

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

DÍTĚ S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU V MATEŘSKÉ ŠKOLE

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Pavlíková Eva

Předškolní a mimoškolní pedagogika, obor Učitelství pro mateřské školy

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

Plzeň 2021

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně
s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

V Plzni, 28. dubna 2021

.....
vlastnoruční podpis

Poděkování:

Chtěla bych velmi poděkovat vedoucímu bakalářské práce PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D., za odborné vedení a rady, které mi poskytl v průběhu zpracování bakalářské práce.

Velký dík patří také kolektivu mateřské školy a obou rodinám, které mi umožnily nahlédnout do jejich života.

Rovněž děkuji celé mojí rodině za trpělivost a morální podporu.

OBSAH

SEZNAM ZKRATEK	2
ÚVOD	3
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	4
1.1 PŘÍČINY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	5
1.2 FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	5
1.3 TERAPIE DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY	8
1.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	11
2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI	13
2.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN	14
2.2 ASISTENT PEDAGOGA.....	15
2.3 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	16
3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	18
3.1 CÍL ŠETŘENÍ.....	18
3.2 METODOLOGIE.....	18
3.3 KAZUISTIKY A ROZHOVORY.....	20
3.3.1 Kazuistika 1	20
3.3.2 Rozhovory 1	23
3.3.3 Kazuistika 2	26
3.3.4 Rozhovory 2	28
3.4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ	31
SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUZE	37
ZÁVĚR.....	39
RESUMÉ	41
SEZNAM LITERATURY	42
SEZNAM GRAFŮ	45
PŘÍLOHY	I

SEZNAM ZKRATEK

DMO	Dětská mozková obrna
CNS	Centrální nervová soustava
IVP	Individuální vzdělávací plán
PHK	Pravá horní končetina
IVF	(odborně in vitro fertilizace) Umělé oplodnění
LHK	Levá horní končetina
MŠ	Mateřská škola
MŠMT ČR	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky
APIV	Akční plán inkluzivního vzdělávání

Úvod

Téma pro svou bakalářskou práci „Dítě s dětskou mozkovou obrnou v mateřské škole“ jsem si zvolila z důvodu mé osobní zkušenosti. Poprvé jsem se s tímto onemocněním setkala u kamarádky, která bydlí nedaleko mého bydliště. Narodila se jí vymodlená holčička, které byla diagnostikována dětská mozková obrna se spastickou triparézou – postižení obou dolních končetin a levé horní končetiny. Proto jsem si ke své práci vybrala právě tuto dívku. Od samého začátku svého života to neměla lehké. Ale o tom až později v podrobné kazuistice.

Silným motivem k výběru a napsání tohoto tématu byla ještě jedna dívka. Když jsem si vybírala, kde si splnit praxe v mateřské škole, vždy jsem to nechávala osudu. Ukázala jsem bez rozmyšlení na jednu ze školek z výběru. A právě v té jsem se seznámila s dívkou, která má také diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu – kvadruparetická forma s dominantním postižením pravé horní končetiny a diparézou.

Cílem této práce je zabývat se celkovým vývojem obou dívek od narození do současnosti, oběma dívkám je nyní 5 let a navštěvují odlišnou mateřskou školu. Dalším cílem je zaměřením se na podrobné kazuistiky a pozorování obou dívek v mateřské škole.

Součástí práce jsou i rozhovory s pedagogy a asistenty pedagoga, které proběhly pomocí výzkumných otázek. U učitelů v mateřských školách zaměřených na integraci dětí s DMO jsme provedli dotazníkové šetření.

Lidé často o této nemoci slychají, ale informací nemají mnoho nebo jsou neúplné. Právě kvůli tomu jsem se také rozhodla s danou problematikou pracovat více dopodrobna a přiblížit toto téma co největšímu spektru lidí.

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Pojem dětská mozková obrna (dále jen DMO) nebyl dříve tolik známý jako dnes. Anglický chirurg J. Little popsal DMO jako první kolem roku 1840 a propůjčil jí název Littleova choroba. Propůjčený název se používal do konce 40. let 20. století. Little byl přesvědčen, že onemocnění vzniká při komplikovaném a těžkém porodu. Sigmund Freud však tento názor odmítal a tvrdil, že komplikovaný porod je spíše ukazatelem vážné poruchy, která vzniká už v období těhotenství (KUDLÁČEK, 2012).

Zakladatelem dětské neurologie I. Lesný prosadil v roce 1952 název perinatální encefalopatie a o 7 let později název dětská mozková obrna. Podle Lesného se DMO vyznačuje „*jako rané vzniklé poškození mozku před porodem, za porodu nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách hybnosti*“ (JAKOBOVÁ, 2007, s.66).

Jakobová (2007) ve své knize zmiňuje, že podle Tichého jde o syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku a Kotagal zastává názor, že se jedná o encefalopatii, která je vyvolána poškozením nezralého mozku a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým postižením.

Kraus (2005) uvádí, že DMO je neurovývojové onemocnění s neprogresivním, ale neměnným postižením vyvíjejícího se mozku. U DMO jde o chronické a komplexní neurologické postižení vyžadující péči. DMO postihuje „*motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi*“ (s.21).

Jakobová (2007) sděluje, že pojem DMO spadá do skupiny chronických onemocnění vyznačujících se poruchami kontroly hybnosti. Objevuje se v prvních letech života. Diagnóza DMO nemusí vždy znamenat těžký handicap. Dítě s těžkou formou DMO je zcela neschopné chůze a potřebuje celoživotní péči, naopak dítě s lehkou formou postižení může být jen lehce nemotorné a bez speciální pomoci se obejde.

Zikl (2011) udává, že DMO je onemocnění vrozené, které se projevuje prvotně poruchou hybnosti, ale také se slučuje i s dalšími vady – mentální postižení, epilepsie, vady sluchu, zraku a řeči.

1.1 PŘÍČINY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Kudláček (2012) uvádí, že se příčiny DMO rozdělují podle vzniku do tří skupin – prenatalní, perinatální a postnatální.

U **prenatálních příčin** se nejvíce objevuje infekční onemocnění matky, také může dojít k oběhovým poruchám či ke krvácení v prvních třech měsících těhotenství. Výjimečně se tu může objevit Rh – inkompatibilita nebo nejrůznější záření. Může se zde objevit i nedonošenost nebo naopak přenošenost plodu (KUDLÁČEK, 2012).

Do **perinatálních příčin** zařazujeme abnormální porody, překotné porody, porody dlouhotrvající a protrahované. U těchto porodů může dojít ke krvácení do mozku kvůli asfyxii. Mezi **postnatální příčiny** řadíme infekci centrální nervové soustavy (dále jen CNS) (JAKOBOVÁ, 2007).

Do **prenatálních příčin** můžeme uvést také nezdravý životní styl – kouření nebo alkohol. Mezi **postnatální příčiny** se také začleňuje těžká novorozenecká žloutenka nebo další virová a bakteriální komplikace (KUDLÁČEK, 2012).

1.2 FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

„Formy dětské mozkové obrny se dosud definují pomocí pojmů topografické distribuce hybného postižení (např. hemiparéza, diparéza) a podle toho předpokládáme neuropatologické lokalizace léze, kterou je spasticita (kortex), dystonie/dyskineze (bazální ganglia) a ataxie (cerebellum). Termín dětská mozková obrna není o nic specifitější než anemie či epilepsie“ (Kraus, 2005, s. 21).

Formy DMO dělíme na spastické (diparetická, dipareticko-paukostická, monoparetická, hemiparetická, kvadraparetická, atetoidní) a nespastické (dyskinetická a hypotonická). U forem spastických se setkáváme se zvýšeným svalovým napětím, u forem nespastických je tomu naopak (JAKOBOVÁ, 2007).

Forma diparetická

Častěji se vyskytující forma DMO. Jde u ní o symetrické postižení obou dolních končetin. Nejvíce postihuje nedonošené děti s nízkou porodní hmotností. Vyznačuje se *„výrazně zvýšeným svalovým napětím. Chůze je nůžkovitá (kolena se třou o sebe),*

překračující (chůze po špičkách), tzv. „lidoopí chůze“ s ohnutými koleny.“ U závažnějších případů je chůze nemožná (JAKOBOVÁ, 2007, s. 67).

Kraus (2005) uvádí, že porodní hmotnost u 5–10 % těchto dětí je pod 1500 g. Třetina dětí s diparézou se rodí už do 32. týdnu těhotenství, třetina druhá mezi 32.–36. týdnem, třetina poslední obvykle běžně v termínu. Pozitivní porodní anamnézu má více než polovina těchto dětí.

Forma dipareticko-paukostická

Méně častá forma, kterou lze snadno zaměnit s „malým mozečkovým postižením“. Důležité je rychlé stanovení diagnózy, při normálním intelektu je rehabilitační péče úspěšná (JAKOBOVÁ, 2007).

Forma monoparetická

Tato forma patří k méně častým postižením a dochází u ní k postižení jedné končetiny (JAKOBOVÁ, 2007).

Forma hemiparetická

Daná forma se u DMO vyskytuje nejčastěji – jde o postižení obou končetin a jedné poloviny těla. Horní končetina bývá „*ve flexi v loketním kloubu, v pronaci předloktí a flexi zápěstí (prsty jsou někdy ohnuty dolů, palec bývá přitažen k dlani)*“. Při chůzi dítě napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku.“ Horní končetiny jsou postiženy ve větší míře než dolní končetiny. Třetina dětí při této formě trpí epilepsií (JAKOBOVÁ, 2007, s. 67). Předčasný porod je u 25 % dětí. U této formy v 18–50 % případů nalezneme mentální retardaci, která souvisí s již zmiňovanou epilepsií (KRAUS, 2005).

Forma kvadruparetická

Tato forma je nejtěžším typem DMO, tedy kombinací postižení dolních končetin i horních končetin. Při této formě je velmi častý výskyt epileptických záchvatů a mentální retardace (JAKOBOVÁ, 2007).

Daná forma většinou vede k upoutání na vozík, děti jsou pak výrazně omezeny o celkový pohyb, s čímž souvisí problémy s obezitou, či naopak podvýživou. (KUDLÁČEK, 2012).

Může se zde objevit i ochrnutí jen tří končetin, dvou dolních a jedné horní, tedy forma triparetická. Jde o formu, která se vyskytuje jen zřídka (JAKOBOVÁ, 2007).

Forma atetoidní

Jde o postižení těžké a postihuje hrubou i jemnou motoriku všech svalových skupin včetně motoriky řeči. Také se může objevit nevidomost způsobená předčasným porodem (JAKOBOVÁ, 2007).

Forma dyskinetická

S touto formou se setkáváme u 10 % případů DMO. Dochází při ní k nadměrnému otevírání úst a postihuje nejvíce trup a dolní končetiny. Může zde docházet k úlekovým reakcím nebo se objevuje přetrvávající Moroův reflex. U této formy jsou velmi časté zrakové problémy – nejčastěji strabismus (KRAUS, 2005).

V knize od Jakobové (2007) se můžeme dočíst, že se tato forma dříve nazývala extrapyramidová, doprovází ji neovladatelné pohyby (např. prudké, vlnité, trhané, velké...). Tato forma patří mezi vzácnější.

Forma hypotonická

Jakobová (2007) uvádí, že se jedná o chabou obrnu výraznější na dolních končetinách se snížením svalového tonusu. Tato forma se vyskytuje v kojeneckém věku a později se mění na formu spastickou nebo dyskinetickou.

Přidružená postižení DMO

Jakobová (2007) píše, že asi v jedné třetině až jedné polovině případů dochází u dětí s DMO k mentální retardaci. V 75 % se objevují poruchy řeči a ve 20 % jsou zaznamenány poruchy sluchu. Také nesmíme zapomenout na epilepsii, kdy v některých případech dochází ke stavu bezvědomí. Po záchvatu přichází únava a vyčerpání. U klasické formy diparetické dochází k poruše zraku. Potom se zde vyskytují poruchy pozornosti, nedostatečné vnímání a představivost. Další postižení se projevuje v oblasti citové, když se dítě snaží uspokojit základní psychické potřeby. Také se zde vyskytují poruchy řeči – „*Alálie – zamezený vývoj řeči; Dyslálie – špatná artikulace hlásek; Anartrie – neschopnost artikulovat jednotlivé hlásky; Dysartrie – nesrozumitelná artikulace*“ (s. 70)

1.3 TERAPIE DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Kraus (2005) ve své knize uvádí, že není známá ani ověřená žádná léčba. V období gravidity tu nějakou prevenci najdeme. Jedná se třeba o včasné nalezení infekce, nitroděložní retardaci růstu nebo o nitroděložní tísně plodu. Také uvádí, že „*vysoce odborně vedená komplexní péče o předčasný porod, zejména před 32. týdnem, je základem úspěchu neonatologické péče*“ (s. 64).

Jedná se tedy o poškození mozkových struktur, které je nevratné. Pro snížení projevů DMO využíváme postupy a techniky, které se na tyto projevy specializují. Techniky a postupy, které se na to zaměřují, dělíme na kompenzace a reedukace. Za kompenzace považujeme protetické pomůcky, které dávají možnost provádět pohyby bez podpory. U reedukačních postupů se setkáváme s dítětem, které se v určité míře pohybuje, ale při poškození mozku došlo k narušení, a proto se snažíme neurofyzilogické dráhy opět obnovit (KUDLÁČEK, 2012).

Stehlík (1977) apeluje na to, že nejdůležitější pro léčbu je trpělivost a vytrvalost pacienta i celého jeho okolí, které se na léčbě podílí. Největší břemeno ale závisí na rodičích, protože právě oni jsou velkou oporou pro dítě. Musí obstarávat návštěvy u odborníků, ale i odborníky samotné, zařizovat léčebné pobyty, rehabilitace či provádět léčbu doma.

Snahou léčby je zvednout úroveň pohybových dovedností dítěte pomocí určité manipulace nebo cvičení. „*Cílem všech metod je prevence vývoje deformality, potlačení mimovolných nebo abnormálních pohybů a podpora normálních funkcí*“ (KRAUS, 2005, s.27).

Existuje celá řada terapií. V této práci se zmiňujeme o fyzikální terapii, ergoterapii, arteterapii, muzikoterapii, hipoterapii a canisterapii a na závěr o léčebné tělesné výchově.

Fyzikální terapie

Fyzikální terapie pro děti s DMO je doplňkem k léčebné tělesné výchově. Při této terapii nejvíce využíváme **magnetoterapii** a **fototerapii biolaserem** (KRAUS, 2005).

Magnetoterapie je „*aplikace pulzního magnetického pole zaměřená především na ovlivnění regulace svalového tonu. Dochází i ke zlepšení biorytmů bdění a spánku, pozitivně je ovlivněna nálada dítěte a zlepšuje se psychomotorický vývoj. Analgetický účinek magnetoterapie umožňuje zintenzivnit ostatní součásti rehabilitačního procesu*“ (KRAUS, 2005, s. 221).

Laseroterapií se dosahuje „*pomocí fotonové stimulace zřetelného zlepšení stavu a snížení spasticity. Vhodná je aplikace laserového paprsku na spouštěvé body reflexní lokomoce, motorické body paretických svalů a plošné břicho spastických svalů*“ (KRAUS, 2005, s. 221).

Také využíváme různé druhy masáží, elektroléčbu, léčbu ultrazvukem, léčbu světlem, léčbu teplem, vodoléčbu a léčbu přírodními léčivy (JANKOVSKÝ, 2006).

Ergoterapie

U malých dětí ji můžeme specifikovat jako léčbu pomocí hravých aktivit. Jde o velmi efektivní léčebnou činnost určenou nejen pro děti s DMO, ale i pro různé formy zdravotního postižení. Ergoterapie má 4 hlavní oblasti, které se doplňují a prolínají. „**Kondiční ergoterapie** (usiluje především o psychickou rovnováhu nemocného), **ergoterapie cílená na postiženou oblast** (vykonávaná práce má obsahovat pohyby, které jsou přesné, cílené a dávkované), dále jde o **ergoterapii zaměřenou na pracovní začlenění** (sleduje pracovní začlenění nemocného) a **ergoterapii zaměřenou na výchovu k soběstačnosti** (jedná se o zvládnutí běžných každodenních činností) (JANKOVSKÝ, 2006, s. 23).

Specifická je **dětská ergoterapie**. U dítěte není žádná zkušenost z minulosti a vše si teprve vytvoří. Důležité je respektování vývojových hledisek. Základní metoda dětské ergoterapie je dětská hra. Důležitou součástí efektivní ergoterapie je individuální přístup (JANKOVSKÝ, 2006).

Hipoterapie

Hipoterapie využívá jízdu na koni. Hlavní význam hipoterapie je „*význam pohybový, neboť rytmus kroku koně je velmi podobný rytmu kroku člověka*“ (JAKOBOVÁ, 2007, s. 34). Každý dotyk koně s dítětem má pozitivní vliv na psychiku. Kůň pomáhá uvolňovat organismus, dodává pocit klidu a probouzí ozdravné procesy v těle. Při DMO se doporučuje využívat hipoterapii 2–3 měsíce s intenzivní docházkou 3x týdně (JAKOBOVÁ, 2007).

V některých zdrojích se místo termínu hipoterapie můžeme setkat s termínem hiporehabilitace, kterou lze následně dělit na 3 složky – hipoterapie, léčebně pedagogické ježdění a sportovní a rekreační ježdění handicapovaných (JANKOVSKÝ, 2006).

Arteterapie

Léčba pomocí výtvarných prostředků – malba, kresba, práce s výtvarnými materiály. Nejčastěji se pro děti s DMO doporučuje práce s keramickou hlinou, ta napomáhá uvolnění spasticity a dokonalé procvičení jemné motoriky (JANKOVSKÝ, 2006).

Pomůcky volíme velmi individuálně, tedy podle zájmu dítěte, ale také podle formy postižení. Nejjednodušší pomůcka je tužka a papír, bohužel některé děti tužku neudrží, a tak volíme alternativy, například prstové barvy. Při jakékoliv tvorbě se musí brát v potaz to, že dítě s motorickým postižením potřebuje velký prostor a plochu pro tvoření (KRAUS, 2005).

Muzikoterapie

Léčba zabývající se hudebními aktivitami, které jsou spojené s hudbou a zpěvem. *„Využívá hudby, rytmu, nejrůznějších zvuků a tónů a pracuje i se zpěvem (s písní). Např. zpěv a dechové aktivity mají značný vliv na tělesné a psychické procesy“* (JANKOVSKÝ, 2006, s. 25).

U dětí s DMO vidíme hlavní přínos v uvolnění, dochází ke snížení spasticity a harmonizaci organismu. Postižený se aktivně zapojuje, zvýší se smysl pro rytmus, zlepší se v jemné motorice, zaměří se na dýchání a zvýší se jeho sebevědomí (KRAUS, 2005).

Canisterapie

Základem léčby u canisterapie je pes, tedy jde o využití psa pro rehabilitační potřebu. Pes svým „šestým“ smyslem rozpozná postižení člověka a změní své chování, projeví svoji ohleduplnost a klid. Děti při práci se psem pociťují svoji sounáležitost a důležitost. Pes napomáhá i při bolestivé proceduře, děti pak lépe procedury zvládají a snášejí (KRAUS, 2005).

K dětem s DMO se pes polohuje zády, tedy děti mohou ležet přes trup psa nebo být v kleče. Pes má teplotu těla vyšší než kůň, a proto polohování dětí na psovi má vyšší neocenitelný zážitek. *„Pomáhá rozvíjet a uvolňovat jemnou i hrubou motoriku.“* Děti si psa

„mohou pohladit, dotýkat se ho. Nekomunikující děti vyjadřují radost výskáním, úsměvem, pohyby celého těla“ (JAKOBOVÁ, 2007, s. 35).

Léčebná tělesná výchova

Fyzioterapie je hlavní metodou léčebné tělesné výchovy, která se zabývá pohybovým ústrojím. Nejúčinnější metoda pro děti s DMO je léčebná rehabilitace. Hlavní princip této metody je tělesné cvičení, které může probíhat individuálně, ale také skupinově. Především se zaměřuje na reflexní motoriku. Reflexe vyvolají stah ochrnutých svalů nebo ho podporují – **facilitují**. Naproti tomu se využívá **inhibice**, tedy útlum svalů, které jsou ve zvýšeném napětí. Zde můžeme uvést například velmi efektivní **Vojtovu metodu reflexní lokomoci**. Dělí se na dva pohybové prvky, tedy **reflexní plazení** a **reflexní otáčení**. Jde o potlačení patologicky změněné hybnosti při správně a systematicky aplikovaných metodách. Dále také stojí za zmínku **metodika manželů Bobathových** – technika **držení** a **zacházení s dítětem**, **reflexní útlum**, **klíčové body** a „**tapping**“. Jde o vybudování pohybových vzorů v motorice dítěte. **Metodika profesora Tardieu** se zabývá intelektové stránce dítěte s DMO – jak s postiženými pracovat, instruktáž a psychoterapie rodiny. Autor vytvořil faktorové hodnocení s 26 hodnotami z pohledu rehabilitace (JANKOVSKÝ, 2006).

Léčebná metoda založená na učení Pavlova, při níž jde o pravidelné cvičení, aby se vytvořil vzorec, se nazývá **Potöho konduktivní pedagogika**. Probíhá při ní zároveň nácvik řeči a cvičení symbolické hry. Rodiče jsou do léčebného procesu intenzivně zapojeni. **Kabátova metoda** se zaměřuje na pohyb maximálního odporu svalů. **Phelpsovo** způsob léčby zase využívá technik dlahových k uvolnění spasticity a masáží antagonistických svalů (JAKOBOVÁ, 2007).

1.4 KOMPENZAČNÍ POMŮCKY PRO DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Kompenzační pomůcky jsou součástí každého jedince s poruchou hybnosti. Máme zcela nezbytné pomůcky, dále pomůcky, které jdou nahradit, a pomůcky, které nám mohou práci ulehčit. Na světě existuje mnoho druhů a typů těchto pomůcek pro lidi s tělesným postižením, jejich výrobě se dnes již věnuje řada výrobců. Rodič, pečující osoba nebo pedagog by pro používání daných pomůcek měli být řádně zaškoleni. V této práci zmíníme vozíky, pomůcky pro překonávání bariér, lokomoční pomůcky a polohovací pomůcky (ZINKL, 2011).

Vozíky

Vozíků je na trhu velké množství, odlišují se cenou, konstrukcí, pohonem atd. Jsou určeny pro jedince, kteří jsou plně nebo částečně imobilní. Vozíky, které rozlišujeme podle pohonu, jsou **mechanické** nebo **elektrické**. Mechanické vozíky „jsou ovládány doprovázející osobou nebo přímo jedincem na vozíku prostřednictvím obručí na kolech, popřípadě pák. Elektrické vozíky jsou většinou obsluhovány přímo uživatelem, ale mohou být upraveny i pro ovládání osobou doprovázející“ (ZINKL, 2011, s. 81).

Důležité je uvést také **dětské vozíky**, které jsou k dispozici v různých variantách podle váhy a výšky dětí. „Umožňují kvalitní sezení a zejména aktivní pohyb, a to již pro velmi malé děti. Ty nejmenší jsou užívány u dětí, které jsou schopny samostatného ovládání a umožní jim aktivní zapojení do běžných činností“ (ZINKL, 2011, s. 82).

Pomůcky pro překonávání bariér

Nejvíce využívané pomůcky jsou nájezdové rampy, plošiny, výtahy, schodišťové sedačky a schodolezy. Schodišťová sedačka je pro jedince, kteří jsou schopni samostatného sedu. U schodolezu jde o to, že se na ližiny připevní vozík s jedincem, schodolez se pak pohybuje po schodech nahoru a dolů (ZINKL, 2011).

Lokomoční pomůcky

Jedná se o pomůcky, jako jsou hole, berle, chodítka, pomůcky pro nácvik chůze a ležítka. U pomůcek pro nácvik chůze jde o stropní systémy, kdy je jedinec postaven do bederního pásu (podobný horolezeckému) a nacvičuje sám chůzi. Ležítka „též rollbret, krauler je pomůckou umožňující fixaci dítěte na břichu na pohyblivé podložce. Ruce zůstávají volné a umožňují tak pohyb po místnosti“ (ZINKL, 2011, s. 87).

Polohovací pomůcky

Těchto pomůcek je velké množství – pomůcky pro novorozence v inkubátoru, aby nedocházelo ke špatnému držení těla a hlavičky, sedací vaky, polohovací postele, vertikalizační pomůcky, víceúčelové polohovací pomůcky a fixační pomůcky. Fixační pomůcky slouží k pevné fixaci částí těla nebo celého těla. Jde například o pásy, límce, vesty a dlahy na dolní končetiny (ZINKL, 2011).

2 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách vyplývá z potřeb společnosti, jednotlivých dětí a jejich rodin. Základní hodnoty vzdělávání těchto dětí jsou úcta, empatie, důstojnost, tolerance, pomoc a právo se rovnocenně vzdělávat. K vymezování speciálně vzdělávacích potřeb nejsou pedagogičtí zaměstnanci oprávněni. Tuto pravomoc mají jen příslušná poradenská zařízení. Odborníci doporučují kombinaci různých systémů podpory ve vzdělávání. *„Fungování podpůrných systémů vymezuje školská legislativa, jde o materiální, personální a finanční podmínky pro optimální a efektivní edukaci každého dítěte“* (PACHOLÍK, 2015, s. 10).

Nový legislativní rámec, který se týká i předškolního vzdělávání, je dán od roku 2005. **Školský zákon č.561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.** V § 16 se zabývá podporou vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Podporu pro vzdělávání potřebuje *„osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.“* Dochází k nezbytným úpravám ve vzdělávání a službách tak, aby podpůrná opatření odpovídala zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte. Dále zákon uvádí *„že děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením“* (§ 16 odst. 1).

V zákoně č. 561/2004 v § 16 odst. 2 se dále uvádí, že mezi podpůrná opatření patří:

- poradenská opatření školou a školskému poradenskému zařízení;
- úprava organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb;
- úprava podmínek při přijímání a ukončování vzdělávání;
- využití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic/pomůcek a podpůrných/komunikačních systémů pro neslyšící a hluchoslepé osoby;
- úprava očekávaných výstupů vzdělávání;
- **vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu;**
- **využití asistenta pedagoga;**

- využití pedagogického pracovníka/tlumočnicka/přepisovatele;
- poskytnutí vzdělávání v prostorech upravených.

Vyjmenovaná podpůrná opatření se člení do 5 stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti. Poskytování podpůrného opatření v prvním stupni uplatňuje škola nebo školské zařízení bez doporučení školského poradenského zařízení. Ale u poskytování podpůrného opatření ve druhém až pátém stupni na doporučení školského poradenského zařízení záleží (školský zákon č. 561/2004 v § 16 odst. 3,4).

2.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

Školský zákon 561/2004 Sb., § 18 umožňuje řediteli školy povolit žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP). Ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., § 3, § 4. se můžeme dočíst o podrobnějším popisu a rozpracování IVP.

„Individuální vzdělávací plán je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka, přičemž vychází ze školního vzdělávacího programu a je součástí dokumentace žáka ve školní matrice“ (Vyhláška č. 27/2016 Sb., § 3).

Ze školního vzdělávacího programu dané školy a na základě odborného posouzení žáka vzniká IVP. Na zpracování IVP se podílí učitel ve spolupráci se školským poradenským zařízením a samozřejmě se zákonnými zástupci žáka. IVP může být doplňován a upravován i během celého školního roku, ale před nástupem žáka musí být zpracován a mít základní podobu. Povinností školského poradenského zařízení je kontrola dodržování IVP minimálně jednou ročně. Odpovědnost za zpracování IVP přijímá ředitel školy (Vyhláška č. 27/2016 Sb., § 4).

Základní údaje v IVP jsou následující: identifikační údaje žáka, údaje o pedagogických pracovnících, kteří se podílejí na vzdělávání žáka, údaje o stupních a druzích podpůrných opatření, informace o časovém a obsahovém rozvržení vzdělávání, upravené metody a formy výuky, upravený obsah vzdělávání žáka a hodnocení žáka (Vyhláška č. 27/2016 Sb., § 3).

2.2 ASISTENT PEDAGOGA

Školský zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících stanovuje, že asistent pedagoga je pedagogický pracovník. *„Je zaměstnancem školy a působí ve třídě, v níž je začleněn žák (nebo žáci) se speciálními vzdělávacími potřebami“* (UZLOVÁ, 2010, s. 43).

Asistent pedagoga se u nás v legislativě objevil teprve od ledna 2004. Uzlová (2010) uvádí, že se často můžeme setkat s lidmi, kteří mají o práci zájem, ale nemají jasnou představu, co práce obnáší. A proto se můžeme setkat s lidmi, kteří si myslí, že se budou řídit jen pokyny učitele a nebudou muset zapojit svoji vlastní iniciativu. Velmi důležitý je zde dobrý vztah k dětem a osobní zkušenosti a předpoklady (UZLOVÁ, 2010).

Poté je také důležitá odborná kvalifikace, kterou stanovuje již zmiňovaný zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, § 20, kde je uvedeno, jakým způsobem může asistent pedagoga získat kvalifikaci – vysokoškolským vzděláváním, vyšším odborným vzděláváním, středním vzděláváním s maturitní zkouškou, ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru s pedagogickým zaměřením, středním vzděláváním s výučním listem získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání, základním vzděláváním a absolvováním akreditovaného vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga (UZLOVÁ, 2010, s. 44).

Náplň práce asistenta pedagoga záleží na situaci ve třídě a konkrétním žákovi. Ředitel školy s doporučením od školského poradenského zařízení určí pracovní náplň práce, aby odpovídala situaci. Úkolem asistenta pedagoga je individuální pomoc žákům při začleňování, individuální pomoc žákům při práci, pomoc pedagogickým pracovníkům s výchovnými a vzdělávacími činnostmi, pomoc při vzájemné komunikaci pedagogů a žáků, pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáka (UZLOVÁ, 2010).

Michalík (2013) uvádí, že nejdůležitější je přistupovat k žákovi individuálním způsobem a vést ho k samostatné činnosti. Další důležitou roli hraje asistent pedagoga při podílení se na hodnocení práce žáka a jeho pokroků. Asistent pedagoga také *„musí informovat učitele o potřebách žáka či problémech, které mohou nastat při výchovně-vzdělávacím procesu. Při výuce je také nutná vzájemná spolupráce asistenta pedagoga s pedagogem samotným, který je za výuku zodpovědný“* (s. 47).

2.3 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Pojem inkluze

Hájková a Strnadová (2010) uvádějí, že pojem inkluze pochází ze slova „inclusion“, tedy v překladu znamená zahrnutí. Jde o koncept, podle kterého by měly všechny děti navštěvovat školy hlavního vzdělávacího proudu bez ohledu na stupeň postižení.

Inkluze je často vnímána jako synonymum integrace. Jedná se však o vyšší stupeň integrace, a tedy i vyšší podíl kvality. Inkluze se týká nejen dětí se speciálně vzdělávacími potřebami, ale i rodičů, učitelů, poradenských pracovníků a asistentů. Rozdíl je v tom, že při integraci se snažíme uspokojit potřeby jedince se znevýhodněním, naopak při inkluzi se zaměřujeme na potřeby všech vzdělávaných. Jde nám tedy o poskytnutí *„kvalitního vzdělávání všem nezávisle na jejich schopnostech, individuálních zvláštnostech, znevýhodnění nebo nadání.“* Proto se tu nejvíce uplatňuje individualizace ve výuce (UZLOVÁ, 2010, s. 19).

LECHTA (2010) vymezuje v knize rozdíl mezi integrací a inkluzí tak, *„že integrace vyžaduje větší přizpůsobení dítěte škole, zatímco inkluze se víc snaží přizpůsobit edukační prostředí dětem. Integrace zahrnuje přípravu žáků na začlenění do běžných škol. Naproti tomu inkluze implikuje radikální reformu školství v kurikulární oblasti, v oblasti hodnocení a vytváření skupin žáků“* (s. 29).

Inkluzivní vzdělávání

V České republice za posledních dvou desetiletí došlo k významným změnám ve vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Projevuje se to snahou integrovat co největší počet žáků se speciálně vzdělávacími potřebami do běžných školských zařízení. *„Školská legislativa respektuje speciálně vzdělávací potřeby žáků s těžkým postižením, souběžným postižením více vadami a s poruchou autistického spektra, pro které jsou vytvořeny vzdělávací programy realizované ve speciálních školských zařízeních, ve kterých pracují speciální pedagogové“* (BARTOŇOVÁ, VÍTKOVÁ, 2016, s. 22).

V roce 2015 MŠMT ČR intenzivně zavádí inkluzivní vzdělávání podle **Akčního plánu inkluzivního vzdělávání na období let 2016–2018**. Jde o rovný přístup ke vzdělávání všech žáků v ČR. *„Inkluzivním vzděláváním se v dokumentu rozumí vzdělávání rozvíjející kulturu školy směrem k sociální koherenci. Inkluze v tomto pojetí představuje uspořádání ve škole*

hlavního vzdělávacího proudu způsobem, který může nabídnout adekvátní vyučování všem žákům s ohledem na jejich individuální rozdíly a s respektem vůči jejich aktuálním vzdělávacím potřebám“ (BARTOŇOVÁ, VÍTKOVÁ, 2016, s. 23).

V roce 2017 byl odbornou platformou zhodnocen APIV 2016–2018 a na základě vyhodnocení byl navrhnout APIV na období 2019–2020 (AKČNÍ PLÁN, 2019–2020).

3 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

3.1 CÍL ŠETŘENÍ

Cílem praktické části je zjistit přístup k dětem s dětskou mozkovou obrnou ze stran pedagogů, asistentů pedagoga, vrstevníků a rodičů. Dále zhodnotit, jakými způsoby probíhá začleňování dětí do kolektivu mateřských škol a pomocí dotazníkového šetření zjistit zkušenosti týkající se práce s dětmi s dětskou mozkovou obrnou.

Výzkumná otázka

Jakými způsoby probíhá začleňování dětí s DMO do kolektivu mateřských škol?

3.2 METODOLOGIE

Pro získání dostatečných dat byly využity **kvalitativní metody**. Dále jsem využila **metodu kvantitativní**, tedy online dotazník (viz příloha č. 1).

Kvalitativní metodu jsem využila pro rozhovory se čtyřmi respondenty a pozorování dvou konkrétních dětí. V rozhovorech byly použity předem připravené otázky.

Švaříček (2014) uvádí, že **rozhovor** (interview) je nejpoužívanější metodou pro sběr dat v kvalitativním výzkumu. Obsahem jsou otázky a odpovědi. Rozhovor definuje jako nestandardizované dotazování účastníka výzkumu pomocí otevřených otázek.

Máme tři druhy rozhovoru – strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. Pro tento výzkum byl použit **polostrukturovaný rozhovor**. V polostrukturovaných rozhovorech jde o to, aby nebyly kladeny otázky tak, jak jsou připraveny, ale tak, jak vyžaduje situace. Cílem tedy je, aby se rozhovor rozvíjel přirozeně a respondent reagoval svými dalšími názory (HLAŘO, 2011).

Záznam jsem prováděla pomocí tabletu, který zvládá automatický přepis do Wordu, odpovědi jsem poté jen upravila do spisovné formy a seřadila podle potřeby. Některé rozhovory bohužel neproběhly přímo v mateřské škole, a proto byly zodpovězeny přes email.

Další metoda, která se objevuje v této práci, je **pozorování**. Jde v ní o sledování a zaměření se na požadované osoby, v této práci na děti. Máme více typů pozorování – zúčastněné pozorování, nezúčastněné pozorování, otevřené pozorování, skryté pozorování, přímé pozorování, nepřímé pozorování, nestrukturované pozorování, strukturované pozorování, pozorování jednotlivce, pozorování skupiny. Pro tento výzkum bylo použito u jednoho ze dvou konkrétních případů **zúčastněné pozorování** v délce šesti měsíců, přičemž probíhalo každý všední den. Stala jsem se součástí skupiny, pohybovala se v prostředí a podílela se na každodenních aktivitách. U druhého případu jsem se nestala součástí skupiny a ani jsem se nepodílela na každodenních aktivitách. Držela jsem si od skupiny odstup a sledovala jsem vše zpozzdálí, využila jsem tedy metodu **nezúčastněného pozorování**, které probíhalo jednou týdně po dobu 3 měsíců (HLAĎO, 2011).

Poslední použitou metodou v této práci byl **dotazník**. Dotazník slouží ke zjišťování konkrétních otázek od velkého počtu osob. Respondent vyplňuje otázky, které jsou pro něho určeny. Vstupní část dotazníku slouží k oslovení respondenta, sdělení stručných informací a motivuje ke spolupráci. Poté by nemělo chybět jméno autora, název dotazníku, cíl dotazníku a na závěr poděkování. V další části jde už o konkrétní otázky. Obvykle rozlišujeme tři základní typy otázek. **Otázky otevřené** – nenabízejí žádné varianty odpovědí. Jde o to, aby se respondent vyjádřil vlastními slovy a více se zamyslel a uvažoval o tématu. U **uzavřených otázek** nabízíme respondentovi několik variant odpovědí. Respondent musí vybrat jednu nebo více možností. Další otázky jsou **polouzavřené/polootevřené**. Polouzavřená otázka nabízí možnosti jako u uzavřených otázek, ale je zde navíc přidána i kolonka „jiné“, která je otevřenou otázkou. Ta umožňuje respondentovi volnou odpověď. Dále můžeme využít **otázky škálové**. Respondent odpovídá pomocí škály na stupnici míry souhlasu či nesouhlasu. Existuje několik posuzovacích škál. Poslední otázky, které můžeme v dotazníku využít, jsou **bateriové**. Jedná se o sdružení více otázek, které jsou zobrazeny do tabulky s kombinací hodnotící škály. V závěru dotazníku je vhodné poděkovat respondentovi za jeho čas a vyplnění (HLAĎO, 2011).

Pro svoji práci jsem zvolila kombinaci **otevřených otázek, uzavřených otázek a otázek polouzavřených**. Dotazník jsem rozeslala v období listopad–prosinec 2020 do mateřských škol v České republice. Nejvíce dotazníků jsem rozeslala do mateřských škol ve Středočeském, Plzeňském, Jihočeském a Jihomoravském kraji. Rozesláno bylo přes 50

dotazníků jak do běžných mateřských škol, tak do speciálních mateřských škol. Distribuce dotazníků probíhala online přes email.

Rozhovory probíhaly postupně při návštěvách v konkrétních třídách od září 2020.

3.3 KAZUISTIKY A ROZHOVORY

Veškeré uvedené informace vycházejí z lékařských a pedagogických dokumentací a také z dlouhodobého zúčastněného a nezúčastněného pozorování při návštěvách daných mateřských škol. Jména obou dívek jsou fiktivní.

Rozhovory jsem prováděla s pedagogem a asistentem pedagoga přímo v mateřské škole v Plzni a v mateřské škole ve Strakonících. Rozhovory s konkrétními pedagogy jsem zvolila z důvodu, abych znala i jejich názor na začleňování obou dívek do kolektivu dětí a celé mateřské školy. Otázky byly stejné pro obě asistentky i obě pedagožky.

3.3.1 KAZUISTIKA 1

Diagnóza

Holčička Danuška ve věku 5 let s diagnostikovanou DMO, kvadruparetická forma s dominantním postižením PHK a diparézou. Také je zde opožděný psychický vývoj – dysfasie. V lékařské zprávě uvedena také oční vada – atrofie zrakového nervu vpravo. U Danušky docházelo k poklesu ostrosti a stále méně rozeznávala předměty kolem sebe. Bohužel dnes na oko vidí jen minimálně – dokáže rozlišit tmou, světlo a pohybující se předměty/děti kolem sebe.

Osobní anamnéza

Těhotenství velice rizikové z IVF, tedy z umělého oplodnění. Matka čekala dvojčata. Porod předčasný z důvodu hrozící úmrtnosti plodu B. Matka rodila císařským řezem ve 28. týdnu, porodní hmotnost dítěte 1,180g. Nedokončena plicní zralost, proto ihned kyslíková podpora. V 6 dnech akutní sepse – distenze (nafouknutí) břicha. V 16 dnech zaveden port kvůli nadměrnému otoku hlavy s hematodem kolem uší a očí, levá ledvina zmenšena a tím snížena funkce. Domů propuštěna po třech měsících.

Danuška se nedokáže samovolně pohybovat, při chůzi stojí na špičkách. Uchopení předmětů bez problémů levou rukou (levá ruka dominantní), když potřebuje více předmětů, předměty si přidržuje na břiše celou pravou rukou. Pravá ruka v křečích v pěst

při jakékoliv činnosti. Potřeba vhodné motivace a zaujetí. Slovní zásoba chudší, řečový projev obtížně srozumitelný, ale plynulý. Danuška má hodně slabý hlas, kvůli nedostatečnému výdechovému proudu.

Rodinná anamnéza

V rodině velice dobré vztahy, s výchovou intenzivně pomáhají prarodiče. Matka pracuje jako manažerka v restauraci. Ve 12 letech prodělala hypofunkci štítné žlázy a v 16 letech infekční mononukleózu. Otec pracuje jako administrativní pracovník a je plně zdrav. Danuška má sestru – dvojče – a ještě jednu 16měsíční sestru. Bydlí v rodinném domě s prarodiči. Oba rodiče jsou velice trpěliví a obětaví. Danuška je fixovaná zejména na matku, ale když je potřeba, i ostatní členové domácnosti vypomůžou. Pravidelně navštěvují rehabilitační centrum Hájek a Státní léčebné lázně Jánské Lázně. Také pravidelně navštěvují logopedii, fyzioterapii, ergoterapii a hipoterapii. U Danušky se často projevuje její tvrdohlavost. Když nechce s nikým spolupracovat, začne výskat, aby upoutala pozornost. Pozitivní je fakt, že se každý den těší do školky, kam dochází společně se starší sestrou.

Hrubá motorika

Danuška nedokáže sama stát. Je odkázána na vozík a pomoc druhých. Při držení za boky se sama snaží udělat pohyb, patrný je náznak chůze i snaha popoběhnout. Lezení na břicho s pomocí podpěry nohou zvládne, klek s opřeným hrudníkem také. Z polohy na břicho se dokáže převalit na záda, ale musí se přidržet hlava, jinak hlava udeří o zem. Z kleku se sama nedostane, turecký sed zvládá s předklonem horní části těla. Na pár minut dokáže tělo udržet vzpřímeně, ale je nutné stále připomínat pokyn „narovnej se“. Do činností se chce zapojit ihned, bez rozmýšlení chce dělat všechno, co ostatní děti, ráda je mezi nimi a touží být součástí kolektivu. Za pomoci držení těla skáče na trampolíně, skáče do bazénu s kuličkami, zdolává překážkovou dráhu atd. Občas však přijdou i dny, kdy se chce na ostatní děti jenom dívat.

Jemná motorika

Danuška má vyhraněnou levou končetinu. Kresba na úrovni čmáranice, ale probíhá zde správný špetkový úchop. Předmět do levé ruky bez problémů. Při držení více předmětů si dopomáhá křečovitě pravou rukou či opřením předmětů o břicho. Kreslení moc nevyhledává, spíše manipulaci s barevnými korálky nebo dřevěnými kostkami.

Komunikace

Komunikace probíhá bez problémů, jen je potřeba upozorňovat, aby mluvila více nahlas. Někdy je třeba zopakování kvůli špatnému porozumění. Často je nutné připomenout, aby se dívala na toho, na koho mluví. Většinou mluví do země, všemu však rozumí a dokáže bez obtíží reagovat.

Sebeobsluha

Konzumace jídla probíhá ve vozíku u stolu. Po přinesení jídla a pití se sama nají i napije. Používá jen lžičky a trénuje pití ze sklenice, doposud však preferuje plastový hrníček. Na pobyt venku je vždy posazena do kočáru. Při návštěvě zahrady z kočáru vyndána a trénuje se s ní za pomoci držení těla chůze. Hygiena probíhá ve vozíku u umyvadla. Sama si umyje ruce, pusy a vyčistí si zuby. Na WC si říct neumí, proto se používají jednorázové pleny.

Mateřská škola

Danuška začala navštěvovat křesťanskou třídu v mateřské škole v Plzni v roce 2019. Školka není bezbariérová (je zde schodišťová sedačka) a má jednu homogenní třídu v počtu 24 dětí. Vypracován IVP. Pro Danušku je zde asistent pedagoga, který je přítomen po celou dobu pobytu Danušky v MŠ. V MŠ vhodné kompenzační pomůcky – schodišťová sedačka (viz příloha č.2), sedačka pro podporu sedu, vozík mechanický (viz příloha č.3), polohovací pytle, ortézy na podporu chůze (příloha č.4). Pobyt probíhá v rámci třídy s plným počtem dětí. Doporučení pro vzdělávání Danušky z IVP – opakování s časovou prodlevou, snažit se vše dělat formou hry, důraz na praktické činnosti a poskytování okamžité slovní zpětné vazby.

Za Danuškou jsem začala docházet od září 2020 a naskytla se mi příležitost ji navštěvovat v délce šesti měsíců. Z důvodu nemoci její asistentky jsem pomáhala Danušce i já. Nejdříve panovaly obavy, jak mě přijme a jak to spolu budeme zvládat. Ale Danuška je společenská, komunikativní a vnímavá. Hned první den využila toho, že jsem byla nová, a začala si poroučet. Na toto jsem byla předem upozorněna jak od maminky, tak od paní učitelek. I u jídla zkusila, jestli ji nenakrmím. Já mezitím pomalu poznávala, co zvládne sama a s čím jí musím pomoci. O všechno si dokázala říct a snažila jsem se jí vždycky vyjít vstříc. Po delším pobytu jsem poznala, že preferuje činnosti u stolečku jenom se mnou.

Do kolektivu se chce zapojit zejména tehdy, když v něm vidí svoji sestru či dvojče. Do aktivit se zapojuje také, ale preferuje zejména ty, které ji baví (trampolína, bazén

s kuličkami, překážková dráha atd.). Nastala i situace, kdy nechtěla odvést ve schodišťové sedačce od jiné paní učitelky, vyžadovala mě. Abych podpořila ještě více její zapojení do kolektivu, dávala jsem jí na výběr z činností, kde figurovalo co nejvíce děti. Ze začátku se mi to dařilo dobře. S dětmi si začala stavět s kostkami, ode mě pak vyžadovala, abych se s ní i dalšími kamarády schovávala v dětském domečku. Po pár dnech zase preferovala práci u stolečku. A tak jsme se domluvily – jeden den si budeme hrát s dětmi na koberci a druhý den u stolečku. Docela mě to překvapilo, Danuška souhlasila a domluva vždy platila. Už při příchodu hlásila, zda dnes bude u stolečku nebo na koberci. Maminka Danušky spolupracovala také bez problémů, ochotně s námi konzultovala doporučení na cvičení, které můžeme s Danuškou cvičit i my.

3.3.2 ROZHOVORY 1

Při rozhovoru jsem využila připravené otázky pro asistentku Janu a otázky pro Ivu, jednoho z pedagogů ve třídě (viz příloha č.5).

Rozhovor jsem dělala s **paní asistentkou Janou**. Na všechny otázky mi ochotně odpověděla. U první otázky mě nejvíce zajímalo, jestli má nějakou zkušenost s dítětem s DMO. Zjistila jsem, že se v tomto oboru pohybuje už 17 let. Vystudovala střední pedagogickou školu a získala tak odbornou kvalifikaci pro vykonávání učitele. Po škole se ale rozhodla pro výkon práce asistenta pedagoga u dětí, které to potřebují. *„Je to práce, která mě naplňuje, a mám v sobě dobrý pocit, že mohu i tou troškou pomoci dětem, kteří to potřebují ze všeho nejvíce.“* Podstatnou část zkušeností nabrala ve speciálních třídách, kde bylo více dětí s DMO.

Ptala jsem se jí také na spolupráci s pedagogy. Uvedla, že bez toho by to nešlo. Z mého pozorování musím také souhlasit. Aby se Danuška mohla co nejvíce začlenit do kolektivu dětí, musí probíhat neustálá porada a komunikace mezi pedagogy. *„Spolupracujeme ustavičně, někdy to situace žádá prakticky při každé činnosti.“*

Také mě velmi zajímalo, jak Danuška paní asistentku přijala. Danuška je velice společenská a komunikativní, což usnadnilo nejen seznamování, ale hlavně následnou spolupráci. V začátcích byla nejistá a spíše využila možnost zeptat se nebo si říct o pomoc

paní učitelce, kterou poznala již před nástupem do MŠ. Ale po pár dnech zjistila, že je tu Jana jenom pro ni a může se na ni kdykoliv obrátit.

Podle pozorování má Danuška dny, kdy se jí příliš spolupracovat nechce, spíše pak pozoruje, co se děje okolo ní. *„Je důležité dát Danušce dostatečnou motivaci a zaujmout její pozornost.“* Dostává pokaždé na výběr z několika možností, co by mohla dělat.

Při začleňování do kolektivu a při práci s dětmi jde hlavně o to, jak ji činnost zaujme. Nemá problém se začlenit mezi děti, a jsou dny, kdy to i sama vyžaduje. Chce si s nimi hrát se stavebnicí a vyžaduje jejich pozornost. Pak jsou ale také dny, kdy Danuška vyžaduje individuální činnost. S paní asistentkou nejvíce využívají kostky nebo korálky u stolečku, kde preferuje být pouze s asistentkou, bez přítomnosti ostatních dětí. Přijme jenom sestru, na jiné děti se zlobí a nechce, aby u ní byly.

Danuška také nemá problém si říct o jakoukoliv pomoc. Pokaždé, když potřebuje pomoc s nějakou činností nebo hrou, řekne si. Paní asistentka uvedla příklad, kdy navlékaly s Danuškou korálky. Danuška ji zaúkolovala, aby jí držela provázek tak, aby mohla sama navléct korálek. Když se jí paní asistentka snažila vysvětlit, jak si má provázek přidržet sama, radši už navlékat korálky nechtěla. *„Danuška je někdy „vyčůraná“. Ona by si ten provázek zvládla přidržet sama, ale ví, že jsem tu s ní, a tak si mě radši zaúkoluje, než aby to zkusila sama.“*

Děti na Danušku reagovaly maximálně přirozeně a přijaly ji bez problémů. Děti se snaží pomáhat Danušce bez toho, aby je někdo prosil nebo jim něco musel říct. Líbila se mi také jedna věta paní asistentky. *„Jak přistupujeme k takovému dítěti my pedagogové, tak stejně reagují a přistupují děti.“*

Zajímalo mě, jaké pokroky Danuška zvládla od nástupu z pohledu paní asistentky. Podle jejích slov je největší celkový pokrok v pohybu. Sama vyžaduje pohyb bez vozíku mezi dětmi. Také se snaží o sezení u stolu na židli tak jako ostatní děti. Pokrok nastal rovněž v komunikačních schopnostech. Je zde snaha se vyjádřit v kolektivu a komunikovat s dětmi. *„Dříve tomu tak nebylo. Když probíhala modlitba nebo se povídalo v kroužku, nechtěla být mezi dětmi a vyžadovala jít ke stolečku.“*

S paní učitelkou Ivou také rozhovor probíhal bez komplikací. Byla velice milá a vstřícná. Opět mě také zajímala její zkušenost s dítětem s DMO. Jelikož má praxi již přes 30 let a dodělávala si speciální pedagogiku, tak jsem tušila, že tu zkušenost je. Uvedla, že několik let byla ve třídě s dívkou s DMO, která byla plně nechodící. A také vypomáhala ve zdravotních třídách, které dříve fungovaly.

S asistenty pedagoga spolupracovala v obou případech a spolupracuje i nadále s asistentkou Danušky. *„Spolupráce je při běžném provozu nezbytná a je důležité konkrétní situace výchovně vzdělávacího procesu řešit podle situace ve třídě.“* Snaží se spolupracovat metodicky, aby Danuška mohla vnímat všemi smysly. *„Když má asistent cit pro svoji práci a je schopný reagovat na dané situace, je pro mě obrovským přínosem při každodenní výchově.“* Je zde také důležitá flexibilita, ale hlavně pozitivní nálada, kterou Danuška vnímá.

V této školce probíhají každý rok tzv. dny otevřených dveří pro děti, které od září nastupují do MŠ. Danuška se se všemi dětmi seznámila již před nástupem do MŠ, věděly o ní, při nástupu se jim jen připomněla. Děti si povídaly s paní učitelkou, jak se k Danušce budou chovat a jak si všichni navzájem budou pomáhat.

I rodiče vše věděli a nikdo v docházce Danušky neviděl překážku. Někteří rodiče se i více zajímali a nabízeli svoji pomoc (např. přinášeli hračky, oblečení, pomůcky, sponzorské dary atd.).

Také u paní učitelky mě zajímal její názor na to, jaké pokroky Danuška od nástupu udělala. *„Podle mého byl pokrokem celkový rozvoj její osobnosti – přijetí kolektivu, každodenní kontakt, režim dne, společné aktivity.“*

Z mého působení ve třídě, které probíhalo v délce 6 měsíců, si troufám říct, že došlo k velkému uvolnění pravé ruky. Při nejrůznějších činnostech se také zmírnila její křečovitost. Danuška docházela pravidelně dvakrát týdně na cvičení, které se zaměřovalo nejvíce právě na horní končetiny.

3.3.3 KAZUISTIKA 2

Diagnóza

Holčička Maruška ve věku 5 let, s diagnostikovanou DMO, spastická triparéza, postižení obou dolních končetin a LHK. Také je zde středně těžká centrální koordinační porucha a nerovnoměrný psychomotorický vývoj – opožďování v motorické složce.

Osobní anamnéza

Těhotenství z IVF bez problémů a komplikací. Porod ve 37. týdnu kvůli myomu matky. Porodní hmotnost dítěte 2600 g. Došlo k respiračnímu selhání (pneumotorax), proto ihned kyslíková podpora. Defekt síňového septa, který byl uzavřen katetrizační cestou, bez omezení. Domů propuštěna v 15. den života. Ve 2 letech febrilní záchvat doprovázený vysokou horečkou, který vedl ke vzniku epilepsie – fokální epilepsie (vycházející z části mozkové kůry a z části mozkové hemisféry). Objevovaly se také záchvaty s poruchou vědomí – nasazena antiepileptika.

Maruška se dokáže s pomocí jiné osoby postavit. Stoj nejistý na celých chodidlech, chůzi bez dopomoci nesvede. Uchopení předmětů více do pravé ruky, levá ruka v částečném ohnutí. Při větší snaze předmět uchopí bez problémů i do levé ruky. Při sezení či stání se jí trup stáčí vpravo. Slovní zásoba odpovídá věku, řeč pomalejší, špatná výslovnost hlásek – patlavost.

Rodinná anamnéza

Maruška je jedináček. Bydlí s matkou i otcem v rodinném domě společně s prarodiči. Matka pracuje jako administrativní pracovnice. Od 14 let silné epileptické záchvaty. Otec pracuje v zemědělství, plně zdrav. Rodiče jsou velice trpěliví a obětaví. Prarodiče s péčí pomáhají jen výjimečně. Když je potřeba, výjimečně vypomůže sestra matky. Maruška spíše vyhledává otce, matka je totiž přísnější, otec vše dovolí. Pravidelně navštěvují léčebně-rehabilitační centrum v Klimkovicích, rehabilitační centrum Hájek a Státní léčebné lázně Jánské Lázně. Dále pravidelně navštěvují ergoterapii a hipoterapii.

Hrubá motorika

Maruška sama nechodí, ale jsou zde pokusy krátkých kroků s oporou o chodítko nebo s pomocí asistentky. S chodítkem začala trénovat teprve nedávno, je tam značná nejistota. Samostatně se po čtyřech dostane, kam potřebuje. Při sedu je nutné mít pevnou oporu těla – využívá speciální židli. Jsou zde jasné pokusy se vytáhnout do vysokého kleku

a přenášení váhy na jednu a druhou končetinu. U žebřin se sama snaží ze sedu postavit na obě nohy. S dětmi se chce zapojovat do všech činností, ochotně se s ní snaží spolupracovat i kolektiv. Nejvíce ji baví hrát divadla s maskou, kde pokaždé ztvárňuje jiné zvíře. Stoj moc nevyžaduje, spíše preferuje pohyb po čtyřech.

Jemná motorika

Maruška má vyhraněnou pravou končetinu. Zcela správný úchop se nedaří, jsou zde doporučeny nástavce a trojhranný program. Levou ruku se snaží do činností zapojovat, musí se na ní upozorňovat. Maruška ráda stříhá, lepí, staví z lega, dokáže navlékat větší korálky a zavírat/otvírat krabičky.

Komunikace

Komunikace probíhá bez komplikací. Maruška má dostatečnou slovní zásobu a je velice komunikativní. Navštěvuje logopeda, s nímž pracuje na špatné výslovnosti hlásek – patlavosti. Maminka uvádí, že je to mnohem lepší. Když potřebuje něco rychle říct, objevuje se zde občasný zásek.

Sebeobsluha

Musí být dopomoc od druhé osoby. S oporou u umyvadla zvládne umytí i utření rukou. Na WC si sama řekne, pomocí madla a asistentky si na záchod sedne sama. Samostatně si obleče volné triko nebo svetr. Snaží se trénovat oblékání nohavic, potřebuje na to více času, ale poté se jí to podaří. Dopomoc potřebuje u zapínání/zavazování bot nebo zipů. Konzumace jídla bez problémů, vše samostatně. Snaží se jíst vidličkou a nožem. Hrneček na pití má plastový, ale pomalu trénuje i se skleněným.

Mateřská škola

Maruška navštěvuje mateřskou školu ve Strakonících, nastoupila v roce 2019. Školka je bezbariérová a má tři homogenní třídy. Pro Marušku je zde asistent pedagoga, který je přítomen do oběda. Maruška školku opouští každý den po obědě. Je zde vypracován IVP. V MŠ může Maruška využívat kompenzační pomůcky – protiskluzová podložka, relaxační míčky, polohovací vaky a WC vybavené bezpečnostními madly. Pobyt probíhá v rámci třídy s plným počtem dětí. Z IVP doporučení – časté střídání technik i pomůcek, uvolňovací cviky, podporovat samostatnost, soběstačnost v pohybu, oceňovat sebemenší pokroky v oblékání a samoobsluze, při kreslení poskytovat větší formáty papíru.

U Marušky ve třídě jsem byla jednou týdně po dobu 3 měsíců. Vždy jsem jen pozorovala. Ve školce si nepřáli, abych se do činností s Maruškou zapojila. Myslím si, že šlo spíše o paní asistentku. Od začátku na mě byla velice nepříjemná. S Marušky maminkou jsem si vždy povídala, když přišla pro Marušku po obědě. Ona sama nebyla s asistentkou spokojena. Maruška si na asistentku nestěžovala. Komunikace mezi asistentkou a rodičem vážla. Asistentka mi přišla odměřená a podle mého postrádá to nejzásadnější – pozitivní vztah k dětem.

Maruška se chce do kolektivu zapojit ihned – vše, co dělají děti, chce i ona sama. S dětmi je velice ráda a je mezi nimi oblíbená, respektují její jinakost a snaží se jí ve všem pomáhat. Nejvíce se mezi dětmi pohybuje po čtyřech. Při plnění úkolů se rychleji unaví a ztrácí pozornost. Při činnostech vyžaduje pomoc a vedení. Maruška miluje tanec a poslech písniček. Při pobytu venku preferuje pískoviště, skluzavku a kolotoč na školním hřišti. Když potřebuje vyjádřit radost, hlasitě výská. Jedinou činnost, kterou jsem s ní narychlo vyzkoušela, bylo navlékání korálků. Maruška má však radši pohybové činnosti, tak mi u této činnosti dlouho nevydržela. Ale korálky navlékala bez problémů, sama si vše přidržela, snažila se také střídat různé barvy.

3.3.4 ROZHOVORY 2

S **paní asistentkou** Marušky to bylo složité, na odpovědi odpovídala obvykle velmi stručně jednou větou, na některé odpovědi ani odpovídat nechtěla. Připadalo mi, že ji tím obtěžuji, ale nakonec jsme se důležité věci dozvěděla. Opět jsem měla připravené stejné otázky pro asistentku pedagoga a otázky po jednoho z pedagogů (příloha č. 6).

Paní asistentka si dodělávala kurz asistenta pedagoga. Dříve se věnovala letním táborům pro děti do 15 let. Je to její první zkušenost s dítětem s DMO. Než nastoupila k Marušce, přečetla si o této nemoci několik odborných knih. *„Zbytek jsem nechávala osudu.“*

Asistentka se do práce s pedagogy aktivně příliš nezapojuje, spíše čeká, až dostane pokyn nebo úkol. Většinou čeká, co daná situace přinese, teprve poté reaguje. Jelikož Maruška nemá problém účastnit se jakékoliv aktivity, nemusí paní asistentka vymýšlet jinou činnost. Za mého působení ve třídě nenastala situace, že by Maruška nechtěla nějakou

činnost dělat. Ale nastala situace, kdy musela být z kolektivu přemístěna ke straně nebo přemístěna ke stolečku – rychlostní hra se lžící a míčkem.

Maruška všechny pedagogy bere jako autoritu a plně je respektuje. S paní asistentkou se viděla ještě před nástupem do MŠ. Spíše je zde problém mezi paní asistentkou a maminkou. Mamince se nelíbí, že s ní paní asistentka některé věci nekonzultuje a neprobíhá mezi nimi správná komunikace. Problém se snaží řešit. Sama Maruška si však na paní asistentku nestěžuje. S ostatními dětmi Maruška ochotně spolupracuje. Nemusí se k činnostem nijak pobízet.

Jsou dny, kdy má za sebou intenzivnější cvičení a je více unavená, pak vyžaduje být spíše sama a dělat věci u stolečku. Je jí tedy nabídnuta alternativa. Z mého pozorování jí nabízí alternativu paní učitelka, která vede řízenou činnost. Přitom si myslím, že od toho tam je paní asistentka, která by měla reagovat na situaci.

Při hraní her na koberci mezi dětmi čeká na instrukce. Ráda dětem hračky bere, často je třeba ji napomenout, že je nutné hračky půjčovat i ostatním. Snaží se vše udělat sama a nechce, aby jí někdo pomáhal. Při mém pozorování, kde se hrálo divadlo, si děti měly vybrat masku. Maruška bez obtíží ke krabici s maskami dolezla (po čtyřech) a vybrala si masku, kterou si sama zvládla obléknout. Poté čekala na instrukce od paní učitelky. O pomoc asistentky si řekla teprve ve chvíli, kdy jí maska padala.

„Děti od začátku přistupují k Marušce přirozeně, nemají nepříjemné poznámky nebo zbytečné otázky.“ Nemají problém podat stůl, desku, hračky nebo pomůcky, které Maruška vyžaduje, ale nezvládne si je přiblížit sama.

Maruška někdy dokáže být na děti nepříjemná. Například když nestojí o pomoc, ale někdo to za ni udělá. Byla jsem svědkem nepříjemného křiku, když chtěla Marušce jedna holčička svléknout masku z hlavy. Maruška si ji však chtěla svléknout sama, a proto na holčičku zakřičela.

Od nástupu do MŠ jsou vidět výrazná zlepšení. Maruška se začala více těšit do školky, po obědě se snaží pravidelně spát, i v komunikaci a spolupráci s ostatními dětmi jsou vidět pokroky. Velký posun nastal také v jemné motorice a při činnostech u stolečku. Maruška také chodí pravidelně k logopedce a řeč se jí zlepšuje.

S **paní učitelkou Petrou** rozhovor probíhal na přátelštější úrovni. Paní učitelka zkušenosti s dítětem s DMO nemá žádné. Za svoji šestiletou praxi se s tímto onemocněním nesešla. *„Jsou to pro mě nové zkušenosti a v této oblasti se pořád vzdělávám.“* Také nikdy neměla možnost pracovat s asistentem pedagoga. Spolupráce s paní asistentkou probíhá spíše částečně a většinou jen ze strany paní učitelky. Spolupráce obvykle probíhá až tehdy, když nějaká situace nastane. Paní učitelka uvedla, že je ráda, že tu paní asistentku má. Může tak věnovat více času výběru činností pro ostatní děti, zatímco Marušce se mezitím ochotně věnuje paní asistentka.

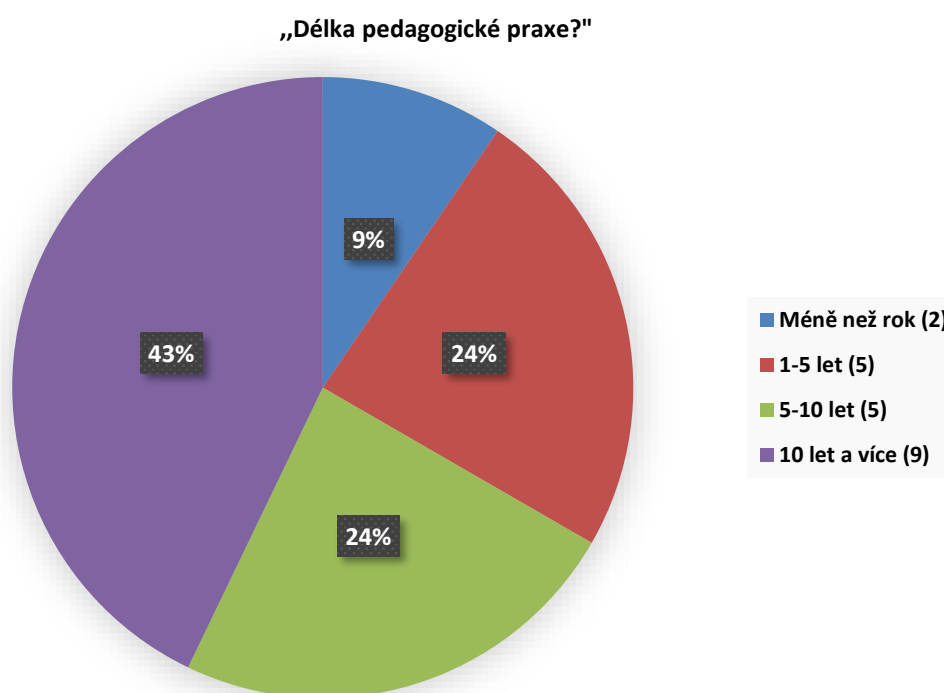
Děti poznaly Marušku až v září při nástupu do MŠ. Vše probíhalo pozvolna. Postupně si paní učitelka s dětmi povídala a ukazovala jim, jak se k Marušce mají chovat a jak jí pomáhat. Rodiče byli s touto situací seznámeni až při nástupu jejich dětí do MŠ. *„Nikdo neprotestoval a až v průběhu roku si někteří rodiče všimli, o jaké dítě vůbec jde.“*

Z pohledu paní učitelky udělala Maruška pokroky především v socializaci. Je zde značná motivace a snaha ke všemu „dojít sama“. Je více zvědavá, pozorně vnímá a vyžaduje odpovědi.

3.4 DOTAZNÍKOVÉ ŠETŘENÍ

Dotazníky byly rozeslány prostřednictvím emailu. Osloveny byly mateřské školy po České republice. Dotazník byl určen pro učitele/učitelky mateřských škol, kteří mají nějakou zkušenost s dítětem s DMO ve své třídě. Zvolené otázky v dotazníku byly uzavřené, otevřené a polootevřené. Všechny odpovědi byly anonymní. Vyplněný dotazník se mi vrátil od 21 respondentů. Odpovídali jen ti, kteří měli zkušenost s dítětem/děťmi s DMO.

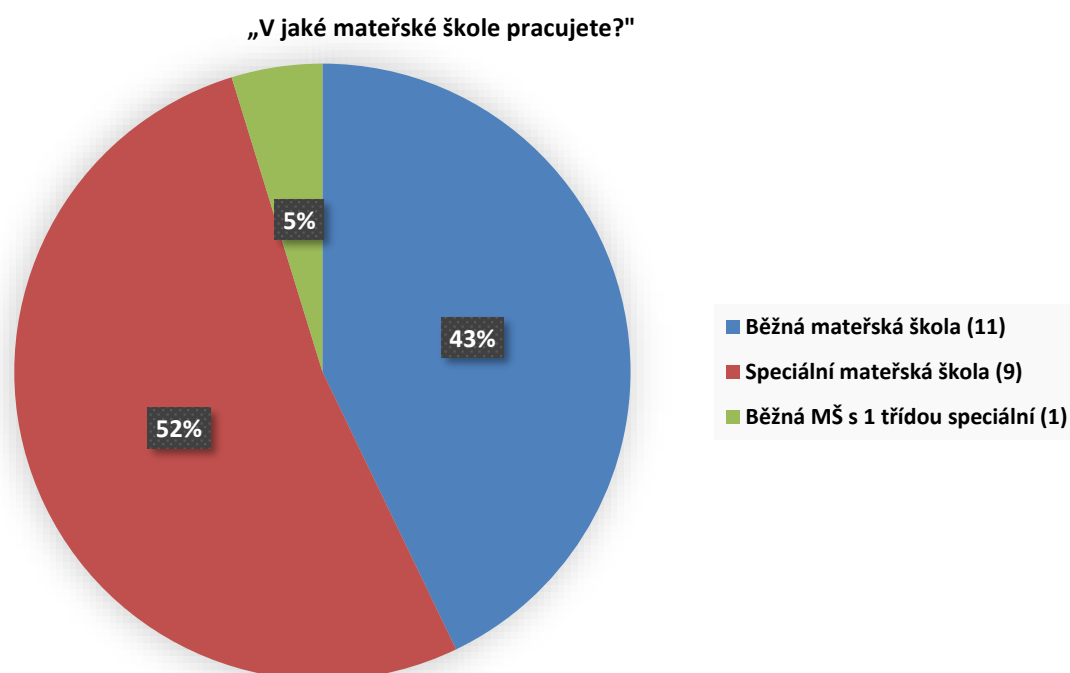
OTÁZKA č. 1 „Délka pedagogické praxe?“



Graf 1 „Délka pedagogické praxe?“

Na můj dotazník odpovědělo nejvíce respondentů s pedagogickou praxí 10 let a více.

OTÁZKA č. 2 „V jaké mateřské škole pracujete?“



Graf 2 „V jaké mateřské škole pracujete?“

U této otázky nejvíce odpovídali respondenti, kteří pracují v běžné mateřské škole.

OTÁZKA č. 3 „Jaká jiná omezení kromě tělesného postižení se u dítěte/děti vyskytují?“

U této odpovědi mohli respondenti vybrat z více možností nebo sami doplnit jiná omezení:

- snížený intelekt – přes střední až těžkou mentální retardaci;
- epilepsie;
- poškozený zrak – šilhání, tupozrakost, výpadek poloviny zorného pole;
- poškozený sluch.

Nejvíce respondenti uváděli **snížený intelekt**, který zmínilo celkem 16 respondentů. Dále také **poškozený zrak**, který uvedlo 12 respondentů. 9 respondentů se setkala u dítěte/děti s **epilepsií**. S poškozeným sluchem se z respondentů nesetkal nikdo. Nejčastěji se objevovaly kombinace se sníženým intelektem a poškozeným zrakem.

OTÁZKA č. 4 „*Jak reagovali rodiče ostatních dětí na přítomnost takového dítěte ve třídě? Nastal nějaký problém? Byl nějaký rodič proti? Jestli ano, jak jste to řešil/a?*“

Tato otázka byla plně otevřená. Respondenti se mohli vyjádřit jakkoliv. Z 21 respondentů uvedl 1 respondent, že rodiče byli proti, aby dítě bylo ve třídě. Báli se toho, že bude více pozornosti věnováno postiženému dítěti a ostatním pak vůbec. Rodičům bylo vysvětleno, že dané dítě má svoji asistentku, která se mu bude plně věnovat během celého dne.

U ostatních respondentů problém s rodiči nebyl. Dokonce ve dvou případech se rodiče snažili dozvědět více a sami chtěli pomoci. Respondenti ze speciálních tříd uvedli, že *„Vzhledem k tomu, že jsme speciální MŠ, žádný problém se nevyskytl. Děti s DMO máme v MŠ více a každý máme nějaký problém.“*

OTÁZKA č. 5 „*Jakým způsobem získáváte znalosti týkající se dětské mozkové obrny?*“

Respondenti zde mohli vybírat z několika možností. Když získávali informace jinde, než je uvedeno, mohli svoji odpověď doplnit. V nabídce byly následující možnosti:

- semináře;
- kurzy;
- přednášky;
- školení;
- samostudium;
- speciální vzdělávání;
- nové informace nezískávám.

Nejvíce respondentů (18) uvedlo, že podstatnou část informací získávají samostudiem. Dále potom využívají speciální vzdělávání, školení, semináře, přednášky a kurzy o tomto tématu. Jeden z respondentů sděluje osobní zkušenost s matkou dítěte s DMO, tento respondent navíc využívá cenné rady od fyzioterapeutů. Dva respondenti vyhledávají odborné články.

OTÁZKA č. 6 „***Jaká podpůrná opatření používáte ve výchově a vzdělávání dítěte/děti v MŠ?***“

U této odpovědi opět bylo možné vybrat z několika odpovědí. Respondenti mohli také doplnit to, co nebylo uvedeno. V nabídce bylo následující:

- spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou;
- spolupráce se speciálně pedagogickým centrem;
- asistent pedagoga;
- kompenzační pomůcky;
- upravené metody a formy vzdělávání;
- individuální vzdělávací plán.

Všichni respondenti spolupracují s pedagogicko-psychologickou poradnou, dále poté využívají asistenta pedagoga a kompenzační pomůcky. 10 respondentů také spolupracuje se speciálně pedagogickým centrem a využívá individuální vzdělávací plán. 8 respondentů má také upravené metody a formy vzdělávání.

OTÁZKA č. 7 „***Jaké kompenzační/speciální pomůcky používáte?***“

Otázka plně otevřená. Respondenti uváděli nejvíce:

- vozíky;
- sedačky na podporu sedu;
- ortézy na nohy;
- polohovací vaky, relaxační vaky;
- kuličkový bazén;
- protiskluzové podložky;
- madla v umývárně a WC.

Často byly zmíněny také pomůcky na rozvoj jemné motoriky – pískovna, terapeutická modelína, prstové barvy a různé druhy stavebnic. Dva respondenti uvedli zvukové hračky, multisenzorické pomůcky a lahvičky s tekutinami/pachy. Jeden z respondentů využívá LIGHT BOX a Klokanův kufr.

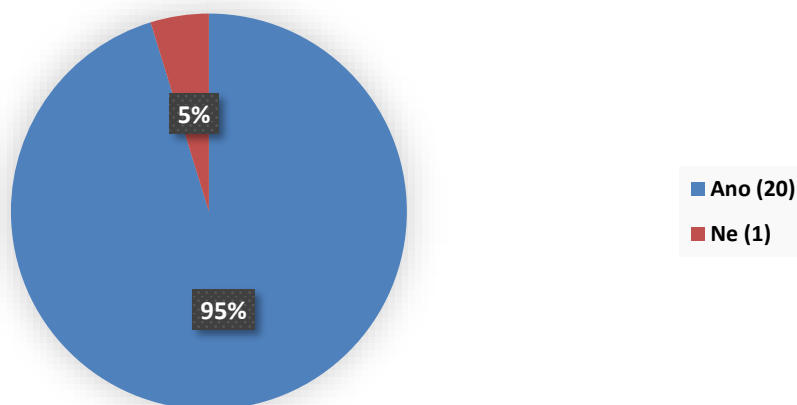
OTÁZKA č. 8 „*Jaké upravené formy a metody vzdělávání využíváte?*“

Otázka opět plně otevřená. Všichni respondenti se shodli na tom, že je nejdůležitější individuální přístup. Na děti je třeba klást menší nároky, nechat jim více času na práci, více odpočinku mezi činnostmi a poskytovat častou zpětnou vazbu. Jeden respondent uvedl, že používají klasický ŠVP, ale výstupy jsou osekáné.

Dva respondenti uvedli, že se zaměřují na grafomotorické cviky, dechová, fonační a artikulační cvičení. Jedna z odpovědí zmínila muzikoterapii. Od dvou respondentů byla odpověď, že upravené metody nevyužívají, používají běžné metody vzdělávání.

OTÁZKA č. 9 „*Je pro Vás důležitá spolupráce s asistentem pedagoga pro integraci takového dítěte?*“

„Je pro Vás důležitá spolupráce s asistentem pedagoga pro integraci takového dítěte?“

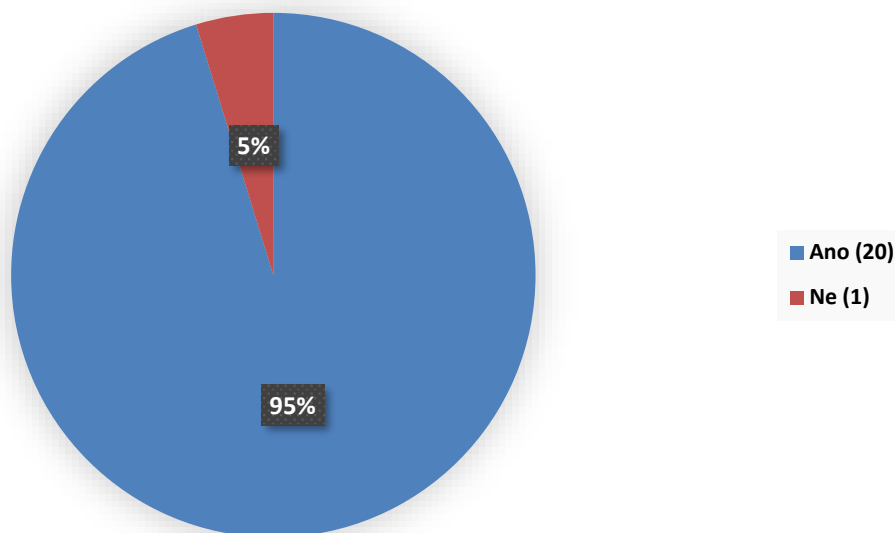


Graf 3 „Je pro Vás důležitá spolupráce s asistentem pedagoga pro integraci takového dítěte?“

Z mé zkušenosti je jednoznačně důležitá spolupráce s asistentem pedagoga pro správné a plnohodnotné začlenění dítěte s DMO. V dotazníku si to jeden respondent **nemyslí**. Uvedl, že spolupráce není důležitá.

OTÁZKA č. 10 „*Myslíte si, že začleňování dítěte s dětskou mozkovou obrnou má přínos i pro zdravé děti?*“

„Myslíte si, že začleňování dítěte s dětskou mozkovou obrnou má přínos i pro zdravé děti?“



Graf 4 „Myslíte si, že začleňování dítěte s dětskou mozkovou obrnou má přínos i pro zdravé děti?“

U této otázky zazněla také jedna negativní odpověď. Respondent si myslí, že začleňování dítěte s DMO nemá pro zdravé děti žádný přínos.

Opět z mého pozorování si myslím, že začleňování do kolektivu zdravých dětí je velkým přínosem. Děti si uvědomují, že na postižené dítě je třeba brát zřetel a je vhodné mu pomoci. Vždy také záleží, jak jsou děti vedeny – jak ze strany rodičů, tak samozřejmě ze strany pedagogů.

SHRNUTÍ VÝZKUMU A DISKUZE

Výzkumné šetření mělo především zjistit, jakými způsoby probíhá začleňování dětí s DMO do kolektivu v mateřských školách. Zaměřila jsem na dva konkrétní případy v rozdílné MŠ. Cílem bylo také zjistit zkušenosti pedagogů s dítětem/děťmi s DMO ve vybraných mateřských školách v České republice.

U případu dítěte č. 1, tedy u Danušky, měli pedagogové s dětmi s DMO již zkušenosti, což bylo vidět při každé činnosti. Pedagogové se snažili Danušku zapojit do co nejvíce aktivit, pracovat s ní na koberci a minimalizovat čas strávený ve vozíku. Spolupráce mezi nimi byla ustavičná, proto prakticky nedocházelo k situacím, které by jakkoliv bránily začleňování do kolektivu. Práce u stolečku byla korigována domluvou, která vždy bez problémů platila.

U případu dítěte č. 2, tedy Marušky, byly naopak pedagogové bez zkušeností s dětmi s DMO. Z mého pozorování však mohu usoudit, že to na Marušku nemělo negativní vliv. Na druhou stranu mezi pedagogy probíhalo méně spolupráce a přicházely i situace, kdy Maruška musela být z kolektivu přemístěna ke straně nebo ke stolečku. Dostatečná motivace přicházela jen ze strany paní učitelky. Pedagogové se maximálně snažili využívat prostor k ustavičnému pohybu a hram na koberci.

Z mého pozorování a rozhovorů s pedagogy byly obě děti bez problémů přijaty a začleněny do kolektivu celé MŠ. U případu č. 2 začlenění trvalo delší dobu, ale z mého pozorování si troufám říct, že to bylo zejména kvůli přístupu paní asistentky – většinu práce nechávala na paní učitelce, která se následně nemohla tolik věnovat ostatním dětem. Pozitivní jednání je od všech pedagogů a dětí velice důležité. Negativismus a opovrhování by mohlo obě dívky poznamenat do budoucna a mohl by zde nastat nějaký problém. V obou případech se snaží pedagogové obě dívky podle individuálního plánu stimulovat a zaměřovat se na konkrétní oblasti rozvoje.

Z otázky týkající se názoru rodičů ostatních dětí na přítomnost dítěte s DMO ve třídě vyšlo, že jeden rodič měl s takovým dítětem problém. Někteří rodiče se i více zajímají a nabízejí pomoc. Velmi malá část rodičů se obávala, aby postiženému dítěti nebylo věnováno více pozornosti než dětem ostatním, vše bylo však vysvětleno a problém tu nebyl.

Bylo zjištěno, že nejčastějším dalším omezením u dětí s DMO je snížený intelekt a poškozený zrak. V menší míře se pak vyskytuje i epilepsie.

Respondenti také uvedli, že převážně získávají informace ze samostudia, někteří se vzdělávají pomocí kurzů, seminářů, přednášek a školení.

Z podpůrných opatření je nejvíce využívána pedagogicko-psychologická poradna, dále asistent pedagoga a kompenzační pomůcky. Překvapilo mě, že IVP nezískal tolik hlasů, i když je ve většině případů u dětí s DMO sestavován a využíván.

Z otázky týkající se kompenzačních pomůcek vyplynulo, že jsou nejvíce využívány vozíky a sedačky na podporu sedu. Dále také, jako podpora chůze nebo jen stání, jsou využívány ortézy a madla. Pro rozvoj jemné motoriky uvedli respondenti pískovnu, terapeutickou modelínu, prstové barvy a různě velké stavebnice.

Nejčastěji využívanou formou vzdělávání je individuální přístup, na kterém se shodli všichni respondenti. Hlavní je tedy klást menší nároky, dávat dětem více času na práci, poskytnout delší odpočinky mezi činnostmi a zvýšit zpětnou vazbu.

Z odpovědí také vyplývá, že pro správné začlenění dítěte s DMO do kolektivu je velmi důležitá spolupráce s asistentem pedagoga.

ZÁVĚR

Práce se skládá z teoretické a praktické části. Pro zpracování teoretické části jsem využila odbornou literaturu, z níž jsem načerpala potřebné informace. Co se týče podpůrných opatření, zaměřila jsem se na asistenta pedagoga a individuální vzdělávací plán. Jsou to dvě, z mnoha podpůrných opatření, která jsou ve většině případů nejvíce využívána pro vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Praktická část a její výzkum se zaměřuje především na začleňování dětí do kolektivů v rámci jejich MŠ, rozebírá také zkušenosti pedagogů s dětmi, které trpí dětskou mozkovou obrnou.

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jakými způsoby probíhá začleňování dětí s DMO do kolektivu mateřských škol. První konkrétní případ, který jsem ve své práci popisovala, byla dívka Danuška. Danuška začala chodit do MŠ v roce 2019 a začlenila se do kolektivu úspěšně. Její vzdělávání bylo vedeno podle individuálního vzdělávacího plánu, který je v podstatné míře splňován. Dívka od nástupu do MŠ udělala značné pokroky. Největší pokrok nastal v celkovém pohybu. Dále se zlepšily komunikační schopnosti mezi svými vrstevníky. Druhý případ se týkal Marušky, u které též probíhalo vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. Maruška udělala od nástupu do MŠ pokroky v jemné motorice a stále se jí zlepšuje řečový projev i řeč samotná. Začlenění mezi své vrstevníky proběhlo také bez obtíží. Opožděný vývoj u obou dívek je v porovnání s vrstevníky stále patrný, ale díky neustálým návštěvám specialistů a vytrvalé snaze rodičů a pedagogů jsou dívky na dobré cestě, aby vývoj alespoň částečně dohnaly.

Bylo potřeba získat plnohodnotné informace od pedagogů a asistentů pedagoga. Zvolila jsem tedy formu rozhovorů s konkrétními pedagogy. Pro zjištění informací o zkušenostech v dané problematice jsem využila dotazníkové šetření na bázi uzavřených, otevřených a polootevřených otázek. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že nejvíce navštěvují mateřskou školu děti, které kromě tělesného postižení mají snížený intelekt a poškozený zrak, rodiče však v podstatné většině případů umístění dítěte s DMO do kolektivu ostatních dětí nevnímají jako problém. Většina rodičů dětí postižených DMO

spolupracuje s pedagogicko-psychologickou poradnou a využívají často služeb asistenta pedagoga.

Daná práce by mohla být přínosem pro široké spektrum lidí – jak pro laiky v této oblasti, kterým dané téma příliš neříká, tak i pro začínající pedagogy nebo, kteří nemají žádnou zkušenost s dítětem s DMO.

Doporučení pro pedagogickou praxi

Pro děti s DMO je důležitý individuální přístup. Zvolit správnou motivaci, povzbudit pochvalou nebo menšími odměnami. Pro účely větší pozornosti, je vhodné střídat činnosti různého druhu, dále využívat relaxační aktivity, aby byla dětem umožněna dostatečná relaxace a odpočinek. V oblasti jemné motoriky nabízet velké množství manipulačních a motorických činností. U manipulačního cvičení můžeme využívat různé pomůcky a aktivity, např. skládačky, stavebnice, puzzle, modelovací hmoty, stříhání jednoduchých vystřihovánek atd. Motorické činnosti se doporučuje provádět především hravou formou, např. s dopomocí různých prstových cvičení. Při kresbě a nácviku grafomotoriky využívat různě velkých a malých ploch, používat trojhranné pastelky, kreslit prstovými barvami či kreslit prstem do různě sypkých materiálů. V oblasti hrubé motoriky se doporučuje navrhovat činnosti a cviky na posílení svalových skupin. Rozvoj komunikačních schopností podporujeme nejen verbálním projevem mezi dětmi při hře, ale je také žádoucí vést děti k vyjádření vlastních pocitů, zážitků, rozvíjet jejich fantazii, např. nabádáním k vymýšlení vlastního konce u různých pohádek či příběhů. Je nutné být ve všech oblastech výchovy velice trpělivý a mít emočně vřelý přístup. Současně je nutné dbát na důsledné dodržení daných pravidel. Je žádoucí ve třídě vždy zdůrazňovat, jak je důležité si pomáhat, umět si naslouchat a vzájemně se podporovat. Toto je nutné zejména z toho důvodu, aby děti ve třídě fungovaly jako jednotný celek.

RESUMÉ

Tématem bakalářské práce je dítě s dětskou mozkovou obrnou v mateřské škole. Téma dané práce je rozděleno do dvou částí – teoretické a praktické části.

Teoretická část je složena z dalších dvou částí. **První část** se zabývá vysvětlením pojmu dětská mozková obrna a dále také příčinami vzniku DMO a různými terapiemi, které dětem s DMO mohou pomoci. **Druhá část** se zabývá vzděláváním dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Tato kapitola také dále zmiňuje individuální vzdělávací plán, asistenta pedagoga a kompenzační pomůcky pro děti s tělesným postižením.

Praktická část je zaměřena na podrobné kazuistiky dvou dívek, do kterých je zařazeno pozorování. Sběr potřebných dat byl uskutečněn pomocí rozhovorů s pedagogy a dotazníkovým šetřením.

Klíčová slova: dětská mozková obrna, terapie, kompenzační pomůcky, vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, inkluzivní vzdělávání

RESUMÉ

The bachelor thesis deals with child with cerebral palsy in pre-school education. This thesis is divided into two parts - theoretical and practical.

The theoretical part is divided into two main chapters. The first chapter deals with general characteristic of cerebral palsy, causes and different therapies, which can help.

The second part focuses on educational activities of these children. This part also contains individual education plan, assistance and special tools for children with physical disability. In the practical part I have chosen two case studies of girls with cerebral palsy in pre-school age.

The data were collected using interviews with teachers and questionnaires.

Key words: cerebral palsy, types of cerebral palsy, therapy of cerebral palsy, special tools, education of pupils with special educational needs, assistance, inclusive education

SEZNAM LITERATURY

BARTOŇOVÁ, Miroslava a VÍTKOVÁ, Marie. *Strategie vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v inkluzivním prostředí základní školy: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido, 2016. ISBN 978-80-7315-255-0. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:af8e9d80-23db-11e9-92f9-005056825209>

HÁJKOVÁ, Vanda a STRNADOVÁ, Iva. *Inkluzivní vzdělávání: [teorie a praxe]*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:562d7f60-59c1-11e4-90c9-005056825209>

HLAĎO, P. *Úvod do pedagogického výzkumu pro učitele středních škol* [online]. Brno: Mendelova univerzita v Brně, 2011. 134 s. Dostupný z WWW: ISBN 978-80-7375-544-7.

JAKOBOVÁ, Anna. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:de330aa0-6e31-11e8-9690-005056827e51>

JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.

KRAUS, Josef et al. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, ©2005. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. 186 s., [8] s. obr. příl. ISBN 978-80-262-0178-6.

LECHTA, Viktor. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:99511830-53a7-11e4-bc71-005056827e52>

MICHALÍK, Jan. *Rodiče a dítě se zdravotním postižením (nejen) na základní škole: speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků se vzácnými onemocněními*. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2013. 150 s. ISBN 978-80-86532-29-5.

PACHOLÍK, Viktor et al. *Specifika edukace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách*. Vydání: první. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2015. 179 stran, 4 strany nečíslovaných příloh. ISBN 978-80-7454-566-5.

STEHLÍK, Alois. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině*. Praha: Avicenum, 1977. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:9e34b920-8e88-11e5-a715-005056827e5>

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĎOVÁ, Klára. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:a75e2620-ed72-11e8-bc37-005056827e51>

UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0. Dostupné také z: <https://ndk.cz/uuid/uuid:c33fbea0-a997-11e7-ae0a-005056827e52>

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

Internetové zdroje

Akční plán inkluzivního vzdělávání na období 2019–2020 [online]. [cit. 2021-04-05].
Dostupné z: <http://www.inkluzevpraxi.cz/files/APIV/APIV-2019-2020-web.pdf>

Školský zákon MŠMT ČR č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání [online]. [cit. 2021-02-21]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-25-8-2020>

Vyhláška MŠMT ČR č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných [online]. [cit. 2021-02-10]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi>

SEZNAM GRAFŮ

GRAF 1 „DÉLKA PEDAGOGICKÉ PRAXE?“	31
GRAF 2 „V JAKÉ MATEŘSKÉ ŠKOLE PRACUJETE?“	32
GRAF 3 „JE PRO VÁS DŮLEŽITÁ SPOLUPRÁCE S ASISTENTEM PEDAGOGA PRO INTEGRACI TAKOVÉHO DÍTĚTE?“	35
GRAF 4 „MYSLÍTE SI, ŽE ZAČLEŇOVÁNÍ DÍTĚTE S DĚTSKOU MOZKOVOU OBRNOU MÁ PŘÍNOS I PRO ZDRAVÉ DĚTI?“	36

PŘÍLOHY

Příloha č. 1: Vzor dotazníku pro mateřské školy

Příloha č. 2: Schodišťová sedačka

Příloha č. 3: Vozík

Příloha č. 4: Ortézy

Příloha č. 5: Rozhovory s asistentem pedagoga a jednoho pedagoga na třídě

Příloha č. 6: Rozhovory s asistentem pedagoga a jednoho pedagoga na třídě

Příloha č.1 – dotazník**Dítě s dětskou mozkovou obrnou v mateřské škole**

Dobrý den,

jmenuji se Eva Pavlíková a jsem studentkou Západočeské univerzity v Plzni.

Tento dotazník je anonymní a je určen pro učitele a učitelky v mateřské škole, kteří mají nějakou zkušenost nebo přímo dítě s dětskou mozkovou obrnou ve třídě.

Získané informace mi pomohou při zpracování bakalářské práce na téma Dítě s dětskou mozkovou obrnou v mateřské škole.

Děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Otázky:

1. Délka pedagogické praxe?
 - a) méně než rok
 - b) 1–5 let
 - c) 5–10 let
 - d) 10 let a více
 - e) jiná

2. V jaké mateřské škole pracujete?
 - a) běžná mateřská škola
 - b) speciální mateřská škola
 - c) jiná

3. Jaká omezení, kromě tělesného postižení se u dítěte/děti vyskytují?
 - a) snížený intelekt – přes střední až těžkou mentální retardaci
 - b) epilepsie
 - c) poškozený zrak – šilhání, tupozrakost, výpadek poloviny zorného pole
 - d) poškozený sluch
 - e) jiná

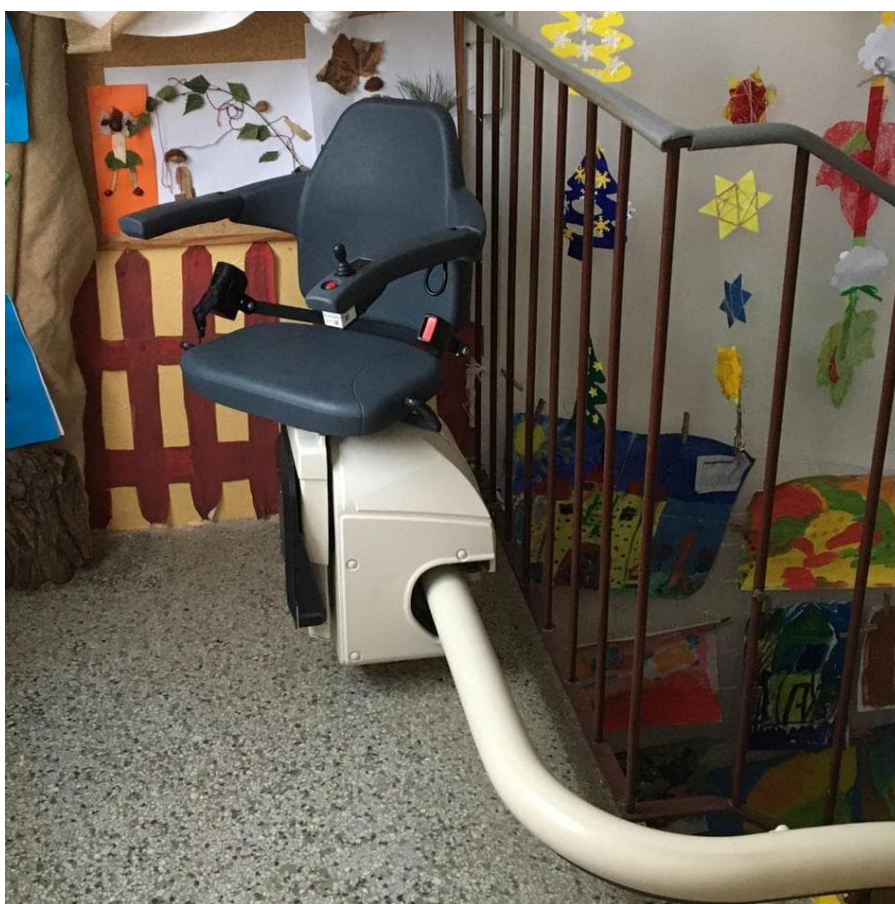
-
4. Jak reagovali rodiče ostatních dětí na přítomnost takového dítěte ve třídě? Nastal nějaký problém? Byl nějaký rodič proti? Pokud ano, jak jste situaci řešila/a?
 5. Jakým způsobem získáváte nebo se obohacujete o znalosti, které se týkají dětské mozkové obrny?
 - a) semináře
 - b) kurzy
 - c) přednášky
 - d) školení
 - e) samostudium
 - f) speciální vzdělávání
 - g) nezískávám, neobohacuji
 - h) jiné
 6. Jaká podpůrná opatření používáte ve výchově a vzdělávání dítěte/dětí v MŠ?
 - a) spolupráce s pedagogicko-psychologickou poradnou
 - b) spolupráce se speciálně pedagogickým centrem
 - c) asistent pedagoga
 - d) kompenzační pomůcky
 - e) upravené metody a formy vzdělávání
 - f) individuální vzdělávací plán
 - g) jiné
 7. Jaké kompenzační/speciální pomůcky používáte?
 8. Jaké upravené metody a formy vzdělávání využíváte?
 9. Je pro Vás důležitá spolupráce s asistentem pedagoga pro integraci takového dítěte?
 - a) ano
 - a) ne

10. Myslíte si, že integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou má přínos i pro ostatní zdravé děti?

b) ano

c) ne

Příloha č. 2 – schodišťová sedačka



Příloha č. 3 – vozík



Příloha č. 4 - ortézy



Příloha č. 5 rozhovory 1**Odpovědi na otázky od asistenta pedagoga**

OTÁZKA č. 1 „Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v MŠ? Máte více zkušeností s asistencí u dítěte s DMO nebo je to Vaše první zkušenost?“

„V tomto oboru se pohybuji sedmnáct let, mám vystudovanou pedagogickou školu, a tedy odbornou kvalifikaci pro vykonávání učitele MŠ. To je práce, s kterou jsem začala hned po škole, a také jsem u ní skončila. Práce, která mě naplňuje a mám v sobě dobrý pocit, že mohu i tou troškou pomoci dítěti, které to potřebuje ze všech nejvíc. Nikdy mě nenapadlo, že bych od asistenta utekla k přímému učení. Zkušeností mám hned několik, pár let jsem byla přímo ve speciální třídě, kde jsme měli více takových dětí.“

OTÁZKA č. 2 „Spolupracujete s pedagogy na společné přípravě na den/týden/měsíc?“

„Tak bez toho by to ani nešlo. Aby Danuška mohla dělat co nejvíce s dětmi, musí proběhnout důsledná porada. Nejde to ani specifikovat na dny, týdny nebo měsíce. Spolupracujeme ustavičně.“

OTÁZKA č. 3 „Jak Vás Danuška přijala? Jak dlouho jí trvalo, než si k Vám našla cestu?“

„To máme jak v životě, taky se napřed musíte otrkat“ (smích). Danuška je velmi společenská a komunikativní, to mi hodně práci při seznamování ulehčilo. V začátcích si nebyla vůbec jistá a spíše se ptala a vyhledávala pomoc u paní učitelky, se kterou se již znala. Ale troufám si říct, že už po pár dnech si byla jistá, že jsem tu pro ni a může se na mě kdykoliv obrátit.“

OTÁZKA č. 4 „Musíte ji nějak motivovat ke spolupráci s Vámi nebo s dětmi? Jestli ano, jak?“

„Dávám jí vždy vybrat z několika možností, pokaždé se jí ale snažím maximálně zapojit u dětí v kolektivu. Jsou samozřejmě i dny, kdy nechce spolupracovat vůbec a jen se dívá, co se děje. Ale pak jsou dny, kdy vyžaduje přímý kontakt s dětmi nebo se mnou, abych se věnovala jenom jí. Také je důležité dát Danušce dostatečnou motivaci a zaujmout její pozornost.“

OTÁZKA č. 5 „Jak zvládá spolupracovat s ostatními dětmi? Začleňuje se bez problémů do kolektivu?“

„Při činnostech, které jí baví nebo jí dostatečně zaujmou, nemá problém se začlenit do kolektivu. Jsou dny, kdy to i sama vyžaduje. Má své oblíbenkyně, které při hře vyžaduje.“

OTÁZKA č. 6 „Chce se sama zapojit do činností při řízených činnostech? Jestli ne, dáváte jí jinou alternativu?“

„Vyžaduje, aby se mohla zapojit do všech činností a her při řízených činnostech. Ale pak jsou právě dny, kdy Danuška vyžaduje individuální činnosti, nejvíce jsou to kostky nebo korálky u stolečku, kde může být sama.“

OTÁZKA č. 7 „Řekne si o Vaši pomoc, když něco potřebuje při hře nebo jiné činnosti? Snaží se pracovat sama, nebo čeká na Vás?“

„S tím Danuška nemá problém, pokaždé si řekne, co potřebuje. Mohu vám říct klidně i jeden příklad. Navlékaly jsme s Danuškou korálky, Danuška mě zaukolovala, abych jí držela provázek a ona sama mohla navléct korálek. Snažím se jí vysvětlit, že si provázek může podržet sama. Je ale někdy vyčůraná, ví, že jsem tu s ní, a tak si mě radši zaukolojuje, než aby to zkusila sama.“

OTÁZKA č. 8 „Jak děti reagovaly na Danušku a přijaly ji bez problémů mezi sebe?“

„Na Danušku reagovaly maximálně přirozeně a přijaly ji bez problémů. Jak přistupujeme k takovému dítěti my pedagogové, tak stejně reagují a přistupují děti. Děti se snaží Danušce úplně přirozeně pomáhat – bez toho, aby je někdo prosil nebo jim říkal.“

OTÁZKA č. 9 „Z Vašeho pohledu, jaké udělala celkové pokroky od začátku nástupu v MŠ?“

„Podle mého je největší celkový pokrok v pohybu, když sama začala vyžadovat pohyb bez vozíku mezi dětmi či sezení u stolu na židli jako ostatní děti. Ale je zde i celkový rozvoj v komunikačních schopnostech – v kolektivu se dokáže vyjádřit, komunikovat s dětmi, při modlitbě zvládá říct svoji prosbu nebo poděkovat Bohu.“

Odpovědi na otázky od jednoho z pedagogů ve třídě

OTÁZKA č. 1 „Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe?“

„Studovala jsem na střední škole ve Stříbře. Později jsem si dodělávala speciální pedagogiku na Pedagogické fakultě v Plzni a moje praxe je 30 let.“

OTÁZKA č. 2 „Máte nějaké zkušenosti s dítětem s dětskou mozkovou obrnou ve třídě?“

„Ano, zkušenosti mám s dívkou s DMO, která byla plně nechodící. Zastupovala jsem tehdy za kolegyni v mateřské škole v Lobzích, ještě při fungování zdravotních tříd.“

OTÁZKA č. 3 **„Pracovala jste již s nějakým asistentem pedagoga při své praxi?“**

„Ano, spolupráce probíhala s asistentkou dívky v mateřské škole v Lobzích.“

OTÁZKA č. 4 **„Spolupracujete s asistentem pedagoga na společné přípravě na hodinu/den/měsíc?“**

„Spolupráce je při běžném provozu nezbytná a je důležité konkrétní situace výchovně-vzdělávacího procesu řešit podle situace ve třídě. Práce je velmi důležitě dělat společně a ne odděleně. Podle stavu Danušky postupujeme metodicky, aby vnímala všemi smysly.“

OTÁZKA č. 5 **„Jakým přínosem pro Vás takový asistent je?“**

„Když má asistent cit pro svoji práci a je schopný reagovat na dané situace, je pro mě obrovským přínosem při každodenní výchově. Paní asistentka je hodně flexibilní a má každý den velice pozitivní náladu. Pozitivní nálada nepůsobí jen na děti, ale i na nás paní učitelky.“

OTÁZKA č. 6 **„Připravovala jste ostatní děti na to, že ve třídě bude dítě s dětskou mozkovou obrnou?“**

„Ve škole probíhají tzv. dny otevřených dveří pro děti, které od září nastoupí do MŠ. Takže děti Danušku viděly ještě před nástupem do MŠ. Po prázdninách nastala pro všechny děti určitá změna. Docházelo k celkovému zorientování všech a přijetí rolí v kolektivu. Dětem jsem první den nástupu připomněla situaci s Danuškou a povídali jsme si, jak se k ní budeme chovat a jak jí budeme pomáhat.“

OTÁZKA č. 7 **„Jak reagovali rodiče ostatních dětí na přítomnost takového dítěte ve třídě? Nastal nějaký problém? Byl nějaký rodič proti? Jestli ano, jak jste to řešila?“**

„Rodiče všech dětí neviděli žádný problém v docházce Danušky, podporovali své děti v rozhovorech o Danušce i celkovou spolupráci s pedagogy (např. přinesení hraček, oblečení, pomůcek, sponzorské dary atd.).“

OTÁZKA č. 8 **„Z Vašeho pohledu, jaké udělala Danuška celkové pokroky od začátku nástupu do MŠ?“**

„Podle mého jde o celkový rozvoj její osobnosti – přijetí kolektivu, každodenní kontakt, režim dne, společné aktivity. Zdravotně se rozvíjí postupně.“

Příloha č. 6 rozhovory 2**Odpovědi na otázky od asistenta pedagoga**

OTÁZKA č. 1 „Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe v MŠ? Máte více zkušeností s asistencí u dítěte s DMO nebo je to Vaše první zkušenost?“

„Dodělávala jsem si kurz asistenta pedagoga a moje praxe je až teďka v této školce. Dříve jsem jen vedla tábory pro děti do patnácti let. S dětmi s DMO tedy žádnou zkušenost nemám. Než jsem přišla dělat asistentku k Marušce, přečetla jsem si pár informací z odborné literatury. Zbytek jsem nechávala osudu.“

OTÁZKA č. 2 „Spolupracujete s pedagogy na společné přípravě na den/týden/měsíc?“

„Na přípravách se moc nepodílím, čekám, až mi řeknou, co se bude dělat a vyrábět v ten den. Pak se uvidí, co daná situace přinese, a reaguji až při činnosti. Nikdy se mi nestalo, že bych musela narychlo vymýšlet jinou činnost nebo program.“

OTÁZKA č. 3 „Jak Vás Maruška přijala? Jak dlouho jí trvalo, než si k Vám našla cestu?“

„Myslím si, že nebyl žádný problém. Viděly jsme se ještě předtím, než nastoupila do školky. Spíše byl problém s maminkou, z nějakého neznámého důvodu si nerozumíme.“

OTÁZKA č. 4 „Musíte ji nějak motivovat ke spolupráci s Vámi nebo s dětmi? Jestli ano, jak?“

„Jsou dny, kdy Maruška potřebuje větší motivaci, většinou když má za sebou intenzivnější cvičení a je unavená. Jinak Maruška spolupracuje s dětmi bez problémů, moji spolupráci nevyžaduje. Já jsem tam pro ni jenom, když si sama řekne, že potřebuje pomoc.“

OTÁZKA č. 5 „Jak zvládá spolupracovat s ostatními dětmi? Začleňuje se bez problémů do kolektivu?“

„Maruška vyžaduje být s dětmi při jakékoliv činnosti. Nemusím jí nic říkat a ani ji pobízet, aby se zapojila.“

OTÁZKA č. 6 „Chce se sama zapojit do činností při řízených činnostech? Jestli ne, dáváte jí jinou alternativu?“

„Většinou se zapojí do všech činností. Párkrát se stalo, že jsem jí nabídla práci u stolečku, ale u ní vydrží jen chvíli a radši se zapojí do kolektivu.“

OTÁZKA č. 7 **„Řekne si o Vaši pomoc, když něco potřebuje při hře nebo jiné činnosti? Snaží se pracovat sama, nebo čeká na Vás?“**

„Ano, řekne si o jakoukoliv pomoc. Při činnostech u stolečku čeká, až jí ukážu, jak a co má dělat. U her na koberci se zapojí mezi děti a čeká na instrukce od nich. Jsou situace, kdy ji musím napomenout, aby dětem hračku nebrala, ale vše si uvědomuje a omluví se. Ke stolečku jí musím vždy přinést, co k práci zrovna potřebuje.“

OTÁZKA č. 8 **„Jak děti reagovaly na Marušku, přijaly ji bez problémů mezi sebe?“**

„Děti od začátku přistupují k Marušce přirozeně, nemají nepříjemné poznámky nebo zbytečné otázky. Někdy Maruška pomoc nechce a dokáže být na děti nepříjemná.“

OTÁZKA č. 9 **„Z Vašeho pohledu, jaké udělala celkové pokroky od začátku nástupu v MŠ?“**

„Určitě více s dětmi komunikuje a spolupracuje. Více se těší do školky a je zde snaha i spát po obědě. Také začala vyžadovat více stát na nohou „jako normální děti“. Velký posun je i v oblasti jemné motoriky a snahy více pracovat u stolečku. Řeč se také stále zlepšuje, chodí pravidelně k logopedce.“

Odpovědi na otázky od jednoho z pedagogů ve třídě

OTÁZKA č. 1 **„Jaké je Vaše vzdělání a délka praxe?“**

„Studovala jsem vysokou školu se zaměřením na německý jazyk a psychologii. Potom jsem si dodělala speciální pedagogiku a moje praxe je šest let. Až po pár letech jsem zjistila, že mě to více táhne k menším dětem.“

OTÁZKA č. 2 **„Máte nějaké zkušenosti s dítětem s dětskou mozkovou obrnou ve třídě?“**

„Zkušenosti nemám žádné, Maruška je moje první dítě s tímto onemocněním. Jsou to pro mě nové zkušenosti a v této oblasti se pořád vzdělávám.“

OTÁZKA č. 3 **„Pracovala jste již s nějakým asistentem pedagoga při své praxi?“**

„Prozatím ne, je to pro mě také nové.“

OTÁZKA č. 4 **„Spolupracujete s asistentem pedagoga na společné přípravě na hodinu/den/měsíc?“**

„Jelikož je tato situace nová i pro paní asistentku, snažíme se situace řešit v momentě, kdy nastanou. Poté jsme o něco chytřejší a dokážeme se na ně předem připravit.“

OTÁZKA č. 5 **„Jakým přínosem pro Vás takový asistent je?“**

„Je velkým přínosem, že tu paní asistentku mám. Mohu tak věnovat více času výběru činností pro ostatní děti, zatímco Maruše se mezitím ochotně věnuje paní asistentka.“

OTÁZKA č. 6 **„Připravovala jste ostatní děti na to, že ve třídě bude dítě s dětskou mozkovou obrnou?“**

„Od září jsme začali všichni nově a postupně jsme s dětmi si povídali a ukazovali, jak v MŠ můžeme a budeme společně pracovat. Vše probíhalo pozvolna, aby se s tím všichni vyrovnali. Třeba v kroužku se musí brát zřetel na to, že Maruška potřebuje více prostoru, musí se k ní dát projít a sednout si, to bylo dětem třeba opakovat stále dokola.“

OTÁZKA č. 7 **„Jak reagovali rodiče ostatních dětí na přítomnost takového dítěte ve třídě? Nastal nějaký problém? Byl nějaký rodič proti? Jestli ano, jak jste to řešila?“**

„Nikdo neprotestoval, teprve až v průběhu roku si někteří rodiče všimli, o jaké dítě vůbec jde. Časem přišly dotazy a připomínky.“

OTÁZKA č. 8 **„Z Vašeho pohledu, jaké udělala Maruška celkové pokroky od začátku nástupu do MŠ?“**

„Adaptace ve skupině, postupně začala komunikovat s dospělými v MŠ i vrstevníky. Pozorně vnímá, a když nerozumí, dožaduje se odpovědí. Patrná je také snaha „dojít si ke všemu sama“.