

UNIVERZITA KARLOVA - PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA PRIMÁRNÍ PEDAGOGIKY

Integrace dítěte s mentálním postižením v podmínkách mateřské školy

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Iva Strnadová, Ph.D.

Vypracovala: Ivana Hřebíková, Vodolská 238, 277 45 Úžice

Ročník, obor studia: 5., předškolní pedagogika

Typ studia: kombinované, magisterské

Rok dokončení diplomové práce : 2006

Děkuji PhDr. Ivě Strnadové, PhD. za podnětné vedení diplomové práce.

Děkuji své rodině za duševní i praktickou podporu a vytvoření podmínek ke studiu.

Děkuji pedagogům i rodičům za umožnění průzkumu a ochotě odpovídat na mé otázky.

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci zpracovala samostatně s použitím uvedené literatury.

Úžice 14. dubna 2006

Obsah

Úvod	8
1. Dítě s mentálním postižením v předškolním věku	10
1.1. Mentální postižení, mentální retardace	10
1.2. Definice	10
1.2.1. Definice zdůrazňující biologické faktory	10
1.2.2. Definice zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ)	10
1.2.3. Definice zdůrazňující sociální faktory	11
1.2.4. Definice zohledňující více hledisek	13
1.3. Četnost výskytu osob s mentálním postižením	15
1.4. Potřeby dětí	16
1.4.1. Respektování obecných a speciálních potřeb	16
1.4.2. Charakteristické rysy batolícího věku u dětí s mentálním postižením	18
1.4.3. Psychický vývoj dítěte s mentálním postižením v předškolním věku	19
1.4.4. Rozvoj osobnosti u dětí s mentálním postižením v předškolním věku	20
2. Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením	21
2.1. Význam mateřské školy pro děti s mentálním postižením	21
2.2. Rámcový program pro předškolní vzdělávání	22
2.3. Legislativa v oblasti vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami	24
2.4. Integrované vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami	26
2.5. Cíle integrovaného vzdělávání	27
2.6. Příprava podmínek pro integraci dítěte s mentálním postižením do MS	28
2.7. Příprava dítěte s mentálním postižením na vstup do mateřské školy	30
2.7.1. Vstup dítěte s mentálním postižením do mateřské školy	31
2.7.2. Příprava celého kolektivu mateřské školy na vstup dítěte s mentálním postižením do mateřské školy	31
2.7.3. Zdařená integrace	32
2.7.4. Rizika integrace	33
2.8. Integrované vzdělávání v zahraničí	34
3. Rodina dítěte s mentálním postižením	34

3.1.	Pojem rodina	34
3.2.	Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině	35
3.3.	Reakce rodičů na narození dítěte s mentálním postižením	35
3.4.	Výchovné přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením	37
3.5.	Spolupráce rodičů s odborníky	38
3.6.	Raná péče u dětí s mentálním postižením	39
3.6.1.	Raná péče	40
3.6.2.	Cíle rané péče	40
3.6.3.	Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením v SPC	42
3.6.4.	Poskytování rané péče dětem s mentálním postižením neziskovými organizacemi a občanskými sdruženími	43
3.7.	Spolupráce rodičů a mateřské školy	46
3.8.	Závěr	47
PRAKTICKÁ ČÁST		48
4.	Cíle a metody šetření	49
4.1.	Cíl práce	49
4.2.	Dílčí otázky	50
4.3.	Metody šetření	50
5.	Realizace šetření	53
5.1.	Skupina šetření, charakteristika skupiny	53
5.2.	Organizace výzkumu	54
5.3.	Analýza a výsledky dotazníkového šetření u pedagogů v MŠ	55
5.3.1.	Analýza dotazníkového šetření	55
5.3.2.	Závěr	60
5.4.	Analýza a výsledky dotazníkového šetření u rodičů	62
5.4.1.	Analýza dotazníkového šetření	63
5.4.2.	Závěr	67
5.5.	Analýza a výsledky rozhovorů s rodiči	68
5.5.1.	Rozhovory s rodiči	68
5.5.1.1.	Rozhovor s matkou Terezky	69
5.5.1.2.	Rozhovor s matkou Alžběty	71
5.5.1.3.	Rozhovor s matkou Michalky	72
5.5.1.4.	Rozhovor s matkou Petra	74
5.5.2.	Shrnutí rozhovorů s rodiči	75
5.6.	Případová studie dítěte s Downovým syndromem	77
5.6.1.	Charakteristika mateřské školy	77
5.6.2.	Rodinná anamnéza	78
5.6.3.	Cíl integrace	78
5.6.4.	Stručný popis integrace dítěte do mateřské školy	78
5.6.5.	Výpověď rodičů	80

5.7.	Vyhodnocení cílů a dílčích otázek práce	81
6.	Závěr práce	87
7.	Seznam literatury	89
8.	Seznam příloh	91

ÚVOD

"Má-li se člověk státi člověkem, musí být vzděláván ... Řekneš: Nicméně jsou lidé velmi tupého ducha, do nichž se nemůže vpraviti nic. Odpovídám: Sotva může být tak zašpiněné zrcadlo, aby aspoň nějakým způsobem nezachycovalo obraz, sotva může být tak drsná tabule, aby se přece něco a nějak nemohlo na ni napsat. Ostatně, je-li zrcadlo znečištěno prachem nebo skvrnami, má se dříve otřít a je-li tabule drsná, má se uhladit, tak jich bude možné užívat. Tak i mladí lidé, jen když budou hlazeni a broušení, budou vybroušeni a uhlazeni jedni od druhých, takže konečně všichni budou chápat všechno".
(J. A. Komenský)

Jednu z nejpočetnějších skupin mezi občany se zdravotním postižením tvoří lidé s mentálním postižením. Na lidi s mentálním postižením se vztahují všechna lidská práva stejně jako na všechny ostatní lidské bytosti. Kulturní společnost se musí naučit žít a komunikovat i s odlišnými jedinci, s občany se zdravotním postižením. Tento trend se označuje pojmem integrace (Valenta, Müller, 2003).

Integrace je postoj společnosti k občanům se zdravotním postižením, který je neodmítá, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do společenského života.

Motivem k napsání této práce byla skutečnost, že jsem přijmula v lednu roku 2005 do mateřské školy, kde zastávám funkci ředitelky, holčičku s Downovým syndromem. V teoretické části práce se zaměřím na význam rodiny a mateřské školy pro vývoj dítěte s mentálním postižením, předškolní vzdělávání v návaznosti na Rámcový vzdělávací program, který je výchozím dokumentem pro tvorbu školních vzdělávacích programů. V praktické části práce přiblížím případovou studii o holčičce s Downovým syndromem, která navštěvuje běžnou mateřskou školu, její integraci do MŠ, spolupráci rodičů, úřadů, úspěchy i neúspěchy. Je zde také zpracována analýza šetření, které jsem prováděla se skupinou rodičů a pedagogů.

Účelem práce, kterou předkládám, je poskytnout čtenářům přehled o předškolním vzdělávání dětí s mentálním postižením, o jejich integraci do běžných mateřských škol a o spolupráci mateřské školy a rodiny při procesu integrace.

1. Dítě s mentálním postižením v předškolním věku

1.1. Mentální postižení, mentální retardace

Pojem mentální retardace lze přeložit z latinských slov „mens“ = mysl a „retardare“ = opožďovat, zaostávat. Pouhý překlad tohoto pojmu tedy vyjadřuje, že jde o opožďování, zaostávání duševního vývoje za vývojem tělesným. Tímto je vystižen i vývojový a dynamický aspekt této poruchy.

V odborné psychopedické literatuře se můžeme setkat s mnoha různými definicemi mentální retardace. Vycházejí z rozdílných hledisek. Často používaným kritériem je inteligenční kvocient. Jiné definice zdůrazňují biologické, nebo sociální faktory. Můžeme najít i definice popisující více faktorů současně.

1.2. Definice

1.2.1. Definice zdůrazňující biologické faktory

Toto pojetí najdeme nejčastěji v ruské odborné literatuře. Podle Rubinštejnové (1976 in Černá a kol., 1995) je mentální retardace trvalé snížení poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Nejvýraznější zvláštností mentální retardace je pak slabost spojovací funkce mozkové kůry. Také Sovák (1972 in Černá a kol., 1995) definoval mentální retardaci jako poruchu vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. Příčinu spatřuje především v hrubším poškození mozku. Myslivečkova definice (1957 in Černá a kol., 1995) uvádí, že jde o zaostalý vývoj somatopsychické osobnosti a považuje jej za syndrom podmíněný různými chorobnými procesy mozku.

1.2.2. Definice zdůrazňující inteligenční kvocient (IQ)

V roce 1992 vstoupila v platnost 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, která užívá novou klasifikaci mentální retardace. Dělí ji do šesti základních kategorií podle inteligenčního kvocientu:

- 1 Lehká mentální retardace, IQ 50 – 69 (F70)
- 2 Střední mentální retardace, IQ 35 – 49 (F71)
- 3 Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72)
- 4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)
- 5 Jiná mentální retardace (F78)
- 6 Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

1) Lehká mentální retardace

Do 3 let lze pozorovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje, nápadnější problémy mezi třetím až šestým rokem – malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a komunikativních dovedností, různé vady řeči, nedostatečná zvědavost a vynalézavost, stereotyp ve hře. Hlavní obtíže zejména v období školní docházky (Vítková, 1998).

Retardace se stává zjevnou až na vyšších vývojových úrovních, kdy začne být od dítěte očekáváno řešení složitějších úkolů či situací. U větších dětí s lehkou mentální retardací je obvykle postižena především schopnost abstrakce a logického usuzování (Vítková, 1998).

2) Středně těžká mentální retardace

Rozvoj myšlení a řeči výrazně opožděn a přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázeno často epilepsií, neurologickými a tělesnými potížemi. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově velmi chudý. Slabá schopnost kombinace a usuzování. Trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů. Samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná. Emocionálně labilní, nevyrovnaní jedinci. V průběhu dětství si tyto lidé obvykle osvojí alespoň minimální slovní zásobu, osvojí si základy čtení, psaní i počítání. Zde je velmi důležitá cíleně zaměřená stimulace (Říčan, 1997).

3) Těžká mentální retardace

Psychomotorický vývoj výrazně opožděn již v předškolním věku – značná pohybová neobratnost, dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Časté motorické poruchy a příznaky celkového poškození CNS. Dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky a sebeobsluhu, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova. Potřebuje celoživotní péči (Vítková, 1998).

U těchto osob je zřetelná výrazná retardace již od útlého věku. Kvalitní cílená stimulace a emoční opora má i zde zřetelné efekty, takto vedené děti jsou klidnější, mívají méně přidružených problémů v chování (Říčan, 1997).

4) Hluboká mentální retardace

Téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou těžce omezeni, nápadné jsou stereotypní automatické pohyby. Kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. Řeč není rozvinuta, okolí nepoznává.

Spolu s postižením intelektu je u těchto dětí pravidlem i velmi těžké postižení pohybové, často jsou zcela imobilní nebo schopny jen minimálního pohybu.

Pokud jde o vedení a výuku dětí s hlubokou mentální retardací, jejím cílem je maximální možné naplnění kapacity každého dítěte a dosažení co největší možné samostatnosti v dospělém životě (Říčan, 1997).

5) Jiná mentální retardace

Termín jiná mentální retardace je užíván jen tehdy, pokud je patrné, že intelektové schopnosti jsou výrazně sníženy a retardace je zjevná, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení nebo závažným poruchám chování či autistickým projevům nelze stupeň retardace spolehlivě určit (Říčan, 1997).

6) Nespecifikovaná mentální retardace

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze zhora uvedených kategorií (Švarcová, 2000).

Definice zdůrazňující inteligenční kvocient mají hodně zastánců, ale i odpůrců. Zastánci vyzdvihují možnost porovnávání v rámci populace a možnost naznačení určité prognózy. Odpůrci upozorňují, že stanovení IQ je obvykle ovlivňováno též tzv. mimointelektuálními jevy, jako je např. motivační bariéra, nedokonalá schopnost vyjadřování, snížená adaptabilita. Intelektový výkon nelze tedy hodnotit izolovaně od ostatních stránek osobnosti (Švarcová, 2000).

1.2.3. Definice zdůrazňující sociální faktory

Podle Valenty, Müllera (2003) může snížení intelektových schopností zapříčinit i sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči.

Takové prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasyčení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální retardaci jako trvalou poruchu).

1.2.4. Definice zohledňující více hledisek

V multifaktoriálním pojetí mentální retardace je zdůrazňován multidimenzionální fenomén, který postihuje anatomické, fyziologické, psychologické, pedagogické a sociální kvality jedince. Jde v současnosti o nejčastěji se vyskytující pojetí mentální retardace.

V české odborné literatuře uvádí takovéto pojetí mentální retardace Říčan, Krejčířová (1995): „ Dříve používán termín oligofrenie nebo slabomyslnost je závažné postižení vývoje rozumových schopností prenatalní, perinatální nebo časně postnatální etiologie, která vede i k významnému omezení v adaptivním fungování postiženého dítěte či dospělého v jeho sociálním prostředí. K diagnóze tedy nestačí pouze selhávání v testech inteligence, ale dítě či dospělý musí současně selhávat i v plnění věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí.“

(Říčan, Krejčířová, 1997, s.151).

V Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku, který vydalo UNESCO poprvé v roce 1977, je mentální retardace definována jako „celkové snížení intelektuálních schopnosti osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě“.

K vyrovnání se s postižením nebo nemocí může významně pomoci porozumění jejich příčinám, které může pomoci sejmout pocity viny (např. dítě s mentální retardací po neuroinfekci je snáze přijímáno než dítě s postižením založeným geneticky). Nejobtížnější je situace tam, kde je příčina neznámá (Ř íčan, 1997).

V dotaznících, ve kterých odpovídali respondenti na mé otázky, byla uváděna nejčastěji diagnóza Downův syndrom.Podle Švarcové (2001) je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace.Děti s Downovým syndromem mohou mít všechny stupně mentálního postižení, od lehké mentální retardace až po tu nejtěžší.

Všichni postižení s touto formou oligofrenie mají charakteristický vzhled, způsobující určitou vnější shodu mezi nimi. Downův syndrom je chromozomální onemocnění – trizomií 21. chromozomu. Některé děti mají zvětšené srdce vlivem vrozené srdeční vady. Tyto děti rostou pomaleji než jejich vrstevníci a jsou menšího vzrůstu i v dospělosti. Mnoho dětí s D.S. má slabý svalový tonus, menší svalovou sílu a omezenou koordinaci, což se často zlepšuje v průběhu jejich vývoje. Mnoho dětí má také problémy se zrakem a bývají lehce až středně sluchově postižené. Vývoj v řečové oblasti je opožděný.

Pro moji práci je nejdůležitější hledisko hloubky mentální retardace vzhledem k naplňování potřeb při integraci.

1.3. Četnost výskytu osob s mentálním postižením

Všeobecně se udávají 3-4 % (Valenta, Müller, 2003) osob s mentálním postižením v populaci s tím, že se v porovnání s minulostí eviduje jistý nárůst poruchy, který má značně diskutabilní příčiny. Za jednu z nich je udávána lepší lékařská péče, kdy lékařská technika udrží při životě i takové novorozence, kteří by jinak nepřežili. Dále se udává lepší diagnostika a evidence osob s mentálním postižením v porovnání s minulostí (Valenta, Müller, 2003). V České republice žije přibližně 300 000 osob s mentálním postižením a v celosvětovém měřítku se odhady přibližují číslu 200 milionů osob (Valenta, Müller, 2003, s. 38).

Tato práce je zaměřená na děti předškolního věku s mentálním postižením, a proto je potřeba vedle pojmu mentální retardace vymezit také samotný pojem předškolní dítě. Jde o jedinečnou lidskou bytost se všemi svými klady a zápory. "Dětství je dobou, v níž se odehrávají zásadní změny ve vývoji jedince, přičemž nejintenzivnější růst a vývoj probíhá v době předškolní" (Kolláriková, Z., aj. 2001, s. 124).

1.4. Potřeby dětí

Děti s mentálním postižením mají stejné potřeby jako děti zdravé, jen je pro své postižení nemohou realizovat obvyklým způsobem. Je-li dětem s mentálním postižením znemožněno realizovat své běžné lidské potřeby v plném rozsahu, zanechává to na nich závažné škody od nespokojenosti a deprivace až k frustraci a naprosté apatii. V předškolním období je dítě nejvíce závislé na svých rodičích tak, aby naplňovali dětské potřeby a umožňovali mu se učit. U dětí s mentálním postižením je mnohem těžší odhadnout potřeby dítěte, neboť chybějí návody a vzory pro rozvoj a nácvik základní samostatnosti, které se ostatní děti učí automaticky (Pueschel, S. M. 1997). Při vstupu dítěte do mateřské školy je nezbytné, aby byly naplňovány individuální potřeby i ze stran pedagogů. Důležitá je potřeba prvního přijetí, důvěra, empatie. Moje vlastní zkušenosti to jen potvrzují.

1.4.1. Respektování obecných a speciálních potřeb

Obecné potřeby

Jakékoliv výchovně-vzdělávací působení nebude efektivní, pokud nebudeme respektovat obecné a individuální potřeby svěřených osob. Potřebou rozumíme nárok jednotlivce vůči prostředí (Havlinová a kol., 1995), „nutnost organismu něco získat nebo něčeho se zbavit“ pro zachování či znovunavození vnitřní rovnováhy (Hartl, Hartlová, 2000, s. 444). Potřeby a snaha o jejich uspokojení motivuje člověka k aktivitě. Naopak nenaplnění některé z potřeb, zejména dlouhodobé nenaplnění, vede ke stresu, k deprivaci, omezení či narušení vývoje. Dá se říci, že obecné potřeby jsou všem lidem stejné, individuální je míra těchto potřeb a způsob jejich uspokojení. Při integraci dítěte s postižením potřebujeme také znalost jeho speciálních potřeb, vyplývajících z postižení a znalost prostředků, jimiž lze uspokojit jeho obecné potřeby. Při plánování a organizaci vyučovacího procesu je důležité hledat společné přirozené potřeby a na nich stavět společné vzdělávací aktivity.

Důležité je vědomí, že mladší děti a zároveň i mentálně retardovaní jedinci nejsou schopni autonomie potřeb – pro uspokojení vyšších potřeb potlačit potřeby základní. Proto při výchovně-vzdělávací práci musíme respektovat potřeby základní a umožňovat jejich uspokojení, abychom mohli poté počítat s potřebami vyššími.

Fyziologické potřeby

Atmosféra ve třídě by měla být dostatečně otevřená, aby umožňovala individuální uspokojování potřeb potravy, tekutin, vyměšování, pohybu, odpočinku (Matějček, 1995).

Potřeby jistoty a bezpečí

K tomu, aby měl člověk zájem učit se, získávat nové poznatky, soustředit se na vyšší mozkovou činnost, potřebuje pocit bezpečí, jistoty, stálosti, nepřítomnost ohrožení. Zvláště pro žáky s mentální retardací při jejich zvýšené emocionalitě je pocit jistoty a bezpečí důležitou podmínkou pro jakoukoli duševní činnost (Matějček, 1995).

Potřeba lásky a sounáležitosti

Každému je vlastní potřeba být milován, přijímán, někam a k někomu patřit. Tato potřeba může být jedním z důležitých hnacích motorů učení – touha patřit do společnosti, rozumět jejím pravidlům, dorozumět se a moci komunikovat. Bývá však potlačena příliš soupeřivým prostředím (negativně ovlivňuje i pocit bezpečí), nebo zneužívána k manipulaci („kvůli mně to musíš zvládnout“). Žáci s lehčím stupněm mentální retardace mohou být motivováni k vyšším výkonům snahou alespoň trochu se vyrovnat spolužákům, naopak žáci s těžším postižením mohou opakovaně zažívat nedostatečnost a neschopnost dosáhnout úrovně, jež by jim dovoľovala spolupracovat s ostatními spolužáky při společných aktivitách. Zde je důležité hledat silné stránky dítěte a vyzdvihovat je, hledat cesty k zapojení dítěte do činností, případně využít podpory asistenta (Matějček, 1995).

Potřeby uznání a sebeúcty

Potřeba být uznáván, respektován druhými a zároveň vážit si sám sebe je dalším důležitým motivačním činitelem. Tuto motivaci ohrožují příliš nízké nebo příliš vysoké požadavky okolí. Učitel se tomuto nebezpečí může vyhnout kvalitní diagnostikou a diferenciací učiva. U žáků s mentální retardací zde můžeme narazit na nedostatky v sebepojetí a aspirační nerovnováhu (Matějček, 1995).

Potřeby seberealizace, sebeuskutečnění

Potřeba naplnit své možnosti, něco v životě dokázat, objevovat – pro intaktní jedince významný motivační pohon, pro mentálně retardované jsou to otázky dost problematické. Pokud sem přiřadíme i potřebu otevřené budoucnosti a životní perspektivy (Matějček, 1995), potřebu najít v životě své místo, nalezneme je i u těchto jedinců.

Vyšší potřeby

Potřeby přesahující osobní zájem jedince – etické (pravda, spravedlnost), estetické (krása a souměrnost), duchovní (hledání smyslu života). Pro vytváření otevřené atmosféry a inkluzivního prostředí je důležité věnovat pozornost i těmto potřebám, rozvíjejícím člověka v jeho lidskosti (Matějček, 1995).

1.4.2. Charakteristické rysy batolecího věku u dětí s mentálním postižením

Hlavním vývojovým úkolem tohoto období je expanze do širšího prostředí a odpoutání z předchozí symbiotické vazby s matkou. S tím souvisí i rozvoj dětské osobnosti, identity batolete. Podle Eriksona (1963 in Řičan, Krejčířová, 1997) je batolecí věk označován jako období autonomie, protože dítě v této době dosahuje autonomie především pomocí svalové aktivity. Umožňuje dítěti uspokojovat jeho základní psychickou potřebu stimulace a částečně i potřebu orientace, tj. učení. Je proto důležitou skutečností, že u většiny postižených dětí se z nějakého důvodu, primárně či sekundárně, samostatná lokomoce opoždí. Rodiče mají tendenci nesamostatnost dítěte generalizovat a chovají se k němu jako ke kojenci. Rozvoj všech poznávacích procesů je v tomto věku stále úzce spojen s praktickou činností. U naprosté většiny dětí s postižením přetrvává vazba na zprostředkující aktivitu jiných lidí. Je třeba, aby matka učila dítě aktivně a samostatně poznávat a nečekala, až samo projeví zájem.

Charakteristickou vlastností batolat je zvědavost. U dětí s postižením však často chybí spontaneita, která je se zvědavostí spojena. Potřeba účinného učení je v batolecím věku vyjádřena touhou po nových zkušenostech všeho druhu a zároveň regulovaná potřebou stability určitého řádu. Děti, které jsou z důvodů defektu nějakým způsobem omezenější a mají méně zkušeností, se mohou cítit ohroženy a proto hledat oporu ve stereotypu. U dětí s mentálním postižením je narušen vývoj řeči. Tyto děti ještě na konci batolecího věku rozumí nanejvýš jednoduchým pokynům a samy mají velmi chudý slovník. Jakékoliv opoždění v oblasti samostatné lokomoce, manuální zručnosti, řeči i poznávacích procesů naruší rozvoj celé osobnosti a ovlivní její adaptaci i akceptaci v sociálním prostředí (Vágnerová, 1997).

1.4.3. Psychický vývoj dítěte s mentálním postižením v předškolním věku

První rok života je naplněn klíčovými úseky pro rozvoj různých vlastností, dovedností a schopností, které by měly být správně stimulovány. Jestliže tomu tak není a vlivy prostředí nejsou harmonizovány se zralostí dítěte, dochází buď k podnětové deprivaci a vývojovému opoždění nebo opačně, k nepřiměřené či nadměrné stimulaci, na kterou není organismus zralý.

Podle Eriksona (1963 in Řičan, Krejčířová, 1997) je kojenecké období charakterizováno jako období receptivní, kdy dítě přijímá od druhých. Smyslem této fáze je získat základní pocit důvěry v život. V kojeneckém období jsou již zřejmé individuální rozdíly jednotlivých dětí v chování, prožívání i celkovém vývojovém trendu. V kojeneckém věku dochází za normálních okolností ke značnému rozvoji motoriky. S rozvojem pohybových dovedností souvisí i vývoj poznávacích procesů a socializace. V případě postižených dětí mají význam i primární a sekundární následky defektů. Platí to i tehdy, jestliže defekt nebyl dosud diagnostikován, např. u sluchových, lehčích

pohybových, zrakových či mentálních postižení. Raná zkušenost, kterou takové dítě během prvního roku života získává, se v mnoha směrech liší od zkušeností zdravého dítěte.

Pohybový vývoj se u dětí s mentálním postižením opožďuje a u závažnějšího defektu se pohybové dovednosti v průběhu prvního roku života nerozvinou vůbec. Děti bývají zcela odkázány na své okolí. Narušen může být i vývoj řeči, ať již v oblasti porozumění nebo aktivního řečového projevu. S možností verbální i neverbální komunikace jsou spojeny pokroky v oblasti socializace (Vágnerová, 1997).

1.4.4. Rozvoj osobnosti u dětí s mentálním postižením v předškolním věku

Období předškolního věku je označováno jako fáze iniciativy, jejímž hlavním motivem je potřeba aktivity a sebeprosazení (Erikson 1963 in Říčan, Krejčířová, 1997). Děti již dobře zvládnou samostatnou lokomoci a dovedou lépe ovládat svoje tělo. V tomto věku bývá již zřejmé, jak bude primární deficit závažný, ale někdy nebývá ještě příliš jasné, do jaké míry je dítě opožděno v ostatních složkách. Úroveň pohybových dovedností se v tomto věku zlepšuje natolik, že většina dětí se nějakým způsobem může sama pohybovat. Velmi důležitou složkou psychického vývoje je řeč. Formální i obsahová stránka řeči však bývá v různé míře postižena u většiny dětí s mentálním postižením. Předškolní období je za normálních okolností dobou relativního klidu a stabilního, plynulého vývoje. Vývoj dítěte s mentálním postižením se nemusí jevit jako plynulý, mnohdy se teprve v tomto období projevuje určitá emancipace. Rozvoj osobnosti handicapovaného dítěte závisí značně na citlivosti a přiměřenosti výchovy, více než u dítěte zdravého, které není ve svých možnostech primárně omezeno. Období předškolního věku je také dobou určité adaptace rodičů na danou skutečnost. Nástup do školy představuje určitý mezník, jehož dosažení je na jedné straně interpretováno jako důkaz alespoň relativní normality dítěte. Na druhé straně často působí jako stresující faktor, protože rodiče konfrontuje se skutečností. Ta bývá mnohdy méně příznivá než předpokládali a nutí je tak změnit svoje dosavadní hodnocení (Vágnerová, 1997).

2. Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením

Rodina a škola jsou dvě odlišné instituce, které se odlišují především ve svých funkcích. "Škola představuje pro děti jednu z nejdůležitějších institucí, významné socializační prostředí právě proto, že je jiná než rodina. Má jiné požadavky, jiné normy a jinak je porušuje, používá jiné strategie nátlaku, jiný jazyk, má jiný dopad na další život. Rozvoj schopnosti adaptovat se na život a práci v odlišném socializačním poli je dítěti umožněn výrazněji právě díky vstupu do školy (Kolláriková, Z., aj. 2001, s. 79). A přesto, že bylo toto řečeno ve vztahu k "opravdové" škole, platí to i pro školu mateřskou a děti s mentálním postižením.

2.1. Význam mateřské školy pro děti s mentálním postižením

Mateřská škola vidí svou úlohu v posilování životaschopnosti rodiny a odpovědnosti rodičů za děti a v tom, že v souladu s jejich představami a požadavky dítěti poskytuje nadstandardní doplněk rodinné péče a výchovy, prostředí pro jeho socializaci a učení, pro uspokojování potřeb jeho individuálního rozvoje. Pokud se budeme odvolávat na nějakou tradici, tak na tradici české mateřské školy. Pro dítě má naše MŠ tradičně dvě úlohy: vzdělávací a sociálně zdravotní. Obě úlohy plní stejně zodpovědně, neboť ve spojení obou spatřuje šťastné řešení potřeb pro děti, rodiče i společnost.

Mateřská škola nemůže dítěti nahradit žádnou rodinu, ať již je jakákoliv, třeba disharmonická či dysfunkční. Může jen kompenzovat důsledky zanedbávání či špatného vlivu. Na druhé straně i těm dětem z nejlepších funkčních rodin přináší mateřská škola něco navíc.

Rodiče dnes velmi mnoho času tráví v zaměstnání, a to i matky. Aby rodina plnila svou funkci a byla stabilizovaná, je jednou z podmínek kvalitní nabídka péče o jejich malé děti po větší část dne. Tím, že existuje zákonná možnost matky nebo otce čerpat mateřskou dovolenou do věku tří let dítěte, přicházejí do MŠ většinou děti tříleté.

Předškolní vzdělávání ovlivňuje celou osobnost dítěte, poskytuje základy pro zdravé sebevědomí a sebejistotu, učí dítě být samo sebou a zároveň se přizpůsobovat životu ve společnosti, poskytuje základy pro celoživotní učení i základy chování a jednání v duchu základních lidských a etických hodnot. Dítě v mateřské škole získává osobní samostatnost a schopnost projevat se jako samostatná osobnost působící na své okolí.

2.2. Rámcový program pro předškolní vzdělávání

Pro každý obor vzdělání v předškolním, základním i středním vzdělávání se vydávají rámcové vzdělávací programy. Rámcové vzdělávací programy vymezují povinný obsah, rozsah a podmínky vzdělávání, jsou závazné pro tvorbu školních vzdělávacích programů, hodnocení výsledků vzdělávání dětí a žáků. Rámcové vzdělávací programy jsou závazné podle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Rámcový program pro předškolní vzdělávání je směrodatným dokumentem pro pedagogy, zřizovatele, odborné i sociální partnery v rámci vzdělávacího systému. Je to výchozí dokument pro tvorbu školních vzdělávacích programů, který přináší všeobecný vzdělanostní základ společný pro všechny předškolní vzdělávací programy a umožňuje pedagogům svobodně se rozhodnout, jakou cestou se vydají ke společnému cíli. Jeho prostřednictvím se mohou v mateřských školách realizovat různé alternativní vzdělávací přístupy.

Pohled na obsah Rámcového programu pro předškolní vzdělávání

Při tvorbě školního vzdělávacího programu vycházíme z vlastní představy i z představ pedagogického sboru a také z analýzy uplynulého období, z možností a podmínek školy, ze vzájemné dohody se zřizovatelem a z platné legislativy.

Dalším bodem je funkce plánovací a realizační, obsah a časový plán. Témata vycházejí z prioritních úkolů, navazují na název programu, vycházejí z přirozeného vývoje života dítěte a musí naplňovat dílčí cíle stanovené v pěti oblastech RP (Rámcového programu).

Témata představují ucelenou a posloupně navazující řadu tématických celků. Vymezení obsahových částí či témat může vycházet z filosofie školy nebo z cílů a jim přiřadit obsah a formu. Obsah a časový plán může vycházet z ročních období, ze slavností, výročí, událostí během roku apod. V další části programu se popisují organizační, materiální, personální, ekonomické a hygienické podmínky a podmínky bezpečnosti práce. Konkrétně lze zpracovat školní řád v souladu s platnou vyhláškou MŠMT o mateřských školách. Rozpracovává provozní dobu školy, kritéria přijímacího řízení, předávání a vyzvedávání dětí, práva a povinnosti rodičů, koncepci MŠ, uspořádání dne, integraci apod. O jaké jde zařízení, materiální vybavení MŠ, hygienické podmínky, pitný režim dětí, denní rytmus a řád, respektování individuálních potřeb dětí. Personální podmínky: kvalifikace a funkce jednotlivých pracovníků školy, specialisté, kteří do MŠ docházejí, spolupracovníci školy apod. Podle Smolíkové (2001).

Při práci ředitelky MŠ využívám plán řízení a kontroly, vnitřní evaluace a hodnocení mateřské školy. Zde musí být stanovena pravidla, hodnotíme směrem k pedagogovi i k dítěti, porovnávají se třídní programy se školním vzdělávacím programem, kritéria pro evaluační činnost jsou stanovena v Rámcovém programu (specifika, cíle, záměry, kompetence, činnosti, podmínky), kritéria pro hodnocení konkrétních pedagogických činností, podmínek a kvality výsledků si vytvoří ředitelka školy sama.

Tato část ŠVP (Školní vzdělávací program) může obsahovat:

- plán hodnocení (kontrolní a hospitační činnost ředitelky školy)
- hodnocení tříd
- individuální hodnocení dětí
- kritéria evaluace pro pedagogický i provozní personál
- způsob záznamů a reflexe (zpětná vazba)

Součástí Rámcového programu jsou také individuální vzdělávací programy pro děti s odkladem školní docházky nebo pro děti integrované do běžných mateřských škol. Zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon, § 16 hovoří o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování. Ředitel mateřské školy (ale také základní a střední) může se souhlasem krajského úřadu ve třídě, kde se vzdělává dítě se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga.

2.3. Legislativa v oblasti vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Pro speciální MŠ (ZŠ, SŠ) i pro běžné MŠ (ZŠ, SŠ) platí Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných, § 1. Speciálním vzděláváním se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb (vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních), zajištění služeb asistenta pedagoga (§ 2 odst. 2

písm. f) zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

RVP PV vychází z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z tohoto důvodu je RVP PV základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem.

Rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání jsou pro vzdělávání všech dětí společné. Při vzdělávání dětí se speciálními potřebami musíme dbát na to, aby bylo vyhověno jejich potřebám a možnostem. Kromě podmínek, které jsou stanoveny zákony, vyhláškami a prováděcími předpisy, je třeba, aby předškolní pedagog bral na zřetel podmínky, které vyplývají z přirozených vývojových potřeb dětí předškolního věku a zároveň i ty, které jsou dány jejich speciálními potřebami. Některé jsou pro všechny děti společné, jiné se liší podle charakteru a stupně postižení dítěte. Pedagog by měl zajišťovat tyto podmínky s ohledem na vývojová a osobnostní specifika těchto dětí a měl by být vzdělán v oblasti speciální pedagogiky. Ve vztahu k druhu a stupni postižení dítěte jsou podmínky při jeho vzdělávání (speciálním i integrovaném) plně vyhovující, jestliže:

je v našem případě u dětí s mentální retardací zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení

- jsou využívány vhodné kompenzační pomůcky

- je zajištěna přítomnost asistenta

- počet dětí ve třídě je snížen

2.4. Integrované vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Vzdělávání těchto dětí v mateřských školách s upraveným programem podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí snáze splňuje základní povinné podmínky a v mnoha ohledech potřebám dětí vyhovuje lépe než prostředí běžných mateřských škol. Integrace dětí do běžné mateřské školy však znamená přiblížení se normálnímu prostředí a oslabení určité izolace dítěte i jeho případného vylučování ze společnosti ostatních vrstevníků. To bezpochyby usnadňuje osobnostní i sociální rozvoj i sociální integraci dítěte.

Integrace dětí do podmínek běžných mateřských škol má vedle nesporných pozitiv i svá rizika. Základním předpokladem toho, aby byla rizika snížena či vyloučena je stanovit, co v kterém případě potřeby dítěte představují, jaké z nich vyplývají nároky na práci pedagoga a jaké podmínky je potřeba v mateřské škole vytvořit. Předškolní pedagog musí zvážit všechny podmínky (materiální, psychosociální, personální, odborné) splnění nároků, které na něj a celou MŠ budou kladeny a podle toho se odpovědně rozhodnout. Pokud přijme do MŠ dítě s vážným zdravotním postižením, musí vždy úzce spolupracovat s příslušným odborníkem - speciálním pedagogem, dětským psychologem apod.

Důležitou podmínkou úspěšnosti předškolního vzdělávání dětí s postižením je nejen volba vhodných vzdělávacích metod a prostředků, ale i uplatňování vysoce profesionálních postojů pedagogů i ostatních pracovníků, kteří se na péči o dítě podílejí. Rozvoj osobnosti dítěte s postižením závisí na citlivosti a přiměřenosti působení okolí mnohem více, než je tomu u dítěte, které není ve svých možnostech primárně omezeno.

Je nezbytné, aby pedagog postupoval vždy s vědomím, že takové dítě má jiné osobní předpoklady a je v obtížnější situaci: má menší zkušenosti a větší problémy s osamostatňováním, hůře se prosazuje, má méně rozvinutou schopnost autoregulace apod. Je nutné zajistit, aby děti s postižením či znevýhodněním byly od počátků vzdělávání přijímány stejně jako jiné děti a nedostávaly od okolí častěji než ostatní negativní zpětnou vazbu.

2.5. Cíle integrovaného vzdělávání

Cílem integrovaného vzdělávání je plné sociální včlenění zdravotně postižených žáků do běžných škol. Je třeba je však i nadále chápat jako jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Po roce 1990 dochází k zásadním změnám v oblasti školské legislativy týkající se integrovaného vzdělávání zdravotně postižených dětí.

Ranou péči zajišťuje u nás resort zdravotnictví a různé soukromé a charitativní iniciativy a občanská sdružení. V období 3-6 let věku dítěte se mohou rodiče rozhodnout pro výchovu v rodině nebo pro institucionální výchovu v běžných mateřských školách nebo ve speciálních mateřských školách dle typu postižení. Rodiče také velmi často využívají možnosti pedagogické podpory návštěvou SPC (speciálně pedagogické centrum), která bývají často při speciálních mateřských školách. Rodiče do těchto center často dojíždějí z daleka, neboť plošné pokrytí těchto center je nedostačující, totéž platí o malém počtu speciálních pedagogů, kteří by mohli poskytovat služby i v domácím prostředí postiženého dítěte.

Legislativní podmínky pro integrované vzdělávání zdravotně postižených dětí v předškolním věku vytváří Zákon ČNR č. 390/1992 Sb., o předškolních a školských zařízeních ve znění pozdějších předpisů, na který navazuje Vyhláška MŠMT ČR č. 35/1992 Sb., o mateřských školách. Paragraf 4 řeší zařazování postižených dětí do běžných mateřských škol a stanovuje podmínky pro práci ve třídě s integrovaným zdravotně postiženým dítětem. Vývojový proces, při kterém dítě vrůstá do společnosti, vytváří si sociální identitu, probíhá od raného dětství.

V předškolním věku se formuje přístup jedince k odlišnosti, ke schopnosti ji bez výhrad akceptovat, bez předsudků. Tyto základní inkluzivní postoje si dítě v předškolním věku vytváří pomocí mechanismu nápodoby a identifikace s postoji osob ve svém nejbližším okolí (Matějček, 2003).

Pozitivní prožitek v kooperaci s odlišným vrstevníkem při společné dětské hře nebo jiné činnosti nenahradí žádná z výchovných a vzdělávacích metod ani logický výklad o přijatelnosti abnormality vzhledu, odlišnosti chování či myšlení druhých.

Současný stav předškolní výchovy v České republice ukazuje, že integrace na elementárním stupni nabývá na společenském významu. Úspěšnost procesů komunikace, která je předpokladem soužití znevýhodněných a intaktních, začíná v dětském věku. V tomto období se také utvářejí základy pro odbourávání pozdější nejistoty, strachu, odmítání, zaujatosti jedince ze vzájemného soužití s odlišnými jedinci.

2.6. Příprava podmínek pro integraci dítěte s mentálním postižením do MŠ

První se týká dítěte samotného. Tří až čtyřleté dítě při příchodu do heterogenní třídy neshledává nejprve své nebo cizí postižení jako nějakou zvláštnost. Uvědomí-li si během svého vývoje, že někdo stejně starý jako ono nemluví, neběhá, samostatně nejjí apod., dostane se do rozporu se svými dosavadními zkušenostmi.

Důvěra a následné zklamání může rozšířit představivost dítěte, která v sobě spojuje obě zkušenosti z reálného života.

Dítě, které potřebuje asistenční pomoc, může projektovat vlastní potřeby podpory do osobních představ o druhých. Vyrovnaní se s vlastním omezením je pro utváření identity dítěte podstatný moment. Pokud dítě se speciálními potřebami získá v prostředí běžné mateřské školy jistotu, může mu to ulehčit získat důvěru ve vlastní činnosti. Tímto způsobem mohou všechny děti získat zkušenosti se širokým spektrem lidské různosti a integrovat ho do své představy o normální realitě. Teprve však v průběhu dalšího vývoje dětí, jejich jednání a vzájemných vztahů se projevují integrativní efekty, které přináší společná výchova v mateřské škole. Druhou podmínkou je přístup pedagoga. Závisí na osobních zkušenostech a osobních nárocích. V integrativní skupině je důležitá jeho vlastní schopnost akceptace odlišnosti, vymezení vztahu postižení - odlišnost - normalita, jeho hodnotová orientace, představy o sociálním chování. Jeho spontánní přístup k některým dětem může být poznamenán nejistotou a strachem z neobvyklého způsobu chování. Kvůli plně odpovědné pedagogické práci je výhodou, pokud si je vědom, čím sám může k integračnímu procesu ve třídě přispět. Sebereflexe je základem práce pedagoga v integrativních předškolních zařízeních.

Příprava podmínek pro integraci se týká také rodičů. Rodičům pomáhá, když jejich dítě je přijímáno alespoň v jedné společenské skupině, lépe zvládají smutek či strach, které jsou spojeny s ohrožením perspektiv dítěte v širší společnosti, kde je čas od času vystaveno projevům nepřátelství či nepochopení. Rodiče jsou i důležitým spojovacím článkem mezi mateřskou a základní školou. Často požadují, pokud mají pozitivní zkušenosti s integrací v mateřské škole, odpovídající pokračování takového přístupu v základní škole.

Řada rodičů intaktních dětí zpětně hodnotí společnou výchovu svých dětí a dětí s postižením v běžném předškolním zařízení za sociální skutečnost, kterou by měly jejich děti prožít s ohledem na budoucí život v heterogenní společnosti.

Podstatnou předností běžné mateřské školy s integračním programem je její dostupnost i pro rodinu s postiženým dítětem z místa bydliště. Tím odpadají nejen dlouhé jízdy do speciálních zařízení, ale také možnosti kontaktu mimo mateřskou školu (volnočasové aktivity rodičů s dětmi). Podle zkušeností z tuzemska je individuální integrace momentálně nejlepším řešením pro dítě se speciálními potřebami předškolního věku.

2.7. Příprava dítěte s mentálním postižením na vstup do mateřské

školy

Rodina neztrácí nic ze svého významu ani v předškolním věku dítěte s mentálním postižením. V tomto období se rodiče mohou rozhodnout, zda zvolí výchovu rodinnou nebo výchovu institucionální. V případě, že zvolí pomoc instituce, mohou si vybrat výchovu ve speciálních mateřských školách, kde se jim dostane odborné speciální péče, nebo mohou zvolit integraci dítěte s mentálním postižením do běžné mateřské školy, kde jsou společně se svými zdravými vrstevníky. Zkušenosti ukazují, že integrace dětí do běžných mateřských škol probíhá klidně, bez rušivých momentů. Je to dáno tím, že na děti jsou kladeny nároky především v oblasti rozvoje řeči, sebeobsluhy a méně již na výkony v intelektové oblasti. Vstup dítěte do mateřské školy zcela určitě znamená pro dítě s mentálním postižením nové období socializace. Není to však zlomové období pouze pro dítě, ale i pro rodiče. Odchod dítěte ze známého rodinného prostředí do nového prostředí MŠ vyvolává v rodičích obavu či očekávání, jak mateřská škola a nový kolektiv dítě poznamená, jaké změny ho čekají (Kolláriková, Z. aj. 2001).

Pro dítě je velkou výhodou, když je rodina "otevřená" svým přátelům a známým, když neschovává své dítě doma, ale naopak žije životem "běžné" rodiny. Dítě má pak od malička možnost postupně si zvykat na nová prostředí, na nové podněty, cizí lidi i děti. Pro další vývoj dítěte s mentálním postižením a pro jeho socializaci je velmi důležité, aby přišlo do kontaktu se širším okolím co nejdříve, neboť právě v raném a předškolním věku je dítě nejprizpůsobivější vlivům společenského prostředí. "Socializační proces u dětí s mentální retardací probíhá za působení přirozeného prostředí, do kterého dítě vrůstá a ve kterém bude žít, což je společnost lidí zdravých, nejprve v rodině, pak ve škole a posléze v zaměstnání" (Kysučan, J. 1990, s. 65).

2.7.1. Vstup dítěte s mentálním postižením do mateřské školy

Vstup dítěte do nového prostředí mateřské školy by měl být pozvolný a ze strany rodičů i učitelů promyšlený. První den v mateřské škole by měl být příjemný, proto bychom měli před vstupem dítěte do mateřské školy provést předem několik krátkých návštěv tohoto zařízení. Čas trávený v kolektivu ostatních dětí postupně prodlužujeme až nakonec necháme dítě v MŠ samotné. Mám zkušenost, že dítě s mentálním postižením si v mateřské škole zvyká stejně rychle a snadno jako děti zdravé, mnohdy i snadněji. Jedná-li se o běžnou MŠ, do které má přijít dítě s mentálním postižením, je třeba připravit na jeho vstup i celý kolektiv dětí. Při správném vedení dětí pedagogem se však zpravidla neobjeví žádný problém. Pokud dítě s MP navštěvovalo mateřskou školu již dříve formou krátkých návštěv, děti ho již znají a chovají se k němu jako ke každému jinému kamarádovi. Pokud se jim zdá na novém kamarádovi něco divného, ptají se a čekají, že jim nastalou situaci nebo problém paní učitelka vysvětlí.

2.7.2. Příprava celého kolektivu MŠ na vstup dítěte s MP do MŠ

Také pedagog, který se zabývá integrací, by měl být zdravě empatický, poučený v oblasti konkrétního postižení i obecné speciálně pedagogické problematiky, dosahovat vysoké úrovně sociální kompetence v interakci s postiženými i zdravými dětmi (Svobodová, 1997).

Předpokladem integrace je vytvoření náležitých podmínek, jež musí být zajištěny předem, nikoli až "za pochodu". Integraci v moderním pojetí chápeme jako společný život (v případě školy společný pobyt, společný program, společnou výchovu a výuku). K podmínkám patří připravenost a ochota všech zúčastněných. Rozumíme tím například i pomoc školníka, uklízečky apod. Dále připravenost ostatních dětí, rodičů. Vzhledem k tomu, že zajištění speciálních potřeb dítěte vyžaduje odborné znalosti a dovednosti z příslušných oblastí speciální pedagogiky a dalších oborů, je zapotřebí, aby učitelé a vychovatelé těchto dětí měli náležitou odbornou přípravu.

Některá pedagogická či speciálně pedagogická centra, vysoké školy anebo některá občanská sdružení pořádají v tomto směru kurzy a semináře (Šturma, 2001).

Důležité je také zabezpečení organizační a personální. V případě běžné mateřské školy se jedná například o zřízení a vyřešení funkce asistenta pedagoga pro dítě s postižením a hlavně dostatek finančních prostředků na něj. Je také potřeba, aby mělo takové dítě zajištěny všechny formy příslušné speciální péče či terapie. Bývá to pak obvykle na rodičích, aby tuto péči s dítětem absolvovali. Učitelky mateřské školy by měly vědět, jaké péče se dítěti dostává, případně spolupracovat s odborníky z jiných pracovišť, jako se to děje v mateřské škole, kde pracují.

2.7.3. Zdařená integrace

Prvním dobrým znamením zdařené integrace je radost dítěte z pobytu v mateřské škole, šťastný životní pocit. Druhým zdařilým krokem, jež můžeme u dítěte pozorovat, je postupné naplňování jeho vývojových možností přiměřeně věku a zdravotnímu stavu. Normou je v tomto případě dítě samo. Jeho výkony a chování vztahujeme pak s odstupem času k výkonům a chování, které jsme zaznamenali dříve. K tomu nám slouží individuální program.

Každého z nás můžeme srovnat s nádobkou z hlediska schopností, jejíž velikost se člověk od člověka liší. Tato nádobka představuje náš vývojový potenciál, možnosti, které jsou nám dány. Naším úkolem je naplnit tuto nádobku vrchovatě, bez ohledu na to, zda ve srovnání s jinými to bude méně nebo více. V tomto smyslu může být plněji rozvinut jedinec s postižením, který své možnosti - za pomoci druhých - proměnil ve skutečnost, než jiný, který v možnostech měl na víc, ale svůj potenciál nerealizoval.

Další oblastí, z jejíhož hodnocení můžeme usuzovat na zdar komplexního procesu integrace, jsou partneři dítěte ve škole, jeho vrstevníci. Probíhá-li proces integrace náležitě, pak v jeho průběhu získávají i oni. Poznávají zkušeností, že zdraví a schopnosti či dovednosti, kterými disponují, nejsou něčím samozřejmým. Je třeba si jich vážít, chránit je. Vytvářejí zdravou sebeúctu a vědomí vlastní hodnoty.

Přítomnost dítěte s postižením v MŠ, dává příležitost ostatním dětem vcítit se do problémů jiných. Plody zdařilé integrace zakouší i rodina dítěte se speciálními potřebami. Začlenění dítěte do předškolního zařízení znamená částečné vykročení rodiny z izolace do běžného světa, navázání nových kontaktů.

V neposlední řadě je zde i lidské a odborné uspokojení pedagogů a všech dalších, kteří se o zdar integrace zasloužili. V práci s dětmi se speciálními potřebami se snad nejvíc naplňuje fakt, že povolání vychovatele a učitele je sice do značné míry řemeslem, které vyžaduje každodenní rutinní práci, zároveň i kusem vědy, neboť vyžaduje odborné znalosti a dovednosti, má v sobě i něco z umění. Nedařilo by se, kdybychom neuplatňovali intuici, tvořivost, nápad. A v tomto namíchání tato profese nejen vyčerpává, ale i - navzdory relativně nízkým platům - těší (Šturma, 2001).

2.7.4. Rizika integrace

Varující je v tomto případě již to, že se nepodaří naplnit podmínky, které jsem uvedla v bodě 2.6. Nepodaří se nalézt shodu a souhrn všech zúčastněných stran. Integrace se nedaří, pokud pobyt dítěte s postižením uprostřed zdravých dětí a soužití s nimi nepřispívají k jeho pozitivní emoční bilanci, ale jsou pro něj záteží.

Nebývá také příznivým jevem, pokud zakoušení rodiče při konfrontaci svého dítěte se zdravými spolužáky ještě tíživěji postižení dítěte a dochází-li fakticky k další izolovanosti. Nepříznivým znamením by také bylo i to, kdyby integrační úsilí bylo pro učitele či vychovatele spojeno s neúměrně velkým úsilím ba přemáháním, takže by i přispívalo k vytvoření syndromu "vyhoření". Nedaří-li se však dlouhodobě naplňovat podmínky integrace, je na místě zvážit revizi původního rozhodnutí o integraci (Šturma, 2001).

2.8. Integrované vzdělávání v zahraničí

V evropském školství probíhá proces integrace žáků s různými druhy postižení do běžných škol již od počátku druhé poloviny 20. století. Vzdělávání žáků se specifickými vzdělávacími potřebami má v současné době mnoho podob. V některých zemích existují dva od sebe oddělené školské systémy (speciální a obecný), v jiných jen jediný, společný pro všechny žáky. Pro žáky s postižením jsou ve většině zemí ve školách zajišťovány potřebné služby, jako je léčebný tělocvik, logopedie, ergoterapie a další. V případě potřeby je do školy kromě speciálního pedagoga přijat i asistent dítěte. Všechny tyto služby jsou hrazeny buď ze sociálního, invalidního nebo zdravotního pojištění. Také doprava tělesně postižených žáků do školy speciálními auty či mikrobusy je samozřejmostí.

Pro těžce postižené žáky a pro žáky s více vadami se zpravidla zachovává alternativa speciálních škol nebo alespoň speciálních tříd.

3. Rodina dítěte s mentálním postižením

3.1. Pojem rodina

Je to nejstarší společenská instituce. Plní socializační, ekonomické, sexuálně - regulační, reprodukční a další funkce. Vytváří určité emocionální klima, formuje interpersonální vztahy, hodnoty a postoje, základy etiky a životního stylu. Z hlediska sociologického je formou začlenění jedince do sociální struktury.

Nejběžnějším modelem rodiny je tzv. nukleární rodina, kterou tvoří nejbližší příbuzní, tj. oba rodiče a děti. V posledních desetiletích se model rodiny významně proměňuje. Současné pojetí tenduje k chápání rodiny jako sociální skupiny nebo společenství, žijícího ve vlastním prostoru - domově, uspokojující potřeby, poskytující péči a základní jistoty dětem. Rodina spoju se školou plní významné výchovné funkce, které lze chápat jako komplementární (Průcha, Valterová, Mareš, 2001).

3.2. Výchova dítěte s mentálním postižením v rodině

Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte s mentálním postižením. Žádné jiné prostředí mu nemůže poskytnout stejný pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability ani stejné množství podnětů pro jeho další rozvoj.

S výchovou dítěte s mentálním postižením je nezbytné začít co nejdříve po narození nebo zjištění diagnózy. V tomto období je mozek dítěte plastický a v prvních třech letech života dítěte prodělávají mozkové buňky překotný vývoj, je to období velmi vhodné pro stimulaci vývoje dítěte. Dovoluje to dětem s postižením vytvořit si náhradní mechanismy, které ovlivní dítě na celý další život. Všechny činnosti, které s dítětem provádíme, by měly být spojeny s příjemnými pocity, které může vyvolat například pohlazení, pochvala či nějaká odměna. Toto zažívání "příjemností" uplatňujeme při výchově co nejčastěji.

Podaří-li se nám najít u dítěte s mentálním postižením ten správný stimul, který je ještě navíc spojen s příjemnými pocity, můžeme dosáhnout mnoha významných výsledků. "Zjistíme-li například, že je dítěti příjemné malé plyšové zvířátko, snažíme se, aby s ním dítě přicházelo do kontaktu co nejčastěji, aby se ho dotýkalo. Tímto u dítěte rozvíjíme reflex sevření ruky, který si dítě musí vybudovat (na rozdíl od zdravého dítěte, které má tento reflex vrozený). Mimo to stimulujeme také zrak" (Marková, Z., aj. 1987, s. 34).

3.3. Reakce rodičů na narození dítěte s mentálním postižením

Snad každá budoucí matka (a nejen ona, ale také otec a prarodiče,...) sní o svém ještě nenarozeném dítěti, představuje si jeho podobu, vidí "před sebou namalovaný jeho život", vkládá do něj své naděje. Vždyť pro většinu žen je dítě naplněním jejich smyslu života. Když se však rodiče dozvědí, že jejich dítě má mentální postižení, znamená to pro ně ohromný šok, který si snad mohou představit pouze ti, kteří ho také zažili. Jejich radost a naději vystřídá strach, bolest, beznaděj, zklamání a v neposlední řadě také pocit viny.

Pocitem křivdy se člověk musí protřpět. Nakonec by však měl najít sílu přijmout dítě takové, jaké je a snažit se je vést a vychovávat tak, aby jeho život byl co nejšťastnější, nejpřirozenější a nejlidštější. Rodiče dospělých mentálně postižených osob mívají pak ve svém dítěti tu nejoddanější lidskou bytost, která je nikdy neopustí, nezradí, ale ani záměrně a úmyslně nezarmoutí.

Skutečnost, že se narodilo postižené dítě, zastihne většinou oba jeho rodiče zcela nepřipravené. Nevědí a nechápou, co se s jejich dítětem stalo, nevědí, jak bude jeho vývoj pokračovat a co všechno je v životě čeká, nevědí jak s dítětem zacházet, jak s ním jednat, jak je vychovávat. Bohužel je stále ještě nedostatek kvalifikovaných a dostatečně citlivých odborníků, kteří by mohli pomoci rodičům v řešení mnoha složitých, ale i zcela praktických každodenních problémů. Ne nadarmo se říká, že postižení dítěte znamená postižení celé rodiny.

Rodina s postiženým dítětem se musí vyrovnat i s různými předem nepředvídatelnými reakcemi svého okolí. Někteří přátelé a známí odejdou. Třeba ani ne proto, že by byli zlí, mohou být pouze zaskočeni situací a nevědí, jak reagovat na dítě ani jak se chovat k rodičům.

Rodiče postižených dětí bývají někdy přecitlivělí a mohou i zcela nevinou poznámku nebo dotaz pochopit jako netaktnost a projev bezcitnosti. I na netaktní a necitlivé poznámky si však musí časem zvyknout, zejména tehdy, pokud je jejich dítě vzhledově odlišné a budí bezděčnou pozornost svého okolí. Na druhé straně se však setkají s chápavými a dobrými lidmi, kteří jim pomohou, ať už dobrým slovem nebo skutkem, v situacích, v nichž se budou cítit bezradní (Švarcová, I. 2000).

Rodiče, kterým se narodilo dítě s určitým stupněm mentálního postižení, procházejí několika typickými fázemi:

1. Fázi šoku a popření - rodiče popírají, že je dítě postižené, je to první reakce na vzniklou situaci. Rodiče se musí nejprve s touto situací vyrovnat. Teprve potom mohou přemýšlet, co budou dělat dál.

2. Fázi postupné akceptace a vyrovnávání s problémem - zpracování informací, které rodiče dostávají z řad odborníků, lékařů aj. Rodiče mívají pocit vlastní viny na vzniku postižení, přemýšlejí o předání dítěte do institucionální péče apod. Jak tuto fázi rodiče zvládnou záleží hlavně na osobnosti každého z nich, na zdravotním stavu, věku, počtu společných dětí, druhu a příčině postižení a také na partnerském vztahu.

3. Fázi realismu - postupné smíření s danou realitou, klidnější pohled na situaci. Rodiče jsou připraveni na změnu v jejich životě, jsou připraveni pomoci svému dítěti, vytváří se žádoucí rodinné klima a výchovné přístupy k dítěti (Vágnerová, M. 1999).

3.4. Výchovné přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením

Výchovné přístupy rodičů k dítěti s mentálním postižením mohou být různé. Co se týká těch nevhodných, rozeznáváme například úzkostnou, rozmazlující, perfekcionistickou, protekční a zavrhuující výchovu. Tři další hlavní výchovné způsoby, ve kterých se zrcadlí pocity, chování a postoje rodičů, především pak matek, rozlišuje Klenková (2000, s. 68).

Je to: a) otevřené nepřátelství a zanedbávání

b) perfekcionismus

c) ochranářství

Rodiny by měly umět svoji výchovnou činnost zorganizovat a rozpracovat do řady konkrétních úkolů. Mezi ně lze zařadit například: vybudování potřebných hygienických a sociálních návyků, nácvik prostorové orientace, nácvik časové orientace, nácvik manipulace s předměty denní potřeby atp. Největším možným rizikem v oblasti rodinné výchovy je nebezpečí vzniku dysfunkčních či úplně nefunkčních vztahů rodičů k dítěti (což je v případě dětí s mentálním postižením díky jejich menší "srozumitelnosti" a "zpětnovazebnosti" pro nepřipravené rodiče více pravděpodobné než u dětí intaktních). Tehdy dochází k vážným přidruženým poškozením jeho vývoje a je nutné zvolit patřičná nápravná nebo náhradní opatření (např. rodinnou terapii, náhradní rodinnou péči, ústavní péči apod.) (Müller, Valenta, 2003).

3.5. Spolupráce rodičů s odborníky

Neoddělitelnou součástí organizace a realizace rodinné výchovy by mělo být i její zapojení do systému ucelené rehabilitace jedinců s mentální retardací. Rodiče tak mohou nejen využívat odlehčující podpory (respitní péče) ze strany odborníků (např. ve formě služeb denních a týdenních stacionářů), rodiče by navíc měli působit jako jejich plnohodnotní partneři.

Nejčastěji se pracuje s převzatým programem PORTAGE, v němž je do nejmenších kroků rozpracován nácvik pohybových, rozumových a sociálních dovedností, řeči a sebeobsluhy. Tento program je určen pro děti od nejtělejšího věku, je pro něj typická častá stimulace. Instruktoři programu (speciální pedagog nebo psycholog) docházejí pravidelně do rodin s postiženými dětmi a spolu s rodiči určují nejvýhodnější strategie učení a podrobně zaznamenávají jeho postup. K mentálnímu postižení se často přidružují ještě jiné poruchy, ať již je to vada řeči, sluchu, zraku atd. Rodiče proto navštěvují spoustu odborných lékařů a bývá to pro ně náročné časové i psychicky.

Jezuitské rčení Podle Valenty, Mullera (2003) : "Dejte mi dítě, než je mu sedm, a bude mé navždy...", je vysoce aktuální obecnou pravdou rovněž u výchovy jedinců s mentální retardací. Také u nich se dají v tomto věku učinit zásadní "zásahy". Jejich zajištění je třeba přece jen více specializovat a institucionálně "ohlídat". Vzhledem k tomu, že hlavní vývojovou roli v životě dítěte hrají první tři roky života, je nutné, aby mu byla v případě potřeby poskytnuta včasná odborná pomoc. Tato odborná pomoc se nazývá raná péče, má podobu souboru zdravotnických, sociálních a pedagogickopsychologických služeb a programů, aplikovaných od doby, kdy je u dítěte postižení zjištěno, do doby přijetí daného jedince vzdělávací institucí (Müller, Valenta, 2003).

3.6. Raná péče u dětí s mentálním postižením

Zajištění včasné péče započaté ihned po narození či po diagnostikování vady má pro dítě s mentálním postižením nesmírný význam. Tuto ranou péči nemůže nic nahradit, a už vůbec ne pozdější odklady povinné školní docházky, jak tomu bývalo dříve běžně. "Veřejnost musí mít zájem na co nejranějším podchycení mentálně retardovaných, jen tehdy bude možné v co nejširší míře zajistit všechny možnosti - léčebné, výchovné a vzdělávací" (Krejčířová, O. 1998, s. 11).

3.6.1. Raná péče

První tři roky života hrají hlavní vývojovou roli v životě dítěte. Kompenzační možnosti CNS jsou tak velké, že umožňují nejlépe rozvinout mechanismy nahrazující její případné poškození. V této době se formují základní rysy osobnosti, a je proto potřeba, aby rodině byla poskytnuta včasná odborná pomoc. Takováto pomoc se nazývá raná péče nebo také včasná intervence a je chápána jako pomoc rodinám s dětmi od narození do tří let věku, popřípadě do vstupu dítěte do předškolního zařízení nebo do školy. Důležitá je nutnost odborné výchovy ihned, jakmile je mentální postižení zjištěno. Raná péče by měla mít podobu souhrnu zdravotnických, sociálních a pedagogicko-psychologických služeb. Z tohoto důvodu je stále ožehavá otázka kompetencí mezi Ministerstvem zdravotnictví, Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy a Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Ranou péči poskytují především střediska rané péče, různá občanská sdružení, instituce řízené Ministerstvem práce a sociálních věcí (např. Dětské centrum Paprsek v Praze) a speciálně pedagogická centra.

3.6.2. Cíle rané péče

Raná péče představuje komplex služeb zaměřených na podporu rodiny a vývoj dítěte. Dítě s mentálním postižením později sedí, leze, chodí, později poznává známé tváře, opožděný je i vývoj řeči. Právě proto potřebuje dítě s mentálním postižením mnohem více podnětů k činnosti než dítě zdravé. Musíme častěji stimulovat jeho smysly, působit na dítě nejrůznějšími zvuky, zrakovými vjemy, doteky. Velice důležitá je pro dítě s mentálním postižením zajímavá a vhodná motivace každé činnosti. Právě odborník poskytující ranou péči poskytne rodičům radu, které hračky jsou pro dítě vhodné a proč, doporučí jim literaturu, kterou je možné si k dané tématice nastudovat.

Pro správný vývoj dítěte s mentálním postižením je důležité nabízet vhodnou stimulaci již v prvních měsících života, a právě proto je rozhodující provést kvalitní diagnostiku dítěte a následně vybrat odpovídající program časně stimulace. Toto je také úkolem rané péče.

Cíle rané péče jsou zaměřeny na čtyři základní oblasti:

- 1) snížit negativní vliv postižení na vývoj dítěte a jeho rodinu
- 2) zvýšit vývojovou úroveň v oblastech, které jsou postiženy, a rozvinout kompenzační schopnosti dítěte v oblastech, které postiženy nejsou
- 3) posílit kompetence rodiny
- 4) vytvořit pro dítě a jeho rodinu podmínky pro maximální sociální integraci

Služby a programy rané péče o děti s mentálním postižením by měly zahrnovat:

- včasnou diagnostiku dítěte
- včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte
- poradenství a vzdělávání pro rodiče
- půjčování pomůcek a odborné literatury
- terénní práci v rodině
- zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace
- instruktáže a zácvik dalších pracovníků pomáhajících profesí
- tranzit dítěte do výchovně-vzdělávacího systému

Z mých zkušeností z praxe vyplývá, že předškolní péče u dětí s mentálním postižením začíná již ranou péčí od narození dítěte, neboť je důležitá včasná stimulace pro jeho další vývoj. Příchodem dítěte s mentálním postižením do MŠ pokračuje spolupráce se středisky rané péče a také s odborníky, kteří v těchto zařízeních pracují.

3.6.3. Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením ve speciálně pedagogickém centru

Pedagogická péče o děti s mentálním postižením začíná zpravidla ve chvíli, kdy se dítě dostane do péče Speciálně pedagogických center (SPC) pro děti s mentálním postižením, tzn. v předškolním věku. Speciálně pedagogická centra jsou zřizována jako samostatná školská účelová zařízení nebo jako součásti speciálních mateřských škol a speciálních škol pro děti od tří let do doby ukončení školní docházky.

Jejich činnost je dána vyhláškou Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ČR (MŠMT ČR) "O poskytování poradenských služeb ve školách a školských zařízeních " č. 72/2005 Sb.

SPC provádí depistáž, pedagogickou a psychologickou diagnostiku a následnou evidenci dětí s postižením. Centrum se zaměřuje na terapeutickou, metodickou a poradenskou činnost zaměřenou na děti a žáky, rodiče, školy, pedagogické pracovníky.

Speciálně pedagogická centra (dále jen SPC) jsou speciální školská zařízení, zřizovaná zpravidla při speciálních mateřských školách pro děti s mentálním postižením, pomocných školách a školách zvláštních. Služby SPC mají komplexní charakter. Komplexnost je zajišťována týmem odborníků složeným ze speciálních pedagogů, psychologa, lékaře a sociální pracovníce. Výsledkem týmové práce je speciálně pedagogická a psychologická diagnostika, psychologická a psychoterapeutická péče, odborné konzultace poskytované rodičům a pedagogům, metodické vedení rodičů. Tato péče je poskytována buď ambulantně v centru, návštěvami ve škole nebo v rodině dítěte. Pracovníci SPC se zaměřují na děti od narození až po mladistvé.

Speciálně pedagogická centra plní především tyto úkoly (Koubová, 1995):

- a) zabezpečuje dlouhodobý komplexně diagnostický proces, který je východiskem pro určení aktuálního stavu, stupně postižení, možnosti i omezení, které z něj vyplývají
- b) na základě dlouhodobého sledování a komplexního posouzení navrhuje přiměřený způsob výchovy a vzdělávání dětí s mentálním postižením

- c) poskytují poradenský a metodický servis rodičům dítěte s mentálním postižením
- d) poskytují poradenský servis pedagogickým pracovníkům pracujícími s dítětem s mentálním postižením, vyjíždějí do škol, mapují situaci, pomáhají při řešení vzniklých problémů
- e) zapůjčují vhodné kompenzační pomůcky, učebnice a didaktické materiály
- f) organizují diagnostické pobyty rodičů s dětmi
- g) pro orgány státní správy ve školství připravují komplexní podklady k rozhodnutí o zařazení žáka do speciálních mateřských škol, zvláštních a pomocných škol či ústavů sociální péče
- h) provádějí depistáž dětí v daném regionu ve spolupráci s lékaři
- i) spolupracují s dalšími poradenskými pracovišti, se společenskými a zájmovými organizacemi

3.6.4. Poskytování rané péče dětem s MP neziskovými organizacemi a občanskými sdruženími

Poskytování rané péče dětem s mentálním postižením i jejich rodinám zajišťují také různé neziskové organizace a občanská sdružení (Klenková, 2000). Významně pomáhají při integraci dětí s postižením do mateřských škol. Jejich spolupráce se vyznačuje především pomocí při získávání asistentů k dětem s postižením a také jejich financováním.

Přispívají k usnadnění složité životní situace, sdružují především rodiče dětí s mentálním postižením a věnují se například osvětové činnosti, publikační činnosti, angažují se v oblasti tvorby legislativních norem a také zakládají a provozují různá zařízení, zejména denní centra, asistenční služby, poradenská zařízení.

Nejznámější u nás je Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Toto sdružení je dobrovolnou a nezávislou nestátní organizací, která vznikla z iniciativy rodičů dětí s mentálním postižením a jejím cílem je pomáhat mentálně postiženým, včetně postižených kombinovanými vadami, a jejich rodinám. Sdružení podporuje všechny iniciativy zabezpečující trvalé zlepšení podmínek života mentálně postižených občanů v rodinách a v péči sociálních a vzdělávacích zařízení a prosazuje rovnoprávné postavení handicapovaných občanů. Sdružení bylo založeno v roce 1969 a působí na celém území republiky. V současné době sdružuje více než 8500 členů. Pořádá rehabilitační pobyty, organizuje zájmové kroužky a kluby, zveřejňuje zkušenosti rodičů, spolupracuje s odborníky, pořádá přednášky.

Další významnou organizací je Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem. Klub byl založen v září roku 1996 jako nezisková organizace, občanské sdružení s celostátním působením. Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem (Klub) je rodičovským svépomocným sdružením orientovaným na problematiku mentální retardace – Downova syndromu již od narození dítěte.

Činnost sdružení se odvíjí ve dvou základních rovinách:

Svépomocná – pomoc rodinám a dětem s Downovým syndromem

Celospolečenská – ovlivňování společenského klimatu ve vztahu k osobám s mentálním postižením – začleňování dětí s Downovým syndromem do společnosti.

Posláním klubu je pomoc při překonávání traumatické situace, kterou narození dítěte s Downovým syndromem – poradenství s nabídkou krizové intervence, informační materiály, rodičovská soudržnost a podpora. Nabízí programy včasné péče o děti s Downovým syndromem, které v komplexu přispívají k pozitivnímu vývoji dítěte, pořádá kurzy a distribuuje materiály, zaměřené jednak pro rodiče, jednak pro odbornou veřejnost. Snaží se o integraci osob s Downovým syndromem do společnosti, o začleňování dětí do kolektivů mateřských a základních škol.

AKORD je občanské sdružení, které vzniklo v roce 1992 jako nestátní nezisková organizace působící ve prospěch rodin s dětmi se zdravotním postižením. Zakladatelé a členové sdružení jsou rodiče dětí se zdravotním postižením, odborníci z oblasti zdravotnictví, školství a sociální péče a zástupci samosprávy. Posláním a cílem sdružení je koordinace aktivit v oblasti zdravotnictví, sociální péče a školství, realizace projektů zaměřených na pomoc dětem s vývojovým postižením, zejména na včasnou diagnostiku a záchyt vývojových vad, rehabilitaci dětí a jejich integraci do školských zařízení. Dalším posláním je podpora rodin, ve kterých tyto děti žijí. Občanské sdružení AKORD je zakladatelem a od listopadu 1995 provozovatelem Denního stacionáře AKORD pro děti a mládež s mentálním postižením a kombinovanými vadami Městské části Praha 2. Denní stacionář AKORD poskytuje dětem a mládeži s mentálním postižením a kombinovanými vadami ve věku od 3 do 26 let výchovnou, vzdělávací, léčebnou a rehabilitační péči nejen formou ambulantní rehabilitační péče, ale i rané péče, respitní péče a zabezpečení volnočasových aktivit dětí a mládeže.

Problematikou autismu se zabývají především dvě občanská sdružení, a to APLA a AUTISTIK.

Občanské sdružení AUTISTIK bylo založeno v roce 1994. Organizuje rehabilitační, terapeutické a ozdravné pobyty pro rodiny s autistickými dětmi, pořádá pravidelně přednášky pro rodiče, výstavy výtvarných prací dětí s autismem. Snaží se o navázání kontaktů a začlenění společnosti do mezinárodního rámce.

APLA je Asociace pomáhající lidem s autismem. Jde o sdružení vzniklé z iniciativy rodičů a profesionálů pracujících s osobami s autistickou poruchou. Centrální sdružení má regionální pobočky v Praze, Královéhradeckém kraji a na Jižní Moravě. APLA poskytuje poradenský a konzultační servis pro děti s poruchami artistického spektra, jejich rodiče a pedagogy.

3.7. Spolupráce rodičů a mateřské školy

Na ranou péči navazuje vzdělávání v institucích - v MŠ. Pro pozitivní vývoj dítěte s mentálním postižením je důležité, aby se mezi pracovníky mateřských škol a rodiči dítěte vytvořil vztah naplněný spoluprací, otevřeností, porozuměním a důvěrou. K tomu je zapotřebí, aby pedagogové, vychovatelé i další odborníci přijali rodiče dítěte s mentálním postižením za své zcela rovnocenné partnery v péči o dítě s postižením. V mnoha případech tomu tak bohužel, zatím ještě není. Jen ve stavu vzájemné spolupráce však dokáže mateřská škola s rodinou řešit možné výchovné problémy a dokáže vytvořit prostředí poskytující optimální množství podnětů a pozitivní emocionální vztahy (Kysučan, 1990).

Základním "stavebním kamenem" vztahu mezi rodiči a učiteli je potřeba vyjasnit si vzájemné rozdělení pravomocí a povinností v oblasti socializace dítěte. Od rodičů se očekává, že dostojí své individuální odpovědnosti a dokážou jednat tak, aby vytvářeli specifické podmínky pro úspěšnou školní socializaci svých dětí, včetně hladké domluvy se školou a učiteli. Učitelé jsou povinni se více věnovat informacím o žácích a reagovat na ně (Kolláriková, Z. aj. 2001, s. 61).

Nejvhodnější přístup spočívá asi v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je. Jsem přesvědčená, že dítě s jakýmkoliv typem mentálního postižení, které vyrůstá v podnětné a láskyplné rodině, může být v životě šťastné a mít pocit, že ho někdo potřebuje. Je ale nutné, aby se rodina neuzavřela i s dítětem doma, ale naopak komunikovala se svým okolím stejně jako před tím, než se jim dítě s postižením narodilo.

3.8. Závěr

V teoretické části jsem se zaměřila na přehled nejdůležitějších informací týkajících se dítěte předškolního věku, různých stupňů, klasifikací a definic mentálního postižení.

Práce se týká především vzděláváním dětí se speciálními potřebami a jejich integrací v mateřských školách – v návaznosti na Rámcový program pro předškolní vzdělávání.

V této části jsem také zmínila rodinu dítěte, která je ve všech směrech pro dítě nezastupitelná. Od výchovy dítěte s mentálním postižením v rodině až po spolupráci rodičů a mateřské školy.

PRAKTICKÁ ČÁST

4. Cíle a metody šetření

V dnešní době mají rodiče dětí s mentálním postižením možnost výběru mateřské školy podle svého uvážení. Jejich dítě má možnost navštěvovat buď speciální mateřskou školu nebo školu běžného typu, která je ochotna integrovat dítě s postižením.

Ne každá mateřská škola je otevřena integraci dětí s mentálním postižením. Některé moje kolegyně, ředitelky MŠ, se bojí kroku do neznáma, finančních potíží, nedostatečných vědomostí z oboru speciální pedagogiky apod.

Já sama mám s integrací dítěte s mentálním postižením kladné i záporné zkušenosti. Z mého pohledu jsou největší překážkou v integraci dítěte s mentálním postižením kompetentní úřady a legislativa.

Zajímá mě proto, jaké zkušenosti mají s integrací dětí s mentálním postižením rodiče těchto dětí a pedagogové, kteří tyto děti do mateřských škol integrují.

4.1. Cíl práce

Cílem práce je ukázat na skupině mého šetření současný stav integrace dětí s mentálním postižením předškolního věku u nás. Zmapovat poznatky, názory, zkušenosti a potřeby respondentů. Respondent je osoba, odpovídající na otázky dotazníku nebo rozhovoru. V této práci jsou respondenty pedagogové a rodiče dětí s mentálním postižením.

Různými metodami budu získávat informace o tom, jak se rodiny dětí s mentálním postižením vyrovnávaly a vyrovnávají se situací, která v jejich rodině nastala, co dělají pro to, aby své dítě co nejlépe začlenili do kolektivu ostatních zdravých dětí a do společnosti.

Cílem práce je také zjistit, s čím jsou rodiče dětí s mentálním postižením ve svém životě spokojeni, co je trápí nebo kdo jim v jejich nelehké situaci nejvíce pomáhá.

Chtěla bych také zjistit, jak v praxi funguje spolupráce rodin a mateřských škol, jaké mají pedagogové z těchto zařízení zkušenosti s integrací dětí s mentálním postižením do mateřských škol, co ve své práci postrádají nebo v čem spatřují pozitiva. Ve své práci budu dokladovat na případové studii své vlastní poznatky a zkušenosti s integrací. Z výsledků šetření bych chtěla získat cenné informace pro zkvalitnění své práce v oblasti integrace dětí s mentálním postižením do mateřské školy.

4.2. Dílčí otázky

1. Jak se dají zlepšit formy spolupráce mezi rodinou a mateřskou školou?
2. Jak v praxi funguje integrace dětí s mentálním postižením do mateřských škol?
3. Kdo pomáhá rodičům v péči o dítě s mentálním postižením?
4. Vzdělávají se učitelky mateřských škol v oblasti speciální pedagogiky?

4.3. Metody šetření

Ke zpracování a ověřování cíle této práce a dílčích otázek jsem zvolila následující metody: dotazník, rozhovor, pozorování a analýzu pedagogické dokumentace.

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

Objektivnost získaných výsledků závisí významně na formulaci otázek, výběru respondentů a způsobu zadání dotazníku. Využití dotazníku pro výzkum a praxi je velmi široké (Průcha, Walterová, Mareš, 2001).

Výhodou je, že metodou dotazníku zjišťujeme charakteristiky dotazovaného, jeho prostředí i způsobu života a tato metoda také šetří čas. Nevýhoda metody dotazníku může být v tom, že formulace otázek nemusí být klientovi dostatečně srozumitelná a příprava otázek vyžaduje větší pečlivost než příprava klasické interview. Také návratnost je menší. V psychopedii se využití dotazníků týká především lidí, jenž pečují o klienty, kterých se dotazník týká. V dotaznících proto nemusí být vždy uvedena skutečnost, ale spíše to, jaké mají rodiče, vychovatelé, učitelé, o svých svěřencích mínění (Valenta, Miller, 2003).

Tuto metodu jsem zvolila hlavně proto, že šetří čas a může obsáhnout větší počet dotazovaných najednou. Otázky jsem pokládala tak, aby respondenti mohli odpovědět jednoznačně, nebo to byly otázky s otevřeným koncem, předpokládající, že respondenti budou odpovědi samostatně formulovat.

Rozhovor – je výzkumný prostředek používaný při dotazování, spočívající v přímé ústní komunikaci výzkumného pracovníka s respondentem. Je zaznamenáván na magnetofon či jinak, a potom analyzován z hlediska obsahu rozhovoru, chování respondentů aj. V pedagogickém výzkumu bývá používán obvykle s dotazníkem (Průcha, Walterová, Mareš, 2001).

Rozhovor by měl být veden s taktností a ohleduplností, aby respondent neměl pocit, že je vyšetřován. Podle počtu zúčastněných může být rozhovor individuální nebo skupinový. Podle způsobu vedení volný nebo řízený, který má předem vymezené schéma podle cíle, který sleduje.

Výhodou metody rozhovoru je osobní kontakt a možnost řídit výpovědi respondenta (Pipeková, 2006).

Ve svém šetření použiji rozhovor individuální a volný. Z vlastní zkušenosti vím, že pokud získá pedagog při rozhovoru s rodiči jejich důvěru jsou potom velmi otevření a vstřícní.

Pozorování – je záměrné a zaměřené vnímání a myšlení, jehož cílem je rozpoznat nejdůležitější znaky, vlastnosti a příčiny zkoumaného subjektu, které k nim vedly.

Má být plánovité, systematické, pokud možno dlouhodobé nebo opakované. Pozorování umožňuje zkoumat jedince v přirozených podmínkách, pomáhá nám zjišťovat jeho schopnosti, osobní vlastnosti, sociální vztahy, které charakterizují dotyčného člověka a současně ho odlišují od ostatních (Pipeková, 2006).

Pozorování můžeme využít jako samostatnou metodu nebo bývá nedílnou součástí diagnostiky při administraci jiných metod.

Pozorování podle Prof. Z. Matějčka (1995) přináší cennější poznatky, než jsou výsledky psychologických testů nebo jiných zkoušek. Pozorujeme adaptaci dítěte na prostředí. Výhodou pozorování je, že je zaměřeno na takové projevy, které jsou vidět, slyšet a dají se měřit. Pozorování může spolu s pedagogem provádět i asistent pedagoga, který je s dítětem neustále v kontaktu.

Pozorování použiji při zpracování kazuistiky holčičky s Downovým syndromem, která je integrovaná v běžné mateřské škole.

Anamnéza

Původně medicínská diagnostická metoda anamnéza, zaměřená na „rozpomínání si na předchorobí“. V současnosti ji využívají i psychologie, pedagogika a speciální pedagogika. Diagnostik získává od klienta, jeho rodičů a dalších odborníků (učitele, lékaře, sociálního pracovníka) údaje relevantní problémům klienta a pomáhající tyto problémy vysvětlit. Údaje takto získané jsou vždy důvěrné a profesionální etika zavazuje daného odborníka k naprosté mlčenlivosti (Valenta, Müller, 2003).

Tuto metodu jsem použila při rozhovorech a u případové studie.

Analýza pedagogické dokumentace

Pedagogická dokumentace představuje odborná, speciálněpedagogická vyšetření, která mají zjistit druh a stupeň postižení. Na speciálním vyšetření se podílí více odborníků. Jedná se o týmovou práci. Důležité je soustředit pozornost na celou osobnost vyšetřovaného a nebrat do úvahy jen izolovaný výkon v určité oblasti (Pipeková, 2006).

Metoda analýzy pedagogické dokumentace je důležitá pro popis a pochopení uvedených diagnóz u dětí s mentálním postižením.

5. Realizace šetření

Šetření bylo realizováno v Praze 4, v Praze 6, v Praze 8 a v okrese Praha - východ. Probíhalo v období říjen 2005 až leden 2006.

5.1. Skupina šetření

1) Rodiče dětí s mentálním postižením z oblasti Prahy 4, Prahy 6, Prahy 8 a Prahy - východ.

Odpoovídalo 16 rodičů ze 30 oslovených v dotaznících a 4 rodiče formou rozhovoru.

2) Pedagogové, kteří integrují děti s mentálním postižením v mateřských školách v Praze 4, v Praze 6, v Praze 8 a v okrese Praha - východ.

Odpoovídalo 10 pedagogů ze 20 oslovených formou dotazníků. Každý z pedagogů pracuje v jiné mateřské škole.

3) Dítě s mentálním postižením (kazuistika dítěte s D.S.)

Dítě s D.S., které navštěvuje MŠ, kde pracují.

5.2. Organizace výzkumu

1) Příprava dotazníků, otázek pro rozhovor

Nejprve jsem si připravila dotazníky pro pedagogy, dotazníky pro rodiče, otázky pro rozhovor s rodiči.

2) Realizace průzkumu pomocí dotazníků

Připravené dotazníky jsem rozdávala nejprve do mateřských škol, o kterých vím, že integrují děti s mentálním postižením. Kontakty na tyto mateřské školy jsem získala z odboru školství Krajského úřadu Ministerstva školství a mládeže pro Prahu - východ. Dotazníky jsem také rozdávala na Celostátním setkání Klubu rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem v Praze 14 – Černý Most. Některé dotazníky pomáhaly také rozdat ředitelky speciálních mateřských škol a jejich SPC, a to MŠ Štíbrova a MŠ Horáčkova. Celkem bylo rozdáno 30 dotazníků pro rodiče, navraceno bylo 16 dotazníků. Obeslala jsem 20 mateřských škol a návratnost byla 53 %. Šetření se týkalo MŠ na okrese Praha - východ a Praha 4, Praha 6, Praha 8.

3) Realizace průzkumu pomocí rozhovoru

Telefonicky jsem domlouvala schůzky s matkami dětí, přesné termíny mé návštěvy u nich doma nebo v MŠ, kam docházejí jejich děti. Následovalo praktické provedení rozhovoru s jednotlivými matkami. Záznam rozhovorů jsem si zapisovala. Rozhovor jsem realizovala se čtyřmi matkami.

4) Realizace průzkumu pozorování

Pozorování jsem uskutečňovala v mateřské škole, kde pracuji. Pozorované dítě má diagnózu Downův syndrom a navštěvuje mateřskou školu druhým rokem.

5) Zpracování a vyhodnocení získaného materiálu a informací.

5.3. Analýza a výsledky dotazníkového šetření u pedagogů v MŠ

5.3.1. Analýza dotazníkového šetření

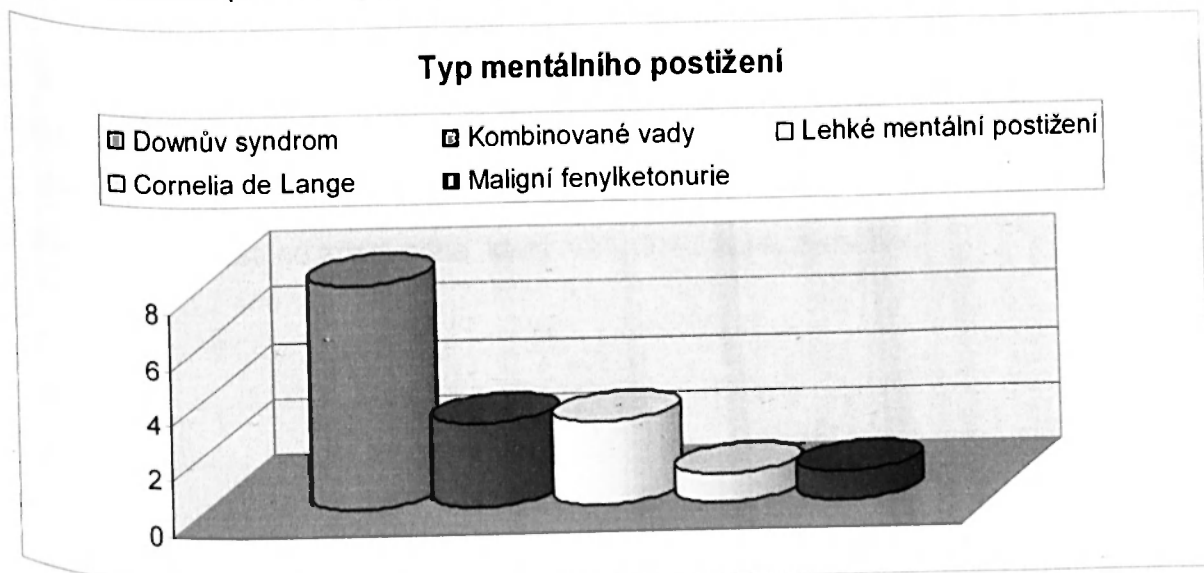
Pedagogové v dotazníku odpovídali na 19 otázek. Rozdáno bylo 20 dotazníků, vrátilo se jich 10. Návratnost byla 50 %. Odpovídali pedagogové z okresu Praha - východ a Praha 4, Praha 6, Praha 8.

Každý z pedagogů pracuje v jiné mateřské škole.

Z dotazníků vyplynulo, že:

V těchto deseti MŠ je umístěno celkem 18 dětí s mentálním postižením. Z toho 6 dětí má diagnózu Downův syndrom, 4 děti s více vadami, 2 děti mají mozečkovou symptomatiku, 2 děti lehké mentální postižení, 1 dítě diagnózu Cornelia de Lange, 1 dítě má Maligní fenyktonurii, 1 dítě má kombinované postižení těžkého stupně spinální muskulární atrofie, PM retardace a 1 dítě má diagnózu Závažná perinatální anamnéza při extrémní nezralosti. Věk dětí se pohybuje mezi 3 – 7 roky.

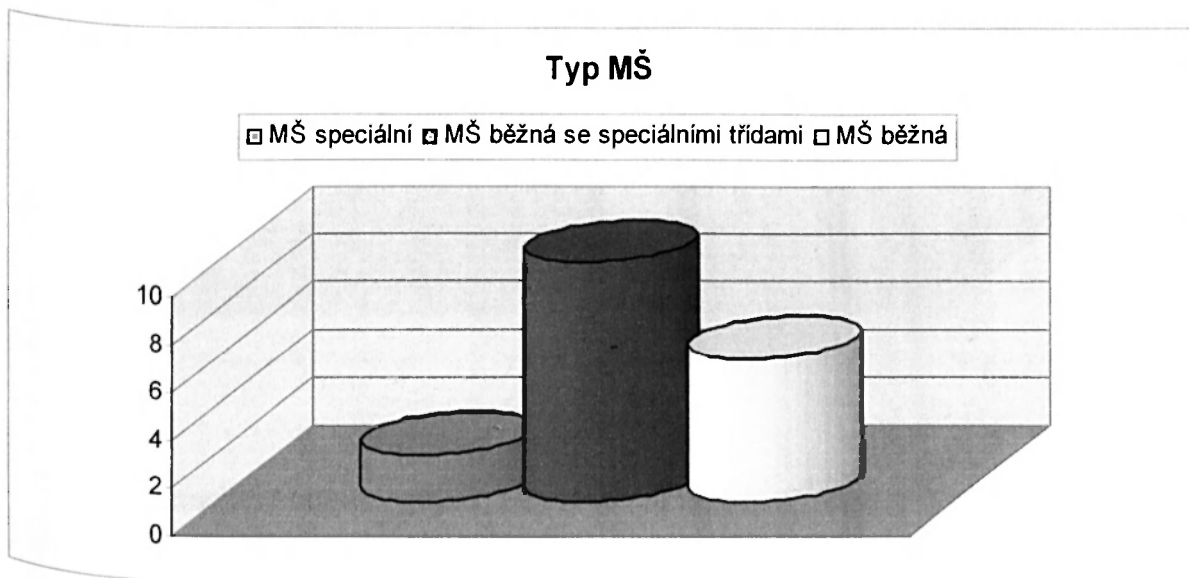
Typy mentálního postižení jsou znázorněny v grafu č.1.



Další otázka se týkala asistenta pedagoga a 50% MŠ uvedlo, že mají asistenta k dítěti. Asistenta nemá 50 % MŠ a situaci řeší buď zvýšenou aktivitou učitelek nebo snížením počtu žáků ve třídě.

Mateřské školy, které integrují děti s mentálním postižením jsou ve většině případů, tj. šesti z nich vícetřídní, tři z nich jednotřídní a jedna dvoutřídní. Sedm mateřských škol je běžných, dvě jsou běžné se speciálními třídami a jedna je speciální.

Typy MŠ uvádím v grafu č.2.



Mateřská škola, ve které pracuji je jednotřídní a patříme k těm MŠ, které mají asistenta pedagoga převážně k dítěti s mentálním postižením.

Peníze na plat asistenta získáváme zčásti od státu formou posílení pedagogů při péči o dítě s MP a zčásti od zřizovatele, který nám tímto velmi pomáhá.

Zdroj financování asistenta je v 70% z nadací a grantů, v 15 % ze státních peněz a v 15% hradí náklady na asistenta pedagoga zřizovatel. Problémy s financováním asistenta uvedlo 100% dotazovaných.

Zdroje uvádím v grafu č.3.



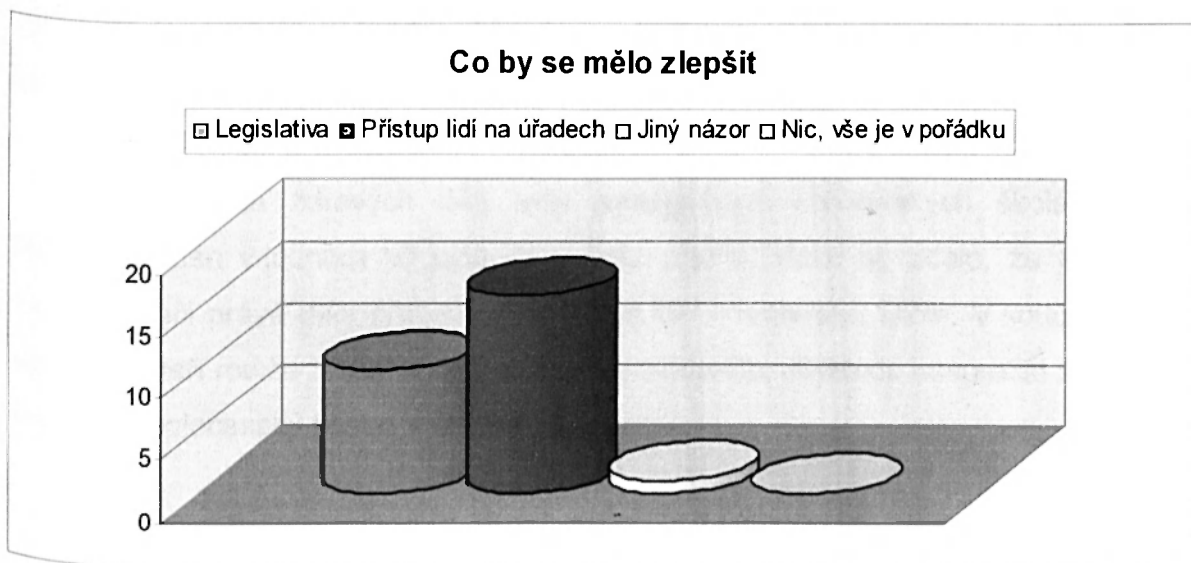
Z dotazníkového šetření vyplývá, že všichni dotazovaní jsou ochotni k integraci. Z vlastní zkušenosti ale vím, že se některé mé kolegyně z jiných mateřských škol obávají přijmout dítě s mentálním postižením do své MŠ.

Důvodem bývá strach z neznámého, neboť velké množství pedagogů nemá vzdělání v oblasti speciální pedagogiky. Dalším důvodem je obava z nedostatku peněz na platy asistentů či pedagogů a v neposlední řadě také spousta času i práce navíc.

Situaci v naší společnosti, která se týká integrace dětí s mentálním postižením do mateřských škol považuje za celkem dobrou 40% dotazovaných, zatímco 60% respondentů ji považuje za nedostačující. Podle většiny pedagogů by se měla změnit především legislativa a přístup kompetentních lidí na úřadech. Rodiny by měly mít také větší podporu ze strany státu. Můj názor se shoduje s tím, že by se měla zlepšit legislativa a přístup lidí na úřadech. Jedná se hlavně o kvalitnější informační systém pro rodiče a lidštější přístup úředníků. Rodiče mají pocit, že o všechno musí bojovat, o průkazku ZTP, o směšné sociální dávky. Je to pro ně deprimující a ponižující.

O situaci v naší společnosti se domnívám, že se od roku 1990 stále více zlepšuje. Také povědomí zdravých občanů v naší zemi o problematice lidí s mentálním postižením je na celkem dobré úrovni.

V grafu č.4. uvádím, co by se mělo podle pedagogů zlepšit v naší společnosti.



Na otázku, jaké mají pedagogové v MŠ zkušenosti s rodiči se odpovědi lišily. Polovina pedagogů uvádí, že rodiče výborně spolupracují s mateřskou školou. Druhá polovina uvádí, že rodiče spolupracují jen, když je k tomu vyzve MŠ a často si problémy svých dětí nechtějí uvědomit. Naše mateřská škola má zkušenosti s rodiči velmi dobré, neboť se rodiče zapojují do dění v MŠ, spolupracují při vytváření IVP, přispívají finanční částkou na pomůcky, pomáhají při výrobě dárků a výzdobě školy.

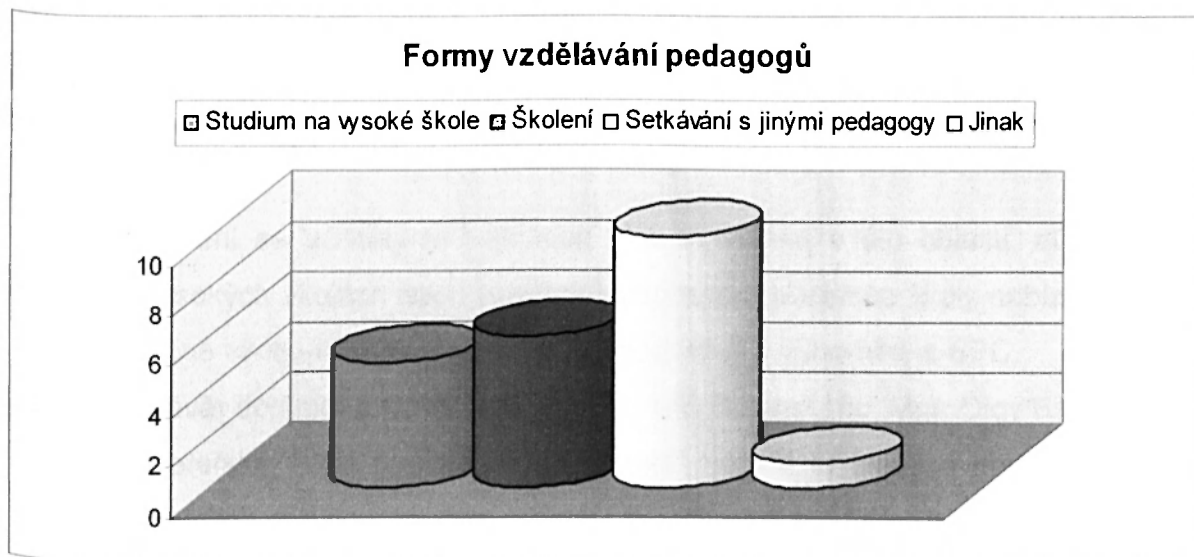
Mateřské školy nabízejí různé společné akce – výlety, divadla aj., spolupracují s odborníky, s SPC. Při jedné mateřské škole existuje občanské sdružení Klubu rodičů, které vydává svůj vlastní časopis (Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem). Na Jižním městě je vydáván zpravodaj Klíč. Spolupráce naší MŠ s odborníky je na dobré úrovni. Dříve než Michalka (dítě s Downovým syndromem) přišla k nám do mateřské školy, začala naše spolupráce se SPC (speciální pedagogické centrum) Štíbrova v Praze 8. Pracují zde odborníci na Downův syndrom a spolupráce je stále na velmi dobré úrovni.

S reakcí rodičů zdravých dětí mají pedagogové v mateřských školách kladné zkušenosti. Jen v jednom případě se ozvala matka, které se zdálo, že její dítě se zhoršilo v řeči právě díky přítomnosti dítěte s MP v mateřské škole. V současné době naopak někteří rodiče žádají o zařazení svého zdravého dítěte do integrační třídy, což je obrovský společenský posun v oblasti integrace.

Vzdělání v oboru speciální pedagogika má 50% učitelek. Ostatní se vzdělávají samostudiem literatury, setkáváním s jinými pedagogy, na různých školeních, spoluprací s SPC. Domnívám se, že v současné době, kdy integrace dětí s určitým typem postižení začíná být běžná ve všech typech MŠ, by se měli všichni pedagogové v těchto zařízeních vzdělávat v oblasti speciální pedagogiky.

Postřehy a zkušenosti pedagogů jsou rozmanité. Některé mateřské školy integrují děti s různým typem postižení již mnoho let. Dokonce do běžných tříd s plným počtem dětí, neboť v případě, že chtěly snížit počet dětí ve třídě, tak nadřízené orgány rozhodly děti s postižením nepřijímat. Předcházející zkušenosti s dětmi s mentálním postižením a s integrací mělo 30% pedagogů, ostatní se setkali s dítětem s MP poprvé ve své praxi.

Formy vzdělávání pedagogů v oblasti speciální pedagogiky v průběhu profese učitelky MŠ. Graf č.5.



5.3.2. Závěr

Z výsledků rozboru dotazníků vyplývá, že všichni dotazovaní jsou ochotni k opakovaně integraci dětí s mentálním postižením do svých mateřských škol. Děti integrují od 3 let do doby, než je dítě schopné nastoupit do základní školy nebo jiné školy. Asistenta pedagoga má k dispozici 50% mateřských škol, jeho financování však není jednoduché a způsobuje mateřským školám nemalé problémy. Situaci v naší společnosti, která se týká integrace považují pedagogové ve 40% za celkem dobrou a v 60% za nedostačující.

Spolupráci s rodinami dětí s mentálním postižením hodnotí pedagogové tak, že v 60% je naprosto dokonalá, a ve 40% by se měli rodiče o spolupráci s MŠ více zajímat. Domnívají se, že někteří rodiče nechtějí připustit, že by s jejich dítětem mohly být v mateřské škole nějaké problémy. Naštěstí je ale většina těch, kteří si to plně uvědomují a s mateřskou školou spolupracují. Integrace dětí s postižením do běžných škol s sebou přináší i větší nároky na vzdělávání učitelek a asistentů pedagogů v oblasti speciální pedagogiky.

Podle šetření se učitelky MŠ začínají více vzdělávat v této oblasti, ať již formou studia na vysokých školách nebo různých kurzů apod. Mateřské školy nabízejí rodinám různé společné akce – divadla, výlety aj., spolupracují s odborníky a SPC.

Tento můj závěr doplním o slova paní ředitelky MŠ Sulanského, Mgr. Olgy Brožové:

„Do naší mateřské školy přicházejí rodiče, kteří neměli to štěstí a nenarodilo se jim zdravé dítě. Jejich děti se narodily s vadou. Jsou to unavení lidé s beznadějí, a zároveň s mnoha nadějemi, vírou a očekáváním.

Tito rodiče se snaží zařadit své dítě mezi jeho vrstevníky, doufají, že i přes svůj handicap se bude rychleji vyvíjet. Podle našich zkušeností se tak děje a jsme často svědky malých zázraků. Všechny děti se nejvíce učí nápodobou a snaží se vyrovnat ostatním. Tak i ty, které přišly na svět s handicapem. Nejde to ve všech směrech, ale je naší povinností jim pomoci. Jsem velkým zastáncem integrace dětí s handicapem mezi zdravé vrstevníky, ale také si nesmírně vážím speciálních škol a center. Zde mohou pracovat s dětmi individuálně a mají k tomu špičkové vybavení, snažíme se jim vyrovnat. Úzce spolupracujeme se speciálními centry a s rodinou. Spolu s rodiči a dětmi se zúčastňujeme individuálních hodin v centrech a koordinujeme metody práce. A co znamená pro zdravé děti? Učí se empatii, pomoci, a hlavně s tím nemají problém. Děti nevnímají vady svých kamarádů. Pro ně je důležitý kamarád, který něco umí, s kterým je legrace, pro ně je nepodstatné, že neslyší nebo má Downův syndrom.

Stále častěji přicházejí rodiče zdravých dětí s přáním o zařazení svého dítěte do integrační třídy. Chtějí, aby se jejich dítě naučilo žít s dětmi s handicapem. Je to obrovský společenský posun k humanitě“.

5.4. Analýza a výsledky dotazníkového šetření u rodičů

Děti oslovených rodičů navštěvují tři různé typy MŠ.

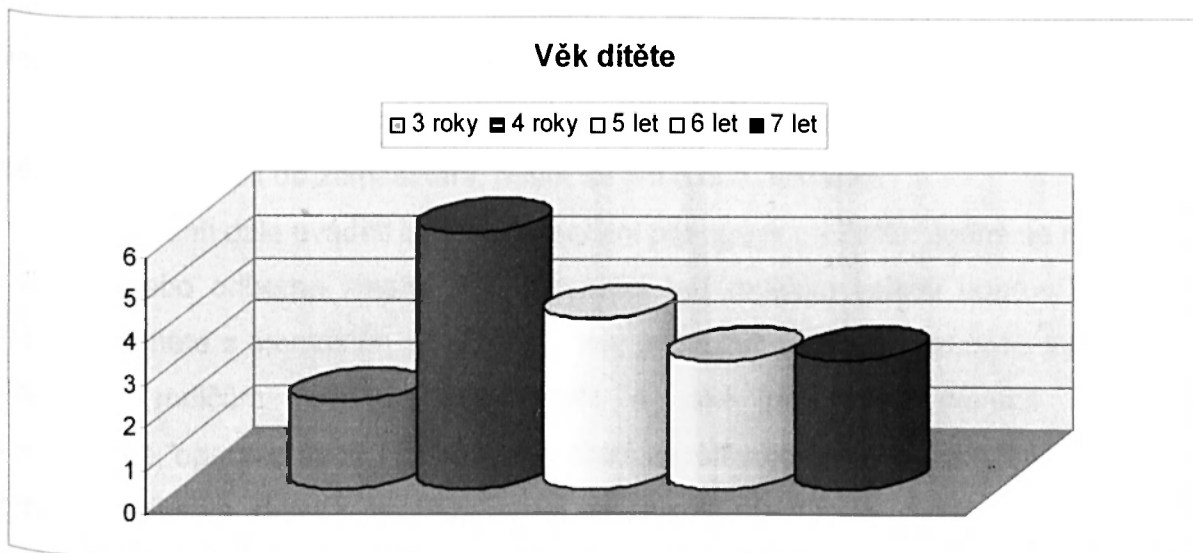
- 1) Běžnou mateřskou školu, která zajišťuje dítěti mnohostrannost a přiměřenost podnětů. Její nezastupitelnost je ve vhodné sociální interakci. Pracují zde učitelky vzdělané v oblasti předškolní výchovy na středních pedagogických školách nebo na pedagogických fakultách. Je zaměřeno na vzdělávání zdravých dětí.
- 2) Ve speciální mateřské škole, která je zaměřena na vzdělávání dětí se speciálními výchovně-vzdělávacími potřebami (např. dětí se smyslovým, mentálním nebo tělesným handicapem). Pracují zde speciální pedagogové, kteří mají kvalifikaci pro práci s osobami vyžadujícími zvláštní péči.
- 3) Waldorfskou školu, která je pedocentricky orientována a její výchozí teze zní: Dítě je zcela svobodný tvor! Žák je zde veden k rukodělné činnosti, k umění, přičemž je kladen důraz na to, aby veškerá činnost byla dítětem „prožita“ a „procitěna“. Třídy Waldorfské školy pro děti se zdravotním postižením jsou diferencovány podle fyzického věku a nikoliv podle dosaženého vývoj. stupně dítěte.

5.4.1. Analýza dotazníkového šetření

Rodiče v dotazníku odpovídali na 17 otázek. Rozdáno bylo 30 dotazníků, vrátilo se jich 16, tj. 53 %. Odpovídali rodiče z okresu Praha - východ a Praha 4, Praha 6, Praha 8. Z dotazníků vyplynulo, že:

Ve skupině šetření se nejčastěji objevuje diagnóza Downův syndrom, a to v 50 %. Věk dětí se pohybuje od tří do sedmi let. Mateřskou školu děti navštěvují většinou čtyři roky, než nastoupí do základní nebo jiné školy. 70 % dětí bývá před vstupem do mateřské školy doma s matkou, 30 % dětí navštěvovalo jiné zařízení většinou mateřskou školu.

Věk dětí je znázorněn na grafu č.6.



Rodiče nejčastěji (56%) umístili své dítě do běžné mateřské školy, dále do běžné mateřské školy se speciálními třídami (41%), (2%) do speciální mateřské školy a 1 dítě navštěvuje Waldorfskou mateřskou školu.

S dítětem rodičům nejvíce pomáhala rodina, respondenti uvedli rodinu na prvním místě ve všech případech. Respondenti uváděli především manžela nebo partnera, neboť ve všech případech odpovídaly na otázky v dotazníku ženy.

Týkalo se to především psychické podpory, pomoci při návštěvě lékařů, institucí, SPC apod. Také společně trávené večery a víkendy byly pro mnohé oslovené ženy velkou oporou v jejich nelehké situaci.

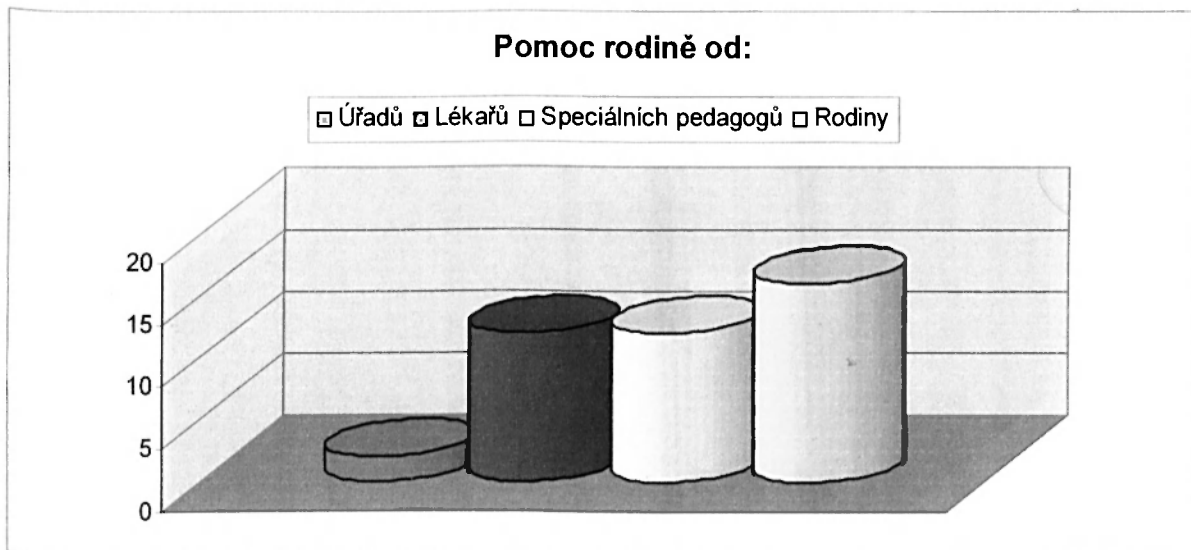
Další pomoc přišla od prarodičů, kteří se zapojily do péče o dítě s handicapem nebo do péče o domácnost.

Někteří prarodiče jsou ještě v zaměstnaneckém poměru, a tak nemohou pomáhat s dítětem během dne. Respondenti však uvádějí, že vítaná je pomoc s dítětem s MP i ve večerních hodinách, kdy již jsou velmi unaveni a také o víkendech.

Prarodiče, kteří jsou již v důchodovém věku, umožňují v jistých případech matkám dětí s MP nastoupit do zaměstnání, neboť se jim o dítě postarají.

Respondenti dále uváděli lékaře a speciální pedagogy (v 75%). Jedná se například o pediatry nebo odborné lékaře. Tito odborníci byli rodičům velkou oporou hlavně po narození dítěte s mentálním postižením, kdy je seznamovali s diagnózou jejich dítěte, pomáhali rodičům radami, zkušenostmi a také praktickou pomocí (vyšetření, rehabilitace, operace apod.) O Michalku, která navštěvuje naši MŠ , a o její diagnózu se nejvíce zajímala dětská lékařka, která se nikdy předtím s dítětem s Downovým syndromem nesetkala. Začala s Michalkou navštěvovat SPC a MŠ Štíbrova v Praze 8 a stala se jejich pediatrem.

Pomoc rodinám je uvedena v grafu č.7.



Spolupráce rodiny a mateřské školy hodnotí velmi dobře všichni dotázaní. Většina mateřských škol se snaží i v MŠ dodržovat návyky dítěte z domova, spolupracují i s SPC (speciálně pedagogická centra).

Problémy se snaží řešit po vzájemné domluvě s pedagogy.

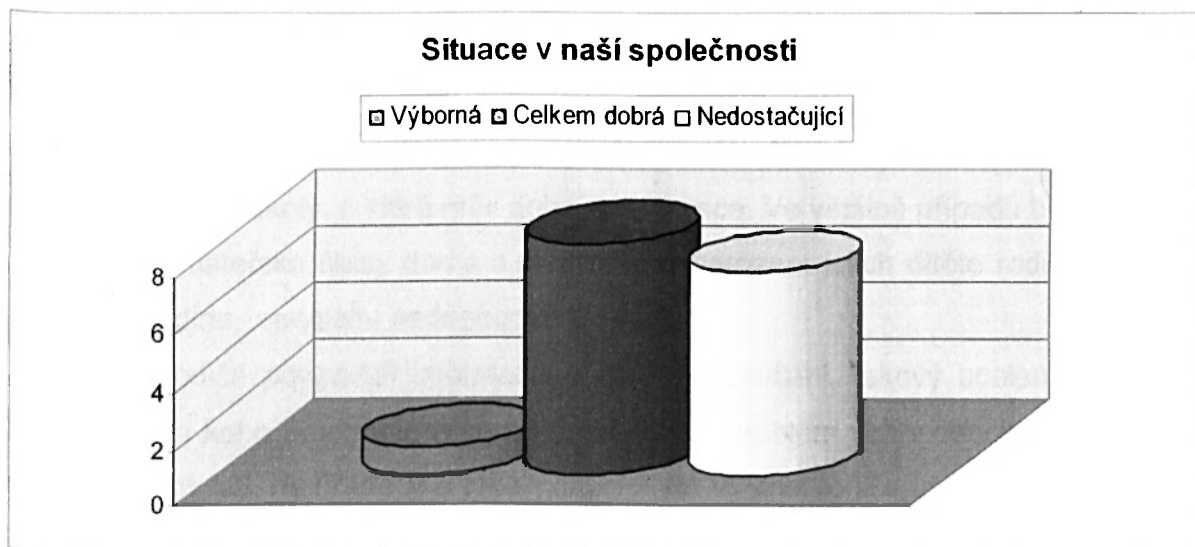
Všechny děti jsou podle rodičů v mateřské škole spokojeny a negativní reakce okolí nebo rodičů zdravých dětí nezaznamenali.

Domnívám se, že kladné reakce okolí vůči dítěti s handicapem souvisejí s tím, že většina rodičů si uvědomuje, jak je situace rodičů dítěte s MP těžká a obdivují je za to. Žádní rodiče si nikdy nemohou být předem jisti, zda se jim narodí zdravé dítě.

Prospěšnost integrace vnímá kladně všech 16 respondentů pro dítě s mentálním postižením i pro zdravé děti. Myslí si, že pro dítě s postižením je kolektiv zdravých dětí motivací k plnění úkolů. Zdravé děti se naučí chovat k postiženým již v dětství, později jim to nebude dělat potíže. Dítě s postižením se učí žít i mimo kruh rodiny. Celá třída se při správném vedení semkne, pomáhá jeden druhému, jsou ohleduplnější, tolerantnější. Situaci v naší společnosti ohledně integrace dětí s mentálním postižením do mateřských

škol vnímá 55% rodičů jako celkem dobrou a 45% rodičů za nedostačující.

Tato situace je vyjádřena v grafu č.8.



Podle respondentů by se měl změnit a zlepšit hlavně přístup kompetentních lidí na úřadech a také legislativa. Dotázaní se na tomto shodli ve 100%. Podle mého názoru se již situace v tomto směru zlepšuje.

Na otázku, zda jsou mateřské školy ochotny k integraci, odpovídali rodiče ve 30% ano, v 15% nevím, ve 30% spíše ne, 25% někdy. Důvod vidí respondenti v tom, že pro pedagogy znamená takové dítě zátěž, a proto nemají o integraci zájem. Rodiče dětí s MP jsou velmi citliví a vnímaví na sebemenší reakce z okolí, očekávají negativní reakce na postižení jejich dětí. Podle mého názoru mohou někdy neadekvátně reagovat na podmínky nebo prvotní obavy některých pedagogů v MŠ.

Informace o mentálním postižením svých dětí získávají především ze SPC, odborné literatury a internetu. Na vzdělanost pedagogů v oblasti speciální pedagogiky je názor respondentů takový, že většina pedagogů má v tomto oboru vzdělání (celkem 65%) a ostatní pedagogové (35%) vzdělání v oboru speciální pedagogiky nejsou.

Rodiče však upřednostňují hlavně hezký, lidský přístup k jejich dětem.

5.4.2. Závěr

Z výsledků rozboru dotazníků pro rodiče vyplývá, že o integraci dětí s mentálním postižením do mateřských škol měli a mají zájem všichni dotazovaní. V mateřských školách jsou zařazené jen děti s lehčími formami mentálního postižení, které mají zvládnuté základy sebeobsluhy a hygieny. Rodiče ve většině případů svěřili své dítě do péče té mateřské školy, o které měli dobré preference. Ve většině případů bylo dítě před vstupem do mateřské školy doma s matkou. Po narození jejich dítěte rodičům nejvíce pomáhala rodina, speciální pedagogové a lékaři.

Nejvíce rodiče postrádali informace o daném postižení, takový ucelený servis, co mají dělat, na koho se obrátit, o co a kde zažádat. Problém vidí v neochotě a nezájmu kompetentních lidí na úřadech a také v legislativě. Všichni rodiče uvedli, že jejich dítě je v mateřské škole velmi spokojené.

Prospěšnost integrace vnímají kladně všichni rodiče dětí s postižením i pro zdravé děti.

Na otázku zda jsou mateřské školy ochotny integrovat děti s mentálním postižením odpovídali rodiče velmi váhavě. Domnívám se, že to pramení z obav rodičů, že by jejich dítě mohlo někoho obtěžovat svou přítomností, neboť potřebuje zvýšenou péči a toleranci ostatních dětí i pedagogů .

V případě, že pracují v mateřské škole zkušení a ochotní pedagogové, měly by se tyto obavy v krátké době zcela vytrátit. Jsem přesvědčená, že největším nedostatkem v oblasti informovanosti a pomoci rodinám je nespolupráce resortů. Jedná se hlavně o Ministerstvo školství, Ministerstvo zdravotnictví a Ministerstvo práce a sociálních věcí. Důležitá je pro mnoho rodičů také morální podpora, pochopení a lidské porozumění.

5.5. Analýza a výsledky rozhovorů s rodiči

5.5.1. Rozhovory s rodiči

Při promýšlení podmínek, za kterých se uskuteční rozhovory s rodiči, jsem se zabývala nejenom přístupnou pedagogickou dokumentací těchto dětí, ale například i přípravou prostředí, kde se rozhovory uskuteční (klid, příjemné prostředí, jak se posadíme apod.).

Metodou rozhovoru jsem sledovala cíl práce, a to zmapovat poznatky, názory, zkušenosti a potřeby respondentů. Zjišťovala jsem, jak se rodiče dětí s mentálním postižením vyrovnávali a vyrovnávají s nastalou situací a co dělají pro to, aby své dítě co nejlépe začlenili do kolektivu ostatních zdravých dětí a do společnosti.

V této fázi šetření jsem oslovila čtyři rodiče (matky) dětí s různými diagnózami mentálního postižení. Rozhovor byl zčásti řízený a zčásti kombinovaný. Rodičům jsem pokládala otázky, na které mohli odpovídat podle svých pocitů a zkušeností. Jejich odpovědi a vyjádření většinou přesáhly rámec dané otázky. Z rozhovorů s nimi jsem získávala poznatky o tom, co by rodinám dětí s mentálním postižením zjednodušilo život, zda rodiče upřednostňují určitý typ mateřské školy, co si myslí o integraci a co dělají pro další rozvoj svého dítěte.

Rodiče se často rozprávěli a rozhovor se odkláněl od daného tématu. Rodiče však byli velmi ochotní a svěřovali se se svými zážitky, zkušenostmi, radostmi i starostmi. V této fázi šetření jsem použila také analýzu pedagogické dokumentace. Otázky při rozhovoru se týkaly života rodiny po narození dítěte s postižením, chování okolí, lékařů apod. Jak se například zachovala blízká rodina v nastalé situaci, kdo pomáhal rodičům a jak, co říkali lidé v nejbližším okolí, kteří lékaři nebo odborníci se o dítě i rodiče nejvíce starali.

Chtěla jsem také znát přednosti těchto dětí, jak je vidí jejich matky.

Zajímalo mě, zda matky dětí s mentálním postižením uvažují o tom, že by v budoucnu nastoupily do zaměstnání a zda přemýšlejí o budoucnosti svých dětí až do jejich dospělosti.

5.5.1.1. Rozhovor s matkou 6 a půl leté Terezky

Terezka se narodila ve 30. týdnu těhotenství a její diagnóza zněla: Syndrom Cornelia de Lange. Kompletní malformace v důsledku poruchy embryonálního vývoje obličeje, končetin, CNS aj. 1)

Matka Terezky má dobré zkušenosti s lékaři po porodu. Od narození s Terezkou cvičila Vojtovu metodu, Terezka byla 2 měsíce v nemocnici. První týdny po porodu byla situace pro matku a rodinu nejhorší, matka se nemohla smířit s nastalou situací. V té době nejvíce postrádala pomoc od odborníků, od úřadů.

Nevěděla co má dělat, koho a o co požádat. Ideální by podle ní bylo, dostat informační systém po porodu - základní informace, jak zvládnout prvotní šok. Jelikož syndrom, který má Terezka, je málo známý a u nás o něm není téměř žádná odborná literatura, musela si matka Terezky sama hledat informace na internetu a překládat většinou z angličtiny. V raném věku Terezky neměla matka možnost rané péče a sociálních služeb. Matka musela sama kontaktovat ve třech letech dítěte MŠ v Jeseníku, kde rodina žila.

Později se změnou bydliště nastoupila Terezka do speciální MŠ v Praze.

Terezka je v mateřské škole spokojená, stejně jako její matka, která upřednostňuje výchovu a vzdělání ve speciální mateřské škole. Domnívá se, že Terezce bude nejlépe v rukou speciálních pedagogů. V MŠ mají pro Terezkou vypracovaný IVP. Matka by navrhovala jako spolupráci s mateřskou školou například pobyt na horách nebo prázdninové pobyty.

Na otázku, co dítě rodiče naučilo, zněla odpověď matky tak, že : Terezka ji naučila trpělivosti, změnily se jí některé hodnoty v životě a nic moc ji nerozhází. Podle matky je Terezčinou předností rychlá adaptace, komunikace s ostatními lidmi a dětmi, socializace, ráda cestuje, je hodně přítulná, empatická, chápe humor a dokáže ho použít.

O budoucnosti své dcery má celkem jasnou představu. V 7 letech půjde Tereška do speciální základní školy, kterou navštěvuje pouze 6 dětí. Po ukončení základní školy by mohla pracovat u prarodičů v lesní školce nebo si koupit byt v blízkosti rodičů a vykonávat nějakou jednoduchou práci někde v obchodě apod.

Matka studuje na vysoké škole a plánuje zaměstnání na plný úvazek. V současné době nemá pocit, že by se díky dceři nějak omezovala, žije celkem běžným životem. Matka Terešky působí sebevědomě, vyrovnaně a spokojeně. Zanedlouho přibude Terešce sourozenec.

1) U tohoto syndromu je také nápadné srostlé obočí, hluboké nosní sedlo, změny počtu prstů, těžká porucha mentálního vývoje. Oba rodiče zdraví. Na základě vyšetření byla Terešce doporučena individuální integrace či zařazení do Speciální mateřské školy.

5.5.1.2. Rozhovor s matkou 5 leté Alžběty

Alžběta se narodila z prvního nerizikového těhotenství, porod byl v termínu. Dítě bylo při porodu přidušeno. Diagnóza zněla: Hyperfenylalaninémie z poruchy 6 – pyruvoyl – tetrahydrobiopterin syntázy, epilepsie.

Alžběta trpí určitou formou fenylketonurie, nemá však některé receptory, které dopravují do mozku potřebné informace, tím vzniká výrazná porucha psychomotorického vývoje s těžkou poruchou vývoje řeči, středně těžká retardace.

Dítě užívá speciální léky, dietu nedrží a s touto diagnózou je v naší republice pravděpodobně jediné. Oba rodiče zdraví.

Matka Alžběty má dobré zkušenosti s lékaři po porodu. Fenylketonurie byla zjištěna u dítěte 10 dní po porodu, léčba byla zahájena v měsíci.

Matka nejvíce postrádala pomoc úřadů. Jelikož diagnóza, kterou má Alžběta je neznámá, nemá matka mnoho možností získávání informací.

Na základě vyšetření byla Alžbětě doporučena integrace do mateřské školy.

Alžběta navštěvuje speciální mateřskou školu v Praze. Do mateřské školy chodí velmi ráda, podle slov matky se jí zde líbí. Matka je také spokojená, domnívá se, že pobyt zde dceři prospívá a rozvíjí ji ve všech oblastech. MŠ má pro Alžbětu vypracován IP. Matka žádnou jinou spolupráci nad rámec mateřské školy neuvedla. Dceru by zařadila i do běžné MŠ, kdyby na ni měla dobré preference. Neupřednostňuje žádný typ MŠ.

O budoucnosti své i Alžbětině přemýšlejí v rodině. Matka by se chtěla vrátit do zaměstnání na částečný ale třeba i celý úvazek. Matka ještě neví do jaké školy Alžbětu dát, až skončí pobyt v mateřské škole. V dospělosti Alžběty by se podle matčinyh slov o ni měla postarat mladší sestra nebo nějaké sdružení mentálně postižených, matka uvedla Paprsek. Matka Alžběty říká, že je dívka přítulná, má ráda společnost a její handicap není na první pohled viditelný.

Matka Alžběty je vysokoškolačka – pedagog, která je v současné době na mateřské dovolené. Celá rodina se snaží žít běžným životem a nepřipouští si nějaká omezení. Např. jezdí na hory, kde učí Alžbětu lyžovat.

5.5.1.3. Rozhovor s matkou 4 půl leté Michalky

Michalka se narodila z prvního nerizikového těhotenství, porod byl v termínu. Diagnóza dítěte zněla: Downův syndrom s přidruženou srdeční vadou. Od 4 měsíců cvičila do 3 let Vojtovu metodu. Podle vyšetření se dítě pohybuje na horní hranici lehké mentální retardace. Je patrný opožděný vývoj řeči a potíže v grafomotorice. Matka Michalky nemá dobré zkušenosti s lékařským personálem po porodu. Chyběl jí lidský i profesionální přístup ze strany lékařů i sester. V nastalé situaci matce nejvíce pomáhal manžel, rodina a někteří odborníci z Rané péče při SPC. V té době také nejvíce postrádala pomoc úřadů a kompetentních lidí. Na otázku, co by rodičům v takové situaci zjednodušilo život, je odpověď – více informací a lidského přístupu ještě v porodnici.

Na základě vyšetření ze SPC byla Michalka doporučena integrace do MŠ. Od 3 let navštěvuje Michalka běžnou mateřskou školu, ovšem s problémy, neboť tato MŠ chvíli má a chvíli nemá peníze na asistenta pedagoga, kterého Michalka potřebuje vzhledem k maximálnímu počtu dětí ve třídě.

Matka upřednostňuje mateřskou školu běžného typu s integrací. Přeje si, aby Michalka vyrůstala se svými stejně starými zdravými vrstevníky a učila se od nich. V mateřské škole je Michalka velice spokojená, do stejné MŠ chodí i její mladší sestra. Předností Michalky je podle rodičů hlavně socializace. Michalka je velmi společenská, má většinou dobrou náladu, dokáže si získat sympatie svého okolí. Je také velký komediant, ráda se předvádí, je zvědavá a má celkem velkou trpělivost. Michalka naučila rodiče hlavně trpělivosti, určitému nadhledu nad nepodstatnými věcmi, které pro ně dříve byly důležité a také se jim změnil hodnotový žebříček.

Rodiče jsou spokojeni s výchovou a vzděláváním své dcery v této MŠ. Spolupráci s mateřskou školou vidí na velmi dobré úrovni. Pedagogové v této MŠ studují speciální pedagogiku nebo jezdí na různá setkání do speciálních mateřských škol a SPC na setkání s odborníky na danou problematiku. Pro Michalku mají vypracovaný IVP.

Matka s Michalkou navštěvuje lékaře a odborníky ze SPC, ale scházet se s rodiči a jejich dětmi, které mají také určité postižení, nechce.

Budoucnost své dcery vidí takto: po ukončení docházky do mateřské školy by rodiče chtěli, aby Michalka nastoupila na některou základní školu, ale musí nejprve najít tu, která bude ochotna k integraci. Ve starším věku by mohla navštěvovat nějakou rodinnou školu, kde by se učila vařit, šít, učit se nakupovat apod. Potom záleží jakého dosáhne stupně zručnosti a inteligence, aby se mohla zapojit do pracovního procesu (např. u kamarádky matky jako zlatnice, nebo aranžérka květin).

Rodiče by si pro Michalku představovali osamostatnění a chráněné bydlení. V žádném případě nechtějí, aby se o ni museli starat její sourozenci. Ti by měli nad ní mít jen jakýsi dohled v podobě návštěv.

Rodina se snaží žít běžným životem, nepřipouští si nějaká omezení. Rok po Michalce se v rodině narodila další dcera a v současné době očekávají třetího potomka. Rodiče jsou totiž přesvědčeni, že je to nejlepší pro Michalku i další sourozence, když budou velká rodina.

5.5.1.4. Rozhovor s matkou 7 letého Petra

Pěťa se narodil z prvního těhotenství matky. Byl nedonošený, vážil pouhých 800 g a dlouho byl napojen na plicní ventilaci. Diagnóza zněla: zpočátku DMO, porucha pohybové koordinace. Nyní – lehká mentální retardace, oboustranná nedoslýchavost, opožděný vývoj řeči v důsledku sluchové vady, hyperaktivita.

Matka Péti má celkem dobré zkušenosti s lékaři a zdravotnickým personálem po porodu. Syna jí vlastně zachránili. Pěťa byl dlouhou dobu v nemocnici a matce byl největší oporou manžel a nejbližší rodina.

Do mateřské školy byl přijat až v šesti letech, do té doby byl doma s matkou.

Pěťa byl přijat do MŠ na žádost rodičů. Mateřská škola je běžného typu a integrace v ní bez asistenta neprobíhala vždy jednoduše. Zpočátku byla nutná přítomnost obou učitelek na celé dopoledne, které chlapec v MŠ pobýval. Trvalo poměrně dlouho, než začal reagovat na pokyny učitelky, a to 2 měsíce. Při návštěvě logopeda spolupracoval pouze prostřednictvím učitelky jako tlumočnice. Vytvořil si také „své území“, do kterého nepřijímal žádné děti. Při vstupu dětí na „jeho území“ reagoval silným křikem. Teprve kolem pátého měsíce pobytu v mateřské škole si Pěťa začal hrát se svými spolužáky a spolupracovat při výuce s učitelkou (např. stavění z kostek, zvládat jednoduché cviky, zapojení do pohybové hry).

Matka dítěte si byla vědoma úsilí, které musely učitelky MŠ vynaložit na to, aby se Pěťa alespoň částečně zapojil do aktivit v mateřské škole. O integraci se rodiče domnívají, že je velmi potřebná a preferují běžnou mateřskou školu, kde může být dítě s postižením mezi dětmi zdravými. Největší předností Péti je podle rodičů to, že je celkem samostatný, i veškeré pohyby a postoje zvládá samostatně. Zvládl několik lekcí plaveckého výcviku. Má rád počítač a video. Matka byla se spoluprací v mateřské škole velmi spokojena, ale nikdy nenabídla nějakou spolupráci. Stačilo jí, že se o Péťu v MŠ postarají.

Říká , že by rodinám s dětmi s nějakým handicapem měli pomáhat hlavně úřady a kompetentní lidé v nich, neboť sama se v mnoha věcech neorientuje a neví, na koho se má obrátit, když potřebuje nějakou pomoc. Přivítala by také pomoc formou informačního systému pro rodiče.

Péťa v současné době navštěvuje základní školu. Jeho nástup do této školy však opět nebyl bezproblémový, neboť ve škole Péťu nechtěli přijmout na více jak 4 hodiny týdně, neboť bez asistenta si na tak náročnou práci netroufal žádný pedagog. Péťa je totiž velmi hyperaktivní.

V současné době chodí Péťa do základní školy na 3 hodiny denně, ale škola stále nemá asistenta pedagoga. O další budoucnosti Péti rodiče zatím nepřemýšleli.

Rodina se snaží žít běžným životem, ve výchově pomáhají prarodiče, kteří si občas Péťu berou i na víkend. O nástupu do zaměstnání matka zatím neuvažuje, neboť je v současné době na mateřské dovolené s mladším sourozencem Péťi.

5.5.2. Shrnutí rozhovorů s rodiči

Z výsledků rozhovorů s rodiči (matkami) dětí s mentálním postižením vyplývá, že: Většina matek byla spokojena s péčí lékařů a zdravotnického personálu po porodu, v jednom případě měla matka výhrady, a to velké. Matka Michalky má špatné zkušenosti z jedné pražské porodnice. Personál i lékaři byli neohleduplní, dlouho ji nechali v nevědomosti a o zdravotním stavu svého dítěte se dozvěděla velmi netaktním způsobem. Lékaři matce doporučovali ústavní péči pro její dítě a dávali najevo, že tahle holčička bude stejně jen „zvířátko“, které nebude svou matku ani poznávat.

Po téhle zkušenosti matka i celá rodina dlouho hledali důvěru v odborníky a naději pro své dítě.

Všechny matky vidí integraci dětí s mentálním postižením do mateřských škol jako správné a dobré řešení pro všechny zúčastněné. Dvě z dotazovaných mají své dítě ve speciální MŠ v Praze. Dvě z nich mají své dítě v běžné mateřské škole na vesnici. Všechny matky a všechny děti jsou ve „svých školkách“ velmi spokojené. Spolupráci s MŠ hodnotí velmi kladně. Jedna matka navrhla pobyt na horách nebo prázdninové pobyty.

Rodinám dětí s postižením by velmi pomohl informační systém, který by matky dostaly již v porodnici a ve kterém by se dozvěděly důležité informace (např. na koho se obrátit, když budou potřebovat nějakou pomoc, na co mají nárok pro své dítě apod.). V případě, že nějaký takový systém existuje, měl by mít větší propagaci, neboť o něm žádná z dotazovaných matek nevěděla. Také postrádají pomoc kompetentních úředníků a úřadů.

Někdy se rodiče cítí při jednáních na úřadech jako nerovnoprávní, úředníci jsou mnohdy netaktní.

Individuální vzdělávací program pro děti s mentálním postižením mají všechny mateřské školy. (Povinnost vypracovat individuální plán mají učitelky nebo ředitelky všech mateřských škol, kde integrují dítě s postižením, za asistence odborných poradců, např. ze SPC).

Všechny dotazované rodiny se snaží žít i nadále běžným životem jako před narozením dítěte s postižením, i když vždy to asi není jednoduché. Pro své dítě se snaží dělat, co je v jejich silách a ve většině případů přemýšlejí o budoucnosti svých dětí až do jejich dospělosti. Z konkrétních odpovědí matek vyplývá, jak je pro ně důležité představit si budoucí život dítěte, které je na nich v současné době tolik závislé.

5.6. Případová studie dítěte s Downovým syndromem

Následující případovou studii bych ráda ilustrovala příkladem integrace dítěte s mentálním postižením do běžné vesnické mateřské školy.

Záměrem studie je také doložit smysluplnost integrace dětí s mentálním postižením. Ukázat, že integrace může být úspěšná i v podmínkách jednotřídní vesnické mateřské školy.

Do té doby, než přišla do naší MŠ Michalka, která má diagnózu Downův syndrom, jsme neměli žádné zkušenosti s integrací dětí s handicapem.

Michalka žije se svými rodiči i s celou rodinou na vesnici, kde je také naše mateřská škola. Rodiče Michalky si velmi přáli, aby chodila právě do této MŠ, neboť ji navštěvují i všechny děti, které zná a bude tak vyrůstat mezi dětmi a lidmi, se kterými bude v tomto místě žít svůj další život.

Kazuistika dítěte byla zpracována z vlastní pedagogické praxe autorky této práce. Jedná se o postřehy a pozorování holčičky Michalky s Downovým syndromem, která 1 rok navštěvuje běžnou jednotřídní mateřskou školu. Dále byly zpracovány osobní, lékařské, psychologické a pedagogické dokumenty se souhlasem rodičů dítěte s D.S.

5.6.1. Charakteristika mateřské školy

Mateřská škola, ve které je Michalka integrována je jednotřídní, je umístěna na vesnici, v místě bydliště Michalky.

Mateřská škola je umístěna v budově z roku 1911 a vždy sloužila pro vzdělávání dětí.

Zřizovatel MŠ, kterým je obecní úřad se postavil velmi kladně k integraci dítěte do MŠ a přispívá na ni nemalou finanční částkou.

V mateřské škole pracují čtyři zaměstnanci, dva pedagogičtí a dva provozní. Je to škola rodinného typu. S integračními záměry i s IVP jsou seznamováni také provozní zaměstnanci MŠ.

Koncepce mateřské školy vychází z Rámcového programu pro předškolní vzdělávání. Škola pracuje podle měsíčních plánů. Michalka má svůj IVP, který na měsíční plány navazuje. S návrhem plánu je seznamována rodina.

5.6.2. Rodinná anamnéza

Rodina Michalky žije v malé vesnici nedaleko Prahy. Bydlí v rodinném domě spolu s prarodiči. Michalka má ještě o rok mladší sestru. Děti mají svůj vlastní pokoj. Vzdělání rodičů je středoškolské. Otec pracuje, matka je na mateřské dovolené. Oba mají k Michalce velmi hezký vztah. Sourozenci se mají velmi rádi, jeden bez druhého nedokáží dlouhou dobu být. Do mateřské školy Michalka nastoupila po předchozí dohodě s ředitelkou mateřské školy a častých návštěvách tohoto zařízení již od narození dítěte. Mateřská škola je v místě bydliště dítěte a s ředitelkou MŠ jsou v příbuzenském poměru. V tomto případě je to ideální stav pro integraci. Dítě má v mateřské škole známou osobu a také spolupráce s rodinou je snazší.

5.6.3. Cíl integrace

Cílem integrace bylo začlenit Michalku do kolektivu zdravých dětí v MŠ a umožnit jí žít, hrát si a učit se se svými vrstevníky.

Přijmout jiné prostředí než rodinné, neboť do té doby žila jen v úzkém kruhu rodiny. Získat pocit jistoty a samostatnosti v sebeobslužných činnostech tak, aby se co nejvíce vyrovnala svým kamarádům v MŠ.

Rozvíjet Michalku v pohybových a rozumových dovednostech na maximální hranici jejích možností a schopností.

Podrobné rozpracování v IVP (viz přílohy).

5.6.4. Stručný popis integrace dítěte do MŠ

Ve 3 letech nastoupila Michalka do mateřské školy na doporučení lékařky, psychologky i SPC. Problém však byl v tom, že příslušný Krajský úřad rozhodl o tom, že je ještě moc malá a neposkytl finanční prostředky na asistenta pedagoga.

Půl roku tedy pracovala matka Michalky jako její asistent zcela zdarma, neboť bylo vidět, že MŠ Michalce prospívá a mezi dětmi je jí velice dobře. Později získala ředitelka finanční prostředky a tak má v současné době Michalka asistentku pedagoga, kterou si oblíbila. Finanční prostředky na asistenta se shánějí velmi špatně. Nadace a granty, které mateřská škola oslovila, mohly poskytnout dotace jen pražským mateřským školám.

V současné době je Michalce 4 půl roku. Podle vyšetření ze SPC se její intelektové výkony pohybují v pásmu lehké mentální retardace, výraznější opoždění je patrné v oblasti rozvoje řeči a v grafomotorice. Stavět se dá na Michalčině sociální zdatnosti, schopnosti nápodoby, vytrvalosti a velmi dobré schopnosti soustředění.

Michalce pobyt v mateřské škole velmi prospívá. V mateřské škole se dobře orientuje, má sebeobslužné návyky – prostře si sama na svačinu i na oběd, donese pití, aniž by ho vylila. Je milá, přítulná, ale dokáže být také velice „paličatá“, když se jí nechce něco udělat. Potom dokáže dělat i naschvály. S Michalkou je nutné pracovat podle individuálního vzdělávacího plánu, který mateřská škola vypracovala za pomoci odborníků ze SPC, se kterým úzce spolupracuje. Pro vzdělávání potřebuje Michalka dostatek času, názornost a pocit úspěšnosti. Osvědčuje se metoda malých kroků. Začne pracovat s ostatními dětmi a když ony pokračují dál, věnuje se jí individuálně asistent, který jí vše ještě několikrát vysvětlí a spolu vyzkoušejí. Za dobu pobytu v mateřské škole se Michalka velice zlepšila v řečovém projevu, používá tři až čtyřslovná větná spojení a je jí celkem dobře rozumět. Dokáže se domluvit i s ostatními dětmi.

Znatelné jsou také pohybové dovednosti, naučila se běhat a chodit po schodech nahoru sama. Ještě však nestřídá nohy.

Socializace do kolektivu dětí proběhla velice úspěšně a děti mají Michalku rády.

Režim třídy je doplněn o ranní individuální činnosti s Michalkou. V průběhu dopoledne se účastní programu mateřské školy. Michalka je zapojena do všech činností a akcí pořádaných mateřskou školou.

Na integraci Michalky neobdržela mateřská škola prozatím žádné finanční prostředky. Škola žádala Krajský úřad pro Prahu východ o zřízení místa asistenta pedagoga nebo o posílení pedagogů. Prozatím nedostala vyjádření, ale doufají v kladné vyřízení žádosti.

5.6.5. Výpověď rodičů

Spolupráce s rodinou je velmi dobrá.

Rodina se zajímá o dění v mateřské škole a podílí se na tvorbě plánu pro Michalku.

Rodiče se na počátku integrace obávali, zda si Michalka na nové prostředí MŠ a na nové děti a zaměstnance zvykne. Jejich obavy však byly zbytečné, neboť Michalka se v MŠ od počátku tolik zalíbilo, že mnohdy nechtěla jít ani domů.

Každé ráno také Michalka vstává velmi brzy a spěchá do mateřské školy. Pokud je nemocná a nemůže mezi své kamarády, tak je podle vyjádření matky velice nešťastná. Michalka se díky dětskému kolektivu zlepšuje v jídle, začíná pít i mléko, které nikdy předtím nepila.

V řečovém projevu se také zlepšuje, používá víceslovná větná spojení a také děti jí začínají lépe rozumět.

Rodiče považují integraci za zdařilou a další vzdělávání vidí tak, že osloví některou z bližších základních škol, která by byla ochotna integrovat Michalku. Věří, a pedagogové z mateřské školy také, že takovou základní školu najdou. Po jejím ukončení, když na to bude Michalka mít, by mohla studovat na nějaké škole rodinného typu, kde by se učila vařit, šít, nakupovat atd. Pokud bude šikovná, mohla by se naučit aranžovat květiny nebo něco podobného. Rodiče mají velký zájem na tom, aby se jednou dokázala alespoň částečně osamostatnit. Rodiče chtějí vychovávat Michalku jen mezi zdravými dětmi a později zdravými lidmi.

Matka Michalky říká, že nemá problém s Michalkou, ale s přístupem společnosti. O všechno musí bojovat, o průkazku ZTP, o směšné sociální dávky. Je to deprimující a ponižující.

Co říká o Michalce její matka?

„Michalka je stejně šťastná jako jiné děti, ale zrovna tak dokáže být i smutná, nešťastná. Když jí někdo ublíží, taky si zabřečí, postěžuje si. Je to prostě normální dítě“. Tuhle poslední větu říká matka s nejistotou v hlase, jako by se bála, že na tohle slovo nemá právo.

A pak vzkazuje všem lidem: „Zapomeňte na nesmyslné dělení lidí na dokonalé a nedokonalé. Jeden chromozom přece nemá moc přestěhovat kohokoli do jakéhosi ghetta zatracených, vzít mu štěstí. Michalka je dítě schopné citů, lásky, umění prožívat a dávat štěstí. A to je nesrovnatelně důležitější než trošku níž posazené uši a trošku širší nos“.

5.7. Vyhodnocení cílů a dílčích otázek práce

Cílem práce bylo ukázat na skupině šetření současný stav integrace dětí s mentálním postižením předškolního věku v uvedených lokalitách. Zmapovat poznatky, názory, zkušenosti a potřeby respondentů.

Tento cíl byl výzkumnou částí splněn. V dotaznících, rozhovorech i vlastním pozorováním a zkušenostmi autorky je zdokumentován současný stav integrace dětí s MP do mateřských škol ve skupině mého šetření v okrese Praha - východ a Praha 4, Praha 6, Praha 8.

Poznatky a potřeby respondentů jsou uváděny při vyhodnocování dílčích otázek dále v textu.

Vybranými metodami zjišťovat, jak se rodiny těchto dětí vyrovnávaly a vyrovnávají se situací, která v jejich rodině nastala, s čím jsou rodiče dětí ve svém životě spokojeni, co je trápí nebo kdo jim v jejich nelehké situaci pomáhá.

V práci jsem použila metodu dotazníkového šetření, rozhovoru, pozorování a analýzu pedagogické dokumentace.

Rodiče ve všech případech odpovídali, že po narození dítěte se jim dostalo největší pomoci a opory od nejbližší rodiny.

S nastalou situací se všichni dotazovaní vyrovnávali velmi špatně. Většina rodičů se ještě v současné době s postižením jejich dítěte jen těžko vyrovnává.

Rodiny dětí s MP velmi kladně vnímají velkou podporu myšlenky integrace dětí s mentálním postižením, která vyplynula při získávání výzkumného materiálu od všech respondentů. Je to velký posun k humanizaci přístupu naší společnosti ke zdravotně postiženým jedincům.

Také spolupráci s odborníky, jako jsou lékaři a speciální pedagogové, považují dotázaní respondenti za přínosnou a poskytující potřebnou pomoc. Většina dotazovaných se domnívá, že se situace v naší společnosti v tomto směru sice zlepšuje, ale velké mezery vidí ještě v legislativě a hlavně v přístupu kompetentních lidí na úřadech. Z šetření a vlastních zkušeností vyplývá, že velmi zaostává komunikace mezi rodiči a úředníky či sociálními pracovníky. Je ale nutné podotknout, že se nejedná o stoprocentní platnost.

Pro to, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky pro integraci je nezbytné, aby všichni zainteresovaní v této oblasti vyvíjeli aktivitu pro lepší mezioborovou spolupráci v oblasti vzdělávání dětí s postižením.

Chtěla jsem také zjistit, jak v praxi funguje spolupráce rodin a mateřských škol, jaké mají pedagogové z těchto zařízení zkušenosti s integrací dětí s mentálním postižením do mateřských škol.

Z analýzy dotazníků a rozhovorů s rodiči jsem vyhodnotila, že všichni dotazovaní se staví kladně k myšlence a realizaci integrace dítěte s mentálním postižením do mateřské školy.

Rodinám dětí s postižením nejvíce pomáhá právě rodina sama, na druhém místě jsou odborníci ze SPC, lékaři, pedagogové a na posledním místě úřady. Rodičům by v první fázi po poznání, že se jim narodilo dítě s postižením uvítali lidskou pomoc od lékařů a zdravot. personálu a další pomoc ve formě informačního systému, kde by se dozvěděli potřebné informace pro další život.

Někteří rodiče se snaží co nejvíce zapojit do akcí pořádaných mateřskou školou, vymýšlejí nové nápady, spolupracují, zakládají i rodičovská sdružení apod., těch je 70% z dotázaných. 30% rodičů čeká pouze na pobídky mateřské školy, sami nejsou aktivní a domnívají se, že za ně všechno udělají ostatní, málo spolupracují a podle vyjádření pedagogů si nechtějí připustit žádné problémy.

Ve své práci budu dokladovat na případové studii své vlastní poznatky a zkušenosti s integrací.

Mé vlastní zkušenosti s integrací ještě nejsou tak velké, neboť integrací se v naší MŠ zabývám druhým rokem. Čím více se o tuto problematiku zajímám, tím více zjišťuji, že se musím stále více a více v oblasti speciální pedagogiky vzdělávat. Každý den s sebou přináší nové situace, které musí pedagog v MŠ řešit a neměl by přitom chybovat.

Z výsledků šetření jsem získala cenné informace od rodičů a také od pedagogů. Doufám, že mi pomohou při zkvalitnění mé práce v oblasti integrace dětí s mentálním postižením do mateřské školy.

Své zkušenosti s integrací jsem popsala v závěru mé práce.

Vyhodnocení dílčích otázek

Jak se dají zlepšit formy spolupráce mezi rodinou a školou?

Při zpracovávání této otázky jsem využila dotazníkové šetření a rozhovory s respondenty.

Odpovědi jsou velice individuální. V některých, hlavně vicetřídních mateřských školách v Praze, bývá spolupráce rodičů a mateřské školy na velmi dobré úrovni. Rodiče se sdružují například do různých organizací i mimo školu a spolupráce pokračuje. (Např. MŠ Štíbrova a Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem). V menších mateřských školách, hlavně pak na vesnicích, nejsou takové příležitosti jako ve městě, ale i tam může být spolupráce s rodinou kvalitní, pokud jsou rodiče i pedagogové vstřícní a mají-li zájem udělat něco navíc.

Matky ve 3% uvedly, že by další spolupráci s mateřskou školou viděly například ve společných prázdninových pobytech v létě i v zimě na horách.

S výchovně vzdělávací péčí jsou rodiny spokojeny téměř v 70% a nechtějí nic měnit. Jiné formy spolupráce mezi rodinou a školou rodiče nevedli.

Pedagogové by ve 30% přivítali větší aktivitu ze strany rodičů při spolupráci s MŠ (výlety, kulturní a sportovní akce).

Podle mých zjištění a zkušeností se domnívám, že ve většině případů mají mateřské školy tak pestré a bohaté nabídky programů pro děti, že je z čeho vybírat, a proto rodiče nechtějí na spolupráci s MŠ nic měnit.

Jak v praxi funguje integrace dětí s mentálním postižením do mateřských škol?

Při šetření a zpracování této otázky jsem použila metodu dotazníku, rozhovoru a také jsem vycházela z vlastních zkušeností z integrace dítěte s Downovým syndromem v naší MŠ. Z dotazníků a rozhovorů s rodiči vyplývá, že zájem integrovat děti s postižením měli a mají rodiče i mateřské školy. Pedagogické pracovnice kladou při integraci důraz na přípravu podmínek pro integraci (podpora ze SPC, dostatečné vzdělání v oboru, snížený počet dětí ve třídě nebo přidělení asistenta pedagoga, speciální pomůcky, spolupráce s rodiči).

Mé zkušenosti jsou takové, že někteří pedagogové mají ještě obavy z integrace dětí s MP do MŠ. Obavy vyplývají především ze strachu z neznámého, z nedostatečného vzdělání v oboru speciální pedagogiky a také z nedostatku finančních prostředků na integraci.

Od 1.1.2005 vstoupil v platnost nový školský zákon, který nahradil dosud platnou legislativu v oblasti školství. Podmínky integrace se zlepšují a rodiče i pedagogové doufají, že se v blízké době dočkáme výrazného zlepšení a bude umožněno vzdělání všem dětem bez rozdílu.

Kdo pomáhá rodičům v péči o dítě s mentálním postižením?

Při šetření jsem použila metodu rozhovoru a dotazníku.

Na otázku, kdo nejvíce pomáhá rodičům v péči o dítě s mentálním postižením, odpovědělo 100% dotázaných, že hlavně rodina.

Někteří respondenti rozvedli, že je to manžel, partner, prarodiče a další příbuzní, kteří pomáhají svému partnerovi hlavně psychicky. Pro rodiče je důležitá empatie ze strany svých nejbližších a pochopení jejich nelehké situace.

Od narození dítěte nebyla většina matek zaměstnaná, jsou stále doma s dítětem. Pokud některá z nich nastoupila do zaměstnání, tak tehdy, když jí to umožnili prarodiče nebo předškolní zařízení, což matky hodnotili jako velkou a významnou pomoc při péči o jejich dítě.

Rodiny dále uvádějí pomoc speciálních pedagogů, některých lékařů a v neposlední řadě také pomoc mateřských škol. Rodiče však postrádají lidské porozumění, morální a poradenskou podporu ve větší míře.

Z mého pohledu je pomoc mateřských škol nezastupitelná v mnoha ohledech. Tím, že se stále více rozšiřuje integrace dětí s postižením do všech typů MŠ, nemusí již rodiče dovážet své děti do mnohdy velmi vzdálených speciálních zařízení. Děti s postižením mohou navštěvovat stejné předškolní zařízení, jako jejich kamarádi.

Vzdělávají se učitelky mateřských škol v oblasti speciální pedagogiky?

Z šetření vyplynulo, že téměř polovina všech dotázaných studuje speciální pedagogiku nebo je již v tomto oboru vzdělaná. Další polovina se vzdělává formou kurzů, samostudiem či na setkáních s odborníky.

Jak jsem již uvedla, vzdělávání je třeba umožnit všem dětem bez rozdílu. Proto je také důležité a nutné, aby pedagogičtí pracovníci měli možnost vysokoškolského studia a dostupnost dalšího vzdělávání v oblasti integrace.

6. Závěr práce

V teoretické části jsem uvedla přehled nejdůležitějších informací, které se týkají dítěte a také různých stupňů, klasifikací a definic mentálního postižení. Práce se týkala především předškolního věku, který je jak známo nejdůležitějším obdobím v životě každého dítěte, předškolního vzdělávání a rodiny dítěte, která je nezastupitelná pro dítě ve všech směrech.

V praktické části jsem zjišťovala jak spolu tyto dvě instituce, rodina a mateřská škola, spolupracují při integraci, jak se navzájem ovlivňují, zda jsou ochotné k integraci. Také, co by si přáli rodiče i pedagogové, aby se v tomto směru zlepšilo. Nejsem si jistá, zda jsem svým šetřením zjistila něco nového (o potřebě změny legislativy víme již déle), ale jedno přeci. Pokud se zbavíme všichni předsudků a nebudeme se „bát“ integrovat ty „jiné děti“ mezi zdravé, nebude mít generace dnešních předškoláků v dospělosti problém žít s těmito lidmi a nebudou je považovat za „jiné“.

Cílem této práce bylo mimo jiné i získání cenných informací pro moji další práci při integraci dětí s mentálním postižením do mateřské školy.

Získala jsem nejen cenné poznatky a zkušenosti jak od pedagogů, tak od rodičů. Mnozí z dotazovaných respondentů byli velice vstřícní a ochotní k rozhovorům i další spolupráci.

Při tomto šetření jsem se seznámila s mnoha zajímavými lidmi, kteří se starají o děti s mentálním postižením (pedagogové, lékaři, filmová režisérka, spisovatelka, zahraniční odborníci), ale i s dospělými jedinci s mentálním postižením.

Tito dospělí lidé s handicapem se zapojili do běžného života ve společnosti a svými výkony (např. hra na hudební nástroje, fotografování, balet, spisovatelská činnost) předčí většinu zdravých jedinců bez jakéhokoli postižení.

Pro mne, pro mnohé pedagogy i pro mnohé rodiče jsou taková setkání a zkušenosti velkou nadějí a povzbuzením pro „naše“ děti a také velkou výzvou, udělat pro tyto děti v předškolních zařízeních co je v našich silách, neboť právě toto období dětství je pro jejich výchovu a vzdělávání ve všech oblastech nejdůležitější.

Resumé:

Tato práce by měla poukázat na důležitost integrace dětí s mentálním postižením do všech typů mateřských škol a její přínos pro děti. V současné době si mohou rodiče dětí s mentálním postižením vybrat mezi speciální a běžnou mateřskou školou.

Speciální mateřská škola je zárukou péče odborníků s odpovídajícími speciálně pedagogickými kompetencemi.

Běžná mateřská škola umožňuje výuku integrovanou a hlavně začlenění dítěte s postižením mezi zdravé vrstevníky.

Pokud má být integrace zdařilá, musí na ni být připravena rodina i celý kolektiv MŠ.

Také spolupráce lékařů a odborníků specializujících se na tuto problematiku je zásadní pro úspěšnou integraci.

Přála bych si, aby tato práce byla přínosem pro rodičovskou veřejnost i pro pedagogy. Aby se co nejvíce běžných mateřských škol rozhodlo integrovat děti s mentálním postižením, odhodily předsudky a počáteční obavy z neznámého a pomohly tak těmto dětem i jejich rodičům.

Summary:

This piece should refer to importance of integration of children with mental affection in all types of kindergarten and its benefit for children. Contemporary can parents of children with mental affection choose between special and casual kindergarten.

Special kindergarten guarantees that there are only experts with special pedagogic competences.

Casual kindergarten makes it possible to integrate a handicapped child between healthful coevals.

When family and whole collective is ready for integration then is integration succesfull.

The co-operation of doctors and experts that are specialized in this problems is essential for succesfull integration too.

I wish, this piece would be a benefit for family public and pedagogues too. When a lot of kindergatens decide to integrate handicapped children, it is aiding for children and their parents too.

7. Seznam literatury

- BRUCEOVÁ, T., Předškolní výchova, Portál, s.r.o., Praha, 1996,
ISBN 80-7178-068-5
- BLAŽEK, B., OLMROVÁ, J., Světy postižených, Avicenum, Praha, 1988
- ČERNÁ, M., aj. Kapitoly z psychopedie. Přepřacované vydání. Praha: UK, 1995
ISBN 80-7066-899-7
- DE SINGLY, F., Sociologie současné rodiny, Portál, s.r.o., Praha, 1999
- FRIEDL, A., Školské zákony, Eurounion, s.r.o., Praha, 1995, ISBN 80-7178-048-0
- HÁJKOVÁ, V., Integrativní pedagogika, Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, Praha, 2005
- HAVLÍNOVÁ, M., Vedení mateřské školy, listopad, Raabe, Praha, 2000
- HARTL, P., aj. Psychologický slovník, Portál, Praha, 2000, ISBN 80-7178-303-1
- CHVÁTALOVÁ, H., Jak se žije dětem s postižením, Portál, s.r.o., Praha 2001,
ISBN 80-7178-588-1
- KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B., Předškolní a primární pedagogika, Portál, s.r.o.,
Praha, 2001
- KELLER, J., Lidé na okraji společnosti, Speciální pedagogika, 1998, roč. 8, č. 2,
s. 1, ISSN 1211-2720
- KLENKOVÁ, J., Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově
postižených dětí, Paido, Brno, 2000, ISBN 80-85931-91-5
- KYSUČAN, J., Psychopedie, Teorie výchovy mentálně retardovaných, SPN, Praha,
1990
- KUBOVÁ, L., Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených
dětí, Tech-Market, Praha, 1996
- MATĚJČEK, Z., Co děti nejvíc potřebují, Portál, s.r.o., Praha, 1995,
ISBN 80-7178-058-8
- MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L., Mentálně postižené dítě v rodině, SPN, Praha, 1987
- MÜLLER, O., VALENTA, M., Psychopedie, Parta, 2003, ISBN 80-7320-063-5
- METODICKÉ LISTY PRO PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ 1., Raabe, Praha, 1999, ISBN
80-86307-03-4

- METODICKÉ LISTY PRO PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ 2., Raabe, Praha, 2000, ISBN 80-86307-03-4
- MOŽNÝ, I., Moderní rodina: mýty a skutečnost, Blok, Brno, 1990
- PIPEKOVÁ, J., Kapitoly ze speciální pedagogiky, Paido, Brno, 2006, ISBN 80-7315-120-0
- PRUCHA, VALTEROVÁ, MAREŠ, Pedagogický slovník, Portál, s.r.o., Praha, 2001, ISBN 80-7178-579-2
- PRUCHA, J., Moderní pedagogika, Portál, s.r.o., Praha, 1997, ISBN 80-7178-170-3
- PUESCHEL, S.M., Downův syndrom pro lepší budoucnost. Metodická příručka pro rodiče, Tech-Market, Praha, 1997, ISBN 80-86114-15-5
- ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, Dětská klinická psychologie, Grada, Praha, 1997, ISBN 80-7169-512-2
- SMOLÍKOVÁ, K. a kol., Rámcový program pro předškolní vzdělávání, VÚP, Praha, 2001
- SVOBODOVÁ, E., Vedení mateřské školy, květen, Raabe, Praha, 1997
- ŠVARCOVÁ, I., Mentální retardace, Portál, s.r.o., Praha, 2001, ISBN 80-7178-506-7
- ŠTURMA, J., Vedení mateřské školy, květen, Raabe, Praha, 2001
- ŠUSTROVÁ, M. a kol., Diagnóza: Downův syndrom, Perfekt, a.s., Bratislava, 2004 ISBN 80-8046-259-3
- VÁGNEROVÁ, M., MADS-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S., Psychologie handicapu, Univerzita Karlova, Karolinum, Praha, 2001, ISBN 80-7184-929-4
- VÍTKOVÁ, M. a kol., Integrativní speciální pedagogika, Paido, Brno, 1998, ISBN 80-85931-51-6
- VYHLÁŠKA MŠMT ze dne 7.5.1997 o speciálních školách a speciálních mateřských školách, č. 127/1997 Sb.

8. Seznam příloh

1. Formulář dotazníku pro pedagogy
2. Formulář dotazníku pro rodiče
3. Individuální vzdělávací program pro dítě s Downovým syndromem
 - ukázka IVP pro dítě s D.S. integrované v jednotřídní běžné MŠ
4. Fotodokumentace Michalky

DOTAZNÍK PRO PEDAGOGY MATEŘSKÝCH ŠKOL

1. Kolik dětí s mentál. postižením navštěvuje vaši MŠ?

2. O jaký druh mentálního postižení se jedná? Popřípadě kombinaci, stupeň postižení:
 - a) lehké
 - b) střední
 - c) těžké

3. Věk dítěte a pohlaví.

4. Máte k dispozici asistenta pedagoga nebo osobního asistenta?

5. Pokud ne, jak řešíte tuto situaci?

6. Kolik tříd má vaše MŠ?

7. Zaznamenala jste zájem rodičů o integraci dítěte s ment. postiž. do vaší MŠ?

8. Jste ochotna takové dítě nebo více dětí do vaší MŠ přijmout a za jakých podmínek?

9. Pokud máte asistenta k dítěti s mentál. postižením, z jakých zdrojů jste získali peníze na jeho ohodnocení?

10. Měli jste nějaké problémy se získáním peněz nebo se získáním asistenta? Můžete specifikovat jaké?

11. Již několik let se mluví a píše o upřednostňování rodinné péče a následně péče a vzdělávání dětí s postižením v MŠ, ZŠ, atd. před umístěním těchto dětí do ústavů. Domníváte se, že je situace v naší společnosti v tomto směru:

a) výborná

b) celkem dobrá

c) nedostačující

d) jiná – můžete specifikovat?

12. Mělo by se v tomto ohledu něco změnit?

a) legislativa

b) přístup lidí na kompetent. Úřadech

c) nic, vše je v pořádku

d) jiný názor

13. Jaké máte zkušenosti s rodiči a rodinami dětí s mentál. postižením?

a) spolupracují s MŠ, snaží se pomáhat pedagogům, nabízejí nové formy spolupráce

- b) spolupracují, ale nenabízejí nové formy spolupráce
- c) nespolupracují s MŠ, jen dítě do MŠ předají a dál se nezajímají, jak se jejich dítě vyvíjí apod.
- d) jiné zkušenosti

14. Jaké formy spolupráce nabízí vaše MŠ rodinám dětí s postižením? Příklad: zájmové kroužky, společné akce MŠ a rodin apod.

15. Setkala jste se s tím, že rodiče zdravých dětí nějakým způsobem nesouhlasili s integrací dítěte s mentál. postižením do vaší nebo jiné MŠ?

ANO

NE

Jak argumentovali?

16. Měla jste předtím nějaké zkušenosti s takovým dítětem?

ANO

NE

V případě, že ano, tak jaké?

17. Vzděláváte se nějakým způsobem v oblasti speciální pedagogiky?

ANO

NE

Jakou formou studia?

- a) studium na škole
- b) formou školení

c) setkávání s podobnými MŠ a pedagogy

d) jinak

18. Jste běžná MŠ nebo speciální MŠ?

19) Prostor pro vaše postřehy a zkušenosti, na které jsem se v dotazníku nezeptala.

DOTAZNÍK PRO RODIČE DĚTÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

1. Máte dítě s určitým mentálním handicapem, můžete upřesnit s jakým?

2. Rozhodli jste se umístit vaše dítě do této MŠ, můžete říci proč?
 - a) je nejbliž našeho bydliště
 - b) je to speciální MŠ
 - c) je to běžná MŠ
 - d) víme, že v této MŠ bude naše dítě spokojeno, známe prostředí i pedagogy
 - e) jiný důvod

3. Jak staré je vaše dítě?

4. Jak dlouho již navštěvuje tuto MŠ?

5. Kde bylo dítě předtím?
 - a) doma s matkou
 - b) v jiném zařízení – kde

c) jinde

6. Pomáhal vám někdo od narození vašeho dítěte?

a) RODINA

b) LÉKAŘI

c) SPECIÁLNÍ PEDAGOGOVÉ – kde, kteří

d) ÚŘADY

7. Je vaše dítě v této MŠ spokojeno?

8. Setkali jste se s nějakou negativní reakcí na vaše dítě od rodičů ostatních dětí, kteří navštěvují MŠ?

9. Domníváte se, že integrace dětí s mentálním handicapem do běžných MŠ je prospěšná pro:

a) dítě s mentálním postižením

b) děti bez postižení

c) obě strany

d) není prospěšná

10. Můžete napsat váš názor, proč si to myslíte?

11. Již několik let se mluví a píše o upřednostňování rodinné péče a následně péče a vzdělávání dětí s postižením v MŠ, ZŠ atd. před umístěním těchto dětí do ústavů. Domníváte se, že je situace v naší společnosti v tomto směru:

- a) Výborná
- b) celkem dobrá
- c) nedostačující
- d) jiná – můžete specifikovat

12. Mělo by se v tomto směru něco změnit nebo zlepšit?

- a) legislativa
- b) přístup lidí na kompetentních úřadech
- c) nic, vše je v pořádku
- d) jiný názor

13. Jak spolupracuje vaše rodina s MŠ?

- a) spolupráce je na dobré úrovni – upřesněte prosím
- b) spolupráce s MŠ je špatná – upřesněte prosím
- c) máte zájem o širší spolupráci s MŠ, ale ta nemá zájem
- d) nemáte zájem o širší spolupráci, stačí vám, jak se v MŠ o vaše dítě starají pedagogové

e) jiné zkušenosti a názory

14. Navrhujete jiné formy spolupráce rodiny a MŠ, jaké? Příklad: Zájmové kroužky, společné akce apod.

15. Domníváte se, že MŠ jsou ochotné integrovat děti s mentálním postižením? Týká se běžných MŠ.

16. Domníváte se, že jsou učitelky MŠ dostatečně vzdělané v oboru speciální pedagogiky a připravené přijmout takto handicapované děti?

17. Kde vy sami získáváte informace a určité vzdělání v této oblasti?

Individuální vzdělávací plán

Vypracovaný na období září – červen 2006

Kontrola plánu: leden , červen

Jméno dítěte: Michaela
Datum narození: 25.9. 2001
Škola : MŠ Klíčany
Vyšetření: viz příloha
Šk.rok : 2005/2006
Diagnóza : Downův syndrom

Rodinná anamnéza

Matka má středoškolské vzdělání s maturitou, je jí 25 let. Otec je o 6 let starší než matka, má středoškolské vzdělání bez maturity. Michalka má o rok mladší sestru, která je zdravá. Oba rodiče jsou zdraví. Děti vyrůstají v harmonickém , láskyplném prostředí. Rodiče se dětem maximálně věnují. V jednom domě bydlí společně také prarodiče dětí, rodiče matky, kteří jsou pro celou rodinu velkou oporou. S Michalčiným handicapem se rychle vyrovnali, přijali ho. Mají radost z každého nového kroku ve vývoji Michalky.

Audit

Na základě vyšetření SPC a lékařského vyšetření byla doporučena integrace dítěte. Rozsah postižení je lehká mentální retardace, výraznější opoždění je patrné v oblasti rozvoje řeči a v grafomotorice. Spolupráce s rodiči je na velmi dobré úrovni.

Cíle sppg péče

Socializace dítěte – začlenit Michalku do kolektivu zdravých dětí v MŠ.
Přijmout jiné prostředí nežli rodinné.
Navázat kontakt s učitelkami, asistentem, ostatním personálem.
Získávat pocit jistoty, být co nejvíce samostatná v sebeobslužných činnostech.
Michalka ještě nosí pleny a sama si neřekne. Dalším cílem proto bude pleny zcela odstranit.
Rozvoj pohybových a rozumových dovedností.

Vzdělávací cíle v oblasti: sociální

rozumové
logopedické
tyfopedické
foniatické

Sociální oblast

Zvládat přiměřené chování v kolektivu

- setrvání ve třídě (nevybíhat do ostatních prostorů budovy)
- navázat kontakt pro hru (alespoň ve dvojicích)
- pozdravit, poděkovat, požádat, omluvit se

Zdokonalování v oblasti sebeobsluhy

- zapínání knoflíků
- oblékání
- správné držení lžice
- dodržování čistoty při stolování
- připravit si prostírání, uklidit po sobě talíř, příbor

Zdokonalovat hygienické úkoly

- používání kapesníku
- mýt si ruce před jídlem, po toaletě
- dojít si na WC, nenosit pleny!

Zapojit do činnosti v kolektivu

- společný úklid hraček
- zapojení do her dětí, i pohybových

Rozumová oblast

- pochopit denní režim
- zlepšovat soustředěnost na pokyny učitelky
- učit se základní barvy: žlutá, červená, zelená, modrá
- poznat některá zvířata: pes, kočka, kuň, slepice, opice, slon, žirafa
- poznat svou značku

Matematické myšlení a dovednosti

- postavit do výšky 5 – 7 kostek
- napočítat do 3
- chápat některé protiklady (více – méně, malý – velký)
- umět řadit objekty podle velikosti
- složit půlené obrázky samostatně

Jazyková – logopedická oblast

Zdokonalování výslovnosti

- vytleskávání jednoduchých slov
- pojmenování jednotlivých částí těla
- pojmenování předmětů ve třídě

Kladení důrazu na odpověď – jednoduchá věta

- kladení otázek (Co dělá tvoje maminka? S čím si hraje tvoje sestra?.....)
- popis chronologického postupu při oblékání (co si obléknu 1,2,3,4.....)
- opakovat vše, co zrovna dělá (pije,kreslím,oblékám se....)
- znát krátké říkanky,písničky
- prohlížet a „číst“ oblíbené knížky

Docházet na logopedickou péči do SPC Štíbrova

Tyflopedická oblast

Zdokonalování kresby (propojení ruka + oko)

- nepřetahovat silnou konturu obrázku
- kresba vodovými barvami
- skládání rozstříhaného obrázku
- obtahování vytečkovaného obrázku
- stříhání (dle kontury)

Jednoduché didaktické hry pro zrakovou soustředěnost

- skládání barevných pětiúhelníků do plástve
- kladení hříbečků do otvorů v mřížce
- spojování kostek (Lego,Duplo....)
-

Foniatrická oblast

Postupně zvládat reakci na zvukové signály při hře

- hra na hudební nástroje
- běh, chůze podle bubínku
- pojmenovat zvuky (auto,zvíře,bubínek...)
-

Motorická oblast

- chůze, běh
- chůze do schodů a ze schodů (střídat nohy)
- práce s modelínou (koule,váleček)
- namalovat kruh,pokus o postavu
- práce s nůžkami
- navlékání velkých korálek
- vyprazdňovat a naplnit krabici (kostky,různé předměty)
- poznat materiál podle hmatu (zakryté oči – provázek,papír,modelína,míček.....)

Spolupráce s rodiči

- pravidelné konzultace
- požadavky na lékařská vyšetření
- rozhovory s rodiči

Spolupráce s odborníky

- SPC Štíbrova (Mgr.V.Švejnová)
- dětský pediatr (MUDr.A.Kyjnková)
- logoped (Mgr.E.Palasová)

Pomůcky

- Jednoduché dřevěné stavebnice, skládačky a vkládačky pro cvičení hmatu, orientace, tvarů, barev, analýzy a syntézy
- Pomůcky pro cvičení rovnováhy
- Trojhranný program pro rozvoj grafomotoriky
- Jednoduché rytmizační nástroje

IVP navazuje na Školní rámcový program.

Na vypracování IVP se podíleli:

Pedagog - Š.Zburníková
Asistent - L.Jursová
Zákon.zástupci – rodiče
Spec.pedagog – V.Švejnová
Ředitelka - I Hřebíková

Podpis:

Razítko:



