

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2013–2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Jana Jánošíková

Komunikace s rodinou žáka s postižením

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED

2013-2015

DIPLOMA THESIS

Jana Jánošíková

Communication with the family of a pupil with a disability

Prague 2015

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jana Jánošíková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat vedoucí mé práce Mgr. Janě Tomanové, Ph.D. za obětavost, odborné vedení a pomoc při zpracování mé diplomové práce.

Anotace

V této práci jsem chtěla shrnout mé poznatky a zkušenosti kolegů s nelehkou komunikací s rodiči žáků s postižením. V teoretické části jsem se věnovala diagnostice a typům zdravotního postižení. Dále pak problematice vyrovnání se rodiny s faktem, že mají handicapované dítě. V praktické části pak zkoumám úroveň a profesionalitu komunikace mezi odborníky a rodiči a pedagogy našeho zařízení a rodiči. Součástí praktické části jsou i rozhovory s kolegy, jejich zkušenosti s komunikační bariérou. Z práce by mělo vyplynout, že s rodiči je třeba jednat korektně, ne s lítostí, ale zároveň nesnažit nutit rodinu k jiným, rodinným návykům, i když z praxe víme, že by to bylo ve prospěch žáka.

Klíčová slova

Autismus, důvěra, komunikace, osobnost, pedagog, pravidla komunikace, rodina, vzdělávání, vztah, zdravotní postižení.

Annotation

In this thesis, I wanted to summarize my findings and my colleagues' experience with difficult communication with parents of pupils with disabilities. The theoretical part deals with the diagnosis and types of disabilities. Furthermore, I focused on the issue of the family's coming to the terms with the fact that they have a handicapped child. In the practical part I examine the level and professionalism of communication between professionals and parents as well as teachers of our institution and parents. Interviews with my colleagues and their experience with the communication barrier are a part of the practical part. The thesis should result that it is necessary to play fair with the parents, not to feel sorry for them, but also not to try to make the family change their family habits, even though we know from practice that it would be in favour of the pupil.

Key words

Autism, confidence, communication, personality, educator, rules of communication, family, education, relation, health disability

OBSAH

ÚVOD.....	- 9 -
1 VYMEZENÍ ZDRAVOTNÍHO POSTIŽENÍ.....	- 11 -
1.1 Klasifikace zdravotního postižení.....	- 13 -
1.2 Zdravotně postižené děti v ČR.....	- 18 -
1.3 Specifické psychologické a vzdělávací faktory zdravotně postižených dětí.....	- 20 -
2 DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V RODINĚ	- 23 -
2.1 Stádia vyrovnávání se s postižením dítěte	- 24 -
2.2 Změny a problémy, které přináší zdravotní postižení v rodinách.....	- 26 -
2.3 Možnosti pomoci a spolupráce rodinám s dětmi se zdravotním postižením.....	- 28 -
3 TEORIE KOMUNIKACE A JEJÍ SPECIFIKA U RODIN S DÍTĚTEM SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	- 32 -
3.1 Komunikace rodičů s pracovníky školy.....	- 35 -
4 SPECIFIKA KOMUNIKACE S RODINOU ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	- 41 -
4.1 Představení sledovaného zařízení	- 41 -
4.2 Cíl průzkumu, hypotézy a výzkumné otázky.....	- 43 -
4.3 Metodika	- 44 -
4.3.1 Respondenti průzkumu	- 47 -
4.4 Vyhodnocení výsledků průzkumů	- 47 -
4.4.1 Vyhodnocení dotazníků pro rodiče	- 48 -
4.4.2 Vyhodnocení rozhovorů pro pedagogy.....	- 68 -
5 DOPORUČENÍ PRO KOMUNIKACI PROFESIONÁLŮ S RODIČI S DĚTMI SE ZDRAVOTNÍM (MENTÁLNÍM) POSTIŽENÍM.....	- 74 -
ZÁVĚR	- 76 -

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	- 78 -
SEZNAM GRAFŮ A TABULEK.....	- 81 -
SEZNAM PŘÍLOH	- 83 -

Úvod

Ve většině případů patří narození dítěte v životě každé rodiny k nejhezčím okamžikům vůbec. Rodiče si budují vztah k dítěti už obvykle daleko před jeho narozením. Obvykle se oba rodiče na dítě velmi těší, plánují jeho příchod, připravují se na to, co je s příchodem nového potomka čeká. Vytvářejí si o svém budoucím dítěti konkrétní představy, jak bude vypadat, jak se bude chovat, jak se bude vyvíjet a růst. Také většinou oba očekávají, že se jim narodí zdravé dítě. Zdravé rodiče jen málokdy napadne, že by se jim mohlo narodit postižené dítě, zvláště pokud i těhotenství probíhá bez problémů a komplikací.

Pokud se však skutečně stane, že se rodičům narodí dítě, které vykazuje některé „nenormální“ projevy, pochopitelně se vyděsí. Ve chvíli, kdy se skutečně potvrdí diagnóza nějakého zdravotního postižení, mnohým rodičům se v první chvíli zhroutl svět. Postižení dítěte představuje pro rodiče jak ztrátu vysněného obrazu dítěte, ale může také podstatným způsobem ovlivnit jejich vlastní sebepojetí. Rodiče se mohou začít zamýšlet nad tím, kde udělali chybu, že selhali ve své rodičovské funkci. Nic zkrátka není tak, jak očekávali. Na nich teď je, aby se se vším vyrovnali, přijali své dítě takové jaké je.

Ovšem narození zdravotně handicapovaného dítěte sebou přináší mnoho starostí tzv. „navíc“. Rodiče se musí naučit, jak s takovým dítětem zacházet, jak jej vychovávat, co dané zdravotní postižení obnáší a jak dítě bude omezovat v běžném životě. Pro rodiče to bude také znamenat mnoho finančních starostí navíc apod. Naštěstí dnes pro rodiče takto handicapovaných dětí existují poměrně rozsáhlé možnosti pomoci. Existují různá speciálně pedagogická centra, střediska rané péče, sociální pracovníci či jiné organizace pomáhající takovým dětem a jejich rodičům.

Pracovníkem v takovém centru či středisku však nemůže být každý. Takový člověk musí mít obrovské sociální citění, musí být schopen empatie, musí mít adekvátní vzdělání a mimo to, musí znát pravidla komunikace a mít potřebné komunikační schopnosti a dovednosti, aby dokázal s rodiči hovořit tak, aby to pro ně bylo co nejméně bolestivé, pochopitelné, aby získali naději, že všechno zvládnou apod. Komunikace je velmi důležitý prostředek dorozumívání a má svá pravidla, co se týče různých specifických situací. Proto se stala i náplní této práce.

Cílem předkládané práce by tak mělo být seznámení s problematikou komunikace s rodiči, jejichž dítěti bylo diagnostikováno nějaké zdravotní postižení, úskalí z toho vyplývající a současně přinést praktický přínos pro začínající učitele i rodiče dětí s postižením. Dílčími cíli bude uvést některá pravidla komunikace s rodiči žáka s postižením, pravidla při oznamování postižení rodině, následnou komunikaci s obvodním lékařem a SPC a nastínit problematiku přijímání negativních informací rodinou.

Práce bude rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bude nejprve vysvětleno, co se diagnostikuje jako zdravotní postižení a jaké typy se rozlišují včetně specifik každého zdravotního postižení z pohledu vzdělávání a psychického vývoje dětí. Další kapitola už se bude věnovat problematice postiženého dítěte v rodině, tedy jak se rodina s takovým postižením vyrovnává, s jakými změnami se musí rodiče vypořádat a kdo jim v takové chvíli může pomoci. Poslední kapitola teoretické části se zaměří již na otázku komunikace a jejích specifik v rámci komunikace pracovníků SPC, speciálních škol a jiných organizací pracujících a komunikujících s rodinami postižených dětí. V následující praktické části bude provedeno dotazníkové šetření rodičů zdravotně postižených dětí s cílem zjistit jejich zkušenosti s pracovníky speciálních škol. Zároveň bude formou rozhovoru s pedagogy zjišťována kvalita a možnosti komunikace s rodiči žáka s postižením.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení zdravotního postižení

Termín zdravotní postižení bývá poměrně často zaměňován za nemoc a jedinec se zdravotním postižením bývá považován za nemocného. Mezi těmito pojmy však existuje podstatný rozdíl. Pro nemoc (onemocnění) je zásadní hlavně „diagnóza“, význam spojení zdravotní postižení je poněkud širší a vztahuje se k funkčním schopnostem a kompetencím jedince, které bývají trvale či dlouhodobě omezovány v kvalitě či množství ve srovnání s tzv. běžnou populací. Pouhá přítomnost nemoci tak pro význam slova zdravotní postižení nedostačuje (Kuzníková, 2011, s. 124).

I tak je definování pojmu zdravotní postižení celkem složité a nestejnorodé. Kuzníková (2011, s. 124–125) např. uvádí, že pro účely praxe lze rozlišovat vymezení osob se zdravotním postižením na základě toho, jak jsou zaměřeny systémy podpory, resp. podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou monitorovány a v praxi zohledňovány. Jinak je možné zdravotní postižení vymežit v rámci potřebných sociálních intervencí (např. určení okruhu oprávněných uživatelů sociálních služeb, sociálních dávek), jiná v rezortu zdravotní péče (klasifikace nemocí, klasifikace funkčních schopností) nebo pro tuto práci nejvhodnější pedagogické praxe (student se specifickými vzdělávacími potřebami), ale i pro jiné odbory.

Vzhledem k výše uvedenému je možné se podívat na vymezení zdravotního postižení podle české legislativy. Zde se však projevuje rovněž jeden zásadní problém, neboť náš právní řád obecnou definici jedince se zdravotním postižením neuvádí. Pokud už hovoří o zdravotním postižení, tak hlavně ve spojitosti s uplatněním takových osob v soustavném zaměstnání (invalidní člověk, částečně invalidní člověk, člověk se sníženou pracovní schopností aj.). Zmínit lze tedy např. zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (2004), který v § 67 vymezuje osoby se zdravotním postižením jako ty, kterým se na trhu práce poskytuje zvýšená ochrana

na trhu práce. Jedinci se zdravotním postižením jsou fyzické osoby, které jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány invalidními:

- ve třetím stupni, nebo
- v prvním nebo druhém stupni.

Zákon o sociálních službách, pak zdravotní postižení vymezuje jako „...*tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby*“ (č. 108, 2006 Sb., § 3). Osobami se zdravotním postižením se tedy obecně ze sociálního pohledu myslí jedinci (fyzické osoby), kterým byl přiznán invalidní důchod pro invaliditu I., II., nebo III. stupně. Osoby se zdravotním postižením se taky myslí fyzické osoby, kterým nebyl přiznán invalidní důchod, ale jenž byly uznány jako osoby zdravotně znevýhodněné.

Pro tuto práci je však nejdůležitější vymezení zdravotního postižení z pohledu pedagogiky. Tam lze využít školského zákona (č. 561/2004 Sb.), který zmiňuje pojem dítě či žák se speciálními vzdělávacími potřebami. Do tohoto vymezení zapadají právě osoby se zdravotním postižením, ale i osoby se zdravotním znevýhodněním či sociálním, ekonomickým nebo kulturním znevýhodněním.

Zdravotním postižením se pak v rámci pedagogického pohledu myslí „...*mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči a dále též vývojové poruchy učení nebo chování a autismus*“. Pochopitelně se tam řadí i souběžné postižení několika vadami, které si vyžaduje komplexní péči. Je vhodné na tomto místě zmínit i zdravotní znevýhodnění, kterým se má na mysli jakékoli zdravotní oslabení, dlouhodobé onemocnění (či i lehčí zdravotní poruchy), které způsobují poruchy učení a chování, které si žádají zohlednění při vzdělávání. Jak zdravotně postižení, tak zdravotně znevýhodnění žáci mají nárok na specifické pedagogické a psychologické přístupy, které jim co nejvíce ulehčí zvládání jejich problémů či vyrovnání se se znevýhodněním a umožní jim zapojení do občanské společnosti. Ze zákona plyne nárok na zabezpečení podmínek, které umožní odpovídající vzdělávání handicapovaných žáků, ale i na poradenskou pomoc ze strany škol a PPP¹ nebo

¹ Pedagogicko-psychologická poradna.

SPC². Je třeba, aby vzdělávání takových žáků odpovídalo svým obsahem, způsoby a použitými metodami jejich potřebám a možnostem (Vališová a Kasíková a kol., 2007, s. 342–343).

Friedlová (2007, s. 43) pak ještě např. uvádí souvislost s anglickým výrazem pro zdravotní postižení, a to pojmem disability. Zdravotní postižení, invalidita, nezpůsobilost, disabilita tedy představují české ekvivalenty anglického pojmu disability a reflektují míru omezení, které pacientovi způsobuje jeho onemocnění či trvalá porucha funkce orgánu (např. hluchota, deformita končetiny apod.).

1.1 Klasifikace zdravotního postižení

Tak jako je možné variabilně definovat termín „zdravotní postižení“, tak i různí autoři nahlíží na klasifikaci druhů postižení. Je třeba upozornit na skutečnost, že díky takto rozdílným klasifikacím je pak mnohdy složité určit počty zdravotně postižených osob. Orientační členění zdravotního postižení pak uvádí Kuzníková (2011, s. 126):

Podle druhu

- smyslové postižení – postižení, zrakové, sluchové, duální,
- tělesné postižení – postižení hybnosti, mobility, vnitřní nemoci,
- postižení mentálních funkcí – mentální postižení, duševní postižení,
- kombinované postižení.

Podle doby vzniku

- vrozené (např. vrozená hluchota, vrozená slepota),
- získané (tělesné postižení vzniklé jako následek úrazu aj.).

² Speciálně pedagogické centrum.

Podle intenzity (stupeň, hloubka)

- lehké,
- středně těžké,
- těžké,
- velmi těžké.

Toto však nejsou jediné způsoby, jakými lze rozlišit typy zdravotního postižení. Je možné zmínit např. i níže uvedené Ptáčkovo (2011, s. 262) rozlišení na hlavní skupiny osob se zdravotním postižením:

- *„osoby s tělesným postižením (tedy především postižení pohybového ústrojí),*
- *osoby se zrakovým postižením,*
- *osoby se sluchovým postižením,*
- *osoby s vnitřním postižením (též se užívá označení s „civilizačními chorobami“),*
- *osoby s mentálním postižením (sníženými rozumovými schopnostmi od narození či časného dětství),*
- *osoby s těžší poruchou řeči,*
- *psychiatřiční pacienti, především psychotici,*
- *osoby s demencí, tedy druhotnou ztrátou rozumových schopností“.*

K nejobvyklejším a nejznámějším rozdělením patří rozdělení na zdravotní postižení zrakové, sluchové, tělesné a mentální postižení. První zmiňované zrakové postižení představuje postižení už ve chvíli, když má jedinec i jen půl dioptrie. Nejzřetelněji jsou vnímáni lidé nevidomí, které lze rozlišovat *na prakticky nevidomé, skutečně nevidomé a úplně slepé*. Těch však v populaci není tolik, jako např. osob zrakově postižených slabozrakých a osob se zbytky zraku (Krhutová a kol., 2005, s. 157).

V rámci tělesného postižení se nejčastěji rozlišuje mezi (Krhutová a kol., 2005, s. 199-200):

- *Chronickým onemocněním, resp. dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem* – kdy se jedná o poškození či oslabení fyziologických funkcí lidského organismu. Důsledkem je významné snížení kvality života postiženého, omezuje jeho výkonnost.
- *Tělesným (pohybovým) postižením* – jde o omezení hybnosti až znemožnění pohybu a dysfunkci motorické koordinace v příčinné souvislosti s omezením. Toto postižení bývá většinou zjevné na první pohled. Ovlivňuje kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem.

I v rámci sluchového postižení je možné nalézt několik jeho variant, kdy se vady sluchu posuzují obvykle z pohledu velikosti sluchové ztráty (Krhutová a kol., 2005, s. 117):

- *Ohluchlost* – ztráta sluchu, která postihla už vytvořenou mluvenou řeč, ta se nevytrácí, ztrácí ovšem postupně formální úroveň.
- *Hluchota* – vrozená či v raném věku získaná ztráta sluchu. Jestliže se jazyk nerozvíjí, není možné přepokládat rozvoj mluvené řeči.
- *Zbytky sluchu* – neúplná ztráta sluchu, ať vrozená či získaná, většinou spojená s absencí mluvené řeči.
- *Nedoslýchavost* – opět ať už vrozená nebo získaná částečná ztráta sluchu, kdy dochází k opožděnému či omezenému vývoji sluchu.

Pro potřeby úřadů, zejména zdravotnických zařízení a sociální péče, se používá klasifikace sluchových vad z pohledu ztráty udávané v dB a frekvence v rámci 500, 1 000 a 2 000 MHz, tak jak je vymezila WHO³ z roku 1980. Nejčastěji je zmiňován rozsah ztrát sluchu (Krhutová a kol., 2005, s. 124):

- *„0–25 dB normální sluch,*
- *26–40 dB lehká nedoslýchavost,*
- *41–55 dB střední nedoslýchavost,*
- *56–70 dB středně těžké postižení sluchu,*

³ Světová zdravotnická organizace.

- 71–90 dB těžké postižení sluchu.“
- 91 a více dB velmi závažné postižení sluchu, hluchota

Dalším typem je mentální postižení, které se řadí k nejběžnějším poruchám a také patří k postižením s velkými potížemi v rámci etického rázu tohoto označení. Mentální retardaci Krhutová a kol. (2005, s. 239) vymezuje jako „*vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (tj. poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností.*“ Vágnerová (2004, s. 289) uvádí definici mentální retardace jakožto „*...neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 % normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován.*“ Za typické znaky mentální retardace lze považovat:

- Nižší úroveň rozumových schopností, která se projevuje hlavně neadekvátním rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a díky tomu i složitějším přizpůsobováním na normální životní podmínky.
- Jde o vrozené postižení.
- Jde o trvalé postižení, ačkoliv lze v závislosti na etiologii zaznamenat jisté zlepšení. Maximální hranice dosažitelného rozvoje mentálně retardovaného vyplývá ze závažnosti a příčiny defektu, ale i individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických efektů.

Stupně mentální retardace podle výše inteligenčního kvocientu (IQ), jsou uvedeny v rámci MKN-10, takto (Vágnerová, 2004, s. 301):

1. Lehká mentální retardace (50 – 70 IQ),
2. Středně těžká mentální retardace (35 – 49 IQ),
3. Těžká mentální retardace (20 – 34 IQ),
4. Hluboká mentální retardace (19 a méně IQ).

Hranicí mentální retardace jakožto duševní poruchy se chápe 70 bodů IQ.

Samostatnou kapitolou je pak autismus. Ten se řadí mezi tzv. pervazivní vývojové poruchy, které podstatným a komplexním způsobem poškozují psychický

vývoj takto postižených dětí. Hlavní symptomy autismu je možné rozlišit do dvou skupin (Vágnerová, 2004, s. 317–320):

1. Negativní symptomy prezentující nedostatek či neexistenci některých standardních projevů:

- poruchy socializace – permanentní neschopnost navazovat sociální vztahy, hlavně emocionální povahy, už od začátku svého vývoje nereagují na obvyklé sociální podněty, např. na oční kontakt, úsměv a emoční projevy, odmítání sociálního kontaktu, neschopnost navázat citový vztah;
- poruchy poznávání, tj. narušení orientace v prostředí – problémy v orientaci ve světě, horší chápání významu a rozdílů odlišných objektů a situací.
- poruchy rozvoje řeči, hlavně v oblasti její komunikační funkce – neschopnost ani chuť komunikovat obvyklým způsobem. Normální komunikační význam nemají ani jejich mimické a pantomimické projevy.

2. Výkyvy v chování, které lze řadit do kategorie tzv. pozitivních symptomů (prezentují přílišné či zkreslené projevy normálních funkcí). Jde o odchylky a nápadnosti v chování, které mnohdy působí jako další překážka akceptovatelné socializace. Může se to projevovat jako např. autostimulace, sebezraňující chování atd. Některé odchylky v chování mohou vznikat jako sekundární důsledek autistické poruchy.

Skalíková a Thorová (2000, s. 2) pak upozorňují na vztah autismu a mentální retardace. Mentální retardace a autismus jsou sice odlišné, ale i zčásti se překrývající syndromy. Děti s autismem mívají výsledky ve vývojových stupních nebo inteligenčních testech nestejněměrné. V určitých oblastech úplně selhávají, v dalších jsou poměrně úspěšné. Vážnější problémy lze zaznamenat ve sféře komunikace, představitivosti, sociálním porozumění a emocionální empatii. Děti s autismem bývají naopak úspěšnější v abstraktně vizuálním myšlení, mívají lepší mechanickou paměť, která je v přímém kontrastu k horší schopnosti slovního porozumění. Zhruba u třetí čtvrtin lidí s autismem bývá k pervazivní vývojové poruše přidružena mentální retardace (lehká až střední u 24 %, těžká až hluboká u 47 % pacientů). Děti, které

mají hluboký mentální deficit a autismus, se liší od lidí s prostou mentální retardací zejména charakteristickým chováním

1.2 Zdravotně postižené děti v ČR

Otázka počtu či statistik zdravotně postižených dětí (i celé populace obecně) byla ještě nedávno celkem problematická, neboť v České republice existovalo až několik desítek klasifikačních přístupů, které byly v jistých případech nesouměřitelné nebo nekompatibilní (zdravotně postižený pro účely dávek státní sociální podpory – zdravotně postižený pro účely povinné školní docházky). Díky tomu bylo těžké provádět nějaké šetření či sledování (Krhutová a kol., 2005, s. 19–20). To však vedlo k postupnému a systematickému vytváření konzistentního a věrohodného systému statistických informací ohledně zdravotně postižených se záměrem posloužení vládě ČR s rozhodovacími procesy týkajícími se osob se zdravotním postižením. V roce 2007 tak bylo realizováno první výběrové šetření osob se zdravotním postižením a v roce 2013 pak další (ČSÚ, 2014).

Z tabulky níže vyplývá základní fakt, že z celkového počtu obyvatel ČR bylo na konci roku 2012 celkem 1 077 673 osob se zdravotním postižením, tj. 10,2%, převažovaly ženy nad muži (52,4%). Obecně je možné konstatovat to (bez zřetele na pohlaví), že největší množství osob se zdravotním postižením se objevuje v posledních dvou věkových kategoriích (60 – 74 let a 75 +). Poměrně výrazně je ještě zastoupena věková kategorie 45 – 59 let. S věkem tedy zdravotních postižení přibývá (ČSÚ, 2014).

Tabulka 1 Základní charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR (ČSÚ, 2014).

	Počet obyvatel (stav k 31. 12. 2012)	Počet zdravotně postižených osob
Celkem	10 516 125	1 077 673
	Pohlaví	
Muži	5 164 349	512 761
Ženy	5 351 776	564 912
	Věkové složení obyvatel	
0 - 14 let	1 560 296	64 307
15 - 29 let	1 881 844	65 143
30 - 44 let	2 495 730	109 947
45 - 59 let	2 075 490	206 891
60 - 74 let	1 794 618	333 211
75 +	708 147	298 174

Děti do 14 let bylo zdravotně postižených 64 307, což tvořilo celých 5,2 % ze všech dětí tohoto věku (i zde převažovaly dívky). Z toho jich bylo celkem 20 077 tělesně postižených, dalších 6 715 zrakově postižených, 3 811 sluchově postižených, 15 683 mentálně postižených, 10 538 duševně postižených, 31 764 s vnitřním postižením (v tomto typu postižení je zahrnuto vždy jen jedno postižení vnitřních orgánů) a 4 302 jinak postižených (ČSÚ, 2014).

Tabulka 2 Míra zdravotního postižení v rámci celé populace a v rámci dětí do 14 let (ČSÚ, 2014).

	Míra postižení						Průměrná míra postižení
	lehké	středně těžké	těžké	velmi těžké	není známo	Celkem	
Celkem	212 291	445 946	301 234	101 340	16 862	1 077 673	2,2
Věková skupina							
0 - 14	25 891	24 641	8 861	4 631	284	64 308	1,9

Z výše uvedené Tabulky 2 lze pak vyčíst, že nejvíce zastoupenou skupinou zdravotně postižených dětí jsou děti s lehkým a středně těžkým postižením (na rozdíl od celé populace).

1.3 Specifické psychologické a vzdělávací faktory zdravotně postižených dětí

To, jak vnímá dítě svůj handicap záleží významně na tom, zda-li je jeho zdravotní postižení vrozené nebo získané. Lze předpokládat, že dítě s vrozeným handicapem se s ním učí žít už od útlého věku a vnímá jej jako sobě vlastní. Dítě se získaným postižením se musí vyrovnat s velkou změnou ve svém životě, což může být náročné. Dále zdravotní postižení může ovlivňovat už samotný vývoj a rozvoj dítěte. Např. jak uvádí Vágnerová (2004, s. 161–189) závažné omezení zrakových či sluchových funkcí má vliv na socializaci postiženého dítěte. Dítě se může setkávat s komunikační bariérou, díky tělesnému postižení se nemůže účastnit aktivit jako

jeho zdraví kamarádi apod. To u něj může způsobovat deprivaci až úzkosti, se kterými se musí ono sami i jeho rodiče vyrovnávat.

Při výchově a vzdělávání dětí a mládeže s tělesným postižením (např. vrozené vady končetin, ztráta končetin díky úrazu, degenerativní onemocnění pohybového aparátu, poranění mozku, míchy, periferních nervů) je třeba spolupracovat s lékařskými obory jako ortopedie, neurologie, fyzioterapie a rehabilitace či pracovní lékařství. U žáků s tělesným postižením bývá poškozená hrubá i jemná motorika. Při školní práci má dítě problémy s nekoordinovaným písmem či úplnou neschopností jakéhokoliv pohybu, ba i řeči. V těžších a komplikovanějších případech docházejí tyto děti do školy samostatně zřizovaných pro tyto žáky. Co se týče zrakově postižených žáků, někteří jsou schopni pracovat s upravenými školními materiály pro vidící děti (s pomůckami), nevidomí žáci jsou však zcela odkázáni na čtení bodového písma a na psaní na Pichtově stroji či osobním počítači. Žáci s výraznějším postižením (nebo s kombinací zrakového postižení s jinou vadou) docházejí do škol pro ně určených. Podobné je to i u sluchových postižení, kde děti hovoří např. pomocí znakového jazyka (Vališová a Kasíková a kol., 2007, s. 343–346).

O něco jiná je pak situace u dětí s mentálním postižením nebo u autistických dětí. U dětí s mentálním postižením je velmi složitá jakákoliv vychovatelnost, vzdělávání takových dětí je v podstatě nereálné. Pro rodiče je takové dítě velmi náročné, neboť vyžaduje neustálou péči. Socializace u mentálně retardovaných dětí bývá opožděna, často bývají navenek vnímány jako problémové. Na druhou stranu při dobré péči se dokážou děti adaptovat na prostředí, ve kterém žijí (Marková a kol., 306–308). U autistických dětí je charakteristická psychopatologie hlavně v oblasti sociálních vztahů, jazyka/řeči a komunikace a abnormálního chování, her a zájmů (Hrdlička a Komárek, 2004, s. 35).

Mentální postižení se při vzdělávání promítá jak do kognitivní (rozpoznávací) schopnosti, tak i do horší společenské způsobilosti. V nedávné době byli žáci s mentálním postižením zařazováni podle stupně postižení do zvláštních a pomocných škol. V současnosti jsou uvedené instituce transformovány v základní školy pro mentálně postižené a žáci se vzdělávají podle upravených programů. Děti s těžkým mentálním postižením či s několika vadami a žáci s autismem se obvykle učí

v základních školách speciálních. Jejich vzdělávání je většinou o rok delší než povinná školní docházka u zdravých dětí (10 ročníků). Při výchovné a vzdělávací práci speciálních pedagogů pomáhají psychologové, odborní dětské lékaři či rehabilitační pracovníci. Podpůrná činnost pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků a psychoterapeutů se dotýká jak dětí, tak ale i jejich rodiny, která bývá vystavena velké zátěži na rozdíl od zdravých žáků (Vališová a Kasíková a kol., 2007, s. 343–346).

2 Dítě se zdravotním postižením v rodině

„Narození dítěte se zdravotním postižením či situace, v níž se zdravotní postižení projeví později, představuje pro každou rodinu zcela mimořádnou skutečnost. Ta se liší v závislosti na desítkách aspektů v každé rodině. Pro všechny tyto případy je však charakteristický „spojující“ prvek. Je jím vědomí „absolutního zásahu“, šok, údiv, nepochopení a nevěřící reakce“ (Michalík, 2012, s. 8). Mimo to se mohou objevit pocity neschopnosti zplodit normálního potomka a z toho plynoucí ztráta sebedůvěry a pocity méněcennosti. Tyto tendence mohou navíc posilovat i reakce okolí, hlavně v případech, kdy jde o vrozené a zřejmé postižení, jehož původ není možné snadno vysvětlit (např. infekcí či úrazem). Reakce rodičů rovněž mohou ovlivňovat i převažující postoje společnosti, ve které žijí. Hlavní je, že postoje a chování rodičů k postiženému dítěti budou odlišné, než ke zdravému dítěti. Existuje navíc riziko, že budou v jistém směru až extrémní (Vágnerová, 2004, s. 164–165).

Jakákoliv nemoc dítěte představuje pro rodiče hodně stresovou situaci. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, má pak značný význam na to, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě. Rodiče dítěti chorobu či postižení určitým způsobem vysvětlují, jejich reakce dají dané situaci specifický význam. Dítě není o své nemoci tak dobře informováno jako dospělí a ani by jim nemohlo porozumět, není schopné plně vnímat míru její závažnosti pro svůj následující život. Tak jako i jinde, je pro dítě nejpodstatnější postoj a z něj vyplývající chování rodičů. Zdraví dítěte je pro jeho rodiče nejdůležitější hodnotou a postižení dítěte představuje její nespravedlivé ohrožení. Velký rozdíl mezi skutečností, kterou prezentuje nemoc, a běžným očekáváním zdravého vývoje dítěte podněcuje prožívání velkého stresu, stimuluje různé obranné reakce. Nemoc dítěte je posuzována i dospělými více emočně, jelikož postihuje bezbrannou a závislou osobu, která teprve začíná žít a již musí podstupovat takové utrpení (Vágnerová, 2004, s. 101–102).

2.1 Stádia vyrovnávání se s postižením dítěte

Období, kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižené, lze označit jako fázi krize rodičovské identity. Je to fáze reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, částečně nejasných a částečně negativních, to znamená hůře akceptovatelných. Vždy platí, že čím dříve se rodiče dozvědí, že má jejich potomek nějaké zdravotní postižení, tím podstatnějším způsobem se mění postoje rodičů. Reakce rodičů na takové zjištění postupem času střídají a procházejí charakteristickými fázemi popsanými níže (posloupnost reakcí na jakoukoli zátěž bývá obdobný) (Vágnerová, 2004, s. 164–165).

Fáze šoku a popření

Šok a popření prezentují prvotní odpověď na subjektivně neakceptovatelný fakt, že má dítě trvalé postižení. Z úst rodičů zaznívají výroky typu „To není možné, to se nám nemohlo stát“ aj. Popření nastalé situace je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy. V této chvíli rodiče nezajímá nic o možnostech starosti o takové dítě, jelikož se pořád s jeho existencí ani nesmířili. Postupem času dochází k postupnému přijetí informace o tom, co se jejich dítěti přihodilo. Jen ve výjimečných případech zůstává takové stanovisko delší dobu. Změna situace ale způsobuje další obranné reakce (Vágnerová, 2004, s. 164–165). Dobu trvání této fáze určuje individualita každého jedince a závisí také na závažnosti přijaté informace a na způsobu jejího oznámení (Chrastilová a Mrowetz, 2012).

Fáze postupné akceptace a vyrovnávání s problémem

Po odeznění šoku nastává fáze, pro kterou je charakteristický nástup psychických a fyzických reakcí na sdělenou informaci. V této fázi vznikají pocity jako bolest, žal, deziluze, úzkost z následného vývoje, odmítání přijmout novou realitu, pocity viny, vzájemné sebeobviňování, eventuálně až agresivita (Chrastilová a Mrowetz, 2012). V této fázi mívají už rodiče zájem o další informace. Chtějí být poučeni o tom, co postižení obnáší, jak vzniká, projevuje se, hledají viníka, ale i řešení budoucnosti jejich dítěte. Racionálnímu zpracování těchto informací ale často

překazí citový stav rodičů, který posuzování situace zkresluje (Vágnerová, 2004, s. 164–165).

Vědomí, že je dítě zdravotně postižené, vyvolává pocit jeho ohrožení, ale současně i uvědomění ztráty důležité hodnoty, kterou bylo jeho zdraví. Rodiče za takové situace reagují kombinací odlišných emocí (Vágnerová, 2004, s. 101–102):

- úzkostí a obavami, které se týkají představy dalšího ohrožení dítěte;
- vztekem, který se týká uvědomění si ztráty, prožívané jako nespravedlivost;
- smutkem, případně až depresí, plynoucí z vědomí omezených možností bránit vlastní dítě.

Uvědomění si nemoci nebo zdravotního postižení svého dítěte podněcuje zpravidla aktivní obranné reakce. Rodiče se nechtějí s touto situací smířit, chtějí bojovat za uzdravení či minimálně o co největší zlepšení jeho stavu. Nemoc je trochu jinou situací než trvalé a nezměnitelné postižení. Míra poškození zdraví není úplně jednoznačně stanovena, něco se může změnit. Taková potencionální šance může u rodičů vyvolat různé, mnohdy až absurdní aktivity. Je zřejmé, že jakákoli činnost, která se zdá být smysluplná, pomáhá rodičům samým zvládat takovou zátěž. Rodiče takového dítěte si zpravidla vybírají tyto způsoby zvládání své stresové situace (Vágnerová, 2004, s. 101–104):

- Zaujetí aktivního přístupu, tj. upřednostnění konfrontačního přístupu, aktivizace energie a myšlenky o boji s nemocí či postižením.
- Hledání sociální pomoci - rodiče si uvědomují, že si v takových situacích nepomůžou sami, potřebují získat odborníky-lékaře, resp. jiné lidi, kteří by mohli pomoci s řešením jejich problému či je minimálně emočně a morálně podpořit.
- Hledání konkrétních řešení, která by mohla přinést nějakou naději.
- Úsilí o kladné ocenění, které by bylo jakýmsi potvrzením prospěšnosti momentálního konání. Ten, kdo chce s problémem bojovat, si vytvoří jistý plán a pokouší se pro něj získat podporu důležitých osob. Když se dostane do

takové fáze, nabude dojem, že jeho situace není zoufalá. Získá tak potřebnou sebedůvěru i přesvědčení v dobrý výsledek, nachází novou naději.

Fáze realismu

Rodiče se obvykle postupně smíří s tím, že jejich dítě nikdy nebude zdravé, a začnou se chovat adekvátnějším způsobem. V určitých případech bývá delší latence mezi prvními projevy, které mohou rodičům naznačovat, že dítě není úplně v pořádku, a časem oznámení diagnózy. Pochybnosti v tomto období prezentují pro rodinu zvláštní stresovou situaci. Podněcuje sklony hledat pravdu, ale na druhé straně někdy podněcuje vznik i obranných reakcí, které mohou být současně někdy i zkresleny, či dokonce popírány, aby byla diagnóza akceptovatelná. Rodiče se často upínají na možnost otevřené budoucnosti (Vágnerová, 2004, s. 101–104).

2.2 Změny a problémy, které přináší zdravotní postižení v rodinách

Vágnerová (2004, s. 101–104) uvádí, že díky zkušenostem s postižením se mnohdy mění postoj rodičů k dítěti. Podnětem bývá potřeba vynahradit potomkovi to, o co ho nemoc připravila, a zlepšit tak jeho emoční vyrovnanost. Toto chování bývá také výrazem obrany v zátěžové situaci, vyjádřením sklonu ochraňovat své dítě, a tím i svou osobní identitu. Hyperprotektivní a často přílišně tolerující postoj nemusí být pro další život dítěte pozitivní. Jeho osobnost se pak může rozvíjet nevhodným způsobem ne díky zdravotnímu postižení, ale díky změně výchovného přístupu rodičů. Reakce rodičů mohou být různé na základě toho, jak se zdravotní postižení dítěte vyvíjí. Pokud se zdravotní postižení nevyvíjí k lepšímu, či dokonce dochází ke zhoršení, zvyšuje se i úzkost rodičů a násobí se riziko zkratkového jednání, způsobeného pocitem zoufalství. V případě nemožnosti zlepšení stavu dítěte či dokonce jeho ohrožení na životě, je nezbytné rodičům pomoci najít smysl života.

Dítěti musí totiž poskytovat nezbytně emoční oporu, jistotu a nepodléhat své beznaději a depresím.

Změny a problémy plynoucí ze zdravotního postižení pro rodinu záleží rovněž například na typu nemoci a rozsahu postižení (psychologicky velmi závažná jsou deformující postižení obličeje, pak také bývají náročnější deformace rukou a méně pak ve srovnání třeba ostatních částí těla). Ovlivňuje to rovněž příčina nemoci nebo zdravotního postižení. Infekční příčiny bývají akceptovány pozitivněji než příčiny genetické, jelikož u genetických příčin bývá u rodičů zřejmá tendence se za toto vinit, kdežto u infekce převažuje vina „zvnějšku“. Nejnáročnější se pro rodiče jeví situace, kdy příčiny onemocnění či postižení nejsou známy. Významným činitelem zařazení zdravotně postiženého dítěte v rodině a ve společnosti je také osobnost postiženého dítěte. Záleží zejména na základních rysech osobnosti dítěte, tedy na jeho temperamentu, dráždivosti, citlivosti a ostatních vlastnostech. (Chrastilová a Mrowetz, 2012).

Velký význam hraje i osobnost rodičů a to, jaké mají predispozice s vyrovnáváním se se složitými stresovými situacemi. V rodinách, kde se nachází jedno postižené dítě a jedno zdravé dítě, se rodiče více zaměří na to postižené. Je vnímáno jako zvláštní a je mu věnováno více jejich lásky a péče. Zdravé dítě tím může psychicky trpět. V rodině, kde se nachází jedno postižené dítě a více zdravých dětí, se děti i rodiče snáze přizpůsobí zdravotnímu postižení dítěte. Roli však hraje i osobnost rodičů, jejich osobní zralost, jejich zkušenosti s jinými složitými událostmi v životě, jako například s úmrtím či chorobou v rodině či závažnými rodinnými problémy. Podstatnou úlohu sehrává i aktuální vývojová fáze rodiny. Rodina přechází z jedné vývojové fáze do jiné a u toho se mohou u některých členů rodiny vyskytnout adaptační potíže a přechodové krize (Chrastilová a Mrowetz, 2012).

Pokud dojde k onemocnění či ke vzniku postižení později, a dítě bylo po celou dobu přijímáno jako normální, mohou být reakce rodičů i laické veřejnosti poněkud odlišné. Později vzniklé postižení nefunguje jako devalvování rodičovské prestiže. Rodiče si ověřili jejich vlastní roli i normalitu jejich dítěte a jejich sebepojetí se pod vlivem později vzniklého postižení transformuje méně. Za takových okolností je rodičovská obrana spíše orientovaná na postižené dítě než na

jejich rodičovskou identitu. Později vzniklé zdravotní postižení bývá přijímáno spíše jako neštěstí, které postihlo normálního, zdravého jedince. I z pohledu postojů široké veřejnosti bývá získaný handicap přijatelnější než vrozená vada, je totiž srozumitelnější. To, že lidé mohou v průběhu života onemocnět či utrpět úraz, je známo (Vágnerová, 2004, s. 101–104).

Reakce na změny v životě rodiny záleží rovněž i na okolí rodiny s postiženým dítětem, na tom, jak toto postižení přijmou příbuzní, přátelé a známí, nýbrž i na množství sociální podpory. Pro každou společnost v každé době jsou typické jisté normy od norem tělesné krásy a schopností, podobně tak i ideál duševní výkonnosti. V současné době jsou takové normy a ideály mnohem přísnější než kdysi. Pokud se jim někdo vymyká, může vzbuzovat pocity méněcennosti. Takové pocity závisí zejména na tom, jak tyto normy akceptují vychovatelé dítěte a jak je dítěti předají. Další důležité činitele jsou vzdělání rodinných členů, jejich příjem, společenská prestiž, skladba rodiny, počet dětí v rodině, pořadí postiženého dítěte mezi sourozenci, přítomnost nebo nepřítomnost prarodičů a jejich soukromé kvality. K přijetí či nepřijetí dítěte pomáhá i to, jakou citovou hodnotu dítě u rodiče má, jestli bylo chtěné nebo nechtěné, jaké cíle a očekávání do něj rodiče vkládali či vkládají. Nejvýznamnějším úkolem společnosti je zformovat ideální podmínky pro postižené ze všech ohledů. Okolí musí rodičům a postiženým dětem dávat najevo přátelskou sympatii, ale ne soucit (Chrastilová a Mrowetz, 2012).

2.3 Možnosti pomoci a spolupráce rodinám s dětmi se zdravotním postižením

Při výchově a vzdělávání zdravotně postižených dětí, žáků a studentů je vždy nezbytná úzká spolupráce pedagogů a rodiny, ale i zdravotníků (lékaři, dětské sestry, rehabilitační pracovníci), nebo třeba specializovaných poradenských odborníků. Pokud si to žádá povaha zdravotního postižení, budují se pro děti a mládež se zdravotním postižením školy (eventuálně v rámci běžné školy některé třídy, oddělení

či studijní skupiny) s modifikovanými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, s několika vadami současně nebo žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální. Rodiče si mohou u školy zažádat o vypracování individuálního vzdělávacího plánu pro takové děti (Vališová a Kasíková a kol., 2007, s. 343–346).

Při vyrovnávání se s narozením postiženého dítěte by měl obecně pomoci jakýkoliv psycholog, klinický psycholog, psychiatr nebo psychoterapeut. Rodiče mohou využít i různé Linky důvěry, které zprostředkují kontakt na odborníka v místě jejich bydliště. Chrastilová a Mrowetz (2012) nabízí ještě další možnosti pomoci, a to:

- Raná péče – slouží hlavně jako terénní služba pro zdravotně postižené děti a jejich rodiče ve věku do 7 let, jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu.
- Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR, o. s. – jde o otevřené občanské sdružení s celostátní působností. Za pomoci svých klubů sdružuje všechny, kteří potřebují aktivní pomoc zdravotně postiženým dětem a jejich rodinám.
- Společnost pro podporu lidí s mentálním postižením v České republice, o. s.
- Sdružení lidí s mentálním a kombinovaným postižením, jejich rodin a dalších odborníků – poskytuje potřebným lidem z celé země základní i odborné sociální poradenství.
- Asociace pomáhající dětem s autismem (APLA ČR) – sdružuje a zastřešuje veřejně prospěšné organizace, které při práci s lidmi s poruchou autistického spektra používají postupy a metody respektované odbornou veřejností a ve své činnosti se zaměřují na používání hlavního (mainstreamového) terapeutického postupu a ne alternativních způsobů.
- Dobromysl – server s komplexními informacemi o otázkách zdravotního postižení – specificky různých typů mentálního postižení a autismu - a začleňování osob s tímto typem postižení do společnosti.
- Registr poskytovatelů sociálních služeb.

- Informační systém Brailnet – provozuje Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých (SONS).
- Federace rodičů a přátel sluchově postižených.
- Svaz tělesně postižených v České republice
- Alfabet – informační servis pro rodiče dětí se zdravotním postižením.
- Alfa Human Service – občanské sdružení pro pomoc pečujícím o děti se zdravotním postižením.
- Informační portál Helpnet – slouží pro osoby se specifickými potřebami, usnadňuje orientaci v problematice zdravotního postižení. Anotace s odkazy na tuzemské internetové zdroje jsou roztříděny podle základních skupin postižení – zrakové postižení, sluchové postižení, mentální postižení, tělesné postižení, vnitřní nemoci, duševní zdraví.

To samozřejmě nejsou všechny možnosti pomoci. V každém kraji či okrese lze nalézt různá sdružení, nadace či centra pomoci (např. Centrum pro zdravotně postižené Libereckého kraje o. s., Cesta životem bez bariér, o. s. Nadace EURONISA, Canisterapeutické centrum Zlín apod.), která nabízejí různé formy pomoci pro rodiče dětí s postižením (volnočasové aktivity pro rodiče s postiženými dětmi, setkávání rodičů postižených dětí, aby mohly sdílet své zkušenosti i trápení, canisterapie či jiné možnosti rehabilitací, půjčování pomůcek, terénní či pobytové sociální služby aj.).

Důležitou úlohu pak ve vztahu ke vzdělávání sehrávají školská poradenská zařízení jako speciálně pedagogická centra (SPC), pedagogicko-psychologické poradny (PPP), střediska výchovné péče, výchovní poradci aj. Taková zařízení či osoby poskytují poradenské služby žákům se zdravotním postižením, kteří jsou integrováni ve školách a školských zařízeních, nebo i žákům se zdravotním postižením ve školách, třídách, odděleních či studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Michalík (2012, s. 167) se vyjadřuje i k situaci využití speciálně pedagogického centra (SPC). Pro dítě se zdravotním postižením je totiž ve

vzdělávání podpora SCP důležitá, a to jak formálně (SPC je ze zákona povinno vyjadřovat se k desítkám vzdělávacích situací), tak z praktického hlediska. Zaměstnanci SPC mohou v případě řádného plnění svých pracovních úkolů podstatně usnadnit rodičům jejich rozhodování a odpovědnost. Ve vztahu SPC a rodičů (dětí) platí, že děti a rodiče představují klienty (přesněji rodiče jsou zákonnými zástupci klientů). Tomu by měl odpovídat i charakter a obsah vzájemných vztahů. Množství SPC v České republice je však bohužel pořád nedostatečné. Občas, především u lehčích forem zdravotního postižení, lze využít i služeb pedagogicko-psychologických poraden, které se nacházejí obvykle v každém bývalém okresním městě a jejich služby jsou přístupnější. Jestliže má ale dítě opravdu zdravotní postižení, bývá SPC kompetentnější.

V SPC pracují hlavně pracovníci na třech „základních“ pozicích. Jde o speciálního pedagoga, psychologa a sociálního pracovníka. Podle typu a stupně zdravotního postižení dítěte konkrétních center mohou být takové týmy doplňovány dalšími odbornými pracovníky. Typicky může jít o využití služeb specializovaných lékařů, rehabilitačních sester, psychoterapeutickou podporu apod. Všichni odborní pracovníci SPC musí být znalí problematiky konkrétního zdravotního postižení, na které se dané SPC zaměřuje (Michalík, 2012, s. 145–146).

Pro rodiče je mimo to podstatné, aby měli i osobní zkušenosti a praxi nabytou při práci s dětmi, žáky a studenty rovnou ve školách, ve volnočasových aktivitách, eventuálně v občanských sdruženích. Pochopitelně je možné v SPC narazit na velmi kvalitní pracovníky, tak i pracovníky, kteří jsou v určitých oblastech dlouhou „službou“ již za vrcholem odborných dovedností a komunikační způsobilosti. Evidentně, jako ve všech oborech, i zde se setkají rodiče s lidmi, kteří začínají, bez potřebných zkušeností. Existují tedy SPC na hodně vysoké odborné (a obvykle i lidské a komunikační) úrovni, SPC průměrná a SPC zřetelně špatná. Důvodem je to, že u nás není žádný závazný „standard kvality“ služeb, nemáme ani proces „registrace“ po splnění adekvátních kritérií a skoro chybí jakákoliv systematická kontrola jak činnosti, tak i výstupů činnosti konkrétních SPC. V současném systému tak, jak je legislativou, organizační uspořádání nastaveno, záleží maximálně na odborné a lidské úrovni vedoucích pracovníků SPC a na tom, jak jsou schopni své spolupracovníky motivovat a vést (Michalík, 2012, s. 145–146).

3 Teorie komunikace a její specifika u rodin s dítětem se zdravotním postižením

Na začátku této kapitoly je zapotřebí si vymezit komunikaci vůbec. Např. Mikuláščík (2010, s. 19–20) uvádí, že pojem komunikace má velmi široké použití a definicí by bylo možné uvést hned několik. Některé kladou důraz spíše na aspekty obsahové, jiné na obsahy formální, některé kladou důraz na stránku prožitkovou, jiné na logickou. Nejdůležitější charakteristiky lze shrnout do těchto hlavních bodů:

- Komunikace představuje nezbytnost pro efektivní sebevyjadřování.
- Komunikace představuje přenos a výměnu informací v mluvené, psané, obrazové či činnostní formě, která se uskutečňuje mezi lidmi, což se projeví konkrétním účinkem.
- Komunikace představuje výměnu významů mezi lidmi použitím obvyklého systému symbolů.
- Komunikace představuje prostředek pro vytváření a ovlivňování vztahů.

Výrost (2008, s. 128) pak ještě dokládá, že podle charakteru prostředků a způsobu můžeme komunikaci rozdělovat na verbální a neverbální. Při verbální komunikaci se využívá verbálních prostředků, konkrétně slovních obrátů vyřčených nebo psaných a dalších odvozených znakových soustav, jako například jazyky vědecké nebo umělecké. U neverbální komunikace se používá mimoslovních prostředků, jako např. pohledy, gesta, doteky, prostorové umístění, posunky, výrazy obličeje, neverbální aspekty řeči. Neverbální komunikace je velmi důležitá a zvláště u zdravotně postižených může sehrávat velmi významnou roli (např. u postižení sluchu, ale i dětí s mentálním postižením).

Komunikace naplňuje mnoho různých úloh a funkcí, které se mohou uplatňovat samozřejmě i v komunikaci rodičů zdravotně postižených dětí se školskými pracovníky. Zmínit lze zejména tyto (Mikuláščík, 2010, s. 21–22):

- *Funkce informativní* – pro přenos informací, faktů a sdělení mezi lidmi (rodiči a školou).

- *Funkce instruktivní* – předávání informací včetně vysvětlení obsahu, popisu, postupu, instrukce, jak něco provádět, vytvářet aj.
- *Funkce přesvědčování* – působení na někoho jiného se záměrem jej přesvědčit ke změně názoru, pohledu, hodnocení něčeho, včetně emocionálního působení nebo manipulaci.
- *Funkce posilovací a motivující* – posilování určitých pocitů sebevědomí, vlastní potřeby, důležitosti.
- *Funkce zábavná* – smyslem je rozveselit, rozesmát, podněcovat pocity pohody aj. Také může být součástí komunikace školy s rodiči.
- *Funkce vzdělávací a výchovná* – naplňována především ve školských či vzdělávacích zařízeních za pomoci funkce instruktivní, informativní.
- *Funkce socializační a společensky integrující* – budování vztahů mezi lidmi, sbližování, navazování nových vztahů. Vyplývá ze společenské úrovně, každá společenská vrstva používá specifické způsoby komunikace.
- *Funkce osobní identity* – slouží k zodpovězení některých základních otázek.
- *Funkce svěřovací* – pomáhá odbourat vnitřní vypětí, sdělování soukromých informací, většinou s očekáváním podpory a pomoci.
- *Funkce úniková* – v situacích, kdy je např. rodič ztrápený, unavený a komunikace má sehrát úlohu prostředku útěku od nějakých potíží aj.

Při jakékoliv komunikaci, tedy i komunikaci s rodiči dítěte se zdravotním postižením lze uplatnit obecné zásady efektivní komunikace. Ty se však mohou pochopitelně v různých situacích značně lišit. Pro úspěch a efektivnost jakékoliv komunikace je nezbytné mít schopnosti kritického myšlení o komunikačních situacích, do nichž se daný jedinec dostal a o možnostech, které v danou chvíli má. V komunikaci sehrává důležitou roli i etika, protože mnohdy se může jevit snadnější zalhat nebo neříct (rodičům) pravdu, i když všichni vědí, že by to nebylo etické. Komunikace je také prostředkem způsoblost a moci, protože moc slouží jako prostředek všech procesů efektivní komunikace. Může pomáhat ovládat chování druhých. Také je třeba neopomenout fakt, že komunikace je dvoustranný proces.

Efektivní schopnost komunikace se neobejde bez schopnosti naslouchat.⁴ To jsou zásady, které se uplatní i v situacích, které doprovází komunikaci rodičů a školy.

Při komunikaci s rodiči zdravotně postižených dětí musí at' už pracovníci školy nebo např. SPC dbát několika základních požadavků, které uvádí Plewová a Slowik (2010, s. 57–58):

- *Napomáhat tomu, aby rodiče zdravotní postižení jejich dítěte přijali tuto skutečnost* – Pokud se mají rodiče vyrovnat s faktem závažného onemocnění jejich dítěte, je nezbytné, aby měli plnou možnost tento fakt rozpoznat. Z toho důvodu je důležité rodičům objasnit příčiny a mechanismus postižení a vysvětlení adekvátně modifikovat vnímavosti a vzdělání rodičů. Je vhodné uplatňovat zásadu, že rodiče by měli vědět o svém dítěti více než všichni ostatní příbuzní, kteří budou poskytovat své rady.
- *Získávat spolupráci širší rodiny* – postoje širší rodiny mohou podstatným způsobem ovlivňovat celou atmosféru, kvalitu péče a prožívání postižení. Mohou velmi významně pomoci s uklidněním a pozitivním vyrovnáním se rodičů se skutečností zdravotního postižení u jejich dítěte. Ovšem také mohou provokovat a posilovat neúčinné postoje rodičů (např. hledání viny a viníka).
- *Postupovat účelně* – při starosti o zdravotně postižení dítě představují čas, energie, odhodlání a dobrá vůle vzácné hodnoty. Není vhodné tedy plýtvat těmito hodnotami i v těch ohledech, kde se nenachází naděje na úspěch, ale zaměřovat se na to, kde existuje největší reálná šance dítěti pomoci.
- *Zabezpečit šťastné dětství* – není možné všem dětem zabezpečit plné zdraví, ale je možné mu pomoci ke šťastnému dětství. Všichni, kteří se starají o dítě se zdravotním postižením, musí být obětaví, ale nesmí se obětovat, tím by dítěti nijak nepomohli. Dítě potřebuje rodiče zdravé, spokojené, odolné a šťastné. Je zřejmé, že toto se může zdát někdy téměř nereálné a velmi obtížné, ale je to nezbytné.

⁴DEVITO, J. A. 2008. Základy mezilidské komunikace.

- *Hrdinství* – je vhodné dát rodičům zdravotně postiženého dítěte najevo, že hodnota jejich výchovné a pečovatelské péče je velká. Existují různé druhy hrdinství – nejen vydávat se v nebezpečí nebo něco mimořádného udělat, ale i něco velmi náročného vydržet, zvládnout, překonat překážky, obstát ve speciálním úkolu.

3.1 Komunikace rodičů s pracovníky školy

Vztahy mezi školou, jejími pracovníky a rodiči dětí upravují v mnoha ohledech konkrétní právní předpisy. Školská legislativa je více či méně jednotná a svým způsobem nestranná. Ovšem pouze znalost práv a povinností, které z legislativy plynou, sama o sobě nikdy nestačí, což platí jak pro školy, tak pro rodiče. Michalík (2012, s. 173) uvádí, že to, co dává „obsah“ právním vztahům a dělá z nich vztahy jedinečné a osobní, zastupuje lidská rovina komunikace mezi jejich účastníky. Je velmi podstatné, aby rodiče (ale i děti se zdravotním postižením) mohli se školou otevřeně komunikovat. Sdělovat svoje představy a požadavky, očekávání a možnosti. Stejně tak musí zvládat komunikaci s rodiči i škola a její zaměstnanci.

Pešová a Šamalík (2006, s. 40) upozorňují, že rodiče potřebují čas ke zpracování reality a mnohdy až při konzultacích s odborníky připouštějí, že jejich dítě skutečně má nějaké zdravotní postižení, na které zřejmě neexistuje žádný lék. Chápající přístup pedagoga v tomto případě musí být samozřejmostí a nezbytností. Pedagog tak musí být současně i z části psychoterapeut. V první řadě by měl tedy pedagog při konverzaci s rodičem zjistit, v jaké fázi přijetí zdravotního postižení se rodič nachází a podle toho k němu přistupovat. Pokud by tak neučinil, lze předpokládat, že by to u rodiče vyvolalo obranné reakce, které by znemožnili další potenciál komunikace s rodičem. Pohovory s rodiči by měli zahrnovat jak pravdivé informace, tak i určitý pozitivní program. Důležité je zaměřit se na možnosti, které dítě má a ne řešit jen to, co dítě nemůže nebo nesmí.

Opakované a srozumitelné informace představují pro zdravotně postižené dítě i jeho rodiče základní potřebu. Čím lépe se rodiče v situaci orientují a rozumí jí, tím lépe se na ni mohou přichystat a potom ji i řešit. Při komunikaci s rodinou je zapotřebí pořád myslet na to, že se jedná o laiky. V průběhu komunikace s rodičem je třeba stále zjišťovat, jestli rodiče vyřčenému rozumí a nabízet doplňující vysvětlení. Mnoho rodičů potřebuje o problematice hovořit opakovaně, chtějí mít šanci se k němu opět vrátit, ubezpečit se, že všechno správně pochopili. Nedoporučuje se v komunikaci s rodiči používat příliš mnoho odborných termínů. Pokud se však hovoří o konkrétním zdravotním postižení, specifických přístupu k takovému dítěti, práce s takto postiženým dítětem, je třeba používat správné výrazy. Rodiče budou často objasňovat druhým, jaké postižení jejich dítě má a co to obnáší, a musí je umět správně popisovat. V současnosti si také rodiče často hledají informace sami (na internetu, u jiných odborníků, zahraniční zdroje), proto musí mít přesné informace. Hodí se rodičům poskytnout některé základní informace v písemné podobě, nejčastěji prostřednictvím brožury. Díky písemným materiálům si také mohou lépe připravit otázky pro pracovníky center, škol aj. (brožura ale nesmí komunikaci úplně nahradit, jen ji zkvalitnit) (Plewová a Slowik, 2010, s. 57–58).

Michalík (2012, s. 174–176) nejprve zmiňuje pravidla komunikace s rodičem před přijetím dítěte do školy, ať už jde o komunikaci před přijetím dítěte k povinné školní docházce, nebo při přechodu na jinou školu. V takových případech je právě u dětí se zdravotním postižením lepší dodržet některá pravidla či zkušenosti:

- Rodiče by měli mít zájem, o jakou školu jde, na co se škola zaměřuje, jaké jsou její zkušenosti s prací s žákem se zdravotním postižením. Rodičům by měly být podány informace jak z oficiálních zdrojů, tj. webové stránky školy, zprávy o jejich aktivitách aj., ale také z neformálních zdrojů. Jestli existuje možnost, je vhodné zjistit názor rodičů, jejichž děti už konkrétní školu navštěvují.
- Důležitým pomocníkem a rádcem rodičů by měl být pracovník či pracovnice školského poradenského zařízení, nejběžněji speciálně-pedagogického centra. Zmíněný pracovník by měl vědět o škole, do které bude jeho „svěřenec“ docházet, vše důležité. Vždy se tak však neděje, proto by se rodiče měli přímo zeptat pracovníka poradenského zařízení na jeho zkušenosti.

- Pokud rodiče zaznamenají nějaké nejasnosti, měli by se obrátit buď na výchovného poradce školy, ideálně však rovnou na ředitele. Vždy by k tomu mělo dojít ve chvíli, když nabydou pocit, že vzdělávání jejich dítěte se bude žádat výraznější úpravu vzdělávacích podmínek.
- Když je komunikace od počátku nějak problematická, rodiče mají potíže v komunikaci se školou (škola nechce komunikovat, nereaguje na podněty) apod., mohou rodiče využít zprostředkování zmiňovanými poradenskými zařízeními. Rodičům se budou některé „požadavky“ snáze vyslovovat při přítomnosti odborného pracovníka poradenského zařízení. Jistá doporučení plynoucí z identifikovaných speciálních vzdělávacích potřeb, může takový pracovník škole vhodněji prezentovat a formulovat.
- V komunikaci školy a rodičů neexistuje prostor pro ultimáta, výhružky, kategorické požadavky apod. Výjimkou je zajisté oprávněné očekávání rodičů, že škola naplní a má zájem naplnit speciální vzdělávací potřeby dítěte tak, jak je určeno zákonem.
- Určité podmínky pro vzdělávání dětí s postižením může (a musí) škola změnit, některé, i kdyby chtěla, nemůže. K prvním zmíněným náleží hlavně zhotovení a dodržování individuálního vzdělávacího plánu. Na rozdíl od toho však škola často nemůže ihned zabezpečit naprostou bezbariérovost (zejména u dříve postavených škol, moderní školní budovy už mají podmínky obvykle příznivější).
- V komunikaci by mělo být uplatňováno, že rodiče představují ty, kterým má škola detailně objasnit všechny své možnosti a to, co učiní pro nejlepší možné vzdělávání dětí. Rodiče nejsou odborníci na vzdělávání, na druhou stranu ale znají potřeby a možnosti svého dítěte nejlépe.

Co se pak týče komunikace rodičů a dětí v průběhu školní docházky, tak platí jakési zlaté pravidlo komunikace, podobné jako úsloví „co můžeš udělat dnes, neodkládej na zítřek“. Praxe potvrzuje, že odkládání řešení problémů a skrývání nedostatků může do budoucna přinést více a více problémů. Jak rodiče, tak škola by se měly co nejdříve informovat, sledují-li nějaké potíže či nedostatky k řešení. Nejdůležitějším aktérem jednajícím za školu s rodiči je učitelka nebo učitel jejich

dítěte. Na prvním stupni to bývá v 98 % případů učitelka. Ta je nejvýznamnějším „činitelem“ majícím vliv na spokojenost dítěte ve škole. Nalezení pravidel vzájemné komunikace a nastolení přirozené (co možná nejširší) důvěry mezi ní a rodiči je hlavní. Když si to situace žádá, je lepší nečekat se setkáním obou stran až na tzv. rodičovské schůzky, ale dojednat si pravidelné schůzky. Ze začátku například jednou za týden nebo jednou za 14 dní. Následně bude stačit i 1× za měsíc nebo i méně často (Michalík (2012, s. 176).

Pešová a Šamalík (2006, s. 40) například doporučují, aby při komunikaci s rodiči dětí byli rodiče pohromadě a byla jim udělována možnost vzájemného poznávání se a setkávání. Lidé při takových setkáních mohou vzájemně překonávat ostych, překonávat pocit, že si osud vybral zrovna je, z čehož často zažívají pocity beznaděje a izolace. Rodiče si tak mohou vzájemně pomáhat vyrovnávat se s pocity viny a úzkostí. I pro pedagogy to může být přínosné, protože tak rozšiřují své vlastní zkušenosti a praxi. Jen tam, kde pedagogové chápou, co rodiče vytrpěli, a kde oceňují, co všechno se mohou o dětech a jejich potenciálu dozvědět od jejich rodičů, je možná plodná spolupráce mezi pedagogy a rodiči postižených dětí.

Škola se pak může nejčastěji v komunikaci s rodiči dopouštět těchto chyb (Michalík (2012, s. 177):

- Škola nebere rodiče jako partnery. Podceňuje jejich vědomosti a zájem. Může docházet k despektu vůči maminkám dětí se zdravotním postižením (bývají agresivní, stále něco požadují, věčně nejsou s něčím spokojené atd.).
- Škola si neuvědomuje hlavní povinnosti, které má. Když si s něčím neví rady, zkouší to přesunovat na rodiče, a to i záležitosti jednoznačně patřící pod její kompetence (asistent pedagoga, tzv. domácí příprava apod.).
- Škola může s rodiči jednat „výběrově“, podle jejich domnělého nebo reálného společenského statusu. S rodiči, kteří se zdají být ze sociokulturně slabšího prostředí, jedná školy autoritativně či direktivně. V případě zdánlivého sociokulturně silnějšího a pevnějšího postavení, komunikuje škola o poznání lépe. Nejde ale jen o komunikaci jako takovou, týká se to plnění povinností školy.

- Učitelky a učitelé mohou mít tendence „generalizovat“ a zevšeobecňovat. Hlavně ti, kteří už pracují ve školství delší dobu, mívají „zaručené předpovědi a doporučení“ ve stylu „už s tím mám zkušenost, je to vždycky stejné, přece jsem vám to říkala...“ aj.
- Škola a pedagogové mají málo vědomostí o reálných podmínkách života rodiny pečující o dítě se zdravotním postižením. Vynášejí tudíž soudy a názory, které jsou zcela mylné od životní reality dítěte a rodiny.
- Škola nedoceňuje opravdovou „nerovnoprávnost“ rodičů a dítěte. Ačkoliv mají rodiče formálně a podle legislativy mnoho práv, ve strachu o „osud dítěte“ ve škole se mnohdy cítí jako slabší účastník vztahu, díky tomu některé podstatné informace a údaje školy „zatajují“.

Rodiče se pak mohou nejčastěji v komunikaci se školou dopouštět těchto chyb (Michalík (2012, s. 178):

- Někteří rodiče se školou z různých příčin nekomunikují vůbec nebo pouze omezeně. Někdy je to díky nedůvěře a obavám (rodiče si nevěří...). Pak může být příčinou určitá lhostejnost a nezájem plynoucí z pocitu „je to jejich starost, já jsem dítě do školy dal“.
- Někdy mají rodiče strach z otevřené komunikace díky „nerovnoprávným“ postavením rodičů a dítěte ve škole. Dítě pak funguje jako „rukojmí“ tohoto vztahu. Rodiče mají strach, že jejich dítěti bude „ubližováno“, když otevřeně pojmenují nedostatky. Toto je znak narušené komunikace, a to jak ze strany školy, tak i rodičů. Ti se pořádně neseznámili s podmínkami školy, a to jak s právními (povinnostmi), tak skutečnými (reálné možnosti a dovednosti) činnostmi školy.
- Rodiče někdy prezentují svá očekávání nadměrně autoritativně, mohou mít sklony vidět i dílčí problémy ve velmi nepříznivém světle. Někdy se může projevit sklon „přespříliš“ stranit vlastnímu dítěti.

Rodiče zdravotně postiženého dítěte a škola, do které dítě dochází, by se měly snažit vzájemnou komunikaci rozvíjet tak, aby splňovala tyto podmínky (Michalík, 2012, s. 178):

- Navzájem spolu oba komunikují otevřeně, bez předsudků, umí si vytvořit vztah vzájemné důvěry.
- Navzájem si pravidelně předávají veškeré informace nezbytné pro vzdělávání dítěte se zdravotním postižením.
- Pravidelně dle potřeby se setkávají na schůzkách či konzultacích mezi všemi členy „vzdělávacího týmu“, tj. nejen mezi pedagogem a žákem, ale i rodiči, asistentem pedagoga, eventuálně pracovníkem poradenského zařízení, ředitelem školy aj.
- Při jakýchkoliv potížích mají připraven způsob řešení konfliktů, mají vědomosti o tom, na koho se v těchto situacích obrátit. Jejich kolektivním zájmem je konflikty řešit a eliminovat, ne podporovat a rozšiřovat.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Specifika komunikace s rodinou žáků s mentálním postižením

Náplní této kapitoly bude prezentovat praktické zkušenosti rodičů a pedagogů speciální základní školy ohledně otázky vzájemné komunikace.

4.1 Představení sledovaného zařízení

Ačkoliv se část výzkumu bude zabývat obecně zkušenostmi rodičů s komunikací v rámci různých jimi navštívených odborných zařízení, v části výzkumu bude sledována jejich zkušenost s komunikací v rámci konkrétního vzdělávacího zařízení zaměřeného specificky na vzdělávání žáků s mentálním postižením a autismem. Proto je na tomto místě vhodné si toto dané zařízení představit. Dotazování budou výhradně rodiče dětí docházejících do tohoto zařízení.

Tímto zařízením je Odborné učiliště a Základní škola Sluneční, Hostinné, Mládežnická 329. V rámci této školy se sdružují 2 typy škol:

- Základní škola praktická.
- Základní škola speciální.

Do speciální třídy jsou přijímány děti s autismem.

Pro tuto práci je důležitý druhý typ školy, tedy škola speciální. *„Cílem základní školy speciální je poskytovat žákům, kteří pro svůj zdravotní handicap nevládají osnovy základní školy praktické takové prostředí a klima, ve kterém se úspěšně uplatní a získají vzdělání poskytované základní školou speciální. Tým pedagogů, asistentů pedagoga a osobních asistentů se snaží rozvíjet psychické a*

fyzické schopnosti a předpoklady žáků s těžším mentálním postižením, vybavovat je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili do společenského života“ (ZŠ Sluneční, online).

Ve třídě je vyučováno vždy maximálně 6 dětí. V každé školní třídě působí učitel a asistent pedagoga-osobní asistent. Při výchově a vzdělávání jsou využívány speciální metody práce, za využití speciálních i rehabilitačních, relaxačních pomůcek, speciální aktivity. Pokud je to potřeba, jsou vytvářeny Plány osobního rozvoje a Individuálně vzdělávací plány. Výchova a vzdělávání probíhají za spolupráce s odborníky: klinickými psychology, speciálně pedagogickými centry, pedagogicko-psychologickými poradnami, psychiatry, logopedy, neurology, specialisty na autismus. Ve škole je přítomen výchovný poradce i školní metodik prevence. Žáci a jejich rodiče mohou využívat těchto speciálních aktivit (ZŠ Sluneční, online):

- logopedie,
- arteterapie,
- ergoterapie,
- projektové dny,
- bazální stimulace,
- rehabilitace,
- canisterapie,
- plavání.

Dále pak mohou žáci využívat doplňkových služeb (ZŠ Sluneční, online):

- školní družinu,
- školní stravování,
- zájmovou činnost,
- dobrou dopravní dostupnost,
- svoz dětí.

V případě autistické třídy jsou žáci vzděláváni podle školou zpracovaných vzdělávacích programů. Třída se naplňuje do počtu 6 žáků. O žáky se starají 2 – 3 pedagogičtí pracovníci, včetně asistenta pedagoga a osobního asistenta.

4.2 Cíl průzkumu, hypotézy a výzkumné otázky

Cílem průzkumu je identifikovat vnímání komunikace rodičů dětí s mentálním postižením s odborníky, zejména pak se zaměřením na pedagogy speciální základní školy oběma těmito komunikačními partnery a identifikovat tak možné slabiny této vzájemné interakce a komunikace a doporučit případně možná doporučení pro zlepšení možnosti komunikace pedagogů s rodiči mentálně postižených dětí.

V rámci tohoto cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

Hypotéza 1: Více než polovina rodičů hodnotí komunikaci a přístup odborníků v rámci řešení diagnózy jejich dítěte a návštěv specifických zařízení před započítáním povinné školní docházky jako velmi dobrou nebo celkem dobrou.

Hypotéza 2: Více než polovina rodičů hodnotí přístup a komunikaci školy i jednotlivých pedagogů kladně.

Hypotéza 3: Více než polovina rodičů hodnotí pedagogy jako empatické a přístupující k nim s individuálním přístupem.

V rámci připravených rozhovorů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Vnímají pedagogové mezi sebou a rodiči nějaké komunikační bariéry?
2. Jakým způsobem pedagogové komunikují s rodiči dětí s mentálním postižením a jaké má specifika?
3. Probíhá komunikace rodičů mentálně postižených dětí a pedagogů na základě vzájemné důvěry?

4.3 Metodika

V rámci provedení průzkumu k této práci byla zvolena kombinace dvou výzkumných přístupů, a to kvantitativního a kvalitativního. V případě kvantitativního přístupu se bude jednat o písemné dotazování, v případě kvalitativního přístupu se bude jednat o metodu polostandardizovaného rozhovoru. Dvě výzkumné metody byly zvoleny z toho důvodu, že se v tomto případě jeví důležité porovnat jak názory samotných rodičů dětí s mentálním postižením a jejich názorů na komunikaci ze strany pedagogů, tak i názory samotných pedagogů či pedagogických asistentů z jejich pohledu. Pedagogové by mohli pomoci objasnit situaci ze svého odborného hlediska a také komentovat případné problémy, které není v jejich moci řešit či napravovat (legislativní předpisy apod.). Pro rodiče bude tedy připraven dotazník, protože rodičů je větší počet a jejich názory a zkušenosti mohou být odlišné a s pedagogy bude realizován rozhovor (pedagogů je méně a přicházejí do kontaktu s vícero rodiči).

Pro popis zvolených výzkumných metod lze využít např. vymezení Chrásky (2007, s. 163), který uvádí, že dotazníkové šetření je v pedagogickém výzkumu značně oblíbené. Samotný dotazník definuje autor jako soubor předem nachystaných a pečlivě vytvořených otázek. Ty jsou v dotazníku řazeny za sebou podle témat výzkumu a respondent na ně odpovídá písemně. Dotazník může být vytvořen ve třech variantách a provedeních. Jako první lze zmínit volný dotazník, který respondentům nabídne pouze jakési téma a prázdný papír, na který se má dotazovaný volně rozepsat. Druhou formou dotazníku je dotazník polostrukturovaný. Ten vypadá tak, že na papíru je připraven komplex otázek, na které může respondent odpovídat v pořadí, které si sám zvolí. Nejběžnější forma, a v této práci také použitá, je pak dotazník strukturovaný. Vypadá nejčastěji jako jakýsi formulář, na němž jsou vytištěny otázky v konkrétním pořadí a respondent na ně následně odpovídá (Reichel, 2009, s. 119).

Pro tuto práci byl vytvořen dotazník strukturovaný. V rámci takového dotazníku mohou být pro dotazované rodiče nachystány otázky uzavřené (s předem připravenými variantami odpovědí), polouzavřené a volné (Reichel, 2009, s. 119–

120). Zvoleny byly otázky uzavřené a polouzavřené. Konkrétně bude v dotazníku pro rodiče mentálně postižených dětí navštěvující dané školní zařízení přichystáno 20 otázek, z nichž první otázka bude sloužit pouze k identifikaci pohlaví respondentů a dalších 19 otázek už se bude zaměřovat na zkušenosti rodičů s komunikací s odborníky v rámci postižení jejich dítěte a větší část dotazníku se pak zaměří výhradně na komunikaci s pracovníky školního zařízení.

Využití dotazníku ve výzkumu poskytuje velké výhody, k nimž patří zejména to, že jak již bylo uvedeno, je možné získat informace od mnohem většího množství informantů, a to v neporovnatelně kratším čase a levněji, než např. u rozhovorů. Problémem však někdy může být to, že při písemném dotazování nemusí být zjištěny některé významné okolnosti (nálada respondentů, rušivé vlivy aj.). Při tvorbě dotazníku je pak velmi důležité dbát na optimální organizaci distribuce dotazníků, jelikož špatná organizace distribuce může znamenat návratnost např. jenom kolem 5 %, což je hodně špatné. Vypisování dotazníků rovněž nemusí některé respondenty bavit, nemusí chtít odpovídat na některé citlivější otázky apod. Také existuje riziko, že respondenti nebudou odpovídat pravdivě, nebo nemusí pochopit znění otázky a už se nemohou výzkumníka doptat na detaily a vysvětlení apod. (Reichel, 2009, s. 120–121).

Průběh dotazování bude takový, že dotazníky pro rodiče budou příslušní pedagogové rozdávat během svých hodin dětem s tím, aby je předali svým rodičům a následně je vysbírali od nich zpět a předali opět svým učitelům. Pedagogové budou po předchozí domluvě s výzkumníkem následně tyto dotazníky vybírat a shromažďovat a až se jim vrátí všechny dotazníky vyplněné, kontaktují výzkumníka, který si je přijde osobně vyzvednout. Dotazování by mělo proběhnout podle předem připraveného plánu během zhruba třech týdnů, aby bylo možné získat informace i od těch rodičů, jejichž děti budou třeba nemocné nebo budou z jiných důvodů chybět ve škole apod. Na následné zpracování výsledků dotazníků a jejich vyhodnocení bude určena časová dotace dvou týdnů. Výsledky budou v tomto čase zpracovávány a zaznamenávány do přehledných tabulek v programu MS Excel. Z tabulek budou vypočítány procentuální podíly u jednotlivých odpovědí a vytvořeny koláčové grafy.

Druhým výzkumným nástrojem tedy bude rozhovor. Rozhovory budou uskutečněny s pracovníky školy, kteří jsou v denním kontaktu s dětmi a také přicházejí do kontaktu s jejich rodiči (tedy nejčastěji třídní učitelé dětí). Rozhovor představuje v podstatě jakousi obdobu dotazníku, protože se jedná opět o kladení otázek, respondenti ale své odpovědi nezapisují na papír a nemusí si vybírat z předem přichystaných variant odpovědí, naopak otázky jsou volné. I rozhovor je možné připravit ve třech variantách (strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný).

Pro tuto práci byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, který Reichel (2009, s. 111) definuje jako rozhovor s dopředu přichystaným souborem otázek, na které však nemusí odpovídat podle pořadí, ale měl by odpovědět na všechny, případně může výzkumník pokládat doplňující otázky. Nevýhodou při rozhovorech je, že bývají časově náročnější (někdy i finančně), proto bylo rozhovorů realizovaných méně. Ovšem při osobním rozhovoru lze lépe postihnout celkovou náladu respondenta, rušivé vlivy nebo právě respondentovi vysvětlit znění otázky, pokud ji nepochopí aj. Také je možné se doptat na některé záležitosti, které se zdají zajímavé nebo důležité. Nevýhodou na druhé straně při rozhovorech může být to, že výzkumník může svou náladou či sugestivními otázkami ovlivnit odpovědi respondenta. Při vyhodnocování výsledků dotazníků je pak poněkud komplikovanější činit jakékoliv zobecňování takto zjištěných výsledků.

Rozhovory z výše uvedených příčin tak byly zvoleny spíše jako doplňující výzkum. Budou sloužit jako jakási reflexe či doplnění odpovědí od rodičů dětí. Rozhovory budou svými otázkami navazovat na otázky dotazníků tak, aby byly možné některé odpovědi konfrontovat s tím, co řekli rodiče. V rozhovoru bude pro pedagogy připraveno pouze 6 otázek. Pro identifikaci respondentů navíc budou tito dotázáni ohledně svého pracovního zařazení, délky jejich praxe a pohlaví. Respondenti budou o účast na výzkumu požádáni na základě osobního rozhovoru s výzkumníkem. Pokud budou mít zájem se zúčastnit rozhovoru, bude s nimi domluveno datum konkrétní schůzky tak, aby mohly rozhovory proběhnout v klidném prostředí, bez časového stresu.

Před započítím rozhovoru (ale i vyplňováním dotazníku) bude každý respondent seznámen s cílem výzkumu a bude ubezpečen o anonymitě výzkumu (i u dotazníkových šetření). Poslední otázka během rozhovoru bude sloužit k vyjádření se k tématu nad rámec položených otázek. Průběh rozhovoru bude zaznamenán na záznamové zařízení (respondenti budou požádáni o odsouhlasení) a pak doslovně přepsán. Jak respondentům v rámci rozhovorů, tak i rodičům dotazovaných v rámci dotazníku bude na konci vysloveno upřímné poděkování.

4.3.1 Respondenti průzkumu

Jak již bylo naznačeno, respondenty výzkumu budou rodiče dětí s mentálním postižením docházející do konkrétní speciální základní školy. Ti budou vybíráni na základě jejich zájmu o účast na výzkumu a také na základě toho, jaké má jejich dítě zdravotní postižení (mentální postižení, autismus).

Pedagogové účastníci se rozhovorů budou vybíráni na základě jejich zájmu o účast na průzkumu a také na základě délky jejich praxe a fungování ve stávajícím zařízení na pozici pedagoga, neboť je třeba získat informace a zkušenosti od učitelů, kteří již s rodiči měli možnost komunikovat vícekrát a jsou schopni postihnout nějaké jejich typické problémy či zkušenosti.

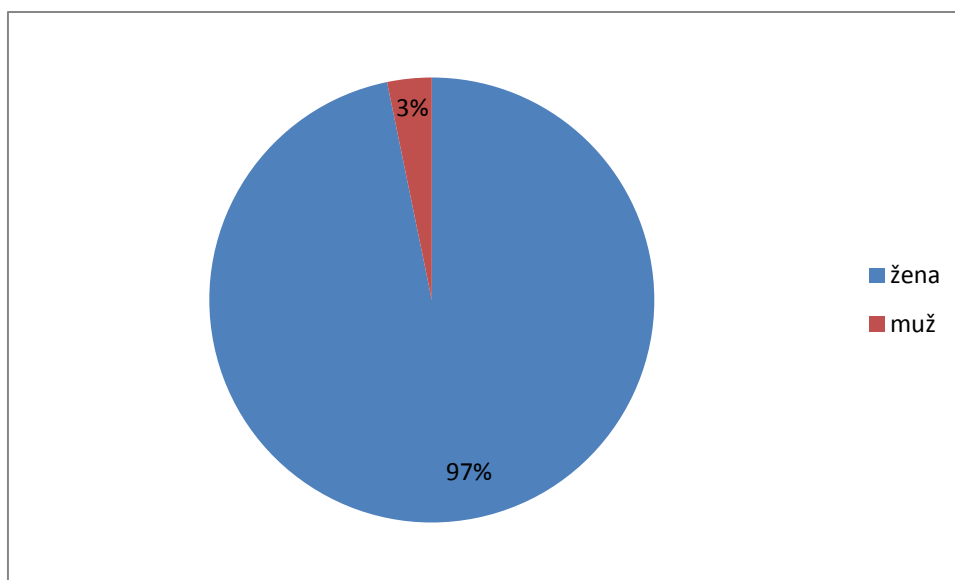
4.4 Vyhodnocení výsledků průzkumů

V rámci této kapitoly budou interpretovány a vyhodnoceny výsledky dotazníkového šetření i rozhovorů s pedagogy.

4.4.1 Vyhodnocení dotazníků pro rodiče

Z celkem 33 rozdaných dotazníků se jich zhruba po dvou týdnech vrátilo celkem 31, návratnost tedy byla 94 %, což je velmi dobrý výsledek, speciálně v případě, kdy se nejednalo o osobní dotazování. Dotazníku z obecného pohledu je poměrně málo, ale tento počet by měl adekvátně odrážet skutečný vzorek rodičů, neboť speciální škola je menší, než škola klasická a ve třídách se vyučuje mnohem méně dětí.

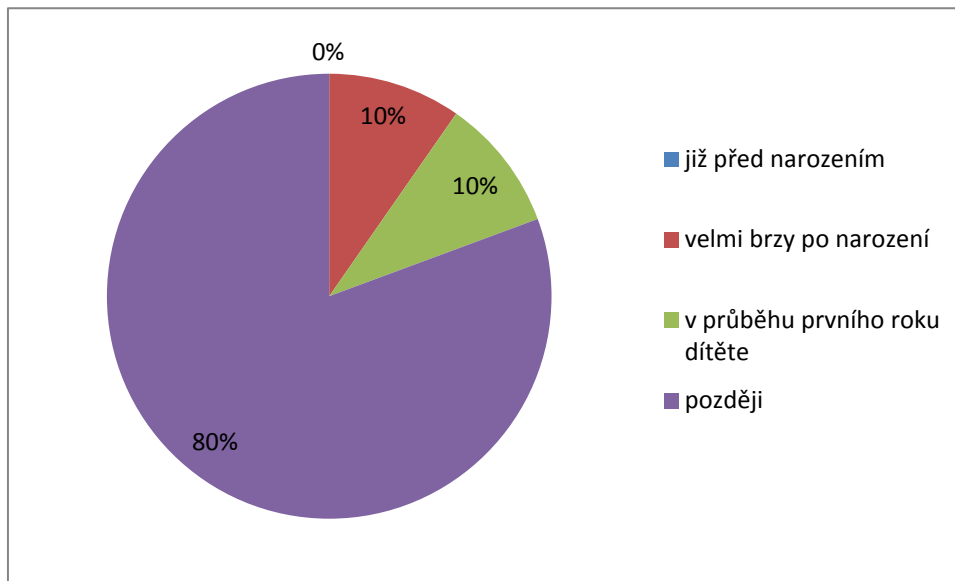
Jste:



Graf 1 Pohlaví respondentů.

Z hlediska poměru pohlaví převládaly mezi dotázanými rodiči ve velkém ženy. Ty tvořily celkem 97 % respondentů a pouze 3 % respondentů tvořili muži (pouze jeden otec). Výsledky byly očekávané, neboť jsou to většinou matky, které docházejí na třídní schůzky a častěji i komunikují se školou.

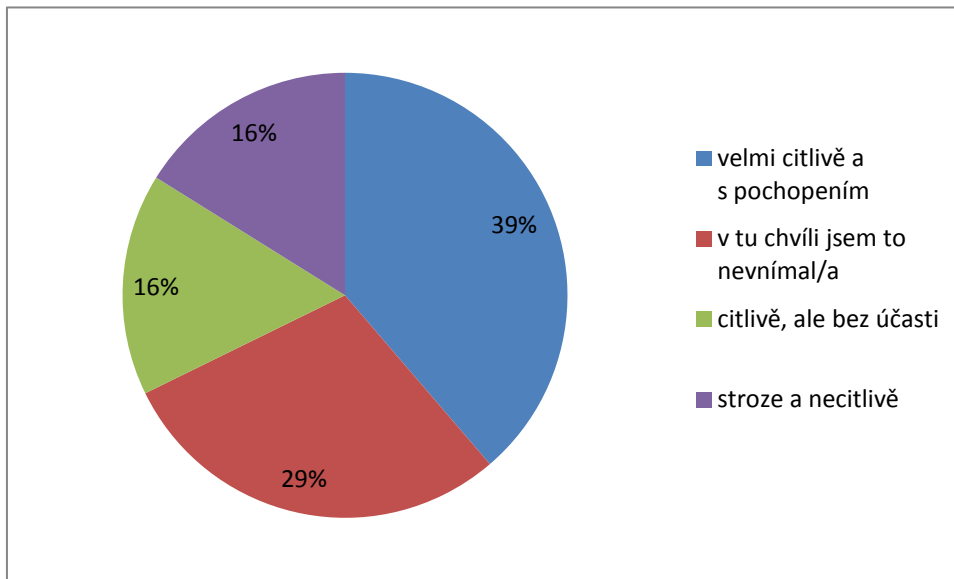
Kdy jste se poprvé dozvěděli, že Vaše dítě bude/je mentálně postižené?



Graf 2 Čas prvního seznámení s diagnózou.

Jak je vidět, celých 80 % dotázaných respondentů uvedlo, že se o postižení jejich dítěte dozvěděli až v jeho pozdějším věku, pravděpodobně ve věku mateřské školy. Žádný z respondentů nevěděl o postižení svého dítěte již před jeho narozením, tedy se na něj nemohli ani nijak dopředu připravit (pokud je to vůbec možné). Pouhých 10 % respondentů uvedlo, že se o zdravotním postižení dozvědělo ihned po narození a zbylých 10 % respondentů pak uvedlo v průběhu prvního roku života dítěte, tedy ještě před započítáním řešení problémů v mateřské škole či přípravě na povinnou školní docházku.

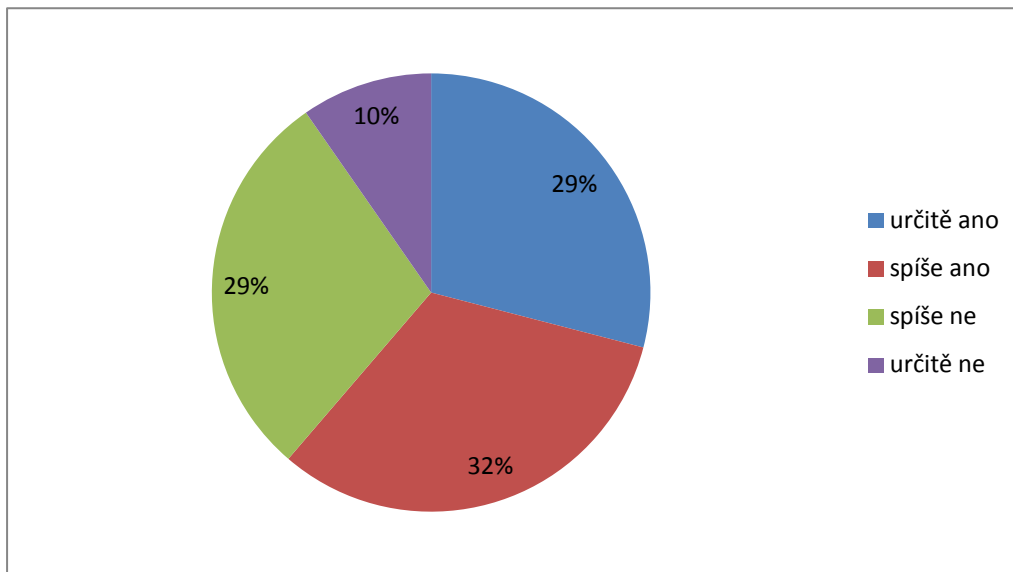
Jak se k Vám chovali lékaři (či jiné osoby, od nichž jste se tuto informaci dozvěděli), kteří Vám tuto informaci sdělovali?



Graf 3 Chování lékařů při sdělování diagnózy.

Lékaři či jiné osoby, od kterých se rodiče dozvěděli informaci ohledně zdravotního postižení, podle 39 % respondentů volili velmi citlivý přístup s pochopením. Dalších 29 % respondentů uvedlo, že to v tuto chvíli nevnímali, což je pochopitelné, neboť taková informace většinou způsobí u rodičů šok. Dalších 16 % respondentů pak uvedlo, že lékaři či nejčastěji zřejmě i pracovníci SPC reagovali sice citlivě, ale bez nějaké větší účasti a bohužel zbylých 16 % respondentů se setkala se strohým a necitlivým přístupem.

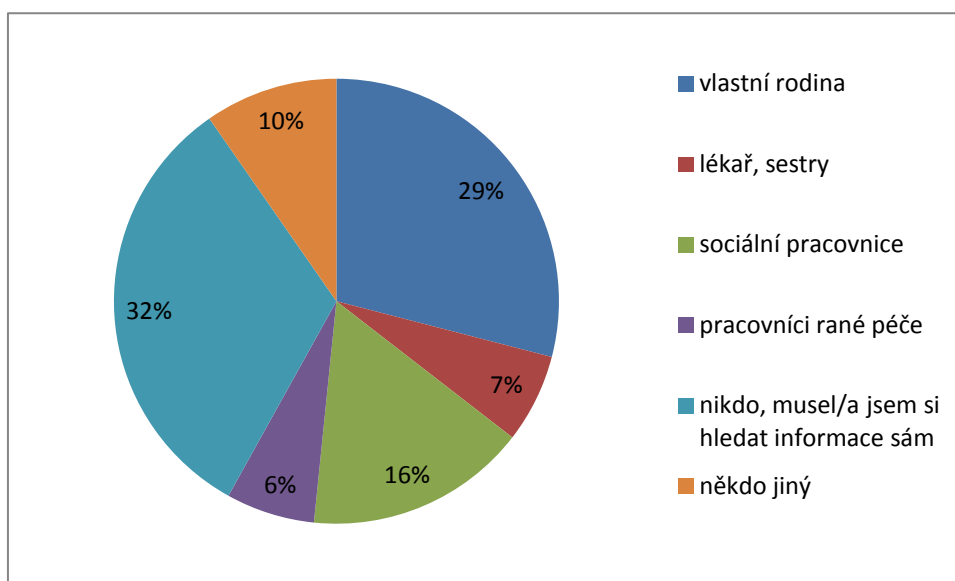
Dostali jste v tu chvíli od odborníků dostatek potřebných informací?



Graf 4 Spokojenost s dostatečností poskytnutých informací.

Dotázaní rodiče (či zákonní zástupci dítěte) byli vesměs spokojeni s tím, kolik informací se jim v té chvíli dostalo. Celých 29 % z nich uvedlo, že byli určitě spokojeni a dalších 32 % respondentů uvedlo, že byli spíše spokojeni. Dalších 29 % respondentů pak uvedlo, že spíše nebyli spokojeni s tím, jaké informace se k nim dostali a jak moc byly detailní. Zbýlých 10 % pak uvedlo, že určitě nebyli spokojeni s informacemi, které jim byly poskytnuty.

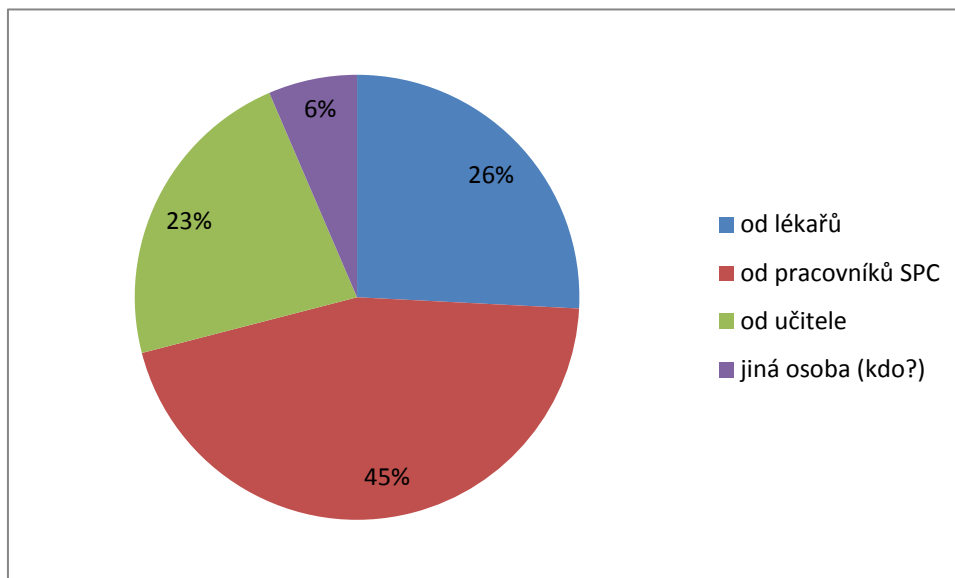
Kdo Vám v tu chvíli nejvíce pomohl?



Graf 5 Osoba, která v tu chvíli respondentům nejvíce pomohla.

U této otázky rodiče (zákonní zástupci dítěte) v největším množství případů, tedy v 32 % uvedli, že nejvíce jim v této chvíli nepomohl nikdo, museli si sami hledat potřebné informace. Na druhém místě se umístila odpověď, že nejvíce pomohli takto zaskočeným rodičům jejich vlastní rodiny, což je celkem pochopitelné. Jsou to většinou nejbližší lidé, na které se mohou členové rodiny obrátit. Na třetím místě pak respondenti uváděli sociální pracovníky (16 %), dále pak někoho jiného, než uvedené možnosti (rodiče uvedli pracovníky rané péče – nevyšli si možnosti dále, speciálně pedagogického centra Trutnov, nebo kamarádku, která učí ve škole). V pouhých 7 % případů to byli lékaři a sestry a v 6 % pak pracovníci rané péče.

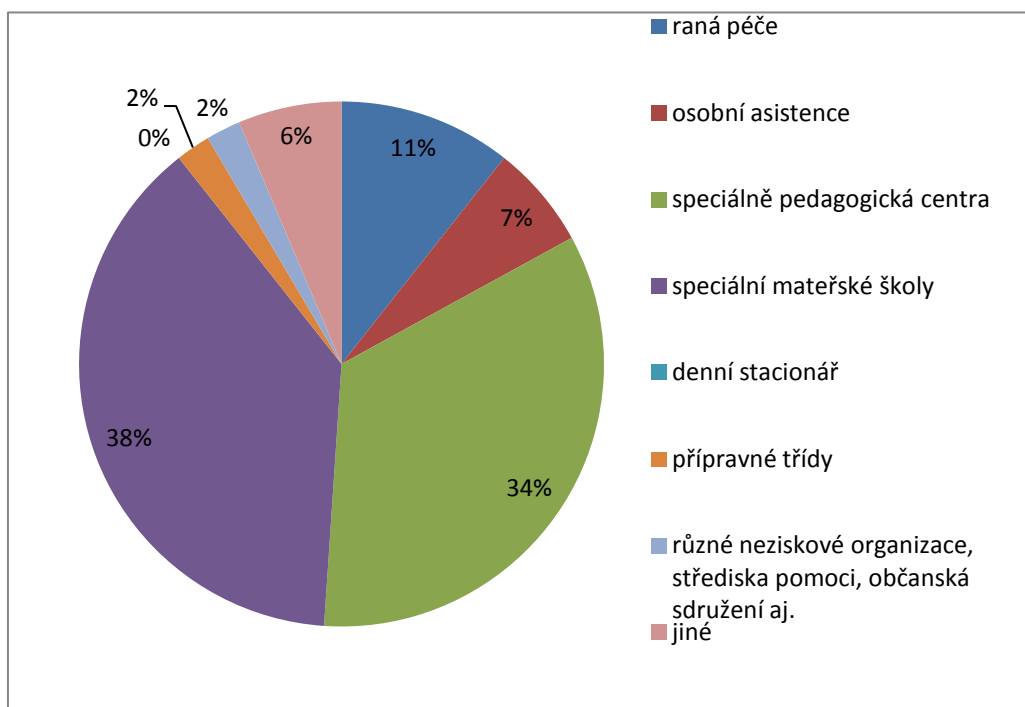
Od koho jste dostali nebo dostáváte nejdetailnější informace o stavu Vašeho dítěte?



Graf 6 Osoba/osoby, od nichž dostávají respondenti nejdetailnější informace o stavu dítěte.

Co se týče nejvíce detailních a potřebných informací, tam respondenti uváděli, že jim nejvíce pomohli v rámci speciálně pedagogického centra – téměř v polovině případů (45 %), dále to pak byli na druhé straně lékaři (26 %), na třetím místě pak učitelé ve speciální škole (se kterými byly uskutečněné rozhovory). V 6 % případů to byl opět někdo jiný, respondenti uvedli v rámci této varianty odpovědí pracovníky pedagogicko-psychologické poradny a další dva respondenti, že vůbec nikdo (zřejmě ti, kteří u předchozí otázky odpověděli, že si vše zjišťovali raději sami). Zřejmě se tedy nejdetailnější informace rodiče dozvídají až o mnoho později, než při sdělení samotné diagnózy.

Jaké služby jste využili do té doby, než Vaše dítě nastoupilo do speciální základní školy (můžete vybrat více možností)?

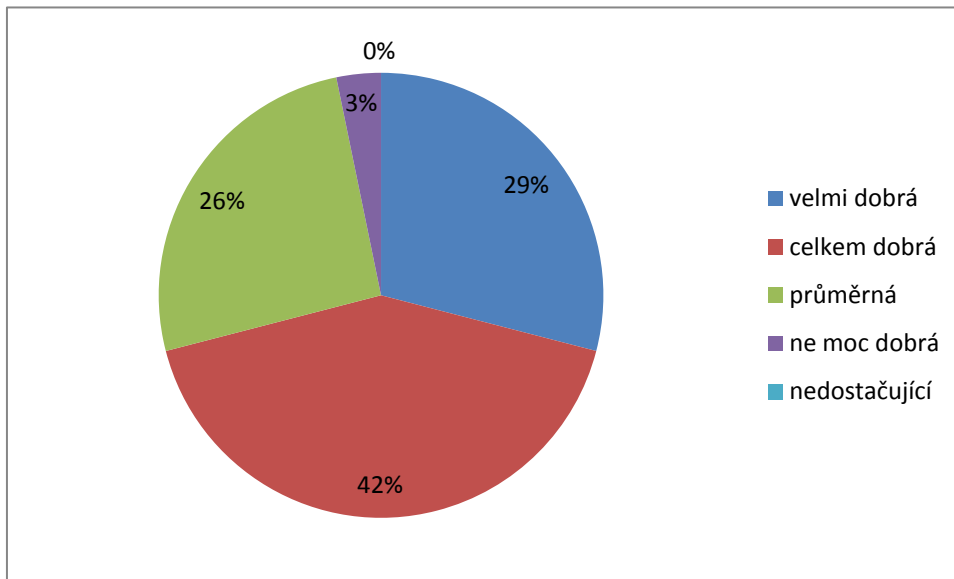


Graf 7 Zkušenosti respondentů s různými službami.

Rodiče mají několik možností, které mohou využít pro pomoc s výchovou, vzděláváním, či péči o jejich dítě. Zde mohli respondenti využít více variant odpovědí, pokud využili služeb více a ne pouze jednu. V tomto ohledu tedy vedly zkušenosti se speciálními mateřskými školami (38 %), dále pak se speciálně pedagogickými centry (34 %). To byly dvě hlavní instituce, které byly nejčastěji zmiňovány. Dalších 11 % patřilo službě rané péče, 7 % pak zkušenostem s osobní asistencí, 6 % možností jiné (kde respondenti uváděli možnosti úlevy na ZŠ, nebo služby klinického logopeda nebo speciálně pedagogického centra – opět si nevšimli možnosti výše, nebo služeb instituce APLA⁵). Služby různých neziskových organizací či občanských sdružení využili respondenti jen ve dvou procentech případů. Další 2 % pak patřila zkušenosti s přípravnou třídou. Denního stacionáře nevyužil ani jeden rodič.

⁵ Asociace pomáhající lidem s autismem.

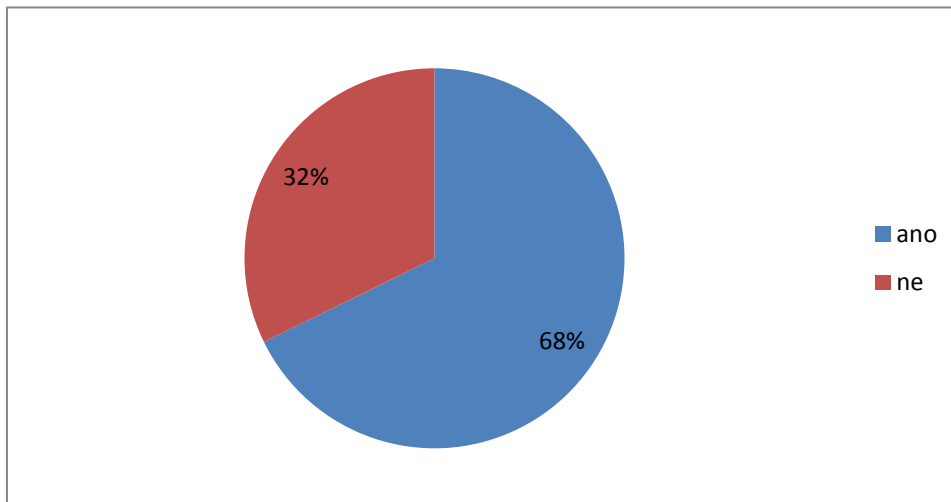
Jak byste zhodnotil/a komunikaci s Vámi jako s rodičem v rámci výše zmíněných služeb, se kterými máte zkušenosti?



Graf 8 Spokojenost s komunikací v rámci různých služeb pro mentálně postižené děti.

V rámci služeb, které rodiče uvedli u předchozí otázky, měli zhodnotit úroveň komunikace. Výsledky byly celkem pozitivní, neboť celých 29 % respondentů uvedlo, že by tuto komunikaci zhodnotili jako velmi dobrou a dalších 42 % pak jako celkem dobrou. Jako průměrnou ji zhodnotilo celkem 26 % respondentů a zbylé 3 % respondentů pak jako ne moc dobrou.

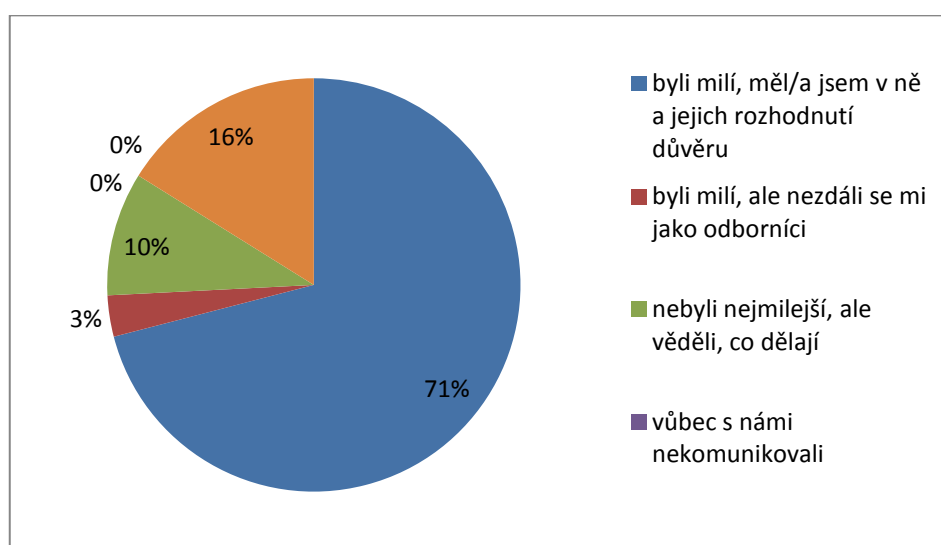
Navštívil/a jste před započtím docházení do základní školy školní poradenské zařízení?



Graf 9 Zkušenost s návštěvou různých poradenských zařízení.

Více jak polovina dotázaných rodičů uvedla (68 %), že před započtím docházení dítěte do speciální základní školy navštívili nějaké školní poradenské zařízení. Zbýlých 32 % tuto skutečnost nepotvrdilo.

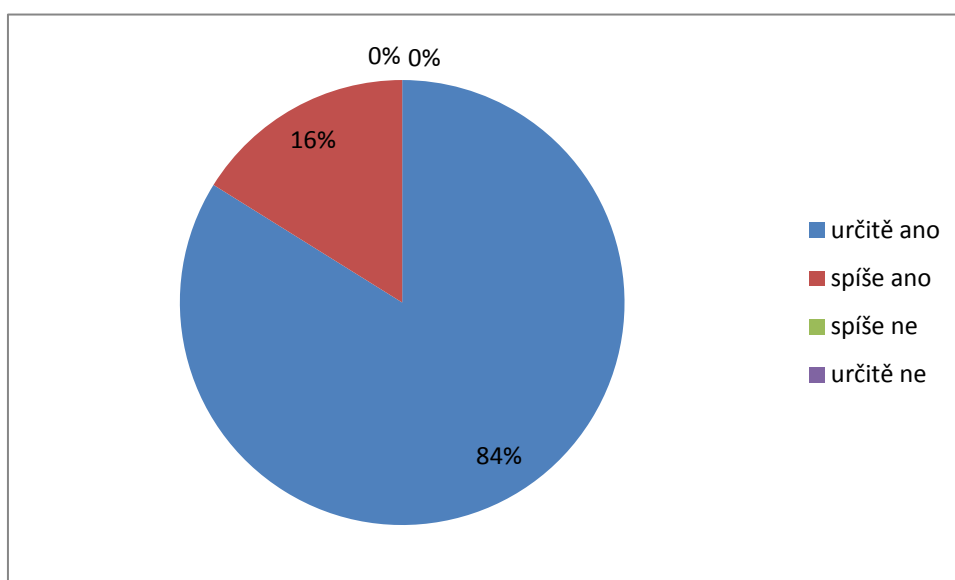
Jak byste zhodnotili přístup tamějších pracovníků k Vám jako rodičům?



Graf 10 Spokojenost s přístupem k rodičům.

I zde rodiče vesměs potvrdili, že v rámci školního poradenského zařízení byli spokojeni s komunikací zdejších zaměstnanců (71 %). Dalších 16 % znovu zopakovalo, že v tomto zařízení vůbec nebyli. Dalších 10 % respondentů uvedlo, že nebyli nejmilejší, ale rodičům se zdálo, že vědí, co dělají. Dalších 3 % respondentů je zase zhodnotili jako milé, ale ne příliš odborné. Žádný z rodičů neuvedl, že by vůbec nekomunikovali.

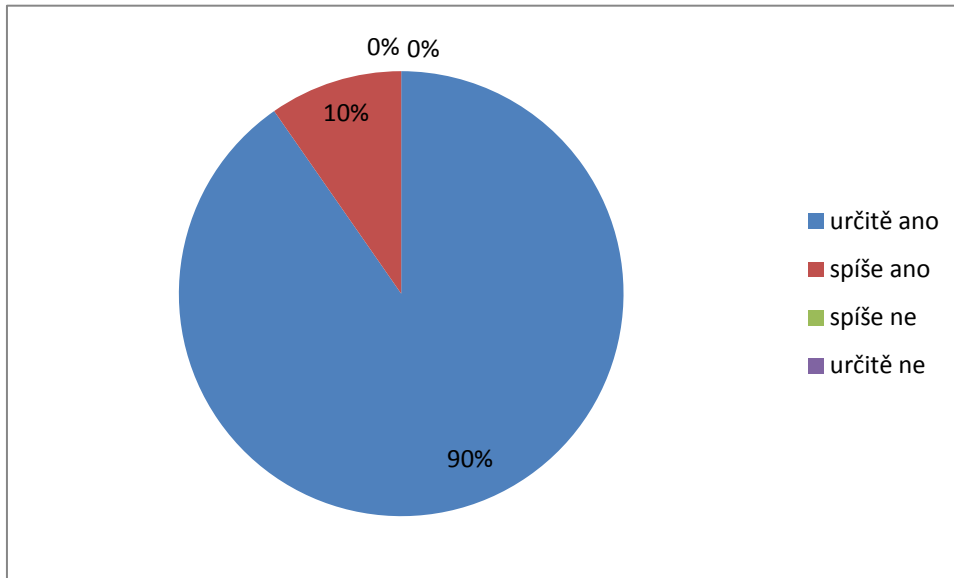
A jak hodnotíte přístup základní školy, do které dochází Vaše dítě, konkrétně komunikaci s vedením školy? Máte od něj vždy dostatek potřebných informací o podobě školního roku, nabídce služeb aj.?



Graf 11 Hodnocení přístupu školy, komunikace.

Následující otázky se již zaměřily na sledování zkušeností s konkrétním speciálním školním zařízením, které bylo představeno v úvodu analytické části této práce. S tímto zařízením, komunikací s jeho vedením a poskytováním informací byli dotázaní rodiče spokojeni. Respektive celých 84 % respondentů uvedlo, že jsou s přístupem a komunikací školy určitě spokojeni a zbylých 16 % pak, že jsou spíše spokojeni. Žádný z dotázaných respondentů neuvedl, že by byl s tímto spíše nebo určitě nespokojen, což je velmi pozitivní.

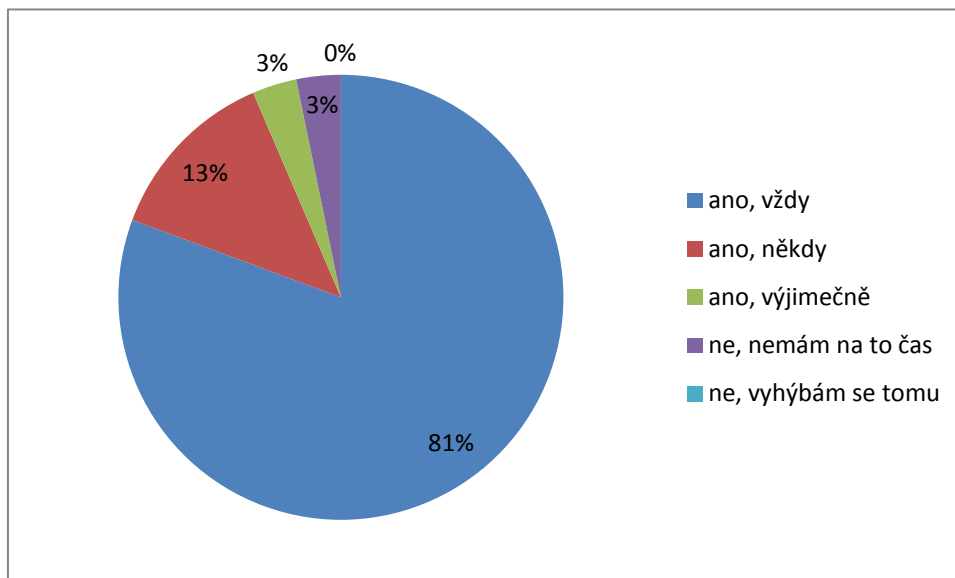
Jak hodnotíte přístup základní školy, do které dochází Vaše dítě, konkrétně komunikaci s učiteli Vašeho dítěti? Máte od nich vždy dostatek potřebných informací o potřebách Vašeho dítěte, prospěchu aj.?



Graf 12 Hodnocení komunikace s učiteli.

Komunikace s učiteli dokonce zaznamenala mnohem větší úspěšnost v hodnocení spokojenosti s přístupem k rodičům a komunikaci s nimi. Celých 90 % respondentů uvedlo, že jsou určitě spokojení s komunikací s učitelem jejich dítěte a určitě mají dostatek informací o jejich dítěti, jeho prospěchu apod. Zbylých 10 % zvolilo variantu odpovědi (spíše ano), ze záporných variant odpovědí si nevybral žádný respondent.

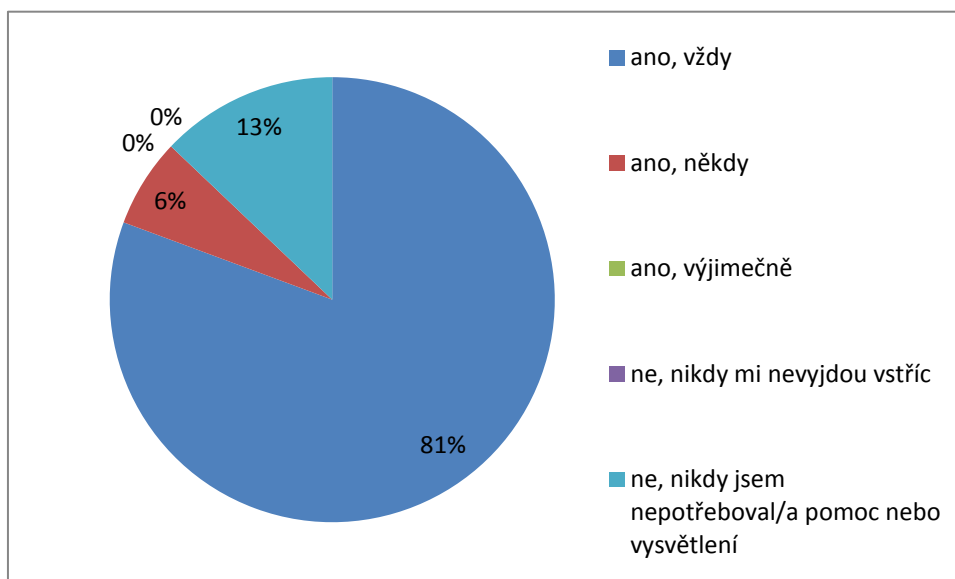
Docházíte pravidelně na třídní schůzky či jiné schůzky, které si vyžádají učitelé Vašeho dítěte?



Graf 13 Pravidelnost docházení na třídní a jiné schůzky.

Více jak tři čtvrtiny dotázaných respondentů (81 %) uvedlo, že vždy dochází pravidelně na třídní schůzky či jiná setkání, která si vyžádají učitele jejich dítěte. Dalších 13 % respondentů uvedlo, že dochází spíše někdy, ne pokaždé. Další 3 % respondentů pak uvedla, že na takové schůzky dochází spíše výjimečně a zbývajících 3 % pak, že vůbec na takové schůzky nedochází, neboť na to nemají čas. Žádný z dotázaných respondentů pak nevedl, že na tyto schůzky nedochází záměrně, že se tomu vyhýbá. Většina rodičů se tedy zúčastňuje třídních schůzek a zajímá se o vzdělávání svého dítěte vzorně.

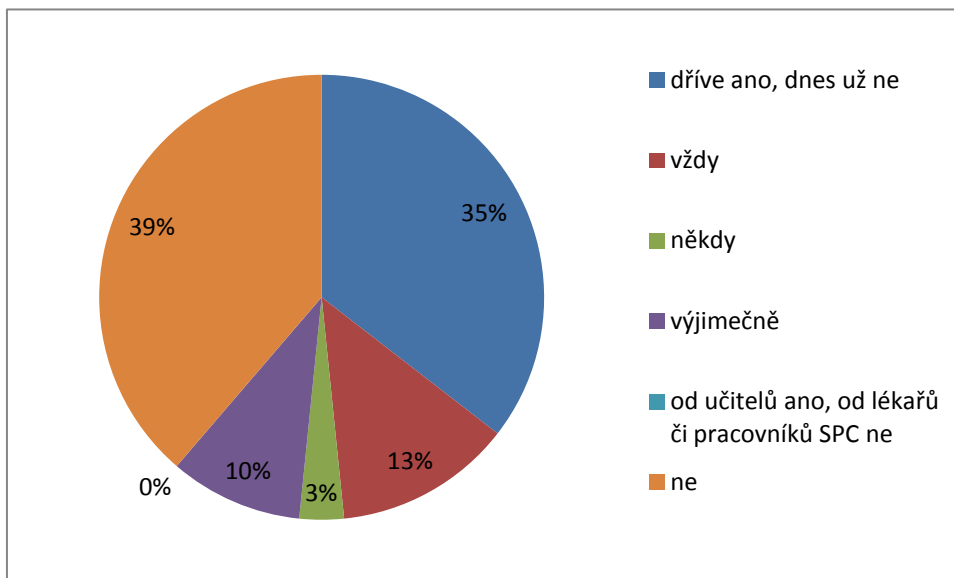
Pokud něčemu nerozumíte, chcete si sjednat schůzku s učitelem či ředitelem školy mimo plánovaná setkání, vyjdou Vám ve škole vstříc a nemají problém Vám pomoci, probrat Vaše požadavky či otázky?



Graf 14 Vycházení vstříc rodičům s různými požadavky, schůzkami aj.

Výchova a vzdělávání mentálně postižených dětí či dětí s autismem si někdy žádá větší zapojení rodičů a poněkud specifický přístup učitelů. Rodiče mohou mít častěji zájem s učitelem konzultovat některé úspěchy či spíše neúspěchy jejich dítěte a také se stává, že rodiče zkrátka mají zájem častěji některé záležitosti s učiteli konzultovat. Proto byli dotázáni, jestli jim v těchto potřebách vychází pedagogický sbor vstříc. Celých 81 % respondentů souhlasilo s tím, že jim učitelé vyjdou vždy vstříc a rádi se s rodiči setkají a proberou s ním případné problémy či otázky. Dalších 13 % respondentů pak uvedlo, že nikdy tuto potřebu neměli, nežádali o nadstandardní konzultace či schůzky, tudíž se nemohou vyjádřit ohledně své spokojenosti s vycházením vstříc ze strany učitelů. Zbylých 6 % respondentů uvedlo, že někdy jim učitelé vyšli vstříc. Žádný z respondentů neuvedl, že by mu učitelé vycházeli vstříc pouze výjimečně nebo dokonce vůbec. Učitelé ze speciální školy se tedy evidentně snaží rodičům maximálně vycházet vstříc a mít pochopení pro jejich požadavky a otázky.

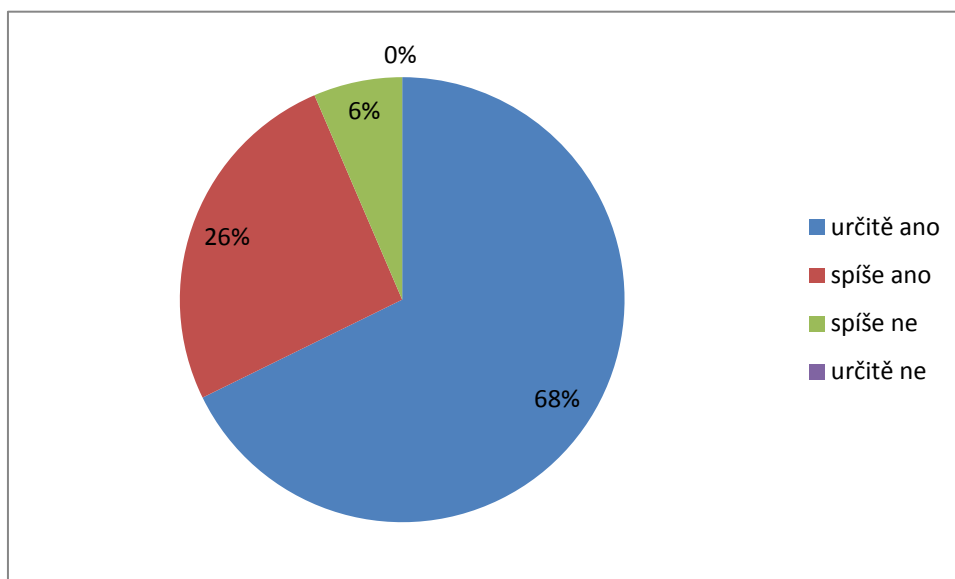
Máte problém přijmout od učitelů či jiných odborníků skutečnou pravdu o diagnóze Vašeho dítěte se všemi negativními důsledky a prognózami?



Graf 15 Problémy s přijetím negativních informací o stavu dítěte.

Vyrovnaní se s tím, že by dítě mělo být nějakým způsobem jiné než ostatní, a dokonce zdravotně postižené, a následně se nemůže ani účastnit klasické povinné školní docházky, může být pro rodiče hodně náročné a součástí takového procesu může být i odmítání. Rodiče v tomto ohledu uváděli, že celých 39 % z nich tento problém nemá a od učitelů přijímá tyto informace tak, jak jsou. Dalších 35 % respondentů pak uvádělo, že tyto problémy mělo spíše dříve, dnes už jsou zřejmě s tímto faktem smíření a srovnání a problém jim to nečiní. Další 3 % respondentů pak uvedly, že někdy to pro ně problém je, pro dalších 10 % je to výjimečně problém, zřejmě podle konkrétní podoby informace, na kterou nemusí být zrovna připraveni. Žádný z respondentů neuvedl, že by měl problémy s přijímáním negativních informací pouze od učitelů, tudíž to naznačuje, že rodiče mají k učitelům svých dětí důvěru a berou je jako za slovo vzaté odborníky a důvěřují jejich znalostem a zkušenostem.

Pokud Vám učitel sděluje nějaké negativní či ne příliš příjemné informace o průběhu vzdělávání u Vašeho dítěte, je dostatečně citlivý a empatický a hovoří skutečně k věci?



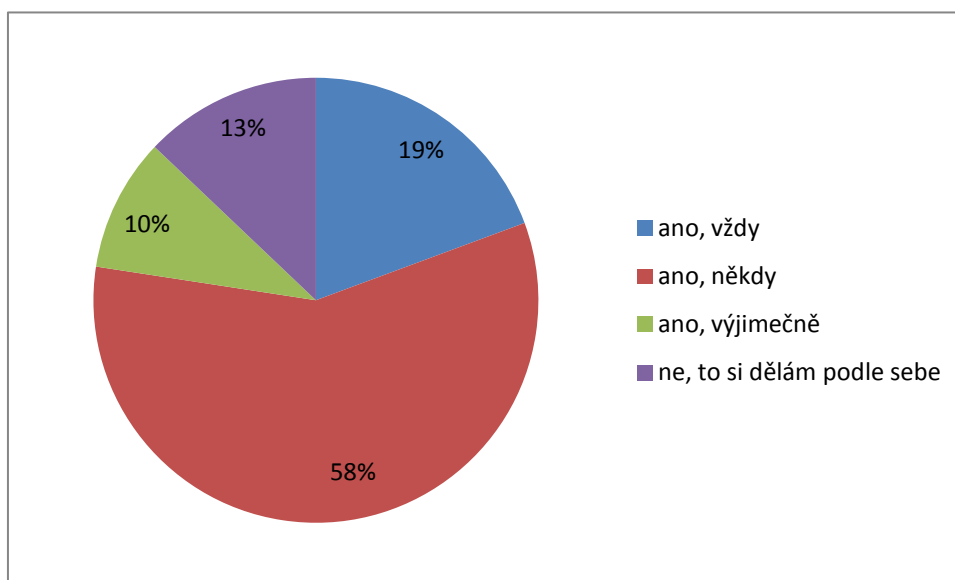
Graf 16 Citlivost a empatie učitelů k rodičům při sdělování nepříjemných informací.

Při vzdělávání autistických dětí nebo dětí s mentálním postižením se může učitel setkat s nepřekonatelnými problémy (zvláště, bylo-li dítě v rámci předchozí péče špatně diagnostikováno, což se může stát, nebo pokud rodiče mají o dítěti a jeho schopnostech přehnané domněnky), které pak musí sdělit rodiči. Pro mnohé z rodičů je to těžké, už se vyrovnali s tím, že dítě má nějaké znevýhodnění a další negativní informace může být vyčerpávající a stresující a vést třeba i ke zhroucení. Proto je důležité, aby učitel uměl v tomto případě vyhodnotit situaci a zvolit adekvátní přístup a formu komunikace.

Rodiče však potvrdili, že učitelé sdělují takové nepříjemné informace s dostatečnou empatií a citlivostí vůči rodičům, kterým je nepříjemná situace sdělována. Celých 68 % respondentů uvedlo, že učitelé určitě jsou citliví a empatictí, dalších 26 % uvedlo, že jsou spíše sympatičtí a citliví při sdělování negativních informací. Zbývajících 6 % pak uvedlo, že takový přístup u učitelů spíše nezaznamenávají. Žádný však nezvolil poslední variantu odpovědi, kterou by rodiče

hodnotili učitele jako určitě necitlivé a neschopné sdělovat nepříjemné informace citlivě.

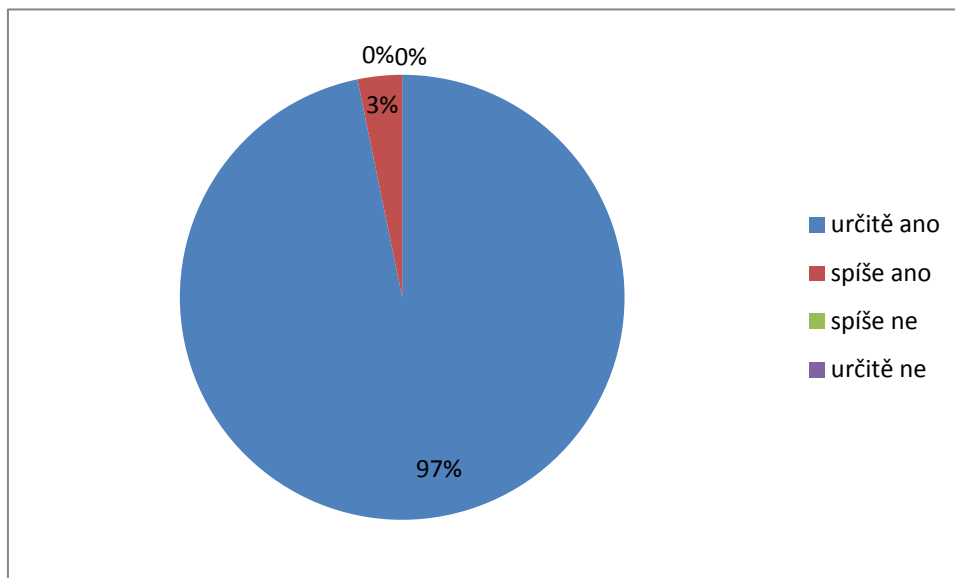
Konzultujete s pedagogy i některé výchovné či vzdělávací postupy, které uplatňujete doma mimo školu?



Graf 17 Zkušenosti s konzultacemi s pedagogy.

Tato otázka se snažila postihnout důvěru rodičů vůči učitelům a navázaný vztah s učiteli. Z dotázaných rodičů jen 19 % uvedlo, že s pedagogy vždy konzultují i některé výchovné či vzdělávací postupy, které uplatňují doma, dalších 58 % respondentů pak uvedlo, že takto činí někdy a 10 % se k tomu odhodlává spíše výjimečně. Zbýlých 13 % pak uvedlo, že s pedagogy takové záležitosti neřeší, že si toto dělají podle sebe a svého uvážení. Rodiče tedy učitelům vyjádřili podporu a důvěru v tom, co dělají a rodiče zřejmě mají zájem si nechat poradit, i co se týče výchovy uskutečňované mimo školní zařízení.

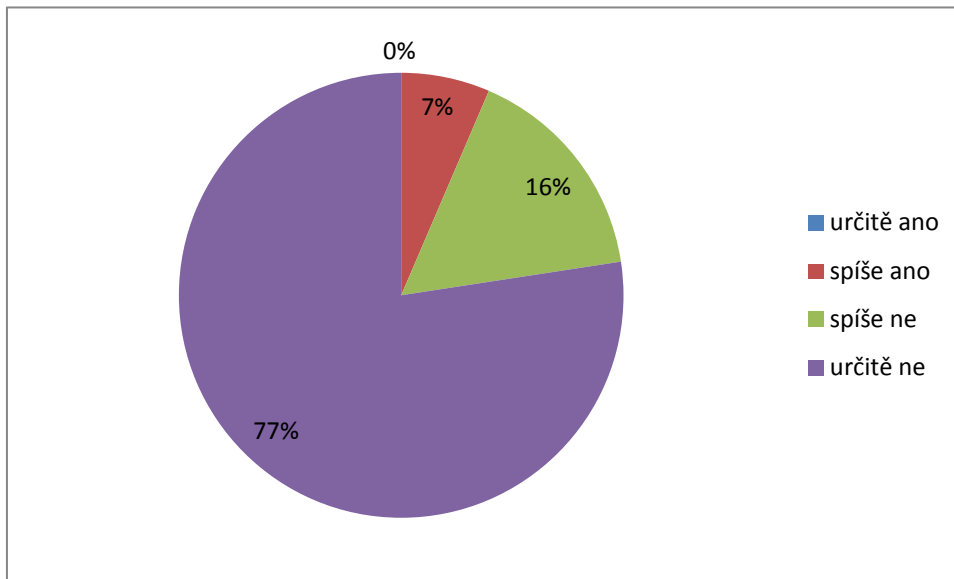
Pokud s pedagogem Vy něco řešíte, máte pocit, že k Vám zaujímá dostatečně individuální přístup?



Graf 18 Zájem pedagogů o rodiče a individuálnost jejich přístupu.

Každé dítě, i když se nachází mezi stejně postiženými dětmi, je individuální a stejně tak to platí u jejich rodičů. Některý rodič své dítě bere takové jaké je, jiný má trochu problémy se srovnat s potížemi svého potomka, dalším to může být dokonce jedno. Učitel musí být schopen posoudit danou situaci, kompetence, znalosti či náladu rodiče, a podle toho s ním komunikovat a přistupovat k němu. V tomto ohledu jsou zřejmě schopnosti učitelů velmi dobré, neboť 97 % respondentů uvedlo, že jejich rodiče zaujímají určitě individuální přístup a zbylé 3 % pak uvedly, že spíše zaujímají individuální přístup. Negativní variantu odpovědi u této otázce nezvolil žádný z respondentů.

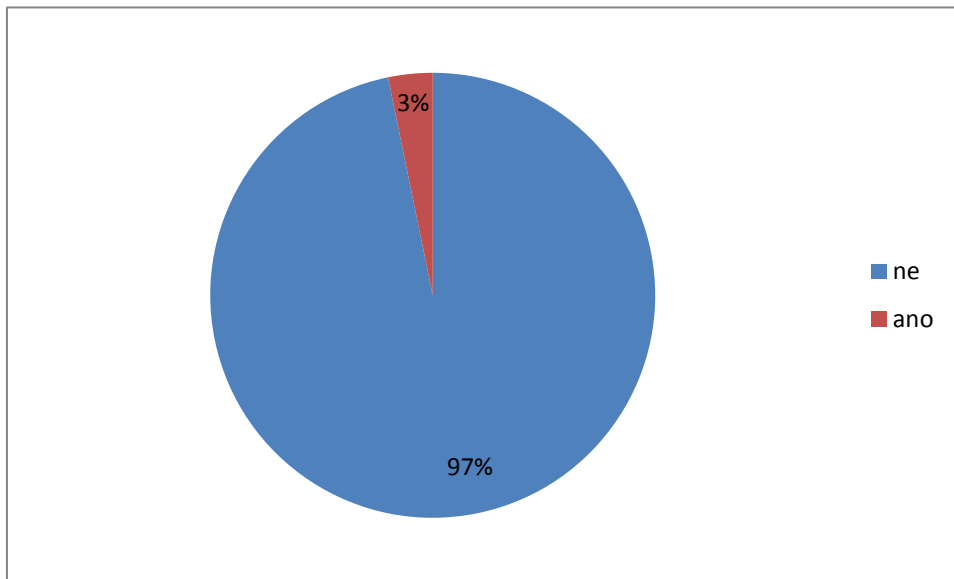
Vnímáte někdy u učitelů, že by se vůči Vám chovali s despektem, znevažovali Vaše znalosti či vzdělání ohledně postižení Vašeho dítěte?



Graf 19 Zkušenosti se znevažováním znalostí rodičů od učitelů.

Někdy je komunikace s rodiči těžká, zvláště když sami někdy mají sníženou inteligenci, nebo nějaký typ postižení (často také autismus). Učitelé i tak musí být schopni zůstat nad věcí a nehodnotit nebo nedat rodičům najevo nějaký negativní postoj či stanovisko. Celých 77 % respondentů uvedlo, že určitě nemají zkušenost s tím, že by učitelé nějak znevažovali znalosti či chování rodičů, dalších 16 % pak uvedlo, že spíše nemají zkušenost s takovým typem přístupu. Zbývajících 7 % respondentů však uvedlo, že s takovým typem chování spíše mají zkušenost, respektive ji takto vnímali.

Je něco, co byste v komunikaci učitelů s Vámi uvítali, co by Vám pomohlo, nebo co postrádáte?



Graf 20 Doporučení rodičů vůči učitelům.

Poslední otázka sloužila k volnému vyjádření rodičů k tomu, jestli shledávají u pedagogů něco, co jim v komunikaci nevyhovuje, a co by podle nich mohlo být lepší a případně jim sami něco navrhli. Celých 97 % respondentů však uvedlo, že nemají v podstatě nic, co by vzhledem ke komunikaci s učiteli postrádali nebo vylepšili. Jedna maminka (3 %) však uvedla, že by uvítala častější třídní schůzky či celkově možnost častějšího setkávání a konzultace s učitelem. Jednalo se o maminku, jejíž dítě má autismus a chtěla by s učitelem řešit vše kolem dítěte častěji.

Vyhodnocení hypotéz

Hypotéza 1: Více než polovina rodičů hodnotí komunikaci a přístup odborníků v rámci řešení diagnózy jejich dítěte a návštěv specifických zařízení před započítáním povinné školní docházky jako velmi dobrou nebo celkem dobrou.

Hypotézu je možné potvrdit.

Rodiče uváděli různá zařízení, která navštívili při řešení diagnózy jejich dítěte, nejčastěji školní poradenské centrum, speciálně pedagogická centra a speciální mateřské školy. Všude tam hodnotili rodiče přístup a komunikaci ve většině případů velmi příznivě a kladně. Uváděli, že se setkávali s citlivým přístupem, kvalitní a citlivou komunikací. Nejvíce detailních informací o stavu jejich dítěte se jim dostávalo od pracovníků speciálně pedagogického centra.

Hypotéza 2: Více než polovina rodičů hodnotí přístup a komunikaci školy i jednotlivých pedagogů kladně.

Hypotézu je možné potvrdit.

Zkušenosti rodičů s komunikací s vedením školy, dostávání dostatek potřebných informací o podobě školního roku, nabídce služeb, o stavu a prospěchu jejich dítěte i s komunikací s jednotlivými učiteli aj., byly velmi kladné, dokonce ve srovnání s komunikací se zařízeními navštívenými ještě před započítáním povinné školní docházky i lepší. Rodiče byli velmi spokojeni, v podstatě ani jeden z nich neuvedl žádnou variantu záporné odpovědi. Je tak možné říci, že ne že by jen polovina rodičů hodnotila přístup kladně, ale vlastně všichni rodiče hodnotili přístup školy i jednotlivých pedagogů kladně.

Hypotéza 3: Více než polovina rodičů hodnotí pedagogy jako empatické a přístupující k nim s individuálním přístupem.

Hypotézu je možné potvrdit.

I zde hodnotili rodiče pedagogy velmi kladně. Opět se jednalo vlastně o všechny rodiče, kteří kladně hodnotili jak empatii učitelů svých dětí, tak i jejich zaujímání individuálního postoje a přístupu vůči rodičům. Kladně hodnotili rodiče i sdělování nepříjemných informací učitelem, ale například i to, že učitelé vyhoví rodičům při jejich specifických požadavcích, které vůči nim někdy mívají a rodiče

potvrzovali důvěru v učitele i v rámci otázky, která se zajímalo o to, jestli rodiče s učiteli konzultují i jiné než školní záležitosti.

4.4.2 Vyhodnocení rozhovorů pro pedagogy

Rozhovory nakonec byly uskutečněny celkem se 4 pedagogy:

Respondentka 1:

Pohlaví: žena

Pracovní pozice, zařazení: učitelka

Délka praxe: 23 let

Respondentka 2:

Pohlaví: žena

Pracovní pozice, zařazení: učitelka

Délka praxe: 37 let

Respondent 3:

Pohlaví: muž

Pracovní pozice, zařazení: učitel, zástupce ředitele

Délka praxe: 19 let

Respondentka 4:

Pohlaví: žena

Pracovní pozice, zařazení: učitelka ve školní družině

Délka praxe: 17 let

Otázka 1: Jak byste zhodnotil/a informovanost rodičů mentálně postižených dětí, které nastoupí k Vám na školu při Vašem prvním kontaktu s ním? Jsou rodiče dostatečně informováni o diagnóze svého dítěte? O možnostech jeho vzdělávání, jeho prognóze apod.?

Odpovědi na tuto otázku byly poměrně variabilní. Pedagogové většinou uváděli, že rodiče bývají dobře seznámeni s diagnózou dítěte. Jeden pedagog však uvedl, že tomu tak není a rodiče bývají spíše neinformováni. O možnostech vzdělávání jsou většinou informováni při nástupu do školy, někteří již v tu chvíli nějaké vědomosti v tomto ohledu mají, někteří vůbec.

Dále pedagogové uváděli, že mnohdy se přístup rodičů dost odlišuje. Někteří jsou vůči diagnóze a možnostem vzdělávání jejich dítěte apatičtí a unavení a nemají sílu tento problém řešit. Pak je na pedagogovi, aby rodiče povzbudil a motivoval do práce s dítětem. Druhým případem mohou být rodiče, kteří se s diagnózou mentálního postižení odmítají smířit a hledají způsoby, lékaře či školy, které tuto diagnózu vyvrátí a potvrdí jim normalitu jejich dítěte. Často tak činí na úkor svého dítěte, které nestačí jejich nárokům. Pak musí pedagog jednat s rodiči opatrně a pomoci jim smířit se a vyrovnat se s diagnózou.

Podobně je tomu pak s prognózou. Tu většinou v rámci školy pedagogové moc neřeší, případně ve chvíli, když rodiče mají přehnané představy o tom, na co jejich dítě má a co by mohlo v budoucnu dokázat. Pak je to opět na učitelích, aby rodiče připravili na možnost, že tomu tak nebude.

Otázka 2: Zaznamenáváte při komunikaci s rodiči nějaké komunikační bariéry či problémy?

Při komunikaci s rodiči vznikají podle pedagogů občas komunikační problémy. Někteří rodiče mají sami některé problémy, jako např. logopedické vady, sníženou inteligenci apod. To pak způsobuje některé zvýšené požadavky na komunikaci pedagoga s rodičem. Někteří pedagogové pak zmiňovali i problémy s nepochopením a agresivitou některých rodičů, kteří nemají pochopení pro

vyslovené diagnózy, někteří rodiče mají problémy naslouchat pedagogům, jednají impulsivně.

Respondentka 2: „Někteří rodiče reagují impulsivně, s agresí a nejde jim o dítě a jeho rozvoj. Bojí se, mají strach ze svých životních partnerů, z reakce okolí v místě bydliště, z nových situací, se kterými si neumí poradit, nebo takto řeší neurovnané vztahy v rodině i okolí.“

Někdy musí pedagogové při komunikaci upřednostnit zájmy školy a zařízení před požadavky či nároky rodičů. Příprava na komunikaci s rodiči mentálně postižených dětí je o něco náročnější a zdlouhavější.

Otázka 3: Jak probíhá sdělování nepříjemných zpráv rodičům? Stojí o tyto informace nebo mají spíše tendence je podceňovat, ignorovat?

Pedagogové se většinou shodli na tom, že rodiče nemívají tendence negativní informace podceňovat nebo ignorovat. Sdělování negativních zpráv rodičům si však žádá vždy velkou dávku empatie, opatrnosti a předchozí přípravy. Pedagogové se snaží rodičům buďto nejprve říci nějakou pozitivní zprávu nebo případně dbát na okolní podmínky sdělování negativních informací. Rodiče podle pedagogů spíše nemají dostatečnou psychickou odolnost k řešení sděleného problému a někdy je potřeba je odeslat s řešením do SPC, k psychologovi apod. Přijímání negativních informací je však vždy individuální a záleží jak na sdělované informaci, tak i na povaze daného rodiče. Obecně lze asi říct, že nejhůře rodiče vnímají informace o zhoršení zdravotního stavu jejich dítěte a případné doporučení pedagogem k následnému dalšímu zdravotnímu vyšetření.

Otázka 4: Mají ve Vás rodiče důvěru? Přicházejí k Vám řešit i některé záležitosti mimo školní výuku aj.?

Pedagogové se většinou shodli na tom, že mezi nimi a rodiči panuje naprostá důvěra. Je to v podstatě i nezbytné pro správnou spolupráci. Rodiče s rodiči většinou nemají problém řešit i problémy mimo školu rádi se se svými problémy svěří

pedagogům, pokud ti o to projeví zájem. Pedagogové uváděli, že přístupnější bývají většinou rodiče vzdělanější.

Respondentka 1: „Pokud by nebyla nastolena vzájemná důvěra a přátelská atmosféra, problémy by nastaly ve výuce i chování dětí. Situace, nálada a radosti i starosti v rodinách, názory rodičů a jejich pohled na školu a učitele se ihned odráží ve spolupráci dětí, jejich důvěře a chuti ke školní práci.“

Otázka 5: Myslíte si, že poskytujete rodičům dostatečné informace, vnímáte v tomto ohledu nějaké nedostatky či slabiny (z Vaší strany – např. vzdělání, či ze strany školy), které by mohly být odstraněny?

Pedagogové vesměs uváděli, že rodičům se dostává ze strany školy i jejich dostatek potřebných informací. Jeden z pedagogů uvedl, že vnímá nedostatek ze strany svého dalšího vzdělávání či účasti na seminářích. Jak pak uvedl další dotázaný pracovník, vždy je co zlepšovat, přesto lze však spolupráci a informovanost rodičů zhodnotit jako dobrou.

Otázka 6: Je ještě něco, co byste rád/ráda dodala k problematice komunikace s rodiči mentálně postižených dětí?

Zde se rozpovídali tři ze čtyř pedagogů. Dva znovu připomněli zásady, na které je třeba dávat při rozhovorech s rodiči pozor, a to je ochota, dostatek času a trpělivosti, individuální přístup a navozovat s rodiči důvěryhodnou atmosféru, aby neměli problém za pedagogem kdykoliv přijít a ptát se na něco, čemu nerozumí.

Nejproblematičtější je podle pedagogů komunikace s rodiči autistických žáků, neboť často i oni sami mají tuto diagnózu a pak je to problém. Nejčastěji se to pak projevuje v komunikaci, kdy se řeší nějaké akce mimo školu, např. výlety a rodiče často volají, aby si zkontrolovali informace, které jim sdělily jejich děti, nebo dostali na informačním letáku. Často tak musí pedagogové sdělené informace znovu a znovu opakovat a vysvětlovat.

Kapitolou samou o sobě je pak komunikace s rodiči, kteří nemají zájem o zlepšení zdravotního stavu svých dětí (k čemu se je pedagogové snaží navést a podpořit, doporučit možné postupy apod.), neboť by díky tomu přišli o finanční příspěvky, které jim z postižení jejich dítěte plynou. Tam je komunikace složitá a je třeba být při ní velmi opatrným.

Vyhodnocení výzkumných otázek:

V rámci připravených rozhovorů byly stanoveny tyto výzkumné otázky:

1. Vnímají pedagogové mezi sebou a rodiči nějaké komunikační bariéry?

Ano, vnímají komunikační bariéry. Často však souvisí se zdravotním stavem samotných rodičů, kteří mnohdy sami mívají buďto nějaké zdravotní postižení (typicky autističtí rodiče autistických dětí), nebo mívají nižší inteligenci, nižší vzdělání apod. Tak musí pedagogové pečlivě zvažovat a připravovat svůj komunikační styl, dbát zvýšené opatrnosti, být empatičtí.

2. Jakým způsobem pedagogové komunikují s rodiči dětí s mentálním postižením a jaké má specifika?

Pedagogové si podle všeho dostatečně uvědomují situaci rodičů mentálně postižených dětí a snaží se tomu významně přizpůsobit vzájemnou komunikaci. S mnohými rodiči je komunikace omezená a hodně specifická a pedagogové se tak snaží zachovávat klid, být empatičtí, maximálně citliví a ochotni mnohdy sdělené informace několikrát opakovat a zpřesňovat. Pedagogové komunikují s rodiči dětí na pravidelných schůzkách, ale snaží se s nimi komunikovat dostatečně i mimo školní záležitosti, zjišťovat jejich situaci a chápat jejich trápení. Také se snaží rodičům pomáhat v rámci výchovy jejich dětí, případně doporučovat možná další vyšetření či možnosti, jak pomoci jejich dítěti, ať už se vzděláváním, tak s dalším vývojem.

3. Probíhá komunikace rodičů mentálně postižených dětí a pedagogů na základě vzájemné důvěry?

Ano, pedagogové se shodli, že vztah mezi nimi a rodiči mentálně postižených dětí je založen na vzájemné důvěře, která je vlastně nezbytná pro jakoukoliv

úspěšnou práci s jejich dítětem. Pochopitelně každý rodič je individuální, a proto musí pedagogové volit individuální přístup, ale vždy se snaží být k rodičům otevření a uctiví a dávat jim najevo, že jsou rodičům vždy připraveni odpovídat na jejich otázky a pomáhat jim v oblasti vzdělávání jejich dětí v rámci možností stanovených školskými osnovami.

5 Doporučení pro komunikaci profesionálů s rodiči s dětmi se zdravotním (mentálním) postižením

Jak vyplynulo z obou částí výzkumu, tedy dotazníkového šetření s rodiči a rozhovorů s učiteli, zkušenosti rodičů s komunikací s odborníky jsou poměrně dobré, s konkrétním sledovaným školským zařízením dokonce až skvělé, dalo by se říci. Rodiče si pochvalovali jak přístup vedení školy, tak i přístup a komunikaci s učiteli. Sledovanou Základní školu Sluneční a v rámci ní působící základní školu speciální je možné použít jako vzorový případ pro další podobná zařízení pracující s mentálně postiženými dětmi, dětmi s autismem či jiným zdravotním postižením a doporučit tak zařízením, kde mají jakékoliv problémy v tomto ohledu, aby se inspirovali zde. Dobrou zkušeností může být práce v tomto zařízení i pro mladé a začínající pedagogy či asistenty pedagogů.

Na základě rozhovorů s učiteli je možné vznést tato základní pravidla a doporučení pro komunikaci učitelů s rodiči dětí s mentálním postižením a autismem:

1. Obrnit se trpělivostí při komunikaci s rodiči a připravit se na to, že rodiče nemusí být dostatečně smíření a informování o skutečné diagnóze dítěte.
2. Zachovávat klidnou hlavu v případech, kdy chtějí rodiče nějaký problém vysvětlit poněkoli káté.
3. Být empatický a dávat rodičům najevo zájem a účast a pochopení s jejich trápením a problémy.
4. Být vstřícný a ochotný se s rodiči setkávat i mimo určené společné schůzky rodičů.
5. Snažit se navázat s rodiči vztah založený na vzájemné důvěře tak, aby se rodiče nebáli na cokoli pedagoga zeptat, i mimo jím stanovené kompetence.
6. Dávat pozor na to, aby vůči rodičům učitel nevyjadřoval své nadřazené postavení, neznehodnocoval jeho znalosti, zkušenosti či vědomosti a už vůbec ne důležitost jeho rodičovské role na vzdělávání jeho dítěte.

7. Podobně je třeba dávat pozor při vyslovování negativních zpráv o vzdělávání dítěte, komplikacích či negativních prognózách, neboť mnozí rodiče mají o svých dětech nepřiměřené představy a mohlo by je to šokovat či v nich podnítit agresivní reakci.
8. Připravit se v rámci komunikace i na rodiče, kteří se stavem svého dítěte příliš nezabývají, svou snahu vzdali a nemají zájem se účastnit na jeho pokrocích a umět zvolit vhodné motivační prvky a komunikační styly, které by rodiče podnítily ke změně, případně se naučit někdy rodiče nechat být, pokud o pomoc skutečně nestojí.

Co se týče doporučení například pro pracovníky speciálně pedagogických center či jiných poradenských zařízení, tak lze doporučit jednoznačně říkat rodičům dětí celou pravdu. Rodiče sice nejprve pravděpodobně prožijí šok, ale ve skutečnosti se jim uleví. Milosrdné mlžení o tom, že se ještě uvidí a určitě se to zlepší, je horší. Pokud se rodiče dozví a smíří s pravdou co nejdříve, do budoucna to poskytuje dobrý odrazový můstek pro zajišťování možné nápravy. Nejdůležitější je to zřejmě u autistů, neboť ti pokud se něco naučí ve dvou letech, už to budou stereotypně dělat celý život. Pokud se s nimi však nejedná jako s autisty, ubližuje jim to, podněcuje problémy a komplikace. Rodiče si nevědí rady a učitelé pak mají složitou odrazovou situaci při vzdělávání takových dětí. Jak pro rodiče, tak hlavně pro děti je lepší sdělit skutečný stav věci a odkázat je na reálné možnosti pomoci a nastítnit také skutečné možnosti do budoucna. Pak lze předpokládat, že dítěti bude věnována opravdu ta nejvhodnější péče, nebude přetěžováno nepřiměřenými požadavky a nároky a samo pak bude šťastnější a spokojenější, což se pochopitelně přenesení i na samotné rodiče.

Závěr

Předkládaná práce byla rozdělena na část teoretickou a část praktickou. V teoretické části bylo nejprve vysvětleno, co se diagnostikuje jako zdravotní postižení a jaké typy se rozlišují včetně specifik každého zdravotního postižení z pohledu vzdělávání a psychického vývoje dětí, neboť to bylo důležité pro další zpracování práce. Následující kapitola už se věnovala problematice postiženého dítěte v rodině, tedy jak se rodina s takovým postižením vyrovnává, s jakými změnami se musí rodiče vypořádat a kdo jim v takové chvíli může pomoci (zejména z hlediska různých institucí a odborníků). Poslední kapitola teoretické části se zaměřila již na otázku komunikace a jejich specifik v rámci komunikace pracovníků SPC, speciálních škol a jiných organizací pracujících a komunikujících s rodinami postižených dětí.

V následující praktické části pak byly prezentovány výsledky dotazníkového šetření realizovaného s rodiči mentálně postižených dětí docházejících do konkrétní speciální školy s cílem zjistit jejich zkušenosti s pracovníky speciálních škol. Výzkum se zaměřoval na komunikaci s těmito rodiči a pedagogy jejich dětí. Doplňkovým výzkumem pak byly rozhovory s konkrétními pedagogy školy, kam docházejí děti dotazovaných rodičů, aby bylo možné poskytnout i náhled z druhé strany a následně pak případné výsledky dotazníků doplnit těmito vyjádřeními či zkušenostmi zkušených pedagogů.

Cílem předkládané práce tak bylo zejména seznámení s problematikou komunikace s rodiči, jejichž dítěti bylo diagnostikováno nějaké zdravotní postižení, úskalí z toho vyplývající a současně přinést praktický přínos pro začínající učitele i rodiče dětí s postižením. Dílčími cíli bylo uvést některá pravidla komunikace s rodiči žáka s postižením, pravidla při oznamování postižení rodině, následnou komunikaci s obvodním lékařem a SPC a nastínit problematiku přijímání negativních informací rodinou. Cíl práce byl splněn.

Učitelé musí být při komunikaci s rodičem trpěliví, vstřícní, empatictí, ale za každou cenu by také měli být upřímní a neuvádět rodičům zavádějící nebo lživé informace. Rodiče musí být učiteli připraveni na opravdovou prognózu jejich dítěte, na jeho šance na další vzdělávání apod. Učitelé musí být schopni vyhodnotit situaci,

nedat rodičům najevo svou nadřazenost, větší zkušenost či vzdělanost, ale současně musí umět volit takové komunikační prostředky či styly, které budou pro rodiče takto postižených dětí (kteří někdy také mívají nějaký typ postižení či sníženou inteligenci) pochopitelné, akceptovatelné a dostatečné. Učitelům ve sledovaném školském zařízení se to zdárně daří, což prezentuje i oblíbenost této školy v celém okolí. Zkušenosti dotázaných učitelů tak mohou posloužit jako vzor pro jiná podobně zaměřená školská zařízení či pro mladé začínající učitele.

Seznam použitých zdrojů

Seznam použitých českých zdrojů

DEVITO, J. A. Základy mezilidské komunikace. 6. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 502 s. ISBN 978-80-247-2018-0. FRIEDLOVÁ, K. Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči. Praha: Grada Publishing a.s., 2007. 168 s. ISBN 978-80-247-1314-4.

HRDLIČKA, M.; KOMÁREK, M. Dětský autismus: přehled současných poznatků. Praha: Portál, 2004. 206 s. ISBN 978-80-717-8813-3.

KRHUTOVÁ, L., MICHALÍK, J., POTMĚŠIL, M., NOVOSAD, L., VALENTA, M. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2005. 270 s. ISBN 80-244-1168-7.

KUZNÍKOVÁ, I. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.

MARKOVÁ, E.; VENGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. Psychiatrická ošetrovatelská péče. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 352 s. ISBN 978-80-247-1151-5.

MICHALÍK, J. Metodický průvodce rodiče dítěte se zdravotním postižením (nejen) na základní škole. Ústí nad Labem: EdA, o. s. 2012. ISBN 978-80-904927-8-3.

MIKULÁŠTÍK, M. Komunikační dovednosti v praxi. 2. vyd. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 325 s. ISBN 978-80-247-2339-6.

PEŠOVÁ, I.; ŠAMALÍK, M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada Publishing a.s., 2006. 150 s. ISBN 978-80-247-1216-1.

PLEVOVÁ, I.; SLOWIK, R. Komunikace s dětským pacientem. Praha: Grada Publishing a.s., 2010. 256 s. ISBN 978-80-247-7303-2.

PTÁČEK, R. Etika a komunikace v medicíně. Praha: Grada Publishing a.s., 2011. 528 s. ISBN 978-80-247-3976-2.

REICHEL, J. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing a.s., 2009. 184 s. ISBN 978–80–247–3006–6.

SKALÍKOVÁ, L.; THOŘOVÁ, K. Diagnostika autismu z pohledu psychologa. In Lékařské listy, 2000. č. 32. s. 2.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2004. ISBN 80–7178–802–3.

VALÍŠOVÁ, A.; KASÍKOVÁ, H. a kol. Pedagogika pro učitele. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. ISBN 978–80–247–1734–0.

VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 2006. ISBN 80–7315–134–0.

VALENTA, M.; MICHALÍK, J.; LEČBYCH, M a kol. Mentální postižení. Praha: Grada Publishing a.s., 2012. 349 s. ISBN 978–80–247–3829–1.

VÝROST, J. Sociální psychologie. Praha: Grada Publishing a.s., 2008. 404 s. ISBN 978–80–247–1428–8

Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění.

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění.

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. (školský zákon), v platném znění.

Seznam použitých internetových zdrojů

ČSÚ. [online]. Výběrové šetření zdravotně postižených osob 2013. 2014. [cit. 14–10–2014] Dostupný z http://www.czso.cz/csu/2014edicniplan.nsf/publ/260006-14-n_2014.

CHRASTÍKOVÁ, G.; MROWETZ, M. Jak se vyrovnat s postižením dítěte. [online]. 2012. [cit. 16–10–2014] Dostupný z <http://www.sancedetem.cz/srv/www/content/pub/cs/clanky/jak-se-vyrovnat-s-postizenim-ditete--44.html>.

ZŠ Sluneční [online]. Oficiální stránky školy. [cit. 20–11–2014] <http://www.zs-slunecni.cz/text-o-skole.htm>.

Seznam grafů a tabulek

Seznam grafů

Graf 21 Pohlaví respondentů.	47
Graf 22 Čas prvního seznámení s diagnózou. 48	
Graf 23 Chování lékařů při sdělování diagnózy.	49
Graf 24 Spokojenost s dostatečností poskytnutých informací.	50
Graf 25 Osoba, která v tu chvíli respondentům nejvíce pomohla.	51
Graf 26 Osoba/osoby, od nichž dostávají respondenti nejdetailnější informace o stavu dítěte.	52
Graf 27 Zkušenosti respondentů s různými službami.	53
Graf 28 Spokojenost s komunikací v rámci různých služeb pro mentálně postižené děti.	54
Graf 29 Zkušenost s návštěvou různých poradenských zařízení.	55
Graf 30 Spokojenost s přístupem k rodičům.	55
Graf 31 Hodnocení přístupu školy, komunikace.	56
Graf 32 Hodnocení komunikace s učiteli.	57
Graf 33 Pravidelnost docházení na třídní a jiné schůzky.	58
Graf 34 Vycházení vstříc rodičům s různými požadavky, schůzkami aj.	59
Graf 35 Problémy s přijetím negativních informací o stavu dítěte.	60
Graf 36 Citlivost a empatie učitelů k rodičům při sdělování nepříjemných informací. 61	
Graf 37 Zkušenosti s konzultacemi s pedagogy.	62
Graf 38 Zájem pedagogů o rodiče a individuálnost jejich přístupu.	63

Graf 39 Zkušenosti se znevažováním znalostí rodičů od učitelů.	64
Graf 40 Doporučení rodičů vůči učitelům.	65

Seznam tabulek

Tabulka 3 Základní charakteristiky zdravotně postižených osob v ČR (ČSÚ, 2014).

18

Tabulka 4 Míra zdravotního postižení v rámci celé populace a v rámci dětí do 14 let (ČSÚ, 2014).

19

Seznam příloh

Příloha A – dotazník pro rodiče

Příloha B – rozhovory pro pedagogy

Přílohy

Příloha A - dotazník pro rodiče

Vážení rodiče,

Tímto Vás prosím o vyplnění dotazníku, který je součástí mé diplomové práce s názvem „Komunikace s rodinou žáka s postižením“. V dotazníku bych se chtěla zaměřit na Vaše zkušenosti a názory na Vaši komunikaci s odborníky, pedagogy aj. ohledně zdravotního postižení Vašeho dítěte, jeho vzdělávání, péči o ně apod. Dotazník je naprosto anonymní, proto prosím odpovídejte po pravdě. Pokud není u otázky uvedeno jinak, zvolte vždy jen jednu odpověď. Velice Vám děkuji za ochotu a Váš čas.

1) Jste:

- a) žena
- b) muž

2) Kdy jste se poprvé dozvěděli, že Vaše dítě bude/je mentálně postižené?

- a) již před narozením
- b) velmi brzy po narození
- c) v průběhu prvního roku dítěte
- d) později

3) Jak se k Vám chovali lékaři (či jiné osoby, od nichž jste se tuto informaci dozvěděli), kteří Vám tuto informaci sdělovali?

- a) velmi citlivě a s pochopením
- b) v tu chvíli jsem to nevnímala/a
- c) citlivě, ale bez účasti
- d) stroze a necitlivě

4) Dostali jste v tu chvíli od odborníků dostatek potřebných informací?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

5) Kdo Vám v tu chvíli nejvíce pomohl?

- a) vlastní rodina
- b) lékař, sestry
- c) sociální pracovníce
- d) pracovníci rané péče
- e) nikdo, musel/a jsem si hledat informace sám
- f) někdo

jiný

(kdo?).....

6) Od koho jste dostali nebo dostáváte nejdetailnější informace o stavu Vašeho dítěte?

- a) od lékařů
- b) od pracovníků SPC
- c) od učitele
- d) jiná

osoba

(kdo?).....

7) Jaké služby jste využili do té doby, než Vaše dítě nastoupilo do speciální základní školy (můžete vybrat více možností)?

- a) raná péče
- b) osobní asistence
- c) speciálně pedagogická centra
- d) speciální mateřské školy
- e) denní stacionář
- f) přípravné třídy
- g) různé neziskové organizace, střediska pomoci, občanská sdružení aj.
- h) jiné
(doplňte).....
- i) žádné

8) Jak byste zhodnotil/a komunikaci s Vámi jako s rodičem v rámci výše zmíněných služeb, se kterými máte zkušenosti?

- a) velmi dobrá
- b) celkem dobrá
- c) průměrná
- d) ne moc dobrá
- e) nedostačující

9) Navštívil/a jste před započatím docházení do základní školy školní poradenské zařízení?

- a) ano
- b) ne

10) Jak byste zhodnotili přístup tamějších pracovníků k Vám jako rodičům?

- a) byli milí, měl/a jsem v ně a jejich rozhodnutí důvěru
- b) byli milí, ale nezdáli se mi jako odborníci
- c) nebyli nejmilejší, ale věděli, co dělají
- d) vůbec s námi nekomunikovali
- e) jiné
(doplňte).....
- f) nebyli jsme tam

11) A jak hodnotíte přístup základní školy, do které dochází Vaše dítě, konkrétně komunikaci s vedením školy? Máte od něj vždy dostatek potřebných informací o podobě školního roku, nabídce služeb aj.?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

12) Jak hodnotíte přístup základní školy, do které dochází Vaše dítě, konkrétně komunikaci s učiteli Vašeho dítěte? Máte od nich vždy dostatek potřebných informací o potřebách Vašeho dítěte, prospěchu aj.?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) určitě ne

13) Docházíte pravidelně na třídní schůzky či jiné schůzky, které si vyžádají učitelé Vašeho dítěte?

- a) ano, vždy
- b) ano, někdy

- c) ano, výjimečně
 - d) ne, nemám na to čas
 - e) ne, vyhýbám se tomu
- 14) Pokud něčemu nerozumíte, chcete si sjednat schůzku s učitelem či ředitelem školy mimo plánovaná setkání, vyjdou Vám ve škole vstříc a nemají problém Vám pomoci, probrat Vaše požadavky či otázky?
- a) ano, vždy
 - b) ano, někdy
 - c) ano, výjimečně
 - d) ne, nikdy mi nevyjdou vstříc
 - e) ne, nikdy jsem nepotřeboval/a pomoc nebo vysvětlení
- 15) Máte problém přijmout od učitelů či jiných odborníků skutečnou pravdu o diagnóze Vašeho dítěte se všemi negativními důsledky a prognózami?
- a) dříve ano, dnes už ne
 - b) vždy
 - c) někdy
 - d) výjimečně
 - e) od učitelů ano, od lékařů či pracovníků SPC ne
 - f) ne
- 16) Pokud Vám učitel sděluje nějaké negativní či ne příliš příjemné informace o průběhu vzdělávání u Vašeho dítěte, je dostatečně citlivý a empatický a hovoří skutečně k věci?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 17) Konzultujete s pedagogy i některé výchovné či vzdělávací postupy, které uplatňujete doma mimo školu?
- a) ano, vždy
 - b) ano, někdy
 - c) ano, výjimečně
 - d) ne, to si dělám podle sebe
- 18) Pokud s pedagogem Vy něco řešíte, máte pocit, že k Vám zaujímá dostatečně individuální přístup?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne
- 19) Vnímáte někdy u učitelů, že by se vůči Vám chovali s despektem, znevažovali Vaše znalosti či vzdělání ohledně postižení Vašeho dítěte?
- a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) spíše ne
 - d) určitě ne

20) Je něco, co byste v komunikaci učitelů s Vámi uvítali, co by Vám pomohlo, nebo co postrádáte?

a) ne

b) ano

(doplňte)

.....
.....

Příloha B - rozhovory pro pedagogy

Rozhovory pro pedagogy:

Pohlaví:

Pracovní pozice, zařazení:

Délka praxe:

Otázka 1: Jak byste zhodnotil/a informovanost rodičů mentálně postižených dětí, které nastoupí k Vám na školu při Vašem prvním kontaktu s ním? Jsou rodiče dostatečně informováni o diagnóze svého dítěte? O možnostech jeho vzdělávání, jeho prognóze apod.?

Otázka 2: Zaznamenáváte při komunikaci s rodiči nějaké komunikační bariéry či problémy?

Otázka 3: Jak probíhá sdělování nepříjemných zpráv rodičům? Stojí o tyto informace nebo mají spíše tendence je podceňovat, ignorovat?

Otázka 4: Mají ve Vás rodiče důvěru? Přicházejí k Vám řešit i některé záležitosti mimo školní výuku aj.?

Otázka 5: Myslíte si, že poskytujete rodičům dostatečné informace, vnímáte v tomto ohledu nějaké nedostatky či slabiny (z Vaší strany – např. vzdělání, či ze strany školy), které by mohly být odstraněny?

Otázka 6: Je ještě něco, co byste rád/ráda dodala k problematice komunikace s rodiči mentálně postižených dětí?

Bibliografické údaje

Jméno autora: MgA. Jana Jánošíková

Obor: Speciální pedagogika – učitelství

Forma studia: kombinované studium

Název práce: Komunikace s rodinou žáka s postižením

Rok: 2015

Počet stran textu: 68

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 21

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 3

Vedoucí práce: Mgr. Jana Tomanová, Ph.D.