedná se o popření skutečnosti. Rodiče si vše vysvětlují jako omyl. Hledají lék, který způsobí zásadní obrat. Objevuje se také snaha vyhledat odborníky, kteří jim poskytnou příznivou zprávu (9).
- **Fáze agrese** – typické pro tuto fázi bývá hledání viny u druhých, agresivní pocity, vztek na celý svět, ale i na sebe sama. Agrese se dá také nahradit příhodnějšími pojmy zlost nebo zloba. Agrese bývá nejčastěji zaměřena na partnera nebo proti zdravotnickému personálu. Obviňují se také známí, sousedé, příbuzní (23).
- **Fáze deprese** – rodiče přepadá hluboký smutek, který se mísí s pocity viny a selhání. Tato situace může vyústit až k úplnému vyčerpání rodičů, a to do té míry, že už např. nejsou schopni ani pláče, který by jim přinesl úlevu. Vzniká u nich tak pocit, že je vše navždy ztraceno (9)!
- **Fáze smlouvání** – zoufalí rodiče mohou mít tendence se přiklánět k esoterickým přístupům, případně zaujímají náboženské postoje a to vše může vyústit až ke snaze „smlouvat s Bohem“ (9).
- **Fáze vyrovnávání se, akceptace** – na stadium deprese navazují fáze vyrovnávání se, při které dochází k postupnému snižování deprese, odbourávání úzkostí

a napětí. Až později následuje stadium akceptace, kdy se rodiče vyrovnávají s faktem, že mají dítě s postižením. Jsou schopni jej přijmout takové, jaké je, a hledají dostupná řešení do budoucna (9).

Můžeme se také setkat s tzv. pasivním únikem ze zátěžové situace (např. předáním dítěte do ústavu, opuštěním rodiny jedním z partnerů, upnutím se na své povolání, rezignací), která může dítě poškodit z důvodu zanedbávání péče o něj (22).

1.5.4 Výchova a vzdělávání dítěte se zdravotním postižením

Výchova dětí je náročná a výchova postižených dětí bývá ještě náročnější. Rodiče poskytují dítěti nepřetržitou péči, mnohdy musí provádět i drobná lékařská ošetření. Vedle toho se však objevují i domácí práce, starosti, povinnosti a zaměstnání. Péče o dítě s postižením je nejen fyzicky náročná, ale také časově. Rodičům dětí s postižením se zpravidla nedostává dostatečné podpory a povzbuzení. Působí-li rodiče na své okolí dojemem, že situaci zvládají, okolí předpokládá, že pomoc nepotřebují. Ve většině případů své okolí nebo rodinu o pomoc rodiče nežadají. Žádost o pomoc si spojují se selháním (20).

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je zahrnuto v zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Zde je v paragrafu 16 odstavce 1 uvedeno, že dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Dále je v paragrafu 16 odstavce 6 uvedeno, že děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem, na vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní, a na poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení (39).

1.5.5 Dělení zdravotního postižení

Květoňová-Švecová definuje postižení jako poruchu organismu. Ta vzniká různým způsobem, na různé úrovni, v různě vyjádřeném stupni. Tato porucha může být:

- **Vrozená**
- **Získaná** (viz kapitola 1.5.2) (15).

Existuje různé dělení zdravotního postižení

Postižení můžeme dělit také podle systémů, které postihují:

- **Tělesné postižení** – je postižen především pohybový aparát, dochází k poruše anatomické struktury nebo funkce pohybového aparátu. Může se jednat o kostní a svalové poruchy (deformity, svalová dystrofie, amputace), ale i funkční poruchy související s postižením periferní i centrální nervové soustavy.
- **Smyslové postižení** – dochází k poruše orgánů sluchu, řeči, zraku i dalších smyslů. Někdy dochází i k postižení mozkového centra sluchu, zraku, řeči apod.
- **Mentální postižení** – porucha myšlení, kognitivních funkcí, souvisí s postižením v oblasti centrální nervové soustavy, duševní poruchy.
- **Kombinované postižení** – jedná se o různě kombinovaná postižení, nejčastěji tělesné a mentální postižení, souvisí většinou s postižením centrální nervové soustavy (15).

Jesenský rozlišuje mezi sedmi velkými skupinami postižených osob:

Mentálně retardovaní, řečově a sluchově postižení, zrakově postižení, tělesně postižení, dlouhodobě (trvale) nemocní, obtížně vychovatelní, kombinovaně či sdruženě postižení, s poruchami v učení (11).

1.5.6 Tělesné postižení

Osoby s tělesným postižením se vyznačují celkovým nebo částečným omezením hybnosti. Může se jednat o prvotní nebo druhotné omezení hybnosti. V prvním případě jsou dvě možnosti. Buď se jedná o přímé postižení vlastního hybného ústrojí, nebo o postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části dochází k postižení vlastního hybného ústrojí např. amputací, vývojovými vadami, deformací apod. Ve druhém případě zůstává centrální i periferní nervová soustava a vlastní hybné ústrojí bez patologických změn. K omezení hybnosti dochází z jiných příčin. Projevují se tu důsledky chorob srdečních, kostních, revmatických apod., které omezují pohyb nemocného (31).

1.5.6.1 Dětská mozková obrna

Vítková uvádí, že dětská mozková obrna je raně vzniklé poškození mozku, které se projevuje převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti. Mozek může být poškozen v období před porodem, při porodu nebo krátce po něm. V této době se ještě mozková tkáň vyvíjí a není zcela zralá.

Příčiny DMO dle období:

- ***Prenatální*** (před porodem) – příčiny jsou onemocnění matky v těhotenství, infekční onemocnění, působení škodlivin, nedostatečná výživa, škodlivé působení rentgenových paprsků, rádiového záření;

- **Perinatální** (během porodu) – obtížný, dlouhotrvající porod spojený s nedostatečným zásobením plodu kyslíkem a glukózou, poruchy pupeční šňůry, předčasné odloučení placenty, porod pánevním koncem, klešťový porod, abnormalita porodních cest, krvácení do mozku, těžká novorozenecká žloutenka;
- **Postnatální** (po porodu) – infekce, úrazy a jiná poškození spojená s centrálním nervovým systémem v raných stádiích vývoje dítěte, meningitida, encefalitida, toxikózy do 1. roku dítěte (19)(33).

Podle typu hybného postižení se rozlišují formy DMO a to na:

1. spastické DMO – sem patří:

- **Forma diparetická** (paraparetická) s různým stupněm postižení zejména dolních končetin. Postiženy mohou být i horní končetiny, to se však stává méně a v menším rozsahu. Příčina je v nezralosti nervového systému. Typickým projevem je tzv. nůžkovitá chůze (scissors gait), kdy dolní končetiny jsou ztuhlé a kolena se dotýkají nebo kříží (4)(9).
- **Forma hemiparetická** – jedná se o hemisferální postižení, které se projevuje postižením jedné poloviny těla. Postižení je více patrné u horní končetiny. Typickým projevem je flekční držení ruky (složené ptačí křídlo).
- **Forma kvadraparetická** – je poškození všech končetin. Každá končetina může mít jiný stupeň postižení.

2. nespastické DMO – sem patří:

- **Forma hypotonická** – dominantní je oslabení svalového tonu trupu i končetin, vznik je centrálního původu. V důsledku sníženého svalového napětí mají děti zvýšený rozsah pohybů v kloubech.

- **Forma dyskinetická** (extrapyramidová) – projevuje se: grimasováním, atetoidními dyskinézemi a hadovitými hyperkinézami hlavy, trupu i končetin. Nepotlačitelné pohyby se mohou projevovat jako: atetotické, choreatické, balistické, myoklonické či lordotická dystonie. Hyperkinetický syndrom se objevuje v perinatálním období a příčinou jeho vzniku je poporodní žloutenka (9)(25).

K DMO se často přidružují i další poruchy. Mezi ně patří mentální retardace, epilepsie, smyslové poruchy (jako jsou zrakové obtíže, poruchy sluchu, řeči) a poruchy somatického růstu (9).

1.5.6.2 Neuromuskulární a svalová onemocnění

Klinickými příznaky této skupiny onemocnění jsou např. poruchy chůze, poruchy čítí, periferní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, změna konzistence a bolesti svalů.

Mezi neuromuskulární onemocnění patří:

- **Poliomyelitida** – jedná se o infekční onemocnění, poškozuje šedou hmotu v předních rozích míšních. Díky očkování Sabinovou vakcínou se u nás již nevyskytuje.
- **Artrogrypóza** – vzniká v rámci myopatií, jsou pro ni charakteristické mnohočetné kloubní deformity.
- **Progresivní svalová dystrofie** – dochází k degeneraci svalových vláken příčně pruhovaného svalstva, to je nahrazováno vazivovou nebo tukovou tkání.
- **Myopatie** – závažné chronické onemocnění svalů v dětském věku. K poruše hybnosti dochází přímo ve svalu – poškození svalového vlákna.

- **Duchennova svalová dystrofie** – dochází k postupnému úbytku svalstva. Je dědičná a postihuje mužské pohlaví.
- **Charcotova-Marieova-Toothova choroba** – dochází k postupnému zániku osových vláken a myelinových pochev u periferních nervů.
- **Spinální muskulární atrofie (SMA)** – spinální svalové atrofie zahrnují skupinu geneticky podmíněných onemocnění, jejichž podkladem je degenerace motorických buněk předních rohů míšních, případně motorických bulbárních jader.
- **Metabolické myopatie** – dochází k narušení fyziologie svalu (9).

1.5.6.3 Další somatické postižení včetně postižení nervové soustavy

Existuje celá řada somatických postižení. Lze sem zařadit deformity kloubů, lebky, končetin i svalů. Deformity lebky:

- **mikrocefalie** – jedná se o zmenšení obvodu hlavičky dítěte
- **makrocefalie** – zde se jedná o nadměrné tempo růstu obvodu hlavičky

Mezi vrozená onemocnění mozku patří tuberózní skleróza. Její projev může mít kožní i nervové příznaky, s přidruženou epilepsií. Do této skupiny patří i tumory CNS, které mohou být příčinou zástavy psychomotorického růstu. Nejtěžší postižení vznikají následkem úrazů hlavy a mozku. Nelze opomenout také skupinu představující degenerativní onemocnění NS. Do této skupiny se řadí Friedreichova ataxie, při které dochází k deformitě dolních končetin a je provázána poruchami srdeční činnosti (9).

1.5.6.4 Ortopedická a jiná postižení

Jedním z nejznámějších ortopedických postižení je vrozené vykloubení kyčlí. Dále se můžeme setkat u chlapců s tzv. Perthesovou chorobou a to zpravidla ve věku od 5 do 7 let. Jedná se o chorobu, při které dochází k tříštění hlavičky stehenní kosti na ostrůvky.

Poměrně častý je i výskyt deformací páteře. Mezi deformace páteře řadíme hyperkyfózu a skoliózu. Skolióza je patologické vybočení páteře doprava nebo doleva. Páteř je spirálovitě zakřivená. Idiopatická skolióza je jedna z nejčastějších typů skolióz. Dělí se dle věku do několika skupin: infantilní (v dětském věku), juvenilní (v období dospívání) a adolescentní.

Znaky, které naznačují vadné držení těla:

- **Zvětšená hrudní kyfóza (hyperkyfóza)** – ohnutí hrudní části páteře, odstáté lopatky a sevřený hrudník mezi rameny s čímž souvisí zvětšená krční lordóza.
- **Zvětšená krční lordóza** – předsunutí a prohnutí krční páteře spolu s předsunutím a zakloněním hlavy.
- **Zvětšená bederní lordóza** – zvětšené prohnutí v bederní páteři spolu s uvolněným břichem a hýžděmi a nesprávným sklonem pánve.
- **Nedostatečné zakřivení páteře** – projevuje se plochými zády i hrudníkem a nesprávným sklonem pánve.
- **Skoliotické držení těla** – je způsobeno rotací páteře a projevuje se nesymetrickým obrysem těla s různou výškou ramene a lopatek.
- **Vnitřní nebo vnější bočitost kolen** – je často spojena se špatným postavením hlezenních kloubů.
- **Plochá noha** – projevuje se poklesem až vymizením nožní klenby v podélném nebo příčném směru.

V období adolescence může vzniknout Scheuermannova nemoc. Jedná se o onemocnění páteře, které se projevuje bolestí zad, změnami na obratlích a meziobratlových ploténkách. Vrozeným dědičným onemocněním, u kterého dochází k narušení vývoje chrupavky, je chondrodystrofie (trpaslictví) a lze sem zařadit i dysmelie (jedná se o poruchu zárodečného vývoje končetin). Vlivem úrazu dochází

také k amputaci, která je řazena mezi ortopedická postižení. Amputace je umělé oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu. Její příčinou může být také cévní onemocnění, zhoubné nádory nebo sepse (9)(19)(25).

1.5.7 Smyslová postižení

Dle Votavy lze chápat smyslová postižení jako poruchu v oblasti nejdůležitějších smyslů, které jsou potřebné pro kontakt se zevním světem. Patří sem zrak, sluch, řeč nebo jejich vzájemná kombinace (34).

1.5.7.1 Poruchy řeči

Řeč je specifická schopnost člověka, díky níž je jedinec schopen vyjádřit svoje potřeby, přání, pocity a myšlenky. Řeč pomáhá jedinci při získávání informací a navazování kontaktů s okolím. Existuje mnoho faktorů, které řeč ovlivňují, např. mentální úroveň, motorika, sensorika, myšlení, vnímání a vliv mají také vnější faktory např. přírodní, společenské i rodinné prostředí. Schopnost komunikace se vyvíjí a zdokonaluje v průběhu celého života. Zlomové je však období do šestého roku života dítěte (22).

Dle Lechty je schopnost člověka komunikovat narušena tehdy, když některá rovina jeho jazykových projevů (příp. několika rovin současně) působí interferenčně vzhledem ke komunikačnímu záměru (16).

Klasifikace - přehled vad a poruch řeči:

- **Centrální vady a poruchy** – vývojová dysfázie, afázie, breptavost (tumultus sermonis), kóktavost (balbuties).
- **Neurotické vady a poruchy** – mutismus, elektivní mutismus, surdomutismus.
- **Vady mluvidel** – huhňavost (rhinolalia), palatolálie.

- **Poruchy artikulace** – dyslalie, dysartrie.
- **Poruchy hlasu** – chraptivost (dysfonie), mutace.
- **Symptomatické vady a poruchy** – způsobené jiným primárním postižením (27).

1.5.7.2 Zrakové vady

Zrak je bez nadsázky považován za jeden z nejdůležitějších smyslů pro člověka. Jedná se o primární smysl, díky kterému získáváme až 90 % všech informací (27).

Zraková vada je ztráta, poškození nebo také omezení zrakového orgánu (31). Pro vznik zrakových vad je velmi důležitá doba jejich vzniku. Příčiny mohou být prenatální, perinatální, postnatální a získané (5).

Klasifikace zrakových vad a poruch podle různých kritérií:

- **Klasifikace zrakových vad** – podle postižení zrakových funkcí, stupně zrakového postižení, doby vzniku, etiologie.
- **Klasifikace zrakového postižení podle WHO** – střední slabozrakost, silná slabozrakost, těžce slabý zrak, praktická nevidomost, úplná nevidomost (27).

1.5.7.3 Sluchové vady

Sovák uvádí, že pro vytváření a rozvíjení řeči má rozhodující význam právě sluch. Každá porucha sluchu má závažné důsledky pro výstavbu, strukturu řeči i osobnosti. Nejdůležitější je doba vzniku sluchové poruchy a její stupeň (28). Existují tři možnosti, jak dosáhnout zlepšení sluchu u jedinců se sluchovým postižením. Mezi tyto možnosti řadíme: zlepšení akustických podmínek v místnosti, různé typy naslouchadel nebo zavedení kochleárního implantátu (3).

Vadu sluchu lze definovat jako trvalé postižení bez možnosti úplné nápravy. Vznikne-li podezření na přítomnost sluchového postižení, je důležité včasné vyšetření a určení příčiny (7).

Klasifikace sluchového postižení podle různých kritérií:

- **Podle typu** – převodní vady, percepční vady, smíšené vady.
- **Podle stupně (intenzity) sluchové ztráty** – nedoslýchaví, neslyšící, ohluchlí.
- **Podle doby vzniku** – vrozené, získané.
- **Podle etiologie** – orgánové postižení, funkční postižení (27).

1.5.8 Mentální a duševní postižení

Dle Švarcové jsou za mentálně postižené považováni jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka i míra postižení funkcí je odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, ke kterému dochází strukturálním poškozením mozkových buněk nebo abnormalitou vývoje mozku (29).

Osoby s mentálním postižením mají již od časného dětství snížené rozumové schopnosti. Příčina může být zčásti známa (např. Downův syndrom, mikrocefalie), v řadě případů však neznáma (34).

Mentální postižení není nemoc, jedná se o trvalý stav způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku (29). Lze jej definovat z různých hledisek např. biologického, psychologického, sociálního, pedagogického i právního (27).

1.5.8.1 Mentální retardace

Mentální retardace vychází z latinských slov „ment“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit). Doslovný překlad tedy zní „opoždění (zpomalení) mysli“. Ve skutečnosti se jedná o mnohem složitější syndromatické postižení, které postihuje jak psychické schopnosti, tak celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách.

Klasifikace mentální retardace:

- **Lehká mentální retardace** (IQ 50-69) – u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Většina osob je v dospělosti schopna pracovat, navazovat a udržovat dobré sociální vztahy. Zahrnuje slabomyslnost (oligofrenii) a lehkou mentální subnormalitu.
- **Středně těžká mentální retardace** (IQ 35-49) – u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 6-9 let. Většina osob je schopna dosáhnout určitého stupně nezávislosti a samostatnosti v sebeobsluze. Zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu.
- **Těžká mentální retardace** (IQ 20-34) – u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku 3-6 let. Projevuje se potřebou soustavné pomoci a podpory. Zahrnuje těžkou mentální subnormalitu.
- **Hluboká mentální retardace** (IQ je nižší než 20) – u dospělého jedince odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky. Projevuje se vážným omezením v sebeobsluze, kontingenci, komunikaci a mobilitě. Zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu.
- **Jiné mentální retardace**
- **Nespecifikovaná mentální retardace** (26)(27).

1.5.8.2 Pervazivní vývojové poruchy

Thorová uvádí, že pervazivní vývojové poruchy patří k nejzávažnějším poruchám dětského mentálního věku. Pervazivní lze definovat jako všepronikající a vyjadřuje fakt, že vývoj dítěte je narušen v mnoha směrech (30). V naší zemi se schopnost rozpoznávat projevy pervazivní vývojové poruchy rozvinula až v posledních několika letech. Skupina pervazivních vývojových poruch se vyznačuje určitými specifiky v projevech, tudíž vyžaduje i odlišný přístup. Tyto projevy zasahují do senzomotoriky, ovlivňují také řeč a jazyk, vztahy k lidem, objektům i událostem (6). Poruchy se projeví již v prvních letech života (2).

Patří sem např.: autismus, Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, jiná dezintegrační porucha v dětství, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby (8).

1.5.9 Kombinované postižení

Nejčastěji se klasifikují a teoreticky popisují jednotlivé druhy postižení zvlášť. V praxi se však můžeme setkat s kombinací dvou i více různých vad nebo poruch u jednoho člověka. Jedná se o tak rozsáhlou a různorodou skupinu znevýhodnění, že prakticky není možnost vytvořit jednotný klasifikační systém (27).

U kombinovaného postižení je současně narušeno několik funkcí (systémů). Jedná se o komplikovanou situaci, jejíž řešení je závislé jednak na vlastní kombinaci postižení u jedince (dítěte) a jednak na tom, které z těchto postižení dítě nejvíce znevýhodňuje (9).

V následujících kapitolách se věnuji postupům a výsledkům svého šetření.

2 CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZA

2.1 Cíle práce

Cíl č. 1: Zjistit, zda je možná integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích.

Cíl č. 2: Zjistit, které MŠ v Českých Budějovicích umožňují integraci dětí se zdravotním postižením.

Cíl č. 3: Zjistit, jaké jsou faktické (reálné) možnosti integrace dětí se zdravotním postižením v těchto MŠ.

2.2 Hypotéza

V souvislosti se stanovenými cíli jsem se pokusila i o zformulování následující hypotézy.

Hypotéza č. 1: Většina MŠ v Českých Budějovicích umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením.

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro získání potřebných informací ke stanovené problematice jsem použila metodu dotazování a formu dotazníku.

Dotazník je výzkumný a diagnostický prostředek ke shromažďování informací prostřednictvím dotazování osob. Podstatou je soubor otázek zkonstruovaný podle kritérií vědecké metodologie předkládaný v písemné podobě (24).

Vytvořila jsem dva typy dotazníků. První dotazník (Příloha č. 1) byl určený ředitelkám MŠ. Druhý dotazník (Příloha č. 2) jsem předložila učitelům/kám MŠ. Otázky obou dotazníků se v některých případech liší. Zároveň však byly vytvořeny tak, aby vždy jasně odpovídaly na stanovené cíle práce.

Dotazník patří mezi nejpoužívanější prostředky ke sběru informací. Vlastní dotazník by měl mít danou formální úpravu: úvodní formuli, která obsahuje oslovení, představení se respondentovi a zdůvodnění výzkumu. Dotazník je v podstatě standardizovaným souborem otázek, jež jsou předem připraveny na určitém formuláři. Celý scénář dotazníku a formulace jednotlivých otázek ovlivňuje dotazovaného určitým směrem, vytváří určité klima, které má vliv na jednotlivé odpovědi. Kladné stránky dotazníku znehodnocuje častá nízká návratnost (14).

Dotazníky obsahovaly otázky uzavřené i otevřené. V úvodní části dotazníku jsem zdůraznila, že veškeré informace, které budou v dotazníku uvedeny, podléhají anonymitě. Anonymitou rozumíme respektování důvěrného charakteru individuálních informací, záruku jejich využití pouze pro hromadné zpracování, nebo přímo jako záruku neidentifikovatelnosti konkrétních osob, které jsou zdrojem informací (14).

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Základním výzkumným souborem byly mateřské školy (dále jen MŠ) v Českých Budějovicích. Aby mohl začít výzkum, bylo nutné si vytvořit seznam MŠ.

Seznam MŠ, které jsou zřízené statutárním městem České Budějovice, byl získán na Magistrátu města České Budějovice, odboru školství a tělovýchovy, v organizačním oddělení. Dále za pomoci internetového vyhledávání byla nalezena MŠ, jejímž zřizovatelem je církev. Jedná se o MŠ Lipenská 3.

V Českých Budějovicích je v současné době 15 MŠ a 4 další, které jsou součástí základních škol. Tyto jmenované MŠ, jak jsem již zmiňovala výše, jsou zřizovány statutárním městem České Budějovice.

Dotazníky byly ředitelkám předány osobně. Tato forma, dle mého názoru, je z etického hlediska nejvhodnější. Zároveň byly požádány o předání dotazníků učitelům/kám. V rámci výzkumu bylo osloveno 13 ředitelky MŠ. S provedením výzkumu nesouhlasily dvě ředitelky. Nespolupráce dvou MŠ byla zdůvodněna – nedostatkem času, velkým počtem přichozích dotazníků nebo nezájmem o tento výzkum. Z toho vyplývá, že počet MŠ, které s provedením výzkumu souhlasily, se snížil na 11. Při provádění výzkumu někteří učitelé byli nemocní nebo dotazníky nevyplnili. I přesto mi bylo vráceno 78 dotazníků. Prostřednictvím e-mailu bylo osloveno zbývajících 6 MŠ (z časových důvodů nebylo možné osobní setkání). Bohužel z těchto zařízení byla návratnost dotazníků nulová.

Dotazníkové šetření probíhalo v únoru a březnu 2011. Pro zpracování dat bylo využito grafů i tabulek. Výsledky jsou uváděny v procentech i v absolutních číslech.

4 VÝSLEDKY

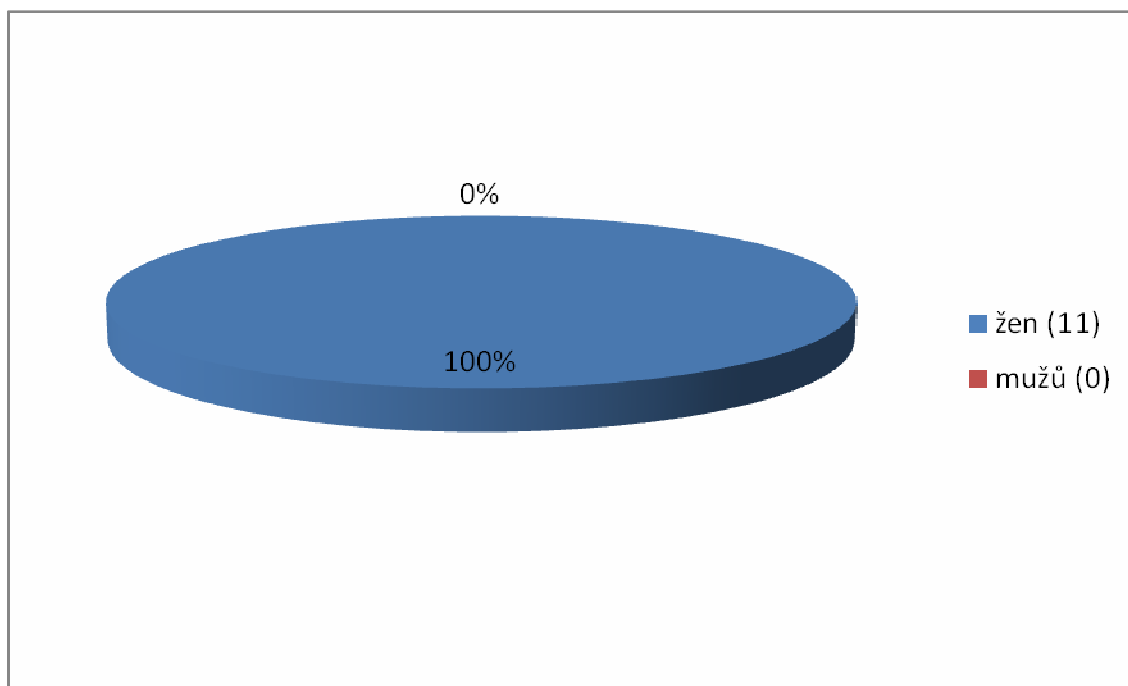
4.1 Shrnutí výsledků získaných pomocí dotazníků pro ředitele MŠ

V rámci svého výzkumu jsem osobně oslovila 13 ředitelek MŠ v Českých Budějovicích. Z toho se jednalo o 12 MŠ zřízených statutárním městem České Budějovice (Čěčova 40/1, E. Pittera 2, J. Opletala 22, Jizerská 4, K. Štěcha 5, Neplachova 3, Nerudova 53, Papírenská 23, Pražská 17, Větrná 24, Vrchlického nábřeží 1388, Zeyerova 33) a 1 MŠ, jejímž zřizovatelem je církev (Lipenská 3). Z 13 oslovených ředitelek MŠ, se výzkum zúčastnilo 11. Nespolupráce dvou MŠ byla zdůvodněna – nedostatkem času, velkým počtem příchozích dotazníků nebo nezájmem o tento výzkum. Dotazník pro ředitelky MŠ obsahoval 8 otázek, které byly uzavřené i otevřené.

Otázka č. 1: POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ.

(k otázce 1 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 1 zobrazuje počet respondentů, kterým byl předložen dotazník. Celkově se výzkumu zúčastnilo 0 % mužů (0) a 100 % žen (11). V závorkách jsou uvedeny počty respondentů.

Otázka č. 2: VĚKOVÉ SLOŽENÍ DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ.

(k otázce 2 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Tabulka obsahuje výsledky v procentech.

VĚK	do 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 – 60 let
POČET ŘEDITELŮ	0% (0)	0% (0)	36 % (4)	64 % (7)

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 1 vidíme věk dotazovaných respondentů, který se pohybuje v rozmezí 47 – 57 let. Nejvíce respondentů – 64 % (7) – bylo ve věku 51 – 60 let. 36 % respondentů (4) bylo ve věku 41 – 50 let. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Otázka č. 3: NÁZEV ŠKOLY.

(k otázce 3 dotazníku pro ředitelky MŠ)

**DOTAZNÍKY BYLY ZPRACOVÁVÁNY Z TĚCHTO MŠ V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH**

1. MŠ Čěčova 40/1
2. MŠ E. Pittera 2 – (umožňuje integraci)
3. MŠ J. Opletala 22
4. MŠ K. Štěcha 5
5. MŠ Neplachova 3 – (umožňuje integraci)
6. MŠ Papírenská 23
7. MŠ Pražská 17
8. MŠ Větrná 24 – (umožňuje integraci)
9. MŠ Vrchlického nábřeží 1388 – (umožňuje integraci)
10. MŠ Zeyerova 33 – (umožňuje integraci)
11. MŠ Lipenská 3 – (umožňuje integraci)

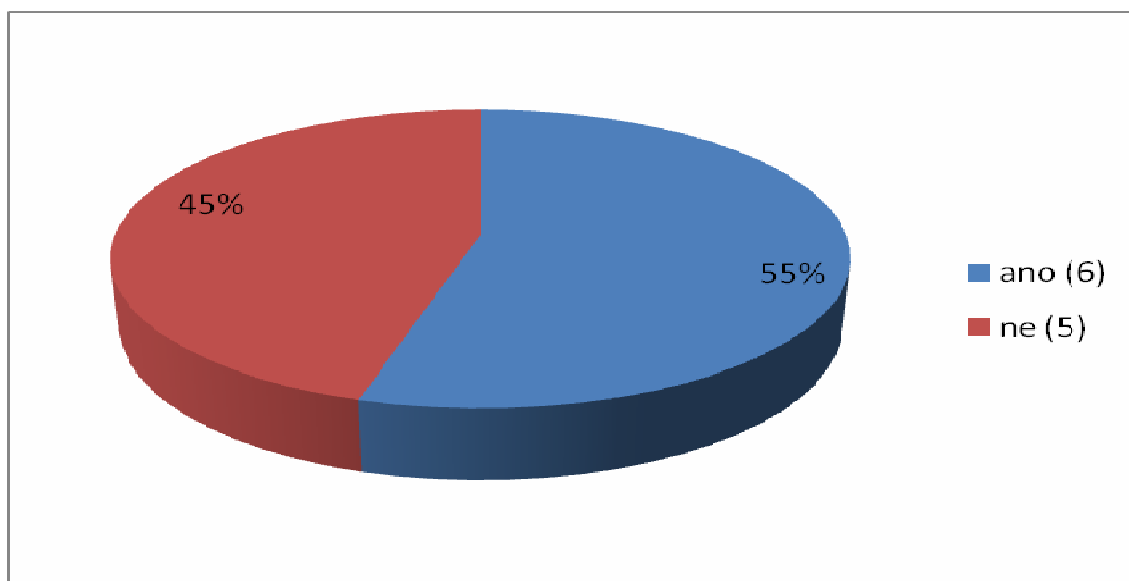
Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 2 zobrazuje 11 MŠ. Z toho se jedná o 10 MŠ zřízených statutárním městem České Budějovice a 1 MŠ je zřízená církví (Lipenská 3). Z tabulky je patrné, které MŠ umožňují integraci.

Otázka č. 4: UMOŽŇUJE MŠ, VE KTERÉ JSTE ŘEDILKA, INTEGRACI DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM?

(k otázce 4 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



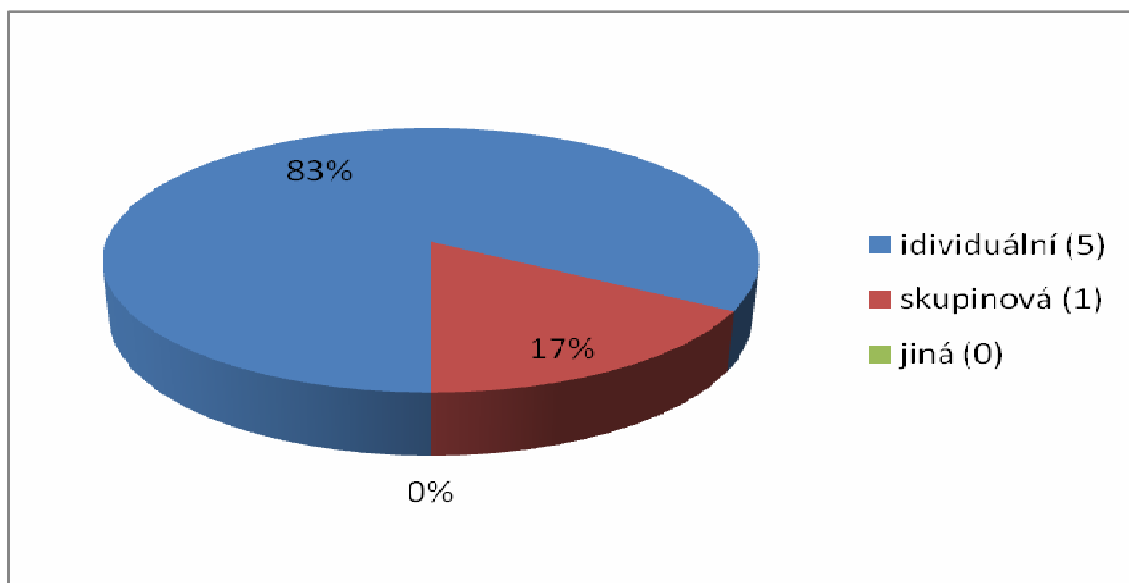
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 2 ukazuje, že z 11 oslovených MŠ umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením 55% (6) MŠ. V závorkách je uveden počet MŠ.

Otázka č. 5: POKUD ANO, JAKÉ MOŽNOSTI INTEGRACE NABÍZÍTE?

(k otázce 5 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v procentech.



Zdroj: vlastní výzkum

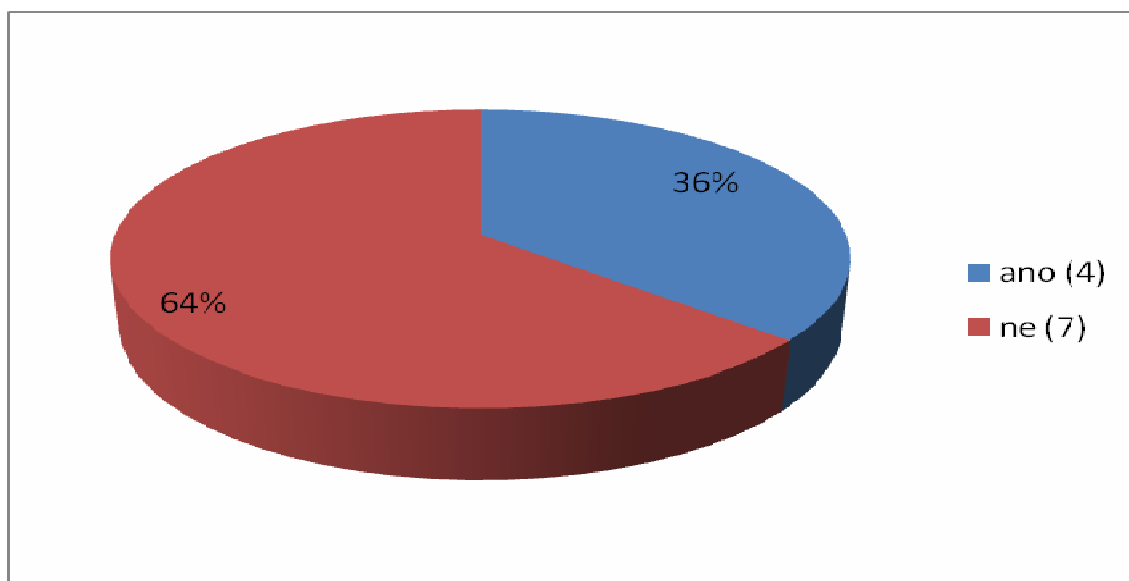
Otázka č. 5 navazuje na otázku č. 4. Otázka č. 5 zjišťuje, jaké možnosti integrace MŠ nabízí.

Graf č. 3 zobrazuje, že 83 % (5) dotazovaných ředitelek MŠ upřednostňuje individuální možnost integrace a 17 % (1) ředitelek skupinovou integraci. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Otázka č. 6: MÁTE V SOUČASNÉ DOBĚ V MŠ INTEGROVANÉ DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM?

(k otázce 6 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v procentech.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 4 znázorňuje, že pouze 36 % (4) z oslovených MŠ mají v současné době integrované dítě se zdravotním postižením. V závorkách je uveden počet MŠ v absolutním čísle.

Citace:

- NE – „V současné době není požadavek.“
- NE – „V současném školním roce nebyl zájem o integraci.“

Otázka č. 7: POKUD NE, VYSVĚTLETE DŮVOD, PROČ INTEGRACI NEUMOŽŇUJETE?

(k otázce 7 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Tato otázka je určena pro respondenty, kteří v otázce č. 6, odpověděli NE.

Na základě otázky č. 6 bylo zjištěno, že 7 MŠ nemá v současné době integrované žádné dítě se zdravotním postižením.

V této otázce měli dotazovaní volný prostor k vyjádření důvodů, proč integraci neumožňují. Na základě níže uvedených citací lze za hlavní důvody uvést nevyhovující podmínky (materiální, technické, personální), dále pak velký počet dětí na třídu a nedostatek finančních prostředků.

Uváděné důvody cituji:

A: „Učitelky nemají specializaci, vysoké počty dětí na třídě, MŠ není stavebně přizpůsobená.“

B: „V současné době není požadavek.“

C: „ Nemáme vhodné podmínky pro takové děti:

1) velký počet dětí na třídě

2) nejsou asistenti.“

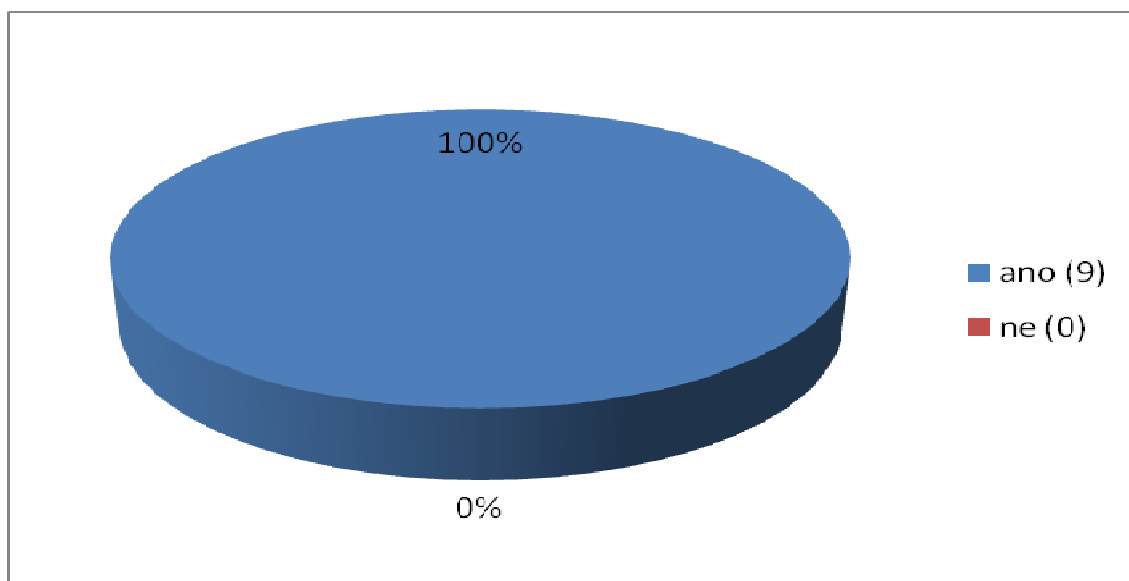
D: „V současném školním roce nebyl zájem o integraci.“

E: „Nemáme k tomu vyhovující podmínky (patrová budova bez výtahu).“

Otázka č. 8: MYSLÍTE SI, ŽE INTEGRACE DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JE PŘÍNOSNÁ PRO DĚTI I PRO ŠKOLU?

(k otázce 8 dotazníku pro ředitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v procentech.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 5. Všechny dotazované ředitelky MŠ si myslí, že integrace dítěte se zdravotním postižením je přínosná pro děti i pro školu. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Citace:

- ANO – „Pro děti.“
- ANO – „Záleží na stupni a diagnóze postižení, a zda má pro to škola podmínky.“

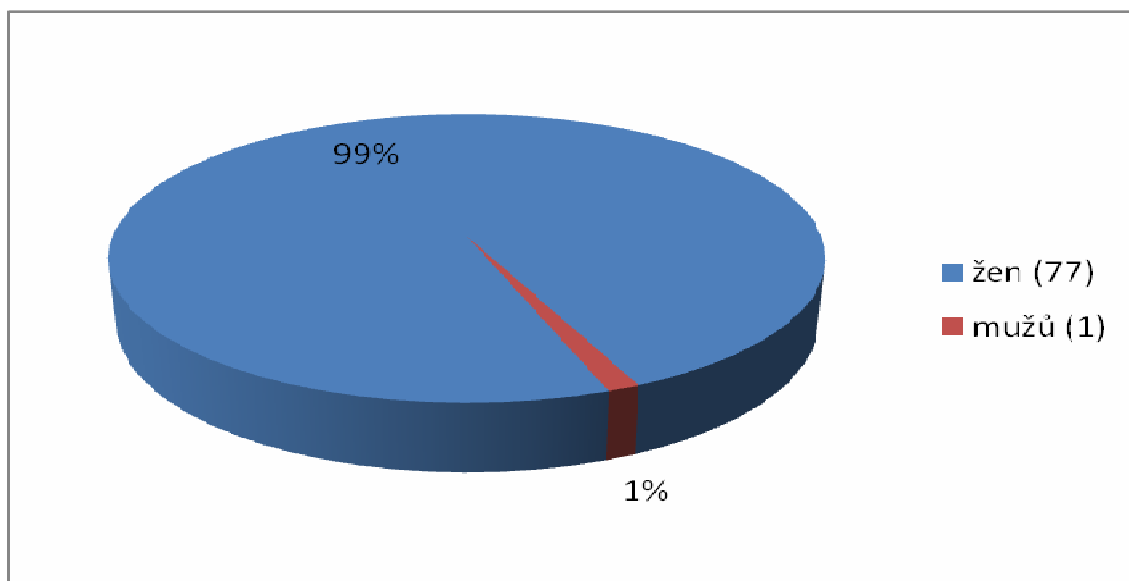
4.2 Shrnutí výsledků získaných pomocí dotazníků pro učitele MŠ

V rámci svého výzkumu jsem prostřednictvím ředitelek oslovila učitele MŠ v Českých Budějovicích. Jednalo se o 12 MŠ zřízených statutárním městem České Budějovice (Čečova 40/1, E. Pittera 2, J. Opletala 22, Jizerská 4, K. Štěcha 5, Neplachova 3, Nerudova 53, Papírenská 23, Pražská 17, Větrná 24, Vrchlického nábřeží 1388, Zeyerova 33) a 1 MŠ, jejímž zřizovatelem je církev (Lipenská 3). Přesný počet oslovených učitelů neuvádím. Při provádění výzkumu někteří učitelé byli nemocní nebo dotazník nevyplnili. I přesto mi bylo vráceno 78 dotazníků. Dotazník pro učitele MŠ obsahoval 8 otázek, které byly uzavřené i otevřené.

Otázka č. 1: POHLAVÍ DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ.

(k otázce 1 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 6 zobrazuje počet respondentů, kterým byl předložen dotazník. Celkově se výzkumu zúčastnilo 1 % mužů (1) a 99 % žen (77). V závorkách jsou uvedeny počty respondentů.

Otázka č. 2: VĚKOVÉ SLOŽENÍ DOTAZOVANÝCH RESPONDENTŮ.

(k otázce 2 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Tabulka obsahuje výsledky v procentech.

VĚK	do 30 let	31 – 40 let	41 – 50 let	51 – 60 let
POČET UČITELŮ	19 % (15)	10 % (8)	30 % (23)	41 % (32)

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 3 vidíme věk dotazovaných respondentů, který se pohybuje v rozmezí 19 – 59 let. Nejvíce respondentů – 41 % (32) – bylo ve věku 51 – 60 let. 30 % respondentů (23) bylo ve věku 41 – 50 let. 19 % respondentů (15) bylo ve věku do 30 let a 10 % (8) respondentů lze zařadit do rozmezí 31 – 40 let. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Otázka č. 3: NÁZEV ŠKOLY, KDE VYUČUJETE.

(k otázce 3 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

**DOTAZNÍKY BYLY ZPRACOVÁNÁNY Z TĚCHTO MŠ V ČESKÝCH
BUDĚJOVICÍCH**

12. MŠ Čečova 40/1
13. MŠ E. Pittera 2 – (umožňuje integraci)
14. MŠ J. Opletala 22
15. MŠ K. Štěcha 5
16. MŠ Neplachova 3 – (umožňuje integraci)
17. MŠ Papírenská 23
18. MŠ Pražská 17
19. MŠ Větrná 24 – (umožňuje integraci)
20. MŠ Vrchlického nábřeží 1388 – (umožňuje integraci)
21. MŠ Zeyerova 33 – (umožňuje integraci)
22. MŠ Lipenská 3 – (umožňuje integraci)

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 4 zobrazuje 11 MŠ. Z toho se jedná o 10 MŠ zřízených statutárním městem České Budějovice a 1 MŠ je zřízená církví (Lipenská 3). V závorkách je uvedeno, která MŠ umožňuje integraci.

Otázka č. 4: DÉLKA PEDAGOGICKÉ PRAXE RESPONDENTŮ MŠ?

(k otázce 4 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Tabulka obsahuje výsledky v procentech.

DÉLKA PEDAGOGICKÉ PRAXE (ROKY)	1 – 10 let	11 – 20 let	21 - 30 let	31 - 40 let
UČITELŮ	33 % (26)	12 % (9)	28 % (22)	27 % (21)

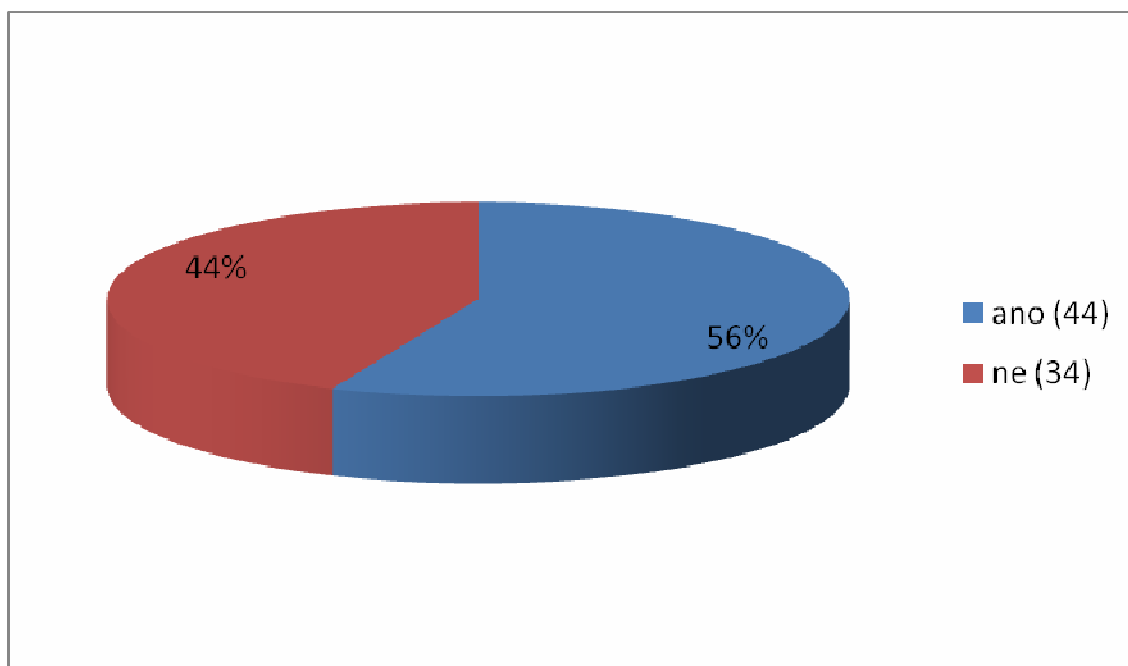
Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce č. 5 vidíme délku pedagogické praxe oslovených respondentů. Největší počet respondentů – 33 % (26) uvádí délku své pedagogické praxe v rozmezí 1 – 10 let. Následuje 28 % (22) respondentů, kteří uvádí délku své pedagogické praxe v rozmezí 21 – 30 let. 27 % respondentů (21) bylo zařazeno do rozmezí 31 – 40 let a 12 % (9) respondentů lze zařadit do rozmezí 11 – 20 let. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Otázka č. 5: UMOŽŇUJE MŠ, VE KTERÉ PRACUJETE, INTEGRACI DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM?

(k otázce 5 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



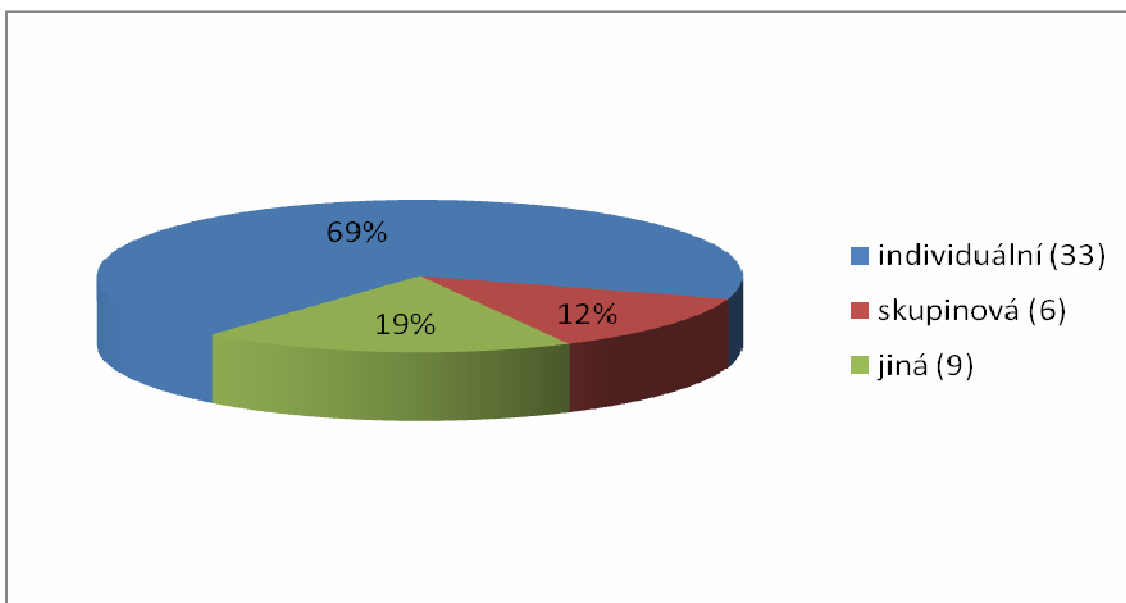
Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 7: 44 oslovených respondentů (56 %) odpovědělo, že MŠ, ve které pracují, umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením. Zbývajících 34 respondentů (44 %) odpovědělo, že integraci dětí se zdravotním postižením neumožňuje. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů v absolutním čísle.

Otázka č. 6: POKUD ANO, JAKÉ MOŽNOSTI INTEGRACE NABÍZÍTE?

(k otázce 6 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



Zdroj: vlastní výzkum

Otázka č. 6 navazuje na otázku č. 5. Otázka č. 6 zjišťuje, jaké možnosti integrace MŠ nabízí.

Graf č. 8: Z oslovených respondentů, kteří odpověděli na otázku č. 5 ANO, preferuje individuální integraci 69 % (33) respondentů, dále 12 % (6) je pro skupinovou a 19 % (9) upřednostňuje jinou (např. za přítomnosti asistenta). Někteří z respondentů zakroužkovali možnost integrace individuální i skupinové. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů.

Otázka č. 7: POKUD NE, VYSVĚTLETE DŮVOD.

(k otázce 7 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Tato otázka je určena pro respondenty, kteří v otázce č. 5, odpověděli NE. Na základě otázky č. 5 bylo zjištěno, že 6 MŠ nemá v současné době integrované žádné dítě se zdravotním postižením.

V této otázce měli dotazovaní volný prostor k vyjádření důvodů, proč integraci neumožňují. Na základě níže uvedených citací lze za hlavní důvody uvést nevyhovující podmínky (materiální, technické, personální), dále pak velký počet dětí na třídu a nedostatek finančních prostředků.

Uváděné důvody cituji:

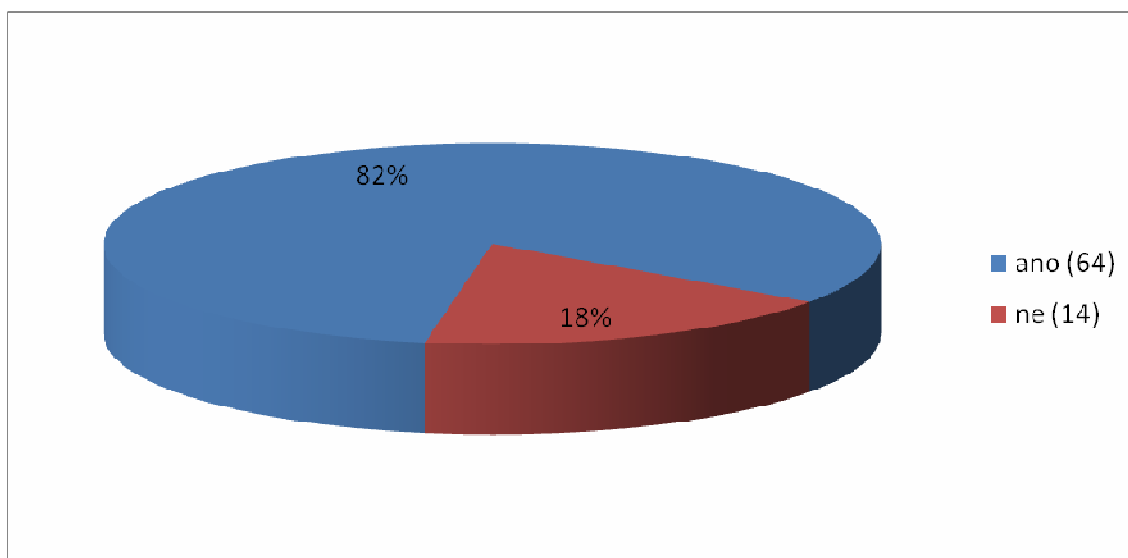
- A:** „Pro vysoký počet dětí na třídě není integrace možná. Udržet pozornost v kolektivu takovýchto dětí je práce velmi vysilující a ještě málo placená.“
- B:** „Není bezbariérový vstup, nedostatečné prostory. Velký počet dětí na 1 učitelku a chybí specializace učitelek.“
- C:** „Budova MŠ není bezbariérová, na třídě chybí asistent pro postižené dítě a pomůcky.“
- D:** „Jsme sídlištní MŠ s počtem 28 dětí na třídě – pokud by bylo přijato dítě se zdravotním postižením, bylo by nutné snížit počet dětí a to z důvodu velkého počtu žádostí není zatím možné.“
- E:** „Stále se snižující roční rozpočet, vysoké počty dětí na třídách.“
- F:** „Naplněná kapacita MŠ, neupravené prostory pro tyto účely, žádné speciální pomůcky a neproškolený personál (speciální pedagog = finance).“

- G:** „Nevyhovující vybavení interiéru, chybí bezbariérové vstupy a asistent.“
- H:** „V MŠ je hodně schodů, není bezbariérový přístup.“
- CH:** „Velký počet dětí na třídě, většina tříd je sportovně zaměřená.“
- I:** „Při počtu 27 dětí na třídě není možné se zodpovědně a stejnou mírou věnovat jak postiženému dítěti, tak ostatním dětem.“
- J:** „Chce to specifické školy s malým počtem dětí, vzdělání učitelů se zaměřením na určitý druh postižení.“
- K:** „Velké množství dětí, není možná individuální práce.“

Otázka č. 8: MYSLÍTE SI, ŽE INTEGRACE DÍTĚTE SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM JE PŘÍNOSNÁ PRO DĚTI I PRO ŠKOLU?

(k otázce 8 dotazníku pro učitele/učitelky MŠ)

Graf obsahuje výsledky v absolutních hodnotách, resp. v číslech.



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 9: Z celkového počtu 78 (100 %) dotazovaných učitelů/ek MŠ si 82 % (64) myslí, že integrace dítěte se zdravotním postižením je přínosná pro děti i pro školu. Pouze 18 % (14) učitelů/ek tento názor nesdílí. V závorkách jsou uvedeny počty respondentů.

Citace:

- ANO – „Pro integrované dítě ano. Pro ostatní děti pouze v případě, že zdravotně postižené dítě má osobního asistenta.“

- ANO – „Pro děti určitě – učí se sociálnímu citění. Pro školu s menším počtem dětí.“
- ANO – „Je to ovšem individuální.“
- ANO – „Pro děti. V malém kolektivu se naučí ohleduplnosti a toleranci.“
- ANO – „Záleží na druhu a stupni zdravotního postižení.“
- ANO – „Myslím, že přispívá k lepším vztahům mezi dětmi, zvyknou si, že některé děti mohou být „jiné“ – zvýší se jejich ohleduplnost a tolerance k ostatním. Naučí se pomáhat druhým.“
- ANO – „Ale záleží na indiv. postižení dítěte, některé může působit i rušivě ke kolektivu dětí.“
- ANO – „Děti se učí tolerantnosti, ohleduplnosti, učí se pomáhat druhým nebo se o něco rozdělit. Nenahlíží na postižené dítě jako na vyvrhele společnosti, jako tomu bylo dříve.“
- NE – „Není přínosná pro školu“.

5 DISKUZE

V bakalářské práci jsem se snažila zmapovat situaci v oblasti integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích.

Byly stanoveny tři cíle. Prvním cílem jsem si stanovila zjistit, zda je možná integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích. Dále pak zjistit, které MŠ v Českých Budějovicích umožňují integraci dětí se zdravotním postižením, a zároveň objasnit, jaké jsou faktické (reálné) možnosti integrace dětí se zdravotním postižením v těchto MŠ.

V této souvislosti jsem se pokusila i o zformulování následující hypotézy: „Většina MŠ v Českých Budějovicích umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením.“ Na základě výzkumu v dané oblasti se hypotéza potvrdila. Bylo zjištěno, že z 11 (100 %) oslovených MŠ umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením 6 (55 %). Počet 6 z celkového počtu 11 je v tomto případě chápán jako většina.

Z první otázky dotazníku pro ředitelky a také dotazníku pro učitele/ky vyplynulo, že z oslovených respondentů byl pouze jeden jediný muž. Myslím si, že toto zjištění není až tak závažné. Bohužel je v dnešní době oblast předškolního vzdělávání doménou žen.

K zamyšlení je druhá otázka dotazníku, která byla zaměřena na věkové složení oslovených respondentů. Výzkum ukázal, že většina oslovených ředitelk MŠ (64 %) spadá do věkového rozmezí 51 – 60 let. Na stejné věkové rozmezí, tedy 51 – 60 let, poukázal výsledek dotazníkového šetření u (41 %) oslovených učitelů/ek. Myslím si, že větší počet mladých učitelů/ek by měl pozitivní vliv na zvýšení počtu integrovaných dětí.

Další otázka měla za úkol vytvořit přehled oslovených MŠ v Českých Budějovicích.

Následuje otázka, která je obsažena pouze v dotazníku pro učitele. Zde se pro zajímavost dotazují oslovených respondentů na délku jejich pedagogické praxe.

Výzkum ukázal, že největší počet oslovených respondentů (33 %) spadá s délkou své pedagogické praxe do rozmezí 1 – 10 let.

Následující otázka byla stěžejní. Měla za úkol zjistit počet MŠ, které umožňují integraci dětí se zdravotním postižením. Vyšlo najevo, že z 11 zkoumaných MŠ umožňuje integraci 6. Pokud integraci neumožňují vůbec, měli jak ředitelky, tak učitelé/ky MŠ možnost se v další otázce k tomuto problému vyjádřit. Jako hlavní důvody byly uvedeny nevyhovující podmínky (materiální, technické, personální), dále pak velký počet dětí na třídu a nedostatek finančních prostředků. V tomto přírodně souhlasím se Švarcovou (33), která uvádí, že úspěšné integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek. Pokud nejsou tyto podmínky splněny, nelze dítě s postižením přijmout do běžné školy.

Pouze v dotazníku pro ředitelky byla položena otázka, zda v současné době v MŠ integrují dítě se zdravotním postižením. Výsledek ukázal, že z oslovených 11 MŠ momentálně 7 integraci neumožňuje a jako důvod uvádějí, že v současném školním roce nebyl o integraci zájem.

Další otázka byla položena těm ředitelkám a učitelům/kám, kteří odpověděli, že jejich MŠ umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením. Tato otázka měla zjistit, jaké možnosti integrace daná MŠ nabízí. Z provedeného výzkumu vyplývá, že z oslovených MŠ většina (69 %) preferuje individuální integraci. Menší počet (12 %) pak upřednostňuje skupinovou integraci. Na základě výzkumu bylo také zjištěno, že některé MŠ preferují kombinaci individuální i skupinové integrace nebo využívají jiné formy (19 %) a to např. integrace za pomoci asistenta.

Poslední otázka v obou dotaznících měla zjistit, zda je integrace dítěte se zdravotním postižením pro děti i pro školu přínosná. V tomto případě se všechny oslovené ředitelky (100 %) shodují a odpovídají ano, je přínosná. Někteří však záhy dodávají – ANO, ale jen pro děti, případně záleží na stupni a diagnóze postižení či podmínkách školy. Výsledky dotazníků pro učitele zjistily, že 82 % oslovených shledává integraci jako pozitivum. Zbývajících 18 % odpovědělo ne. V tomto případě

souhlasím s výrokem Kerrové (13), která ve své knize uvádí, že dítě s postižením, kterému je poskytována speciální péče v rámci běžné školy, bude šťastnější a lépe připravené pro život.

Forma dotazníku má své výhody i nevýhody. V rámci výzkumu jsem osobně oslovila 13 ředitelky MŠ a zároveň jsem je požádala o předání dotazníků učitelům/kám. S provedením výzkumu nesouhlasily dvě ředitelky. Jejich důvody chápu, ale myslím si, že dotazníky byly vytvořeny jasně, stručně a bez zdlouhavých a náročných odpovědí. Nespolupráce dvou MŠ byla zdůvodněna – nedostatkem času, velkým počtem přichozích dotazníků nebo nezájmem o tento výzkum. Z toho vyplývá, že počet MŠ, které s provedením výzkumu souhlasily, se snížil na 11.

V dalších studiích, které by se zabývaly integrací dětí se zdravotním postižením, by bylo vhodné pokusit se zaměřit na rodiče a to jak dětí s postižením, tak intaktních. Zajímavé by mohly být názory obou stran na pozitiva a negativa integrace, případně sdělení jejich osobních zkušeností z praxe.

Celkově bych zhodnotila, že se mi podařilo najít odpovědi na výzkumné otázky a stanovené cíle i hypotéza byly výzkumem potvrzeny.

6 ZÁVĚR

V současné době se klade důraz nejen na svobodu a práva jedinců s postižením, ale především na vytvoření rovných podmínek a příležitostí. Rodiče mají právo vyžadovat pro své dítě zvláštní péči a demokratičtější zacházení. Současná společnost poskytuje dětem se specifickými vzdělávacími potřebami možnost zařazení do škol běžného typu a to prostřednictvím integrace. V rámci bakalářské práce jsem nahlédla do problematiky integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ Českých Budějovicích.

Základními cíli práce bylo zjistit, zda je možná integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích. Dále pak zjistit, které MŠ v Českých Budějovicích umožňují integraci dětí se zdravotním postižením, a v neposlední řadě zjistit, jaké jsou faktické (reálné) možnosti integrace dětí se zdravotním postižením v těchto MŠ.

První cíl, jehož úkolem bylo zjistit, zda je možná integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích, byl potvrzen.

Z výsledků výzkumu vztahujícího se k danému cíli vyplynulo, že více jak polovina oslovených MŠ umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením. Pokud integrace není umožněna, byl zjišťován důvod. V tomto případě byly uváděny nevyhovující podmínky (materiální, technické, personální), velký počet dětí na třídu a nedostatek finančních prostředků. Dále bylo zjištěno, že většina z oslovených MŠ nemá v současné době integrované dítě se zdravotním postižením. Jako důvod bylo uváděno, že o integraci není v současném školním roce zájem.

Druhý cíl práce měl zjistit, které MŠ v Českých Budějovicích umožňují integraci dětí se zdravotním postižením. Z oslovených MŠ umožňují integraci následující: E. Pittera 2, Neplachova 3, Větrná 24, Vrchlického nábřeží 1388, Zeyerova 33, Lipenská 3.

Posledním cílem práce bylo zjistit, jaké jsou faktické (reálné) možnosti integrace dětí se zdravotním postižením v těchto MŠ. Z provedeného výzkumu vyplynulo, že z oslovených MŠ většina preferuje individuální integraci. Menší počet pak upřednostňuje skupinovou integraci. Na základě výzkumu bylo také zjištěno, že některé

MŠ preferují kombinaci individuální i skupinové integrace nebo využívají jiné formy např. integrace za pomoci asistenta.

Stanovená hypotéza byla výzkumem potvrzena. Bylo zjištěno, že z 11 (100 %) oslovených MŠ umožňuje integraci dětí se zdravotním postižením 6 (55 %). Počet 6 z celkového počtu 11 je v tomto případě chápán jako většina.

Za velmi pozitivní hodnotím fakt, že téměř všichni oslovení respondenti si myslí, že integrace dětí se zdravotním postižením je přínosná pro děti i pro školu. Jako negativum, které vyplývá z výsledků výzkumu, hodnotím věkovou složení oslovených respondentů. To je v rozmezí 51 – 60 let. Myslím si, že větší počet mladých učitelek/ů, by měl pozitivní vliv na zvýšení počtu integrovaných dětí.

Stanovené cíle práce byly prostřednictvím kvantitativního výzkumu potvrzeny. Teoretická část bakalářské práce se zabývá vysvětlením pojmů: integrace, asistent pedagoga, osobní asistent, individuální vzdělávací plán a zdravotní postižení. Zdravotní postižení je rozděleno na několik částí, které jsou stručně a přehledně definovány.

Získané poznatky mohou sloužit k lepší orientaci v problematice integrace dětí se zdravotním postižením v MŠ v Českých Budějovicích a poskytnout zpětnou vazbu těm MŠ v Českých Budějovicích, které integraci umožňují.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 188 s. ISBN 80-210-3971-X.
- 2) ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K. et al. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem: Zvládání problémového chování u lidí nejen v domovech sociálních služeb*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. 248 s. ISBN 978-80-7367-319-2.
- 3) FREDERICKSON, N., CLINE, T. *Special educational needs, inclusion and diversity a textbook*. 1. vyd. Maidenhead: Open University Press, 2002. 520 s. ISBN 0-335-20402-3.
- 4) GRAZIANO, A. M. *Developmental Disabilities: Introduction to a Diverse Field*. 1. vyd. Boston: Allyn & Bacon, 2002. 490 s. ISBN 0-205-32206-9.
- 5) HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie: Texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007. 125 s. ISBN 978-80-7315-159-1.
- 6) HERBERT, M. *Typical and Atypical Development: From Conception to Adolescence*. 1. vyd. Oxford: BPS Blackwell Book, 2003. 426 s. ISBN 0-631-23467-5.
- 7) HOUDKOVÁ, Z. *Sluchové postižení u dětí – komplexní péče*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 117 s. ISBN 80-7254-623-6.
- 8) HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-813-9.
- 9) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

- 10) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- 11) JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993. 132 s.
- 12) JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 276 s. ISBN 80-7041-196-1.
- 13) KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1. vyd. Praha: Portál, 1997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9.
- 14) KOZLOVÁ, L. *Výzkumné přístupy* [online]. [2011-03-27]. Dostupné z: <http://www.eamos.cz/amos/ksb/externi/ksb_305/index.htm>.
- 15) KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními potřebami v raném a předškolním věku*. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8.
- 16) LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 359 s. ISBN 80-7178-801-5.
- 17) MATĚJČEK, Z. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. 1. vyd. Praha: SPN, 1992. 224 s. ISBN 80-04-25236-2.
- 18) MERTIN, V., GILLERNOVÁ, I. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. 248 s. ISBN 978-80-7367-627-8.
- 19) MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3.
- 20) NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-872-4.
- 21) NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.

- 22) OPAŘILOVÁ, D. *Pedagogicko – psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. 292 s. ISBN 80-210-3977-9.
- 23) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 24) PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál, 2003. 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- 25) RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- 26) RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- 27) SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- 28) SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 5. vyd. Praha: SPN, 1983. 231 s. ISBN 14-414-83.
- 29) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. 198 s. ISBN 80-7367-060-7.
- 30) THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra*. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 456 s. ISBN 80-7367-091-7.
- 31) VALENTA, M. et al. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 324 s. ISBN 80-244-0698-5.
- 32) VÍTKOVÁ, M. et al. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 1998. 184 s. ISBN 80-85931-51-6.
- 33) VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální*. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.

- 34) VOTAVA, J. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- 35) VYHLÁŠKA č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání [online]. Praha: MŠMT, [12. 3. 2011]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-14-2005-sb-o-predskolnim-vzdelavani-1>>.
- 36) VYHLÁŠKA č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních [online]. Praha: MŠMT, [12. 3. 2011]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-72-2005-sb-1>>.
- 37) VYHLÁŠKA č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]. Praha: MŠMT, [12. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005-sb-1>>.
- 38) ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. Praha: Portál veřejné správy České republiky, [12. 2. 2011]. Dostupné z: <http://portal.gov.cz/wps/portal/_s.155/701/.cmd/ad/.c/313/.ce/10821/.p/8411/_s.155/701?PC_8411_number1=108/2006&PC_8411_p=39&PC_8411_l=108/2006&PC_8411_ps=10#10821>.
- 39) ZÁKON č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání (školský zákon) [online]. Praha: MŠMT, [20. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>>.
- 40) ZÁKON č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů [online]. Praha: MŠMT, [22. 2. 2011]. Dostupné z: <<http://www.msmt.cz/mladez/zakon-c-563-2004-sb-o-pedagogickych-pracovnicich>>.
- 41) ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 208 s. ISBN 80-7178-544-X.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Asistent pedagoga

Integrace

IVP

Osobní asistent

Zdravotní postižení

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Dotazník pro ředitele MŠ

Příloha č. 2 – Dotazník pro učitele MŠ

5. Pokud ano, jaké možnosti integrace nabízíte?

- a) individuální
- b) skupinová
- c) jiná

6. Máte v současné době v MŠ integrované dítě se zdravotním postižením?

ano

ne

7. Pokud ne, vysvětlete důvod, proč integraci neumožňujete?

8. Myslíte si, že integrace dítěte se zdravotním postižením je přínosná pro děti i pro školu?

ano

ne

Moc děkuji za Váš čas.

5. Umožňuje MŠ, ve které pracujete, integraci dětí se zdravotním postižením?

ano

ne

6. Pokud ano, jaké možnosti integrace nabízíte?

d) individuální

e) skupinová

f) jiná

7. Pokud ne, vysvětlete důvod:

8. Myslíte si, že integrace dítěte se zdravotním postižením je přínosná pro děti i pro školu?

ano

ne

Moc děkuji za Váš čas.