

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA  
PEDAGOGICKÁ FAKULTA  
Katedra pedagogiky

**Dětská ergoterapie jako součást práce s dětmi  
se speciálními vzdělávacími potřebami**

Bakalářská práce

**Šárka Pomyjová**

Studijní program: Předškolní a mimoškolní pedagogika

Studijní obor: Učitelství pro mateřské školy

**Vedoucí práce: doc. PaedDr. Marie Kocurová, Ph. D.**

PLZEŇ 2021

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a veškeré použité prameny jsem uvedla v seznamu použité literatury.

V Plzni dne 24. 4. 2021

.....

vlastnoruční podpis

Ráda bych poděkovala vedoucí práce doc. PaedDr. Marii Kocurové, Ph.D. za odborné vedení a cenné rady při zpracovávání této bakalářské práce.

## Obsah

SEZNAM ZKRATEK .....	3
ÚVOD.....	4
TEORETICKÁ ČÁST .....	6
1 Ergoterapie.....	6
1.1 Cíle ergoterapie.....	7
1.2 Specifika dětské ergoterapie .....	8
1.3 Ergoterapeut v MŠ .....	9
2 Vzdělávací systém v České republice .....	12
2.1 Předškolní vzdělávání .....	13
2.2 Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání .....	16
2.3 Školní vzdělávací program pro předškolní vzdělávání .....	16
3 Speciální vzdělávací potřeby .....	17
3.1 Podpůrná opatření .....	22
3.1.1 Stupeň 1 .....	22
3.1.2 Stupeň 2 .....	22
3.1.3 Stupeň 3 .....	23
3.1.4 Stupeň 4 .....	24
3.1.5 Stupeň 5 .....	24
3.2 Školská poradenská zařízení .....	25
3.2.1 Střediska výchovné péče .....	25
3.2.2 Speciálně pedagogická centra.....	26
3.2.3 Pedagogicko-psychologické poradny .....	27
3.3 Asistent pedagoga .....	29
3.4 Individuální vzdělávací plán .....	30
PRAKTICKÁ ČÁST .....	31

1	CÍL PRÁCE .....	31
2	VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	31
3	METODIKA VÝZKUMU .....	31
3.1	Typ bakalářské práce .....	31
3.2	Stručný popis postupu práce .....	31
3.3	Výzkumný soubor .....	32
3.4	Etická hlediska výzkumu .....	33
3.5	Metody sběru dat.....	33
3.6	Metody analýzy dat.....	33
3.7	Výsledky .....	34
3.7.1	Kazuistika č. 1 .....	34
3.7.2	Kazuistika č. 2 .....	40
3.7.3	Výsledky rozhovorů s AP.....	45
3.8	Odpovědi na výzkumné otázky.....	50
	ZÁVĚR.....	53
	RESUMÉ .....	55
	SUMMARY.....	56
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....	58
	SEZNAM GRAFŮ .....	63
	SEZNAM TABULEK .....	63
	PŘÍLOHA 1 Formulář individuálního vzdělávacího plánu.....	64

## SEZNAM ZKRATEK

AP	Asistent pedagoga
ČR	Česká republika
FNM	Fakultní nemocnice v Motole
HK	Horní končetina
HKK	Horní končetiny
IB	Integrovaný blok
IVP	Individuální vzdělávací plán
MŠ	Mateřská škola
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
PŠD	Povinná školní docházka
RVP PV	Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
SŠ	Střední škola
SVP	Speciální vzdělávací potřeby
ŠVP PV	Školní vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
USA	Spojené státy americké
VOŠ	Vyšší odborná škola
VŠ	Vysoká škola
ZŠ	Základní škola

## ÚVOD

Tato bakalářská práce se zabývá tématem dětské ergoterapie jako součást práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami (dále pouze SVP). Bakalářská práce se v teoretické části snaží o přiblížení oboru ergoterapie, především dětské ergoterapie, a jejího využití. Dále se práce věnuje vzdělávacímu systému v České republice (dále pouze ČR) se zaměřením na předškolní vzdělávání v mateřských školách (dále pouze MŠ). Dalším tématem práce jsou děti se SVP v předškolním vzdělávání v ČR a různé stupně podpůrných opatření.

Ergoterapie je velice komplexní obor, který má své důležité zastoupení i v pedagogické rehabilitaci. Během studia pedagogiky se s ergoterapií lze setkat v rámci speciální pedagogiky. Pedagogové všech stupňů vzdělávacího systému by měli ovládat základní znalost i jiných oborů, aby věděli, s kým se případně mohou poradit a kdo jim v dané situaci může pomoci. Ergoterapie může být, díky své komplexnosti, pedagogům nápomocna v různých oblastech, ať se problém týká ergonomie školního prostředí dítěte/žáka/studenta, jak správně rozvíjet hrubou či jemnou motoriku, grafomotoriku a jak celkově dopomoci k optimálnímu psychomotorickému vývoji. Piek et al. (2013) zdůrazňují, že již od útlého věku je důležité pracovat na vývoji dítěte i v rámci jemné motoriky, která dozrává až kolem šesti let věku, tedy v předškolním období. Autoři silně zdůrazňují, že je nesmírně důležitá interakce s ostatními dětmi, která napomáhá rozvoji sociálních dovedností dětí, a i z tohoto důvodu je nutné omezovat virtuální realitu mobilních telefonů a chytré elektroniky. Ergoterapeut také může nabídnout různé možnosti kompenzace, ať už kompenzačních mechanismů či pomůcek. Děti se SVP často potřebují během času stráveného ve školském zařízení i zdravotnickou péči či speciální podporu. Ergoterapie může dětem nejen se SVP usnadnit přestup z MŠ na základní školu (dále pouze ZŠ).

Krejčová et al. (2015) upozorňují, že učitel, terapeut či jiný dospělý, který pracuje s dětmi, by měl znát co největší množství informací o dítěti a jeho vývoji. Jelikož pracují s dítětem na každodenní bázi, mohou být zrovna oni tím, kdo si první všimne jakékoli možné odchylky od optimálního vývoje. Díky znalosti vývoje může také lépe reagovat na konkrétní potřeby dítěte. Dle Kollárikové et al. (2001) se dítě během prvních čtyř let vývoje naučí více věcí než za kterékoli další čtyřletí, to i včetně studia na vysoké škole (dále pouze VŠ), které je obecně považováno za nejintenzivnější dobu učení. Uvádí také, že MŠ nemá dominantní roli při výchově dítěte, tuto dominantní roli má stále rodina. MŠ se snaží

o navázání kvalitního partnerství a spolupráce s rodiči ve vzdělávacím programu daného dítěte.

Praktická část bakalářské práce je pak sestavena z dvou kazuistik dětí se SVP. Vybrané děti musely několikrát navštívit ergoterapii ve fakultní nemocnici Motol (dále pouze FNM) a zároveň mít v MŠ, kterou navštěvují, k dispozici asistenta pedagoga (dále pouze AP). Cíl praktické části byl stanoven na deskripci a analýzu možností pro zjednodušení přechodu z MŠ do ZŠ u dětí se SVP pomocí dětské ergoterapie. Bakalářská práce se snaží ukázat, jak dětská ergoterapie může pomoci pedagogům při práci s dětmi se SVP a co nejvíce jim zjednodušit přechod z MŠ do ZŠ.



# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 ERGOTERAPIE

Jednoznačná definice ergoterapie neexistuje. Snaha stručně definovat podstatu tohoto oboru vede nejčastěji ke zjednodušení možného působení ergoterapeuta a nevystihuje tak celou podstatu ergoterapie a toho, v jak širokém spektru zařízení může ergoterapeut pracovat. (Krivošíková, 2011)

Ergoterapie je definována Českou asociací ergoterapeutů jako: „*profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoliv věku s různým typem postižení.*“ (Krivošíková, 2011, str. 18)

Dříve se používal výraz pracovní terapie. Výstižnější výraz *ergoterapie* vznikl v 60. letech 20. století a začal pomalu nahrazovat původní nesprávný termín. Název ergoterapie vznikl spojením řeckých slov *ergon* = práce a *therapia* = léčení či terapie. V anglosaské literatuře pak nejčastěji lze nalézt pojem *occupational therapy*, kdy slovo *occupation* vyjadřuje zaměstnávání či činnost, které se člověk věnuje. Do tohoto termínu spadají také činnosti, které vyplňují prostor a čas daného jedince, a dávají tak jeho životu smysl. Účast na nich je nesmírně důležitá, jelikož může dopomoci k celkovému zdraví, včetně duševního. (Krivošíková, 2011; Law et al., 1998) Mezi oblasti výkonu zaměstnávání pak spadají všední denní činnosti, práce a produktivní činnosti. Poslední oblastí je hra a volný čas. (AOTA, 1994)

Ergoterapie se snaží o maximální možnou participaci jedince ve všedních denních činnostech. Plně respektuje osobnost jedince a jeho možnosti. Snaží se o plné začlenění jedince do společnosti, využívá zaměstnávání, která jsou pro něj a jeho život nepostradatelné a především mají významný smysl pro daného jedince. (Česká asociace ergoterapeutů, 2020)

Ergoterapie je v ČR legislativně ukotvena jako zdravotnický obor dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Pozice ergoterapeuta je pak vymezena v § 7 tohoto zákona o nelékařských zdravotnických povoláních. Způsobilost k výkonu tohoto povolání je v současnosti získávána zdárným absolvováním VŠ, minimálně bakalářského studijního programu. Ergoterapii na VŠ lze v bakalářském studijním programu vystudovat v Praze na Univerzitě Karlově, v Plzni na Západočeské univerzitě, v Ústí nad Labem na Univerzitě Jana Evangelisty Purkyně, v Ostravě na Ostravské univerzitě nebo v Olomouci na Univerzitě Palackého. Od roku 2015 je možné studovat ergoterapii

i v magisterském studijním programu. Tuto možnost nabízí pouze 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 2020 je pak tento magisterský obor úžeji specifikován jako „Ergoterapie pro dospělé“. Z dřívějších let je za ergoterapeuta považován také absolvent střední zdravotnické školy v oboru ergoterapie v případě, že nástup do prvního ročníku proběhl nejdéle ve školním roce 1998/1999. Další možností bylo pomaturitní specializační studium léčba prací, a to pokud studium bylo zahájeno nejpozději v roce 2003/2004. Dále je za ergoterapeuta považován absolvent tříletého studia oboru diplomovaný ergoterapeut na Vyšší odborné škole (dále pouze VOŠ), pokud toto studium zahájil nejpozději v roce 2004/2005. (Česká asociace ergoterapeutů, 2020; Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, 2010)

## 1.1 Cíle ergoterapie

Cíle jsou v ergoterapii rozděleny na krátkodobé a dlouhodobé. Krátkodobé cíle jsou zaměřeny na udržení, rozvoj, podporu či kompenzaci ztráty dovedností v oblasti senzomotorické, kognitivní, psychické nebo sociální. Mezi hlavní dlouhodobý cíl patří dosažení uspokojivé úrovně klienta a schopnost provádění jak sebeobslužných, tak i pracovních činností a aktivit volného času, které mohou podpořit uzdravování, zlepšují pocit osobní pohody a sociální participace. Dlouhodobý cíl by měl být rozfázován na jednotlivé, drobné na sebe navazující kroky dle obtížnosti a k jeho dosažení by se mělo využívat stupňování činnosti. (Jelínková et al., 2009)

Stanoveného cíle lze dosáhnout kvalitním ergoterapeutickým procesem. Jedná se o plán, který je vytvořen ergoterapeutem. V tomto procesu jsou jasně definovány krátkodobé i dlouhodobé cíle terapie. Dle České asociace ergoterapeutů (2007) se ergoterapeutický proces skládá z hodnocení, plánování, terapie, spolupráce a dokumentace. Hodnocení je složeno ze vstupního a průběžných ergoterapeutických vyšetření. Dané hodnocení může zahrnovat standardizované i nestandardizované testové metody, rozhovor nebo pozorování v různém prostředí. Plánování je nastaveno z výsledků hodnocení a je nutno vytvořit plán ergoterapie. Měl by odrážet úroveň funkčních schopností klienta se zaměřením na jeho zvyky, role, způsob životního stylu a přihlížet také na faktory prostředí, ve kterém daný klient žije. Terapie je pak zaměřena na potřeby klienta, v závislosti na jeho prostředí. Proces terapie je spjat s procesem hodnocení. Jako další bod ergoterapeutického procesu je spolupráce s ostatními odborníky, pečovateli, rodinou či dobrovolníky, kteří se starají o daného klienta, tzv. interdisciplinární tým. Posledním bodem v ergoterapeutickém procesu

je dokumentace. V té musí být jasně uvedeny závěry hodnocení, pravidelné zapisování jednotlivých terapií a informace o dosažení stanovených cílů.

## **1.2 Specifika dětské ergoterapie**

Ergoterapie nachází své uplatnění i u jedinců dětského věku, a to ve všech věkových kategoriích, kteří jsou v různých typech zařízení. Ergoterapie je uplatnitelná kdykoli v průběhu dětského věku. (Klusoňová, 2011)

V dětské ergoterapii je snaha o vytvoření potřebných funkcí a dovedností a měla by rozvíjet všechny oblasti osobnosti dítěte. Je důležité pracovat s dítětem s ohledem na lékařskou a pedagogicko-psychologickou diagnózu a pracovat s daným stupněm psychomotorického vývoje. Základ ergoterapie by měli znát odborníci z oblasti speciální pedagogiky i pedagogiky, kteří pracují s dětmi se zdravotním znevýhodněním, ale také rodiče těchto dětí. Znalost tohoto oboru může být výhodou pro případnou spolupráci. Pedagogičtí odborníci mohou mít lepší představu, proč potřebují ergoterapeuta do svého týmu a s čím jim může pomoci. Cíle dětské ergoterapie jsou zaměřeny převážně na prevenci, zabránění negativních důsledků nemoci a tím zamezení nerovnoměrnému vývoji dítěte. Za nejdůležitější cíl v ergoterapii lze považovat dosažení co možná největší soběstačnosti ve všech oblastech života. Proto se ergoterapeuti zaměřují na rozvoj jemné i hrubé motoriky, kvalitní přijímání a zpracování smyslových podnětů, koordinaci oko - ruka aj., ale také na ergonomii školního prostředí. (Vodáková, 2007)

Vodáková (2007) zdůrazňuje, že při práci s dětmi je nutné dodržovat zásady a doporučení pro specifika dětské osobnosti. Rozděluje tato doporučení na poznání dětského klienta, což obnáší seznámení se s jeho problémy, zájmy a s podmínkami, ve kterých dítě žije. Díky těmto informacím lze zvolit vhodné metody, postupy a materiály pro práci s daným dítětem. Dalším doporučením je pracovat s individuálním přístupem k dítěti. Každé dítě je jiné a každé dítě má rádo něco jiného. Dále je nutné respektování didaktických zásad, které jsou přiměřené věku a dovednostem dítěte, potřebné je také pracovat se specifikem zdravotního znevýhodnění, přičemž je potřebné, aby se využil maximální možný potenciál a možnosti dítěte. Další zásadou je to, aby vytvořený program dětského klienta bavil a pracovalo se s tím, co má dané dítě rádo. Je potřeba umožnit dětským klientům při jednotlivých pohybech získávat zkušenost s vlastním tělem a okolím tak, aby pohyb chtěli opakovat. Další zásadou může být také zaměření ergoterapie, kdy by se ergoterapeut měl snažit o co největší samostatnost dítěte v domácím i školním prostředí. Dále je nutné dodržovat pravidla, která jsou bezpečně nastavena.

Klusoňová (2011) poté popisuje, že se ergoterapie u dětských klientů provádí především díky cílené hře, která podporuje všestranný vývoj a snaží se o dosažení co nejlepších funkčních schopností. Hru označuje jako jakoukoli spontánní činnost, která dítěti přináší potěšení, radost, a obohacuje tak jeho vnitřní motivaci. Díky hře dítě získává nové zkušenosti. Jedná se o přirozený projev dítěte od batolecího až po předškolní věk. Dítě považuje hru jako hlavní činnost dne. Hra je nejen prostředkem ergoterapie, ale také jejím cílem.

Ergoterapeut navrhuje intervenci převážně se zaměřením na rozvoj hry, sebeobsluhy a sociální interakce, zaměřuje se na rozvoj v oblasti senzoryckého i motorického vývoje. Pro poskytování té nejlepší ergoterapie se doporučuje, aby ergoterapeuti používali přístup, který je zaměřen na rodinu, pracovali interdisciplinárně s dalšími odborníky a zasahovali do přirozeného prostředí daného dítěte. (Myers et al., 2015)

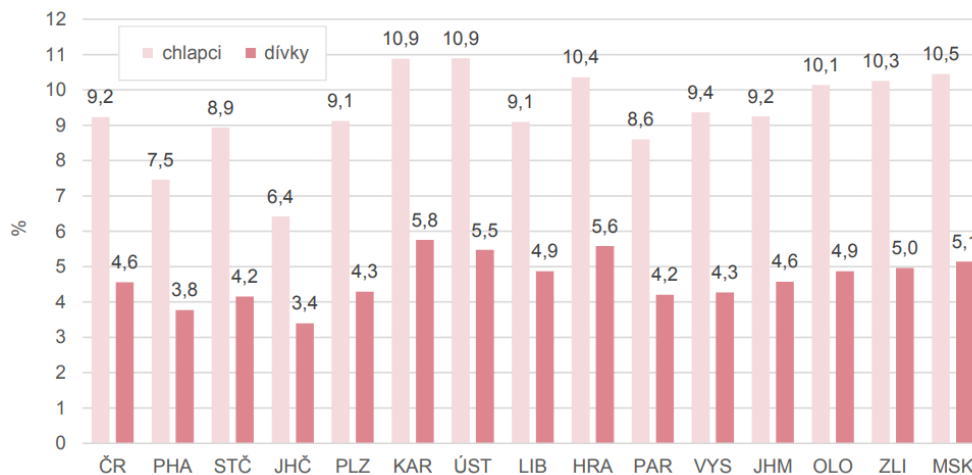
### **1.3 Ergoterapeut v MŠ**

Většina dětí předškolního věku vykazuje optimální vývoj, který jim umožňuje vykonávat všechny činnosti, jež jsou pro jejich věk obvyklé. Některé děti se však setkávají s vývojovými obtížemi, které tuto schopnost mohou narušit. (Jasmin et al., 2018) V dnešní době se ergoterapeut může uplatnit nejen v oblasti zdravotnictví, ale také v oblasti sociální rehabilitace, pedagogicko-výchovné oblasti, v oblasti ergodiagnostiky a pracovní rehabilitace, při práci s minoritami ve společnosti, včetně oblasti vězeňské. (Švestková, 2015) Česká asociace ergoterapeutů (2017) uvádí, že ergoterapeut může působit i v oblasti zaměstnanosti, kam spadají programy pracovní a předpracovní rehabilitace, chráněného bydlení, různé spolupráce s úřady a dále může působit i v oblasti pedagogické, především v mateřských a speciálních školách.

Prevalence dětí s neoptimálním vývojem či se zdravotním postižením se velmi liší v závislosti na studii, místě a času. Ve spojených státech amerických (dále pouze USA) se odhadovalo, že 15% dětí ve věku od tří do sedmnácti let vykazovalo v letech 2006 - 2008 vývojové postižení, což se od roku 1997 - 1999 jedná o nárůst o 17%. (Jasmin et al., 2018; Boyle, 2011) V ČR se v roce 2018 vzdělávalo 117 tisíc dětí do patnácti let se zdravotním postižením. Z toho bylo celkem 37, 4 tisíc dívek a 79, 6 tisíc chlapců. Tento počet představuje 7% ze všech dětí v ČR. 3, 1% ze všech dětí se zdravotním postižením navštěvovalo MŠ, přesněji se jednalo o 11, 2 tisíc dětí se zdravotním postižením. Mezi jednotlivými kraji existovaly poměrně vysoké rozdíly v podílu dětí se zdravotním postižením. Nejvyšší podíl dětí se zdravotním postižením byl v Královéhradeckém (8, 4%)

a Ústeckém (8, 2%) kraji. Nejmenší podíl dětí se zdravotním postižením byl poté zastoupen v Jihočeském kraji (4, 9%), který byl následován Prahou (5, 7%). Graf 1 ukazuje regionální rozdíly dětí se zdravotním postižením s ohledem na pohlaví. Nejvyšší podíl chlapců se zdravotním postižením byl zaznamenán v krajích Karlovarském a Ústeckém (10, 9%). Dívky se zdravotním postižením pak byly nejvíce zastoupeny v Karlovarském kraji (5,8 %), dále v kraji Královéhradeckém (5, 6%) a následně v kraji Ústeckém (5, 5%). (Hrkal, 2019)

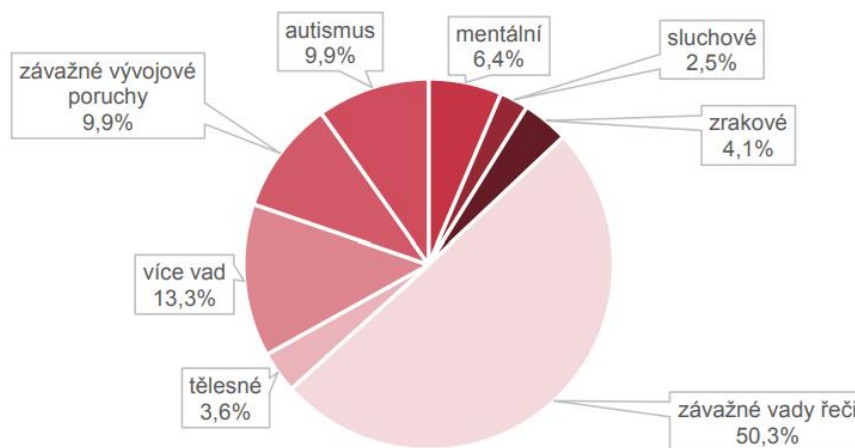
**Graf 1 Odhad prevalence zdravotního postižení u dětí ve věku 0 - 14 let v krajích (%)**



(Hrkal, 2019, s. 12)

U dětí v MŠ převažovaly až z ½ závažné vady řeči. U 13, 3% dětí se zdravotním postižením bylo evidováno více vad zároveň. Poruchy autistického spektra a závažné vývojové poruchy představují 9, 9% zdravotního postižení. Dalším výraznějším problémem je mentální postižení, které se vyskytuje u 6, 4% dětí. Mezi další zdravotní problémy u dětí, které navštěvují MŠ, lze zařadit zdravotní postižení zrakové, tělesné či sluchové (viz Graf 2). (Hrkal, 2019)

**Graf 2 Složení dětí se zdravotním postižením v mateřských školách k 30. 9. 2018 podle druhu**



(Hrkal, 2019, s. 16)

V USA v letech 2006 - 2008 patřily mezi nejčastější problémy porucha pozornosti s hyperaktivitou a porucha autistického spektra. (Boyle, 2011) Dle německé studie z roku 2012 měly děti předškolního věku největší problémy s jemnou motorikou, výslovností, koncentrací a pamětí. (Stich et al., 2012)

V předškolním zařízení je často problémem, že většina dětí s vývojovými obtížemi není diagnostikována. (Lillvist et al., 2009)

Jasmin et al. (2018) popisuje ve svém výzkumu využití možnosti ergoterapie v MŠ v zemích jako je USA (60, 9%), Kanadě (17, 4%), Austrálii (8, 7%), Izraeli (8, 7%) a Německu (4, 3%). Většina ergoterapie byla poskytována v běžných školách. Nejčastěji šlo o prevenci a podporu zdraví (43, 5%), screening či včasnou intervenci ergoterapeuta (43, 5%) a v neposlední řadě začlenění do školy (8, 7%). Služby ergoterapie využívalo 34, 8% dětí s obtížemi a až 73, 9% dětí bez jakékoli lékařské diagnózy. Nejčastějším rizikem byl opožděný psychomotorický vývoj. Vývojové problémy nejčastěji zahrnovaly problémy s jemnou motorikou (73, 9%), hrubou motorikou (45, 3%), problémy v sensorické integraci (34, 8%), kognitivních či učicích dovednostech (21, 7%), jazykových či sociálně emočních dovednostech (obojí po 13%). Cíle ergoterapie byly pak zaměřeny nejčastěji na rozvoj a kvalitní provedení jemné motoriky (82, 6%), grafomotoriky, která zahrnovala i vizuálně - motorickou kontrolu a psaní rukou (62, 5%), dále na různé vzdělávací činnosti (65, 2%), hrubou motoriku (52, 2%), nebo na sensorickou integraci (52, 2%). Mezi další cíle pak spadala podpora poznání, vizuálního vnímání, sebeobslužné činnosti, sociálně - emočních dovedností a hry. Tento výzkum byl hodnocen především v předškolních zařízeních v USA, kde je ergoterapie dobře implementována do tohoto prostředí. Role ergoterapeuta v MŠ v USA je jasně definována ve školských právních předpisech, především pak v zákoně o vzdělávání osob se zdravotním postižením. V USA je požadováno, aby každý stát poskytoval bezplatné a odpovídající vzdělání dětem se zdravotním postižením v běžných školách a co nejméně v omezujícím prostředí. Ukazuje se, že ergoterapie může podporovat celkový vývoj a účast dětí v předškolním věku. Celkový vývoj dětí předškolního věku a získání dostatečné kvality v jemné motorice, sensorické integraci, jazykových a kognitivních dovedností je obzvláště důležitý, jelikož může poté předpovídat jejich budoucí školní úspěch. Zejména v oblastech grafomotoriky, čtení a dalších předmětech. (Jasmin et al., 2018; Bazyk et al., 2015) Autoři uvádějí, že ergoterapie dopomohla pedagogům zdokonalit strategie vyučování, lépe porozumět senzomotorickým potřebám a vývoji jednotlivých dětí, zlepšit dovednosti ve vedení třídy a zvýšit empatii. K dosažení kvalitních výsledků bylo doporučeno vybudovat vzájemný respekt

mezi pedagogy a ergoterapeuty za pomoci pravidelných setkávání a školení. (Blackwell et al., 2014; Priest et al., 2007) Ergoterapie dopomohla zkvalitnit vztah rodič - dítě, podpořila rodičovské dovednosti a snížila stres u rodičů. Stalo se tak díky tomu, když se rodiče účastnili jednotlivých činností a projevíli zájem o své dítě a jeho konkrétní potřeby. (Priest, 2006) Tento výzkum ukazuje, že ergoterapeuti mohou být důležitými členy v týmu předškolního vzdělávání. Ergoterapeutické intervence v předškolních zařízeních by měly zahrnovat také pravidelné konzultace s pedagogy. Dle autorů výzkumu je ergoterapie prospěšná dětem se zdravotním postižením, znevýhodněním, ale také pro děti s optimálním vývojem bez větších obtíží. Spolupráce s ergoterapeutem také měla pozitivní důsledek na práci pedagoga. (Jasmin et al., 2018)

Ergoterapie může být důležitou součástí v MŠ, zejména pro podporu získávání základních dovedností, které jsou předpokladem pro úspěch ve škole. (Jasmin et al., 2018) Zikl (2014) uvádí uplatnění ergoterapeuta také u dětí, které navštěvují školy, jež jsou přidruženy k nemocnicím. Ergoterapeut může dopomoci dětem podporou psychomotorického vývoje, rozvojem hrubé i jemné motoriky, grafomotoriky, senzorycké integrace, předškolní přípravy, ergonomií školního prostředí či vybavení kompenzačními pomůckami.

## **2 VZDĚLÁVACÍ SYSTÉM V ČESKÉ REPUBLICĚ**

Vzdělávací systém v ČR zahrnuje MŠ, ZŠ, střední školy (dále pouze SŠ), konzervatoře, VOŠ, jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky, základní umělecké školy, školská zařízení a VŠ. Vzdělávací povinnost má dítě od pěti let věku, a tím je povinný rok v předškolním vzdělávání. Poté většinou následuje povinná školní docházka (dále pouze PŠD) na ZŠ, která trvá devět let. Většina dětí podstupuje vzdělávání před i po tomto povinném období. Školský zákon upravuje chod škol od MŠ po VOŠ. Zákonu o vysokých školách pak podléhají VŠ. (Eurydice, 2020)

Vzdělávací systém v ČR lze rozdělit do jednotlivých stupňů. Prvním stupněm je preprimární vzdělávání, což označuje předškolní vzdělávání, tedy vzdělávání pro děti ve věku od dvou do šesti let. Poté přichází PŠD v primárním a nižším sekundárním vzdělávání, kam spadá základní vzdělávání a zpravidla se uskutečňuje na ZŠ, které jsou v jednotné struktuře rozděleny na první a na druhý stupeň. Věk žáků je od šesti do patnácti let. Nižší sekundární vzdělávání mohou poskytovat i víceletá gymnázia či osmileté konzervatoře. Dalším stupněm je vyšší sekundární vzdělávání neboli střední vzdělávání.

Toto vzdělávání je žákům poskytováno ve všeobecných, ale také odborných oborech. Věk žáků se zde pohybuje od patnácti do osmnácti či devatenácti let. Absolventi středního vzdělání mohou dosáhnout středního vzdělání s maturitní zkouškou, středního vzdělání s výučním listem či středního vzdělání. Dalším stupněm je terciární vzdělávání, kam spadají VOŠ a VŠ. VOŠ je absolvována většinou v tříletém programu. VŠ pak nabízí první, druhý i třetí cyklus, tedy studijní programy bakalářský, navazující magisterský či nestrukturovaný dlouhý magisterský a doktorský. Specifickým druhem školy jsou konzervatoře, které nabízejí nižší a vyšší sekundární vzdělání, ale také odborné terciární vzdělávání s uměleckým zaměřením. Posledním stupněm je pak vzdělávání dospělých. (Eurydice, 2020)

## 2.1 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání představuje počáteční stupeň veřejného vzdělávání, který je organizovaný a řízený dle požadavků a pokynů Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále pouze MŠMT). Toto vzdělávání probíhá v institucích - MŠ, které jsou určeny pro děti od dvou do šesti let. MŠ ale může navštěvovat i dítě starší šesti let, které má odklad PŠD. Dítěti, které má trvalé bydliště v místě MŠ a které před začátkem školního roku dosáhlo alespoň tří let, musí být zajištěno umístění v dané MŠ od obce. Dítě, které dosáhlo pěti let věku má předškolní vzdělávání povinné, a to od počátku školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne pěti let až do zahájení PŠD v ZŠ. Toto je v ČR legislativně opatřeno zákonem č. 561/2004 Sb. Tato povinnost platí od školního roku 2017/2018 a nevztahuje se na děti s hlubokou mentální retardací. Toto vzdělávání se dítěti ve veřejné či státní MŠ poskytuje bezúplatně. Zřizovatelem MŠ je většinou obec, příp. svazek obcí. Soukromí a církevní zřizovatelé mají v této úrovni vzdělávání nízké zastoupení. V případě MŠ pro děti se SVP bývá zřizovatelem kraj, případně MŠMT. Cílem této úpravy zákona a zavedení povinného posledního ročníku předškolního vzdělávání je zajištění adekvátní přípravy pětiletých dětí na zahájení PŠD. (Důvodová zpráva k zákonu č. 178/2016 Sb., 2015)

Při školských zařízeních mohou vznikat tzv. přípravné třídy, které odpovídají preprimární úrovni vzdělávání. Jsou určeny dětem, u kterých je předpoklad, že přípravná třída napomůže k vyrovnání jejich vývoje, přednostně je pak určena dětem s odkladem PŠD. Poskytování předškolního vzdělávání je dle školského zákona veřejnou službou.

Cílem předškolního vzdělávání je všestranný rozvoj osobnosti, přispívá k citovému, rozumovému a tělesnému vývoji, osvojení základních pravidel chování, základních



životních hodnot a mezilidských vztahů, napomáhá k osvojování klíčových kompetencí a k získávání předpokladů pro další celoživotní vzdělávání dítěte, které mu umožňuje snadnější a spolehlivější uplatnění ve společnosti. Dítěti má usnadňovat jeho další životní i vzdělávací cestu. (Důvodová zpráva k zákonu č. 178/2016 Sb., 2015)

Úkolem předškolního vzdělávání je rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj, zdraví, osobní spokojenost, pohodu, napomáhat v chápání okolního světa a motivovat ho k dalšímu poznávání a učení, učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty, které jsou společností uznávané. Dalším úkolem je vytvářet dobré předpoklady pro pokračování ve vzdělávání tím, že za všech okolností je nutno maximálně podporovat individuální rozvojové možnosti daného dítěte a dosáhnout takové úrovně, která je pro dané dítě individuálně dosažitelná. Předškolní vzdělávání má i úkol diagnostický. To především u dětí se SVP a u nadaných dětí. Předškolní vzdělávání má za úkol poskytovat všem dětem optimální podmínky pro jejich vlastní rozvoj. Zajišťuje také zlepšování životní a vzdělávací šance díky včasné speciální pedagogické péči.

Předškolní vzdělávání nabízí vzdělávací prostředí, které je vhodné, pro dítě vstřícné, podnětné a obsahově bohaté. Důležitým faktorem je, aby se dítě cítilo v prostředí bezpečně, jistě, radostně a spokojeně. Prostor by v dětech mělo probouzet schopnost projevit se, bavit se a zaměstnávat se, vše ale přirozeným dětským způsobem. (Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále pouze RVP PV), 2018)

*„Vzdělávání je důsledně vázáno k individuálně různým potřebám a možnostem jednotlivých dětí, včetně vzdělávacích potřeb speciálních. Každému dítěti je poskytnuta pomoc a podpora v míře, kterou individuálně potřebuje, a v kvalitě, která mu vyhovuje. Proto je nutné, aby vzdělávací působení učitele vycházelo z pedagogické diagnostiky – z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, ze znalosti aktuálního stavu jeho vývoje, konkrétní životní a sociální situace, pravidelného sledování jeho vývoje a vzdělávacích pokroků. Jen tak je možno zajistit, aby pedagogické aktivity probíhaly v rozsahu potřeb jednotlivých dětí, aby každé dítě bylo stimulováno, byla podporována jeho poznávací motivace. Dítě se tak prostřednictvím vzdělávacích aktivit postupně rozvíjí v základních dovednostech (motorických, poznávacích ad.) vzhledem ke svým optimálním možnostem tak, aby docílilo úspěchu, který je jeho okolím oceněn a samo se cítilo úspěšné.“* (RVP PV, 2018, s. 7)

V současné době je v ČR výrazný podíl dětí, které žádají o odklad PŠD. Tento podíl se přibližuje téměř k 20% populačního ročníku. Připravenost dětí na plnění PŠD se zjišťuje při zápisech do 1. ročníku ZŠ, případně testy na školní zralost, které zpracovává školské

poradenské zařízení při zhodnocení žádosti o odklad PŠD. Pokud děti nejsou připraveny na PŠD, ve významném procentu se dle školských pedagogických zařízení jedná o děti, které pocházejí ze sociálně vyloučeného prostředí a často nenavštěvovaly MŠ ani přípravnou třídu ZŠ. Pravidelné vzdělávání od raného věku a kvalifikované prostředí má velký potenciál eliminovat některá znevýhodnění, s kterými se děti ze sociálně slabého prostředí mohou potýkat. Díky povinnému poslednímu roku předškolního vzdělávání se může zvýšit šance na další kvalitní vzdělávání dětí. Nejnižší účast na předškolním vzdělávání u dětí ve věku od čtyř let až do začátku zahájení PŠD byla zaznamenána v zemích, jako je Chorvatsko, Finsko a Řecko. Naopak v zemích, jako je Francie, Malta, Irsko, Itálie a Belgie, je účast těchto dětí skoro 100%. Cílem Evropské unie je, aby účast čtyřletých a starších dětí na předškolním vzdělávání do konce roku 2020 v průměru dosáhla 95%. ČR dosáhla v roce 2012 míry účasti 86,1%. V devíti zemích Evropské unie je účast na předškolním vzdělávání pro děti povinná, mezi tyto země patří Bulharsko (zavedena povinná docházka v MŠ pro děti ve věku šest až sedm let od roku 2003, v roce 2010 byl snížen věk dětí na pět let, nicméně tento věk není striktně dodržován), Chorvatsko (od školního roku 2014/2015 je realizována povinná docházka v posledním roce předškolního vzdělávání), Dánsko (od roku 2009 je zavedena povinná docházka v posledním roce předškolního vzdělávání), Kypr (povinná docházka pro děti ve věku čtyř až pěti let od roku 2004), Lotyšsko (předškolní vzdělávání je povinné pro děti ve věku pět až šest let), Maďarsko (od roku 2015 je předškolní vzdělávání povinné pro děti od tří let věku), Polsko (zavedena povinná docházka v posledním ročníku předškolního vzdělávání, od září 2015 má každé dítě ve věku čtyř let právo na umístění v MŠ), Rakousko (od roku 2010 je zavedena povinná docházka pro děti od pěti let věku) a Řecko (zavedena povinná docházka v MŠ pro děti od pěti let věku). (Důvodová zpráva k zákonu č. 178/2016 Sb., 2015)

V RVP PV je poukázáno na skutečnost, že v předškolním vzdělávání se mezi dětmi vyskytují osobnostní rozdíly. Z důvodu těchto rozdílů dochází také k odlišnostem v individuálních výkonech, které RVP PV pokládá za přirozené a samozřejmé. Úkolem předškolního vzdělávání není vyrovnat tyto výkony, ale vyrovnat šance dětí v dalším vzdělávání. (RVP PV, 2018)

Za zlomový bod se považuje přechod z MŠ do ZŠ, především v oblasti vývoje psychiky dítěte. Dítě potřebuje rituály, pravidla a stabilní zázemí nejen v rodině. Příprava na daný přechod by měla být komplexní a měla by zasahovat do většiny činností v každém dni v MŠ. Je potřeba výrazné podpory iniciativy a rozvoje vědomostí a dovedností dítěte.

Potřebné je podporovat dítě v tom, aby samo sobě důvěřovalo a bylo sebejisté. (Kořátková, 2014; Pilařová et al., 2012; Kolláriková et al., 2001)

## **2.2 Rámcově vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

RVP PV vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla vztahující se na pedagogické činnosti, které probíhají ve vzdělávacích institucích. RVP PV určuje společný rámec, který je nutné dodržovat, je zásadním východiskem pro tvorbu školních vzdělávacích programů předškolního vzdělávání (dále pouze ŠVP PV). RVP PV je neustále inovován dle potřeb společnosti, zkušeností učitelů i dle potřeb a zájmů dětí. (RVP PV, 2018)

## **2.3 Školní vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**

Od 1. září 2007 zahájily všechny MŠ vyučování dle ŠVP PV, které je nutno tvořit v souladu s RVP PV. Učitel/ka připravuje vlastní vzdělávací nabídku ŠVP dle vzdělávací nabídky RVP PV. Učitel/ka tak zpracovává tzv. integrované bloky (dále pouze IB). IB by měly být tvořeny tak, aby integrovaly všechny vzdělávací oblasti. Vzdělávací obsah definuje RVP PV do pěti propojených vzdělávacích oblastí: Dítě a jeho tělo, Dítě a jeho psychika, Dítě a ten druhý, Dítě a společnost a posledním je Dítě a svět. Dalším důležitým znakem IB je to, aby se vztahoval k určitému tématu. IB mohou mít podobu tematických celků, projektů nebo různých programů. IB mohou být různě rozsáhlé (dlouhodobé, střednědobé i krátkodobé), mohou se dále členit, měly by poskytovat zajímavé a různorodé podněty ke konkrétním činnostem. Témata a zaměření IB by měly vycházet z potřeb a zájmů dětí, jejich obsah musí být srozumitelný a prakticky využitelný pro děti předškolního věku.

Samotné činnosti v ŠVP PV by měly být různorodé a měly by zasahovat do všech oblastí lidského konání tak, aby docházelo k rozvíjení intelektových i praktických schopností a dovedností, prohlubování poznání dítěte, a měly by obohacovat praktické zkušenosti, které zvyšují využitelnost toho, co se dítě naučí. IB na sebe svým obsahem mohou navazovat, doplňovat se, různě se prolínat a plynule přecházet z jednoho do druhého. Je správné využívat opakování různých prvků z IB, jelikož dítě tím lépe chápe souvislosti a věci z různých pohledů, což přispívá k tomu, že si dítě dokáže vytvořit reálný pohled na svět i jeho dění, získané poznatky může lépe využívat v běžném životě a pro další učení. Výsledky vzdělávání jsou účinnější, pokud dítě vidí naučený obsah v přirozených vztazích a životních souvislostech. (RVP PV, 2018)

### 3 SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY

Školský zákon v § 16 odst. 1 uvádí: „*Dítětem, žákem a studentem se SVP se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.*“ „*Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Žáci se SVP mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.*“ (Arnoldová, 2015, s. 87)

Dětem, žákům a studentům se SVP je vzdělávání zajištěno díky formám individuální integrace, skupinové integrace či ve školách, které jsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením. (Česko, 2005) Pojem SVP byl využit u široké skupiny žáků, kteří jsou z určitých důvodů znevýhodněni ve vzdělávání. Pojem SVP nevyhovuje ve skutečnosti obsahu, kvůli kterému byl zaveden. Pojmy jako podpůrná opatření či prostředky speciálně pedagogické podpory mohou nabídnout více odpovídající termín pro vzdělávání žáků, kteří jsou vedeni jako žáci se SVP (Michalík et al., 2015a) Podpůrná opatření podléhají vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných. Mezi tato opatření spadají nezbytné úpravy v prostředí vzdělávání a školských službách, které odpovídají zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte. Děti se SVP mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením. (§16 odst. 1 z. č. 561/2004 Sb.)

Podpůrná opatření představují popis doporučení ke vzdělávání žáků se SVP na jednotlivých stupních škol – MŠ, ZŠ, SŠ. Opatření lze využívat v běžných školách v rámci individuální integrace žáků se SVP, skupinové integrace či ve školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením. (Michalík et al., 2015a)

„*Podpůrná opatření spočívají v:*

- a) poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,*
- b) úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,*
- c) úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,*
- d) použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,*

- e) *úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,*
- f) *vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu (dále pouze IVP),*
- g) *využití AP,*
- h) *využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo*
- i) *poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.“ (§ 16 odst. 2 z. č. 561/2004 Sb.)*

Základním příjemcem a uživatelem podpůrného opatření je dítě se SVP. Aplikace jednotlivých opatření je v rukou pedagogických pracovníků. Vzdělávání žáků se SVP je náročným procesem, který má spoustu proměnných, které jsou závislé na konkrétních podmínkách daného školského zařízení. Nelze proto jednotlivé stupně brát striktně a bez možnosti zohlednění individuálních potřeb dítěte. Vždy je nutné brát v potaz individuální potřeby dítěte a stanovit podpůrná opatření přesně tak, jak to dané dítě potřebuje. (Baslerová et al., 2015)

V roce 2013/2014 navštěvovalo MŠ celkem 363 568 dětí, z nichž 10 063 jich bylo se SVP. Jedná se o 2, 77% dětí se SVP z celkového počtu dětí v MŠ. (Baslerová et al., 2015)

V Tabulkách 1 – 3 (viz níže) jsou uvedeny hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v MŠ za školní rok 2018/2019 projednané MŠMT. V Tabulce 1 je možné vidět celkový počet dětí se SVP od školního roku 2016/2017 do školního roku 2018/2019. V posledním uvedeném školním roce 2018/2019 bylo celkem dětí se SVP 14 211, z toho 11 245 bylo dětí znevýhodněných dle § 16 odst. 9 školského zákona, 886 dětí s jiným zdravotním znevýhodněním, 1 775 dětí sociálně či kulturně znevýhodněných a 315 dětí socio - kulturně znevýhodněných. Dále v tabulce je možné vidět informaci o mimořádně nadaných dětech navštěvující MŠ, kterých bylo v tomto školním roce celkem 14.

**Tabulka 1 Počty dětí se SVP a mimořádně nadaných dětí v MŠ ve školním roce 2016/2017 – 2018/2019**

		2016/17	2017/18	2018/19
<b>Děti se SVP celkem</b>		<b>12 565</b>	<b>14 101</b>	<b>14 211</b>
z toho	znevýhodnění podle § 16 odst. 9 ŠZ	10 486	10 788	11 245
	s jiným zdrav. znevýhodněním	620	815	886
	kategorie K	789	1 253	1 209
	kategorie Z	520	599	566
	kategorie V	314	436	315
<b>Mimořádně nadané děti</b>		<b>7</b>	<b>14</b>	<b>14</b>

(Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 30. 9. 2018, 2019, s. 5)

V Tabulce 2 je možno vidět, že celkový počet dětí se znevýhodněním dle § 16 odst. 9 školského zákona ve školním roce 2018/2019 je 11 245. Ve školním roce 2017/2018 se jednalo o 10 788 dětí a ve školním roce 2016/2017 se jednalo o 10 486 dětí. Z celkového počtu dětí 11 245 ve školním roce 2018/2019 se celkem 2 837 dětí vzdělávalo ve speciální MŠ. V běžných MŠ se pak vzdělávalo 8 408 dětí, z toho se 4 367 dětí vzdělávalo v běžných třídách a 4 041 ve speciálních třídách při běžných MŠ. Z celkového počtu dětí se znevýhodněním dle § 16 odst. 9 školského zákona trpělo nejvíce dětí vadami řeči (5 661), poté děti měli diagnostikováno souběžně více vad najednou (1 494) a poté nejčastějšími diagnózami byly závažné vývojové poruchy (1 115) a poruchy autistického spektra (1 108). Poté následovaly diagnózy zrakového postižení (456), tělesného postižení (409), lehké mentální retardace (377), sluchového postižení (281), středně těžké mentální retardace (279) a nejméně bylo vzděláváno dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací (65), kdy z tohoto počtu pouhých 16 dětí se vzdělávalo ve speciálních MŠ.

Tabulka 2 Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v MŠ ve školním roce 2018/2019

	Celkem	Běžné mateřské školy			Speciální mateřské školy	
		Celkem	Běžné třídy	Spec. třídy		
<b>Počet MŠ</b>	<b>5 287</b>	5 175	×	×	112	
<b>Počet tříd v MŠ</b>	<b>16 064</b>	15 751	15 401	350	313	
<b>Počet dětí v MŠ</b>	<b>363 776</b>	360 915	356 842	4 073	2 861	
<b>Počet dětí se znevýhodněním podle § 16 odst. 9</b>	<b>11 245</b>	<b>8 408</b>	<b>4 367</b>	<b>4 041</b>	<b>2 837</b>	
<b>jako % celkového počtu dětí v MŠ</b>	3,09 %	2,31 %	1,20 %	1,11 %	0,78 %	
v tom	s lehkým mentálním postižením	377	264	213	51	113
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	70,0 %	56,5 %	13,5 %	30,0 %
	se středně těžkým mentálním postižením	279	227	178	49	52
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	81,4 %	63,8 %	17,6 %	18,6 %
	s těžkým a hlubokým mentálním postižením	65	49	40	9	16
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	75,4 %	61,5 %	13,8 %	24,6 %
	se sluchovým postižením	281	175	135	40	106
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	62,3 %	48,0 %	14,2 %	37,7 %
	se zrakovým postižením	456	253	111	142	203
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	55,5 %	24,3 %	31,1 %	44,5 %
	s vadami řeči	5 661	4 608	1 475	3 133	1 053
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	81,4 %	26,1 %	55,3 %	18,6 %
	s tělesným postižením	409	318	278	40	91
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	77,8 %	68,0 %	9,8 %	22,2 %
	se závažnými vývojovými poruchami	1 115	1 004	925	79	111
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	90,0 %	83,0 %	7,1 %	10,0 %
	se souběžným postižením více vadami	1 494	729	436	293	765
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	48,8 %	29,2 %	19,6 %	51,2 %
	děti s poruchami autistického spektra	1 108	781	576	205	327
	% z celkového počtu dětí s tímto postižením	100,0 %	70,5 %	52,0 %	18,5 %	29,5 %

(Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 30. 9. 2018, 2019, s. 4)

Dlouhodobě je vidět, že dochází ke snižování podílu dětí znevýhodněných dle § 16 odst. 9 školského zákona, které se vzdělávají ve speciálních třídách MŠ, a naopak se zvyšuje podíl těchto dětí v běžných třídách MŠ, tento jev je možno pozorovat níže viz Tabulka 3. Podíl v roce 2016/2017 byl 73, 9% a v roce 2017/2018 pak jen 65% dětí a ve školním roce 2018/2019 se jednalo o 61, 2% dětí znevýhodněných dle § 16 odst. 9 školského zákona. Podíl dětí, které byly individuálně integrované do běžných MŠ, byl v roce 2016/2017 26, 1%, následující školní rok 35% a ve školním roce 2018/2019 vzrostl tento podíl na 38, 8%.

**Tabulka 3 Počty a podíly dětí se znevýhodněním v MŠ v letech 2010/11 až 2018/19**

	2010/11	2011/12	2012/13	2013/14	2014/15	2015/16	2016/17	2017/18	2018/19
Počet dětí	328 612	342 521	354 340	363 568	367 603	367 361	362 653	362 756	363 776
Znevýhodnění podle § 16 odst. 9 (Z16/9)	9 236	9 510	9 767	10 063	10 312	10 536	10 536	10 788	11 245
– individuálně integrování	1 911	2 032	2 156	2 299	2 484	2 748	2 748	3 774	4 367
– ve speciálních třídách	7 325	7 478	7 611	7 764	7 828	7 788	7 788	7 014	6 878
Podíl Z16/9 na celkovém počtu dětí v MŠ	2,81%	2,78%	2,76%	2,77%	2,81%	2,87%	2,91%	2,97%	3,09%
Podíl dětí individuálně integrovaných z celkového počtu Z16/9	20,7%	21,4%	22,1%	22,8%	24,1%	26,1%	26,1%	35,0%	38,8%
Podíl dětí ve speciálních třídách z celkového počtu Z16/9	79,3%	78,6%	77,9%	77,2%	75,9%	73,9%	73,9%	65,0%	61,2%

(Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 30. 9. 2018, 2019, s. 5)

Mezi nejčastějšími podpůrnými opatřeními, která MŠ požadovala, byl AP sdílený v MŠ (s úvazkem 0, 50). V roce 2017 vykázaly MŠ celkem 2 963 pozice AP. Tento počet odpovídal 2 205, 6 úvazku. V roce 2018 již počet AP stoupl na 3 536, resp. 2 696, 3 úvazku. Meziroční nárůst pozice AP činí 490, 7 úvazků, tedy 22, 2%. V Tabulce 4 je k dispozici náhled na 20 nejčastěji využívaných podpůrných opatření v MŠ za školní rok 2017/2018 a jejich financování.

**Tabulka 4 Nejčastější podpůrná opatření v MŠ za školní rok 2017/2018**

Název podpůrného opatření	Stav při zohlednění ukončení poskytování		
	Celkem PO	Finance požadovány	Finance nepožadovány
030501A20 - Asistent pedagoga sdílený ve škole (úvazek 0,50)	1168	935	233
030501A30 - Asistent pedagoga sdílený ve škole (úvazek 0,75)	883	713	170
040501A40 - Asistent pedagoga (úvazek 1,0)	802	658	144
C30102A01 - Pomůcky pro rozvoj řeči	583	497	86
A30201A01 - Pomůcky pro rozvoj řečových funkcí, nácvik jaz. kompetencí ve všech jaz.rovinách	567	399	168
A30101A01 - Pomůcky pro podporu sluchového vnímání a rozlišování	364	272	92
020602A01 - Předmět speciálně pedagogické péče (1 hodina)	349	268	81
A30202A01 - Pomůcky pro rozvoj myšlení, paměti, pozornosti	311	236	75
A20201A01 - Pomůcky pro rozvoj řečových funkcí, nácvik jaz. kompetencí ve všech jaz.rovinách	255	197	58
F30101A01 - Pomůcky pro relaxaci (koberec, overball aj.)	234	225	9
F30102A01 - Pomůcky pro organizaci času, prostoru a postupu práce	203	192	11
B30206A01 - Speciální didakt. pomůcky pro rozvoj jemné motoriky a vizuomotorické koordinace	201	189	12
A20101A01 - Pomůcky pro podporu sluchového vnímání a rozlišování	197	162	35
030501A10 - Asistent pedagoga sdílený ve škole (úvazek 0,25)	140	111	29
E30202A01 - Soubor pomůcek pro nácvik sociálních dovedností	138	132	6
A20202A01 - Pomůcky pro rozvoj myšlení, paměti a pozornosti	122	106	16
A40202A01 - Speciální pomůcky pro rozvoj komunikačních funkcí a jazykových kompetencí	112	104	8
D30104A01 - Polohovací pytle	107	102	5
B30209A01 - Náorné didaktické manipulační pomůcky pro rozvoj dílčích funkcí	106	100	6
A30204A01 - Speciální učební materiály na rozvoj smyslového vnímání	105	72	33

(Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 30. 09. 2018, 2019)



### 3.1 Podpůrná opatření

Základním východiskem pro stanovení stupně podpůrných opatření je závažnost postižení či znevýhodnění dítěte. Různá postižení či znevýhodnění vyžadují různou intenzitu zvoleného podpůrného opatření. Podpůrná opatření jsou ilustrativně rozdělena do pěti stupňů, kdy každý stupeň je charakterizován v klíčových oblastech. (Baslerová et al., 2015)

Jednotlivé stupně jsou podrobně definovány vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných a její přílohou č. 1.

#### 3.1.1 Stupeň 1

*„Podpůrná opatření prvního stupně představují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo školských službách a zapojení v kolektivu.“* (§ 2 odst. 1 vyhlášky č. 27/2016 Sb.)

Cílem tohoto stupně podpůrného opatření je kompenzovat mírné obtíže ve vzdělávání žáka a aplikovat dostupné metody a formy práce, které mohou působit preventivně s ohledem na zhoršování školní úspěšnosti žáka. Jedná se především o prevenci. V tomto stupni je snaha o stabilizaci školních výkonů jednotlivých dětí se SVP. Tento stupeň podpůrných opatření se netýká dětí, které z důvodu závažnosti svého zdravotního stavu náleží do vyšších stupňů podpory. Stupeň 1 je určen dítěti na základě pozorování pedagogem při působení ve škole, rozbořech jeho prací, dlouhodobém hodnocení, znalosti sociálního zázemí dítěte, znalosti zdravotního stavu dítěte i znalosti rodinné situace. Opravdová znalost žáka pedagogem je nutná podmínka pro možnost nalezení jeho postupných selhávání a včasného zásahu preventivními opatřeními a pomocí dítěti předejít větším vzdělávacím problémům. Konkrétní příklad takovéto podpory může spočívat v úpravě délky a tempa jednotlivých činností, individualizaci výuky, úpravě plánování a organizaci využití času stráveného ve školském zařízení mimo řízené činnosti, častější kontrole a poskytování zpětné vazby atd. Jedná se o zásady a pravidla individuálního přístupu, které by měl zvládat každý vzdělaný učitel. (Baslerová et al., 2015)

#### 3.1.2 Stupeň 2

*„Podpůrná opatření druhého až pátého stupně se poskytují na základě doporučení školského poradenského zařízení a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka.“* (§ 2 odst. 3 vyhlášky č. 26/2016 Sb.)

Cílem těchto opatření je kompenzovat mírné problémy ve vzdělání žáka s využitím speciálních učebnic a speciálních učebních nebo kompenzačních pomůcek a zařazování

speciálně pedagogických metod a forem práce, které je učitel schopen realizovat bez závažnějších dopadů na vzdělávání ostatních dětí ve třídě. Nejlepší možnou verzí je plné zapojení žáka do společné výuky s důrazem na individuální přístup k dítěti. Opatření z 2. stupně se realizují na základě doporučení školského poradenského zařízení. Výuka dítěte je většinu času realizována společně s ostatními dětmi, případně při tvoření menších skupinek může dojít k vytvoření skupiny dětí, které mají obdobný problém ve vzdělávání. Učitel by měl reagovat a pracovat s individuálními potřebami dítěte, volit vhodné metody a styl výuky a využívat kooperativního učení. Na základě doporučení školského poradenského zařízení se dítě může vzdělávat s podporou jednoduchých didaktických či speciálně didaktických pomůcek, kdy se jedná např. o zjednodušené výukové materiály, nástavce na psací potřeby, přehledy denního režimu atd. Obsah učiva dítěte odpovídá běžnému RVP PV s výjimkou toho, že některé výstupy mohou být redukovány v závislosti na možnostech daného dítěte, v tomto případě však musí být vypracován IVP. IVP v tomto stupni podpory neobsahuje doporučení úprav ve všech oblastech. Vyhodnocování opatření se koná ve spolupráci se školským pedagogickým zařízením, které daná opatření doporučilo. V tomto stupni může již dítě využít dalšího pedagogického pracovníka, doba jeho působení je ale omezena na 1 hodinu týdně. V tomto případě je možné zvolit tzv. sdíleného asistenta, kdy tento asistent působí jako podpora pro větší počet dětí, které jeho pomoc potřebují. V současnosti není legislativně ani organizačně zcela vyjasněna jeho dopomoc ve třídách. Oproti 1. stupni podpůrného opatření zde dítěti již náleží navýšení finančních prostředků ze státního rozpočtu v míře potřeb daného dítěte. (Baslerová et al., 2015)

### **3.1.3 Stupeň 3**

Pokud je ve skupině dětí dítě se 3. stupněm podpůrných opatření, je nutno provést úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání i hodnocení žáka. Rozsah opatření většinou zahrnuje úpravy ve vzdělávacích podmínkách a postupech režimu práce během dne. Opatření jsou opět realizována na základě doporučení školního pedagogického zařízení. V tomto stupni podpůrných opatření je také nutná speciálně pedagogická a psychologická podpora, která se provádí dle potřeby ve škole, ve školském pedagogickém zařízení či v rodině dítěte. Při samotném vzdělávání je nutno využít již speciální formy, metody a postupy. Většina dětí v tomto stupni opatření jsou již vzdělávány pomocí IVP. Obsah učiva může být v odůvodněných případech redukován. Dále dítě zařazené v tomto stupni podpůrného opatření může využívat speciální učebnice, didaktické, kompenzační i rehabilitační pomůcky a případně také systémy komunikace neslyšících a hluchoslepých

osob nebo prostředky alternativní či augmentativní komunikace. Charakter SVP žáka je takový, že vyžaduje již i podporu práce pedagogického pracovníka AP, je možné také využití sdíleného asistenta. Časová dotace asistentů je pak cca 9–27 hodin týdně. Školské zařízení, které navštěvuje žák 3. stupně podpůrných opatření, získává navýšený finanční prostředek ze státního rozpočtu. Tato finanční podpora umožňuje vzdělávání dětí se SVP v počtu cca 8–14 žáků. (Baslerová et al., 2015)

#### **3.1.4 Stupeň 4**

Dítě s podpůrným opatřením 4. stupně je vždy vzděláváno s podporou IVP na základě doporučení pracovníka ze školského pedagogického zařízení. Vyžadují se již podstatné úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání. Dítě je vzděláváno dle speciálně upraveného ŠVP. Ve vzdělávání je pak nutnost využívání speciálních didaktických pomůcek, dále kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, které často bývají finančně náročné, a ve většině případů je nutná úprava prostředí v daném školském zařízení. U některých dětí může být nutná podpora komunikace či využití alternativních forem komunikace s potřebou speciálních pomůcek, jako jsou počítače, komunikátory, speciální klávesnice atd. Obvykle dítě s tímto stupněm podpory potřebuje dalšího pedagogického pracovníka, který může vykonávat rozšířenou asistenci o poskytování pomoci při pohybu či sebeobsluze. Nutností je průběžné hodnocení IVP. Pro zhodnocení přínosu IVP je možno zařadit do programu pravidelná konzilia jednotlivých pracovníků, kteří jakýmkoli způsobem přicházejí do styku s dítětem při jeho vzdělávání. Pokud školské zařízení vzdělává žáka ve 4. stupni podpůrných opatření, dostává navýšené finanční prostředky ze státního rozpočtu. Finanční podpora umožňuje vzdělávání skupiny žáků se SVP v počtu 6 – 8 žáků. (Baslerová et al., 2015)

#### **3.1.5 Stupeň 5**

Dítě zařazené do 5. stupně podpůrných opatření vyžaduje nejvyšší míru přizpůsobení se organizace v obsahu, formě a metodách vzdělávání. Obsah učiva je vždy modifikován a redukován vzhledem k jeho možnostem. Při vzdělávání je nutné využívat speciální učebnice, alternativní výukové materiály, speciální didaktické, kompenzační a rehabilitační pomůcky a vždy je nutná úprava školního prostředí. U některých žáků v tomto stupni opatření je zapotřebí využívat náhradní formy komunikace nebo speciální potřebné pomůcky pro alternativní komunikaci. Vzniká zde potřeba zařazení dalšího pedagogického pracovníka nejen na čas výuky, ale také na umožnění dítěti věnovat se některým mimoškolním aktivitám, jako jsou zájmové kroužky atd. V případě potřeby je možné využít individuální výuky dítěte v domácím prostředí, která je zajišťována pedagogickým pracovníkem

či pracovníkem ze školského poradenského zařízení. Školské zařízení, které poskytuje vzdělávání žáka v 5. stupni podpůrných opatření získává finanční podporu ze státního rozpočtu. Tato finanční podpora umožňuje individuální vzdělávání dítěte v rozsahu 6 - 8 hodin týdně či vzdělávání skupiny žáků se SVP v počtu 4 - 6 žáků. (Baslerová et al., 2015)

Podpůrná opatření mají za úkol vyrovnat rozdíly ve vzdělávání. Snaží se podporovat práci pedagoga s dítětem se SVP. Cílem využití podpůrného opatření vhodného stupně je vyrovnat podmínky pro vzdělávání dětí se SVP. Žampachová et al. (2015) v katalogu podpůrných opatření zmiňují využívání intervencí u jednotlivých stupňů podpůrných opatření. Je možno využívat terapeutické a edukativní přístupy. Dle autorů sem spadá zooterapie, arteterapie, muzikoterapie, ergoterapie, dramaterapie, terapie tancem či terapie ve Snoezelen místnosti.

## **3.2 Školská poradenská zařízení**

Tato zařízení zajišťují dětem a jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízení informacemi, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost. Poskytují dále odborné speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické služby, preventivně-výchovnou péči a mohou napomoci při volbě vhodného vzdělávání dětí a přípravě na budoucí povolání.

Personálně jsou tato zařízení zajištěna speciálními pedagogy, psychology či sociálními pracovníky. Jejich činnost přispívá zejména k vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný, psychický a sociální vývoj dětí, snaží se naplňovat jejich vzdělávací potřeby a o rozvoj schopností, dovedností a zájmů před a v průběhu vzdělávání, zajímají se o prevenci a řešení výukových problémů, vytvářejí vhodné podmínky, formy a způsoby integrace dětí se zdravotním postižením, zmírňují důsledky zdravotního postižení a snaží se o prevenci jejich vzniku.

Zařízení spolupracují s orgány sociálně - právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, poskytovateli zdravotnických služeb, případně i s dalšími orgány a institucemi. Za školské poradenské zařízení se považuje také středisko výchovné péče. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016; Mikulková et al., 2014)

### **3.2.1 Střediska výchovné péče**

Střediska výchovné péče jsou legislativně vymezena zákonem č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních. Dále vyhláška č. 458/2005 Sb., kterou se upravují

podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče a § 116 školského zákona č. 561/2004 Sb. upravují podrobnosti o organizaci výchovně vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče. Střediska jsou součástí preventivně výchovné péče. Tato péče spočívá v poskytování poradenských, terapeutických, diagnostických, vzdělávacích, speciálně pedagogických a psychologických, výchovných a sociálních a informačních služeb dětem s rizikem poruch chování či s již rozvinutými projevy poruch chování a negativních jevů v sociálním vývoji, u nichž je nařízena ústavní výchova či uložena ochranná výchova, nejdéle do 26 let věku dítěte. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016; Mikulková et al., 2014) *„Účelem středisek je poskytovat preventivně výchovnou péči, a tím zejména předcházet vzniku a rozvoji negativních projevů chování dítěte nebo narušení jeho zdravého vývoje, zmírňovat nebo odstraňovat příčiny nebo důsledky již vzniklých poruch chování a přispívat ke zdravému osobnostnímu vývoji dítěte.“* (§ 1 odst. 3 zákona č. 109/2002 Sb.)

### **3.2.2 Speciálně pedagogická centra**

Centra poskytují služby v oblasti psychologické, speciálně - pedagogické a sociální. Zaměřují se převážně na pomoc dětem se zdravotním postižením, které se vzdělávají na všech typech škol a nabízí své možnosti metodické podpory i zákonným zástupcům, pedagogickým pracovníkům či přímo školám. Zajišťují informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost.

Legislativně jsou vymezena, stejně jako pedagogicko-psychologické poradny, vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných ve znění pozdějších úprav. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016; Mikulková et al., 2014)

Personálně jsou nejčastěji v týmu speciální pedagogové, psychologové a sociální pracovníci. Podle druhu a stupně zdravotního postižení mohou v jednotlivých centrech být členem týmu i další odborníci. Poradenská služba speciálně pedagogického centra probíhá ambulantní či terénní formou. Do terénní formy nejčastěji spadá výjezd do rodin, škol, případně do zařízení, které pečuje o žáky se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním. Forma poskytnuté péče záleží na individuálních potřebách dítěte či možnostech centra. (Mikulková et al., 2014)

*„Centrum:*

*a) zjišťuje připravenost žáků uvedených v odstavci 1 na povinnou školní docházku,*

- b) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků uvedených v odstavci 1 a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává odborné podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků,
- c) zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky uvedené v odstavci 1, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona, nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky<sup>2)</sup>,
- d) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu<sup>4)</sup> za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
- e) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu<sup>4)</sup> pro zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka,
- f) poskytuje kariérové poradenství žákům uvedeným v odstavci 1,
- g) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků uvedených v odstavci 1, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti,
- h) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků uvedených v odstavci 1,
- i) poskytuje metodickou podporu škole,
- j) poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáků.“ (§ 6 odst. 4 vyhlášky č. 72/2005 Sb.)

### **3.2.3 Pedagogicko-psychologické poradny**

Legislativně jsou tyto poradny ukotveny stejně jako speciální pedagogická centra. Poradny zajišťují diagnostické, konzultační, intervenční, terapeutické a metodické činnosti dětem od tří let věku, žákům, studentům, zákonným zástupcům či pedagogickým pracovníkům. Poradny poskytují odborné služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství, pedagogicko-psychologické pomoci při výchově a vzdělávání dětí a napomáhá při jejich přípravě a při volbě budoucího povolání, dále nabízí konzultace

žákům, rodičům, zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům MŠ, ZŠ a SŠ. Nejčastěji jsou v poradnách týmy skládající se z psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovníků. Své služby většinou nabízejí ambulantní formou nebo formou návštěv pracovníků poradny ve školách, školských i jiných zařízeních, takže je možná i terénní forma této služby. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016; Mikulková et al., 2014)

*„Poradna:*

- a) zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní zprávu a doporučení,*
- b) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka,*
- c) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu<sup>4</sup>) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka nebo mimořádného nadání žáka,*
- d) vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu<sup>4</sup>) k zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka,*
- e) provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky mimořádně nadané,*
- f) poskytuje žákům přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci,*
- g) poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji; jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků,*
- h) poskytuje poradenské služby žákům z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami,*
- i) poskytuje metodickou podporu škole a školskému zařízení při poskytování poradenských služeb a podpůrných opatření,*
- j) poskytuje žákům kariérové poradenství,*
- k) poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáka,*

*l) prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci rizikového chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence.“ (§ 5 odst. 3 vyhlášky č. 72/2005 Sb.)*

### **3.3 Asistent pedagoga**

Jedná se o pedagogického pracovníka, díky němuž dochází k naplňování podpůrných potřeb ve vzdělávání u dětí, žáků a studentů se SVP. Cílem jeho působení je podpora práce samotného pedagoga, který pracuje s dětmi, jež potřebují zvýšenou míru podpory ve vzdělávání. Mezi funkce AP patří zkvalitnění přístupu k žákům se SVP, přispět k vytvoření podmínek pro individualizaci, naplňovat vzdělávací potřeby všech žáků ve třídě, ve které se vzdělává dítě se SVP. Ke vzniku pozice AP v MŠ je nutné doporučení školského poradenského zařízení (dle zákona č. 561/2004 Sb., § 16 odst. 9). Odborníci z tohoto zařízení rozepíší, jakou přesně činnost má AP vykonávat a po jak dlouhou dobu. Po tomto doporučení žádá ředitel MŠ krajský úřad o souhlas se zřízením této funkce. Financování na pozici AP získává MŠ díky kraji v rámci svého normativního rozpočtu. AP vykonává přímou pedagogickou činnosti v rozsahu 20 - 40 hodin týdně. Samotný rozsah přímé pedagogické činnosti AP stanovuje ředitel školy. AP nevykonává samostatně výuku. Pokud je dítěti přiřazen AP a dítě je dlouhodobě nemocné, může AP zajišťovat vzdělávání tohoto dítěte i v domácím prostředí. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016)

V ČR působí ve školách více jak pět tisíc osob v pracovní pozici AP. Formálně je pozice ustanovena dle školského zákona č. 561/2004 Sb. od roku 2005. Legislativně je pozice AP zakotvena v § 16 odst. 2 písm. g) školského zákona. (Národní pedagogický institut České republiky, 2016; Michalík et al., 2015b)

Standard práce AP vymezuje dvě zásadní role zcela jasně. První rolí AP je být dobrým partnerem učitelů, AP je druhý pedagogický pracovník ve třídě. Role AP je mnohem širší než pouze přímá podpora vybraného dítěte či malé skupiny dětí se SVP. Druhou zásadní rolí je podpora vzdělávání žáků se SVP. Náplň práce AP obsahuje přímou práci s dítětem se SVP, která je doplňována dle zájmu a potřeby o další v praxi uplatňované činnosti. AP výrazně ovlivňuje klima třídy, ve které působí. Přítomnost AP ve třídě, ve které je dítě se SVP neznamena rezignaci na přímou práci učitele právě s tímto dítětem. (Michalík et al., 2015b)

Michalík et al. (2015b) popisují základní činnosti AP jako individuální či skupinovou podporu žáků se SVP v rámci výuky přímo ve třídě, kdy tato podpora sahá od přípravy pomůcek, učebních materiálů až po zadávání instrukcí, vedení či dopomoc pro splnění



výukových činností. Další podpora je specifikována mimo třídu, tzn. v jiné třídě, kabinetu či na specializovaném pracovišti. K této formě podpory by mělo docházet výjimečně a ve velmi dobře odůvodněných případech. Další možnost podpory je práce AP s žáky bez SVP, kdy AP může dohlížet nad skupinovou prací či pomáhat při opakování již osvojené látky. Tato podpora je vyhledávána za účelem umožnit pedagogovi, aby mohl věnovat více času a své péče žákům se SVP. Možnou variantou je např. rozdělit děti na dvě skupiny, kdy učitel v jedné skupině probírá zcela novou látku a AP v druhé skupině, dle zadání učitele, procvičuje již probranou látku. Značná část podpory od AP spočívá v dopomoci při sebeobsluze dítěte a doprovodu při pohybu během vyučování. Mezi základní činnosti AP spadá také společná příprava s učitelem na výuku. Je to základní předpoklad pro to, aby AP byl vždy do výuky připravený, informovaný o tom, s kým a na čem bude pracovat. Dalšími činnostmi AP může být doučování žáků, komunikace s rodiči žáků či konzultace s poradenskými pracovníky.

### **3.4 Individuální vzdělávací plán**

Jedná se o podpůrné opatření, které má upřesnit způsob práce s žákem a zdůraznit jeho individuální potřeby. Doporučení IVP ukazuje na požadavky změn metod, organizace, forem výuky a hodnocení pro pedagoga, který žáka se SVP vzdělává. (Metodický pokyn k novele vyhlášky č. 27/2016 Sb.) Základní náležitosti jsou uvedeny v § 3 a 4 vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných, která jako přílohu obsahuje formulář pro IVP (viz Příloha 1). IVP zpracovává škola pro žáka od druhého stupně podpůrných opatření na základě doporučení školského poradenského zařízení a žádosti zákonného zástupce. Zpracování IVP vychází ze ŠVP, obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů podpůrných opatření poskytovaných v kombinaci s tímto IVP. Naplňování IVP vyhodnocuje školské poradenské zařízení ve spolupráci se školou nejméně jednou ročně. Pokud je žákovi přiřazen AP, IVP je pro něj často nadbytečný a často se k možnosti využití i IVP nepřistupuje. (Metodický pokyn k novele vyhlášky č. 27/2016 Sb.; MŠMT, 2013)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1 CÍL PRÁCE

Deskripce a analýza možností zjednodušení přechodu z MŠ do ZŠ u dětí se SVP pomocí dětské ergoterapie.

## 2 VÝZKUMNÉ OTÁZKY

- Jak může dětská ergoterapie zjednodušit dětem předškolního věku se SVP přechod z MŠ do ZŠ? Případně jakým způsobem?
- Jaké jsou možnosti AP implementovat požadavky ergoterapeuta do školního prostředí?

## 3 METODIKA VÝZKUMU

### 3.1 Typ bakalářské práce

Bakalářská práce je teoreticko-praktického charakteru. Jedná se o kvalitativní výzkum, přesněji případovou studii. Cílem výzkumu je podání co nejvíce komplexního popisu této problematiky, proto byla zvolena deskriptivní případová studie. Jde o využití kazuistik dvou dětí předškolního věku se SVP, které navštěvují MŠ, ve které mají k dispozici AP a zároveň dochází či docházely ambulantní formou na ergoterapii na Kliniku rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty a FNM.

### 3.2 Stručný popis postupu práce

Bakalářská práce byla zpracovávána v časovém horizontu od 01/2020 do 03/2021. Nejprve proběhl výběr výzkumného souboru. Byly do něho vybrány děti se SVP, které navštěvují MŠ a v ní mají k dispozici AP. Zároveň navštěvují či navštěvovaly ambulantní formou ergoterapii na Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FNM v časovém rozmezí od 01/2020 do 01/2021. Dítě se SVP muselo absolvovat minimálně pět ergoterapií a AP musel být přítomen minimálně na jedné z nich. Přítomnost AP byla nutná pro nastavení možnosti práce s dítětem se SVP v prostorách MŠ. Od daných AP byla získána zpětná vazba pomocí strukturovaného rozhovoru pro zhodnocení přínosu ergoterapie pro dítě se SVP a možnosti implementace

daných opatření do prostředí MŠ. Dále došlo ke zpracování všech získaných dat a zpracování kazuistik vybraných dětí. Za konečnou fázi je považováno shrnutí výsledků a zpracování diskuze.

### 3.3 Výzkumný soubor

Pro výběr výzkumného souboru byl využit účelový výběr na základě stanovených kritérií pro začlenění do výzkumu. Všichni vybraní probandi jsou děti předškolního věku se SVP, které navštěvují běžnou MŠ a kde mají k dispozici AP. Zároveň absolvovali 5x ergoterapii na Klinice rehabilitace a tělovýchovného lékařství 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FNM, přičemž minimálně na jedné byl přítomen AP.

Celkem se výzkumu zúčastnili tři probandi, kteří splnili předem stanovená kritéria, bohužel zákonní zástupci jednoho probanda si nepřáli zveřejnění v této kvalifikační práci, tudíž celkově v této bakalářské práci budou uvedeni dva probandi, jedna dívka a jeden chlapec. Základní charakteristika probandů je uvedena v Tabulce č. 3.

**Tabulka 5** Základní charakteristika vybraných probandů

<b>Pohlaví (DxCH)</b>	1x1
<b>Průměrný věk</b>	6 let 5 měsíců
<b>Primární lékařská diagnóza</b>	dětská mozková obrna
<b>Porucha horní končetiny (DoxN)</b>	1x1

Legenda: D = dívky; CH = chlapci; Do = dominantní horní končetina; N = nedominantní horní končetina

Dívka byla ve věku šesti let a dvou měsíců a chlapec ve věku šesti let a jedenácti měsíců. Věk probandů je uváděn k lednu 2021. Chlapec má aktuálně odklad PŠD. Průměrný věk probandů je poté šest let a pět měsíců. Všichni zákonní zástupci uvedených a uveřejněných probandů s jejich účastí v tomto výzkumu souhlasili. Oba probandi jsou zařazeni mezi děti se SVP z důvodu stanovení lékařské diagnózy dětské mozkové obrny. Oběma je diagnostikována stejná forma a tou je spastická hemiplegická mozková obrna. Největší limitací obou probandů je porucha hybnosti jedné z horních končetin (dále pouze HK). U chlapce se jedná o dominantní HK, u dívky jde o poruchu hybnosti nedominantní HK. Oba probandi měli postiženou i dolní končetinu na homolaterální straně. Nicméně toto postižení nebylo tak výrazné, probandy nijak nelimitovalo, a proto se tato práce zaměřuje pouze na problematiku týkající se horních končetin (dále pouze HKK).

### **3.4 Etická hlediska výzkumu**

Dle Hendla (2009) je nutností, aby účastníci ve výzkumu byli předem informováni o svých právech, principech a cílech výzkumu, než se do samotného výzkumu zapojí. Jelikož tato bakalářská práce pracuje s dětmi se SVP, veškerá informovanost ohledně práv a samotného výzkumu byla předána zákonným zástupcům probandů. Jedna z hlavních zásad při výzkumech je utajení citlivých informací.

Zákonní zástupci vybraných probandů byli předem seznámeni s účelem výzkumu, měli možnost se na cokoliv zeptat a nechat si objasnit nejasné informace. Zákonní zástupci byli informováni, že osobní data, jako je jméno, příjmení, datum narození a rodné číslo jejich dětí, nebudou nikde publikována ani evidována. Všichni zákonní zástupci měli možnost od účasti probanda ve výzkumu kdykoli odstoupit. Odstoupení v průběhu výzkumu se také u jednoho dítěte stalo.

### **3.5 Metody sběru dat**

Data byla získávána pomocí pozorování, zápisů z jednotlivých ergoterapií a rozhovoru s oběma AP jednotlivých probandů. Všechny postřehy z pozorování byly zaznamenávány do zápisů ergoterapeuta. Při pozorování během ergoterapie byla pozorována schopnost zapojit postiženou HK do činnosti, držení těla během provádění činnosti, chování dítěte, pozornost, jeho motivace a schopnost spolupráce, reakce dítěte při zadávání úkolu, schopnost splnit zadaný úkol, schopnost verbální komunikace, schopnost kvalitně provést danou činnost s ohledem na dosažený vývoj dítěte, schopnost správně pochopit úkol a provést jej přesně dle zadaných instrukcí, jak dítě zvládá předškolní přípravu a grafomotoriku. Rozhovory s AP byly zaměřeny především na možnost implementace získaných informací z ergoterapie do školního prostředí MŠ, zda předané informace je možné zařadit do běžného dne dítěte v MŠ a zda terapie s ergoterapeutem pomohla AP pochopit potřebu speciálního přístupu k dětem se SVP.

### **3.6 Metody analýzy dat**

Data byla sbírána z pozorování během ergoterapií, nestrukturovaných rozhovorů se zákonnými zástupci vybraných probandů během jednotlivých ergoterapií, dále ze zdravotnické dokumentace, kde byl zaznamenán průběh každé ergoterapie, v čem se proband zlepšil a co je stále problematickou oblastí, a byly využity rozhovory s AP. Jedna z AP byla na ergoterapii vícekrát, tudíž zpětné vazby přicházely průběžně i ústní formou. Pro menší počet probandů byly využity podrobné kazuistiky.

## 3.7 Výsledky

### 3.7.1 Kazuistika č. 1

#### ČÁST 1: ÚVOD

a. **Pohlaví:** Chlapec

b. **Věk:** 6 let a 11 měsíců

Chlapec navštěvuje běžnou MŠ od 9/2017. Nyní je ve třídě předškoláků. Třidu navštěvují děti od 5 do 7 let. Již od počátku docházky v MŠ mu byla přidělena AP na 30 hodin týdně.

c. **Základní lékařská diagnóza:** Spastická hemiplegická mozková obrna (dle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů MKN-10 G802), pravostranná hemiparéza s maximem nálezu na pravé HK.

#### ČÁST 2: ANAMNÉZA

a. **Rodinná anamnéza:**

Otec: 44 let, vysokoškolské vzdělání, povoláním lékař, cizinec (Afrika), hypertenze

Matka: 41 let, bakalářské vysokoškolské vzdělání, povoláním učitelka ve speciální MŠ, zdráva

Sestra: 13 let, žákyně logopedické ZŠ, rysy vývojové dysfázie, dochází ambulantní formou na klinickou logopedii

Babička: kolem 65 let, stále pracuje jako klinická logopedka, bydlí cca 500m od rodiny, pomáhá převážně při nutném hlídání vnoučat, v nynější epidemiologické situaci zastává také pozastavenou logopedickou péči, kterou nyní nemůže chlapec navštěvovat

Chlapec žije v úplné rodině. Pro oba rodiče je to jejich první manželství. Vztah mezi rodiči je dobrý. V postoji na výchovu dětí se vždy shodli. V rodině se mluví převážně českým jazykem, ale také se využívá anglického jazyka. Rodiče mezi sebou mluví česky, otec na obě děti mluví anglicky. Přibližně od 5 let začal chlapec při komunikaci s otcem využívat anglická slova. Při komunikaci s matkou a sestrou volí chlapec pouze česká slova.

b. **Osobní anamnéza:**

Narozen r. 2014, jako druhé dítě ze dvou.

Dítě bylo chtěné a plánované, gravidita riziková, hepatopatie u matky, porod proběhl v 38+2 týdnu, dle zralosti odpovídal spíše 36. – 37. týdnu, porod proběhl císařským řezem, porodní váha 2980g, porodní délka 48 cm, poporodní adaptace s komplikacemi, Apgar skóre 8-10-9, kojen byl půl roku, matka poté neměla dostatek mateřského mléka. Ve 2 měsících věku prodělal urosepsi, společně s akutní pyelonefritidou.

Chlapec navštěvuje od 6. měsíce věku fyzioterapii, cca od 3 let věku začal navštěvovat logopedii a ergoterapii. Absolvoval také několik pobytů v lázních.

Psychomotorický vývoj chlapce probíhal a stále ještě probíhá opožděně, především ve vývoji řeči. Dříve byla problematická především oblast hrubé motoriky. Chlapec se začal otáčet na břicho kolem 7. měsíce, na záda pak o půl roku později. Plazit se začal okolo 11. měsíce, plazení bylo výrazně asymetrické. Okolo 11. měsíce také začal lézt, nicméně lezení bylo problematické z důvodu parézy pravé HK, kde nebyla možná kvalitní opora o celou rozevřenou dlaň. Samostatně začal chodit od 17. měsíce, chůze byla velice často nejistá, vyhledával opory a často padal. Kvalitní a jistá chůze se dostavila od 18. měsíce. V mladším věku byla omezena jízda na odrážedle z důvodu neschopnosti udržet říditka, což rodiče kompenzovali pomocí rukavic na suchý zip, brzdy využíval pouze na levé HK. Kolem 3 let se u chlapce objevila hypersalivace, což se díky péči logopeda a orofaciální stimulací zlepšilo velmi rychle.

Chlapec navštěvoval jesle, dle matky cca od 2 let věku, poté nastoupil do běžné MŠ. Rodiče uvažují nad logopedickou speciální ZŠ z důvodu přetrvávání problémů s řečí. Chlapec se v prostředí MŠ bez větších problémů adaptoval. Je schopen navázat dobrý sociální kontakt, dokáže si hrát se svými vrstevníky. Ze začátku byla primárně limitující hybnost paretické HK, kde byla potřeba větší pomoci. Dle matky se tato hybnost paretické HK zlepšovala a chlapec zvládal více činností samostatně, avšak i dnes potřebuje velkou dávku dopomoci. Nyní je nejvíce limitující opožděný vývoj řeči.

### **c. Současný stav (pozorování během ergoterapie):**

**Chování dítěte (pozornost, motivace, schopnost spolupráce, schopnost verbální komunikace):** Chlapec je schopen dobré spolupráce, naváže dobrý sociální kontakt i s neznámou osobou. Verbálními pokyny velice dobře rozumí, dokáže danou činnost provést přesně dle zadaných instrukcí. Pokud si činnost vymyslí samostatně, vydrží u ní lépe než při činnosti, která je mu zadána. Často činnosti nedodělá do konce a vyhledává jiné. Pozornost je kolísavá. Pokud se chlapec více soustředí, dochází často k vyplazování jazyka. Ve verbální komunikaci chlapec není zdatný. Je málomluvný, spíše šeptá, odpovídá přiléhavě, většinou jednoslovně, častá je špatná výslovnost a nepřiměřená slovní zásoba. Pokud chce konkrétní předmět či hračku, spíše na ní ukáže, než aby ji pojmenoval.

**Dominance HK:** Chlapcova laterálita je silně ovlivněna parézou na pravé HK. Dle matky se chlapec v mladším věku vždy snažil využít pravou HK k úchopu či samotné činnosti. Poté, když danou činnost nezvládl pravou HK, využil levou HK. Rodiče si mysleli, že jeho dominantní rukou je tedy pravá HK. Ale dle matky postupně začal volit levou HK jako svou

dominantní a pravou HK přestal zcela využívat. Je pravděpodobné, že chlapec využívá svou levou HK jako svou dominantní.

**Zapojení paretické HK do činnosti:** Hemiparetickou pravou HK chlapec do činností aktivně nezapojuje. Pokud je činnost unimanuální, chlapec využije levou HK, pravou HK nevyužívá. Pokud se jedná o bimanuální činnosti (otevírání sklenice/krabice, navlékání korálek, čištění zubů aj.) využívá chlapec pravou HK pro statický úchop (držení sklenice/krabice, držení šňůrky – na kterou se korálky navlékají, držení kartáčku – na který vymáčkne zubní pastu) a levá HK vykonává dynamickou část činnosti. Nejvíce je problematické zapojení pravé HK při jemné motorice. Při hrubé motorice chlapec většinou problém nemá, jelikož aktivní hybnost v ramenním kloubu a loketním kloubu není tak výrazně omezená. Největším problémem je chytání drobných předmětů pravou HK. Zapojení hemiparetické pravé HK je nutné neustále chlapci opakovat. Na paretickou pravou HK využívá několik ortéz, lycrovou ortézu, kterou využívá v činnosti, a dále pevnou polohovací dlahu. Pevnou polohovací dlahu hůře toleruje a často ji odmítá. Lycrovou ortézu využívá bez problémů, jelikož mu napomáhá v činnosti s abdukci palce a zajišťuje mu lepší úchop.

**Držení těla během činnosti:** Chlapec je schopen kvalitního držení těla během činnosti vsedě u stolu. Zvládá kvalitní provedení činností ve volném sedu. Vysoký i nízký šikmý sed zvládá v nekvalitě, jelikož není schopen kvalitní opory o pravou HK. Pokud využije oporu o levou HK, samotná opora je provedena kvalitně, nicméně není schopen do pravé HK uchopovat předměty, tudíž mu není umožněna hra. Do kvalitní opory o pravou HK ho lze ale velice dobře pasivně navést a poté si dokáže hrát i v šikmých sedech. Nutností je kvalitu opory hlídat a případně chlapci poskytnout větší míru dopomoci pro kvalitní udržení opěrných reakcí.

**Reakce dítěte při zadávání úkolu, schopnost splnit úkol dle instrukcí:** Chlapec si vyslechne veškeré verbální instrukce úkolu, nicméně nemá moc velký zájem ho plnit. V některých případech je nutná názorná ukázka činnosti. Často úkol nedokončí.

**Kvalitní provedení činnosti:** Pro dokončení činnosti je nutná velká míra dopomoci, ať už verbální nebo i fyzické. Samostatně chlapec není schopen činnost dokončit. Zvládne kvalitně část činnosti, poté je nutné chlapce znovu motivovat.

**Motorický vývoj:** Chlapec zvládá bezproblémově veškeré dovednosti z hrubé motoriky (chodí samostatně a jistě i po nerovném terénu, chodí do i ze schodů a nevyužívá přísunů, přejde zcela jistě přes kladinu, hází i chytá míč – u této činnosti využívá i hemiparetickou HK, udrží stoj na jedné noze, zvládne snožmo přeskocit nízkou překážku). Problematickou

oblastí je jemná motorika, kde chlapce limituje především omezená schopnost otevírání ruky a využívání jemných úchopů a jejich nekvalitní provedení, pokud chytá předměty pravou HK. Chlapec nezvládne vystříhnout jednoduché tvary, staví z kostek pouze levou HK, neobratně a nekoordinovaně zachází s psací potřebou. Psací potřebu je nutno upravit (viz níže). Je schopen pomocí hmatu bez zrakové kontroly poznat základní geometrické tvary.

**Kognitivní vývoj:** Chlapec v kognitivní složce odpovídá svým vrstevníkům. Zvládne z kostek sestavit jednoduché 3D tvary, chápe pojmy, jako jsou stejný tvar, stejná barva, zvládá rozlišit předměty dle velikosti, dokáže rozdělit předměty dle předem stanovených kritérií, počítá do sta, číslovky pozná do deseti, předměty pojmenuje, zná většinu abecedy, dokáže se podepsat s mírnou dopomocí druhé osoby, dokáže převyprávět krátkou historku a příběh, vtípkuje, pozná rub a líc, zvládne odhadnout a vybrat si vhodné oblečení dle počasí, zvládá dobře prostorovou orientaci, chápe význam slov včera, dnes, zítra, den, noc, ráno, brzy a pozdě.

**Osobnostní a sociální vývoj:** Velice dobře se aklimatizuje na nové prostředí a nové osoby ve svém okolí. Navazuje snadno sociální interakce. Chlapec je ve většině všedních denních činností soběstačný. Dokáže se zcela samostatně obléci i svléci, a to horní i dolní polovinu těla. Nedokáže si zavázat tkaničky, které ale rodina vyloučila z jeho šatníku, takže to chlapce nijak v soběstačnosti neomezuje. Nevyužívá příbor, jí pouze lžící, maso je nutné nakrájet. Pokud se mu poskytne rozšířená rukojeť, jeho soběstačnost se tím zvýší.

**Grafomotorika:** Lateralitu nemá zcela vyhraněnou. Chlapec drží psací nástroj častěji v levé HK. Tužkový úchop není kvalitně provedený. Chlapec využívá velmi silného přítlaku. Pokud chce chlapec pro kreslení či psaní využívat pravou HK, je nutností využít násady na psací potřebu pro vytvoření silnějšího úchopu. Dalším nezbytným pomocníkem je protiskluzná podložka, jelikož chlapec nedokáže pravou HK udržet papír. Pokud má uzpůsobené prostředí, tak zvládne obkreslit základní geometrické tvary (kruh, čtverec, trojúhelník, kosočtverec), písmeny napíše své jméno, zvládá vlnovky, šikmé čáry, horní i spodní smyčku. Levou HK je písmo úhlednější a čitelnější, než pokud píše pravou HK. Při psaní levou HK není nutná speciální pomůcka na psací potřebu.

### **ČÁST 3: PROBLÉMY DÍTĚTE**

Informace z MŠ jsou takové, že se chlapec dobře zapojil do kolektivu, je velice přátelský a vždy dobře naladěný. Je velice ochotný, vypočlechně si verbální instrukce, ale je náročné zvolit vhodnou motivaci k dané činnosti. Ve třídě předškoláků má problémy převážně při motorických činnostech (grafomotorika a bimanuální činnosti)



a v komunikační oblasti (verbální komunikace, odpovědi ve větách). Pedagožky shledávají problém v nevyhraněné lateralitě a v nedostatečném vývoji řeči.

#### **ČÁST 4: ANALÝZA PŘÍPADU**

##### **a. Současná situace a její příčiny**

Problémy chlapce s největší pravděpodobností pramení z diagnózy dětské mozkové obrny, která postihuje nejen motorické dovednosti dítěte. Opožděný vývoj řeči může být také způsoben stanovenou diagnózou, ale také zátěží v rodině - bilingvinní domácí prostředí, kdy otec na chlapce mluví pouze anglickým jazykem. Chlapec mluví s otcem pouze anglicky, s ostatními členy rodiny využívá český jazyk. Za nutné považují brát ohled také na to, že chlapcova starší sestra nese rysy vývojové dysfázie. Chlapcova vada řeči ho může limitovat v navazování nových kontaktů, přestože je přátelský a rád navazuje vztahy s novými lidmi. Rodina hledá způsoby, jak chlapce podpořit a správně ho motivovat k rozvoji verbální komunikace.

Jistou výhodou je, že chlapec má kvalitní domácí prostředí, žije v úplné rodině, která se mu snaží pomoci všemožnými způsoby. Otázkou je, proč rodiče využili jeslí již od 2 let věku dítěte, zda se matka chtěla brzy vrátit do práce či měla jiné potřeby, které si chtěla splnit, a nechtěla čekat, než dítě nastoupí do MŠ. Dle matky chlapec pravidelně cvičí i v domácím prostředí dle edukace odborníků (logoped, fyzioterapeut, ergoterapeut). Pokud bereme v potaz vzdělání obou rodičů a jejich zaměstnání, je velmi nepravděpodobné, že by pro ně vzdělání nebylo důležité, a věřím, že svému dítěti vytvořili velice podnětné prostředí. Babička dítěte je povoláním klinická logopedka, vyvstává zde tedy otázka, zda dítě vnímá vztah dítě - babička nebo dítě - logopedka. Je otázkou, zda i babička dodržuje zásady nastavené rodinou nebo zda využívá svých znalostí a nesnaží se dítěti nastolit odlišná pravidla, než která se snaží dodržovat doma s rodiči. Vztah dítě - AP prý také není patologický. Vzájemná spolupráce prý byla ze začátku lehce problematická, ale nyní je dle matky vše v pořádku a chlapec si s AP rozumí velice dobře. AP pracuje s chlapcem rok, což je také její délka praxe na této pozici. Ze začátku byl problém v nastavení vzájemné komunikace a spolupráce. AP si nebyla jistá, jaké jsou její kompetence a jak může chlapci více specificky pomoci. Bála se, že by mohla negativně zasahovat učitelce do vzdělávání. Na vyjasnění těchto problémů a kompetencí AP dopomohly pravidelné konzultace s učitelkou, které probíhaly min 1x za 14 dní cca na 60 min. Také se zavedly každé ráno 30 min schůzky, kde si učitelka s AP ujasnily činnosti dne a učitelka řekla svůj pohled, co by AP měla s chlapcem zvládnout. Po ukončení dne má opět AP s učitelkou 30 min na zhodnocení celého dne. Chlapec si dokáže říci AP o pomoc, zároveň ale AP již umí

odlišit, kdy chlapec pomoc doopravdy potřebuje a kdy danou činnost pouze dělat nechce a využívá, že má k dispozici AP. Společně se zaměřují převážně na možnosti zapojení paretické HK do činností. Pokud je činnost složitějšího charakteru a chlapec není schopen činnost provést samostatně paretickou HK, využije paretickou HK alespoň k opoře. Díky opěrným reakcím dochází k podpoře tělesného schématu a chlapec lépe vnímá paretickou HK. Nejprve se snaží o zapojení paretické HK nenásilnou formou při hře, jakmile je chlapec schopen zapojit paretickou HK do hry, společně s AP zkoušejí využívat paretickou HK při řízených činnostech, např. při práci s pracovními listy.

## **ČÁST 5: NÁVRH INTERVENCE**

Dle matky došlo k výraznému motorickému zlepšení během rehabilitačních pobytů. V oblasti sociálních dovedností se chlapec nejvýrazněji zlepšil v období kolem 5 let, kdy si již zvykl na prostředí MŠ. Doporučila bych do něj poskytnout dítěti vhodné pomůcky, které by podpořily jeho psychomotorický vývoj a zároveň umožnily zlepšení v aktivní hybnosti paretické HK. Mezi tyto pomůcky se řadí např. válec, protiskluzná podložka, terapeutická hmota či rozšířená rukojeť psacího nástroje a příboru, aby chlapec zvládl využívat příboru při obědě. Tyto pomůcky, kromě válce, nejsou nijak finančně náročné, tudíž si myslím, že by mohlo být v možnostech MŠ je dítěti poskytnout, jelikož tím podpoří jeho soběstačnost. Dále považuji za vhodné pokračovat v ambulantní ergoterapii za přítomnosti AP, aby si AP neustále osvěžovala získané informace jak s chlapcem pracovat a byla si v daných krocích jistá. Nutným opatřením je stále navštěvování logopedie pro podpoření vývoje řeči.

### **Ergoterapie**

Ergoterapie byla doporučena chlapci s cílem zapojení pravé HK do tělesného schématu a její zapojení do činností, udržení protažitelnosti pravé HK a zlepšení grafomotoriky, tužkového úchopu a pro předškolní přípravu.

Chlapec s matkou absolvovali celkem 10x ergoterapii ve FNM, přičemž 2x byla přítomna také AP. Pokud byla přítomna AP, ergoterapie byla zaměřena na metody a techniky, které jsou vhodné i pro využití v prostředí MŠ. Mezi tyto metody patří využívání opor o paretickou HK, podpora správného postavení paretické HK a udržení její protažitelnosti. To znamená, že AP byla edukována ve vhodném protahování pravé HK. Chlapci pomohlo poskytnutí protiskluzné podložky při psaní a rozšíření rukojeti psací potřeby. Při druhé terapii společně s AP byly probrány možnosti využívání předchozích doporučení i ve školním prostředí. Zda je doporučení možné dobře využívat i v prostorách

MŠ a pokud ne, v čem je ten hlavní problém a jak by bylo možné dopomoci pro lepší využití i ve školním prostředí. Dále bylo využíváno technik, jako je bazální stimulace, taktilní stimulace HKK, trénink jemné motoriky, využívání PANat dlah a podpora kognitivních funkcí. Pro zlepšení pozornosti bylo využíváno také zátěžové vesty.

### **Spolupráce s AP (1)**

AP byla přidělena chlapci od prvního dne nástupu do MŠ. Na ergoterapii ke konzultaci přišla poprvé v 09/2020, kde byla informována o nutnosti navádění chlapce do opor o paretickou HK a neustálého připomínání o využívání této HK k činnosti, aby ji chlapec nezapomínal používat aktivně. AP byla také informována o důležitosti nenutit chlapce do zapojování výhradně paretické HK, ale pouze ho v této oblasti podporovat. Dále proběhla edukace o protahování paretické HK, aby nedocházelo ke zkracování důležitých svalových skupin. V neposlední řadě byly vybrány kompenzační pomůcky, které chlapci pomohou v každodenním chodu v MŠ pro větší samostatnost, jako je protiskluzná podložka a úprava psací potřeby. Společně se speciálně vzdělávacím centrem bylo po intervenci ergoterapeuta dohodnuto poskytnutí těchto pomůcek do prostředí MŠ.

### **3.7.2 Kazuistika č. 2**

#### **ČÁST A: ÚVOD**

- a. Pohlaví:** Dívka
- b. Věk:** 6 let a 2 měsíce

Dívka navštěvuje běžnou MŠ od 9/2018, heterogenní třídu. Třídu navštěvují děti od 4 do 7 let. Již od počátku navštěvování MŠ jí byla přidělena AP na 20 hodin týdně.

**c. Základní lékařská diagnóza:** Spastická hemiplegická mozková obrna (dle Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů MKN-10 G802), levostranná hemiparéza s maximem nálezu na levé HK.

#### **ČÁST B: ANAMNÉZA**

- a. Rodinná anamnéza:**

Biologický otec: 50 let, vysokoškolské vzdělání, povoláním revizor, zdrav

Nevlastní otec: 44 let, středoškolské vzdělání s maturitou, povoláním policista, zdrav

Matka: 39 let, vyučená prodavačka, pracuje na třísměnný provoz, ve skladu obchodního řetězce, hypothyreosa

Nevlastní mladší bratr, z umělého oplodnění, půlroční kojeneček, zatím zdrav

Rodiče dívky se rozvedli v jejích 3 letech, cca po roce začala matka žít s novým partnerem. V tomto období došlo k výraznému zhoršení stavu dívky, dle matky se zhoršil

rozvoj verbální komunikace a dívka začala být zakřiknutá a hůře navazovala kontakt s cizími lidmi. Nyní je dle matky již bez obtíží, navazuje nové sociální kontakty, dobře zapadá do kolektivu vrstevníků.

#### **b. Osobní anamnéza:**

Narozena r. 2014 jako první dítě ze dvou.

Dítě bylo chtěné a plánované, fyziologická gravidita, porod překotný v 40+1 týdnu, spontánní záhlavím, porodní hmotnost 3200g, porodní délka 49 cm, zkalená plodová voda, poporodní adaptace bez komplikací, Apgar skóre 10-10-10. V porodnici fyziologický novorozenec, bez poruchy hybnosti. Kojena 1,5 roku. Ve 2 měsících věku byla operována tříselná kýla.

Dívce byla definitivně potvrzena diagnóza dětské mozkové obrny až kolem 3. roku věku. Od té doby dívka pravidelně navštěvuje fyzioterapii, ergoterapii a logopedii. Absolvovala několik celostních pobytů v lázních.

Psychomotorický vývoj dívky probíhal v kojeneckém a batolecím věku opožděně. Plazit se začala v 9. měsíci, lézt po čtyřech začala v kvalitním provedení kolem 1 roku věku a od 19. měsíce je schopna zcela samostatné chůze, která dle matky cca od 3 let probíhá v normě.

Dívka nenavštěvovala jesle, MŠ navštěvuje pravidelně až od 5. roku věku. Od 3 let se pokoušeli o adaptaci v prostředí MŠ. Jako skoro čtyřletá začala docházet do MŠ na celý den.

#### **c. Současný stav (pozorování během ergoterapie):**

**Chování dítěte (pozornost, motivace, schopnost spolupráce, schopnost verbální komunikace):** Dívka je nyní schopna výborné spolupráce, naváže dobrý sociální kontakt i s neznámou osobou. Verbálním pokynům velice dobře rozumí, danou činnost provede přesně dle zadaných instrukcí, je perfekcionistka. U všech činností vydrží, dokud je nedokončí. Pokud je nedokončí dle svého řádu a očekávaného výsledku, je schopna činnost opakovat, dokud není spokojená. Zvládne udržet pozornost po celou dobu činnosti. Ve verbální komunikaci je dívka zdatná. Mluví sice potichu, ale ve větách. Je velice zvědavá. Převládá u ní spíše pomalejší psychomotorické tempo.

**Dominance HK:** Dominantní HK je pravá.

**Zapojení paretické HK do činnosti:** Jelikož má dívka paretickou nedominantní HK, nedochází k ovlivnění unimanuálních činností. Pro tyto činnosti, které vyžadují pouze jednu HK, využívá svou dominantní HK, a tudíž jí daná diagnóza nijak neomezuje. Dívka aktivně zapojuje paretickou levou HK do bimanuálních činností. Levá HK je schopna dynamických i statických částí úchopů v bimanuálních činnostech. Levá HK zvládá silové i jemné úchopy.

Dívka bezproblémově zvedne předměty menší velikosti ze země pomocí kvalitního pinzetového úchopu. Bimanuální činnosti jsou problematické převážně z důvodu horší koordinace ruka – ruka a snížené svalové síly.

**Držení těla během činnosti:** Dívka je schopna kvalitního udržení těla vsedě u stolu, zvládá také kvalitní držení těla ve volném i v šikmých sedech na obě strany. Opora o levou HK je kvalitní o celou otevřenou dlaň. Nejčastěji volí pro hru vysoký šikmý sed s oporou o levou HK.

**Reakce dítěte při zadávání úkolu, schopnost splnit úkol dle instrukcí:** Dívka si vyslechne veškeré verbální instrukce úkolu a má velký zájem ho splnit. Od úkolu neodchází, dokud není dokončený. Je velice pečlivá, pokud v úkolu něco chybí nebo není přesně dle instrukcí, je ho schopna začít plnit znovu od začátku.

**Kvalitní provedení činnosti:** Dívka pro dokončení činnosti nepotřebuje výraznou pomoc druhé osoby. Míra dopomoci dívce je minimální. Paretická levá HK má nedostatečnou svalovou sílu, problematické je držení papíru při práci s pracovními listy či během volné kresby a ostatní činnosti, kde je nutná větší svalová síla (stříhání, otevírání láhve, magnetické stavebnice, aj.)

**Motorický vývoj:** Dívka zvládá většinu dovedností z hrubé motoriky. Problematickou oblastí je přelézání překážek a pohyb do výšky. Jinak je hrubá motorika bez omezení (chodí samostatně a jistě i po nerovném terénu, hází i chytá míč, udrží stoj na jedné noze, zvládne chodit po laně – které je položené na zemi stylem pata-špička, jakmile jde o kladinu – která je mírně nad zemí – to již nezvládne). V jemné motorice je omezena pouze v bimanuálních činnostech, kde vážně koordinace ruka – ruka (především vázání tkaniček, zapínání zipů atd.) a snížená svalová síla na levé HK, která nezvládne přidršet papír při kreslení či držet papír při stříhání. Levou HK zvládne i jemné úchopy malých předmětů. Dobrá stereognostická schopnost – je schopna pomocí hmatu, bez zrakové kontroly, poznat základní geometrické tvary.

**Kognitivní vývoj:** Dívka v kognitivní složce odpovídá, někdy i převyšuje, své vrstevníky. Zvládne z kostek sestavit jednoduché 3D tvary, chápe pojmy, jako jsou stejný tvar, stejná barva, zvládá rozlišit předměty dle velikosti, dokáže rozdělit předměty dle předem stanovených kritérií, zvládá třídit i dle více kritérií najednou. Počítá do sta, číslovky pozná do dvaceti, předměty pojmenuje, zná celou abecedu, samostatně se podepíše, dokáže převyprávět příběh, vtip, historku, pozná rub a líc, zvládne odhadnout a vybrat si vhodné oblečení dle počasí, zvládá dobře prostorovou orientaci (pravá, levá, nahoře, dole, pod, nad),

chápe význam slov včera, dnes, zítra, především, pozítří, den, noc, ráno, brzy, pozdě, dopoledne, poledne, odpoledne a večer.

**Osobnostní a sociální vývoj:** Velice dobře se dívka aklimatizuje na nové prostředí a nové osoby ve svém okolí. S větší námahou navazuje interakce, volí spíše pasivní přístup, že někdo přijde za ní. Dívka je zcela soběstačná. Dokáže se zcela samostatně obléci i svléci, a to horní i dolní polovinu těla, navlékne si ponožky, obuje se. Nedokáže si zavázat tkaničky ani zipy (je nutné pomoci s jezdcem). Při jezení zvládne využívat příbor, nakrájí si jemné struktury, s tuhou strukturou potřebuje pomoci.

**Grafomotorika:** Dívka drží psací nástroj v pravé HK, která je nepostižena. Proto je tužkový úchop kvalitní. Přítlak na tužku je také adekvátní. Nezvládne si paretickou HK přidršet papír, proto byla využita a doporučena protiskluzná podložka. Zvládne obkreslit základní geometrické tvary, napíše zcela samostatně své jméno, zvládá vlnovky, šikmé čáry, horní i spodní smyčku, kreslí dle své vlastní fantazie a zároveň dokáže kreslit zcela konkrétní předměty.

### **ČÁST 3: PROBLÉMY DÍTĚTE**

Největším problémem je snížená svalová síla na paretické HK, která ji limituje v oblasti grafomotoriky. Jelikož je perfekcionistka, nesnesla by, aby její tvorba (ať už kresba, malba či práce s pracovními listy) byla jakkoli nedokonalá. Nedokázala si přidršet levou HK papír a ten ji při tvoření neustále ujížděl. Nejdříve prosila vždy o nový papír, aby mohla začít od začátku, po pár minutách prosila o pomoc AP. Poslední cca tři čtvrtě roku AP popisuje, že vyžaduje čím dál více pomoci, i když ji před tím v daných úkolech nikdy nepotřebovala. Dalším deficitem může být nedokonalá hrubá motorika, kdy se bojí přelézt vyšší překážku.

### **ČÁST 4: ANALÝZA PŘÍPADU**

#### **a. Současná situace a její příčiny**

Dívčiny dovednosti jsou limitovány diagnózou dětské mozkové obrny. Je limitována omezenou svalovou silou paretické HK. Má jistou výhodu, že paretická HK není její dominantní HK. Matka s přítelem, náhradním otcem dívky, se snaží s dívkou cvičit přesně dle edukace od odborníků a poskytovat ji dostatečně podnětné prostředí pro její neustálý fyziologický vývoj. Dívka s matkou i náhradním otcem vychází dobře, matka popisuje lehkou žárlivost dívky na mladšího bratra. Dívka je však vždy ochotna matce pomoci i v péči o svého mladšího sourozence. Od narození mladšího sourozence se zvýšila potřeba říkat si o pomoc od AP v MŠ. U činností, které dříve zvládala samostatně, nyní vyžaduje výraznou dopomoc AP. Dívka ví, že AP je v MŠ k dispozici ještě pro jednoho chlapčeka

a že svůj čas musí dělit mezi ně dva. Většinu činností, at' již při spontánní hře či při řízených činnostech, zvládá převážně samostatně.

## **ČÁST 5: NÁVRH INTERVENCE**

Z důvodu největšího problému během činností metodou tužka-papír bych doporučila pro dívku do prostředí MŠ pořídit protiskluznou podložku, která by zabránila klouzáni papíru po stole. Další pomůckou, jež by dívce mohla pomoci pro zvýšení svalové síly, je terapeutická hmota. Dále by bylo také vhodné zařazovat do jejího denního programu seskakování z překážek různých výšek. To lze i nasimulovat, nejdříve z nízké výšky do bezpečí a postupně výšku zvyšovat. Důležité však je nepracovat přes odpor dívky. Možné je využít motivaci od ostatních dětí a sledovat, zda se v kolektivu na hřišti chová jinak, než když jde na hřiště pouze s matkou atd. Také je možnost využít např. její oblíbenou hračku, aby se podívala, že ona to zvládne, tak že by to mohla zkusit i sama dívka. Je otázkou, zda dívka potřebuje AP na 20 hodin týdně, jelikož je velice šikovná a míra dopomoci není příliš velká. Nicméně je vidět, že s těmito informacemi MŠ nakládá, jelikož prvotně byla AP dívce přidělena na 30 hodin týdně a postupně se její úvazek snižoval.

### **Ergoterapie**

Ergoterapie byla dívce doporučena s cílem zapojení levé HK do bimanuálních činností, tréninku svalové síly a tréninku hrubé motoriky se zaměřením na lezení do výšek a přelézání překážek.

Dívka společně s matkou docházely na ergoterapii celkem 7x, přičemž 1x byla přítomna také AP. Pokud byla přítomna AP, ergoterapie byla zaměřena na metody a techniky pro trénink svalové síly paretické HK a pro poskytování vhodné a nutné dopomoci, aby AP nedopomáhala dívce více, než je nutné. AP byla edukována ve vhodném protahování levé HK a vhodných metodách pro rozvoj svalové síly. Dívce nesmírně pomohlo poskytnutí protiskluzné podložky při psaní, jelikož nemusela vynaložit sílu pro přidržování papíru levou HK. Celou míru pozornosti a soustředění mohla věnovat samotnému psaní. Na dalších ergoterapiích bylo také využíváno prvků senzorycké integrace, taktilní stimulace, tréninku hrubé motoriky a svalové síly. Z důvodu epidemiologické situace nebyla možnost se s AP vidět vícekrát, jelikož dívka byla v 14denní karanténě a poté bylo potřeba, aby daná doporučení AP zkusila i v prostorách MŠ.

### **Spolupráce s AP (2)**

AP byla přidělena dívce od prvního dne nástupu do MŠ. AP ji byla přidělena nejdříve na 30 hodin týdně, postupně se tento úvazek snižoval až na 20 hodin týdně (konzultace

probíhala mezi rodiči, AP, učitelkou a speciálně pedagogickým centrem). AP na ergoterapii ke konzultaci přišla v 7/2020, kde byla informována o možnostech zapojení do dopomoci dívky. Převážně se jednalo o kontrolu využívání paretické HK v činnosti, jelikož dívka využívala především svou dominantní HK a při bimanuálních činnostech si často říkala o pomoc druhé osobě, aniž by danou činnost zkusila nejdříve splnit samostatně. Dále byly AP řečeny tipy pro pravidelné trénování svalové síly. Dále proběhla edukace o možnosti protahování paretické HK. V neposlední řadě byly vybrány kompenzační pomůcky, které dívka pomohou v každodenním chodu v MŠ pro větší samostatnost, jako je protiskluzná podložka a terapeutická hmota pro trénink svalové síly. Společně se speciálně pedagogickým centrem bylo po intervenci ergoterapeuta dohodnuto poskytnutí těchto pomůcek do prostředí MŠ.

### **3.7.3 Výsledky rozhovorů s AP**

V rámci získání zpětné vazby od AP byla zvolena metoda strukturovaných rozhovorů. S oběma AP bylo nutné provést rozhovory přes videohovor, jelikož nepříznivá epidemiologická situace neumožňovala osobní kontakt. Cílem rozhovoru bylo zjistit, kolik hodin přímé činnosti AP tráví s dítětem se SVP, ke kterému je určena, v jakých oblastech dítěti či dětem nejčastěji pomáhá, zda účast na ergoterapii jim pomohla k novým informacím, zda jsou získané informace dobře implementované i do prostředí a běžného režimu dne v MŠ a také mě zajímal názor, zda si myslí, jestli je spojení AP a ergoterapeuta zajímavé a proč. Získané rozhovory byly zaznamenány a přepsány.

#### **a. „Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?“**

AP (1): „Vysokoškolské bakalářské studium, fakulta mezinárodních vztahů, vysoká škola ekonomická.“

AP (2): „Středoškolské s maturitou.“

#### **b. „Jak dlouho pracujete v MŠ na pozici AP?“**

AP (1): „Rok.“

AP (2): „Pátým rokem.“

#### **c. „Jaký je Váš názor na inkluzi dětí se SVP do běžných MŠ?“**

AP (1): „Myslím si, že pokud je to alespoň trochu možné a zdravotní i psychický stav dítěte to dovoluje, je inkluze dětí potřebná a prospěšná. Nemělo by se žít v předsudcích, že děti



*se SVP jsou méněcenní a zbyteční a nezaslouží si, aby se mohly rozvíjet a vzdělávat v běžném vzdělávacím proudu. I když umím si představit, že zajištění všech podmínek pro vzdělávání může být organizačně i personálně náročnější.“*

AP (2): *„Zcela s ní souhlasím. Myslím si, že pokud je to alespoň trochu možné, je důležité umožnit dětem se SVP, s nejrůznějšími handicapy vzdělávání v běžných školních institucích.“*

**d. „Jste v MŠ k dispozici jen pro jedno konkrétní dítě?“**

AP (1): *„Ano, dle dokumentace jsem psaná jen pro jedno konkrétní dítě, ale prakticky to tak není.“*

AP (2): *„Ne, jsem k dispozici ještě pro jednoho chlapečka s hyperkinetickou poruchou na 20 hodin týdně.“*

**e. „Kolik hodin přímé činnosti máte s daným/i dítětem/děťmi?“**

AP (1): *„Z celkových 6 hodin za den si myslím, že dítěti věnuji kolem 4,5 - 5 hodin. Půl hodiny mám s pedagožkou ráno pro upřesnění si plánu na daný den, jestli platí aktivity, na kterých jsme se domluvily předešlý den, a půl hodiny odpoledne pro zpětnou vazbu mé aktivity a domluvení se na následující den.“*

AP (2): *„Během dne se snažím rozdělit svou pozornost k oběma dětem podobně. Je to občas náročné. Myslím si, že přímou činnost s každým z nich mám kolem 2,5 - 3 hodin denně. Přibližně hodinu denně věnuji na přípravu společně s pedagogem, na domluvení denní strategie, zpětné vazbě atd.“*

**f. „V jakých oblastech pomáháte dítěti/dětem se SVP?“**

AP (1): *„Především se snažím o větší aktivní zapojování nemocné HK tak, aby na ní chlapec nezapomínal, aby se snažil ji zapojovat i v obyčejných činnostech. Dále určitě, co se týče sebeobsluhy, především v oblasti oblékání. Využíváme protiskluznou podložku na doporučení ergoterapeuta, netušila jsem, jak moc pomocná věc to je.“*

AP (2): *„Snažím se, společně s pedagogem, zařazovat do motorických činností vyšší překážky, aby dívka měla motivaci je přelézat. Hodně s dívkou pracujeme na zvýšení svalové síly, a to především díky terapeutické hmotě. Našly jsme si čas vždy před řízenou činností ostatních dětí, že máme chvíli jen pro sebe, zaktivizujeme HKK, použijeme hmotu a využijeme cviky pro podporu svalové síly a poté dívka s ostatními dětmi jde plnit řízenou činnost.“*

**g. „Slyšela jste někdy předtím o dětské ergoterapii a o možnostech, jak Vám ergoterapeut může případně pomoci?“**

AP (1): „*Ne. Předtím, než jsem začala dělat AP chlapci, jsem neměla zdání, co to ergoterapie je. Věděla jsem pouze o oboru fyzioterapie, ale ten jsem měla spojený spíše s masážemi než s rehabilitacemi v nemocničním prostředí. Překvapilo mě, jak je obor ergoterapie rozsáhlý a jakým oblastem se může ergoterapeut věnovat.*“

AP (2): „*O ergoterapii jsem jen zaslechla jako o léčbě prací. Představovala jsem si, že na ergoterapii děti pouze provádějí kreativní činnosti, něco vyrábějí, malují a tím se zlepšují v hybnosti rukou. Ergoterapeutka ve FNM mě vyvedla z omylu. Bylo úžasné pozorovat, jak velký má záběr a v jakých všech oblastech nám dokázala pomoci. Považuji za jedno z nejdůležitějších podporovat samostatnost dítěte. Myslím si, že kdybych o ergoterapii věděla dříve, dokázala bych pomoci již více dětem.*“

**h. „Navštěvují některé děti z Vašeho zařízení pravidelnou ergoterapeutickou ambulanci?“**

AP (1): „*V celé MŠ si toho nejsem vědoma, nicméně od nás ze třídy dochází, myslím si, dvě děti na pravidelnou ergoterapii. Nicméně u chlapce je velmi znát, když zrovna dojíždí na ergoterapii či se vrátí z pobytu v lázních.*“

AP (2): „*Nejsem si vědoma, že by někdo z dětí, krom dívky, které dělám AP, by chodil pravidelně na ergoterapii.*“

**i. „Je u těchto dětí patrné nějaké zlepšení při práci v MŠ?“**

AP (1): „*Nedokáži říci, zda přímo zlepšení, nicméně ergoterapeut má často dobré připomínky, na čem je ještě potřeba zapracovat, aby dítě nepotřebovalo vůbec žádnou nebo alespoň co nejmenší dopomoc na ZŠ. Snaží se vždy pracovat na problematických oblastech a dokáže poradit jakým stylem a jaké techniky například použít. Na pozici AP jsem krátce, nicméně se aktivně snažím vzdělávat. Ergoterapeut mi dokázal poradit a doporučil pro dítě specifické pomůcky, které mu nesmírně dopomohly v samostatnosti během celého dne v MŠ. Nicméně u chlapce, kterému dělám AP já, jsem zpozorovala lepší zapojování pravé HK v činnostech, vidím zlepšení v aktivní hybnosti paretické HK a mám radost především z toho, že si chlapec již tak často neříká o pomoc a dané činnosti zvládne samostatně.*“

AP (2): „*Dle matky dívky došlo primárně ke zlepšení kolem jejího třetího roku, kdy nebyla zcela sociálně zdatná a byla horší v hrubé motorice. Docházeli na ergoterapii cca rok, a to*

nesmírně pomohlo, poté byla ergoterapie ukončena a nyní opět byla započata pro předškolní přípravu, grafomotoriku a podporu svalové síly. Přijde mi, že se dívka lepší každým dnem, výhodou je, že získané informace trénují jak v domácím prostředí, tak poté i v prostředí MŠ.“

**j. „Co jste se dozvěděla při společné ergoterapii ve FN Motol?“**

AP (1): „Návštěva na ergoterapii byla pro mě velice užitečná. Jakožto někdo, kdo nevěděl o práci s dítětem se SVP žádné bližší informace. Naučila jsem se, jak správně postupovat při svlékání a oblékání, jak by chlapec měl správně sedět, pohybovat se a naopak na co si mám dávat větší pozor, co nedělat a co během aktivity hlídat. Dále bylo zajímavé zjistit, že není nutné se vždy bránit různým pomůckám. Naopak, pokud se pomůcky pořídí dítěti i do prostředí MŠ, leckdy mu mohou pomoci v soběstačnosti a přímá práce AP s dítětem již nemusí být tak veliká.“

AP (2): „Jak důležité jsou opory. Pokud je ruka postižena nějak významně, že není zezáčátku nutné děti nutit k jejímu aktivnímu využívání, ale je nutné ji chápat a mít ve svém tělesném schématu a využívat ji pro opory, jelikož tím i ruku protáhneme, v jakých všech polohách je možné různé opory využít a jak jsou pro dané dítě prospěšné.“

**k. „Jsou získané informace z ergoterapie snadno využitelné i v prostředí MŠ?“**

AP (1): „Získané informace jsou využitelné i ve školce, bohužel ne v takovém rozsahu, jaký je k dispozici na ergoterapii ve FNM. Je to proto, že k tomu nejsou vhodné pomůcky či prostor na tak dlouhou dobu vzít chlapce stranou. Takže bych to shrnula, že jak které. Jsou věci, které jsem zatím v MŠ neměla odvalu vyzkoušet, jelikož to v rámci nastavení práce s dětmi v MŠ nebylo úplně ideální. Nicméně základy pro přímou práci s dítětem se SVP jsou snadno využitelné i v prostorách MŠ.“

AP (2): „Jak které. Jednodušší, rychlejší, ano. Ale pokud se jedná o souvislou práci s dítětem, tak je to těžší, jelikož se věnuji zároveň dvěma dětem se SVP najednou a občas je náročné mou pozornost dělit a rozhodovat se, komu v který čas je důležitější dopomoci více.“

**l. „Pomohly Vám získané informace pro zajištění kvalitnější spolupráce a komunikace s dítětem/děťmi se SVP?“**

AP (1): „Rozhodně musím říct, že od té doby, co jsem měla možnost být přítomna na ergoterapii společně s chlapcem, jsem byla mnohem více klidnější a věděla jsem, jak k němu mám přistupovat a taky, jak s ním jednat a pracovat. Jinak si myslím, že svou práci dělám dobře. Domnívám se, že i před návštěvou ergoterapeuta jsem uměla dobře

*komunikovat s dítětem se SVP. Přiznávám se, že mi spíše chyběly informace ke kvalitní spolupráci a k motivaci dítěte do činností. Především, aby je chtěl dělat samostatně.“*

*AP (2): „Myslím si, že pracuji s dětmi se SVP správně. Ergoterapeut mi pomohl, co se týče motivovanosti dítěte, zvolil maňáska pro motivaci k činnosti, což by mě nenapadlo, a dívka na to reagovala velmi dobře.“*

***m. „Které konkrétní postupy získané během ergoterapie využíváte v MŠ?“***

*AP (1): „Stimulaci HK (především ježkování a dotlaky), manuální vedení pohybu paretickou HK, navedení do správného provedení pohybu, vývojové pozice, ve kterých se využívají opory, rozšíření rukojeti psacích potřeb a příboru, protahování nemocné HK.“*

*AP (2): „Využívám opory, velice často využíváme protiskluznou podložku, hmotu a trénujeme grafomotoriku.“*

***n. „Je ještě něco, co byste se chtěla dozvědět ohledně zlepšení práce s dítětem/děťmi se SVP?“***

*AP (1): „Chlapec má problémy se psaním. Ráda bych věděla, proč tomu tak může být a jak psaní můžu podpořit.“*

*AP (2): „Myslím si, že mé znalosti jsou nyní dostačující a využívám všechny informace, které jsem získala.“*

***o. „Myslíte si, že by propojení ergoterapeuta a AP mělo být zcela běžné?“***

*AP (1): „Myslím si, že ano. Především pro začínající AP, kteří nemají žádné zkušenosti s dětmi se SVP (jako jsem já), by tato spolupráce mohla být obohacující a ukázat i další možnosti práce s těmito dětmi.“*

*AP (2): „Ano.“*

***p. „V čem vidíte pozitiva této spolupráce?“***

*AP (1): „Pozitiva vidím určitě v tom, když to vztáhnou na sebe, že pro někoho, kdo nemá žádné zdravotní vzdělání či praxi v oboru a zkušenosti s prací s dítětem se SVP, je spolupráce s ergoterapeutem velmi prospěšná. Už jenom proto, že je možné dozvědět se, co jak dělat/nedělat, na co se zaměřit při práci s dítětem a hlídat vše, co potřebuje. Myslím si, že ergoterapeut může AP pomoci v mnoha oblastech, ať od samostatnosti dítěte až po jeho rozvoj v různých oblastech.“*

*AP (2): „Myslím si, že ergoterapeut vidí to, co pedagog či AP může přehlédnout během dne v MŠ, bohužel nemáme čas se věnovat jednomu dítěti po dobu 60 minut. To je pro nás až nepředstavitelné. Ergoterapeut se věnuje během terapie jen jednomu dítěti a má na něj čas, díky tomu vidí to, co AP může nechtěně přehlédnout.“*

### **3.8 Odpovědi na výzkumné otázky**

V této bakalářské práci byly stanoveny dvě výzkumné otázky. Pomocí praktické části bylo zjištěno následující.

- **Jak může dětská ergoterapie zjednodušit dětem předškolního věku se SVP přechod z MŠ do ZŠ? Případně jakým způsobem?**

Obě dotazované AP pomáhají dětem v rozličných oblastech. AP (1) se snaží o větší zapojení parietické HK tak, aby ji chlapec využíval v běžných denních činnostech. Čímž se snaží o zlepšení její funkčnosti a tím pádem ke zlepšení soběstačnosti chlapce. V prostředí MŠ využívají kompenzační pomůcky, které chlapci napomáhají k větší soběstačnosti. AP (2) pracuje s dívkou převážně na schopnosti správného dávkování svalové síly a na schopnosti přelézat i vyšší překážky. AP (1) uvádí, že ergoterapeut dobře uvádí, v čem dítě zaostává a jak mu nenásilnou formou dopomoci, aby dítě potřebovalo v budoucnu co nejmenší dopomoc. Vidí také pozitiva v tom, že dokáže doporučit vhodné pomůcky pro rozvoj dítěte, které nejsou většinou náročné jak po finanční, tak i prostorové stránce a dítěti pomáhají pro rozvoj soběstačnosti, což při přechodu z MŠ do ZŠ je velmi důležitý aspekt. PŠD v ZŠ klade na děti větší nároky než docházka v MŠ. Je velikou výhodou, jakmile je dítě soběstačné a potřebuje pouze minimální dopomoc, ať už od AP či pedagoga. AP (1) vidí u chlapce lepší zapojování a větší aktivní hybnost pravé HK v činnostech a udává, že většinu činností již chlapec zvládne samostatně. AP (2) vidí u dívky zlepšení především v oblasti grafomotoriky, což je nedílná součást výuky na ZŠ. Obě AP uvádějí, že získané informace jsou využitelné i v prostředí MŠ. Pokud by se děti dostatečně nezlepšily a potřebovaly by AP i do prostředí ZŠ, myslím si, že výše zmíněné ergoterapeutické techniky jsou dobře využitelné i v prostředí ZŠ. Je důležité, aby dítě se SVP, pokud to potřebuje, mělo možnost docházet na ergoterapii a společně s AP v prostředí MŠ trénovat na problematických oblastech. Čím dříve se s dítětem začne pracovat, tím dříve má možnost se začít zlepšovat a je pak pravděpodobné, že v prostředí ZŠ bude potřebovat minimální či žádnou míru dopomoci. Ergoterapeut nemůže zajistit tak frekventovaný nácvik problémových oblastí jako AP v prostředí MŠ. AP mohou s dítětem pracovat každý den a tak

dávat dítěti větší šanci pro dřívější zlepšení. Při přechodu z MŠ do ZŠ je potřeba dosáhnout co největší možné soběstačnosti dítěte a snížit míru dopomoci. Při pravidelném nácviku si dítě často zautomatizuje dovednosti, které s AP v MŠ provádějí, a postupně snižuje míru dopomoci od AP. Často poté postačí, když je dítěti poskytnuto na dokončení činnosti více času.

Ze získaných rozhovorů bylo zjištěno, že obě dotázané AP shledávají spolupráci pedagoga, AP a ergoterapeuta užitečnou a rády by v ní nadále pokračovaly. Dětská ergoterapie může přechod z MŠ do ZŠ zjednodušit technikami a metodami, které jsou u každého dítěte odlišné, jelikož se odráží od jeho individuálních potřeb. Pracuje s problémovými oblastmi, které se snaží u dítěte zcela eliminovat nebo alespoň snížit míru dopomoci od druhé osoby. Právě zlepšením v jednotlivých problémových oblastech může ergoterapeut, alespoň částečně, usnadnit přechod z MŠ do ZŠ, který je již sám o sobě pro dítě velmi náročný. Pokud se ani jedna možnost nedaří, může ergoterapeut navrhnout vhodné kompenzační pomůcky, které dítěti pomohou v jeho soběstačnosti.

- **Jaké jsou možnosti AP implementovat požadavky ergoterapeuta do školního prostředí?**

Dle odpovědí od obou AP je většina technik a metod realizovatelná i v prostředí MŠ. Pokud navržená doporučení nešla zcela využít i v prostředí MŠ, společně s ergoterapeutem se snažili najít alternativu, jak dané doporučení alespoň částečně či úplně nahradit podobnou aktivitou, ale tak, aby AP měly možnost ji zcela využít i během běžného režimu dne v MŠ. Možnosti implementace doporučení od ergoterapeuta významně záleží na mnoha aspektech. Mezi tyto aspekty je možno zařadit, zda je AP k dispozici v MŠ pouze pro jedno dítě či musí svou pozornost rozdělovat během dne mezi více dětí. Zde např. AP (2) je k dispozici pro dvě děti, pro holčičku z kazuistiky č. 2 a ještě pro jednoho chlapečka s hyperkinetickou poruchou. Dalším aspektem může být, kolik času může AP věnovat samotné práci s dítětem či dětmi a kolik musí věnovat např. administrativě či domluvě s pedagogem. Dále zda má MŠ prostory navíc pro případnou individuální práci s dítětem se SVP. Také závisí na tom, zda jsou k činnosti potřeba specifické pomůcky, pokud ano, je nutné zjistit, zda je v MŠ mají bezprostředně k dispozici, nebo zda je nutné potřebné pomůcky do MŠ pořídit. S jejich výběrem může také pomoci právě ergoterapeut. Oběma dětem v uvedených kazuistikách byly vhodné pomůcky, za společné konzultace se speciálně pedagogickým centrem, pořízeny i do prostředí MŠ, aby je mohly využívat zcela bez omezení. Je důležitá vždy spolupráce obou stran, ergoterapeut bez AP nemůže pracovat na implementaci doporučení

v prostředí MŠ, jelikož se v tomto prostředí nevyskytuje a samotná implementace daných doporučení závisí na znalostech a svědomitosti AP. Ergoterapeut může však působit jako jakýsi supervizor. Při opakovaných společných konzultacích mohou AP vznášet dotazy ohledně možné práce s dítětem a společně s ergoterapeutem mohou zlepšovat případné postupy pro implementaci rozličných technik do školního prostředí. Díky tomu dochází ke zlepšování problémových oblastí dítěte a tím tak zlepšovat celkovou soběstačnost dítěte.

## ZÁVĚR

V ČR se v roce 2018 účastnilo předškolního vzdělávání celkem 11, 2 tisíc dětí s různým zdravotním postižením. U přibližně 13% se vyskytovalo více vad najednou. Nejčastěji však převažovaly vady řeči, poruchy autistického spektra, vývojové poruchy, dále mentální retardace a také sluchové a zrakové poruchy. (Hrkal, 2019)

Bakalářská práce se zabývá tématem dětské ergoterapie jako součásti práce s dětmi se SVP. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se člení na několik kapitol. Nejdůležitější kapitolou je téma ergoterapie. Jedná se o vcelku nový rehabilitační obor a někteří pedagogové a AP nevědí, v čem by jim ergoterapeut mohl pomoci, v čem spočívá smysl ergoterapie a jaké má cíle. Tato kvalifikační práce se snaží o přiblížení právě tohoto oboru pedagogům a AP, aby věděli, že i ergoterapeut může být nápomocen při integraci dítěte se SVP v běžné MŠ.

Další důležitou kapitolou kvalifikační práce je vzdělávací systém v ČR, který je zaměřen pouze na předškolní vzdělávání, další oblastí jsou pak SVP, podpůrná opatření a jejich jednotlivé stupně. Dále jsou v teoretické části zpracované rozdíly mezi jednotlivými školskými poradenskými zařízeními, s kterými může ergoterapeut spolupracovat např. při výběru vhodných pomůcek pro dítě do prostředí MŠ, dále je v práci rozebrána pozice AP a samotný IVP, který je dětem se SVP umožněn.

Cílem práce byla deskripce a analýza možností zjednodušení přechodu z MŠ do ZŠ u dětí se SVP pomocí dětské ergoterapie. Ergoterapeut může dítěti se SVP pomoci v mnoha oblastech, převážně pak v soběstačnosti dítěte, jeho motorických dovednostech, ať už v hrubé či jemné motorice, očních pohybech, kognitivních dovednostech či doporučit vhodné pomůcky do prostředí MŠ. Zlepšením v jednotlivých oblastech může ergoterapeut, alespoň částečně, usnadnit přechod z MŠ do ZŠ, který je již sám o sobě pro dítě velmi náročný. V této části práce byly zvoleny dvě výzkumné otázky. První, jak může dětská ergoterapie zjednodušit dětem předškolního věku se SVP přechod z MŠ do ZŠ, a druhá, jaké jsou možnosti AP implementovat doporučení ergoterapeuta do školního prostředí. Z provedeného výzkumu vyplývá, že ergoterapeut může doporučením postupů pomoci ke zlepšení dítěte v různých problémových oblastech a tím usnadnit přechod z MŠ do ZŠ. Díky rozhovorům s AP je možné zhodnotit, že jednodušší doporučení byla snadno implementovatelná také do prostředí MŠ. U náročnějších technik muselo dojít k drobným úpravám, aby je AP zvládaly provádět v prostředí MŠ. Pokud implementace doporučení z nějakých důvodů nešla zrealizovat vůbec, ergoterapeut společně s AP a pedagogy se snažili o vymyšlení



jednodušších a proveditelných modifikací činností. Pro zhodnocení výše uvedených otázek bylo využito podrobných kazuistik dvou dětí předškolního věku, pozorování z ambulantních ergoterapií a získání odpovědí dvou AP za pomoci strukturovaného rozhovoru. Z odpovědí od AP bylo zjištěno, že nevěděly, co ergoterapie je a byly překvapené, s čím vším jim ergoterapeut může pomoci. Díky ergoterapii viděly zlepšení převážně v motorických dovednostech daných dětí a byly vděčné za doporučení, která na ergoterapii získaly a mohly je implementovat do běžného denního režimu v MŠ. Obě dvě AP se snaží pomáhat dětem k dosažení co možná největší soběstačnosti, což se dá považovat za jeden z hlavních cílů ergoterapie.

Kvalifikační práce by mohla být určitým vodítkem AP, pedagogům či samotným rodičům dětí se SVP. V čem může být dětská ergoterapie nápomocna, čemu se ergoterapeuti věnují a s jakými problémovými oblastmi by mohla ergoterapie pomoci pro komplexní rozvoj dítěte se SVP, ať již ve školním či domácím prostředí.

## RESUMÉ

Příjmení a jméno autora:	Pomyjová Šárka
Vedoucí práce:	doc. PaedDr. Marie Kocurová, Ph. D.
Počet stran:	68
Počet příloh:	1
Počet titulů použité literatury:	40
Klíčová slova:	ergoterapie, předškolní vzdělávání, speciální vzdělávací potřeby

### Resumé:

Tématem bakalářské práce je dětská ergoterapie jako součást práce s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami. Je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je členěna do tří hlavních kapitol, které jsou dále rozděleny do podkapitol. Jednotlivé kapitoly a podkapitoly se snaží o vysvětlení základních pojmů a přiblížení oboru ergoterapie a možnost zapojení ergoterapeuta do prostředí MŠ pedagogům, dále je v teoretické části obsaženo předškolní vzdělávání v ČR, SVP, podpůrná opatření a jejich podrobný popis do jednotlivých stupňů, školská poradenská zařízení, pozice AP a možnost IVP.

Cílem praktické části byla deskripce a analýza možností zjednodušení přechodu z MŠ do ZŠ u dětí se SVP pomocí dětské ergoterapie. Z tohoto důvodu byly stanovené výzkumné otázky, na které bylo zodpovězeno díky případovým studiím a strukturovaným rozhovorům se dvěma AP. Odpovědí na 1. výzkumnou otázku (Jak může dětská ergoterapie zjednodušit dětem předškolního věku se SVP přechod z MŠ do ZŠ?) je, že dětská ergoterapie může přechod z MŠ do ZŠ zjednodušit specifickými technikami a metodami. Pracuje s problémovými oblastmi, které se snaží u dítěte zcela eliminovat nebo alespoň snížit míru dopomoci od druhé osoby. Pokud se ani jedna možnost nedaří, může ergoterapeut navrhnout vhodné kompenzační pomůcky, které dítěti pomohou v jeho soběstačnosti. Odpovědí na 2. výzkumnou otázku (Jaké jsou možnosti AP implementovat požadavky ergoterapeuta do školního prostředí?) je, že samotná implementace doporučení od ergoterapeuta záleží na mnoha zásadách. Obě AP v této kvalifikační práci uvádějí, že jednodušší techniky jsou proveditelné dobře, ty složitější jsou pro ně náročné, jelikož jedna se věnuje více dětem a druhá uvádí, že v prostorách MŠ není vhodný prostor pro individuální práci s chlapcem.

## SUMMARY

Surname and name:	Pomyjová Šárka
Consultant:	doc. PaedDr. Marie Kocurová, Ph. D.
Number of pages:	68
Number of appendices:	1
Number of literature items used:	40
Key words:	occupational therapy, pre-school education, special educational needs

### Summary:

The title of the Bachelor thesis is “Children occupational therapy as a part of work with pre-school children with special educational needs.” It is divided into theoretical and practical part. The theoretical part is divided into three main chapters, which are further divided into subchapters. Individual chapters and subchapters try to explain the basic concepts and approach to the field of occupational therapy and the possibility of involving occupational therapists in the environment of kindergarten teachers, the theoretical part includes pre-school education in the Czech Republic, special educational needs, support measures and their detailed description of individual levels, school counseling facilities, position of teaching assistant and the possibility of an individual educational plan.

The aim of the practical part is to describe and analyze the possibilities that allow the transition from kindergarten to elementary school for children with special educational needs using pediatric occupational therapy. For this reason, research questions have been set and answered using case studies and two structured interviews with teaching assistants. The answer to the first research question (whether pediatric occupational therapy is able to make the transition from kindergarten to elementary school easier for pre-school children with special educational needs?) is that pediatric occupational therapy is able to make the transition from kindergarten to elementary school easier by its techniques and methods. Pediatric occupational therapy works with problematic areas which tries to eliminate completely or at least to reduce the child's level of help from the other person. If both options fail, the occupational therapist can suggest appropriate compensatory aids to help the child become self-sufficient. The answer to the second research question (what are the teaching assistant's possibilities to implement the requirements of an occupational therapist in a school environment?) is that the actual implementation of recommendations from an occupational therapist depends on many principles. In this thesis both teaching assistants

state that simpler techniques are feasible, more complex ones are difficult for them, as one deals with more children and the other states that there is no suitable space for individual work with a boy in the kindergarten.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- AOTA. Uniform Terminology for Occupational Therapy -- Third Edition. *American Journal of Occupational Therapy* [online]. 1994, **48**(11), 1047-1054 [cit. 2020-10-28]. ISSN 0272-9490. Dostupné z: <https://ajot.aota.org/article.aspx?articleid=1873346>
- ARNOLDOVÁ, A. Vzdělávání zdravotně postižených dětí a studentů. *Revizní a posudkové lékařství* [online]. 2015, **18**(3-4), 85 - 95 [cit. 13. 12. 2020]. Dostupné z: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=4c7f1540-e3ee-436f-8c03-488629b0f2c4%40pdc-v-sessmgr02>
- BAZYK, S., CAHILL, S. School-based occupational therapy. In J. Case-Smith & J. C. O'Brien (Eds.), *Occupational therapy for children and adolescents*. 2015, 7th edn., pp. 664–703. St. Louis, MO: Mosby Elsevier.
- BLACKWELL, A. L., YEAGER, D. C., MISCHÉ-LAWSON, L., BIRD, R. J., COOK, D. M. Teaching Children Self-Regulation Skills within the Early Childhood Education Environment: A Feasibility Study. *Journal of Occupational Therapy, Schools, & Early Intervention* [online]. 2014, **7**(3-4), 204-224 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 1941-1243. Dostupné z: [doi:10.1080/19411243.2014.966013](https://doi.org/10.1080/19411243.2014.966013)
- BOYLE, C. A., S. BOULET, L. A. SCHIEVE, R. A. COHEN, S. J. BLUMBERG, M. YEARGIN-ALLSOPP, S. VISSER, KOGAN, M. D. Trends in the Prevalence of Developmental Disabilities in US Children, 1997-2008. *Pediatrics* [online]. 2011, **127**(6), 1034-1042 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 0031-4005. Dostupné z: [doi:10.1542/peds.2010-2989](https://doi.org/10.1542/peds.2010-2989)
- Česká asociace ergoterapeutů. *Výroční zpráva České asociace ergoterapeutů za rok 2016* [online]. Praha: ČAE, 2017 [cit. 19. 11. 2020]. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wpcontent/uploads/2018/10/Vyrocnizprava\\_2016.pdf](http://ergoterapie.cz/wpcontent/uploads/2018/10/Vyrocnizprava_2016.pdf).
- Česká asociace ergoterapeutů. *Výroční zpráva České asociace ergoterapeutů za rok 2019* [online]. Praha: ČAE, 2020 [cit. 19. 11. 2020]. Dostupné z: [http://ergoterapie.cz/wpcontent/uploads/2020/03/Vyrocnizprava\\_2019.pdf](http://ergoterapie.cz/wpcontent/uploads/2020/03/Vyrocnizprava_2019.pdf).
- Česká republika. *Eurydice* [online]. 2020, [cit. 28. 10. 2020]. Dostupné z: [https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/czech-republic\\_cs](https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/czech-republic_cs)
- Důvodová zpráva k zákonu č. 178/2016 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, a zákon č. 200/1990 Sb., o přestupcích, ve znění pozdějších předpisů, 2015. Dostupné z: <https://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?o=7&ct=611&ct1=0>

- HENDL, J. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-482-3.
- Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v období 1. 9. 2016 – 30. 9. 2018. Komentáře a články prof. Stanislava Štecha [online]. 2019, Praha [cit. 07. 04. 2021]. Dostupné z: <http://stanislavstech.cz/wp-content/uploads/2019/07/Analy%CC%81za-spolec%CC%8Cne%CC%81ho-vzde%CC%8Cla%CC%81va%CC%81ni%CC%81-za-obdobi%CC%81-fin-3.pdf>
- HRKAL, J. *Děti se zdravotním postižením a osoby se zdravotním postižením žijící mimo soukromé domácnosti*. Český statistický úřad, ČSÚ [online]. 2019 [cit. 13. 12. 2020]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/deti-se-zdravotnim-postizenim-a-osoby-se-zdravotnim-postizenim-zijici-mimo-soukrome-domacnosti-2017-2018>
- Individuální vzdělávací plán, MŠMT ČR. MŠMT ČR [online]. Copyright ©2013 [cit. 18. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/individualni-vzdelavaci-plan-1#otazka1>
- JASMIN, E., GAUTHIER, A., JULIEN, M., HUI, C. Occupational Therapy in Preschools: A Synthesis of Current Knowledge. *Early Childhood Education Journal* [online]. 2018, **46**(1), 73-82 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 1082-3301. Dostupné z: doi:10.1007/s10643-017-0840-3
- JELÍNKOVÁ, J., KRIVOŠÍKOVÁ, M., ŠAJTAROVÁ, L. *Ergoterapie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 272 s. ISBN 978-80-7367-583-7.
- KLUSOŇOVÁ, E. *Ergoterapie v praxi*. 1. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2011. 264 s. ISBN 978-80-7013-535-8
- KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B. *Předškolní a primární pedagogika*. Praha: Portál, s. r. o., 2001. 80-7178-585-7.
- KOŤÁTKOVÁ, S. *Dítě a mateřská škola: co by měli rodiče znát, učitelé respektovat a rozvíjet*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4435-3.
- KREJČOVÁ, V., KARGEROVÁ, J., SYSLOVÁ, Z. *Individualizace v mateřské škole*. Praha: Portál, s. r. o., 2015. ISBN 978-80-262-0812-9.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 9788024726991.
- LAW, M., STEINWENDER, S., LECLAIR, L. Occupation, Health and Well-Being. *Canadian Journal of Occupational Therapy* [online]. 1998, **65**(2), 81-91 [cit. 2020-

10-28]. ISSN 0008-4174. Dostupné z:  
<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/000841749806500204>

- LILLVIST, A., GRANLUND, M. Preschool children in need of special support: prevalence of traditional disability categories and functional difficulties. *Acta Paediatrica* [online]. 2009 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 08035253. Dostupné z: doi:10.1111/j.1651-2227.2009.01494.x
- Metodické doporučení ke zřízení funkce asistenta pedagoga. *Národní pedagogický institut České republiky* (dříve Národní ústav pro vzdělávání) [online]. Copyright ©2016 [cit. 17. 11. 2020]. Dostupné z: <http://www.nuv.cz/t/ap>
- Metodický pokyn k novele vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění pozdějších předpisů. MŠMT ČR [online]. [cit. 18. 11. 2020]. Dostupné z: <https://digifolio.rvp.cz/artefact/file/download.php?file=90992&view=10466>
- MICHALÍK, J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L. Podpůrná opatření ve vzdělávání. Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění. Obecná část. *Systémová podpora inkluzivního vzdělávání v ČR* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci Copyright © 2015a [cit. 18. 11. 2020]. ISBN 978-80-244-4675-2. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/obecna-cast/3-komu-jsou-podpurna-opatreni-urcena/3-1-stupne-podpurnych-opatreni/>
- MICHALÍK, J., NĚMEC, Z. Systémové vymezení pozice asistenta pedagoga v českém školství. Standard práce asistenta pedagoga. *Systémová podpora inkluzivního vzdělávání v ČR (2013-2015)* [online]. Univerzita Palackého v Olomouci Copyright © 2015b [cit. 17. 11. 2020] ISBN 978-80-244-4769-8 Dostupné z: <http://inkluzi.upol.cz/ebooks/standard-pap/standard-pap.pdf>
- MIKULKOVÁ, G., ŠRAHŮLKOVÁ, K., ČÁP, D., DOSOUDIL, P., JIRÁSKOVÁ, P., MRÁZKOVÁ, J., ZAPLETALOVÁ, J. *Integrovaná síť školních a školských poradenských služeb*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků [online]. NÚV 2014 [cit. 17. 11. 2020]. ISBN 978-80-7481-062-6. Dostupné z:  
[http://www.nuv.cz/uploads/RAMP\\_S/Vystup\\_KA\\_03\\_Metodika\\_c.7\\_Integrovana\\_sit\\_na\\_web\\_opraveny\\_preklepy4\\_8.pdf](http://www.nuv.cz/uploads/RAMP_S/Vystup_KA_03_Metodika_c.7_Integrovana_sit_na_web_opraveny_preklepy4_8.pdf)

- MYERS, C. T., CASE-SMITH, J., CASON, J. Early intervention. *Occupational therapy for children and adolescents*. In J. Case-Smith & J. C. O'Brien (Eds.), 2015, 7th ed., pp. 636–663. St. Louis, MO: Mosby Elsevier
- PIEK, J. P., MCLAREN, S., KANE, R., et al. Does the Animal Fun program improve motor performance in children aged 4–6years? *Human Movement Science* [online]. 2013, **32**(5), 1086-1096 [cit. 20. 11. 2020]. ISSN 01679457. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23186610/>
- PILAŘOVÁ, D., ŠIMEK, P. *Diagnostika školní zralosti*. Praha: Raabe, 2012. Školní zralost. ISBN 978-80-87553-52-7.
- PRIEST, N. 'Motor Magic': Evaluation of a community capacity-building approach to supporting the development of preschool children. *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2006, **53**(3), 220-232 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00546.x
- PRIEST, N., WATERS, E. 'Motor Magic': Evaluation of a community capacity-building approach to supporting the development of preschool children (Part 2). *Australian Occupational Therapy Journal* [online]. 2007, **54**(2), 140-148 [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 0045-0766. Dostupné z: doi:10.1111/j.1440-1630.2006.00618.x
- Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání od 1. ledna 2018, *MŠMT ČR*. MŠMT ČR [online]. Copyright ©2018 [cit. 24. 10. 2020]. Dostupné z: <https://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-predskolni-vzdelavani-od-1-1>
- STICH, H. L., BAUNE, B. T., CANIATO, R. N., MIKOLAJCZYK, R. T., KRÄMER, A. Individual development of preschool children-prevalences and determinants of delays in Germany: a cross-sectional study in Southern Bavaria. *BMC Pediatrics* [online]. 2012, **12**(1) [cit. 19. 11. 2020]. ISSN 1471-2431. Dostupné z: doi:10.1186/1471-2431-12-188
- Školský zákon č. 561/2004 Sb. *Zákony pro lidi - Sbírka zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 24. 10. 2020] Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561#f2873677>
- ŠVESTKOVÁ, Olga. Ergoterapie: Přehledový článek. *Rehabilitace a fyzikální lékařství* [online]. Praha: Česká lékařská společnost J. E. Purkyně, 2015, **22**(1), 38-44 [cit. 2018-12-09]. ISSN 1211-2558. Dostupné z:



<http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=c83868de-6782-4054-a474-503ee9a601e0%40sdc-v-sessmgr02>.

- VODÁKOVÁ, J. a kol. *Speciální pracovní výchova a ergoterapie*. 2. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2007, 90 s. ISBN 978-80-7290-3.
- Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb. *Zákony pro lidi - Sbíрка zákonů ČR v aktuálním konsolidovaném znění* [online]. Copyright © AION CS, s.r.o. 2010 [cit. 19. 11. 2020]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- ZIKL, P. *Terapie ve speciální pedagogice (ergoterapie, fyzioterapie, Bazální stimulace)*. 1.vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, 125 s. ISBN 978-80-7435-493-9.
- ŽAMPACHOVÁ, Z., ČADILOVÁ, V., BASLEROVÁ, P., KULÍSEK, R., MICHALÍK, J., RYŠÁNKOVÁ, M. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4669-1.

## SEZNAM GRAFŮ

Graf 1 Odhad prevalence zdravotního postižení u dětí ve věku 0 - 14 let v krajích (%) ....	10
Graf 2 Složení dětí se zdravotním postižením v mateřských školách k 30. 9. 2018 podle druhu.....	10

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1 Počty dětí se SVP a mimořádně nadaných dětí v MŠ ve školním roce 2016/2017 – 2018/2019 .....	19
Tabulka 2 Hlavní závěry analýzy implementace společného vzdělávání v MŠ ve školním roce 2018/2019 .....	20
Tabulka 3 Počty a podíly dětí se znevýhodněním v MŠ v letech 2010/11 až 2018/19 .....	21
Tabulka 4 Nejčastější podpůrná opatření v MŠ za školní rok 2017/2018.....	21
Tabulka 5 Základní charakteristika vybraných probandů .....	32

# PŘÍLOHA 1 Formulář individuálního vzdělávacího plánu

Formulář platný od 1. 1. 2020

<b>Jméno a příjmení žáka</b>	<i>Jméno a příjmení</i>		
<b>Datum narození</b>	<i>Datum narození</i>		
<b>Bydliště</b>	<i>Adresa bydliště</i>		
<b>Škola</b>	<i>Škola, město, ulice</i>		
<b>Ročník</b>	<i>Ročník</i>	<b>Školní rok</b>	<i>Školní rok</i>
<b>ŠPZ, které vydalo doporučení pro IVP</b>	<i>Zde doplňte <b>název zařízení (případně adresu)</b>, údaje jsou obsaženy v Doporučení (obdrží ho škola od školského poradenského zařízení (ŠPZ), tedy pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra).</i>		
<b>Kontaktní pracovník ŠPZ</b>	<i>Zde doplňte <b>jméno kontaktního pracovníka ŠPZ</b> (je zaznamenáno v Doporučení jako osoba, která Doporučení zpracovala).</i>		
<b>Školská poradenská zařízení, poskytovatelé zdravotních služeb a jiné subjekty, které se podílejí na péči o žáka</b>	<i>Zde doplňte <b>školská poradenská zařízení, např. PPP, SPC, zdravotnická zařízení, např. logopedická ambulance, psychiatrická ambulance, rehabilitace.</b></i>		
<b>Rozhodnutí o povolení vzdělávání žáka podle IVP ze dne:</b>			<i>Datum rozhodnutí ředitele/ky školy.</i>
<b>Zdůvodnění:</b>			
<i>Zde doplňte <b>popis vzdělávacích potřeb žáka, které vychází z Doporučení - z bodu I. Závěry vyšetření žáka podstatné pro vzdělávání a pobyt žáka ve škole a z bodu II. Vyhodnocení Plánu pedagogické podpory (PLPP), např. individuální pracovní tempo, potíže s dodržováním pravidel, kolísání výkonnosti žáka.</b></i>			

<b>Priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka (cíle IVP):</b>	<i>Zde doplňte priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka, které najdete výše v kolonce zdůvodnění, např. rozvoj komunikačních dovedností, rozvoj schopnosti týmové spolupráce.</i>
<b>Předměty, jejichž výuka je realizována podle IVP:</b>	<i>Zde uveďte názvy vyučovacích předmětů, jejichž názvy jsou v souladu se školním vzdělávacím programem.</i>
<b>Podpůrná opatření (specifikace stupňů podpůrných opatření)</b>	
<b>Metody výuky (pedagogické postupy)</b>	<i>Zde uveďte konkrétní metody výuky, které použijete pro naplnění cílů IVP, např. používání názornosti, hraní rolí, využívání manipulativních činností, práce s chybou.</i>
<b>Úpravy obsahu vzdělávání</b>	<i>Zde uveďte, do jaké míry a jak bude upraven obsah vzdělávání v dílčích oblastech v závislosti na bodu III. Doporučení Úpravy obsahu vzdělávání, např. náhrada vzdělávacího obsahu Cizího jazyka za vzdělávací obsah Českého jazyka a literatury.</i>
<b>Úprava očekávaných výstupů vzdělávání</b>	<i>Zde popište, k jakým očekávaným výstupům (OV) ŠVP bude vzdělávání žáka směřováno, které OV budou upraveny v závislosti na bodu III. Doporučení Úprava očekávaných výstupů vzdělávání. (Podrobný popis pro jednotlivé vyučovací předměty viz níže, poslední tabulka IVP).</i>
<b>Organizace výuky</b>	<i>Zde popište na základě bodu III. Doporučení Organizace výuky, úpravy v organizaci výuky ve školní třídě případně i mimo ni, např. snížení počtu vyučovacích hodin (nesmí být žádný předmět vynechán, ale může být nahrazen jiným), zařazení žáka do speciální skupiny na určitý předmět mimo kmenovou třídu, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče a realizace pedagogické intervence.</i>
<b>Způsob zadávání a plnění úkolů</b>	<i>Zde popište způsob zadávání úkolů tak, aby odpovídalo možnostem a schopnostem žáka, např. srozumitelné a stručné zadání činností, poskytnutí delšího časového úseku pro vypracování úkolu, kontrola porozumění zadanému úkolu.</i>

<b>Způsob ověřování vědomostí a dovedností</b>	<i>Zde uveďte, způsoby ověřování vědomostí a dovedností, přizpůsobené konkrétním dovednostem a schopnostem žáka, např. jasná a srozumitelná pravidla ověřování, při ověřování vědomostí respektování osobního tempa žáka.</i>
<b>Hodnocení žáka</b>	<i>Zde uveďte, v závislosti na bodu III. Doporučení Hodnocení žáka, způsob hodnocení vzdělávacích postupů a výsledků vzdělávání žáka, např. slovní hodnocení, hodnocení klasifikačním stupněm, kombinací obou způsobů.</i>
<b>Pomůcky a učební materiály</b>	<i>Zde uveďte přehled potřebných kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic, pomůcek, softwarového a IT vybavení, které je uvedeno v bodě III. Doporučení Pomůcky (zde je popsána i forma pořízení pomůcek). Seznam je vhodné doplnit o učební pomůcky a pomůcky, kterými škola disponuje, např. obrázkové encyklopedie, výukové programy, deskové hry.</i>
<b>Podpůrná opatření jiného druhu</b>	<i>Zde uveďte, v závislosti na bodu IV. Doporučení Podpůrná opatření jiného druhu, např. respektování zdravotního stavu, postavení ve třídě, zohlednění vztahových problémů.</i>
<b>Personální zajištění úprav průběhu vzdělávání (asistent pedagoga, další pedagogický pracovník)</b>	<i>Zde uveďte spolupráci, např. se školním psychologem, speciálním pedagogem, osobním asistentem, zdravotnickým pracovníkem, tlumočnickem českého znakového jazyka.</i>
<b>Další subjekty, které se podílejí na vzdělávání žáka</b>	<i>Zde uveďte seznam dalších subjektů, které se podílejí na vzdělávání žáka, např. školní družina, školní klub, středisko volného času.</i>
<b>Spolupráce se zákonnými zástupci žáka</b>	<i>Zde popište způsob spolupráce se zákonnými zástupci žáka, především způsob komunikace, její četnost a požadavky na domácí přípravu (případně specifikujte způsob zadávání a plnění úkolů).</i>
<b>Dohoda mezi žákem a vyučujícím</b>	<i>Zde uveďte, zda byla či nebyla dohoda uzavřena, případně lze napsat datum podpisu dohody a příp. dohodu přiložit.</i>

**Podrobný popis pro jednotlivé vyučovací předměty, ve kterých jsou uplatňována podpůrná opatření**

(Je-li potřeba specifikovat)

<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Název předmětu</b>	<i>Zde uveďte podrobný popis</i>	
<b>Osoby zodpovědné za vzdělávání a odbornou péči o žáka</b>	<b>Jméno a příjmení</b>	<b>Podpis</b>
<b>Třídní učitel</b>	<i>Jméno a příjmení třídní učitelky/ třídního učitele</i>	
<b>Vyučující</b>	<b>Vyučovací předmět</b>	
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
	Název	<i>Jméno a příjmení vyučujícího</i>
<b>Školní poradenský pracovník</b>	<i>Jméno a příjmení ŠPP</i>	

<b>Zákonný zástupce žáka</b>	<i>Jméno a příjmení zákonného zástupce žáka</i>	
<b>Žák</b>	<i>Jméno a příjmení žáka</i>	

**Poučení:** Pokud zákonný zástupce nebo zletilý žák neposkytne informovaný souhlas s vypracovaným individuálním vzdělávacím plánem, tak toto podpůrné opatření škola neposkytuje.

<b>Závěry vyhodnocení vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu</b>	<b>Jméno a příjmení pracovníka školského poradenského zařízení</b>	<b>Podpis</b>

(Digifolio, 2019)