



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

Bakalářská práce

Vzdělávání dětí předškolního věku s mozkovou obrnou

Vypracovala: Anna Kocmanová
Vedoucí práce: Mgr. Olga Malinovská, Ph.D.

České Budějovice 2022

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala Mgr. Olze Malinovské, Ph.D. za podnětné rady, podporu a velikou vstřícnost během vedení mé bakalářské práce. Poděkování dále patří všem účastníkům za spolupráci na výzkumu. V neposlední řadě můj vděk patří všem blízkým, kteří mě po celou dobu studia a psaní práce motivovali.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem autorem této kvalifikační práce a že jsem ji vypracoval(a) pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu použitých zdrojů.

V Českých Budějovicích

.....

Anna Kocmanová

Anotace

Bakalářská práce se zaměřuje na vzdělávání dětí předškolního věku s mozkovou obrnou v různých edukačních prostředích. Těmi jsou mateřská škola hlavního vzdělávacího proudu a denní stacionář. Cílem je zjistit, jak moc výběr předškolního zařízení ovlivňuje dvě děti se stejnou diagnózou ve vývoji a sociálních schopnostech. Práce se skládá ze dvou částí. Teoretická část popisuje mozkovou obrnu včetně její etiopatogeneze, diagnostiky, léčby a specifických projevů, jež jsou u dětí s mozkovou obrnou typické. Dále objasňuje systém předškolního vzdělávání v Česku a varianty pro děti s mozkovou obrnou. Praktická část se zabývá charakteristikou předškolních vzdělávacích zařízení a podrobnými anamnestickými údaji. Realizována je kvalitativním výzkumem, formou dvou případových studií. Pro sběr dat jsou použity polostrukturované rozhovory s rodiči a pedagogickými pracovníky, zúčastněná pozorování dětí a analýzy dokumentů. Získaná data z rozhovorů jsou zpracována obsahovou analýzou.

Klíčová slova

mozková obrna; vzdělávání; inkluze; speciální vzdělávací potřeby; zdravotní postižení; tělesné postižení; předškolní věk; mateřská škola

Abstract

This bachelor thesis focuses on the education of preschool children with cerebral palsy in different educational settings. These are a mainstream nursery school and a day care centre. The essential aim is to find out, how much the choice of pre-school setting affects two children with the same diagnosis in their development and social skills. The work consists of two parts. The theoretical part describes cerebral palsy including its etiopathogenesis, diagnosis, treatment, and specific manifestations, that are typical for children with cerebral palsy. It also explains the system of preschool education in Czechia and options for children with cerebral palsy. The practical part deals with the characteristics of pre-school educational institutions and detailed anamnestic data. It is implemented by qualitative research, in the form of two case studies. Semi-structured interviews with parents and teaching staff, participant observation of children and document analysis are used for data collection. The data obtained from the interviews are processed through content analysis.

Keywords

cerebral palsy; education; inclusion; special educational needs; disability; physical disability; pre-school age; nursery school

Obsah

ÚVOD	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
1. MOZKOVÁ OBRNA	10
1.1 Vymezení pojmu MO.....	10
1.2 Etiopatogeneze u MO	11
1.2.1 Prenatální příčiny	12
1.2.2 Perinatální příčiny	12
1.2.3 Postnatální příčiny	12
1.3 Klasifikace MO.....	13
1.3.1 Spastická MO	14
1.3.2 Nespastická MO	15
1.4 Diagnostika MO.....	17
1.4.1 Lékařská diagnostika	18
1.4.2 Psychodiagnostika.....	18
1.4.3 Speciálně pedagogická diagnostika	19
1.5 Možné přidružené poruchy.....	19
1.5.1 Mentální retardace (MR)	19
1.5.2 Epilepsie	19
1.5.3 Smyslové poruchy	20
1.5.4 Narušená komunikační schopnost (NKS)	20
1.6 Léčba MO	20
1.6.1 Léčebné prostředky rehabilitace	20
1.6.2 Ortopedická a chirurgická léčba	21
1.6.3 Farmakoterapie.....	21
1.7 Specifika dětí s mozkovou obrnou	21

2	VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI.....	24
2.1	Soudobé pojetí předškolního vzdělávání v Česku	24
2.2	Kurikulum v předškolním vzdělávání	25
2.2.1	Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání.....	25
2.2.2	Školní vzdělávací program	26
2.2.3	Třídní vzdělávací program.....	26
2.2.4	Inkluzivní vzdělávání	27
2.3	Možnosti předškolního vzdělávání dětí s MO v Česku.....	28
2.3.1	Poradenský systém ve školách a školských poradenských zařízeních.....	29
2.3.2	Formy předškolního vzdělávání dětí s MO	31
I.	PRAKTICKÁ ČÁST	33
3	CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	33
3.1	Výzkumný cíl.....	33
3.2	Výzkumné otázky	33
4	METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	33
4.1	Výběr výzkumného vzorku	33
4.2	Popis výzkumného terénu.....	34
4.3	Metody sběru dat.....	36
4.3.1	Případová studie	36
4.3.2	Polostrukturovaný rozhovor	36
4.3.3	Zúčastněné pozorování.....	37
4.4	Průběh rozhovorů	37
4.5	Analýza dat	38
5	PŘÍPADOVÉ STUDIE	39
6	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT Z ROZHOVORŮ	48

6.1	Výsledky analýzy rozhovorů s rodiči	48
6.2	Výsledky analýzy rozhovorů s pedagogickými pracovníky.....	52
7	DISKUSE	56
8	ZÁVĚR.....	58
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	60
	SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK.....	65
	SEZNAM PŘÍLOH	67

„Komukoli prospěti můžeš, prospívej rád, možno-li celému světu. Sloužiti a prospívati je vlastnost povah vznešených.“

Jan Amos Komenský

ÚVOD

Mým studijním bakalářským oborem je Speciální pedagogika předškolního věku – učitelství pro mateřské školy. Zvolila jsem si tedy téma kvalifikační práce, které obsahuje základní zaměření tohoto oboru: výchovu a vzdělávání, předškolní věk a speciální vzdělávací potřeby (dále jen SVP). Konkrétně cílí na děti s mozkovou obrnou (dále jen MO). Důvody k výběru specializace jsem měla dva. Zaprvé mám v rodině chlapce s mozkovou obrnou, tudíž jsem se přirozeně chtěla tímto neurovývojovým onemocněním zabývat a zjistit tak co nejvíce informací, které by byly prospěšné nejen pro mou práci, ale ideálně také pro členy rodiny, a další, kteří se potýkají s něčím podobným. Zadruhé mě od počátku studia zajímalo, jaký je rozdíl, a zdali nějaký, ve vývoji dítěte předškolního věku se SVP vzdělávaného v rámci mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu versus specializovaného předškolního zařízení. Práce tedy sleduje vývoj a začlenění dvou dětí se stejnou formou mozkové obrny s různými podmínkami a možnostmi předškolního vzdělávání. Cílem je zjistit, zda má výběr prostředí pro předškolní vzdělávání vliv na celkový vývoj osobnosti dítěte s mozkovou obrnou.

V první kapitole teoretické části se zabývám vymezením mozkové obrny, etiopatogenezí, mezioborovou diagnostikou, léčebnými prostředky a specifikováním typických projevů. V druhé kapitole představuji systém předškolního vzdělávání v Česku, s ním spojené kurikulární dokumenty a formy edukace v rámci kterých se děti s mozkovou obrnou mohou vzdělávat.

Praktická část obsahuje metodologii výzkumného šetření. Ta zahrnuje popis výzkumného vzorku, charakteristiku zkoumaného prostředí a metody pro sběr kvalitativního výzkumu – polostrukturovaný rozhovor, zúčastněné pozorování a analýza dokumentů. Jako design bakalářské práce jsem zvolila dvě případové studie dětí předškolního věku s mozkovou obrnou. Jsou zde také analyzované rozhovory s respondenty pomocí obsahové analýzy.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. MOZKOVÁ OBRNA

První kapitola bakalářské práce popisuje vývoj termínu a různé pohledy na definici mozkové obrny. V úvodu jsou také zmíněny typické projevy u osob s tímto onemocněním. Dále se kapitola zabývá dobou vzniku MO a jejími možnými příčinami. Je zde představeno a specifikováno její základní dělení a způsoby, kterými se diagnostikuje. Předposlední podkapitola obsahuje výčet nejčastěji se vyskytujících poruch v kombinaci s mozkovou obrnou a na závěr jsou zde uvedeny informace o léčebných postupech.

1.1 Vymezení pojmu MO

Pojem dětská mozková obrna (dále jen DMO) byl u nás zaveden dětským neurologem Ivanem Lesným v roce 1959 (Opatřilová, 2009, str. 44). Lesný ji vymezuje jako „*raně vzniklé postižení mozku (před porodem, při porodu nebo krátce po něm), projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybností*“ (1985, str. 9; in Opatřilová, 2009).

Jankovský (2006, str. 40) ve své publikaci uvádí, že se Šlapal (1996 a Kotagal, 1996; in Jankovský, 2006) přiklání spíše kužívání termínu encefalopatie jakožto blíže nespecifikované poškození mozku, jelikož se nedají všechny motorické projevy připisovat obrně. Jankovský ve stejné knize zmiňuje ještě další označení, a tím je infantilní cerebrální paréza (dále jen ICP), se kterým přišel Václav Vojta (1993; in Jankovský, 2006). Současně platnou verzi pojmu zavedla v roce 2010 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), kdy ve svém aktualizovaném vydání změnila termín „dětská mozková obrna“ na „mozková obrna“ (Opatřilová, 2010).

Mozkovou obrnou se podrobně zabývá Kraus (2005). Ten ji definuje jako nejrozšířenější neurovývojové onemocnění, způsobené poruchou nezralého mozku. Zdůrazňuje, že ačkoliv se jedná o postižení neprogresivní, neznamená to, že není neměnné. Miller (2005, str. 3) mozkovou obrnu (v angličtině cerebral palsy)

definuje jako „*dětské onemocnění, při kterém dochází k motorickému postižení (obrně), způsobenému statickou, neprogresivní lézí na mozku*¹“ (překlad autora).

Ve srovnání s Krausem Miller zdůrazňuje, že se jedná o motorické postižení. Definice se od sebe jinak nikterak neliší. Jankovský (2006, str. 40-43) ve své kapitole o MO, tehdy ještě DMO, vymezuje tento pojem jako velké spektrum neurologických poruch s odlišným původem a vývojem. S čímž se ztotožňuje opět Kraus (2005), který termín mozková obrna vidí jako obrovskou škálu variant a kombinací, tudíž se nedá jednoduše vymezit a specifikovat. Množstvím podob připodobňuje MO k anemii nebo epilepsii.

V úvodu problematiky mozkové obrny by ještě měly být zmíněny její typické znaky. Podle Pipekové (2006) je pro osoby s MO charakteristické: motorické postižení, jejich vývoj bývá nerovnoměrný, jsou nemotorní, nesoustředění, neklidní a vznětliví. Bývají emočně labilní a často se u nich vyskytují řečové vady. Lidé s MO se mohou potýkat i s dalšími kombinacemi zdravotních poruch. Stručný výčet ve své publikaci uvádí Opatřilová (2010). Obvykle se sem řadí již zmiňované poruchy řeči, které můžeme zaznamenat u více než poloviny dětí s tímto onemocněním a nejčastější řečovou poruchou bývá dysartrie. Dále je možné zachytit různé stupně mentální retardace. Epilepsie postihuje podle Krause (2005) až polovinu případů. Opatřilová (2010) ve svém výčtu zmiňuje ještě i smyslové vady. Přidruženým poruchám je v bakalářské práci věnovaná samostatná podkapitola.

1.2 Etiopatogeneze u MO

Kraus (2011) v článku pro časopis Neurologie pro praxi uvádí, že etiologie a patogeneze jsou u mozkové obrny na tolik různorodé, že je nelze přesně specifikovat. Neexistuje žádná univerzální šablona, která by popisovala jednotlivé kroky vývoje u těchto příčin nebo forem tohoto onemocnění. Navíc ne vždy se dá etiologie prokázat a často dochází k různým kombinacím. Také tvrdí, že působením podobných etiologických faktorů v různých stádiích vývoje může vzniknout rozdílný klinický obraz, a stejně tak i obráceně, odlišné etiologické faktory mohou mít tentýž dopad.

¹Původní cizojazyčné znění: „*a childhood condition in which there is a motor disability (palsy) caused by a static, nonprogressive lesion in the brain (cerebral)*.“

Dle Krause (2011) obvykle dělíme příčiny dle doby vzniku léze nezralého mozku na:

- prenatalní,
- perinatální,
- postnatální.

1.2.1 Prenatální příčiny

V období před porodem může ke vzniku mozkové obrny dojít vlivem: fyzikálních teratogenů (ionizující záření, rentgenové záření), chemických teratogenů (léčiva, alkohol, cigarety, drogy), infekčních onemocnění a matčiných metabolických poruch (Jankovský, 2006). Dále může být MO způsobena anoxií (nedostatečným okysličením tkání), nedonošeností (může nastat krvácení do mozku), nebo naopak přenošeností. Původem může být i chromozomální aberace, či genetický faktor. V neposlední řadě je možnou příčinou úraz, či jiné psychické trauma. (Opatřilová, 2010)

1.2.2 Perinatální příčiny

K perinatálním příčinám MO může dojít dle Opatřilové (2010) v případě, že porod neprobíhá, jak by měl. To znamená, že trvá dlouho, je předčasný (nízká porodní hmotnost), překotný, je zapotřebí provést císařský řez, dítě je nasměrováno koncem pánevním, nebo dojde-li na tzv. klešťový porod. Mezi další perinatální příčiny Opatřilová (2010) ve shodě s Jankovským (2006) řadí například bilirubinovou a metabolickou encefalopatii, nebo bakteriální meningoencefalitidu.

1.2.3 Postnatální příčiny

Poslední období, kdy mozková obrna může vzniknout, je postnatální. Podle Opatřilové (2010) se MO může projevit do 1 roku života. Kraus (2005) nicméně pro určení diagnózy stanovil horní hranici 3-4 roky. Také uvádí, že postnatální etiologie tvoří 10 % všech případů MO. Opatřilová se věnovala ve výše citované publikaci i výčtu postnatálních příčin. Mezi ně uvedla například infekci centrální nervové soustavy (dále jen CNS), infekci střev a plic, projevení vrozených vad metabolismu, nebo kraniocerebrální poranění.

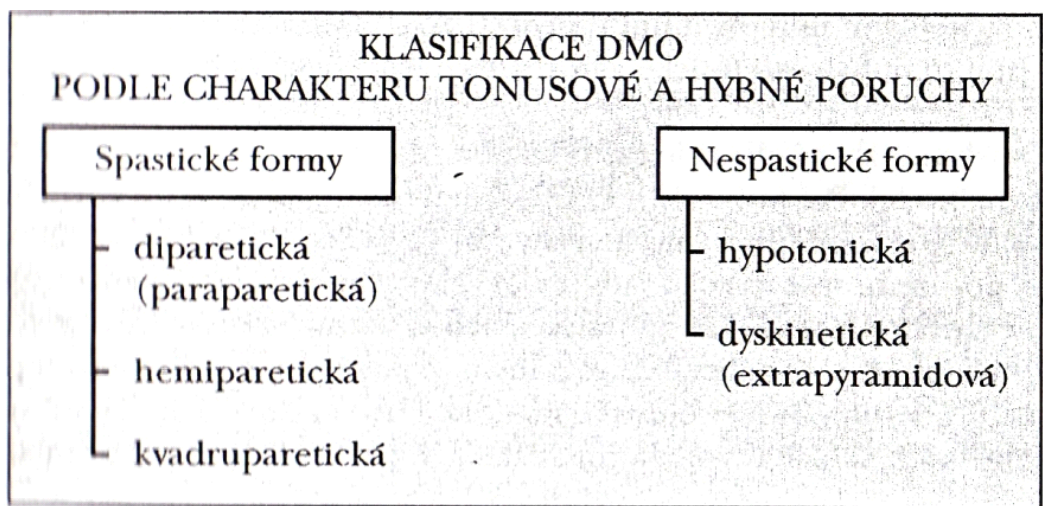
Ke vzniku mozkové obrny tedy dochází v období okolo porodu. Kraus (2011) uvádí incidenci 2-3 na 1000 narozených dětí. Podle Kudláčka (2012) je veřejná společnost

toho názoru, že nejvíce případů MO bývá spjatých s komplikovaným porodem. Tuto skutečnost ale vzápětí vyvrací, neboť ke vzniku většinou dochází během prenatalního vývoje a pouze okolo 10 % v perinatálním období. Předčasný porod zapříčiňuje 30 % případů MO a po 10 % je důvod připisován mnohočetnému těhotenství, hypoxicko-ischemické encefalopatii donošených a úrazům/týrání. Zbýlých 40 % vzniká během těhotenství (Kraus, 2005, str. 35).

1.3 Klasifikace MO

Jak už bylo naznačeno v předešlé podkapitole, se stanovením oficiální diagnózy by se mělo počkat do počátku předškolního věku. To Kraus (2005) objasňuje tím, že příznaky MO se mohou od narození měnit, anebo se začnou projevovat až později. K lézím totiž dochází v určitých částech mozku, tudíž je logické, že problém lze vypožorovat až když se daná část stane funkční. Zmiňuje například časté změny svalového napětí a motorických funkcí v průběhu kojeneckého a raného dětského věku.

„Průvodním jevem u všech typů DMO je narušení hybnosti a tonu, které se projevuje různým stupněm a rozsahem“ (Opatřilová, 2009, str. 50). Ačkoliv mozková obrna představuje široké spektrum variant, s průběhem zdokonalování medicíny bylo potřeba stanovit klasifikaci, díky níž bychom mohli jednotlivé syndromy MO odlišit (Kudláček, 2012). I klasifikace se postupně vyvíjí a dodnes nemáme jednu univerzální, již by se všichni řídili. V této práci si přiblížíme klasifikaci dle Lesného (1972; in Kudláček, 2012) viz níže, jež představuje základní rozdělení a je dalšími autory různě rozšiřována a kombinována. Například Kraus (2005) rozlišuje ještě formu triparetickou, cerebelární a smíšené formy MO. V následujících kapitolách budou jednotlivé formy dle Lesného blíže popsány.



Obr. 1: Klasifikace DMO podle charakteru tonusové a hybné poruchy (Lesný, 1985; in Pipeková, 2006, str.171)

1.3.1 Spastická MO

Spasticita je dle Fakultní nemocnice v Motole² charakterizována jako zvýšené svalové napětí. Jech (2015) v článku věnovanému jejím klinickým aspektům tvrdí, že spasticita je jedním z projevů zvýšené svalové aktivity spolu se zkrácením svalu a parézou. Podle Jecha k ní dochází při poruše centrálního motoneuronu, což může zapříčinit např. trauma mozku, či ischemie. Dále uvádí, že spasticita jako taková není pouhým okem zaznamatelná. Zato spastická dystonie představuje mimovolní stahy paretických vztahů v klidovém režimu, kvůli kterým dochází k různým deformitám kostí a tkání. Je tedy viditelná, protože zapříčiňuje abnormální postavení končetin. Svaly zasažených končetin se projevují zvýšeným napětím a brání se pasivnímu ohýbání (Opatřilová, 2009).

1.3.1.1 Hemiparetická forma

Hemiparetická forma, jak už z názvu vyplývá, vyhraňuje MO, která se projevuje poškozením horní a dolní končetiny jedné poloviny těla a obvykle je více zasažena ruka (Jankovský, 2006). Horní končetina bývá ohnutá v lokti (Pipeková, 2006), což Jankovský (2006) připodobňuje ke složenému ptačímu křídlu. Dle Mazánkové (2018) jsou obě paretické končetiny oslabené a zkrácené. Dále autorka zmiňuje také psychické

² <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/neurochirurgicka-klinika/programy-kliniky/lecba-spasticity/>

odlišnosti u osob s hemiparetickou formou. Jedná se o netypické vnímání vlastního těla, které je způsobeno rozdílným psychomotorickým vývojem. Jedinci zavrhnou zapojení postižených končetin do pohybových činností. Opatřilová (2009) ještě doplňuje, že u hemiparetické formy se často přidružuje epilepsie a kognitivní funkce bývají průměrné.

1.3.1.2 Diparetická forma

V tomto případě dochází k poškození mozku v temenním laloku, asfyxie, nebo krvácení do mozku (Mazánková, 2018). Diparetická forma charakterizuje postižení buďto horních, nebo dolních končetin. Ve většině případů dochází ale k poškození končetin dolních, a to z toho důvodu, že nohy nejsou oproti rukám v době vzniku poruchy vývojově funkčně zralé (Jankovský, 2006). Chůze je nůžkovitá, kolébavá a obvykle nedochází k narušení intelektu (Opatřilová, 2009).

1.3.1.3 Kvadraparetická forma

Při kvadraparetické formě postihuje spasticita všechny čtyři končetiny, tudíž je formou nejzávažnější. Buďto postižení převládá u dolních končetin, v tomto případě vychází z formy diparetické a zdvojuje ji, nebo převažuje postižení končetin horních, což odpovídá zdvojení formy hemiparetické (Pipeková, 2006). Vzhledem k závažnosti se s kvadraparetickou formou pojí těžké narušení intelektových schopností, epilepsie, symptomatické poruchy řeči a různé smyslové vady (Mazánková, 2018).

1.3.2 Nespastická MO

Spastické formy MO jsou charakteristické pro zvýšené svalové napětí v různé míře. Nespastické formy MO jsou pravým opakem, tudíž typická je pro ně absence svalového tonu (Opatřilová, 2009).

1.3.2.1 Hypotonická forma

Hypotonie je stav, ve kterém dochází ke sníženému napětí (Opatřilová, 2010). Jedná se o typ mozkové obrny s lézí v oblasti mozečku, což zapříčiňuje nestabilní chůzi a zhoršenou koordinaci. Vlivem sníženého svalového napětí jsou děti s MO obecně pohybově pasivní. (Mazánková, 2018) Pipeková (2006) ještě zmiňuje, že tato forma se zpravidla kolem třetího roku života mění na formu spastickou či dyskinetickou.

Pokud forma přetrvává i po čtvrtém roce, hovoříme o setrvalém hypotonickém syndromu pojícím se s těžkou mentální retardací (Opatřilová, 2010).

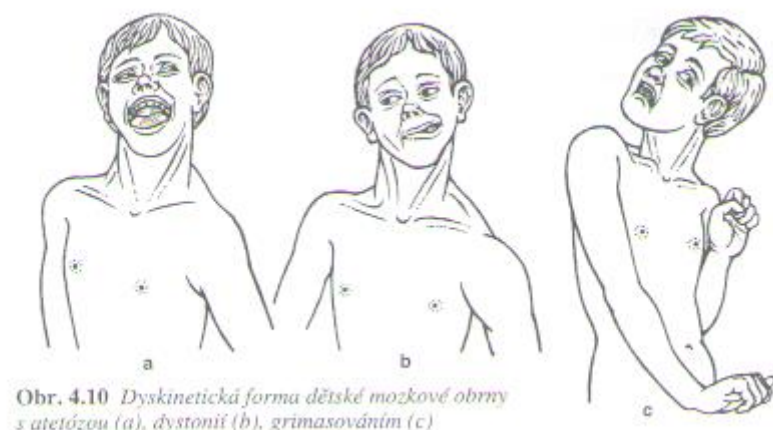
1.3.2.2 Dyskinetická forma

Dyskinetické formě se bakalářská práce věnuje oproti ostatním formám o něco podrobněji vzhledem k souvislosti s praktickou částí.

„Dyskinetická forma je definována dominujícími abnormálními pohyby či posturami vznikajícími sekundárně při poruše koordinace pohybů nebo regulace svalového tonu“ (Kraus, 2005, str. 81). Dyskineze jsou mimovolní, jedinec je tedy nemůže ovládat. Jak objasňuje Mazánková (2018), tato forma je totiž způsobena poškozením v oblasti bazálních ganglií, jež jsou zodpovědná za řízení pohybu a jeho plynulost. Důsledkem porušení dochází k nepotlačitelným úkonům. Opatřilová (2010) představuje příklady druhů mimovolních pohybů: atetotické (hadovité), choreatické (rychlé krátké), balistické (prudké) a myoklonické (krátké pohyby svalových vláken). Kraus (2005) rozlišuje dva typy dyskinetické formy:

- **Hyperkinetický** – Silné, abnormální, nepotlačitelné pohyby, promítající se jako atetóza, chorea, myoklonus, či dystonie. Vyjmenované abnormality jsou výsledkem pokusu o cílený úkon nebo snahou udržet tělo.
- **Dystonický** – Zvýšené svalové napětí v rámci emočních podnětů nebo změny v postavení svalů šíje – objevuje se zde spasticita. Výše zmíněné abnormální pohyby se nevyskytují tak často, jako u hyperkinetického typu.

V ilustracích znázorňuje výše zmíněné atypické projevy – viz obrázek č. 2.



Obr. 2: Dyskinetická forma dětské mozkové obrny (Kraus, 2005, str. 82)

U dětí s dyskinetickou formou mozkové obrny je charakteristické asymetrické držení paží, otevřená ústa (v některých případech dochází i k neregulovatelnému vyměšování slin), opistotonické držení hlavy (viz Jankovský, 2006), zhoršená lokomoce, grimasy při snaze verbální komunikace, dysartrie a další. Mívají problém s rovnováhou, tudíž i s udržením se v sedu a ve stoji. Vývoj lokomoce je pozvolný a samostatně bez opory dokážou chodit jen osoby s lehčí formou dyskinetické MO. Obvykle ale nedochází k narušení intelektových schopností, jelikož není zasažena šedá kůra mozková. (Kudláček, 2018).

1.4 Diagnostika MO

Stejně tak, jako u ostatních druhů a typů postižení, je velmi důležitá časnost. Jak uvádí Kraus (2005), okolo 40 % dětí s mozkovou obrnou se narodí předčasně. Časná diagnostika MO tudíž může zásadně ovlivnit vývoj a dopad tohoto neurovývojového onemocnění. Kraus u časně diagnostiky ale zdůrazňuje, a opět se vracíme k již známému faktu, že reliabilita raného stanovení MO je obtížná. V této souvislosti uvádí termín „perioda útlumu“, během které děti s údajnou MO neprojevují žádné, nebo jen omezené neurologické projevy. I z toho důvodu by k závěru mělo dojít až později. K správnému stanovení diagnózy je třeba spolupráce mnoha odborníků. Některé z těchto možností budou popsány v následujících kapitolách.

1.4.1 Lékařská diagnostika

Nejčasnější metodou umožňující zachycení známky poškození CNS je Apgar skóre. To zkoumá pět tělesných funkcí novorozence při adaptaci na nové prostředí – barvu kůže, reakci na podráždění, dech, pulz a svalový tonus. Výsledky se zaznamenávají v bodech po jedné, dvou a pěti minutách po narození, a pokud součet bodového ohodnocení nepřesahuje šest bodů, může se jednat o zdravotní závadu. Tato metoda je upozorněním na možný výskyt abnormalit, nelze z ní však určit diagnózu (Kudláček, 2018). Dle Krause (2005) se dále využívají se funkční testy, neurologická vyšetření a pozoruje se hrubá motorika. Z důvodu reliability výsledku se zmíněné metody doplňují o vývojová vyšetření. Konkrétně se jedná o screening psychomotorického vývoje dle Vlacha a screening posturálního vývoje dle Vojty. Dále Kraus zmiňuje pozorování abnormalit v kvalitě tzv. general movement, v překladu všeobecných pohybů, jež dokáží predikovat existenci a vývoj MO.

Vzhledem k častému výskytu přidružených smyslových poruch (především zrakových) je důležité provést také oftalmologické vyšetření, pro které se používají behaviorální a elektrofyziologické metody (Kraus, 2005). Autor dále zmiňuje využívání zobrazovacích metod, na jejichž základě může neuroradiolog určit typ mozkové léze, které souvisí se vznikem MO. Jsou důležité, protože dokážou určit dobu vzniku poškození a tím pádem i pravděpodobnou příčinu mozkové obrny. Mezi nejčastěji využívané zobrazovací metody patří podle Krause ultrazvuk, magnetická rezonance a výpočetní tomografie.

1.4.2 Psychodiagnostika

V rámci psychodiagnostiky psycholog určuje úroveň psychomotorického vývoje. Zjistí-li nějaké intelektové nedostatky, zkoumá, zda mají spojitost s organickým poškozením CNS. Eventuálně, jestli pramení z percepční nebo kognitivní poruchy a v jakém rozsahu. Dále zkoumá také charakteristické rysy motoriky, jež mají úzkou souvislost s celkovou psychikou dítěte. Zároveň je vždy důležité brát v potaz prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a jeho osobností stránku (Jankovský, 2006).

U dětí do tří let věku se využívá k diagnostice vývojový screening podle Gessela, který vymezil schéma chování odpovídající určitému věku. U dětí od tří let po adolescentní věk se využívají metody výkonových a inteligenčních testů (Jankovský, 2006).

1.4.3 Speciálně pedagogická diagnostika

Speciální pedagogickou diagnostiku vykonává speciální pedagog. Nezbytná je ale i spolupráce s lékaři a rodinou. Vyšetření provádí školská poradenská zařízení, konkrétně speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC) zaměřené na tělesné či kombinované vady. Kromě diagnostiky poskytují také poradenství, kompenzační pomůcky, pomoc při integraci, kariérové poradenství a další. Dá se využít i služeb pedagogicko-psychologických poraden (dále jen PPP), nebo školních poradenských pracovišť (Zíkl, 2011) – viz podkapitola o poradenském systému ve školách a školských poradenských zařízeních.

Jankovský (2006) shrnuje speciálně pedagogické diagnostické úkony: zhodnocení somatického vývoje, orientační vyšetření smyslů (sluchu a zraku), motoriky, určení laterality, posouzení sebeobsluhy a spolupráce, čtení, psaní a počítání.

1.5 Možné přidružené poruchy

Tato podkapitola stručně popisuje komorbidity, které se mohou současně vyskytovat u osob s mozkovou obrnou.

1.5.1 Mentální retardace (MR)

U mozkové obrny je nejčastější komorbidita s mentální retardací neboli s narušením intelektových schopností. Dle MKN-10 rozlišujeme stupně MR v bodech na: lehkou, středně těžkou, těžkou a hlubokou mentální retardaci (Pipeková, 2006). Kotagal (1996; in Jankovský, 2006) rozděluje výskyt MR u MO v těchto poměrech: třetina případů má přidruženou středně těžkou až těžkou MR, další třetina lehkou, a poslední skupina osob s MO má intelekt v normě. Jankovský (2006) dále doplňuje, že závažnější narušení intelektových schopností mívají osoby s hypotonickou a kvadraparetickou MO. Naopak s nejmenším úbytkem se potýkají lidé s dyskinetickou a diparetickou formou.

1.5.2 Epilepsie

Podle Krause (2005, str. 129) trpí epilepsií mezi 15-55 % osob s MO. U formy kvadraparetické uvádí až 94 % výskyt epilepsie, u dyskinetické jen okolo 25 %. Šlapal (2002; in Opatřilová, 2010) ji popisuje jako poškození mozku manifestující se v záchvatech (výbojích mozkových neuronů). Opatřilová (2010) dále zmiňuje fakt, že

záchvaty se projevují různě v závislosti na věku pacienta. Dle nejnovější klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií z roku 2017 dělíme typy záchvatů na: fokální, generalizovaný a s neznámým začátkem (Marusič & Ošlejšková, 2018).

1.5.3 Smyslové poruchy

Jedná se o zrakové a sluchové vady. Poruchy zraku se dle Opatřilové (2010) objevují až u poloviny případu MO. Nejčastěji dochází ke strabismu (šilhavosti), který může bez lékařské pomoci přejít až k tupozrakosti a dystrofii sítnice, v horších případech až k nevidomosti. Poruchy sluchu připisuje Jankovský (2006) hlavně dyskinetické formě, což se projevuje i v oblasti řeči.

1.5.4 Narušená komunikační schopnost (NKS)

Nejčastěji se u dětí s MO setkáváme s vývojovou dysartrií (závažná porucha artikulace) a to téměř u 75 % v různých stupních závažnosti. Tato artikulační porucha vzniká právě na základě organického poškození CNS. (Šáchová, 2005) Jankovský (2006) dokládá ještě NKS vyskytujících se u MO a jsou to: vývojová dysfázie, afázie, nebo dyslálie.

1.6 Léčba MO

V úvodu této podkapitoly je třeba zdůraznit, že za úkol léčby MO se nepovažuje pacienta/klienta zcela vyléčit, jak už bylo zmíněno v první kapitole, to ani není možné. Hlavním cílem terapie je napomáhat osobám s centrální poruchou hybnosti k co nejkvalitnějšímu posílení fyzických a psychických funkcí, a dosáhnout tak největší možné míry integrace do společnosti. Na efektivitě závisí opět důležitý faktor, a tím je časné zahájení léčby. (Kraus, 2011)

1.6.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Léčebné prostředky jsou složkou uceleného systému rehabilitace. Jednotlivé prostředky se navzájem propojují a doplňují, tím komplexně působí na daného jedince. Léčebné prostředky mají za úkol eliminovat defekt, či alespoň zajistit prevenci jeho zhoršení, a naopak podporovat běžné funkce (Kraus, 2005). Dle Jankovského (2006) se mezi postupy řadí fyzikální terapie, do které patří např. magnetoterapie, léčba světlem, hydroterapie, léčba laserovým zářením, nebo balneoterapie. Další metodou je léčebná tělesná výchova (dále jen LTV), jež je považována za neefektivnější v rámci léčebných

prostředků. Vítková (2006) u LTV zmiňuje metody jako je Vojtova reflexní terapie, testující polohovací reakce a vytvářející správné pohybové vzory. Dále Bobathovu terapii, jež potlačuje patologické reflexní držení a buduje základní motorické návyky, anebo Petöho terapii, která je zaměřena na činnosti v rámci denního režimu. Dětská ergoterapie je terapie prací a u dětí se realizuje především prostřednictvím hry. Zasahuje celou řadu oblastí. Jejím hlavním cílem je dosažení co největší soběstačnosti. Mimo jiné do léčebných prostředků řadíme také animoterapii, arteterapii, psychoterapii atd. (Jankovský, 2006)

1.6.2 Ortopedická a chirurgická léčba

Ortopedickou léčbou se dle Krause (2005) zabývají ortopedi ve spolupráci s fyzioterapeuty. Nastupují po pohybových a neurologických léčbách a jejich cílem je vertikalizace osoby s MO. Praktikuje se na kostech a svalech. Chirurgické zákroky spočívají především v prodlužování či transplantaci šlach, nebo kvůli snížení spasticity se upravují periferní motorické nervy (Jankovský, 2006).

1.6.3 Farmakoterapie

U osob s MO se používají léčiva jako jsou např. nootropika, antiepileptika, sedativa, nebo pro léčbu spasticity se využívá botulotoxin A (BTX) (Jankovský, 2006). Kraus (2005) dodává, že BTX se aplikuje jako sekundární k dalším způsobům terapie spasticity.

Poslední uvedené, ale neméně důležité léčebné způsoby, jsou **kompenzační pomůcky**. Mezi ty Jankovský (2006) řadí různé vozíky, kočáry, chodítka, ale i různé pomůcky pro manipulaci.

1.7 Specifika dětí s mozkovou obrnou

Mozková obrna způsobuje řadu omezení a odlišností, jež mohou bez dostatečné míry podpory a kompenzace negativně ovlivnit jedincův život. Existuje jakýsi typický profil projevů dětí s MO. Některé z těchto aspektů práce představuje v rámci následujících odstavců.

Vítková (2006) jako jednu z prvních charakteristických rysů uvádí **podnětovou a zkušenostní deprivaci**. Ty jsou způsobené primárně sníženými schopnostmi v oblasti

motoriky, kvůli jimž mají děti s MO obtížnější cestu k poznávání světa běžným způsobem. Taktéž může dojít k **deprivaci psychické** (Opatřilová, 2010). Tu Valenta a kol. (2015) definuje jako stav, k němuž dochází, když se člověku nedaří uspokojit své životní potřeby po delší dobu. Projevuje se buďto neadekvátními výbušnými, agresivními reakcemi, nebo naopak apatií, či uzavíráním se do sebe. Tyto neurotické projevy mohou být podle Opatřilové (2010) způsobeny i nevhodnou výchovou. Zmiňuje např. nesprávný postup při krmení, nebo rozhození rytmu spánku a bdění, ze kterých mohou vznikat jiné poruchy projevující se nepříznivě vůči vlastní osobě i okolí. Podnětová a zkušenostní deprivace s tou psychickou úzce souvisí, jelikož nedostatečná stimulace může způsobit zvýšený duševní neklid. Také dochází k **citové labilitě**. Vítková (2006) uvádí, že jejich citové prožívání bývá infantilní. Často reagují přehnaně, ať už zažívají radost, či smutek. Autorka také zmiňuje, že nejsou vždy schopni kontroly těchto reakcí.

U dětí s MO se objevují **poruchy pozornosti a zvýšená unavitelnost** vlivem organického poškození mozku (Vítková, 2006). S tím souvisí i **poruchy paměti**. Učí se a zapamatovávají si věci přerušovaně na základě aktuální kvality koncentrace (Opatřilová, 2010).

S centrální poruchou hybnosti jsou neodmyslitelně spjaty i **somatické aspekty**. V tom případě hraje samozřejmě velkou roli vážnost postižení a z něho vyplývající omezení. Respektive jak moc je dítě limitováno ve schopnosti pohybu a sebeobsluhy. Většinou se tyto aspekty promítají do hry a dalších činností spjatých s jemnou motorikou, jako je stravování či oblékání (Opatřilová, 2010). Motorické postižení má velký vliv na rozvoj výše zmiňovaných, ale i dalších oblastí, které s motorikou úzce souvisí. Např. **porucha artikulace**, ke které u osob s MO často dochází právě na základě motorického poškození mluvidel. Jedinci tak v případě vyloučení přidruženého sluchového nebo mentálního postižení rozumí, ale hůře se vyjadřují a artikulují (Opatřilová & Zámečníková, 2008).

U dětí s MO dochází k častým neobvyklým reakcím, které okolí může rozhodit. V předškolním věku čeká jedince další etapa socializace, a to začlenění se do širší společnosti. Tento proces probíhá ve většině případů ve školských institucích

a sociálních zařízeních, kam dochází spolu se svými vrstevníky. V tu chvíli by se dle Pacholíka a kol. (2015) měl vložit do sociálního procesu tamější pracovník, jehož úkolem je vytváření příjemné atmosféry a vzájemného přijetí mezi dětmi. Sociální dopad závisí tedy ve velké míře na tom, v jaké společnosti se dítě s MO pohybuje. Záleží také na tom, zda od dětského věku přichází do interakce i s dětmi intaktními. Roli samozřejmě hraje též výchova a sociální prostředí, ve kterém vyrůstá. Neméně důležitým faktorem jsou osobnostní rysy daného jedince a opět míra jeho omezení, která se méně či více promítá do jeho života ve společnosti.

2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

2.1 Soudobé pojetí předškolního vzdělávání v Česku

Předškolní vzdělávání je dle školského zákona č. 561/2004 Sb. v platném znění zákonodárnou součástí vzdělávacího systému. Jedná se o prvotní stupeň veřejného vzdělávání, jež je řízen ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) a spadá do kompetencí mateřských škol. (Koťátková, 2014)

Mateřskou školu navštěvují děti od dvou do zpravidla šesti let. Povinné předškolní vzdělávání plní v České republice každé dítě pobývající na území státu déle než 90 dnů, jenž dovrší pěti let před zahájením školního roku, až do přechodu na povinnou školní docházku. Tyto podmínky se nevztahují pouze na osoby s hlubokým mentálním postižením. Nástup do povinného školního vzdělávání je možno odložit maximálně do počátku školního roku, v němž dítě dosáhne osmi let. (Školský zákon, 2004, §34, §34a)

Opravilová (2016) charakterizuje předškolní vzdělávání jako proces, během kterého dítě cíleně a organizovaně vedeme za účelem kvalitní připravenosti na povinnou školní docházku a budoucí život. Nemyslí se tím ale jakési systémové učení, spíše posilování předpokladů pro budoucí vzdělávání s ohledem na individuální možnosti dítěte. Podle Koťátkové (2014) se totiž po roce 1990 změnil pohled na předškolní vzdělávání a místo kolektivního posuzování se klade větší důraz na individualitu, včetně časté spolupráce s rodinami a přijmutí i jiných, alternativních způsobů předškolního vzdělávání.

Pro mateřské školy byl přelomový rok 2004, protože jim byl jako prvním poskytnut návrh na vzdělávací program, jenž obsahoval metody, formy, obsahy a cíle vzdělávání. Tento program nese název Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV) (Opravilová, 2016). Jemu a dalším kurikulárním dokumentům týkajících se předškolního vzdělávání bude věnována následující kapitola.

2.2 Kurikulum v předškolním vzdělávání

Termín kurikulum je v rámci výchovy a vzdělávání chápán jako soubor všeho, co bychom dítěti během vzdělávacího procesu měli předat, a co by mělo zvládat. Konkrétně se jedná o pedagogický dokument, v němž jsou sepsány cíle, výstupy, obsahy a různé navrhované metody, které se pojí k určitým stupňům vzdělávání. U nás se tento termín začal hojně využívat ke konci 20. století (Opravilová, 2016).

Soubor kurikulárních dokumentů připravuje pro všechny české školy MŠMT, přičemž vychází z Národního programu rozvoje vzdělávání v České republice a školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (Opatřilová, 2009).

Kurikulum se vztahuje na děti, žáky a studenty zpravidla od dvou do devatenácti let a dělí se na dvě úrovně – státní a školní. Do úrovně státní zařazujeme Národní program vzdělávání (tzv. Bílou knihu) a Rámcově vzdělávací programy (dále jen RVP) pro jednotlivé etapy vzdělávání. Do školní úrovně řadíme Školní vzdělávací programy (dále jen ŠVP), které si vytváří škola dle příslušného RVP (RVP PV, 2021).

2.2.1 Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání

„RVP PV je osobnostně orientovaný plán, který zahrnuje podmínky pro individualizované výchovné a vzdělávací působení v mateřské škole.“ (Opravilová, 2016).

RVP PV obsahuje obecné informace o kurikulárním dokumentu a jeho hlavních principech, charakterizuje specifika a organizaci předškolního vzdělávání. Vymezuje rámcové cíle, jež směřují k záměrům mateřské školy, stejně tak klíčové kompetence formulující výstupy, které se u dětí předškolního věku očekávají. Dále je zde stanoven vzdělávací obsah, jenž zahrnuje pět základních vzdělávacích oblastí:

- Dítě a jeho tělo (oblast biologická)
- Dítě a jeho psychika (oblast psychologická)
- Dítě a ten druhý (oblast interpersonální)
- Dítě a společnost (oblast sociálně-kulturní)
- Dítě a svět (oblast enviromentální)

V jednotlivých oblastech jsou blíže popsány dílčí cíle vyjadřující záměry vzdělávání, vzdělávací nabídka popisující návrhy činností pojící se k dané oblasti, očekávané výstupy stanovující schopnosti a dovednosti dítěte na konci předškolního období, a nakonec rizika, kterým by se pedagog měl snažit vyvarovat. Mimo jiné jsou v RVP PV zmíněny ještě podmínky předškolního vzdělávání, nebo kapitola věnující se dětem se speciálními vzdělávacími potřebami (RVP PV, 2021).

Pacholík a kol. (2015) u kapitoly o dětech se ŠVP zmiňuje, že náplň v mateřské škole je pro všechny od dvou do zpravidla šesti let stejná. Měly by se však brát v potaz jejich požadavky a možnosti. To tedy znamená, že pro plnohodnotné naplnění cílů je nutné přizpůsobit podmínky dle individuálních potřeb dětí. Konkrétně u dětí s tělesným postižením v souladu s RVP PV Pacholík a kol. (2015) uvádí, že předpoklady pro adekvátní vzdělávání jsou splněny v momentě, kdy je škola například prostorově uzpůsobena pro pohyb, nabízí možnost využití potřebných kompenzačních pomůcek, snižuje počet dětí ve třídě a další.

2.2.2 Školní vzdělávací program

ŠVP je dokument vycházející z RVP, vytvořený školou a přizpůsobený jejím podmínkám jako např. kapacita nebo vybavení (Oprailová, 2016). RVP PV (2021) představuje ŠVP jako povinnou a veřejnou dokumentaci, ve které je shrnuto vše, čím se daná škola vyznačuje. Na základě výsledků dětí se po určité době ŠVP vyhodnocuje a posléze aktualizuje ředitelem školy ve spolupráci s pedagogy. RVP PV (2021) vymezuje sedm okruhů, které by ŠVP měl obsahovat a jsou to: identifikační údaje, charakteristika školy, podmínky a organizace vzdělávání, charakteristika vzdělávacího obsahu, obsah vzdělávání, systém hodnocení a pedagogická diagnostika.

2.2.3 Třídní vzdělávací program

Koťátková (2014) popisuje třídní vzdělávací program (dále jen TVP) jako plán, který si vytváří třídní učitelka na základě charakteristiky třídy a propojuje tak ŠVP s aktuálními tématy, potřeby a zkušenostmi dětí. Oprailová (2016) zmiňuje, že TVP je dobrovolný a učitelky si ho vytváří pro své vlastní potřeby. Každopádně RVP PV (2021) TVP považuje jako doklad o průběžné a plánované práci pedagogů s dětmi.

2.2.4 Inkluzivní vzdělávání

Stejně tak, jak se mění pohled na osoby se ZP a jejich postavení ve většinové společnosti, vyvíjí se i postoj k jejich výchově a vzdělávání. Lechta (2016) ve své publikaci líčí čtyři stupně přístupů vzdělávání dětí se SVP. *Exkluze* znamená úplné vyloučení, v tomto případě ze vzdělávání. V minulosti se osoby s těžkým ZP nemuseli vzdělávat, protože dle tehdejšího pohledu to u nich ani nebylo možné. Dalším zmíněným stupněm je *segregace*. Tou se z hlediska edukace myslí vyčlenění dětí se SVP do pro nich specializovaných škol a zařízení. Tento způsob pojetí se objevuje dodnes, ačkoliv už je upřednostňováno společné vzdělávání, je-li to alespoň trochu možné. *Integrace* už se velmi blíží k dnešní podobě. V Česku k praktikování integračního přístupu neboli zařazení dětí se SVP do škol hlavního vzdělávacího proudu došlo po roce 1989. Rozlišujeme individuální integraci, při níž je žák zařazen do třídy v běžné škole

a integraci skupinovou, což znamená vzdělávání žáků se SVP ve speciální třídě běžné školy. Integrace obecně však vyžaduje velkou míru přizpůsobivosti. Posledním uvedeným stupněm je *inkluzie*. Tu Slowík (2016, str. 32) definuje jako „*nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení*“. Z edukačního hlediska se tedy jedná o nejvyšší stupeň celého procesu propojení výuky a výchovy dětí, žáků a studentů se SVP a dětí a žáků a studentů intaktních.

K inkluzivnímu vzdělávání výrazně přispěly dle Slowíka (2022) dvě konference na toto téma. V první řadě šlo o koncept „vzdělávání pro všechny“ v Thajsku v roce 1990 a o čtyři roky později proběhlo setkání evropských zastupitelů včetně Česka v Salamance, které je pokládáno za zahájení inkluzivních edukačních procesů i v mimoevropských státech.

Dle Zilchera a Svobody (2019) je hlavním předmětem proinkluzivního myšlení *rovnost*. Ve srovnání s integrací, která je zaměřena na žáka se SVP a přizpůsobení jeho potřebám, inkluze se orientuje na potřeby všech. Cílí se tedy na to, aby různorodost byla brána jako norma a nelpělo se tak na odlišnostech mezi jednotlivými lidmi. Tím pádem se společnost může věnovat podstatnějším záležitostem, jako je snaha o maximální rozvoj potenciálu jednotlivých osob. Pacholík a kol. (2015) doplňuje, že

děti se tímto způsobem učí vzájemnému respektu, spolupráci, lidské rozmanitosti a jsou tak pro sebe navzájem přínosem.

2.3 Možnosti předškolního vzdělávání dětí s MO v Česku

Předškolní vzdělávání vymezuje školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů. Školský zákon upřednostňuje vzdělávání žáku se SVP ve školách hlavního vzdělávacího proudu, s alternativou škol zřízených podle §16 odst. 9 školského zákona se zaměřením na jednotlivé druhy postižení, pokud není integrace možná, či velmi obtížná (Slowík, 2016). Na žáky se SVP, se rovněž zaměřuje vyhláška 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů, jež obsahuje informace o činnostech školských poradenských zařízení a školních poradenských pracovištích (Opatřilová, 2009). Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáku a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáku mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů s sebou přináší pár zásadních bodů. Zilcher a Svoboda (2019) uvádí úpravu vzdělávání dětí se SVP, jež se odvíjí od potřeb podpůrných opatření prvního až pátého stupně. Tyto stupně práce blíže popisuje v části o podpůrných opatřeních. Dále děti se SVP potřebují doporučení školského poradenského zařízení (dále jen ŠPZ) a písemnou žádost zákonného zástupce pro zařazení do specializovaných škol, tříd, skupin či oddělení. Jako poslední změnu zmiňují pohled na funkci asistenta pedagoga, který je dle nového znění ve třídě kvůli podpoře jiného pedagoga při výchově a vzdělávání a také se věnuje všem dětem dle jejich potřeb. Slowík (2016) k obsahu vyhlášky č. 27/2016 Sb., ještě doplňuje přítomnost instrukcí pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu, jakožto nezbytného integračního dokumentu.

Cíle předškolního vzdělávání, jež práce vymezila v kapitole o kurikulárních dokumentech, by měly být pro všechny děti stejné (Opatřilová, 2009). I přesto je však potřeba respektovat individuální možnosti a potřeby všech dětí. Vítková (2006) ve své publikaci tak zmiňuje oblasti, které by u dítěte s MO měly být rozvíjeny kvůli připravenosti na povinnou školní docházku a budoucí život. Cílem je co největší možná míra samostatnosti. Důraz se klade tedy především na tyto oblasti: hygiena,

sebeobsluha, stolování, jemná a hrubá motorika, dorozumívací schopnost a sociální dovednost.

Neméně důležité jsou také podmínky, které jsou nezbytné pro realizaci vzdělávání dítěte s MO. Ty představuje Pipeková (2006). Prostory škol či zařízení musí být bezbariérové, s čímž souvisí i technické vybavení k samostatnému pohybu. Zajistit by měli didaktické, grafomotorické a další manuální pomůcky pro rozvoj kognitivních schopností, psaní a jiných grafomotorických činností, jemné motoriky apod. Další zmíněnou podmínkou jsou tělovýchovné pomůcky opět pro rozvoj motoriky a také relaxaci atd. Kromě materiálních podmínek jsou důležité i jiné faktory, jako např. konzultace se ŠPZ, nebo úzká spolupráce s rodinou (Slowík, 2016).

2.3.1 Poradenský systém ve školách a školských poradenských zařízeních

Informace o poradenských službách jsou obsaženy v již zmíněné vyhlášce č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů. Pipeková (2006) charakterizuje speciálně pedagogické poradenství jako systém, jehož úkolem je zlepšení poradenských služeb, propojení mezi jednotlivými složkami a školami a podpoření funkce uceleného systému vzdělávání. Poradenství se realizuje ve školách a ŠPZ. Ve školách tyto služby zajišťuje výchovný poradce, školní metodik prevence, případně i školní psycholog nebo školní speciální pedagog (vyhláška č. 72/2005 Sb.). Do ŠPZ spadají PPP, SPC a střediska výchovné péče. Vzhledem k souvislosti se zbytkem práce je potřeba ujasnit si pracovní náplň PPP a SPC.

Pedagogicko-psychologické poradny

Poradny se zaměřují na speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku (Pipeková, 2006). Specializují se např. na připravenost žáků na povinnou školní docházku (dále jen PŠD), intervenci a vyšetření žáku se SVP. Mimo jiné také zpracovávají zprávy a doporučení za účelem vymezení stupně podpůrných opatření (vyhláška č. 72/2005 Sb.).

Speciálně pedagogická centra

Balunová a kol. (2001) SPC charakterizuje jako zařízení zřízené při školách pro určitý typ zdravotního postižení. V případě MO by se jednalo o SPC pro děti s tělesným a kombinovaným postižením od tří let do ukončení školní docházky. SPC poskytuje poradenství pedagogům a zákonným zástupcům, pomáhá při řešení se vzdělávacími a výchovnými problémy, nabízí kompenzační pomůcky, taktéž zajišťuje připravenost na PŠD a další (vyhláška č. 72/2005 Sb.). Služby v SPC zajišťuje psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce, kteří spolupracují spolu s dalšími odborníky, zákonnými zástupci a školou (Pipeková, 2006)

Podpůrná opatření

Podpůrná opatření jsou nedílnou součástí ve vzdělávání dětí, žáků a studentů se SVP. Z toho důvodu je nutné jejich objasnění. Systém podpůrných opatření představuje vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných ve znění pozdějších předpisů. Tato vyhláška uvádí pět stupňů podpůrných opatření. První stupeň obsahuje pouze minimální úpravy obsahu a metod vzdělávání. V případě, že regulace nepostačují, je potřeba prošetření ŠPZ. Od druhého do pátého stupně je nutné vyšetření a doložení doporučení ŠPZ spolu se souhlasem zákonného zástupce, či zletilého žáka.

Slowík (2022) uvádí seznam konkrétních podpůrných opatření, jež řadíme do jednotlivých stupňů dle organizační, pedagogické a finanční obtížnosti. Děti předškolního věku s MO mají možnost využití poradenských služeb odborníku z SPC a PPP. Upravuje se pro ně organizace, metody a výstupy ve vzdělávání. Jsou vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu, který zpracuje předškolní zařízení na základě doporučení ŠPZ. Škola jim poskytuje kompenzační pomůcky a v případě nutnosti také alternativní komunikační systémy. Mají nárok na asistenta pedagoga. Posledním zde uvedeným příkladem podpůrných opatření je bezbariérová a technická úprava budovy, v níž předškolní vzdělávání probíhá.

2.3.2 Formy předškolního vzdělávání dětí s MO

Od zavedení již zmíněného školského zákona platí PŠD pro všechny žáky bez výjimky. Tato podmínka se nyní vztahuje i na povinný předškolní rok vzdělávání. Vzhledem k individuálním možnostem ale existují různé formy edukace v rámci nichž mají děti se SVP možnost si poslední rok před nástupem do povinného školního vzdělávání splnit. Vše probíhá ve spolupráci se ŠPZ, které se zároveň podílí na procesu odkladu PŠD, je-li to nutné (Slowík, 2022).

Následující dělení představuje tři možnosti předškolního vzdělávání v České republice.

Speciální forma vzdělávání

V rámci speciální formy navštěvují děti se SVP mateřské školy samostatně zřízené dle §16 odst. 9 školského zákona. Tato zařízení jsou orientována na jednotlivé druhy postižení. Dítě s MO by v případě výběru speciální formy předškolní edukace bylo zařazeno do mateřské školy pro děti s tělesným a kombinovaným postižením.

Dle Pacholíka a kol. (2015) se jedná o segregovaný systém vzdělávání. Vyznačuje se především přítomností dětí s podobnými speciálními potřebami, které jim škola či zařízení poskytuje formou materiálního vybavení a adekvátní podpory ze strany odborných pracovníků. I tento systém škol se řídí RVP PV, avšak s ohledem na uzpůsobení výuky v závislosti na závažnosti postižení – např. úprava obsahu a očekávaných výstupů (Slowík, 2022). Typický je nižší počet dětí ve třídě, aby se zaměstnanci mohli dětem se SVP individuálně věnovat (Pacholík a kol., 2015). Jak už bylo zmíněno v kapitole o možnostech vzdělávání, pro zařazení do školy dle §16 odst. 9 školského zákona, je nutné doložit doporučení ŠPZ.

Vzhledem k souvislosti s empirickou částí práce je potřeba zmínit i možnost dětí předškolního věku s MO docházet do denního stacionáře. Není to obvyklé, ale ve spolupráci se školními pedagogickými pracovníky lze absolvovat povinný předškolní rok vzdělávání též v dětském stacionáři. Jedná se o ambulantní službu, kterou spravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Kromě komplexní péče o dítě se SVP se ve stacionářích zaměřují také na výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, jež

přispívají k rozvoji dítěte a podobají se službám ve specializovaných mateřských školách (Opatřilová, 2009).

Kontaktní forma vzdělávání

Kontaktní formou se myslí skupinová integrace dětí se SVP do mateřských škol hlavního vzdělávacího proudu. Pacholík a kol. (2015) ji specifikuje jako formu, při níž děti s SVP a děti intaktní navštěvují tutéž školu, tudíž jsou součástí jednoho celku. V běžných školách totiž lze zřizovat specializované třídy pro děti se SVP. Slowík (2022) představuje kontaktní způsob vzdělávání jako kompromis mezi segregovanou a inkluzivní formou.

V rámci kontaktní (kooperační) výuky mají děti zázemí ve vlastních speciálně vybavených kmenových třídách, ale některé edukační a společenské aktivity probíhají dohromady. Do jaké míry bude kontaktní vzdělávání probíhat záleží na konkrétní mateřské škole (Pacholík a kol., 2015). Rizika dle Slowíka (2022) v tomto případě mohou být vystupující odlišnosti mezi skupinou dětí se SVP a ostatními, což je způsobené částečnou segregací od zbývajících tříd.

Inkluzivní forma vzdělávání

Myšlenky inkluzivního vzdělávání byli již popsány v předchozích kapitolách. Jedná se o způsob tzv. individuální integrace. Děti se SVP jsou přednostně zařazováni do spádových mateřských škol hlavního vzdělávacího proudu, které jsou zřízeny v obvodu jejich bydliště (Pacholík a kol., 2015). Slowík (2016) zmiňuje důležitou součást v procesu inkluze a tou je individuální vzdělávací plán. Ten vypracovává škola na základě doporučení ŠPZ ve spolupráci se zákonnými zástupci a vychází z příslušného ŠVP. Mimo jiné obsahuje úpravu obsahu, metod a forem výuky a také očekávaných výstupů (vyhláška o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných č. 27/2016 Sb.) Ve třídě mateřské školy dochází ke snížení počtu dětí o dva, v případě integrace dítěte s přiznanými podpurnými opatřeními třetího až pátého stupně (vyhláška o předškolním vzdělávání č. 14/2005 Sb.).

I. PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická (empirická) část této bakalářské práce se věnuje zkoumání vývojových oblastí dvou dětí s MO v odlišných prostorech/prostředích pro vzdělávání.

3 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

3.1 Výzkumný cíl

Hlavním cílem práce bylo zanalyzovat, jak velký vliv má forma vzdělávání na vývoj předškolního dítěte s MO. S tímto úmyslem práce výzkum probíhal u dvou dětí přibližně stejného věku s podobnou diagnózou.

Jedním z dílčích cílů bylo zjistit, jak volbu předškolního zařízení zpětně hodnotí zákonní zástupci a pedagogičtí pracovníci. Dále se výzkum zaměřil na odlišnosti dětí s MO ve vývojových oblastech.

3.2 Výzkumné otázky

- 1. Jaké odlišnosti v dílčích vývojových oblastech a míře začlenění lze pozorovat u dětí s MO v různých vzdělávacích zařízeních?*
- 2. Jaký vliv má výběr školy/prostředí pro předškolní vzdělávání na vývoj dítěte s MO?*
- 3. Jak zákonní zástupci hodnotí volbu předškolního zařízení a co je vedlo k výběru?*

4 METODOLOGIE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Tato kapitola obsahuje proces výběru výzkumného vzorku, charakteristiku výzkumného terénu a popis postupu zkoumání včetně použitých metod.

4.1 Výběr výzkumného vzorku

Jak už bylo zmíněno výše, výzkum se zaměřuje na dvě děti (chlapce) s MO předškolního věku, konkrétně 5 a 6 let. Respondenty se stali rodiče obou dětí a pedagogičtí pracovníci v jednotlivých zařízeních. Celkem se do výzkumu zapojilo 5 respondentů. Zúčastnily se dvě matky, jeden otec, asistentka pedagoga v běžné mateřské škole a speciální pedagožka v denním stacionáři. Rozhovory se zmíněnými účastníky

probíhaly osobně formou přímého dotazování, až na jednu matku, s níž interview probíhalo online přes aplikaci Microsoft Teams.

Výběr respondentů nebyl náhodný, avšak relativně náročný. Původním záměrem bylo porovnat vývoj v dílčích oblastech u dítěte s MO v běžné mateřské škole a dítěte se stejnou diagnózou v mateřské škole zřízené dle §16 odst. 9 školského zákona. První účastník výzkumu, kterého autorka této práce zná již delší dobu, byl zařazen do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu. Tudíž zbývalo sehnat druhé dítě s MO docházející do mateřské školy pro děti s tělesným a kombinovaným postižením. Po dlouhé snaze však bylo hledání neúspěšné. Děti, docházející do těchto škol, měly kombinované postižení; jedince proto nebylo možné porovnat. Autorka tedy kontaktovala matku, jejíž syn s podobnou diagnózou dochází do denního stacionáře. Vzhledem k velkým podobnostem v projevech obou chlapců a možnosti splnění povinné předškolní docházky v tomto denním stacionáři byla rodina požádána o zapojení do výzkumu.

Účast všech dotázaných na výzkumu byla dobrovolná. S cílem a informacemi o jejich roli v bakalářské práci byli seznámeni již před samotným průběhem. Měli také možnost výzkumný projekt kdykoliv opustit.

Z důvodu ochrany osobních údajů byla pro chlapce zvolena jména Tobiáš a Teodor.

4.2 Popis výzkumného terénu

Mateřská škola hlavního vzdělávacího proudu

Škola se nachází v pětistícovém městě hned vedle základní školy. Před budovou je zřízené velké parkoviště a zhruba 50 metrů od něj stojí autobusová zastávka. Mateřská škola je jednopodlažní a bezbariérová. Skládá se ze čtyř tříd, rozdělených podle věku. Každým rokem se tedy děti posouvají do jiné třídy. Kolem pavilonu je přistavěna rozsáhlá oplocená zahrada s velkým pískovištěm, dětským a sportovním hřištěm.

Do třídy, kde probíhal výzkum, se vchází přes dětskou šatnu, odkud vedou jedny dveře do umývárny a druhé do třídy. Třída se skládá ze tří částí. V první místnosti jsou dětské stolečky a židle (včetně jedné polohovací), učitelský stůl, piano a po stranách úložné prostory na hračky a jiné pomůcky. Navazující místnost je herna s kobercem, kde

nalezneme molitanové stavebnice, dětskou kuchyňku apod. Děti tam mají prostor pro volnou hru. Poslední místnost je vyhrazena pro ranní cvičení a jiné pohybové aktivity. Po obědě je určena k odpočinku.

Do třídy dochází 22 dětí (došlo ke snížení počtu o dvě děti vzhledem k zařazení dítěte se SVP). Střídají se zde dvě paní učitelky a přítomna je i asistentka pedagoga. Ta se věnuje primárně Tobíášovi, ale spolupracuje s učitelkami a v případě potřeby je k dispozici ostatním dětem.

Denní program zpravidla spočívá v ranních hrách, ranním kruhu a ranním cvičení. Po svačině má pro děti paní učitelka připravenou řízenou činnost a posléze chodí s dětmi na zahradu, nebo na procházku. Asistentka pedagoga se s Tobíášem zapojuje, dle možností, do všech aktivit během denního programu. Jednou za týden provádí jedna z učitelek logopedii.

Denní stacionář

Stacionář se nachází naopak ve velkoměstě uprostřed sídliště, vedle Základní školy speciální a Praktické školy, s níž úzce spolupracuje. Za rohem stojí tramvajová zastávka. Budova je třípodlažní, bezbariérová, vybavena výtahy. Je k ní taktéž přistavěna velká zahrada a výběh se stájem, ve kterých probíhá hiporehabilitace.

V oddělení se nachází dvě velké místnosti s polohovacími postelemi, molitany, vozíky, ležítky, chodítka, houpačkami a se spousty dalšími kompenzačními pomůckami usnadňujícími lidem se ZP pohyb a celkový pobyt ve stacionáři.

Do oddělení denně dochází okolo 12 osob od 2 do 26 let. Péči o klienty zabezpečují psychologové, zdravotní sestry, fyzioterapeuti, sociální pracovníci a speciální pedagožka. Vzhledem k jinému systému zde Teodor nemá přiřazeného asistenta, který by se o něj staral, ale péče je komplexnější ze strany pracovníků stacionáře.

Denní program není tak striktně daný, jako v mateřských školách. Odvíjí se spíše od individuálních potřeb a možností klientů. Poskytují jim celou řadu terapií a aktivizačních činností, stejně jako aktivit vzdělávacích a výchovných. V rámci vzdělávání se soustředí nejen na základy psaní a počítání, ale primárně cílí na praktické dovednosti. Těmi se myslí orientace v prostoru, znalosti o sobě a své rodině,

uvědomování si následků svého jednání, schopnost spolupráce, užívání všech smyslů, rozvoj komunikace, rozvoj jemné a hrubé motoriky s ohledem na možnosti jedince atd.

4.3 Metody sběru dat

Výzkumné šetření bylo realizováno kvalitativním výzkumným přístupem, provedeným formou dvou případových studií. Kvalitativní výzkum byl vybrán z důvodu možnosti osobní participace na výzkumném procesu a schopnosti hlubšího náhledu na danou problematiku, díky malému počtu účastníků. Kvůli reliabilitě výsledků byla využita metoda hloubkových rozhovorů s rodiči a pedagogickými pracovníky, zúčastněné pozorování dětí v jejich prostorech pro vzdělávání, a pro doplnění analýza dokumentace.

Kvalitativní výzkum se dle Skutila a kol. (2011) zabývá analýzou nashromážděných dat. Švaříček a Šedová (2007) popisují kvalitativní analýzu jako rozbor sdružených jevů a hledání jejich společných znaků. Tato zanalyzovaná data posléze člení na jednotlivé kategorie. V kvalitativním přístupu se sbírají údaje o menším počtu vzorků, zato po delší dobu a podrobněji (Skutil a kol., 2011). Švaříček a Šedová (2007) to charakterizují jako induktivní detailní průzkum určité problematiky. To znamená, v obsáhlých nashromážděných informacích postupně nacházíme opakující se jevy, z nichž stanovujeme závěry a nové teorie.

4.3.1 Případová studie

Výzkumným designem této práce jsou dvě případové studie. Jedná se o detailní průzkum a porozumění sledovaného případu: osob, instituce, či události (Švaříček & Šedová, 2007). Autoři dále uvádějí, že se jedná o komplexní přístup. Případová studie tedy vyžaduje velké množství informací z více než jednoho zdroje. Pro vytvoření výzkumné designu byla tedy zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, zúčastněného pozorování a získaná data jsem doplnila o analýzu dokumentů.

4.3.2 Polostrukturovaný rozhovor

Jako první metodu pro sběr dat autorka použila polostrukturovaný rozhovor s rodiči chlapců. Ten Skutil a kol. (2011) popisuje jako typ rozhovoru, při němž má výzkumník

předem formulované otázky, případně jejich okruhy. Během interview však formuluje další otázky, které ho v souvislosti s výpovědí účastníků napadají.

4.3.3 Zúčastněné pozorování

Švaříček a Šedřová (2007, str. 143) definují zúčastněné pozorování jako „*dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a reprezentovat sociální život a proces*“.

Proces pozorování probíhal v obou zařízeních během května a června 2022. Pro podklad autorčina sledování byl využit záznamový arch (viz příloha č. 3), zahrnující seznam činností úměrných předškolnímu věku, a zároveň zohledňující možnosti dětí s MO. Tvoření záznamového archu bylo inspirováno autorkami Bednářovou a Šmardovou (2015), jež v rámci předškolní diagnostiky posuzují jednotlivé činnosti dle schopnosti a úrovně samostatnosti. Data zaznamenávala tyto stupně vývoje obou chlapců v dílčích oblastech a vyhledávala tak jejich odlišnosti. Tato metoda tudíž přispívala k naplnění cíle a zodpovězení výzkumných otázek.

4.4 Průběh rozhovorů

Před samotným rozhovorem byl účastníkům vysvětlen cíl výzkumu a shrnuty okruhy otázek. Měli možnost se zeptat na doplňující otázky v souvislosti s projektem, či autorčinou osobou. Cílem bylo získat základní anamnestické údaje o rodinném, sociálním zázemí, průběhu zjištění diagnózy a procesu zařazování dítěte do předškolního vzdělávání (viz příloha č. 2). Rozhovory dělala autorka se dvěma matkami a jedním otcem. Interview se odehrálo v jednom případě u respondentů v domácím prostředí, ve druhém online formou. Dotazování trvalo kolem jedné hodiny. Odpovědi byly zaznamenávány prostřednictvím diktafonu, s čímž dotazování museli dopředu souhlasit a podepsat informovaný souhlas (viz příloha č. 1).

Metoda polostrukturovaného rozhovoru byla použita též u pedagogických pracovníků (viz příloha č. 2), konkrétně u asistentky pedagoga a speciální pedagožky. Otázky byly směřovány na charakteristiku školního prostředí a pohled na vývoj dětí s MO v dílčích oblastech. Rozhovory trvaly opět kolem jedné hodiny a probíhaly v prostředí institucí. Celé výzkumné šetření probíhalo dva měsíce.

Po průběhu rozhovorů byly výpovědi jednotlivých respondentů přepsány do souvislých textů. Materiál byl posléze zpracován tematickou analýzou.

4.5 Analýza dat

Kvalitativní analýza představuje rozbor a zpracování výzkumného podkladu s cílem odhalení podobností mezi jednotlivými daty, ze kterých vyvozujeme nové teorie (Skutil a kol., 2011).

Pro analytické zpracování výzkumu byla zvolena tematická analýza. Tu autorky Braun a Clarke (2006, str. 6) charakterizují jako „*metodu pro identifikaci, analýzu a určení vzorců (témat) v rámci dat*“. Tento proces začíná již při samotném sběru dat, kdy si výzkumník všímá a zaznamenává zajímavá zjištění. Pro tato stanovení si autor už od počátku vytváří symboly (kódy), neboli slova a slovní spojení, jež vystihují význam daného úseku v textu (Skutil a kol., 2011). Braun a Clarke (2006) pro tuto metodu stanovily analytický postup, jenž ale nemá striktní pořadí kroků. Zdůrazňují, že během výzkumného procesu se výzkumník může k jednotlivým fázím znovu vracet.

Fáze 1: Autor by se nejdříve měl se svými daty seznámit, tzn. podrobně si pročíst všechny sesbírané údaje a hledat mezi nimi již od počátku podobnosti.

Fáze 2: Na první fázi navazuje vytváření počátečních kódů (určitých rysů) v přepisech a poznámkách. S těmito kódy bude výzkumník posléze pracovat.

Fáze 3: V další fázi se autor snaží vygenerované kódy seřazovat do pro nich společných potencionálních témat. Tento bod v tematické analýze je především o vyhledávání a spojování souvislostí.

Fáze 4: Poté, co výzkumník navrhne eventuální kategorie, znovu je přezkoumává. Některá mohou být např. příliš široká a lze z nich vytvořit více témat.

Fáze 5: Předposlední fáze přichází ve chvíli, kdy je autor spokojen s pojmenováním nadřazených témat a připraven na finální analýzu.

Fáze 6: Posledním bodem v analytickém postupu je shrnutí a představení závěrečných výsledků.

5 PŘÍPADOVÉ STUDIE

Případová studie č. 1 – chlapec Tobiáš

Profil dítěte

Chlapec, narozen v roce 2017 (5 let a 4 měsíce)

Diagnóza

Mozková obrna, dyskinetická forma, kernicterus, defekt hexokinázy, opoždění vývoje motoriky a řeči

Rodinná anamnéza

Tobiáš pochází z úplné rodiny – matka 38 let, otec 44 let, starší sestra 8 let. U žádného člena nebyly zaznamenány závažnější zdravotní problémy. Matka má středoškolské vzdělání s maturitou a pracuje v geodetickém ústavu. Otec má výuční list ze střední integrované školy stavební a pracuje 20 let jako řidič kamionu a technik dopravy. Sestra dochází do základní školy vedle školy mateřské, do které je nyní zařazen Tobiáš.

Bydlí v rodinném domě na vesnici se zahradou, stodolou a bazénem. S péčí vypomáhají prarodiče, kteří bydlí v domku hned vedle a mají s rodinou propojený pozemek. Nápomocní jsou i sourozenci obou rodičů, kteří přibližně jednou za 14 dní jezdí k rodině na víkend a v případě potřeby hlídají Tobiáše a jeho sestru. Mají s oběma dětmi blízký vztah. Celá rodina se pečlivě stará o Tobiášův maximální rozvoj. Ani u členů v širší rodině nebyl zaznamenán žádný zdravotní problém, kromě „*takových těch civilizačních problému a bolestí zad*“, jak s úsměvem uvádí Tobiášův tatínek. Na pozemku chová Tobiášova babička králíky a slepice. Pobývá s nimi také přátelský zlatý retrívr.

Sourozenci mezi sebou mají pěkný vztah. Jsou na sebe velmi napojení, a i přes komunikační obtíže mu jeho sestra rozumí nejlépe z rodiny. Občas se na něj ale i naštvě, protože jí rád dělá naschvály.

Osobní anamnéza

Tobiáš se narodil v termínu jako zdravé dítě. Při kontrolních testech byla hladina bilirubinu v pořádku, a tak byl 5. den po porodu propuštěn domů s tím, že ho mají dávat na světlo. Zhruba 3 dny po propuštění začal být spavý, apatický a nechtěl se přisávat, a proto byl hospitalizován v nemocnici. Na místě mu zjistili hyperbilirubinémii, kterou zkomplikoval jádrový ikterus. Ten pravděpodobně zapříčinil problémy a křeče, které Tobíáš měl pár dní po propuštění. Došlo k poškození mozku. Jakou část mozku to zasáhlo se ukázalo až pátý den při magnetické rezonanci. Zasažené bylo pohybové centrum. Desátý den při neurologickém vyšetření mu byla diagnostikována těžká axiální hypotonie a dystonie. Po první hospitalizaci, 14 dní od porodu, byl převezen do krajského města, kde mu byly provedeny vyšetření metabolických vad a následně Tobíášovi byla podána krevní transfuze. Poté v jiném krajském městě proběhl odběr všech členů rodiny (matka, otec, sestra) s cílem vyšetření enzymatických poruch erytrocytů. U všech členů byla nalezena snížená aktivita hexokinázy. Krátce po porodu u Tobíáše mohlo dle dokumentací dojít k deficitu hexokinázy vedoucí k hemolýze. S jistotou to ale nedokáží označit za příčinu vzniku MO. Ke stanovení diagnózy došlo, když byli Tobíášovi 2 roky. *„Ono to trvá, mozek je malý. Než se dítě začne vyvíjet, tak to nikdo nepozná.“* (tatínek).

Tobíášovi je nyní téměř 5 a půl roku. Je velmi usměvavý a pozitivní dítě. Chvíli mu trvá, než se rozkouká, jinak je ale velmi přátelský a nemá problém ani s cizími lidmi. Je také velmi cílevědomý a občas vzdorovitý. Rád laškuje se svými nejbližšími. Nechodí a sedí jen s dopomocí. Matka ho vozí v kočáru a momentálně čekají na finanční příspěvek, díky kterému budou moci pořídit dětský invalidní vozík. Sám bez pomoci se přemisťuje plazením a se zapřením dokáže ve stoje ručkovat. Pro manipulaci s malými předměty využívá především pravou ruku, levou opomíjí a zapojuje ji jen na vyzvání. Na upozornění si také utře pusou. Dokáže se napít z flašky i hrníčku a samostatně jíst, pokud dostane pevnou stravu.

Jednou za čtrnáct dní dojíždí do rehabilitačního střediska do nejbližšího krajského města na fyzioterapii a hydroterapii, a jednou za měsíc na logopedii. Zkoušeli i hipoterapii, ale ta se Tobíášovi nezamlouvala. V rámci fyzioterapie, kde s ním

fyzioterapeutka cvičí pomocí Vojtovy a Bobathovy terapie, má Tobiáš i prvky ergoterapie. Dříve navštěvovali i samostatnou ergoterapii, ale vzhledem k časové a finanční náročnosti dojíždění ji nakonec zrušili. Jednou za půl roku dochází k neurologovi. Absolvoval čtyři rehabilitačních pobyty, jež jsou ale finančně velmi náročné, proto na ně jezdí jen v momentě, kdy se rodině povede získat peníze skrze charitativní sbírky.

Školní anamnéza

Tobiáš dochází od tří let, nyní druhým rokem, do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu. Raná péče rodině původně nabízela zařazení chlapce do mateřské školy pro děti s tělesným a kombinovaným postižením u nich v rehabilitačním středisku. Museli by ale každý den dojíždět 40 kilometrů tam a zpátky. Pro rodiče bylo navíc od začátku prioritou zařazení syna mezi zdravé děti. Tobiášovou největší oporou ve školním prostředí je asistentka pedagoga. Je mu plně k dispozici při stolování, hygieně, oblékání, ale i při zapojování do denních aktivit a začleňování mezi ostatní děti. Je v úzkém kontaktu s rodinou, a tak občas jezdí k Tobiášovi domů, nebo spolu s chlapcem a matkou na terapie. S dětmi chlapec vychází dobře. Hrají si s ním a zapojují ho mezi sebe. Tobiášova sestra v pozadí vztahy dětí ve třídě komentuje slovy: *„Když tam někdy přijdu já a pak jdeme domů, tak oni pokaždé: „Ahoj Tobíku“.“* Matka toto tvrzení potvrzuje: *„Vždy se s ním loučí celá třída. Já nevím, jestli se takhle loučí s každým, ale je to hezké.“* Paní asistentka poznamenává, že to je jeho milou povahou.

Mateřskou školu poprvé navštívili před koncem školního roku, než Tobiáš nastoupil. Byli se tam jen ukázat a představit. Od září Tobiáš docházel do mateřské školy každý den. Prvním rokem do školky chodil pouze na dopoledne a po obědě si ho matka vyzvedávala. Začátky byly pro Tobiáše krušné, hodně plakal a prožíval separační úzkost. To se ale za pár týdnů srovnalo a od té doby měla matka pocit, že se do školky i těší. Jeho první rok v mateřské škole byl narušen pandemickou situací a několika měsíčním zavřením školy. Nástup do předškolního zařízení po dlouhé pauze byl pro Tobiáše psychicky náročný. S počátkem druhého roku ve škole tam začal i spát. *„On věděl, že se po obědě má jít domů, takže potom, když tu začal spát, tak chvíli plakal, ale to trvalo jen 14 dní a pak už to bylo dobré.“* (asistentka pedagoga)

S Tobiášem chodí do třídy 21 stejně starých dětí. Je zde jediné dítě se SVP. K dispozici je mu asistentka pedagoga, která svou práci bere velmi zodpovědně. V případě potřeby Tobiášovi asistuje, ale zároveň mu dává prostor, aby různé činnosti zkoušel nejdříve sám. Rodiče neustále o všem, co se Tobiáše týká, informuje, a občas s nimi absolvuje i některé Tobiášovi terapie. Tráví s ním tedy čas i mimo školní prostředí. Tobiáš ji má velmi rád.

Ráno mají děti prostor pro volnou hru. Poté, co na znamení uklidí hračky, se všichni sejdou v ranním kruhu. Pozdraví se, zazpívají si a každý z dětí má možnost se s čímkoliv podělit. Tobiáše se pedagožky ptají na otázky, na které reaguje kývnutím hlavy a mimikou. Zacvičí si, dají si svačinu a potom následuje řízená činnost na nějaké téma. Každý den chodí ven buďto na zahradu, nebo na procházku. Tobiáš se spolu s asistentkou zapojuje v rámci možností do všech aktivit, ale ne na úkor omezování ostatních dětí.

V mateřské škole Tobiáš vyžaduje hygienu, ale potřebuje s ní pomoci. WC neuvívá, musí se přebalovat. Během jídla potřebuje asistenci. Vydrží jinak sedět klidně u stolu po celou dobu. Nemá problém se zutím bot, nasazením čepice a také ví, kde má jeho oblečení svoje místo. Samostatně zvládá manipulaci s malými předměty a zasouvání předmětů do otvorů. Také dokáže postupně vztyčit prsty při počítání. S hrubou motorikou má potíže, ve většině případů je nutná asistence. Grafomotorické úkony, jako je držení tužky, plynulé tahy apod., též nedokáže bez pomoci. Jeho silné stránky jsou především v sociálních dovednostech. Chápe a dodržuje pravidla, respektuje autoritu, spolupracuje a dělí se s ostatními dětmi. Verbálně téměř nekomunikuje, používá pravidelně cca 10 slov. Rozumí ale téměř všemu. Chápe prostorovou orientaci, zná jména lidí ve svém okolí, najde na obrázku předmět podle předlohy, rozpozná a přiřadí barvy, rozezná zvířata i známe zvuky, nebo složí jednoduché puzzle.

Příští rok Tobiáš nastoupí do předškolního ročníku, a poté bude rodina řešit odklad PŠD. Měl by tedy na základní školu nastoupit za dva roky. Rodiče Tobiáše by si přáli, aby mohl nastoupit do stejné základní školy (s asistentem), jako jeho sestra. Bylo by to pro ně zaprvé nejpraktičtější, a zadruhé jsou s výběrem inkluzivního vzdělávání spokojeni. Zatím si ale nejsou jisti, zda na běžnou základní školu bude připraven.

Středisko chlapci nabízí místo v základní škole speciální. Tato varianta se jim tolik nezamlouvá, vzhledem ke komplikacím s dopravou. Finální rozhodnutí prozatím odložili.

Případová studie č. 2 – chlapec Teodor

Profil dítěte

Chlapec, narozen v roce 2016 (6 let a 4 měsíce)

Diagnóza

Lékaři se ve zprávách domnívají, že Teodor trpí MO dyskinetickou a od počátku opožděným psychomotorickým vývojem. Přesto finální diagnóza prozatím nebyla stanovena, neboť nevylučují možnost jiné poruchy. „*Pan profesor K. říkal, že jsou nějaké genetické choroby, které nejsou třeba ještě úplně rozpoznané a vzhledem k tomu, že genetických chorob je asi 9000, tak vlastně stejně na všechny neotestují. Jeho mozek je podle magnetické rezonance naprosto v pořádku, ale evidentně není. Což všichni vidí, ale věda na dnešní úrovni asi není schopná určit, co mu je*“, vysvětluje Teodorova maminka.

Rodinná anamnéza

Teodor se narodil do úplné rodiny – matka 46 let, otec 46 let a starší bratr 10 let. Otcově sestře byl ve 14 letech diagnostikován zhoubný nádor na mozku, z něhož se vyléčila. Lékaři však vyloučili spojitost s Teodorovým onemocněním. V rodině jsou jinak všichni zdraví, ani v rámci genetických vyšetření celé rodiny, i té širší, se nic neobjevilo. Matka má vysokoškolské vzdělání v oboru marketing, otec má vzdělání středoškolské. Matka pracuje jako manažerka ve společnosti na výrobu hraček a otec je řidičem u záchranných služeb. Starší bratr dochází do základní školy.

Rodina bydlí v bezbariérovém bytě, v prvním patře, v hlavním městě. Na dvoře mají velkou zahradu s bazénem. Dříve s nimi bydlela i babička, o kterou se před smrtí, v listopadu roku 2021, vzhledem ke zdravotním potížím rodina starala. S Teodorem tak měli o to hlubší pouto a byla pro něj obrovskou podporou. Sourozenci z matčiny

i otcovy strany jsou taktéž rodině plně k dispozici. Všichni bydlí ve stejném městě, a tak se pravidelně schází a jsou ochotní pomoci s čímkoliv potřebují.

Vztahy v rodině jsou velmi blízké. Spojení matky s otcem se od narození Teodora ještě více prohloubilo. Dávají si záležet na tom, aby se starší syn necítil kvůli časově i psychicky náročné péči o Teodora upozaděm. Bratři se mají navzájem rádi. Mají mezi sebou typický sourozenecký vztah, tzn. nejvíce společného času tráví hraním na PlayStationu, a občas jsou na sebe uražení a špičkují se. Starší bratr jinak velmi ochotně pomáhá s péčí o Teodora.

Rodina také maximálně podporuje Teodora v rozvoji. Jezdí na výlety, navštěvují přátelé, nebo k nim domů pravidelně již několik let dochází paní, která celou rodinu učí hře na piano.

Osobní anamnéza

Když byla matka v 5. měsíci těhotenství, musela z důvodu věku čtyřiceti let na různé testy, vyšetření plodové vody a další. Tam jí bylo oznámeno, že Teodor má takzvanou Robertsonskou translokaci (zdvojení některých chromozomů, které vede k neplodnosti). Rodinu oznámení vyděsilo, ale lékaři tvrdili, že je to jediný zdravotní dopad.

Prvních abnormalit si všimla již zmíněná babička, kolem Teodorových čtyřech měsíců. Přišlo jí, že se abnormálně vyvíjí a je neustále zkroucený. Pediatrička však jakékoliv abnormality vyloučila. Poté ale rodina navštívila dětského neurologa, u něhož jim bylo řečeno, že mají těžce zdravotně postižené dítě. Byli udivení, že pediatrička nic nezaznamenala. Od té doby chodili několik měsíců po vyšetřeních. Nakonec po roce od zjištění abnormalit prohlídky přestali podstupovat, protože lékaři si žádným rozhodnutím nebyli jistí. *„Pro nás to bylo hrozné, já jsem byla úplně rozložená, takže to za to nestálo.“* (Teodorova maminka)

Nyní je Teodorovi 6 a půl roku. Již rok a půl se pohybuje pomocí dětského invalidního vozíku, který si sám ovládá. V rámci fyzioterapie zkouší i postupnou vertikalizaci a učí se chodit pomocí invalidního chodítka. Další terapie, jako je hipoterapie, muzikoterapie, arteterapie, bazální stimulace, koncept Snoezelen atd., má možnost

využívat v rámci denního stacionáře, kam v pracovních dnech dochází. Dokáže dát ruce k sobě a odšroubovat víčko od pasty. Bez invalidního vozíku se sám pohybuje plazením, či přisunováním kolen. Verbálně téměř nekomunikuje, kromě slov *ne, mama, tata* a pár slabik. Domlouvá se alternativními způsoby – ukáže, zamává, kýve hlavou, usmívá se, či mračí. Rozumí pokynům i otázkám, umí ovládat mobil a tablet. Rodiče uvádí, že Teodor je velmi společenský a pozitivní chlapec. V ničem se nevzdává a má upřímnou radost ze všech osobních úspěchů. To potvrzuje i speciální pedagožka ze stacionáře: *„Vidím v Teodorovi potenciál, je aktivní, cílevědomý, chce se ty věci naučit a chce je dokázat sám, z toho má pak obrovskou radost.“*

Školní anamnéza

Ve čtyřech letech začal Teodor docházet do denního stacionáře. Původně matka prosazovala integraci do běžné mateřské školy, ale v pedagogicko-psychologické poradně bylo rodině doporučeno zařazení do stacionáře. Vzhledem k tomu, že verbálně téměř nekomunikuje, měly obě strany obavy, že by do kolektivu běžné mateřské školy nezapadl. Zařízení poskytuje pestrou nabídku služeb a pracovníci se chlapci naplno věnují. První měsíc docházení do stacionáře prožíval Teodor separační úzkost. Poté se začlenil do kolektivu a do zařízení se dle matky těší. *„Bývá to horší jen potom, co je třeba nemocný, nebo po prázdninách, nebo jak byl Covid a nechodil do stacionáře. Logicky ten přechod, než si zas zvykl na nás, a to prostředí tady, ale jinak v pohodě.“* (speciální pedagožka)

V oddělení mají denně kolem 12 osob se ZP. S Teodoreem navštěvují stacionář ještě dvě děti předškolního věku. V zařízení se věnují vzdělávání, rozvíjení všech možných oblastí, stimulaci apod. Jsou ale především služba pečující. Z tohoto důvodu, ale také kvůli věkovému rozpětí a nejednotnému typu zdravotního postižení, nemají ve stacionáři striktně nastavený denní program. Mají akorát vyhrazené dny na jednotlivé terapie a s nimi spojené aktivity. Těm, a dalším potřebám osob se ZP, se uzpůsobuje zbytek činností. Verbálně v kolektivu oddělení téměř nikdo nekomunikuje. Pracovníci se tedy snaží o časté hromadné aktivity, v rámci, kterých činnosti slovně doprovází, a vyzývají tak klienty ke komunikaci mezi sebou navzájem. Prosazují především individuální přístup. Každý člověk zde vyžaduje něco jiného. Má jiné

možnosti, jiné potřeby rozvoje v různých oblastech. Pracovníků je ve stacionáři dostatek, aby toto mohli zohlednit při individuálních činnostech. Mají tedy i prostor na předškolní výuku. V rámci vzdělávání se soustředí nejen na základy psaní a počítání, ale primárně cílí na praktické dovednosti. Těmi se myslí orientace v prostoru, znalosti o sobě a své rodině, uvědomování si následků svého jednání, schopnost spolupráce, užívání všech smyslů, rozvoj komunikace, rozvoj jemné a hrubé motoriky s ohledem na možnosti jedince atd.

Ve stacionáři Teodor hygienu sám od sebe nevyžaduje. WC neužívá. Pracovnice se pokoušely Teodora párkrát posadit na záchod, ale potřebu nevykonal. Stále ho tedy přebalují. Ve stolování je daleko samostatnější. Pije z flašky i hrníčku a bez asistence se nají. Jen po něm zbývá nepořádek. Ve speciálním vozíku (klárce) vydrží sedět po celou dobu svačiny i oběda. Při oblékání si zvládne nandat čepici a zná místa pro kusy svého oblečení. V ostatních případech této oblasti potřebuje podporu. V jemné motorice má velmi dobrý špetkový úchop, tudíž mu nedělá problém manipulace s drobnými předměty, či zasouvání předmětů do otvorů. Vyžaduje asistenci při stříhání nůžkami. Pohybuje se, jak až bylo řečeno, pomocí invalidního vozíku, nebo plazením. Nově se sám dokáže se zapřením postavit, nebo vylézt na nízkou sedačku. Báví ho skupinové práce, během kterých si rád maluje štětcem a tiská. Teodorovy sociální dovednosti jsou ve většině případů úměrné jeho věku. Zvládá separaci od rodičů, chápe a dodržuje pravidla, spolupracuje s dětmi, je štedrý, společenský a nekonfliktní. Když má problém, pláče. Potíže mu dělá prostorová orientace, ale chápe časové posloupnosti. Nedokáže pojmenovat osoby ve svém okolí. Činnosti musí u Teodora být různorodé a krátké, protože má kratší pozornost. Reaguje na své jméno, dokáže ukázat na části svého těla a obrázky dle pokynů, rozpozná různé tvary a zvířata.

Chlapec je nyní v předškolním ročníku. Rodina bude žádat o odklad PŠD. Posléze by se chtěli pokusit o zařazení do základní školy pro tělesné postižené žáky. Vzhledem k velkému zájmu o tuto školu mají však obavy z neúspěchu.

S finálním výběrem předškolního zařízení je rodina spokojená. Matka tvrdí, že je Teodor mezi dětmi s podobnými fyzickými abnormalitami, což lépe působí na jeho psychiku. Počet pracovníků ve stacionáři vychází zhruba dva na jednoho klienta, tudíž

se jim dostává adekvátní péče. Velikou výhodou vidí hlavně v dostupnosti terapií. Služby, za kterými by museli dojíždět, mají v tomto případě na jednom místě. Sice za místo ve stacionáři musí platit, ale doma se shodli, že jim to za ten viditelný posun stojí. Chválí si též i komunikaci zařízení s rodinou. Pracovníci každodenně informují rodiče při vyzvedávání svých dětí o dění na oddělení. V případě jakýchkoliv potíží jsou ochotní pomoci a poradit, eventuálně odkázat na jiného odborníka.

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT Z ROZHovorŮ

Kapitola popisuje zpracování získaného materiálu z polostrukturovaných rozhovorů. Smyslem analýzy bylo hledání společných znaků ve výpovědích a získání odpovědí na výzkumné otázky.

6.1 Výsledky analýzy rozhovorů s rodiči

Nejdříve autorka opakovaně pročetla přepisy odpovědí rodičů. Poté v textu vyhledávala opakující se témata ve výpovědích. Výsledky shrnují jednotlivá objevující se témata, doplněná o přímé citace obou matek a otce. Zaměřena jsou především na diagnózu, školní prostředí a schopnost adaptace dětí s MO.

Respondenti:

M1	matka Tobiáše	38 let
M2	matka Teodora	46 let
T1	otec Tobiáše	44 let

Kategorie č. 1: Diagnóza

U Tobiáše se abnormality začaly projevovat už osmý den po porodu. T1: „...měli jsme ho doma zhruba týden a pak se to rozjelo. Najednou nám zežloutl jeden den, a druhý den už nám skončil v krajské nemocnici na pohotovosti, přímo na jipce, kde proběhla transfuze krve. Svítily nám ho tam asi týden a byl v umělém spánku. Měl i sondu.“ Lékaři se domnívali, že se jedná o mozkovou obrnu, avšak vzhledem k útlému věku chlapce nemohli výsledky sdělit s jistotou.

Abnormalit u druhého hochy si všimla teprve babička v jeho čtyřech měsících života. Přišlo jí, že je Teodor neobvykle zkroucený a jeho posuny ve vývoji nejsou tak rychlé, jak by měly být. Pediatrička do té doby varovné signály nezaznamenala. Tvrdila matce, že je její dítě úplně zdravé. M2: „...tvářila se, že je všechno v pohodě. S tou jsem se potom rozloučila a byla jsem velmi blízko tomu, jestli ji nezažalovat. Specialisté mi totiž později řekli, že nechápou, jak tohle mohl pediatr nevidět, protože tam bylo spousta varovných signálů.“ Po potvrzení abnormalit neurologem začali s Teodorem

podstupovat další vyšetření, konkrétně však neuvádí. *„Takže to bylo zhruba kolem pěti, šesti měsíců a pak se roztočilo kolečko, který jsme potom po několika měsících sami zatípli, protože nikdo nebyl schopen na nic přijít.“*

Diagnózu Tobiáš dostal ve dvou letech. Lékaři se domnívají, že poruchu mozku způsobil bilirubin, který poškodil bazální ganglia. T1: *„Neví ale v jaké fázi, a jak hodně...“* Odborníci připravovali rodiče na všechny varianty přidružených vad, k nimž, v souvislosti s poškozením mozku, mohlo dojít. M1: *„Tenkrát si nás vzal na kobereček primář neonatologie a řekl nám, ať počítáme s tím, že může být třeba slepý, hluchý... to se naštěstí nestalo.“*

Teodor finální diagnózu nemá. M2 uvádí: *„...konečnou diagnózu nemáme jo, nejbliž tomu je dětská mozková obrna, pravděpodobně dyskinetická, ale jako není diagnostikovaný.“* Matka na tento fakt však nahlíží pozitivně: *„Bohužel to takhle je. Na druhou stranu, já to беру tak, že to zase v sobě skrývá naději. Naději toho, že kdoví, kam se to posune. Nejsme limitováni tou diagnózou, která nás nějakým způsobem omezí, jestli mi rozumíte.“*

Kategorie č. 2: Výběr předškolního vzdělávání

M1 a T1 si ze začátku s volbou předškolního zařízení nevěděli rady. Ve středisku, kam dodnes dojíždějí na terapie, jim bylo nabízeno místo v mateřské škole pro děti s tělesným a kombinovaným postižením. M1: *„...ale s tím dojížděním je to komplikované, to se mi nechtělo. A tady v okolí žádná speciální školka není. Navíc jsem si říkala, že na tom není zas tak špatně, aby nemohl chodit do normální školky s asistentkou.“* Bydlí na vesnici, kde žádná předškolní zařízení nejsou. Rozhodli se tedy vyhledat běžnou mateřskou školu v okresním městě. Tam ale, kvůli velkému zájmu a upřednostňování dětí ze spádových oblastí, neuspěli. Nakonec byl chlapec zařazen do mateřské školy v nejbližším městě, kam chodí jeho starší sestra do školy. M1 popisuje konečné rozhodnutí: *„...ta školka je bezbariérová, nízká, nikde se tam nechodí po schodech. Tak jsme se domluvili s ředitelkou, kterou jsme znali. Ta nás rovnou i představila asistentce, která se teď o syna stará.“* Navíc pár desítek metrů od mateřské školy bydlí Tobiášova babička, a tak ho může v případě potřeby vyzvedávat.

Pro M2 byla primární volba mateřská škola hlavního vzdělávacího proudu. Měla výbornou zkušenost se běžnou mateřskou školou, kam dříve docházel její syn. Vedení bylo ochotné Teodora k nim do instituce zařadit i za cenu, že budou muset snížit maximální počet dětí ve třídě a přidat asistenta pedagoga. M2 dodává: „...a já jsem tu nabídku velmi chtěla využít, protože věřím na tu pozitivní afirmaci. Na to, že když syn uvidí, co dělají ostatní děti, bude to chtít dělat taky.“ Poté proběhla první návštěva PPP. V poradenském zařízení byli zaskočení, že nechodí do centra rané péče. M2: „...my jsme furt někde po doktorech, a nikdy jsme neslyšeli, že existuje něco, co se jmenuje centrum rané péče. To je věc, kterou považuji za tristní, úroveň informovanosti.“ Během konzultace poradenští pracovníci rodičům navrhli zařazení do stacionáře. M2: „Oni mi říkali, a já jsem ochotná tomu věřit, protože jsou to odborníci, že v té klasické školce by byl jen s tím asistentem. Ty děti, v momentě, kdy on nemluví ani nechodí, by si s ním pravděpodobně nehrály. Matka se tedy rozhodla dát na rady odborníků a vyhledala denní stacionář v okolí, kam Teodora přijali. Nyní do stacionáře dochází druhým rokem. Ani pro jednu rodinu nebyla volba předškolního zařízení jednoduchá. Rodiče chtěli pro své syny optimální instituci, která bude maximálně přispívat jejich rozvoji, a zároveň bude praktická pro všechny členy rodiny. Rozhodnutí tedy nepodcenili a při výběru zohlednili více faktorů.

Kategorie č. 3: Pozitivní hodnocení

M1 a T1 jsou s výběrem zařízení spokojeni. T1: „...myslím si, že je to správná volba. Tím, že chodí s normálními dětmi do školky a asociuje se, tak ho to více motivuje.“ Pedagogové se v mateřské škole Tobiášovi maximálně věnují. Děti ve třídě k němu přistupují rovnocenně, stejně, jako k sobě navzájem. M1 a T1 jsou spokojeni hlavně s asistentkou pedagoga. Líbí se jim její pracovní nasazení a schopnost kompenzace omezení, které se pojí s chlapcovým postižením. T1 dodává, že s prací asistentky pedagoga byly při kontrole spokojeni i pracovníci z centra rané péče. „Říkaly, že chodí na kontroly do různých školek. Tam se těm dětem ale takhle nevěnují, protože na to nemají čas.“

M2 je i přes spokojenost v denním stacionáři stále přikloněna k názoru, že integrace do běžné mateřské školy by byla pro Teodorův sociální a kognitivní vývoj lepší. Na druhou stranu si pochvaluje rozmanitost služeb, které stacionář nabízí na jednom

místě, a hlavně přístup pedagogických pracovníků. M2 uvádí: „*Stacionář, kam Teodor chodí, je skvělý. Úžasně se mu věnují, maximálně ho rozvíjejí a dávají mu lásku. Proto si myslím, že jsme se nakonec rozhodli dobře.*“

Kategorie č. 4: Vliv denního stacionáře vs. mateřské školy

Dle M1 a M2 má Tobiášova přítomnost v běžné mateřské škole zásadní vliv na schopnost komunikace a socializace. Každodenně tráví čas se zdravými dětmi, kteří mezi sebou verbálně i neverbálně komunikují. Tobiáš se od nástupu do předškolního zařízení pokouší mluvit daleko častěji. M1 poznamenává: „*...my ale samozřejmě nevíme, co tam celý den dělají. Nemůžeme tedy přesně říct, v čem ho školka nejvíce ovlivňuje. Bez pochyby tam ale pochytil spoustu věcí.*“ T1 dodává, že od nástupu do předškolního zařízení se zlepšily Tobiášovy kognitivní schopnosti. „*Smýšlí lépe, normálněji, aspoň to na mě tak působí.*“

Denní stacionář má dle M2 též vliv na chlapcovu snadnější socializaci a lepší komunikaci. Pracovníci ve stacionáři všechny činnosti slovně doprovází a neustále s dětmi verbálně komunikují. S ostatními lidmi se ZP Teodor komunikuje alternativním způsobem. Stejně tak se M2 ztotožňuje s názorem M1, že nelze přesně určit oblast, která je díky chlapcově pobytu ve stacionáři ovlivněna. Jedná se o komplexní záležitost. „*Já vám neřeknu, že je to proto, že jezdí na koníčkovi, nebo protože cvičí Vojtovu metodu. Je to vlastně všechno jako puzzle, které složíte dohromady. Rozhodně bych Teodorův posun hodnotila velmi kladně.*“

Kategorie č. 5: Adaptace

Tobiáš se na kolektiv mateřské školy dle slov matky adaptoval výborně. Kromě začátků a příchodů do předškolního zařízení po delší době, se ve škole cítí dobře. Dokonce navazuje hlubší vztahy. T1: „*Má dokonce dvě holky ve školce, vid’?*“ Na tuto otázku Tobiáš ukázal na prstech tři. M1 to se smíchem komentuje: „*Tři dokonce?! Ony ho tam vždy vítají už v šatně. Ty děti ho milují.*“

Teodor dle M2 s adaptací problém nemá, kromě začátků zařazení do stacionáře. „*Mně ho pomáhají hlídat různí lidé, i ti, které třeba několik měsíců neviděl, a reaguje na ně bez problému. On si se všema vytvoří vazbu a tím, že je slunce a pořád se usmívá, tak*

rychle naváže kontakt s každým. Takže adaptace byla právě v jeho případě velmi hladká.”

6.2 Výsledky analýzy rozhovorů s pedagogickými pracovníky

Postup tematické analýzy rozhovorů probíhal obdobně, pouze s jiným vzorkem respondentů.

Respondenti:

P1	asistentka pedagoga	40 let
P2	speciální pedagožka	53 let

Kategorie č. 6: Vhodnost zařízení

P1 zmiňuje několik výhod, které s sebou zařazení Tobiáše do mateřské školy přináší. Je to dle ní efektivní způsob předškolního vzdělávání nejen pro chlapce, ale také pro ostatní děti. Tobiáš je v kolektivu zdravých, verbálně komunikujících dětí, které ho navíc dobrovolně berou mezi sebe. Hodně se toho od ostatních učí a napodobuje je. Děti se zas setkávají s odlišností. Učí je to vzájemné toleranci a respektu. V nejlepším případě přestanou dané rozdíly vnímat. Přes všechny zmíněné klady Tobiášovi integrace je P1 toho názoru, že mateřská škola samostatně zřízená dle §16 odst. 9, by byla pro chlapce lepší. Svůj pohled odůvodňuje: *„Paragrafové školky jsou zaměřeny na ta daná postižení. Ví, jak s dětmi pracovat, jaké metody používat, mají tam plno kompenzačních pomůcek, spoustu terapií... U nás se zapojuje do normálního života. Není tady ale ta specializace, není to tu přizpůsobené, kromě toho, že je školka bezbariérová.“*

P2 má na inkluzi v tomto případě obdobný názor, jako P1. *Ta školka by na to musela být připravená, vybavená, mít na to pedagogy a musel by se jim i upravovat počet dětí ve třídě... Ano, určitě to nese s sebou i spoustu výhod, ale myslím, že Teodor je na správném místě.“* Ve stacionáři poskytují řadu služeb, které prospívají jeho rozvoji a odehrávají se v jedné lokalitě. Stejně tak ve stejné budově pracují sociální, zdravotní a speciálně pedagogičtí odborníci. Z těchto důvodů P2 souhlasí s tím, že stacionář je

pro chlapce vhodný. Nicméně dále uvádí: „*vidím v Teodorovi potenciál. Je aktivní, cílevědomý, chce se ty věci naučit a chce je dokázat sám, z toho má pak obrovskou radost. Vidím za ty dva roky, co tu s námi je, veliký pokrok. Proto si myslí, že by bylo nejlepší, aby pokračoval do základní školy pro děti s tělesným postižením. „Přece jen ta škola nabízí jiné možnosti, zaměřuje se více na dané oblasti. Hlavní je tam vzdělávání. Problémem je velký přetlak a zájem, ale zatím to stejně není na pořadu dne, kvůli Teodorovu odkladu povinné školní docházky.“*

P1 i P2 se tedy domnívají, že specializované zařízení je pro chlapce lepší variantou.

Kategorie č. 7: Komunikace s dítětem

P1 i P2 s dětmi komunikují převážně verbálně. P2 upřesňuje: „*...mluvíme na něj, ptáme se. Teodor rozumí, ale řeč tolik nepoužívá. Takže se hodně dotazujeme a aktivity slovně doprovázíme. Souhlas a nesouhlas dává najevo neverbálně. Emoce projevuje normálně.*“ Při dotazu, zda používají alternativní komunikaci P2 odpověděla, že momentálně ji u nich na oddělení neprovozují. „*...to přizpůsobujeme jednotlivcům. Třeba kdyby tu byl někdo zvyklý na obrázkovou komunikaci, tak se tím samozřejmě řídíme také.*“ P1 klade větší důraz na to, aby se Tobiáš snažil mluvit. „*Chci, aby po mě třeba i zopakoval slova. Nechci, aby jenom ukazoval, ale aby mi to i řekl, protože opravdu plno věcí zná. Pamatuje si ta slova, nebo pro ně má nějaká svoje pojmenování. Aspoň tím potom zjistíme, co tím slovem myslí.*

Kategorie č. 8: Kolektiv

P1 vztah Tobiáše s dětmi komentuje slovy: „*Oni ho milují. On je takový usměvavý a ty děti ty rozdíly moc nevnímají. Respektive neberou to jako něco, kvůli čemu by se s tím dítětem nechtěly bavit. A je to také dané tou jeho milou povahou.*“ Děti na příchod Tobiáše dopředu nepřipravovaly, protože do třídy přišly všechny najednou. „*U nás jsou třídy rozděleny podle věku a každý rok se z nich přesouvají, takže on s nimi v září klasicky nastoupil.*“

Teodora ve stacionáři též popisují jako usměvavé a pozitivní dítě. P2 říká: „*On není konfliktní, je to takové naše sluníčko, takže tu vychází s každým.*“ Navazování vztahů je vzhledem ke zdravotním vadám a odlišným možnostem komplikovanější. Teodor má

ale ve stacionáři podobně starého chlapce, se kterým tráví většinu času. P1 jejich vztah komentuje: „...je vidět, že jsou na sebe napojení. Rádi si spolu hrají a jsou vždycky spokojení, když se ve stacionáři setkají. Ta interakce s ostatními dětmi není vždy jednoduchá, ale ano, všichni se tu máme rádi.“

Z výpovědí P1 i P2 jednoznačně vyplývá, že dobrým vztahům v kolektivu z velké míry napomáhají charaktery chlapců. Osobnostní rysy jsou v procesu socializace u hochů s MO stejně důležité, jako u dětí intaktních.

Kategorie č. 9: Podpůrné aktivity

Bohatou nabídku podpůrných aktivit nabízí především denní stacionář. P2 zmiňuje cvičení, vířivou koupel a mnohé další. „...máme vynikající muzikoterapeutku, která to s dětmi opravdu umí. Je velice kreativní. Troufám si říct, že je to opravdová špička ve svém oboru. U toho bych ještě dodala, že obzvlášť Teodor miluje hrát na hudební nástroje a i přesto, že verbálně téměř nekomunikuje, se snaží zpívat ty texty.“ Dále ve stacionáři mají hiporehabilitaci, koncept Snoezelen, bazální stimulaci, tvoření v dílnách. Pořádají společenské tematické akce i pro rodiče. „Také využíváme různé elektronické přístroje, tablety, na kterých máme různé aplikace a aktivizační hry. Máme tady toho opravdu hodně.“

V běžné mateřské škole provozuje jednou za čtrnáct dní logopedii předškolní pedagožka pod záštitou klinické logopedky. Jiné podpůrné aktivity škola zatím nenabízí. Tobiáš je jediným dítětem s TP v celé mateřské škole. P1 uvádí: *kvůli jednomu dítěti vedení nic takového zřizovat nebude. Navíc by tady musel být někdo s nějakou specializací. Také je tu příliš velký počet dětí na počet pedagogů. Tím pádem na to není ani čas.*“ Tobiáš na terapie a jiné podpůrné aktivity dojíždí do rehabilitačního střediska. P1 tam s ním několikrát byla a viděla, jak s Tobiášem pracují. „...na fyzioterapii mi paní ukazovala, jak bych s ním mohla cvičit, ale já na to nemám specializaci a bojím se, že bych mu ještě něco udělala.“

Podpůrné aktivity v rámci zařízení nabízí pouze denní stacionář. V běžné mateřské škole provozují logopedii, ale jen jednou za dva týdny. Tobiáš má tedy alespoň možnost dojíždět na terapie do rehabilitačního střediska. Nepodstupuje je ale tak často, jako Teodor, který má možnost využití podpůrných aktiv pět dní v týdnu přímo v zařízení.

Kategorie č. 10: Profesní spolupráce

Spolupráce mezi pracovníky probíhá v obou předškolních zařízeních odlišně. V denním stacionáři je komplexnější. Jedná se o tým odborníků. P2 uvádí, že v zařízení pracuje celá řada specialistů od zdravotních sester po speciální pedagogy, jejichž spolupráce funguje výborně. *„Všichni tady plníme tu roli, kterou děti v tu chvíli vyžadují.“* Spolupracují také se základní školou speciální, která sídlí vedle stacionáře. Odtud jim, mimo jiné, s předškolní výukou chodí pomáhat pedagogové.

V mateřské škole má péči o Tobiáše na starost především asistentka pedagoga. Spolupráce s ostatními pedagogy zde samozřejmě funguje také, ale spíše formou přizpůsobování se. P1 to vysvětluje: *„Já se s Tobiášem přizpůsobím při cvičení, při řízených činnostech, když něco vyrábí a vytváří. Přizpůsobuju to tak, aby to buď zvládl sám, nebo uděláme něco jiného. Zároveň P1 uvádí, že v momentě, kdy nemůže přijít do práce, musí Tobiáš zůstat doma. „Já jsem tady konkrétně pro něj a pedagožky by se mu spolu s dalšími dvaceti dětmi věnovat nezvládly.“*

Profesní spolupráce funguje v obou zařízeních, avšak není srovnatelná. V denním stacionáři je spolupráce více týmová. Nemají přímo rozdělené role, ani děti, kterým by se měli věnovat. V mateřské škole jsou tyto role striktně nastavené. Asistentka pedagoga se přednostně věnuje chlapci s MO a své aktivity přizpůsobuje po předchozí domluvě učitelce tak, aby měl hoch možnost zapojit se do činností s ostatními dětmi.

7 DISKUSE

Empirická část zkoumala vývoj dvou dětí předškolního věku s MO v různých formách vzdělávání. Záměrem bylo odhalení odlišností vzniklých na základě výběru prostředí pro edukaci. K naplnění cíle byly stanoveny tři výzkumné otázky.

1) Jaké odlišnosti v dílčích vývojových oblastech a míře začlenění lze pozorovat u dětí s MO v různých vzdělávacích zařízeních?

Obě děti s MO mají potenciál k rozvoji v dílčích oblastech. Během výzkumného šetření jsem si všímala více podobností než odlišností. Tobiáš i Teodor se velmi dobře adaptovali na školní prostředí. Byli přijati kolektivem ostatních dětí a dospělých. Oba jsou také velice cílevědomí a jejich tendence ke zlepšování a poznávání jsou znatelné. Nejméně samostatní jsou v hygieně. Jeden z citelných rozdílů mezi chlapci je schopnost verbální komunikace. Projekt Mei et al. (2015) zkoumal narušení komunikační schopnosti u dětí předškolního věku s MO. Nejčastěji docházelo k poruše v morfologicko-syntaktické rovině. Tedy v užívání slovních druhů, skloňování, tvoření vět a souvětí. Výsledky se shodují s charakterem jazykové poruchy u obou hochů. U Tobiáše, jenž je integrován do běžné mateřské školy, je schopnost používání slov však vyvinutější. Když s ním člověk pracuje individuálně, dokáže například pojmenovat barvy. Odlišnost v tomto směru připisuji tomu, že se chlapec každodenně pohybuje mezi zdravými, verbálně komunikujícími dětmi. Nepominutelným faktorem je také podpora asistentky pedagoga, která s Tobiášem pečlivě pracuje a klade důraz na slovní vyjadřování. Teodor, chlapec docházející do denního stacionáře, je zas téměř nezávislý v pohybu. Samostatně ovládá invalidní vozík. Dle mého názoru je to z velké části zásluha právě předškolního zařízení. Poskytují pomůcky určené pro nácvik samostatného pohybu a této oblasti se věnují. To jsou ale jediné výraznější odlišnosti, v jiných vývojových oblastech jsou srovnatelní.

2) Jaký vliv má výběr škol/prostředí pro předškolní vzdělávání na vývoj dítěte?

Předchozí výzkumnou otázkou navazuji na další, a to jaký vliv má volba předškolního zařízení. Z výzkumného šetření vyplývá, že prostředí pro předškolní vzdělávání usměrňují vývoj obou dětí s MO. Každý z proudů vzdělávání má své přednosti

i nedostatky. Do schopností chlapců se nicméně promítají kvality, na něž se jednotlivá zařízení zaměřují. Pacholík a kol. (2015) se zabývali názory pedagogů na integraci žáků s tělesným postižením do běžných mateřských škol. Z výzkumu vyplývá pozitivní vliv integrace na budování vztahů mezi dětmi s tělesným postižením a intaktní společností. Tuto skutečnost potvrzuje i má bakalářská práce. Nicméně ani chlapec z denního stacionáře se začleněním do zdravé populace nemá problém. Pospíšilová (2013) zdůrazňuje, že schopnost socializace závisí především na povaze. Integrace vliv na přirozenější budování vztahů má, není však podmínkou. V rámci této výzkumné otázky nemohu opomenout práci pedagogických pracovníků. Jejich přístup bezpochyby příznivě působí na celkový vývoj chlapců v obou zařízeních.

3) Jak zákonní zástupci hodnotí volbu předškolního zařízení a co je vedlo k výběru?

Rodiče chlapce docházejícího do denního stacionáře původně usilovali o zařazení do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu. Nakonec dali na rady poradenského zařízení a zvolili stacionář, jelikož měli obavy, že chlapce kolektiv v běžné mateřské škole nepřijme. Tyto pochybnosti ale úspěšná integrace druhého hochy vyvrací. Výzkum Opatřilové (2009) též potvrzuje přijetí dítěte s tělesným postižením intaktními spolužáky u více než poloviny z výzkumného vzorku. Rodiče chlapce zařazeného do mateřské školy hlavního vzdělávacího proudu se rozhodli na základě vzdálenosti předškolního zařízení od domova. Pospíšilová (2013) uvádí, že místo, kde je instituce situovaná, je pro rodiče jeden z primárních faktorů při rozhodování o zařazení svých ratolestí do edukačního procesu. Zákonní zástupci jsou v obou případech s konečnou volbou předškolních zařízení spokojeni.

Limity výzkumného šetření shledávám v malém výzkumném vzorku. Výsledky šetření jsou tak velice subjektivní a nelze je generalizovat. Pro kvalitnější a objektivnější zpracování bych do výzkumu zahrnula více dětí z různých forem vzdělávání. Tím se ale dostávám k dalšímu úskalí, a tím je náročnost ve vyhledávání dětí s dyskinetickou mozkovou obrnou ve specializovaném předškolním zařízení. Děti s touto diagnózou jsou dle výpovědí pedagogů z mateřských škol pro děti s tělesným postižením v Čechách ve většině případů integrovány do běžných mateřských škol.

8 ZÁVĚR

Bakalářská práce se zabývá problematikou předškolního vzdělávání dětí s MO. Tato centrální porucha hybnosti je z pohledu etiologie, klasifikace, diagnostických a léčebných metod velice rozmanitá. Není proto vždy jednoduché diagnózu s jistotou určit (viz případová studie č. 2). Stejně tak ani volba typu předškolního zařízení není snadným rozhodnutím. Záleží na možnostech v okolí bydliště, závažnosti postižení, osobnostních rysech dítěte, ochotě předškolního zařízení, pohledu poradenského zařízení, ale i na sociálním prostředí a vnitřním přesvědčení.

Jedním dílčím cílem byl průzkum zpětného hodnocení volby předškolního vzdělávání zákonnými zástupci a pedagogickými pracovníky. Zákonní zástupci jsou s konečnou volbou spokojeni. Obě pedagogické pracovnice jsou toho názoru, že by pro chlapce bylo nejlepší předškolní vzdělávání ve specializovaném zařízení. Dalším dílčím cílem bylo odhalení odlišností ve vývoji dětí s MO. Chlapec z běžné mateřské školy je v oblasti komunikačních schopností vyvinutější. Pravděpodobným důvodem je každodenní interakce s verbálně komunikujícími dětmi. Hoch v denním stacionáři je zasamostatnější v pohybu. Zařízení má k dispozici kompenzační pomůcky a nácviku se poctivě věnuje. V ostatních vývojových oblastech se chlapci zásadně neliší.

Hlavním cílem bakalářské práce bylo zjistit, zda má volba předškolního zařízení vliv na vývoj dítěte s MO, případně jaký. Na základě případových studií a analýzy rozhovorů mohu konstatovat, že cíl práce byl splněn. Forma vzdělání má vliv na vývoj dítěte předškolního věku s MO. Integrace do běžné mateřské školy pomáhá dětem s přirozeným začleněním mezi děti intaktní. Vzhledem k jejich každodennímu kontaktu má možnost se od zdravých, verbálně komunikujících dětí učit nápodobou. Stejně tak jejich přítomnost ve třídě ostatní učí empatii a respektu. Denní stacionář se zaměřuje na samostatnost a nezávislost dítě s MO. Denně v rámci zařízení osoby se ZP podstupují terapie a jiné podpůrné aktivity, které jsou prospěšné pro jejich fyzický i psychický vývoj. Ano, výběr prostředí pro předškolní vzdělávání zajistí chlapce s MO ovlivňuje. Nicméně ne tak dalece, abych v závěru dokázala určit formu, jež je pro hochy prospěšnější. Navzájem se od sebe ve vývojových oblastech zásadně neliší. Z výzkumu navíc vyplývá, že záleží nejen na prostředí, ale i na personálním obsazení. Nepominutelnými faktory jsou sociální a rodinná prostředí, ze kterých děti pochází.

Chlapci mají v tomto směru štěstí na milující, podporující rodiny a respektující okolí. V neposlední řadě velkou roli ve vývoji a socializaci hraje charakter. Oba kluci jsou velmi pozitivní, milí, cílevědomí a vytrvalí. Nepochybně mají predispozice k dalšímu rozvoji. Zda budou jednou schopni chůze, plynulé řeči, nebo samostatné hygieny, nedokážu v tento moment říct. Soudě dle osobnostních rysů a rodinného úsilí ale věřím, že v životě udělají ještě velký krok vpřed, obrazně i doslova.

Práce může být prospěšná pro zákonné zástupce, kteří momentálně stojí před volbou umístění svého dítěte s tělesným postižením do předškolního zařízení.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

1. BALUNOVÁ, Kristína, Libuše LUDÍKOVÁ a Dita HEŘMÁNKOVÁ. *Kapitoly z rané výchovy dítěte se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0381-1.
2. BEDNÁŘOVÁ, Jiřina a Vlasta ŠMARDOVÁ. *Diagnostika dítěte předškolního věku: co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let*. 2. vydání. Ilustroval Richard ŠMARD. Brno: Edika, 2015. Moderní metodika pro rodiče a učitele. ISBN 978-80-266-0658-1.
3. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. Vyd. 2., dopl. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
4. KOŤÁTKOVÁ, Soňa. *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4435-3.
5. KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.
6. KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. 2012. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.
7. LECHTA, Viktor, ed. *Inkluzivní pedagogika*. Přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1123-5.
8. MAZÁNKOVÁ, Martina. *Inkluze v mateřské škole: děti s PAS, ADHD a handicapem*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1365-9.
9. MILLER, Freeman. *Cerebral Palsy*. 2005. New York, USA: Springer Science+Business Media, 2005. ISBN 0-387-20437-7.
10. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5030-3.

11. OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s mozkovou obrnou*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2010. ISBN 978-80-210-5266-6.
12. OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením*. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.
13. OPRAVILOVÁ, Eva. *Předškolní pedagogika*. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5107-8.
14. PACHOLÍK, Viktor, Milena LIPNICKÁ, Eva MACHŮ, Alicja LEIX a Martina NEDĚLOVÁ. *Specifika edukace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. ISBN 978-80-7454-566-5.
15. PFEIFFER, Jan. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. ISBN 978-80-7394-461-2.
16. PIPEKOVÁ, Jarmila, ed. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
17. SKUTIL, Martin. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.
18. SLOWÍK, Josef. *Inkluzivní speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2022. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-3010-8.
19. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.
20. ŠÁCHOVÁ, Irena, 2005. Narušená komunikační schopnost u dětí s DMO a logopedická péče. In: KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

21. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha, Česká republika: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
22. VALENTA, Milan. *Slovník speciální pedagogiky*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0937-9.
23. VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
24. ZILCHER, Ladislav a Zdeněk SVOBODA. *Inkluzivní vzdělávání: efektivní vzdělávání všech žáků*. Praha: Grada, 2019. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0789-6.
25. ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3856-7.

Internetové zdroje:

1. Braun, V. and Clarke, V. (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, roč. 3, vol. 2, s. 77-101. ISSN 1478-0887. Dostupné z: <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
2. JECH, Robert. Klinické aspekty spasticity. *Neurol. praxi* [online]. 2015, roč. 16, vol. 1, s. 14-19, dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2015/01/04.pdf>
3. KRAUS, Josef. Dětská mozková obrna. *Neurol. praxi* [online]. 2011, roč. 12, vol. 4, s. 222–224, dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2011/04/02.pdf>
4. Léčba spasticity. *FN MOTOL* [online]. Praha: Fakultní nemocnice v Motole, 2012 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/neurochirurgicka-klinika/programy-kliniky/lecba-spasticity/>
5. MARUSIČ, Petr a Hana OŠLEJŠKOVÁ. Nové klasifikace epileptických záchvatů a epilepsií ILAE 2017. *Neurol. praxi* [online]. 2018, roč. 19, vol. 1, s. 32-36, dostupné z: <https://www.neurologiepropraxi.cz/pdfs/neu/2018/01/07.pdf>

6. MEI, Cristina et al. Language outcomes of children with cerebral palsy aged 5 years and 6 years: a population-based study. *Developmental Medicine & Child Neurology* [online]. 2015, roč. 16, vol. 58, s. 605-611 [cit. 2022-07-3]. Dostupné z:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/dmcn.12957?fbclid=IwAR2Vd64FWDZNeCr6EQVjUL63Wnf5qiZpJewhriO1nCOVxnnoHhQnntWb1h4>
7. POSPÍŠILOVÁ, Ivana. Vzdělávání dětí s tělesným postižením. *Šance Dětem* [online]. Praha: Sirius, 2013 [cit. 2022-07-03]. Dostupné z:
<https://sancedetem.cz/vzdelavani-deti-s-telesnym-postizenim>

Legislativní předpisy, vyhlášky a dokumenty MŠMT:

1. ČESKO, 2004. Zákon č. 561 ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2004, částka 190, číslo 561. Dostupný z:
<https://www.msmt.cz/dokumenty/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-ode-dne-1-2-2022>
2. ČESKO, 2005. Vyhláška č. 14 ze dne 11. ledna 2005 o předškolním vzdělávání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2005, částka 4, číslo 14. Dostupné z:
<https://www.msmt.cz/file/43486/>
3. ČESKO, 2005. Vyhláška č. 72 ze dne 17. února 2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2005, částka 20, číslo 72. Dostupné z:
<https://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyklad-vyhlasiky-c-72-2005-sb-o-poskytovani-poradenskych>
4. ČESKO, 2016. Vyhláška č. 27 ze dne 28. ledna 2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Ročník 2016, částka 10, číslo 27. Dostupné z:
<https://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlasika-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi>

5. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání [online]. Praha: Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, 2021 [cit. 2022-11-05]. Dostupné z: https://www.npi.cz/images/RVP_PV_2021.pdf

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

atd.	a tak dále
apod.	a podobně
BTX	botulotoxin A
CNS	centrální nervová soustava
č.	číslo
DMO	dětská mozková obrna
ICP	infantilní cerebrální paréza
LTV	Léčebná tělesná výchova
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí
MO	mozková obrna
MR	mentální retardace
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
např.	například
odst.	odstavec
PPP	pedagogicko-psychologická poradna
PŠD	povinná školní docházka
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
RVP	Rámcový vzdělávací program
Sb.	Sbírka zákonů
SPC	speciálně pedagogické centrum
str.	strana

SVP	speciální vzdělávací potřeby
ŠPZ	školské poradenské zařízení
ŠVP	Školní vzdělávací program
TP	tělesné postižení
TVP	Třídní vzdělávací program
tzv.	takzvaně
ZP	zdravotní postižení

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 – Vzor informovaného souhlasu účastníka výzkumu

Příloha č. 2 – Otázky použité při rozhovoru s rodiči a pedagogickými pracovníky

Příloha č. 3 – Vzor pozorovacího archu

Příloha č. 1

Informovaný souhlas účastníka výzkumu:

Vážený pane, vážená paní,

v souladu se zásadami etické realizace výzkumu³ Vás žádám o souhlas s Vaší účastí ve výzkumném projektu v rámci bakalářské práce.

Název projektu: Vzdělávání dětí předškolního věku s mozkovou obrnou

Řešitel projektu: Anna Kocmanová; email: kocmaa01@pf.jcu.cz

Název pracoviště: Katedra speciální pedagogiky, Pedagogické fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Vedoucí práce: Mgr. Olga Malinovská, Ph.D.; email: omalinovska@pf.jcu.cz

Cíl výzkumu: Cílem kvalitativního výzkumu je porovnat míru začlenění a vývoje dvou dětí předškolního věku se stejnou diagnózou, ale s odlišným prostředím pro vzdělávání – konkrétně v mateřské škole hlavního vzdělávacího proudu a ve specializované mateřské škole či zařízení.

Popis výzkumu: Data budou sbírána prostřednictvím zúčastněného pozorování dětí v prostředí mateřských škol a polostrukturovaných rozhovorů s pedagogickými pracovníky a rodinnými příslušníky. Zkoumaná osoba (popř. zákonný zástupce) je tedy ochotna účastnit se výše uvedeného projektu. Dále souhlasí se zaznamenáváním pomocí diktafonu během rozhovorů z důvodu validity při zpracovávání. Je také srozuměna s tím, že z výzkumu nevyplývají žádná zdravotní rizika poškození zdraví. Vzhledem k ochraně osobních údajů budou veškerá data získána během spolupráce prezentována anonymně, využita čistě pro výzkumné účely. Účastník se do zkoumaného projektu zapojuje dobrovolně a může ho kdykoliv opustit.

.....
datum a podpis řešitele projektu

³ Všeobecnou deklarací lidských práv, nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) a dalšími obecně závaznými právními předpisy (jimiž jsou zejména Helsinská deklarace přijatá 18. Světovým zdravotnickým shromážděním v roce 1964, ve znění pozdějších změn (Fortaleza, Brazílie, 2013), zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů, zejména ustanovení jeho § 28 odst. 1, a Úmluva na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně publikované pod č. 96/2001 Sb. m. s., jsou-li aplikovatelné).

Prohlášení a souhlas účastníků s jejich zapojením do výzkumu:

Prohlašuji a svým níže uvedeným vlastnoručním podpisem potvrzuji, že dobrovolně souhlasím s účastí ve výše uvedeném projektu a že jsem měl/a možnost si řádně a v dostatečném čase zvážit všechny relevantní informace o výzkumu, zeptat se na vše podstatné týkající se účasti ve výzkumu a že jsem dostal/a jasné a srozumitelné odpovědi na své dotazy. Byl/a jsem poučen/a o právu odmítnout účast ve výzkumném projektu nebo svůj souhlas kdykoli odvolat bez represí, resp. mého dítěte.

Jméno a příjmení účastníka: Datum narození:

Adresa trvalého bydliště účastníka:

Podpis účastníka:

Jméno a příjmení zákonného zástupce:Datum narození:

Adresa trvalého bydliště zákonného zástupce:

Vztah zákonného zástupce k účastníkovi:

Podpis zákonného zástupce:

Příloha č. 2

Otázky a okruhy pro rozhovor s rodiči:

- Základní informace o rodině a průběhu zjištění diagnózy
- Otázky týkající se předškolního vzdělávání
 - Kde Váš syn plní povinný předškolní rok vzdělávání?
 - Jak dlouho navštěvuje Váš syn navštěvuje MŠ?
 - Co Vás vedlo k výběru MŠ?
 - Jste spokojeni s výběrem MŠ? Rozhodli byste se jinak, kdybyste dostali tuto možnost znovu?
 - Jak probíhala adaptace Vašeho syna do kolektivu ve třídě MŠ? (na děti, na prostředí, na paní učitelky)
 - V čem vidíte přínos MŠ pro Vašeho syna?
 - Zaznamenali jste u Vašeho syna nějaký posun od nástupu do MŠ? Jaký?
 - Navštěvuje v rámci pobytu v MŠ další aktivity, terapie/dojíždíte někam mimo docházku?
 - Jaký typ ZŠ bude Váš syn plnit povinnou školní docházku? Proč?

Otázky pro rozhovor s pedagogickými pracovníky

- Základní popis instituce a jejích služeb
- Popis třídního kolektu, vývoj dítěte v dílčích oblastech
 - Jaký je počet dětí ve třídě?
 - Jak vypadá denní program?
 - Myslíte si, že je tento typ MŠ pro dané dítě vhodný? Zdůvodněte.
 - Jak probíhalo začlenění chlapce do kolektivu? Připravovali jste na to třídu?
 - Jak chlapec vnímá kolektiv ve třídě?
 - Jakým způsobem komunikujete s dítětem?
 - Jaké další podpůrné aktivity či terapie vaše škola nabízí?
 - Jak probíhá spolupráce asistenta s učitelem? Věnuje se jen chlapci, nebo i jiným dětem? Jak ji vnímají děti?

Příloha č. 3

POZOROVACÍ ARCH

SEBEOBSLUHA A SAMOSTATNOST

HYGIENA A UMÝVÁNÍ	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Ozve se v případě potřeby na toaletu	3			
Umyje se a utře si ruce	3,5-4			
Užívá WC	4			
Vysmrká se, když dostane kapesník	4			
Vyčistí si zuby	4,5			
Vyžaduje hygienu bez upozornění	5-6			
Umyje se obličej, či ruce, když je má umazané	5-6			

STOLOVÁNÍ	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Pije samostatně	3			
Pije z hrnečku	3			
Připraví prostírání	3			
Jí samostatně se lžící	4			
Vydrží sedět u stolu během jídla	4			
Namaže si kus pečiva	5-6			

OBLÉKÁNÍ	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Zuje si boty	3			
Dokáže rozepnout zip	3			
Nandá si čepici	3-4			
Obleče si horní část těla	3-4			
Nazuje si boty	4			
Umisťuje věci na svá místa	4			
Rozezná své a cizí oblečení	5			
Dokáže zapnout zip	5			

MOTORICKÝ VÝVOJ

JEMNÁ MOTORIKA	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Manipuluje s malými předměty	3-4			
Zasouvá předměty do otvorů	3-4			
Válí modelínu	4			
Stříhá nůžkami	4			
Počítá na prstech (vztyčí prsty postupně)	4			

HRUBÁ MOTORIKA	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Chodí s dopomocí	1-2			
Manipuluje s většími předměty	3-4			
Hází s míčem	3-4			
Ovládá chodítko/vozík	5-6			

GRAFOMOTORIKA	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Drží správně tužku				
Ovládá plynulý tah tužkou				
Dokáže si přidržet papír druhou rukou				
Udělá kruh	3-3,5			

SOCIÁLNÍ VÝVOJ

SOCIÁLNÍ DOVEDNOSTI	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Zvládá separaci od rodičů v MŠ	3-4			
Umí pozdravit a poděkovat	3-4			
Chápe a dodržuje pravidla	3-4			
Spolupracuje a hraje si	3-4			

s ostatními dětmi				
Během konfliktu se zdržuje tělesných útoků	3-4			
Upozorní učitelku na nějaký problém	3-4			
Dokáže se podělit s druhými	4-5			
Respektuje autoritu a reaguje na pokyny	4-5			

KOGNITIVNÍ VÝVOJ

ZRAKOVÁ PERCEPCE	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Pamatuje si a vyzná se ve známém prostředí	2-3			
Rozpozná a přiřadí barvy	3			
Rozpozná různé tvary, obrázky (zvířátka)	3			
Najde na obrázku předmět podle předlohy	3,5			
Složí obrázek z několik částí	4			

SLUCHOVÁ PERCEPCE	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Reaguje na své jméno	3-4			
Ukáže na část těla podle pokynů	3-4			

Zopakuje větu ze 3 slov	4			
Dokáže odpovědět víceslovně na otázku	4			
Rozpozná zvuky, známé melodie	4			

VERBÁLNÍ POROZUMĚNÍ A ŘEČ	VĚK	ZVLÁDNE BEZ POMOCI	ZVLÁDNE S DOPOMOCÍ	NEZVLÁDNE
Používá více než 20 slov	3-4			
Komunikuje s ostatními dětmi	3-4			
Zná své jméno a jména svých blízkých	4			
Rozumí pojmům větší – menší, nahoře – dole	4			
Chápe předložky na, v, do, nad, pod	4			

Specifické projevy chování	
----------------------------	--

Inspirace:

Diagnostika dítěte předškolního věku – Co by dítě mělo umět ve věku od 3 do 6 let (Jiřina Bednářová, Vlasta Šmardová, 2015)