

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

Integrace dítěte s DMO v mateřské škole

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Vedoucí bakalářské práce:
prof.PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.

Vypracovala:
Jarmila Rožnovská

Brno 2012

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma integrace dítěte s DMO v mateřské škole zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této bakalářské práce.
Elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné.

V Brně dne 6. 4. 2012

.....
Jarmila Rožnovská

OBSAH

Úvod.....	3
1. Dětská mozková obrna.....	5
1.1. Příčiny onemocnění DMO.....	5
1.2. Projevy a formy DMO.....	6
1.3. Specifika postižení DMO.....	9
1.4. Dílčí závěr.....	12
2. Integrace dítěte s DMO.....	13
2.1. Vývoj dítěte v předškolním věku, vliv DMO.....	13
2.2. Faktory ovlivňující život dětí s DMO.....	17
2.3. Podmínky pro integraci a inkluzi.....	19
2.4. Dílčí závěr	24
3. Předškolní vzdělávání.....	25
3.1. Individuální vzdělávací plán.....	25
3.2. Spolupráce pedagoga, asistenta a rodiny.....	28
3.3. Vliv kolektivu na integrované dítě.....	31
3.4. Sociální aspekty integrace	33
3.5. Dílčí závěr.....	34
4. Empirická část	35
4.1. Kasuistika: případ Míša (diagnóza DMO).....	35
4.2. Pozorování Míšovy edukace v mateřské škole Blučina.....	41
4.3. Výsledky edukace, návrhy a opatření.....	45
4.4. Dílčí závěr.....	50
Závěr.....	51
Resumé.....	53
Anotace.....	54
Klíčová slova.....	54
Keywords.....	54
Literatura a prameny.....	55

Úvod

Mezinárodní úmluva o právech dítěte, kterou přijalo 20. listopadu 1989 Valné shromáždění OSN, stanovila základní lidská práva každého dítěte. V roce 1990 ji ratifikovala tehdejší Česko-slovenská federativní republika a po rozpadu Československa převzala příslušné závazky Česká republika. Ve vztahu k handicapovaným dětem je její základní ideou, že každé dítě s tělesným nebo mentálním postižením má právo prožít hodnotný a šťastný život. Před rokem 1989 bylo vzdělání dětí s tělesným či mentálním postižením zajišťováno převážně ve specializovaných zařízeních, tedy v podmínkách téměř úplné segregace postižených. K výrazným změnám došlo po roce 1989 a zejména po roce 1994, kdy se na konferenci konané v Salamance (ve Španělsku), dohodlo 93 vlád a 25 mezinárodních organizací na rámcových podmínkách vzdělávání žáků se speciálními potřebami. Pojmy integrace a inkluze jsou dnes klíčovými pojmy speciální pedagogiky a jedním z jejích hlavních úkolů je začleňování dětí se zdravotním postižením do běžných škol. Jednou ze skupin postižených dětí jsou děti s chronickým onemocněním dětská mozková obrna /dále DMO/. Ve své praxi asistentky učitelky v mateřské škole jsem se setkala s dítětem s diagnózou DMO a s kompetencemi, které vůči němu pedagožky uplatňovaly. Sledovala jsem průběh jeho socializace, problematiku jeho začleňování do skupiny zdravých vrstevníků, to jak zvládá metody výuky v mateřské škole a v neposlední řadě to, jak na jeho přítomnost reagují ostatní děti. Situace mne natolik zaujala, že jsem se problémem začala zabývat hlouběji a problém předškolní výchovy a vzdělávání dětí s diagnózou DMO a jejich možné začlenění do běžných mateřských škol, jsem zvolila za téma mojí bakalářské práce.

Práci jsem rozdělila na část teoretickou věnovanou metodologickým východiskům a současným názorům na možnost integrace těchto dětí se zdravými jedinci a na část praktickou, v níž popisuji příběh jednoho postiženého dítěte. V teoretické části se v první kapitole zabývám dětskou mozkovou obrnou jako chronickým onemocněním mozku, které je předmětem neurologických studií.

Druhá kapitola je věnována vývoji dítěte v předškolním věku a ovlivnění jeho vývoje onemocněním dětskou mozkovou obrnou.

V třetí kapitole se věnuji vlastnímu problému – možnosti začlenění postiženého dítěte do běžné mateřské školy ve světle současných poznatků speciální pedagogiky týkajících se možností integrace a inkluze.

V praktické části popisuji příběh jednoho dítěte s diagnózou dětské mozkové obrny, s níž jsem se setkala v mateřské škole, s cílem analyzovat průběh jeho edukace v přirozených podmínkách běžné mateřské školy.

Cílem práce je analýza faktorů integrace dítěte s DMO v mateřské škole.

1. Dětská mozková obrna

1.1 Příčiny onemocnění DMO

Pojem dětská mozková obrna /DMO/ zavedl v Čechách v roce 1959 zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný. Definuje ji jako „raně vzniklé poškození mozku /před porodem, při porodu nebo krátce po něm/, projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti.¹ Další autoři upozorňují na určitou nepřesnost této definice a Jan Kraus ji upřesňuje takto: „neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnné postižení vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými senzitivními lézemi.“² Příčiny vzniku dětské mozkové obrny jsou rozmanité, někdy neprokazatelné a v některých případech se příčiny kombinují.

Předporodní příčiny:

vývojové anomálie, anomálie dělohy a placenty, krvácení matky, Rh inkompatibilita (matka Rh negativní a plod po otci Rh pozitivní), infekční onemocnění matky, záření či jiná toxicita, fyzikální noxy (úrazy), exotoxické noxy (vliv farmak, kouření, alkohol, drogy), metabolické poruchy matky, nedonošenost (křehké cévní vlasečnice nevyvinutí a cévní stěny, v důsledku toho hrozí nebezpečí krvácení do mozku), přenošenost (snižuje se sycení krve plodu kyslíkem a vzniká nepoměr mezi nároky na kyslík a jeho dodávkou), anoxie (nedostatečné okysličení tkání), nedostatky v životosprávě matky i ve výživě plodu, chromozonální aberace, genetické faktory, těžká psychická traumata, toxoplasmóza (infekční onemocnění způsobené parazitem od zvířat) a další.

Příčiny během porodu:

abnormální porody (protrahované, překotné, koncem pánevním, porody císařským řezem a porody klešťové), novorozenecká asfyxie (stav snížené saturace krve kyslíkem následkem nedostatečného nebo opožděného dýchání po porodu), nitrolební krvácení metabolické a bilirubinové encefalopatie, bakteriální meningoencefalitidy, předčasný odtok plodové vody a další.

¹ Cituje: Opatřilová D: Analýza současného stavu inklusivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a školním věku, Brno: Masarykova universita 2009, s.44

² Kraus J. a kol. : Dětská mozková obrna, Praha: Grada, 2005, s.21

Příčiny poporodní:

Jejich uplatnění se připouští zhruba do jednoho roku věku, mohou to být různá infekční onemocnění centrální nervové soustavy, rané infekce plicní a střevní, poranění lebky a mozku, dyseptické stavy, působení abnormálních metabolitů (vrozené vady metabolismu) apod.³ K rizikovým faktorům podle některých autorů dále patří i rodinná zátěž, gravidita ve vyšším věku a opakované potraty, degenerativní onemocnění, oligofrenie a kongenitální malformace.

Jak z výše uvedených příčin DMO vyplývá, příčiny DMO obrny jsou natolik různorodé, že je nelze sebelepší předporodní, porodní a poporodní lékařskou péčí zcela eliminovat a v současné době připadá na 1000 živých porodů 2 -5 dětí postižených DMO. Současná medicína neumí dětskou mozkovou obrnu vyléčit, ale je schopna ihned po zjištění vady zahájit speciální komplexní léčebný a rehabilitační program, který dokáže postižení zmírnit a kompenzovat. Pro další osud postižených dětí a jejich rodin je nezbytné, aby léčebný program byl součástí komplexní péče o zdravotně postižené děti, zahrnující složku sociální, pedagogickou i psychologickou.

1.2. Projevy a formy DMO

Dětská mozková obrna je onemocnění centrální nervové soustavy a projevuje se různými klinickými projevy. S. Kotagal (1996) uvádí, že ke klinickým příznakům patří:

- vývojová retardace (zpoždování motorického vývoje),
- odchýlný vývoj hybnosti (abnormity vzpřimování, lokomoce a jemné motoriky),
- odchylky svalového tonu (hypotonie, hypertonie, asymetrický zvýšený tonus očních svalů, který často vede ke vzniku strabismu),
- abnormální kinézy a postury (např. přetrvávající držení ruky v pěst, extenční držení dolních končetin s propjatými špičkami a hypertonickými adduktory, snížená kloubní mobilita, opistotonické držení),
- reflexologické odchylky (např. zvyšování šlachosvalových reflexů, přetrvávání primitivních reflexů, které již měly vymizet).
- poruchy somatického růstu (hlavně u těžších forem DMO)

³ Opatřilová D.: Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání, Brno: Masarykova universita 2005, s. 45

- ortopedické komplikace (např. zkrácení Achillových a kolenních šlach, které brání chůzi).⁴

Pro děti postižené dětskou mozkovou obrnou je typický nerovnoměrný tělesný vývoj , určitá tělesná neobratnost, která se týká především jemné motoriky, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání, menší představivost, překotné a impulsivní reakce, emoční labilita a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. S řadou těchto projevů se ovšem setkáváme i u „zdravých dětí“ a není důvodem, aby byly příčinou separace dětí s diagnostikovanou DMO. V současné době někteří autoři považují za nejlehčí formu DMO i lehkou mozkovou dysfunkci.

FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Klasifikací forem dětské mozkové obrny se zabývala celá řada autorů včetně Sigmunda Freuda (1896-1938). Pro potřeby mého bakalářské práce uvádím klasifikaci R. Šlapala z roku 2002. Podle klinického obrazu rozlišuje tyto formy spastické a nespastické.⁵

A/ SPASTICKÉ FORMY

Projevují se po porodu a v prvních měsících života zvýšeným svalovým tonusem se zvýšeně šlachovitě - okosticovými reflexy, zvýšenou dráždivostí a patologickými vzorci lokomotorického vývoje. Autor rozlišuje děti „ohnuté (schoulené) a děti napnuté (sliní, mají problémy s jídlem a řečí, krátký dech, nápadnou mimiku). Postižené končetiny jsou napnuté a kladou odpor pasivnímu ohýbání. Po psychické stránce trpí postižené děti úzkostí, nejistotou a nedostatkem sebedůvěry. Mezi spastické formy řadíme:

Diparetická forma

Jedná se o křečovitou obrnu, která postihuje převážně dolní končetiny. Horní končetiny jsou zpravidla zdravé a intelekt není narušen. V důsledku narušené rovnováhy je chůze kolébavá (nůžkovitá s třením kolen, po špičkách, nebo s pokrčenými koleny podle druhu postižení).

⁴ Tamtéž, s. 46

⁵ Tamtéž, s.47-49

Paukospastická diparetická forma

Jedná se rovněž o postižení dolních končetin, kdy postižení mohou chodit jen s nepatrným ohnutím v kolenou. Postižení mohou chodit, ale více zatěžují přední část chodidla, nesvedou poskoky, nebo chůzi po jedné noze.

Hemiparetická forma

Je druhou nejčastější formou DMO. Projevuje se ochrnutím jedné poloviny těla, zpravidla je více postižena ruka. Na protilehlé hemisféře mozku jsou patrné změny různého charakteru. Klinický obraz nemoci se zhoršuje s růstem dítěte. Typické pro tyto děti je, že neupřednostňují ruku dominantní, ale ruku funkční, čímž dochází k vynucenému leváctví či vynucenému praváctví. Tuto poruchu doprovází často epilepsie, v některých případech lehce snížená inteligence, někdy lehké mentální retardace.

Kvadruparetická forma

Patří k nejtěžším formám dětské mozkové obrny a vyskytuje se asi u čtvrtiny všech jedinců s dětskou mozkovou obrnou. Znamená spastickou parézu nebo plegii všech čtyř končetin. Tato DMO má dvě subformy, lišící se tím, zda jsou víc poškozeny horní nebo dolní končetiny, přičemž horší prognózu má forma s vyšším poškozením horních končetin, která je spojena nejen s vývojem hybnosti, ale i intelektu. Při této formě dochází k mentálnímu postižení a k epileptickým záchvatům. Pohyblivost je maximálně omezena a všechny polohové reakce probíhají abnormálně. Podle P. Říčana a kol. (1995) je u této formy z hlediska očekávaného kognitivního vývoje nejhorší prognóza ze všech spastických forem dětské mozkové obrny.⁶

B/ NESPASTICKÉ FORMY (NEJSOU DOPROVÁZENY SVALOVÝM NAPĚTÍM)

Hypotonická forma

Je nejčastější formou DMO a je vývojová a její projevy se mění v důsledku zrání mozku. Z klinického hlediska je u této formy dominantní oslabení svalového tonu trupu

⁶ Tamtéž, s.49

a končetin. Chůze postiženého dítěte je proto vrávoravá, nejistá, děti dělají nejisté kroky s úchyly do stran. V některých případech po třetím roce věku dítěte mizí, nebo přechází v jiný typ postižení (ve spastickou nebo dyskinetickou). Toto postižení je často provázeno mentální retardací.

Dyskinetická forma

Nejedná se o obrnu v pravém slova smyslu, ale o nepotlačitelné mimovolní pohyby dítěte. Tyto mohou být různého druhu a jsou rozlišovány (Vítková M., 1998 s.26, 2006) na:

- atetotické (vlnité, hadovité, pomalé pohyby v klidu i v činnosti)
- choreatické drobné rychlé pohyby)
- balistické (prudké pohyby)
- myoklonické (drobné pohyby jednotlivých svalových snopců)

Tato forma je často doprovázena poruchou řeči.

1. 3. Specifika postižení DMO

Základním projevem DMO je narušení hybnosti a tonu, které se projevuje různým stupněm a rozsahem. K poruchám hybnosti se připojují další postižení, která ovlivňují kvalitu života dítěte a kladou zvláštní požadavky na jeho výchovu a vzdělání. Patří k nim zejména:

a/ Poruchy řeči

Poruchy řeči různého stupně se vyskytují u více než poloviny dětí s diagnózou DMO. Jsou různého stupně od lehké poruchy artikulace po úplnou neschopnost artikulace. Vývoj řeči u dětí s dětskou mozkovou obrnou závisí na stupni poškození motoriky, na celkovém tělesném stavu včetně stavu sluchu, na úrovni intelektu a v neposlední řadě na podnětnosti prostředí, ve kterém se dítě nachází.

b/ Mentální retardace

Mentální retardace je jednou z nejzávažnějších průvodních komplikací DMO. S.Kotagal (1996) uvádí, že jedna třetina jedinců s dětskou mozkovou obrnou má intelekt v normě, jedna třetina v pásmu lehké mentální retardace a jedna třetina pásmu střední až těžké mentální retardace.

c/ Epileptické záchvaty

Epileptické záchvaty se projevují u části nemocných a mají velmi rozmanité klinické příznaky. Tato porucha se projevuje změnou vědomí, ale také příznaky motorickými, senzorickými nebo vegetativními (Vítek J., 2007, s.48) ⁷

d/ Smyslové poruchy

V odborné literatuře se uvádí, že asi jedna polovina dětí s DMO má nějakou zrakovou vadu. Vyskytuje se u nich šilhavost, tupozrakost i dystrofie sítnice, která je příčinou krátkozrakosti a v krajním případě může vést ke slepotě.

e/ Ortopedické vady

Jsou poměrně časté a vyžadují včasnou ortopedickou péči. Jedná se o různé deformity dolních končetin, vadné držení těla, vadné postavení kyčlí apod. Cílem ortopedické a následné pedagogické péče je rozvoj hybnosti a kompenzace omezeného pohybu všemi dostupnými prostředky, aby postižení nebyli vyřazováni ze společenských aktivit a dosáhli co největšího stupně soběstačnosti.

f /Psychické zvláštnosti

Psychický vývoj dítěte postiženého dětskou mozkovou obrnou má stejné zákonitosti jako vývoj zdravého dítěte a k tomu přistupují určité zvláštnosti dané stupněm postižení. Současná psychologie považuje časně dětství jako rozhodující období pro vývoj osobnosti člověka včetně rozumových schopností a charakteru. Dítě postižené tělesným nebo mentálním defektem, popřípadě kombinací obou, může být i v rodinném prostředí vystaveno citové deprivaci. V některých případech je velmi těžké rozlišit, které faktory v opožděném vývoji dítěte jsou způsobeny vlastní nemocí, a které má na svědomí psychická deprivace dítěte. Postižené dítě stejně jako dítě zdravé potřebuje ke svému správnému vývoji především pocit bezpečí a lásku. Psychologové Langmeier J. a Matějček Z. definovali deprivaci jako „psychický stav vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost

⁷ Tamtéž , s. 50

k ukojení některé jeho základní /vitální/ psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.⁸

Období ranného dětství je obdobím socializace a poznávání okolního světa, které může být u pohybově postižených dětí omezeno. Postižené dítě s omezenou hybností je odkázáno na podněty, které mu zprostředkovávají dospělí. Postižení dolních končetin omezuje jeho možnosti ve hře a tím i možnosti smyslového poznání. Postižení horních končetin způsobuje, že dítě je méně obratné při hře s hračkami, ale i při jídle, oblékání a dalších činnostech náročných na jemnou motoriku. Děti s dětskou mozkovou obrnou jsou snadno unavitelné, dokáží se soustředit pouze po kratší dobu. V oblasti smyslového vnímání se u některých dětí vyskytuje optická či akustická dysgnosie, kdy dítě špatně rozlišuje vizuální a zvukové informace (nepozná, co je na obrázku, nerozumí mluvené řeči). Některé děti mají potíže s artikulací. Vývoj každého dítěte s DMO je nutno posuzovat komplexně a individuálně a v řadě případů je nutno počítat s odkladem školní docházky. Výchovné působení na dítě s DMO je nutno korigovat tak, aby nedocházelo k jeho další neurotizaci. Týká se to jak jídla (násilné krmení může vyvolat návykové zvracení), rytmu spánku a bdění, potřeby určité aktivity, a to i těžce pohybově postiženého dítěte, nácvičku udržování čistoty. U dětí s DMO může docházet (ale to i u dětí zdravých) k poruchám chování, k výraznému vzdoru, negativismu, či agresivitě zaměřené proti věcem, zvířatům i jiným dětem. Dítě s DMO velmi těžce snáší nefunkční rodinné nebo ústavní prostředí, špatné zacházení nebo dokonce týrání. Psychická deprivace postiženého dítěte může nést znaky mentální retardace a v řadě případů se po přemístění dítěte do podnětějšího prostředí jeho stav výrazně zlepšuje. Přesto je nutno vždy brát do úvahy, že dítě s DMO má v řadě případů potíže s učním, i když jeho rozumové schopnosti nejsou narušené, což je způsobeno především snadnou unavitelností a menší schopností koncentrace.

1.4. Dílčí závěr

Tématem mé bakalářské práce je možnost umístění dítěte s diagnostikovanou DMO do běžné mateřské školy. Jak z výše uvedeného popisu nemoci vyplývá, bude se týkat pouze části postižených dětí a předpokladem úspěšnosti je individuální posouzení každého případu. Speciálně pedagogická diagnostika je specifická vědní

⁸ Matějček Z, Langmeier J.: Psychická deprivace v dětství, Praha: AVICENUM 1974, s. 19

disciplína, která se zabývá poznatky zaměřenými na možnosti a prostředky poznání postiženého jedince, na odhalování podstatných souvislostí, které jsou příčinou těchto zvláštností. Současně tvoří východisko pro zpracování individuálního programu speciálně pedagogického působení na diagnostikovaného jedince, který má optimalizovat jeho vývoj a uplatnění v životě.⁹ Speciální pedagog spolupracuje s řadou dalších odborníků podle druhu postižení dítěte, : s pediatrem, psychiatrem, neurologem, logopedem, foniatrem, oftalmologem atd,. Speciální pedagog určí, zda výchovu dítěte lze zajistit v kolektivu, či individuální formou, v běžné mateřské škole, či ve specializovaném zařízení (např. u dětí se smyslovými vadami). Rozhodujícím činitelem přitom vždy zůstává nejlepší zájem dítěte. V dalších kapitolách se, v souladu s tématem méj bakalářské práce, budu zabývat dětmi s diagnostikovanou DMO, jejichž postižení za určitých podmínek umožňuje zařazení do běžné mateřské školy.

⁹ Opatřilová D.: Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání, Brno: Masarykova universita 2005, s.70

2. Integrace dítěte s DMO

2.1. Vývoj dítěte v předškolním věku

Prenatální období

Prenatální vývoj člověka zpravidla trvá devět kalendářních měsíců, během nichž se vytvářejí všechny potřebné předpoklady pro budoucí život člověka. Již plod dokáže reagovat na různé smyslové podněty, především taktilně-kinetické a sluchové. Jeho reakce se projevuje především pohyby, které matka vnímá jako kopání. Komplexní interakce mezi matkou a plodem se postupně rozvíjí i v prenatální fázi. Jejich vzájemná komunikace může být fyziologická, smyslová, či emocionální.¹⁰

Novorozenecké období

Novorozenecké období začíná porodem, který je pro dítě i matku mimořádnou událostí. Dítě přestalo být součástí matčina organismu a musí se adaptovat na nové prostředí, musí samo dýchat a udržovat tělesnou teplotu. Novorozenec většinu času spí, krátké úseky bdění jsou spojeny s uspokojováním biologických potřeb. Novorozenec má základní reflexy, dovede vnímat určité smyslové podněty, spontánně (nekoordinovaně) pohybuje rukama a nohama. Učení novorozence je aktivováno především v rámci sociální interakce a to především kontaktem s matkou. Novorozenecké období trvá asi jeden měsíc.

Kojenecké období

Poněkud nepřesně je takto nazýváno období do jednoho roku dítěte. V průběhu kojeneckého období se projeví individuální rozdíly jednotlivých dětí v chování, prožívání a celkovém vývojovém trendu.¹¹ Kojenecké období je nazýváno jako fáze receptivity, kdy je dítě otevřeno okolnímu světu, ochotně přijímá podněty, svět chápe jako neohrožující a bezpečný. Dítě má potřebu stálé stimulace, jak materiální, tak sociální. Hlavní úlohu v poznávání a učení hraje vnímání, především zrakové a motorika. Dítě potřebuje s poznávanými objekty manipulovat a velký význam mají vhodně zvolené hračky. V tomto období začíná dítě mluvit, přičemž předpokladem je sluchové vnímání. Rozvoj řeči je závislý na stimulaci, dítě potřebuje

¹⁰ Vágnerová Marie: Vývojová psychologie I., Praha: Karolinum, 1996, s.19

¹¹ Tamtéž, s. 10; V tomto věkovém období se zpravidla u dítěte projevují první příznaky DMO, o čemž budu hovořit dále

slyšet kvalitní mluvený projev. Po čtyřech měsících začíná dítě vydávat určité zvuky, mezi 6-8 měsícem žvatlat a ke konci kojeneckého období používat slova, která mají určitý význam. Pasivně rozumí řeči o něco dříve, mezi 8-10 měsícem. V kojeneckém období se utváří specifický vztah mezi dítětem a matkou. Matka je pro dítě zdrojem uspokojení, ale dítě již chápe, že je samostatnou bytostí a že o její pozornost je třeba usilovat a zároveň si začíná uvědomovat vlastní identitu (samostatnost vlastního těla a jeho aktivit, svoje citové prožitky atd.). Harlovovy studie s opičimi mláďaty (J. Langmeier a Z. Matějček, 1986) ukazují, že jednou ze základních potřeb citově vřelé matky i malého dítěte je touha po tělesném kontaktu.¹² Roli matky ovšem může zastat i matka náhradní, popřípadě muž. „Matka“ pozná a uspokojuje dětské potřeby a poskytuje dítěti přiměřenou stimulaci, poskytuje mu informace o jeho identitě. Dítě přejímá mateřské hodnocení a pokud nemá pro matku žádnou hodnotu, nemá ji ani pro sebe.¹³

Batolecí věk

Batolecím věkem je nazýváno období od jednoho roku do tří let a během něho dochází k výraznému rozvoji dětské osobnosti. Charakteristickým znakem této fáze je osamostatňování a uvolňování z různých vazeb, jehož logickým pokračováním je expanze do širšího světa.¹⁴ Předpokladem pronikání do širšího světa je rozvoj lokomoce. Pohybová činnost se týká všech svalových skupin, především kosterního svalstva a svěračů. Dítě uplatňuje své motorické schopnosti, jak ve smyslu retence (chce si něco udržet, někde setrvat), tak ve smyslu eliminace (něco upustí, zahodí, opustí to, kde nechce být). V batolecím věku se dítě naučí autoregulaci vyměšování. Současní psychologové upozorňují na riziko předčasného a nevhodného nácviku této dovednosti, které může vést k neurotizaci dítěte. V batolecím věku se u dítěte začíná rozvíjet symbolické myšlení, schopnost orientovat se v prostoru, v čase a v množství. Nezbytným předpokladem pro rozvoj symbolického myšlení je rozvoj řeči. Asi do dvou let vyslovuje dítě pouze slova (podstatná jména), asi ve dvou letech vyslovuje dvoučlenné věty. Důležitým zdrojem vývojové dynamiky je rovnováha mezi potřebou osamostatnění a potřebou jistoty a stability.¹⁵ V tomto věku dochází k rozvoji vlastní identity dítěte a je nastartován proces odpoutávání se od matky. Nebezpečím pro vývoj

¹² Tamtéž, s. 59

¹³ Tamtéž s. 63

¹⁴ Tamtéž s. 65

¹⁵ Tamtéž s. 85

dítěte je, jak předčasná separace od matky, tak nadměrná fixace na matku. Pro dítě v batolecím věku je žádoucí rozšiřování sociálních kontaktů, které je spojeno se získáváním dovedností sociální interakce, především komunikace, což dítěti umožňuje především rozvoj řeči. Významný dětský psycholog Zdeněk Matějček uvádí pět základních psychických potřeb dítěte:

- potřeba přiměřené stimulace čili přívodu podnětů z vnějšího světa
- smysluplný svět
- pocit životní jistoty
- potřeba pozitivní identity neboli vlastního já
- otevřená budoucnost¹⁶

a/ Potřeba přiměřené stimulace čili přívod podnětů z vnějšího světa

Aby mozek dítěte pracoval, musí být podněcován z vnějšku v patřičném množství i v patřičné kvalitě. Podnětů nesmí být málo, ale ani mnoho a neměly by být příliš slabé ani příliš silné. Pokud je podnětů málo trpí dítě deprivací, pokud příliš mnoho, může reagovat apatií nebo jiným neurotickým projevem. Podněty zároveň mají být proměnlivé, aby si dítě na ně nezvyklo a jejich účinnost se neztrácela.

b/ Smysluplný svět

Tento pojem vyjadřuje potřebu určitého řádu ve věcech a ve vztazích. Dítě musí nacházet odpovídající reakci na své projevy a pociťovat pocit spolupráce. Např., když se dítě usměje, rodiče mu úsměv opětuji.

c/ Životní jistota

Dítě potřebuje „svoje lidi“, které jej uchrání před každým nebezpečím. Pro dítě do tří let má mimořádný význam osobnost matky (nebo matky náhradní).

d/ Pozitivní identita

Dítě velmi záhy dává najevo, že něco chce a něco nechce. Čím více si bude uvědomovat své já, bude hodnotit, jak se k němu chovají „jeho lidé“ a jeho sebedůvěra a sebevědomí budou slabší nebo silnější.

¹⁶ Matějček Z.: Prvních šest let ve výchově a vývoji dítěte, Praha : Grada 2005, s. 28

e/ Otevřená budoucnost

Otázkami budoucnosti se dítě začíná zabývat až ve věku kolem 11 let. První náznaky se však objevují už dříve počínaje batolecím věkem, když se dítě těší např. na výlet, „na Ježíška“ apod.

Předškolní věk

Předškolním věkem je, poněkud nepřesně, nazýváno období od 3 do šesti let. V té době většina dětí navštěvuje mateřskou školu. Období předškolního věku je Eriksonem (1963) označováno jako věk iniciativy. Jeho hlavní potřebou je aktivita a sebeprosazení.¹⁷ Většinou jde o aktivity, které jsou cílem samy o sobě. Zároveň je však potřebné rozvíjet účelnou aktivitu, která je určitým způsobem regulována. Dítě se v tomto věku seznamuje se základními normami chování. Za dobré považuje to, co oceňují rodiče, paní učitelka či jiná osoba, v níž vidí autoritu. Když dítě poruší to, co je považováno za žádoucí chování, cítí pocit viny. Pro tento věk je typický možný konflikt mezi posuzováním vlastní aktivity a pocitem viny. Dětské sebehodnocení se řídí názorem jiných osob, především rodičů, s nimiž se dítě identifikuje; tj. přejímá jejich názory a postoje. V tomto věku si děti uvědomují svoji pohlavní identitu, dětské hry se liší na chlapecké a dívčí a hry oplývají fantazií. Dítě je velmi sugestibilní, osvojuje si lehce hygienické, společenské a pracovní návyky prostředí, v němž se nachází. Předškolní období je fází názorného, intuitivního myšlení. Dítě ještě neuvažuje logicky, nechápe trvalost podstaty určitého objektu, ale vidí jenom jeho vnější znaky. V učení je proto důležitá vizuální forma. Dítě si často realitu upravuje tak, aby pro něj byla srozumitelná a přijatelná. Svůj názor na svět vyjadřuje kresbou, vyprávěním nebo hrou. Výrazem vlastní identity je značný egocentrismus, který se projevuje i jazykovém projevu. Zároveň předškolní dítě cíleně vyhledává společnost vrstevníků. Vytvářejí se prosociální vlastnosti jako je souhra a spolupráce, soucit a soustrast, společná zábava, první přátelství.

Zdeněk Matějček uvádí, že děti v tomto věku nejlépe přijímají všechny zvláštnosti a nápadnosti druhých dětí – což je výhodná situace právě tam, kde hledáme pomoc pro dítě s vývojovým opožděním, malformacemi ve vnějším zjevu nebo výraznějšími odchylkami v chování.¹⁸

¹⁷ Tamtéž s. 105

¹⁸ Tamtéž, s. 140

Vzhledem k tomu, že moje bakalářská práce se týká právě předškolního věku dětí s diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnou, nezabývám se dalšími vývojovými obdobími v životě lidského jedince (mladším a starším školním věkem, pubertou a adolescencí).

2.2. Faktory, ovlivňující vývoj dětí s dětskou mozkovou obrnou

Zdraví dítěte je pro rodiče zásadní hodnotou a jakékoli onemocnění či postižení dítěte je pro ně těžkým traumatem. Především život matky je tím zásadně poznamenán a je povinností civilizované společnosti rodině tuto situaci ulehčit a poskytnou jí všestrannou profesionální péči a pomoc. Narození postiženého dítěte, resp. potvrzení, že je opravdu takové, představuje pro rodiče zátěž, s níž obvykle nepočítají, a tudíž nemají šanci se na ni připravit.¹⁹ Postižení dítěte je skutečnost, jejíž důsledky nejsou rodičům zcela jasné, přičemž důležitým faktorem je typ a závažnost postižení. Z typu a závažnosti postižení vyplývá závislost dítěte na péči jiné osoby (neschopnost samostatné lokomoce, nepohyblivost končetin, neschopnost komunikovat a chápat obsah sdělení, ohlídat svoje chování, dát najevo svoje pocity). U dětí s lehčí formou DMO se mohou kumulovat další zdravotní problémy (epilepsie, smyslové vady, mírná mentální retardace) a může u nich docházet k problémům v chování (přílišná dráždivost, neklid, impulzivita, sklon k neurotickým a agresivním reakcím). Již několikrát citovaný Z. Matoušek (2003) zdůrazňuje, že výchovu postiženého dítěte je nutno chápat jako úkol. Ten je třeba zvládnout a jeho zvládnutí posílí sebevědomí rodičů, rozvine jejich schopnosti a celou osobnost. Nejlepší strategií, jak se s onemocněním dítěte vyrovnat, je aktivní přístup k řešení situace a vyrovnání se s tím, co změnit nelze. Pro rodiče má velký význam jak neformální, tak formální sociální síť. Neformální síť představuje širší rodina a přátelé, formální síť potom různé zdravotní, sociální a vzdělávací instituce. Jejich pracovníci zajišťují pro rodiče informace, rady a specializované služby, důležitou pomoc představují sociální dávky (příspěvky zdravotně postiženým občanům).²⁰

Matky dětí postižených dětskou mozkovou obrnou sice někdy měly potíže v těhotenství, nebyl jim však přikládán větší význam a postižení dítěte nebylo zjištěno ani záhy

¹⁹ Vágnerová M., Strnadová I., Krejčířová N. : Náročné mateřství; Být matkou postiženého dítěte, Praha: Karolinum, 2009, s.14

²⁰ Zákon č 117/1995 Sb. ve znění pozdějších předpisů

po porodu a to ani v tom případě, že postižení dítěte bylo způsobeno právě těžkým průběhem porodu či předčasným porodem. Většinou rodiče sami zjistí během prvních šesti měsíců života dítěte, že s ním není něco v pořádku. Nedostatek citění polohy těla, porucha pohybového vývoje nebo smyslový handicap, mohou být v kojeneckém věku překážkou při vytváření identity dítěte. Dítě postižené hypotonickou formou DMO nemá dostatečné informace o vlastním těle, jeho pocity jsou chudší a méně přesné. Definitivní potvrzení diagnózy však v řadě případů trvá dosti dlouho a přestože matky upozorňují na opožděný vývoj dítěte, pediatři jej zdůvodňují např. předčasným narozením dítěte a teprve neurologické vyšetření diagnostikuje DMO. Specifikem DMO je fakt, že se její příznaky projevují postupně, teprve tehdy, když se dítě dostane do věku, v němž by se určité kompetence měly specifickým způsobem rozvinout, ale toto postižení jeho standardní motorický vývoj znemožňuje. V České republice je ve velké části případů DMO diagnostikována většinou do jednoho roku dítěte a podle druhu a rozsahu postižení vyplývají pro dítě i rodinu specifické problémy.

Důležitou součástí života dětí s DMO je rehabilitace Vojtovou metodou. Cvičení je náročné jak pro dítě, tak pro jeho rodiče. Vyžaduje jak čas, tak fyzické úsilí terapeuta (většinou matky), a dostatek času a odolnost vůči negativním projevům dítěte (reaguje často křikem a pláčem). U lehčích forem DMO prospívají k zlepšení stavu pobyty v lázních a rehabilitačních zařízeních. Pro dítě však je zároveň stresující dlouhodobé odloučení od matky. Problémy působí postiženým dětem a především jejich rodičům, prostorové bariéry, které ztěžují cestování a volnočasové aktivity. Porucha rozvoje motoriky je právě v tomto období, tj. v batolecím věku, velmi závažná, protože je s ní spojena komplikace v osamostatňování a způsobuje zpomalení rozvoje v dalších oblastech. Jestliže je dítě pohybově postiženo, není omezena jenom jeho zkušenost a možnost emancipace, ale mění se i vztah k vlastnímu tělu. U těžce pohybově postižených dětí je tělo zdrojem uspokojení pouze v souvislosti se základními biologickými potřebami jako je teplo, nesytení apod. U pohybově postižených dětí se potřeba osamostatnění nevytváří, protože chybí kompetence, které by ji umožnily.²¹ V důsledku narušené lokomoce a manipulace dochází k opoždění celkového vývoje. Se zvyšujícím věkem dětí se problémy mění a rodiče stále srovnávají svoje postižené dítě se zdravými vrstevníky. Některé děti mají pouze pohybový handicap, který snižuje

21 Vágnerová Marie: Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum 1996, s.67

sice jejich mobilitu a soběstačnost, ale umožňuje jim zúčastnit se běžného života. Postižení sice není léčitelné, ale léčebná péče zaměřená na zlepšení a udržení funkčního stavu, pomáhá rodině maximálně využít potenciál dítěte a žít šťastný život. Zvláštní péče musí být věnována dětem zcela imobilním, dětem se smyslovými vadami, či dětem těžce mentálně postiženým. Tyto náročné problematiky vyžadují samostatné studie a nejsou předmětem méj bakalářské práce, stejně jako související otázka umísťování dětí do speciálních škol. Moje studie je zaměřena na děti s lehčí formou DMO, které mohou být za určitých okolností umístěny v běžné mateřské škole. Začleňování do kolektivu je u postižených dětí omezeno jednak vlastním postižením a jednak nedostatkem sociálních zkušeností, se kterým je často spojena nadměrná závislost na rodičích. Dítě má méně zkušeností i možností, potřeba seberealizace je menší a obtížněji realizovatelná. Děti jsou infantilní, jsou méně samostatné a hůře se přizpůsobují novému prostředí. Větší skupinu tvoří děti, které jsou postiženy pouze tělesně, menší potom děti s mírnou mentální retardací. Domnívám se, že rozhodujícím momentem je ochota vedení mateřské školy takového dítě přijmout, kvalifikovanost pedagogického personálu v oblasti speciální pedagogiky a v neposlední řadě humanita a schopnost empatie všech zainteresovaných osob.

2. 3. Podmínky pro integraci a inkluzi

S pojmem integrace se v poslední době setkáváme velmi často a ve společenské oblasti se jedná o dorozumění majoritní většiny se společenskými menšinami nejrůznějšího druhu, původu i zaměření. Jednou z menšin jsou i tělesně a mentálně postižení a v souladu s humanistickými a demokratickými ideály naší společnosti je povinností společnosti udělat vše pro to, aby mohli žít s námi, nikoli pouze vedle nás. Je potěšitelné, že pro integraci handicapovaných jsou v současné době vytvořeny základní legislativní předpoklady.²² Součástí integrace zdravotně postižených je pedagogická integrace, přičemž brzdou pro její úspěšnost je dosud nedokonalá připravenost pedagogů a obecné pedagogiky a v některých případech i nekompetentnost úředníků školských úřadů. Integrace zdravotně postižených je podmínkou pro jejich emancipaci, rozvoj jejich osobnosti a jejich socializaci. Cílem by mělo být, aby

²² Usnesení vlády č.253 z 29. listopadu 2010- Národní plán pro vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na léta 2010-2014

se postižení co nejvíce uplatnili v hlavním proudu společenských aktivit; v pracovním procesu, v politice, v zájmových aktivitách atd. Vážnou chybou v přístupu k postiženým a k možnostem jejich integrace je, když se v diagnostice a v prognostice klade důraz na neschopnost či snížené schopnosti místo důrazu na uchované schopnosti a jejich rozvoj. Integrace je širokospektrální jev. V jeho rozboru je nutno uplatnit řadu aspektů filosoficko-etických, biologicko-zdravotních, psychologických, sociálně vztahových, pedagogických, kulturních, ergonomických, ekonomických, politických a právních.²³ Integrace zdravotně postižených dětí je metodicky i organizačně rozpracována v oblasti školství, kde ovšem naráží na určité limity dané scientistickou orientací školy s důrazem na výkon, a proto v některých případech je pro zdravotně postižené vhodnější alternativní speciální školství. Široký, dosud ne plně využitý prostor, mají v procesu integrace mimoškolní instituce jako sportovní a turistické oddíly, zájmové kroužky, zimní a letní tábory s rekondičními pobyty a další. Dodnes není v řadách odborníků jednotný názor na integraci zdravotně postižených dětí a někteří považují za vhodnější vzdělávání dětí s postižením ve specializovaných školách než jejich integraci do prostředí běžné školy.

Při stanovování způsobu vzdělávání zdravotně postižených dětí jsou v současné době uplatňovány zejména tyto zásady:

- diagnostické pobyty postižených dětí ve speciálních školách, u nichž jejich umístění ve speciálních školách není jednoznačné,
- zřizování škol a tříd pro postižené děti a žáky s více vadami (dříve tyto děti byly často označovány jako nevzdělatelné),
- možnost docházky do soukromých a církevních škol běžných či speciálních,
- vyšší pravomoc ředitele školy při zařazování dětí a žáků,
- ***respektování práv rodičů zdravotně postižených dětí rozhodovat o způsobu vzdělání dětí (zda do speciálních škol či do škol běžného typu respektovány mezinárodní úmluvy).***²⁴

²³ Jesenský J.: Kontrapunktů integrace zdravotně postižených, Karolinum, Praha 1995, s. 13

²⁴Tamtéž, s. 30

Stupně pedagogické integrace korelují se stupni integrace v oblasti sociální a pracovní rehabilitace. Ján Jesenský, uvádí tyto stupně pedagogické integrace:

Tabulka č.1: Stupně pedagogické integrace ²⁵

Stupeň	Označení a charakteristika
1.	Plná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
2.	Podmíněná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
3.	Snížená integrace vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, používání speciálních pomůcek s mírně sníženým sociálním statutem.
4.	Ohraničená integrace v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.
5.	Vymezená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek a výběrovým uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6.	Redukovaná integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.
7.	Narušená integrace na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
8.	Segregovaná výchova a vzdělání v upravených podmínkách, s použitím speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů a obsahů s omezeným sociálním statutem.
9.	Vysoce segregovaná výchova a vzdělávání ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění redukace integračních cílů a obsahů a s podstatně omezeným sociálním statutem.

²⁵ Tamtéž, s. 17-18

Výchova a vzdělávání ve spojení s rehabilitací mohou dosažení a průběh integrace významně ovlivnit. Je samozřejmé, že pro určité skupiny postižených jsou nejlepším řešením speciální školy. Současné poznatky speciální pedagogiky však ukazují, že řada zdravotně postižených může za určitých okolností navštěvovat běžnou školu, či specializovanou třídu při běžné škole a jenom určitá postižení vyžadují vzdělávání ve speciálních školách.

Přestože se s pojmem integrace a v poslední době i inkluze zdravotně postižených setkáváme v uplynulých dvaceti letech a je součástí demokratizačních procesů, kterými se naše společnost přibližuje evropským standardům, existovaly snahy o spojení postižených a nepostižených na našem území už za Rakousko-Uherska. Propagátorem tohoto názoru byl významný pedagog, působící v letech 1913-1918 v Jedličkově ústavu v Praze František Bakule. Proces integrace postižených a zdravých dětí nazýval „koedukace“. Prvním pokusem byla koedukace tělesně postižených dětí a tělesně postižených dospělých, praktikovaná v Jedličkově ústavu v letech 1914-1918. Následovala koedukace „mrzáčků“ a dětí fyzicky nepostižených, které pocházely ze sociálně ohroženého prostředí. První pokusy učinil ještě v Jedličkově ústavu. Od roku 1919 koedukaci rozvíjel jako výchovnou metodu ve vlastním Bakulově ústavu. Ještě předtím vyzkoušel tuto metodu v červenci 1918 v Pražské osadě dětské v Německém Brodě. Tam ověřil ochotu zdravých dětí pomáhat „mrzáčkům“, přirozenou spoluúčasť na dětských hrách a spontánní vytváření přátelských vztahů mezi postiženými a nepostiženými. Tuto metodu uplatnil později ve vlastním ústavu, kde prosazoval ideu výchovy k práci a k plodnému životu.²⁶ Od druhé poloviny 20. století sílí snahy, aby tělesně postižení jedinci nebyli odkázáni pouze na péči rodiny nebo charitativních organizací, ale mohli samostatně pracovat a byli přínosem pro společnost. V roce 1913 vznikl již zmiňovaný Jedličkův ústav, což byl první ústav pro tělesně postižené v Čechách. Svoji filosofii zformuloval MUDr. Rudolf Jedlička, zakladatel Zemského spolku pro léčbu a výchovu mrzáků v jeho stanovách. Podle §2 bylo cílem „...poskytovat dětem tělesně zmrzačeným přiměřeného léčení zároveň i s praktickým výcvikem pro vhodné životní povolání, které by jim zabezpečilo samostatnost a možnost sebeobživy“.

²⁶ František Bakule (1877-1957), první ředitel Jedličkova ústavu v Praze, zakladatel a ředitel Bakulova ústavu pro výchovu životem a prací. Zakladatel a sborníkář dětského pěveckého sboru Bakalovi zpěváčci.

Až do roku 1989 byla péče o tělesně postižené soustředěna ve čtyřech ústavech sociální péče, které zajišťovaly jejich vzdělání a předprofesní přípravu. Druhá polovina 20. století a zejména jeho konec, jsou poznamenány snahami o integraci zdravotně postižených. Zatímco před rokem 1989 byla budována síť speciálních škol a zakládány speciální třídy při běžných školách, od roku 1989 pozvolna převažuje inkluzivní přístup, který se prosazuje ve školství, stejně jako v dalších oblastech společenského života. Ten lze charakterizovat jako naprosto přirozené začlenění handicapovaných osob do běžné společnosti, resp. jejich nevyčleňování z běžné populace.²⁷ V souladu s tématem mojí bakalářské práce se v dalších úvahách omezím na děti postižené DMO, které jsou za určitých podmínek schopné navštěvovat běžnou mateřskou školu, tedy absolvovat inkluzivní předškolní vzdělání a většinou později pokračovat ve vzdělávacím procesu na běžné škole, popřípadě ve speciální třídě běžné školy. Na tomto místě bych zdůraznila nutnost pedagogické diagnostiky a diferencovaného přístupu ke každému handicapovanému dítěti, která by zabránila deprivaci dítěte při násilné integraci. Právě u dětí postižených DMO není inkluzivní vzdělávání vždy nejlepším řešením a často je pro ně vhodnější vzdělání ve speciálních školách, přestože ve většině evropských zemí je tendence přeměnit speciální školy na metodická centra, která by poskytovala pomoc běžným školám ve vztahu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělání ve znění pozdějších předpisů, ve kterých se za osoby se speciálními vzdělávacími potřebami považují děti, žáci a studenti se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním, sociálním znevýhodněním a jedinci mimořádně nadaní.²⁸

Principy pedagogické integrace:

- Princip respektování potřeb integrovat se
- Princip respektování emancipace v integraci
- Princip partnerství zdravotně postižených- intaktní v integraci
- Princip dvojsměrnosti procesu integrace
- Princip plurality možností integrace
- Princip odstupňování integračních výstupů

²⁷ Opatřilová D.: Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání, Brno: Masarykova universita 2009, s. 17

²⁸ Tamtéž s.29

- Princip jednoty výchovy, vzdělávání a rehabilitačního působení v integraci²⁹

Tabulka č. 2: Normativní a speciální, nemocí podmíněné vývojové úkoly pro rané dětství a předškolní věk³⁰

Vývojové období	Normativní vývojové úkoly	Speciální, nemocí podmíněné vývojové úkoly
Rané dětství 1-3 roky	Rozvíjení vazeb Říkat první slova a věty Ukazovat objekty Motorický vývoj Vytvářet senzomotorickou inteligenci Rozvíjet hru	Lehká svalová slabost Učit se ztížené chůzi Nedostatečně rozvinutá schopnost koordinace
Předškolní věk 3-6 let	Rozvoj řeči Rozvíjet hru a fantazii Rozvíjet schopnosti hrubé a jemné motoriky Rozvíjet sebekontrolu Rozvíjet identitu pohlaví	Časté zakopávání a pády Omezení ve sportu (např. nemůže skákat) Motorické omezení při hře Narušená motorická sebekontrola Zvládnou narušení sebehodnocení Spolupráce při terapii a léčbě

2. 4. Dílčí závěr

Děti, postižené DMO, které přicházejí do mateřských škol, mají většinou určitý stupeň poškození motoriky, mohou mít i somatické deformace či smyslová poškození nebo trpět „pouze“ poruchami chování a učení. Úkolem vzdělání v mateřské škole je „vytvářet předpoklady pro pokračování ve vzdělání, maximálně podporovat individuální rozvojové možnosti, které jsou pro dítě individuálně dosažitelné, plnění úkolů diagnostických, zejména ve vztahu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytování včasné speciálně pedagogické péče.“³¹

²⁹ Tamtéž., s.18

³⁰ Tamtéž. s. 65

³¹ Tamtéž s. 65

3. Předškolní vzdělávání

3.1. Individuální vzdělávací plán

Současná pedagogika již dávno dospěla k názoru, že vzdělání dítěte nezačíná povinnou školní docházkou, ale začíná již v batolecím a předškolním věku. Prvními učiteli dítěte jsou samozřejmě rodiče, ale systematické vzdělání za použití adekvátních pedagogických metod začíná s nástupem dítěte do mateřské školy. Předškolní vzdělávání je chápáno v České republice jako veřejná služba.³² Národní program vzdělávání v České republice (tzv. Bílá kniha) zavedl systém kurikulárních dokumentů na dvou úrovních, státních a školních. Rámcový program pro předškolní vzdělávání³³ jednoznačně upouští od přístupu předmětového a nabízí orientaci na jedince a jeho rozvoj, tj. výrazně upřednostňuje individuální přístup.³⁴ Z rámcového výchovně vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání vychází všechny mateřské školy a při tvorbě vlastních školních programů a je směrodatný, jak pro zřizovatele, tak pro odborné a sociální partnery. Mezi hlavními principy rámcového programu je akceptovat přirozená vývojová specifika dětí předškolního věku a důsledně je promítat do obsahu, forem a metod vzdělávání. Důraz je položen na rozvoj a vzdělávání každého jednotlivého dítěte v rozsahu jeho individuálních možností a potřeb.

Ve vztahu k zdravotně postiženým dětem se v průběhu let podařilo vytvořit systém speciální péče podle charakteru a hloubky postižení. Speciální školy a školská zařízení dávají dětem podmínky k překonání následků jejich postižení. Pracují v nich zkušené speciální pedagogové, mají k dispozici speciální pomůcky (často velmi drahé), prostředí je plně uzpůsobeno potřebám postižených dětí. Děti do nich rodiče denně vodí nebo přivázejí pro některá závažná postižení musí rodiče zvolit pobyt internátní, protože speciální škola je značně vzdálena od místa jejich bydliště. Skutečností ovšem je, že i pro děti s postižením je přirozeným prostředím funkční rodina, která zajišťuje dítěti uspokojování a naplňování všech životně důležitých potřeb, o nichž jsem hovořila v předchozím textu. Postižené dítě má všechny tělesné, duševní i sociální potřeby stejné

³² Školský zákon č. 561/2004 Sb.

³³ Rámcový program pro předškolní vzdělávání; opatření ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č.j.32 405/2004-22

³⁴ Mertin V., Gillernová I.(eds): Psychologie pro učitelky mateřské školy, Praha: Portál 2010, II. vydání , s.10

jako dítě zdravé a navíc potřeby speciální. Snahou posledních let je jednak přinášet do předškolních speciálních škol v co největší míře normální život a pokud je to jenom trochu možné, zařazovat děti se speciálními potřebami do prostředí běžné mateřské školy. Integrací v moderním pojetí tedy chápeme jako společný život (v případě školy společný pobyt, společný program, společnou výchovu a výuku).

³⁵Integrace postiženého dítěte v mateřské škole může být úplná nebo částečná. Při částečné integraci může postižené dítě navštěvovat mateřskou školu pouze několik hodin denně nebo několik dnů v týdnu, popřípadě se může zúčastňovat pouze některých činností a při některých pro něj nevhodných činnostech má svůj vlastní program. Současná pedagogika klade důraz na individuální přístup ke každému dítěti, jak zdravému či postiženému. Cílem je, aby pro jednotlivé děti byly stanoveny individuální výchovné a vzdělávací programy, protože co je vhodné pro jedno dítě, může vývoj druhého dítěte naopak brzdit. V etapě předškolního vzdělávání jsou osobnostní rozdíly mezi dětmi přirozené, stejně jako rozdíly v jejich individuálních výkonech a cílem předškolní výchovy není tyto rozdíly vyrovnat, což umožňuje souběžné vzdělávání dětí zdravých a dětí zdravotně postižených. Cílem u všech dětí je zvýšení jejich vzdělávacích šancí, nikoli získání souboru poznatků. Mimořádný význam v předškolní

výchově má proto pedagogická diagnostika. V odborné literatuře je pedagogická diagnostika chápána jako teorie a praxe zjišťování, rozpoznávání, klasifikování, posuzování, charakterizování a hodnocení úrovně pedagogického rozvoje objektu výchovy.³⁶

Speciálně pedagogická diagnostika navazuje na pedagogickou diagnostiku a zabývá se možnostmi a zvláštnosti postiženého jedince a na odhalování podstatných souvislostí, které jsou příčinou těchto zvláštností. Je proto východiskem při zpracování individuálního programu speciálně pedagogického působení na diagnostikované dítě, který má optimalizovat jeho vývoj a uplatnění v životě. Speciální pedagog musí spolupracovat s řadou dalších odborníků podle druhu postižení dítěte (pediatrem, psychiatrem, logopedem, foniatrem, neurologem, oftalmologem, ortopedem) a teprve na základě všech zjištění stanovit optimální pedagogický postup.

³⁵ Tamtéž, s. 177

³⁶ Polášková D., Vítková M.: *Úkoly speciální diagnostiky ve chovně vzdělávací práci s tělesně postiženými dětmi předškolního věku*, Brno: Masarykova universita 1994, s. 16

Speciální pedagogická diagnostika sleduje:

- stránku obsahovou (motorickou, sociální, emocionální, rozumovou a verbální složku osobnosti)
- stránku metodologickou (systém diagnostických metod)

Obsahová stránka diagnostiky zahrnuje: motoriku, sociální oblast, emocionální oblast, rozumovou oblast, verbální schopnosti , posuzování školní zralosti

Metodologická stránka diagnostiky zahrnuje:

- přímé pozorování her dětí
- asociační techniky
- konstruktivní techniky
- doplňovací techniky
- metody založené na výběru a řazení
- expresivní techniky
- metody založené na hodnocení obsahové a formální stránky dětské kresby
- metody hodnocení verbálních schopností
- metody hodnocení neverbálních schopností
- metody hodnocení sluchového vnímání, fonemického sluchu sluchového rozlišování
- metody hodnocení zrakového vnímání
- metody hodnocení pohybových schopností, manuální zručnosti
- metody hodnocení grafomotoriky
- metody hodnocení rodinného prostředí

Jak z naznačeného vyplývá, je speciální pedagogická diagnostika velmi složitá záležitost, vyžaduje spolupráci dalších odborníků a musí vycházet z lékařské diagnózy dítěte. V praktické části ukáží její aplikaci na konkrétní dítě postižené dětskou mozkovou obrnou.

Současná speciální pedagogika má rozpracovány přesné postupy, jak provádět diagnostiku při běžných činnostech dítěte, při rozhovorech a především při hře. Při diagnostice se musí respektovat věk dítěte, jeho osobní vlastnosti, míra postižení a délka

diagnostikování. V současné době se často pro určování dosaženého vývojového stupně dítěte používá normativní srovnání založené na porovnání schopností jednoho dítěte a skupiny dětí stejného věku a sociálního pozadí, které ovšem je poněkud škatulkovité a zavádějící (např. nebere v úvahu kulturní odlišnosti). Teprve na základě komplexních výsledků speciální pedagogické diagnostiky konkrétního dítěte může být vypracován adekvátní individuální program konkrétního dítěte pro dané období.

3.2. Spolupráce pedagoga, asistenta a rodiny

Prvním přirozeným prostředím pro život každého dítěte, včetně dítěte zdravotně postiženého, je rodina. Rodina uspokojuje u všech svých členů potřeby biologické, psychologické, sociální a ekonomické. Významná je její funkce domestikální, poskytuje svým členům pocit domova, jistoty a bezpečí. Jednou z nejvýznamnějších funkcí rodiny je funkce emocionální, uspokojení lidské potřeby milovat a být milován. Matka je nejdůležitější bytostí v životě dítěte do tří let a i nadále je její role nezastupitelná. V dobře fungujících rodinách je organizátorem rodinného života - společného stolování, ukládání dětí k spánku, společného trávení volného času i rodinných obřadů (oslav svátků, narozenin apod.). Matka je ta chápavější, milující, odpouštějící. Láska matky je bezpodmínečná, miluje dítě za každých okolností, i když není dokonalé nebo udělá něco špatného. První integrací zdravotně postiženého dítěte musí být integrace rodinná, přijetí dítěte vlastní rodinou.³⁷ Pro zdravotně postižené dítě do tří let (stejně jako pro zdravé dítě) je nejvhodnější péče rodinná.³⁸ Ve věku kolem tří let se situace dítěte mění. Dítě potřebuje vstupovat do vztahu se svými vrstevníky i s dalšími lidmi. Prostředkem socializace dítěte se stává mateřská škola, kde dítě získává přirozený kontakt se svými vrstevníky a rozšiřuje si svoje sociální kompetence. Platí to i pro děti se speciálními potřebami. Je věcí kvalifikovaného rozhodnutí speciálních pedagogů, aby rozhodli, zda je pro postižení dítěte vhodnější návštěva speciální mateřské školy nebo jeho integrace do prostředí běžné mateřské školy, přičemž stejně důležitý je situace v rodině dítěte a názor rodičů. Protože moje bakalářská práce

³⁷ Mertin V., Gillernová I. (eds): Psychologie pro učitelky mateřské školy, Praha: Portál 2010, II. vydání s. 179

³⁸ Dnes v České republice existuje systém služeb rané intervence pro děti s postižením a jejich rodiny. Domácí konzultant se zázemím s interdisciplinárním týmem odborníků) dochází do rodiny a spolupracuje s matkou na péči a podpoře vývoje postiženého dítěte.

je věnována právě integraci dětí s DMO do prostředí běžné mateřské školy, zabývám se v následujícím textu pouze touto problematikou. Pedagogická diagnostika začíná hodnocením výchovy postiženého dítěte v jeho vlastní rodině.

Speciální pedagog si všímá zejména těchto zvláštností a podmínek výchovy v rodině:

- Cíle výchovy v rodině
- Zajištění výchovy v rodině
- Metody výchovy v rodině
- Atmosféra v rodině a charakteristika výchovy. Vliv rodičů a prarodičů .Výchova přísná, autoritativní, liberální.
- Materiálně ekonomické podmínky výchovy v rodině.Organizace rodinné výchovy a rodinného života a života dítěte.
- Kulturní a morální úroveň rodinného života.
- Vztahy mezi rodiči a prarodiči. Pozice dítěte v rodině zejména mezi sourozenci.
- Úroveň celkové péče o dítě.
- Zdravotní stav rodičů, stáří obou rodičů.
- Zaměstnanost rodičů.
- Alkoholismus v rodině, delikvence rodičů.
- Anamnéza rodiny, jejích členů, zejména dědičné choroby, sebevraždy, oligofrenie, psychopatie a jiné.³⁹

Zvláštní pozornost je nutno věnovat dětem z rodin narušených, neúplných a dětem žijícím v náhradní výchově; v rodinách adoptivních, pěstounských popřípadě ve výchově ústavní. V úvahu je nutno vždy brát skutečnost, že opoždění ve vývoji může být důsledkem citové a sociální deprivace dítěte, nikoli vlastního postižení a při úpravě poměrů často dochází k výraznému zlepšení stavu dítěte. V případě, že se pro dítě s DMO jeví jako nejvhodnější způsob socializace do běžné mateřské školy, záleží její uskutečnění na mnoha vnějších okolnostech, mezi kterými je na prvním místě ochota vedení mateřské školy zdravotně postižené dítě přijmout. U dětí s dětskou

³⁹ Tamtéž, s. 35

mozkovou obrnou se jedná většinou o děti s postižením motoriky a tím s určitými pohybovými omezeními. Vedení mateřské školy musí vždy odpovědně zvážit, zda mateřská škola má materiální, personální, pedagogické, psychosociální a další podmínky, aby mohla dítěti zajistit speciální vzdělávací potřeby odpovídající jeho postižení. Pro běžné mateřské školy (na rozdíl od speciálních mateřských škol), není legislativně zakotveno působení dalšího pedagoga ve třídě ani snížený počet dětí ve třídě.

Ředitelka mateřské školy, ve které se vzdělává zdravotně postižené dítě, může na doporučení poradenského školského úřadu zřídit funkci asistenta pedagoga, jehož posláním je:

- pomáhat danému dítěti přizpůsobit se školním podmínkám,
- pomáhat pedagogovi při výchovných a vzdělávacích činnostech,
- pomoci dítěti při komunikaci s ostatními dětmi,
- pomoci pedagogovi při komunikaci s rodiči dítěte.

V některých případech, zejména u dětí s těžkým zdravotním postižením, je pomoc dítěti zajišťována prostřednictvím osobního asistenta dítěte, který není zaměstnancem školy, často to bývá matka dítěte, což není psychologů řešení právě nejoptimálnější. Naopak někteří doporučují, že dobrým řešením na obsazení funkce asistenta jsou studentské praxe např. studentů pedagogiky, psychologie, či speciální pedagogiky.

Podmínkou úspěšné integrace dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami je vedle pedagogické kompetence pedagožky i asistenta, dokonalá znalost dítěte a jeho reakcí na prostředí mateřské školy, což umožní jediné stálá komunikace s rodiči dítěte. Právě asistent, který je nejvíce seznámen s chováním a reakcemi dítěte v mateřské škole, může rodičům poskytnout nejvíce informací a může přenášet pedagogovi poznatky, doporučení a přání rodičů. Je žádoucí, aby mezi rodiči, pedagogem a asistentem byl vytvořen vztah vzájemné důvěry, založený na přesvědčení, že všichni se řídí nejlepším zájmem dítěte. Zejména v začátku docházky do mateřské školy, v období adaptace dítěte na nové prostředí, je častý kontakt rodičů s pedagogy zcela nezbytný. Škola musí být podrobně informována o aktuálním zdravotním stavu dítěte, o lécích, které bere, ale v neposlední řadě i o jeho subjektivním prožíváním docházky do mateřské školy. Dobrým znamením je, když se dítě do mateřské školy těší a návštěva mateřské

školy mu přináší obohacení života a radost. Druhým dobrým znamením je postupné naplňování jeho vývojových možností, jak z hlediska dosaženého věku, tak z hlediska jeho zdravotního stavu. V úvahu je nutno brát i skutečnost, že ne ve všech případech je integrace úspěšná a část zdravotně postižených dětí prožívá pobyt mezi zdravými dětmi negativně a stává se pro ně traumatizující záležitostí. V tom případě je nutno za pomoci odborníků hledat jiné řešení a dítě raději vzdělávat ve specializovaných školských zařízeních.

3.3. Vliv kolektivu na integrované dítě

Přes některá omezení, vyplývající z druhu a rozsahu postižení dítěte mluví zkušenosti psychologů a speciálních pedagogů ve prospěch integrované výchovy zdravých a postižených dětí. Hlavním důvodem je skutečnost, že je to nejpřirozenější forma výchovy a vzdělávání a zároveň součást normálního života v demokratické společnosti, ve které vedle sebe žijí a spolupracují zdraví a zdravotně postižení lidé. Je samozřejmé, že proces začlenění postiženého dítěte mezi zdravé děti přináší určité problémy. Je více než potřebné, aby pedagogové na ně byli připraveni, dokázali je předvídat a adekvátně a pružně řešit. Postiženému dítěti je třeba pomoci při jeho snaze začlenit se do kolektivu, poskytnout mu prostor, aby se mohlo chovat volně a nezažívalo pocity odmítnutí. Zároveň se ale postižené dítě učí, že je součástí skupiny vrstevníků, musí respektovat určitá pravidla sociálního chování a že se v řadě činností, přes některá omezení vyrovná zdravým vrstevníkům. Protože v tomto věku je nápodoba nejčastější metodou učení, působí dětský kolektiv na většinu postižených dětí mimořádně pozitivně a společné činnosti představují pro postižené dítě sociální učení (např. jedno dítě skládá stavebnici, druhé je napodobuje). Je třeba, aby pedagog u postiženého dítěte zaznamenal každý pokrok, ocenil jej a upozornil na to i ostatní děti.

Zároveň je právě u těchto dětí mimořádně důležité pěstovat určitou psychickou odolnost, která jim umožní vyrovnat se s případnými neúspěchy. Cílem je rozvinout u dítěte přesvědčení o vlastní schopnosti ovlivňovat nebo kontrolovat okolní svět. Čím více člověk věří, že svou činností může dosáhnout nějakého výsledku, tím více se snaží něco udělat a naopak.

Tento pocit se posiluje ze čtyř hlavních zdrojů:

- Zázitek úspěch a zvládnutí překonání těžkostí - může se dostavit, např., když dítě zvládne situaci vlastními silami nebo překoná strach.
- Sociální modelování - předpokládá, že dítě má možnost vidět dospělé autority nebo vrstevníky při překonávání obtíží. Fungovat mohou také symbolické vzory z dětských filmů nebo knížek.
- Sociální přesvědčení - zahrnuje povzbuzování, podání návodům jak co řešit, přerušování sebeobviňování dítěte nebo podání vysvětlení o situaci.
- Redukce stresu - u dětí jí můžeme napomoci tím, že s dítětem cvičíme relaxační cvičení, provádíme uvolňovací masáže, obecně odpočíváme a hravou cestou cvičíme postupy, jak se stresu zbavovat.⁴⁰

Čím je dítě mladší, nebo čím je ve vývoji oslabenější, tím citlivěji a ohleduplněji musejí pedagogové při procesu integrace postupovat a napomáhat mu získat psychickou odolnost a kompetence potřebné pro interakci s ostatními dětmi.

Zdravotně postižené dítě potřebuje v průběhu pobytu v mateřské škole pomoc. Poskytuje ji samozřejmě pedagog, u dětí s větším postižením asistent pedagoga či osobní asistent dítěte, ale v řadě případů stačí postiženému dítěti pomoc ostatních dětí. Připraveností kolektivu zdravých dětí na inkluzivní soužití se zdravotně postiženým dítětem se budu zabývat podrobněji v následující části kapitoly. Nyní bych chtěla připomenout okolnost, že i zdravotně postižené dítě musíme naučit o pomoc požádat a pomoc přijmout. Dítěti před příchodem do školy poskytovala pomoc především maminka a nejbližší příbuzní. Nyní stojí před problémem přijmout pomoc od „cizích“ lidí, což pro ně může být stresující a musíme mu proto ihned při příchodu do mateřské školy, vysvětlit, jakou pomoc může od koho očekávat a jak má na ni reagovat (poděkováním, ale i určitou formou „oplátky“ zejména ve vztahu k ostatním dětem). Obecně platí, že návštěva mateřské školy znamená pro dítě krok vpřed na cestě jeho socializace mezi vrstevníky.⁴¹ Platí to i dětech, jejichž výchova a vzdělání vyžadují specifické podmínky. Je však vždy nutno odpovědně zvážit situaci konkrétního dítěte a rozhodnout, jaká forma předškolního vzdělávání je pro ně nejvhodnější (speciální

⁴⁰ Tamtéž s.233

⁴¹ Tamtéž, s. 179

materšská škola, speciální třída při materšské škole, či běžná třída v běžné materšské škole).

3.4. Sociální aspekty integrace

Díky pokrokům současné medicíny, ale i následkům současného civilizačního rozvoje, zdravotně postižených lidí mezi námi neustále přibývá. Žádný z nás nemůžeme prohlásit, že nikdy neonemocníme, že se nám nikdy nestane úraz, nebo prostě, že nikdy nebudeme staří. Ve skutečnosti nikdo nevíme, co se může stát a zda nebudeme potřebovat pomoc, jak svých nejbližších, tak společnosti jako celku. Proto je úkolem humanitního vzdělávání, v souladu s křesťanskými základy evropské civilizace, vychovat v celé společnosti celý soubor společenský vztahů jako je láska k bližnímu, empatie, soucit, připravenost pomoci druhým, ohleduplnost, takt apod. Jenom v takové společnosti můžeme praktikovat integraci a inkluzi lidí s určitým znevýhodněním, ať už zdravotním či sociálním. Zkušenosti pedagogů a psychologů ukazují, že nejnázze se s integrací začíná na úrovni materšské školy. Děti nejsou zatíženy předsudky, jsou otevřené a tvárné. Jejich jednání je však impulzivní, chybí jim empatie a ohleduplnost a v tom směru vyžadují pedagogické vedení. Materšská škola je pro integraci vhodná i proto, že neklade důraz na výkon a usiluje o individuální přístup ke každému dítěti, vyplývající z jeho vývojového stupně a schopností. Řada činností v rámci sociálního soužití je realizována prostřednictvím her. Přední český dětský psycholog Václav Mertin zdůrazňuje, že v podmínkách integrace zdravotně postiženého dítěte do běžné materšské školy, získává nejen toto dítě, ale i jeho zdraví vrstevníci. Seznamují se s tím, že zdraví a schopnosti a dovednosti, jimiž disponují, není nic samozřejmého, že si jich musí vážit a chránit je. Zároveň se děti učí, že jsou potřebné, že mohou pomoci druhým a získávají tak vlastní pozitivní sebehodnocení a sebeúctu. Děti se učí empatii k potřebám a problémům druhých, ale i úctě k tomu, co druzí dokážou přes určitý handicap. Společné soužití zdravých a zdravotně postižených dětí, tak přispívá ke kultivaci osobnosti obou skupin. Současné snahy o integraci zdravotně postižených dětí do prostředí materšské školy je první přípravou těchto dětí a dětí zdravých pro společný život v majoritní společnosti. Je výrazem celkové humanizace společnosti, její morálky, společenského a politického myšlení a stupně demokracie vůbec.

3.5. Dílčí závěr:

V současné době vychází mateřské školy při tvorbě školních vzdělávacích programů z rámcového programu pro předškolní vzdělání, který výrazně upřednostňuje individuální přístup, což za určitých podmínek umožňuje integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do prostředí běžné mateřské školy. Je úkolem speciální pedagogiky, aby stanovila nejvhodnější způsob předškolního vzdělání dítěte s DMO, přičemž v úvahu je nutno brát jak charakter a hloubku postižení, tak skutečnost, že nejpřirozenější formou výchovy zdravotně postiženého dítěte a přípravou na budoucí život v majoritní společnosti je společná (inkluzivní) výchova se zdravými dětmi. Integrace zdravotně postiženého do prostředí běžné mateřské školy dítěte ovšem vyžaduje vedle materiálně technických podmínek, znalost pedagogů v oblasti speciální pedagogiky, intenzivní spolupráci s rodiči a v neposlední řadě dobrou vůli, empatii a humanitu od všech zúčastněných. Rozhodující je vždy zájem dítěte a úspěšná integrace je pouze taková, kdy se dítě cítí v mateřské škole spokojené, komunikuje s ostatními dětmi a pobyt v mateřské škole přispívá k rozvoji jeho osobnosti (podle jeho individuálních možností). Naopak pro zdravé děti je soužití se zdravotně postiženým dítětem „školou života“, významně přispívá k rozvoji pozitivních lidských vlastností jako je pomoc druhým, spolupráce, empatie, soucit a proto je významnou součástí humanitní výchovy.

4. Empirická část. Případ Míša

4.1. Kazuistika

Po tři roky jsem se v mateřské škole v Blučině jako asistentka pedagoga starala o chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami. Vzhledem k tomu, že jeho diagnóza (DMO-diparetická forma středně těžká; rozvoj na podkladě hypoxicko- ischemického insultu), byla poměrně závažná a chlapec Míša byl souběžně postižen více vadami, nabízela se indikace jeho umístění ve specializované mateřské škole pro tělesně postižené. Jeho integrace do běžné mateřské školy byla dosti riziková a bylo otázkou, jak si Míša zvykne na nové prostředí, jak bude Míša společnost zdravých dětí přijímat a jak se podaří pedagogickým pracovníkům ve spolupráci s rodiči a příslušnými odborníky zajišťovat jeho speciální vzdělávací potřeby. Na základě žádosti rodičů provedlo Speciálně pedagogické centrum a Základní škole pro tělesně postižené Brno Míšovo pedagogicko- psychologické vyšetření (24.4.2007, tj ve třech letech věku). Jeho závěr byl, že se jedná o dítě se speciálními potřebami, kdy je nutné přímé vedení a zvýšený dohled jak při stimulaci výchovně vzdělávacích složek, tak při sebeobslužných činnostech. Aktuální úroveň jeho intelektuálních schopností byla vykázána na hranici střední a těžké mentální retardace. Centrum přesto doporučilo jeho integraci do mateřské školy Blučina jako dítěte souběžně postižené více vadami (DMO – diparetická forma, mikrocefalie, retardace expresivní složky řeči, inkontinentní, myopie, imobilní). Na základě Míšova aktuálního stavu stanovilo speciální pedagogické centrum Míšovy konkrétní vzdělávací potřeby, včetně návrhu kompenzačních pomůcek⁴², které byly potom podkladem Míšova individuálního vzdělávacího plánu a doporučilo zajistit pro Míšu asistenta pedagoga, který bude dle instrukcí učitelky MŠ pracovat s chlapcem při speciálně pedagogické práci. Mateřská škola Blučina byla připravena Míšovy speciální vzdělávací potřeby zajistit a chlapce přijala.

Míšova rodina s mateřskou školou plně spolupracovala a během pobytu doma se Míšovi plně věnovala. Od raného dětství maminka s Míšou cvičila Vojtovou metodou, denně

⁴² Kompenzační pomůcky: rozvoj hrubé motoriky – židlička s klínem a područkami, tahací hračka „Sulka“, rychlé odrážadlo; rozvoj jemné motoriky – modelovací hmota, ohebný kroužek, ježkové míče 2x, stavebnice, velké cihly „Gigant“; kresebný projev- prstové barvy, trojhranné pastelky a tužky

s ním procvičovala jemnou motoriku. Míša se narodil rodičům později, matce bylo 34 let a otci 42. K Míšovu poškození došlo během porodu, jeho o dva roky mladší sestřička je zdravá. Rodina je silně věřící a Míšu by nikdy nedala do ústavu. Matka, vyučená kuchařka, zůstala v domácnosti, aby se mohla plně věnovat dětem, mezi nimiž nedělá rozdílu. Otec pracuje jako vedoucí skladu a matce s péčí o děti pomáhá, stejně jako prarodiče z matčiny strany. Rodina žila v té době trvale v Blučíně.

Zřizovatelem mateřské školy Blučina je „místní Obecní úřad Blučina a je určena pro 74 dětí“. V zřizovací listině je zakotveno, že do mateřské školy jsou přijímány děti od dvou do sedmi let a to:

- děti zdravé,
- děti se zdravotním postižením,
- děti s vadami řeči.

Zřizovací listina přímo stanovuje, že pro děti se zdravotním postižením jsou vytvářeny speciální vzdělávací podmínky. Ve školních výchovně vzdělávacích plánech je mimořádná pozornost věnována výchově dětí k prosociálnímu chování a pozitivním mezilidským vztahům.⁴³ Mateřské škole má pět tříd a pracuje zde 8 pedagogů, což umožnilo ustavit funkci asistenta pedagoga, součástí jehož pracovní náplně bylo naplňování Míšových specifických vzdělávacích potřeb. Pro Míšu byly na jednotlivé roky docházky do mateřské školy stanoveny individuální vzdělávací plány, které vycházely z doporučení speciálně pedagogického centra (každoročně byl Míša podroben novému vyšetření) a navazovaly na školní a třídní vzdělávací plány.⁴⁴ S rodiči bylo dohodnuto, že pro Míšu zajistí individuální logopedickou péči pod vedením klinického logopeda.

V roce 2009 byla změněna Míšova diagnóza na kvadruparetickou formu DMO středně těžkou, která patří k nejtěžším formám dětské mozkové obrny a proto vyžaduje speciální výchovně vzdělávací metody a speciální formy rehabilitace.

⁴³ Školní vzdělávací plán na léta 2009-2012 má přímo název „Svět plný přátel“ a tomu odpovídá i jeho obsah

⁴⁴ Tyto vycházejí z Rámcových vzdělávacích plánů pro předškolní vzdělávání.....

ŠKOLNÍ ROK 2007 -2008 ⁴⁵

Mišův individuální vzdělávací plán vycházel ze školního a třídního vzdělávacího programu „**Hrajeme si celý den**“.

Pro Mišovu integraci do kolektivu zdravých dětí byl významný výchovně vzdělávací cíl, který obsahoval:

- rozvoj schopnosti žít ve společenství ostatních lidí (spolupracovat, spolupodílet se), přináležet k tomuto společenství (ke třídě, k rodině, k ostatním dětem) a vnímat a přijímat základní hodnoty v tomto společenství uznávané.

Pro Mišu byly stanoveny tyto individuální výchovně vzdělávací cíle:

Hrubá motorika:

- začleňování do TV aktivit s ostatními dětmi, cviky na procvičení všech svalových skupin,
- stimulace obratnosti, koordinace a rovnováhy,
- pohybové hry s míčem – kutálení, házení, chytání,
- využívat dětské odráželo, tahací hračku „Sulka“.

Jemná motorika:

- prstová cvičení motivovaná říkadly – denně,
- nacvičit techniku navlékání tvarů na pevný bod,
- využívat skládky velkých rozměrů, reagovat na pokyny „dej“, a „podej“,
- práce s papírem – mačkání, trhání,
- seznámení s modelovací hmotou,
- zapojovat při manipulaci s předměty obě ruce.

Rozvoj kresebného projevu:

- rozvíjením spontánního kresebného projevu s využitím různých technik a materiálů (trojhranné tužky, pastelky, malba prstovými barvami, prstem do písku apod.).

⁴⁵ Individuální vzdělávací plán M.H., Mateřská škola Blučina – okres Brno venkov, příspěvková organizace č.j. 61/07/MŠ/NI

Komunikace a řeč:

- rozvíjení verbálního projevu přirozenou cestou,
- obohacování slovní zásoby, podporovat chuť ke komunikaci-využití obrázků, napodobování hlasů zvířat, zařazování říkadel ve spojení s pohybem,
- artikulační a dechová cvičení, gymnastika mluvidel –denně dle instrukcí logopeda, pracovat před zrcadlem.

Rozvoj rozumových schopností a všeobecné informovanosti :

- seznamování s předměty denní potřeby a s jejich užitím,
- seznamování se základními domácími zvířaty,
- učit s napodobovat jejich hlasy,
- seznamovat se s dopravními prostředky,
- seznamovat se s druhy ovoce a zeleniny,
- využívat vkládacích tvarů k rozvoji vizuálně- motorické koordinace,
- práce s geometrickými tvary,
- rozvíjení poznání o věcech a jevech v nejbližším okolí- umět je pojmenovat,
- chápání významu těchto věcí a jejich vztahů.

Rozvoj zrakové percepce:

- cvičení na koordinaci oko-ruka,
- vyhledávání odlišných prvků ve skupině- najdi panenku mezi autíčky, domeček mezi kostičkami apod.,
- vytváření jednoduchých staveb z kostek dle předlohy – komín, vlak.

Rozvoj sluchové percepce:

- určit chlapce vnímat zvuky v přirozeném i umělém prostředí,
- určovat zdroj zvuků a jejich směr,
- nabídka ozvučených hraček.

Rozvoj pracovních dovedností, schopností a návyků :

- podporování všech sebeobslužných činností- oblékání se, stolování, osobní hygiena,
- vypěstování vědomého zachování tělesné čistoty.

ŠKOLNÍ ROK 2008-2009

Míšuův individuální vzdělávací plán vycházel ze školního a třídního vzdělávacího programu „**Poznáváme nové lidi**“. Pro Míšovu integraci do kolektivu zdravých dětí byl významný výchovně vzdělávací cíl, který obsahoval:

- seznámení s pravidly chování ve vztahu druhému,
- vytváření povědomí o mezilidských hodnotách.

Individuální Míšovy vzdělávací úkoly byly stejné jako v předchozím roce, s tím že bylo konstatován určitá posun pozitivním směrem, o kterém budu podrobně hovořit v další části mojí bakalářské práce.

ŠKOLNÍ ROK 2009-2010

- Míšuův individuální vzdělávací program vycházel ze školního a třídního výchovně vzdělávacího programu s názvem „**Kamarádi z naší školky**“. Z hlediska Míši bylo podstatné, že mimo jiné zahrnovat tyto výchovně vzdělávací cíle:
- poznání sebe sama, rozvoj pozitivních citů ve vztahu k sobě (uvědomění si vlastní identity, získání sebevědomí, sebedůvěry, osobní spokojenosti),
- seznámení se s pravidly chování ve vztahu k druhému,
- poznání pravidel společenského soužití jejich spoluvytváření v rámci, přirozeného sociokulturního prostředí, porozumění základním projevům neverbální komunikace obvyklým v tomto prostředí,
- seznámení se s místem a prostředím, ve kterém dítě žije a vytváření pozitivního vztahu k němu.

Pro Míšu byly individuálně stanoveny tyto vzdělávací cíle:

Hrubá motorika:

- začleňování do TV aktivit s ostatními dětmi, **cvičení na rehabilitačním míči**,
- stimulace obratnosti, koordinace a rovnováhy,
- pohybové hry s míčem – kutálení, házení, chytání,
- využívat dětské odráželo, tahací hračku „Sulka“,
- **nácvik chůze v nerovném terénu.**

Jemná motorika:

- prstová cvičení motivovaná říkadly – denně,
- **zdokonalování úchopu předmětů, malování a pracovní činnosti,**
- nacvičit techniku navlékání tvarů na pevný bod,
- využívat skládky velkých rozměrů, reagovat na pokyny „dej“, a „podej“,
- práce s papírem – mačkání, trhání, seznámení s modelovací hmotou,
- **zapojovat při manipulaci s předměty obě ruce.**

Rozvoj kresebného projevu:

- Rozvíjením spontánního kresebného projevu s využitím různých technik a materiálů (trojhranné tužky, pastelky, malba prstovými barvami, prstem do písku apod.) Před započítím kresebných aktivit uvolnění horní končetiny od ramenního kloubu přes loketní kloub až k zápěstí a prstům – krouživé pohyby, ježkové míče, ohebné kroužky.

Komunikace a řeč :

- rozvíjení verbálního projevu přirozenou cestou,
- obohacování slovní zásoby, podporovat chuť ke komunikaci-využití obrázků, napodobování hlasů zvířat, zařazování říkadel ve spojení s pohybem,
- artikulační a dechová cvičení, gymnastika mluvidel –denně dle instrukcí logopeda, pracovat před zrcadlem.

Rozvoj rozumových schopností a všeobecné informovanosti :

- seznamování s předměty denní potřeby a s jejich užitím,
- seznamování se základními domácími zvířaty,
- učit s napodobovat jejich hlasy,
- seznamovat se s dopravními prostředky,
- seznamovat se s druhy ovoce a zeleniny,
- využívat vkládacích tvarů k rozvoji vizuálně- motorické koordinace,
- práce s geometrickými tvary,
- rozvíjení poznání o věcech a jevech v nejbližším okolí- umět je pojmenovat,
- chápání významu těchto věcí a jejich vztahů – **umění je pojmenovat.**

Rozvoj zrakové percepce:

- cvičení na koordinaci oko-ruka,
- vyhledávání odlišných prvků ve skupině- najdi panenku mezi autíčky, domeček mezi kostičkami , úklid hraček do beden, třídění apod.,
- vytváření jednoduchých staveb z kostek dle předlohy – komín, vlak.

Rozvoj sluchové percepce:

- určit chlapce vnímat zvuky v přirozeném i umělém prostředí,
- určovat zdroj zvuků a jejich směr,
- nabídka ozvučených hraček,
- hudebně pohybové činnosti,

Rozvoj pracovních dovedností, schopností a návyků:

- podporování všech sebeobslužných činností- oblékání se, stolování, osobní hygiena,
- vypěstování vědomého zachování tělesné čistoty.

Každoročně bylo u Míši provedeno kontrolní vyšetření ve speciálně pedagogickém centru pro tělesně postižené, které vedle doporučení výchovně vzdělávacích cílů, které se staly podkladem pro výše uvedené individuální vzdělávací plány, podrobně vyhodnocovalo jeho aktuální zdravotní stav a tomu odpovídající tělesný a mentální vývoj.

4. 2. Pozorování dítěte v letech 2007 – 2011

Ve své profesi asistentky pedagoga jsem každodenně podrobně zapisovala veškeré poznatky týkající se Míšova pobytu v mateřské škole. Pro účely bakalářské práce uvádím momenty, které považuji za nejvýznamnější.

ŠKOLNÍ ROK 2007-2008

1.10. Míša přichází v 8. 30 s maminkou. Maminka s ním zůstává celé dopoledne v mateřské škole. Míša nekomunikuje s okolím.

2.10. - 4.10.

Míša zůstává v mateřské škole sám bez maminky. Pozoruje hru ostatních dětí, zalíbil se mu bazének s míči. Chodí okolo a směje se. Na dvorku chodí za ruku s asistentkou a ostatní děti jej vozily na vozičku.

8.10. - 10. 12.

Míša vnímá pozitivně návštěvu školky, podle maminky již pře školku projevuje radost. Míša se zapojil mezi děti a děti jej přijaly, zúčastňuje se jejich her a aktivit (hra v bazénku, hra se stavebnicí, malování). Významně působí nápodoba, Míša se naučil uchopit předměty z košíku a na pokyn opět vrátit do košíku, reaguje na pokyny „dej“ a „podej“. Míša také začal sám chodit, chůze je zatím sice nejistá, ale po upadnutí se sám zvedne. Za pomoci asistentky se Míša zúčastnil zdobení vánočního stroměčku a tanečních her dětí, tleská, dupá, snaží se vyluzovat zvuky.

Ve sledovaném období byl Michal několikrát nemocný, přesto se i po delší nepřítomnosti vždy dobře zapojil do kolektivu dětí. Při chůzi je postupně stále jistější, zvládá i nerovnosti povrchu. Pokroky v oblasti jemné motoriky jsou velmi pomalé (v důsledku ochablosti horních končetin), ale znatelné. (Míša uchopí kostku a snaží se kostky postavit na sebe, snaží se držet pastelku a s pomocí asistentky vybarvuje obrázky, hraje si s pískem apod.). Velmi pozitivně vnímá Míša společnost ostatních dětí, rád se zúčastňuje tanečních her.

5.5.- 30.6.

Míšova integrace pokračuje velmi dobře, a běžně se zúčastňuje většiny dětských her, zejména má rád hry na dvorku. Zúčastnil se dokonce výletu do zámeckého parku v Židlochovicích. Zlepšila se jeho jemná motorika, vkládá předměty do krabice, písek do kyblíčku apod. I po týdenní nepřítomnosti ihned poznal svoje kamarády ze třídy Sluníček.

ŠKOLNÍ ROK 2008-2009

1.9.- 2.10.

Po dvou měsících se Míša bez problému zapojil do kolektivu dětí. Některé děti cíleně drží nad Míšou ochrannou ruku (v bazénku mu sundávají brýle, na chodbě dávají pozor,

aby nespadl, hrají si s ním na honěnou). Míša se zúčastnil hry na bicí nástroje a snažil se vyluzovat zvuky. Na pozdrav „ahoj“ reaguje zvednutím ruky a výkřikem. Míša poprvé vyšel sám bez pomoci do schodů (držel se zábradlí a střídal nohy).

6.10.- 4.12.

Velký pokrok je, že Michal si sám při jídle ukousne sousto z krajíce. Radostně se zúčastňuje pohybových dětských her a významné je, že děti napodobuje (např. při hře „Na autobus“).

5.1.- 26.3.

V mezích možností se u Míši zlepšuje jemná motorika (použití obou rukou např. při hře s plastelínou, práci s tiskátkou apod.). Naučil se uklízet hračky, velmi pozitivně vnímá každou pochvalu. Začal používat slovíčka „jo“ a „ne“. Reaguje na zavolání a zákazy. Při jídle si utírá pusku ubrouskem a na pokyn si jde umýt ruce.

6.4.- 22.6.

Míša se běžně zapojuje do dětských her a aktivit, často napodobuje ostatní děti (např. při hře s autodráhou, při hře na písku, při malování vodovými barvami). Na dvorku sám vyleze na skluzavku a sjede dolů. Písek do kyblíčku dává lopatičkou (výraz zlepšení jemné motoriky). Má velmi rád taneční hry a dokáže se soustředit (vydržel pozorně sledovat pohádku „Tři prasátka“). Zúčastnil s výletu do Dinoparku a ZOO ve Vyškově.

ŠKOLNÍ ROK 2009 -2010

1.9.- 6.11.

Po prázdninách se Michal bez problémů zařadil do kolektivu dětí. Pokrokem bylo, že se naučil udržovat čistotu (je bez plen), sám zatím neupozorní na potřebu, asistentka se ho musí ptát. Michal modeluje oběma rukama, snaží se vybarvovat obrázky, po vzoru ostatních dětí si sám myje a utírá ruce, při hudbě z kazety písniček pro děti tancuje s ostatními dětmi. Při oblékání reaguje na pokyny a spolupracuje, při vycházkách chodí sám. Zúčastnil se návštěvy divadelního představení v divadle „Radost“ v Brně. Cesta autobusem proběhla bez problémů, zpočátku byl při představení bojácný (bál se hlasité hudby), ale rychle si zvykl.

2.11.- 22.12.

Míša si rád prohlíží knížky s obrázky zvířátek a napodobuje zvuky. Ve třídě je bez plen a občas upozorní asistentku (chytí ji za ruku a táhne ji na WC). K mírnému zlepšení dochází u Míši v oblasti jemné motoriky (zúčastnil se výroby vánočního cukroví, dokáže odnést hrníček a talířek na vozík). Zúčastnil se nácviku vánočních koled (pozorně poslouchal ostatní děti) i vystoupení u vánočního stromu.

4.1.- 5.3.

Velkou radost projevoval Míša při sáňkování s ostatními dětmi,spolu s asistentkou sjížděl kopec a nebál se. Za pomoci asistentky se pokouší skládat puzzle zvířátek a napodobuje jejich hlasy. Při oblékání si sám sundá přezůvky a pokouší se sundat si tepláky. Velmi si oblíbil hudbu, při které nadšeně tancuje, a sám ji vyžaduje. Tahá asistentku za ruku a vede ji k přehrávači. Stejně reaguje, když potřebuje navštívit WC.

23.3.- 18.6.

V tomto období nastaly u Míši velké pokroky v dodržování osobní hygieny. Dobré výsledky jsou v oblasti hrubé motoriky (sám chodí po nerovném terénu, zúčastňuje se her s míčem). Míša rovněž dobře rozumí pokynům asistentky, ale verbálně se téměř neprojevuje. Asistentka s ním denně před zrcadlem cvičí speciální gymnastiku mluvidel (úsměvy, vyplazování jazyka apod.dle doporučení speciální pedagožky), zatím bez výsledku. Míša se zúčastňuje všech her a aktivit ostatních dětí včetně výletu do ZOO do Hodonína.

ŠKOLNÍ ROK 2010 -2011

14.9. - 26.11

V rámci možností se v důsledku neustálého procvičování zlepšuje u Míši jak hrubá, tak jemná motorika. Při hrách Míša pozorně naslouchá vyprávění ostatních dětí, při pohybových hrách a technických hrách se zapojuje (zúčastnil se závodů v běhu, stavěl s dětmi domeček apod.) S pomocí se sám oblékne, poznává ovoce, zeleninu, pečivo i části těla, učí se držet lžící. Míša se spolu s ostatními dětmi zúčastnil předplaveckého výcviku v krytém bazénu.

29. 11.- 22.12.

Míša si velmi rád prohlíží knížky a časopisy s obrázky zvířátek a snaží se napodobovat jejich hlasy. Nedaří se mu bez pomoci najíst, neumí udržet jídlo v prstech. Mimořádně rád má hudbu, rád tancuje, zúčastnil se dětské diskotéky.

3.1. -11.2. 2011

Míša bezpečně pozná části těla (ukáže), snaží se malovat štětcem, učí se foukat do lehkých předmětů a rytimizaci s dřevěnými hůlkami a bubínkem. Při předplaveckém výcviku dává najevo radost z vody, kope nohama a rukama se pokouší plavat.

4. 3 Výsledky edukace, návrhy a opatření

Míšovo postižení je nezvratné, jeho budoucí život bude vyžadovat řadu omezení a vždy bude potřebovat pomoc okolí. Přesto je Míša velmi milý, přátelský a snaživý chlapec. Bez větších problémů se začlenil do kolektivu zdravých dětí a návštěvu mateřské školy vnímal velmi pozitivně. Naučil se reagovat na pokyny učitelky nebo asistentky pedagoga a zúčastňoval se většiny aktivit zdravých dětí. V průběhu tří let, po které navštěvoval mateřskou školu se zlepšila jeho hrubá a mírně i jemná motorika, naučil se udržovat tělesnou čistotu a hygienu. Velký význam v procesu jeho učení měly jak individuální přístup asistentky s využitím metod a technik speciální pedagogiky, tak soužití s ostatními dětmi a tím vytvoření podmínek pro učení prostřednictvím nápodoby. Při počátečním rozhodnutí o edukaci Míši v prostředí běžné mateřské školy mluvila řada důvodů:

- Míša mohl žít v přirozeném prostředí vlastní rodiny.
- Mateřská škola v Blučině byla schopna a ochotna zajistit Míšovy speciální vzdělávací potřeby, včetně funkce asistenta pedagoga.
- V procesu Míšovy edukace hrála významnou úlohu nápodoba zdravých dětí.
- Míša se mohl zúčastňovat většiny her a aktivit stejně jako zdravé děti.
- Zdravé děti se soužitím s Míšou učily sociálnímu chování, spolupráci a umění pomoci druhému.

Na druhé straně bylo nutno zvážit důvody, které mluvily pro zařazení Míši do speciální mateřské školy pro tělesně postižené, zejména:

- Míša byl souběžně postižen několika vadami.
- Míša měl výrazně omezenou hrubou i jemnou motoriku, což vyžadovalo speciální rehabilitační péči a péči speciálního pedagoga,
- Míša se verbálně neprojevoval, což vyžadovalo péči klinického logopeda, případně užití náhradních komunikačních systémů (piktogramů).
- Míša byl mentálně retardovaný a bylo otázkou, jak budou jeho projevy vnímat ostatní děti.

Po zvážení všech důvodů pro a proti, s přihlédnutím k žádosti rodičů, bylo rozhodnuto zařadit Míšu do běžné mateřské školy. Tím, že mateřská škola Blučina zajistila pro Míšu funkci asistenta pedagoga, umožnila soustavné využívání specifických metod výuky, které objektivně vycházely z jeho postižení. Částečně mohly být v případě Míši využity běžné metody výuky používané v mateřské škole (prožitkové metody, kooperativní učení hrou, situační učení, spontánní sociální učení), ale v případě metody praktických činností (motorická aktivita, pracovní činnosti) musely být pro Míšu voleny zcela speciální postupy. Zcela specifické metody musely být používány v případě rozumové výchovy a nácviku komunikačních schopností.

Přínosem byla velmi dobrá spolupráce mateřské školy s rodiči dítěte, kteří v domácím prostředí navazovali na Míšovu edukaci v mateřské škole. Předpokladem pro Míšovu integraci do prostředí běžné mateřské školy byla ovšem těsná a soustavná spolupráce s odborníky, v tomto případě se Speciálně pedagogickým centrem při Mateřské a Základní škole pro tělesně postižené v Brně. Velmi významnou okolností Míšovy zdařilé integrace do prostředí mateřské školy byla to, že byl v kolektivu dětí oblíben, děti se mu snažily pomáhat a dokonce jej chránily před okolím (např. když děti z jiných tříd jej chtěly předběhnout na klouzačce). Míša se v kolektivu dokázal soustředit na stanovenou činnost, nevyrušovat a snažil se dětemi stanovenou činnost vykonávat.

Pro názornost uvádím vybrané výsledky Míšovy edukace v mateřské škole v následujících tabulkách:

Tabulka č.3: Soběstačnost

Činnost	2007	2011
Samostatně zvládá jídlo a pití	ne	částečně, vzhledem k postižení horních končetin
Zvládá lokomoční pohyb, činnosti - chůze, lezení	ne	ano velmi dobře zvládá chůzi i na nerovném terénu včetně schodů
Zvládá osobní hygienu – toaleta, umývání	ne	ano, na potřebu upozorní
Samostatně zvládá jednotlivé pracovní úkony (uklidit hračka, nádobí, oblečení apod.)	ne	ano, umí uklidit hračky, donese si hrníček a talířek
Samostatně zvládá oblékání a převlékání	ne	částečně, vzhledem k postižení horních končetin

Tabulka č.4 : Vzdělání

Činnost	2007	2011
Výtvarné činnosti (malování, kreslení), grafomotorika	ne	částečná, nutná stimulace za loket
Manipulace se stavebnicemi	ne	ano, s pomocí postaví komín
Činnosti s různým materiálem (modelína, písek apod.)	ne	částečná vzhledem k postižení horních končetin
Obrázky v knihách, časopisech, rozumové schopnosti	ne	ano, velmi rád si prohlíží obrázky. Napodobí hlasy domácích zvířat, určí dopravní prostředky, druhy ovoce a zeleniny, části těla a oblečení
Verbální komunikace	ne	Ne, ale určitá snaha po verbálním projevu je patrná (zvuky, citoslovce, některá slova)

Tabulka č.5: Sociální vztahy

Postoje a aktivity	2007	2011
Postoj k návštěvě mateřské školy	neutrální	velmi pozitivní, v kolektivu dětí je velmi rád
Reakce na pokyny a povely pedagogů	ne	ano, téměř všechny pokyny chápe a většinu provede
Účast na kolektivních hrách	částečně	ano, s dětmi s dorozumí bez problému
Účast na dětských společenských aktivitách (divadelní představení, výlety apod.)	částečně	ano, zúčastňuje se všech aktivit včetně dětských vystoupení na veřejnosti
Účast na sportovních aktivitách	částečně	ano, zúčastnil se i předplaveckého výcviku, závodů v běhu a dalších

Na základě zjištěných skutečností v průběhu Míšovy edukace v mateřské škole v Blučině bych zdůraznila zejména tato opatření, která je nutno respektovat při zařazení takto postiženého dítěte do běžné mateřské školy:

- ***ochotu všech zainteresovaných respektovat speciální potřeby dítěte***
- zajištění funkce asistenta pedagoga se znalostí metod speciální pedagogiky,
- úzkou spoluprací s dalšími odborníky v oblasti speciální pedagogiky,
- spoluprací s rodiči dítěte,
- připravenost dětského kolektivu na přijetí zdravotně postiženého dítěte,
- cílevědomé zařazování zdravotně postiženého dítěte do všech aktivit provozovaných zdravými dětmi (her, sportovních a kulturních činností atd).,
- ocenění každého pokroku v dovednostech zdravotně postiženého dítěte,
- výchovu všech dětí k humanitě, empatii a spolupraci,
- stanovení určitých požadavků na zdravotně postižené dítě (uklizení hraček, nevyrušování při poslechu pohádky apod.),
- ***osobní trpělivost a lásku k dětem.***

4. 4. Dílčí závěr

Lze konstatovat, že přesto, že se pro Míšovo postižení se jevílo jako nejvhodnější zařazení do speciální mateřské školy, jeho edukace v prostředí běžné mateřské školy byla úspěšná a s ohledem na jeho individuální možnosti bylo dosaženo stanovených výchovně vzdělávacích cílů. Vzhledem k postižení Michala byly jeho kompetence, kterých mohl dosáhnout ve vzdělávacím procesu v mateřské škole omezené. Pokroku se dosáhlo v oblasti jak hrubé, tak jemné motoriky, zatímco v poznávacích procesech je patrné jeho mozkové poškození i když (v mezích možností) i zde bylo dosaženo určitých výsledků. Míša navštěvoval mateřskou školu v Blučině do června 2011 a od září 2011 začal navštěvovat základní církevní školu v Brně. Rodiče se přestěhovali do Brna, do blízkosti školy a Míša má k dispozici osobního asistenta. Stal se prvním dítětem s uvedeným postižením (kvadraparetickou formu DMO, středně těžkou), které je integrováno do prostředí běžné základní školy.

Závěr:

S pojmem integrace a inkluze se v souvislosti se zdravotně postiženými spoluobčany setkáváme stále častěji. Zatímco integraci chápeme jako společné soužití zdravotně postižených a nepostižených, pojem inkluze znamená úplné splynutí, úplné rovnoprávné začlenění do majoritní společnosti. Vývoj vztahu ke zdravotně postiženým se v průběhu posledních let výrazně změnil. Nové pojetí je výrazně humánnější, majoritní společnost stále více akceptuje potřeby jedinců se zdravotním postižením a každodenní soužití s handicapovanými občany považuje za zcela přirozené.

Cílem předškolního vzdělávání je připravit dítě na jeho další životní cestu, optimalizovat jeho vývoj a budoucí uplatnění v životě, ať se jedná o dítě zdravé nebo o dítě zdravotně postižené. V procesu vzdělání zdravotně postiženého dítěte má nezastupitelné poslání speciální pedagogika, která na základě vlastních vědeckých metod stanoví individuální program speciálně pedagogického působení na diagnostikovaného jedince. Spolu pracuje s řadou dalších odborníků podle druhu postižení dítěte: s pediatrem, psychiatrem, neurologem, logopedem, foniatrem, oftamologem atd. Speciální pedagog určí, zda výchovu dítěte lze zajistit v kolektivu, či individuální formou, v běžné mateřské škole, ve či specializovaném zařízení (např. u dětí se smyslovými vadami). Rozhodujícím činitelem přitom vždy zůstává nejlepší zájem dítěte, který musí vycházet z druhu a stupně postižení.

Děti, postižené DMO, které přicházejí do mateřských škol mají většinou určitý stupeň poškození motoriky, mohou mít i somatické deformace či smyslové poškození nebo trpět „pouze“ poruchami chování a učení. V současné době vychází mateřské školy při tvorbě školních vzdělávacích programů z Rámcového programu pro předškolní vzdělání, který výrazně upřednostňuje individuální přístup, což za určitých podmínek umožňuje integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do prostředí běžné mateřské školy.

Ve své bakalářské práci jsem se zabývala integrací dítěte s diagnózou DMO postiženého více vadami do běžné mateřské školy. Domnívám se, že tato integrace byla do určité míry riziková, neboť diagnostikovaný jedinec (Míša) byl i mentálně retardovaný. Přesto se, v součinnosti všech zúčastněných, dosáhlo toho, že se Míša bez

problémů zařadil do kolektivu zdravých dětí a jeho edukace v prostředí běžné mateřské školy byla úspěšná, čímž je zřejmé, že cíl práce stanovený v úvodu byl naplněn nejen teoreticky, analýzou faktorů, ale i prakticky, plným zařazením dítěte s DMO do běžného provozu standardního vzdělávacího zařízení rané péče. Tuto skutečnost umožnil především přístup mateřské školy v Blučině, která zajistila pro Míšu speciální vzdělávací podmínky včetně kompenzačních pomůcek a funkce asistenta pedagoga ve třídě, kterou Míša navštěvoval. Nezbytnou podmínkou byla spolupráce s rodiči a v neposlední řadě součinnost se Speciálně pedagogickým centrem při Mateřské škole a Základní škole pro tělesně postižené v Brně. Velký vliv na proces Míšovy socializace mělo soužití se zdravými dětmi a skutečnost, že mateřská škola umožnila Míšovi zúčastňovat se všech kolektivních aktivit, včetně kulturních a sportovních. Naopak zdravé děti se naučily respektovat potřeby zdravotně postiženého, v mezích možností mu pomáhat a soužití s Míšou pro ně bylo významnou lekcí humanitní výchovy.

Míšovo postižení je nezvratné, jeho budoucí život bude vyžadovat řadu omezení a vždy bude potřebovat pomoc okolí. Přesto je Míša velmi milý, přátelský a snaživý chlapec. V mateřské škole byl Míša šťastný, v mezích možností byly naplněny jeho individuální vzdělávací cíle .

Resumé

Mezinárodní úmluva o právech dítěte, kterou přijalo 20. listopadu 1989 Valné shromáždění OSN, stanovila základní lidská práva každého dítěte. Ve vztahu k handicapovaným dětem je její základní ideou, že každé dítě s tělesným nebo mentálním postižením má právo prožít hodnotný a šťastný život. Jednou ze skupin postižených dětí jsou děti s chronickým onemocněním dětská mozková obrna /dále DMO/. Bakalářská práce se zabývá možností předškolního vzdělání i dítěte s diagnostikovanou DMO do běžné mateřské školy, přičemž zdůrazňuje, že připadá v úvahu pouze u části dětí a že každému případu je nutno přistupovat individuálně s využitím poznatků speciální pedagogiky. Speciální pedagogická diagnostika konkrétného dítěte tvoří východisko pro zpracování individuálního programu speciálně pedagogického působení na diagnostikovaného jedince, který má optimalizovat jeho vývoj a uplatnění v životě. Speciální pedagog spolupracuje s řadou dalších odborníků podle druhu postižení dítěte s pediatrem, psychiatrem, neurologem, logopedem, foniatrem, oftamologem atd,. Rozhodujícím činitelem vždy zůstává nejlepší zájem dítěte. Děti, postižené DMO, které přicházejí do mateřských škol mají většinou určitý stupeň poškození motoriky, mohou mít i somatické deformace či smyslové poškození nebo trpět „pouze“ poruchami chování a učení. Úkolem vzdělání v mateřské škole je vytvářet předpoklady pro pokračování ve vzdělání, maximálně podporovat individuální rozvojové možnosti, které jsou pro dítě individuálně dosažitelné a podporovat jeho začlenění do kolektivu zdravých dětí. Společné soužití zdravých a zdravotně postižených dětí, přispívá ke kultivaci osobnosti obou skupin. Současné snahy o integraci zdravotně postižených dětí do prostředí mateřské školy je první přípravou těchto dětí a dětí zdravých pro společný život v majoritní společnosti. Je výrazem celkové humanizace společnosti, její morálky, společenského a politického myšlení a stupně demokracie vůbec.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá možnostmi integrace dítěte předškolního věku postiženého dětskou mozkovou obrnou do prostředí běžné mateřské školy. Vychází z toho, že každé dítě má bez ohledu na druh a rozsah postižení má právo na šťastný a smysluplný život, jehož součástí je právo na vzdělání. Mimořádný význam přikládá speciální pedagogické diagnostice, která doporučí dítěti nejvhodnější formu předškolního vzdělání (ve speciálních školách či třídách či v běžné mateřské škole) a stanoví individuální vzdělávací plán vycházející z vývojových možností dítěte a z jeho speciálních vzdělávacích potřeb. Úspěšně provedená integrace, je přínosem, jak pro zdravotně postižené dítě, tak pro děti zdravé a společné (inkluzivní soužití) je významnou součástí procesů socializace a výchovy k humanitě.

Klíčová slova

Práva dítěte, dětské mozková obrna, předškolní vzdělání, děti se speciálními vzdělávacími potřebami, integrace, inkluze, individuální vzdělávací plán (IVP), edukace

Key words

Children's rights, DMO, pre-school education, child with special educational needs, integration, inclusion, individual educational plan (IEP), education

Seznam literatury:

Deissler Hans Herbert: Každodenní problémy v mateřské škole, Praha: Portál 1994, 1. vydání, německé vydání 1982, 108 s., ISBN 80-7178-010-3

Jesenský Ján a kol.: Kontrapunkt integrace zdravotně postižených, Praha: Karolinum 1995, 1. vydání, 175 s., ISBN 80-71184-030-0

Kraus J. a kol.: Dětská mozková obrna, Praha: Grada, 2005, 1. vydání, 344 s., ISBN 80-247-1018-8

Kábele František: Somatopedie: učebnice speciální pedagogiky tělesně zdravotně postižené mládeže, Praha: Karlova universita 1993, 242 s., ISBN 80-7066-533-5

Matějček Z., Langmeier J.: Psychická deprivace. Praha: AVICENUM, 1974, 3. doplněné vydání, 397 s., ISBN 08-049-74

Matějček Z.: Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte. Normy vývoje a vývojové milníky z pohledu psychologa. Základní duševní potřeby dítěte. Dítě a lidský svět., Praha, Grada 2005, 1. vydání, 182 s., ISBN 978-80-247-0870-6

Mertin V., Gillernová I.(eds): Psychologie pro učitelky mateřské školy, Praha : Portál 2010, 2. rozšířené a přepracované vydání, 247 s., ISBN 978-80-7367-627-8

Mezinárodní klasifikace nemocí, abecední seznam. Ústav zdravotních a statistických informací České republiky. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. Revize, Praha: Grada Publishing 1999, 1. Vydání, 731 s., ISBN 80-71-69-787-7

Opatřilová D: Analýza současného stavu inkluzivního vzdělávání v České republice u jedinců s tělesným postižením v předškolním a základním vzdělávání, Brno: Masarykova univerzita 2009, 1. vydání, 322 s., ISBN 978-80-210-5030-3

Polášková D., Vítková M.: Úkoly speciálně pedagogické diagnostiky ve výchovně vzdělávací práci s tělesně postiženými dětmi předškolního věku, Brno: Masarykova univerzita 1994 pod.č.j. 1115/PM, 39.s., PK-N-0031.280

Punčocha K.(ed): Životní dráha jedince v inkluzivním prostředí, Brno: Masarykova universita 2010, 1. vydání, 182 s., ISBN 978-80 -210-5340-3

Švarcová-Slabinová Iva: Mentální retardace, Praha: Portál 2001, 1. vydání, 178 s., ISBN 80-7178-506-7

Valenta Milan et al.: Přehled speciální pedagogiky a školská integrace, Olomouc: Universita Palackého, Pedagogická fakulta, 2003, 305 s., ISBN 80-244-0698-5

Vágnerová M. :Vývojová psychologie I., Praha: Karolinum 1996 , 1.vydání, 353 s., ISBN 80-71184-317-2

Vágnerová M., Strnadová I., Krejčová L.: Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte, Praha: Karolinum 2009, 1.vydání, 333 s. , ISBN 978-80-246-1616-2

Mezinárodní klasifikace nemocí, abecední seznam. Ústav zdravotních a statistických informací České republiky. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. revize, Praha: Grada Publishing 1999, 1. vydání, 741 s. ISBN 80- 71- 69- 787- 7

Seznam pramenů:

Zpráva z pedagogicko- psychologického vyšetření M.H., Pedagogické centrum při Mateřské škole a Základní škole pro tělesně postižené, č.j.356/07/MZŠTP/SPC/Doh. Brno 24.4.2007

Doporučení pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu M.H.: Pedagogické centrum při Mateřské škole a Základní škole pro tělesně postižené, č.j. 656/07/MZŠTP/SPC/Va, Brno 4.6.2007

Speciálně pedagogická diagnostika- podklad pro integraci M.H.: Pedagogické centrum při Mateřské škole a Základní škole pro tělesně postižené, č.j.1663/09/MZŠTP/SPC/Ke, Brno 6.1.2009

Zpráva ze speciálně- pedagogického vyšetření –podklad pro pokračování v integraci M.H., Pedagogické centrum při Mateřské škole a Základní škole pro tělesně postižené, č.j.1070/10/MZŠTP/SPC/Ke, Brno 31.5.2010

Individuální vzdělávací plán MH (nar.4.6.2004), školní rok 2007-2008 :Mateřská škola,„Blučina“, okres Brno, čj. 61/07/MŠ/NI

Individuální vzdělávací plán MH (nar.4.6.2004), školní rok 2008-2009: Mateřská škola,„Blučina“, okres Brno

Individuální vzdělávací plán MH (nar.4.6.2004), školní rok 2009- 2010: Mateřská škola,„Blučina“, okres Brno, čj. 61/07/MŠ/NI

Jarmila Rožnovská: rukopisné poznámky a hodnocení edukace M.H., 2007 -2011, osobní archiv

Seznam internetových zdrojů

http://www.mzv.cz/jnp/cz/zahranicni_vztahy/lidska-_prava/vseobecna_deklarace_lidskych_prav/index.html

<http://www.msmt/dokumenty/bilakniha>

<http://portal.gov.cz/wps/portal>

www.vlada.cz/ppov/vvzpo/dokumenty/narodni-plan-vytvoreni-rovnynch-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim-na-obdobi-2010-2014

www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon

aplikace.msmt.cz/HTM/RPna_internetu.htm

www.skolka.blucina.net

