

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií



Bakalářská práce

Marcela Chromková

PODPŮRNÁ OPATŘENÍ UMOŽŇUJÍCÍ INTEGRACI DĚTÍ S MENTÁLNÍM
POSTIŽENÍM V MATEŘSKÉ ŠKOLE

Olomouc 2014

vedoucí práce: Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně a použila jen uvedené informační zdroje.

V Olomouci dne 18. dubna 2014.

.....

Poděkování

Děkuji paní Mgr. Petře Jurkovičové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, její trpělivost a cenné rady.

Anotace

Jméno a příjmení:	Marcela Chromková
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Petra Jurkovičová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2014

Název práce:	Podpůrná opatření umožňující integraci dětí s mentálním postižením v mateřské škole
Název v angličtině:	Supportive measures to integrate children with learning disabilities in kindergarten
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá využitím podpůrných opatření, která umožňují integraci dětí s mentálním postižením v mateřské škole. Definiuje předškolní vzdělávání, dítě předškolního věku, speciální vzdělávací potřeby, školní integraci a podpůrná opatření důležitá pro její realizaci. Zjišťuje, která opatření jsou nutná pro úspěšnou integraci, a která ji potlačují. Obsahuje analýzy kazuistik a osobních dokumentů klientů SPC (speciálně pedagogické centrum).
Klíčová slova:	Integrace, mentální postižení, podpůrná opatření, předškolní věk, asistent pedagoga, individuální vzdělávací plán
Anotace v angličtině:	Bachelor degree work deals with the use of supporting measures that enable integration of mentally handicapped children in nursery. It defines preschool education, children of preschool age, special educational needs, school integration and supporting measures for its realization. It establishes both the measures necessary for successful integration as well as the measures that put down the realization. It includes analyses of casuistries and personal documents of SPC (Special Pedagogical Centre) clients.

Klíčová slova v angličtině:	Integration, mental handicap, supporting measures, preschool age, teacher´s assistant, individual educational plan
Přílohy vázané v práci:	-
Rozsah práce:	53 stran
Jazyk práce:	český

Obsah

Úvod.....	7
1 Předškolní věk	8
1.1 Předškolní vzdělávání z pohledu RVP PV.....	8
1.2 Specifika předškolního vzdělávání.....	8
1.3 Vývoj dítěte předškolního věku	9
2 Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami	15
2.1 Formy speciálního vzdělávání.....	16
3 Školní integrace	18
3.1 Vymezení pojmu integrace	18
3.2 Modely integrace	19
3.3 Integrované vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami z pohledu RVP...	20
3.4 Podpůrná opatření.....	22
3.4.1 Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP)	22
3.4.2 Asistent pedagoga	24
4 Mentální postižení.....	25
4.1 Rámcová charakteristika klientely s mentálním postižením.....	25
4.2 Klasifikace podle etiologie.....	30
4.3 Základní charakteristika lehké mentální retardace	32
6 Metodologie.....	35
7 Charakteristika výzkumného vzorku	36
8 Analýza a interpretace výsledků výzkumu.....	37
Případová studie č.1 – Vojta	37
Případová studie č.2 – Marek.....	40
Případová studie č.3 – Natálka.....	42
Případová studie č.4 – Honzík	46
9 Závěr praktické části	49
Závěr	50
Literatura	52

Úvod

Současný vývoj společnosti nám dává příležitost a nové možnosti v přístupu k dětem. Každý z nás je od narození jedinečnou bytostí, má různé potřeby, zájmy, přání, ale také míru schopností, dovedností a umu, jak tohoto dosáhnout. Pro dítě je naplňování a uspokojování všech životně důležitých potřeb nezbytné k zdravému a harmonickému vývoji. Cílem vzdělávání je všestranně harmonicky rozvinutá osobnost dítěte s ohledem na jeho individuální předpoklady. Prostředí, které uznává právě hodnoty individuálních rozdílů, je hlavním principem soudobých snah integrace v proudu současného vzdělávání. Žáci se zdravotním postižením, se zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním mají odlišné speciální vzdělávací potřeby, které by měly být ve výchovně vzdělávacím procesu respektovány. Speciálně pedagogická podpora a zavádění podpůrných opatření jsou přístupy, které speciální potřeby respektují.

Obsahem této práce je využití a míra podpůrných opatření při integraci dětí s mentálním postižením v mateřské škole, jejich efektivita v procesu vzdělávání a přínos pro dítě samotné. Cílem práce je zjistit, za jakých podmínek můžeme integraci podporovat, kdy bude úspěšná, co může úspěšnost brzdit nebo zcela znemožnit, která podpůrná opatření nejvíc pomáhají. Výzkumné poznatky vycházejí přímo z vlastních zkušeností autorky, z její pedagogické praxe. Právě tyto zkušenosti potvrzují, že mateřská škola, kde se sejdou vstřícní a tvořiví lidé, kteří mají chuť zkoušet nové věci a učit se, má nejlepší předpoklady otevřít se všem dětem bez rozdílu. Zavádění a realizaci podpůrných opatření ovlivňují některé faktory, kterými může být osobnost pedagoga ve třídě, odborná připravenost asistenta pedagoga, finanční zabezpečení, efektivní týmová spolupráce, celkové klima školy, spolupráce s poradenskými zařízeními a hlavně s rodiči dítěte. Pokud se nám podaří, aby prožitý čas v mateřské škole byl pro dítě radostí, přispíval k jeho osobní spokojenosti a pohodě, byl zdrojem nových zážitků a příjemných zkušeností můžeme si říci, že naše snaha byla naplněna v maximální možné míře.

1 Předškolní věk

1.1 Předškolní vzdělávání z pohledu RVP PV

„Úkolem institucionálního předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a v úzké vazbě na ni pomáhat zajistit dítěti prostředí s dostatkem mnohostranných a přiměřených podnětů k jeho aktivnímu rozvoji a učení. Předškolní vzdělávání má smysluplně obohacovat denní program dítěte v průběhu jeho předškolních let a poskytovat dítěti odbornou péči. Mělo by usilovat, aby první vzdělávací krůčky dítěte byly stavěny na promyšleném, odborně podepřeném a lidsky i společensky hodnotném základě, a aby čas prožitý v mateřské škole byl pro dítě radostí, příjemnou zkušeností a zdrojem dobrých a spolehlivých základů do života i vzdělávání.“ (RVP PV, 2004, s.7)

Předškolní vzdělávání je pro dítě přípravou i pomocníkem pro jeho další životní i vzdělávací cestu. Jeho úkolem je rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho tělesný rozvoj a zdraví, osobní spokojenost a pohodu. Napomáhat mu v chápání a poznávání okolního světa, motivovat je k dalšímu poznávání a učení, stejně tak i učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty touto společností uznávané. (RVP PV, 2004)

„Na základě dlouhodobého a každodenního styku s dítětem i jeho rodiči může předškolní vzdělávání plnit i úkol diagnostický, zejména ve vztahu k dětem se speciálními vzdělávacími potřebami. Dětem, které to potřebují (dětem s nerovnoměrnostmi ve vývoji, dětem se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním), má předškolní vzdělávání, na základě znalosti aktuální úrovně rozvoje dítěte i jeho dalších rozvojových možností, poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči a tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance.“ (RVP PV, 2004, s.8)

1.2 Specifika předškolního vzdělávání

Vzdělávání v předškolním období dítěte se maximálně přizpůsobuje jeho vývojovým, fyziologickým, kognitivním, sociálním a emocionálním potřebám. Dbá především na to, aby tato vývojová specifika byla při vzdělávání dětí v plné míře respektována.

Důležitou rolí v předškolním vzdělávání hraje prostředí, které by mělo být co nejvíc vhodné, pro dítě vstřícné, podnětné, zajímavé a obsahově bohaté, v němž se dítě může cítit jistě, bezpečně, radostně a spokojeně, a které mu zajišťuje možnost projevit se, bavit a zaměstnávat přirozeným dětským způsobem. (RVP PV, 2004)

„Vzdělávání má být důsledně vázáno k individuálně různým potřebám a možnostem jednotlivých dětí, včetně vzdělávacích potřeb specifických. Každému dítěti je třeba poskytnout pomoc a podporu v míře, kterou individuálně potřebuje, a v kvalitě, která mu vyhovuje. Proto je nutné, aby vzdělávací působení pedagoga vycházelo z pedagogické analýzy - z pozorování a uvědomění si individuálních potřeb a zájmů dítěte, ze znalosti jeho aktuálního rozvojového stavu i konkrétní životní a sociální situace a pravidelného sledování jeho rozvojových i vzdělávacích pokroků.“ (RVP PV, 2004, s.8) Pouze tímto způsobem je možno zajistit, aby pedagogické aktivity probíhaly v rozsahu potřeb jednotlivých dětí. Každé dítě má být stimulováno, citlivě podněcováno k učení a pozitivně motivováno k vlastnímu vzdělávacímu úsilí způsobem a v míře jemu vyhovující. Dítě tak může dosahovat vzdělávacích a rozvojových pokroků vzhledem k jeho možnostem optimálním a samo se může cítit úspěšné, svým okolím uznávané a přijímané. (RVP PV, 2004)

„Takovéto pojetí vzdělávání umožňuje vzdělávat společně v jedné třídě děti bez ohledu na jejich rozdílné schopnosti a učební předpoklady. V předškolním vzdělávání tak mohou být vytvářeny třídy, v nichž si děti mohou být věkově blízké, stejně tak i věkově vzdálenější, mohou vykazovat rozdílné vzdělávací možnosti a potřeby, včetně specifických.“ (RVP PV, 2004, s.8)

1.3 Vývoj dítěte předškolního věku

Dle Plevové (2012) má předškolní věk dvě rozmezí, která jsou dána novým sociálním zařazením dítěte. Na samém začátku, mezi třetím a čtvrtým rokem, je to vstup do mateřské školy a na konci, po dovršení šestého roku, nástup do základní školy, který patří k významným mezníkům v životě každého dítěte. Název pro toto období není jednotný. V literatuře se můžeme setkat s pojmem „předškolní dětství“ (Kuric, 1986) nebo „druhé dětství“ (Příhoda, 1977). Těsně před vstupem do školy dochází v organismu dítěte a jeho psychice k řadě vývojových změn. Většina z nich je pro zvládnutí požadavků systematického vzdělávání podstatná. Vzhledem k jejich závislosti na mechanismech zrání a učení představují základ pro vstup dítěte do školy.

Vývoj motoriky

V předškolním věku dochází k intenzivnímu rozvoji mozkové kůry a tím je podmíněn celý psychický vývoj. Pohybové funkce se mění, zdokonaluje se hrubá motorika a dítě je schopno zvládat činnosti, které vyžadují složitou pohybovou koordinaci, např. jízdu na kole, bruslení, lyžování, plavání. *„Rozvoj jemné motoriky umožňuje dětem manipulaci s tužkou, nůžkami, jíst přiborem a chytat míč, rozvíjí se manuální zručnost. Po čtvrtém roce se vyhraňuje převaha jedné ruky, snižuje se počet „obouručních“. Dominance jedné ruky je podmíněna převahou jedné mozkové hemisféry nad druhou, pokud je činnost obou hemisfér stejná, mluvíme o ambidextrii – nevyhraněná lateralita. Vcelku bychom mohli motorický vývoj v předškolním věku označit jako neustálé zdokonalování a zlepšování pohybové koordinace a elegance. Pohyb zůstává neustále nejpřirozenější potřebou dítěte“.* (Plevová, 2010, s.75)

Vývoj poznávacích procesů

Velmi intenzivně se u dítěte předškolního věku vyvíjejí poznávací procesy. Vnímá celistvě, nerozděluje předměty na jednotlivé části, nerozeznává základní vztahy mezi nimi. Jeho pozornost poutají především nápadné předměty, které mají vztah k činnosti. Co se týče barevného vidění, začíná rozlišovat doplňkové barvy, sluchem analyzuje zvuky různých zdrojů. Významným zdrojem zážitků je hmat, základním rysem paměti je neustále převaha konkrétnosti a mimovolnosti. *„Pozornost je na začátku ještě nestálá a přelétavá, s postupujícím věkem se dítě lépe a déle soustředí, vytvářejí se počátky úmyslné pozornosti. Stálost a úmyslnost pozornosti nezávisí pouze na věku, ale též na temperamentových zvláštěnostech a druhu činnosti, kterou dítě vykonává.“* (Plevová, 2010, s.76) Dále Plevová (2010) uvádí, že v myšlení dochází k velmi výrazné vývojové změně. Dítě opouští fázi předpojmového myšlení a přechází na úroveň myšlení, které Piaget nazývá názorné, intuitivní. Poznávací aktivita se odráží i ve slovní zásobě, v rozvoji řeči. Děti zajímá příčina, ptají se „proč“.

Emocionální a sociální vývoj

Z konkrétních činností, dítě získává bohaté zážitky. Začínají se rozvíjet vyšší city sociální, intelektuální, estetické a etické. *„Hlavní činností, ve které probíhá proces socializace je hra. Prostřednictvím hry se dítě seznamuje s okolím, zkoumá věci a experimentuje s nimi.“*

Dětská hra je základním výchovným prostředkem, jímž se usměrňuje vývoj dětské osobnosti.“ (Plevová, 2010, s. 79)

Velice důležitá pro vstup dítěte do mateřské školy je jeho zralost a připravenost. Vágnerová (2007) zdůrazňuje, že doba, kdy je dítě schopné zůstat po značnou část dne samo v cizím prostředí a přizpůsobit se jeho nárokům, bývá individuálně různá, pohybuje se v rozmezí celého předškolního věku, mezi 4. – 5. rokem zvládne tuto zátěž většina z nich. Vstup do mateřské školy je spojen s nutností přijmout a respektovat cizí dospělou autoritu, učitelku. Vztah předškolního dítěte k učitelce, a naopak, i její chování k dítěti, mívá dost osobní charakter. Dítě potřebuje získat pocit jistoty a akceptovat ji emočně, jako osobně významnou bytost, od níž očekává obdobně výlučný vztah. Kromě toho se musí podřídit řádu školy, který je jiný než domácí pravidla.

V mateřské škole je dítě zařazeno do kolektivu neznámých vrstevníků, kde nemá tak výsadní postavení, jako v rodině. *„Pozici mezi nimi si musí teprve vydobýt, i když se tak děje za vydatné pomoci učitelek. Musí se naučit prosadit, ale nesmí to být na úkor někoho jiného. Je zde vystaveno zátěži konkurence, nezájmu i přehlížení. Ale může zde získat uspokojení v rámci součinnosti a sdílení společných zážitků s jinými dětmi. Většina předškolních dětí má potřebu kontaktu s vrstevníky, dozrávají na úroveň, kdy dovedou navazovat vztahy s cizími dětmi a sdílet s nimi různé aktivity. Cizí děti jsou snáze přijatelné než cizí dospělí, nevyvolávají tak velké pocity ohrožení, nejeví se zásadně mocnější a silnější než ono samo. Vrstevníci jsou cílovou společenskou skupinou, s nimi bude dítě sdílet celý další život“* (Matějček, 2003 in Vágnerová, 2007, s. 99)

Vágnerová (2007) se zamýšlí nad postiženými dětmi, které mívají obvykle s vrstevníky mnohem méně zkušeností, a proto bývá jejich začlenění do dětské skupiny obtížnější. Chybí jim mnohé sociální dovednosti, které si osvojují teprve v mateřské škole a leckdy to je k tomu potřebné vedení učitelky.

Přinosilová (2007) vymezuje předškolní období věkem od 3 do 6 -7let, za určitých okolností u dětí s postižením až do 8 let, tedy do zahájení školní docházky. Úkolem diagnostiky tohoto věku je stanovení kvality znalostí a chování dítěte, přičemž se snažíme zjistit příčiny odchylek od průměrného celkového vývoje.

V tomto období bývají děti zařazovány do předškolních zařízení, kde mohou odborníci pozitivně působit na jejich další rozvoj.

Z pohledu Bartoňové (2005) předškolní věk zahrnuje období od dovršení třetího roku do vstupu do školy, tj. asi do ukončení šestého roku života. Vývoj je plynulejší, dochází k větší diferenciaci v jednotlivých oblastech dětské psychiky. Je obdobím, kdy pro dítě stále zůstává rodina základem výchovného působení, na kterých potom staví mateřské školy, speciální mateřské školy, stacionáře. V psychice dítěte dochází k rozvoji sebeuvědomění, které se dotváří a současně i rozvíjí. Na začátku období je hravé dítě a na konci období dítě připravené na školu.

V tomto věku dochází k rozvoji pohybových a tělesných funkcí. Jedinec se stává zdatnější a odolnější. Zlepšuje se koordinace pohybů, stávají se hbitější a elegantnější. Na konci období se výrazně zlepšuje jemná motorika. Toto zlepšení mu pomáhá získávat nové zkušenosti. Svou zručnost si cvičí v sebeobsluze, v kresbě, při hře. Pohyby závisí na vědomí, osvojuje si náročnější pohyby, které vyžadují jeho soustředěnou pozornost.

Předmětem hodnocení rozumového vývoje je především kvalita poznávacích procesů. Dětské poznání je spojeno hlavně s předměty a jevy, které upoutají jeho pozornost. Vnímání je globální, neanalytické, smyslové vnímání se postupně zdokonaluje s přibývajícimi praktickými zkušenostmi. Čačka (2000) uvádí, že na začátku předškolního věku nastává „druhé období otázek“, děti se často ptají: „Jak to dělá?“, „Proč to dělá?“... V otázkách se tedy již objevuje objasnění příčiny a funkce.

Pro toto období je charakteristický intenzivní rozvoj poznávacích procesů, který je individuální a souvisí s vyspělostí nervové soustavy. Na dětské poznání navazuje rozvoj zájmů a rozvoj citového zaujetí. Smyslové vnímání se zdokonaluje s přibývajícimi praktickými zkušenostmi. Pro dobrou orientaci v prostředí je důležité zrakové vnímání (srov. Květoňová-Švecová, 2000; Sýkorová, 2002). Mladší děti předškolního věku vnímají povrchně a schematicky, starší děti již dokážou například předmět poznat, ale i pojmenovat.

Myšlení dosahuje velice intenzivního rozvoje. Od předpojmového myšlení, které je charakteristické kolem čtvrtého roku, přechází na myšlení intuitivní. Uvažuje v pojmech, provádí soudy a úsudky, zkoumá a objevuje již vzájemné vztahy a souvislosti

mezi věcmi. Učí se postihnout prostorové, časové, matematické a kauzální vztahy. Ke konci období se při správném přístupu a pedagogickém vedení začíná u předškolních dětí formovat logické a abstraktní myšlení.

S myšlením je úzce spjat i rozvoj řeči. Ta pomáhá jedinci tvořit pojmy a ostatní logické formy myšlení. U předškolního dítěte však forma vyjadřování předbíhá úroveň myšlení (Čačka, 2000). Stává se základním prostředkem komunikace dítěte s okolím. Aktivní slovní zásoba vzrůstá až trojnásobně, ale dítě rozumí ještě mnohem více slovům, obohacuje se slovní zásoba. Učí se mluvit prostřednictvím nápodoby mluvního projevu dospělých, se kterými komunikuje. Nápodobou se učí i gramatická pravidla, pro nedostatečně rozvinutý jazykový cit v nich může chybovat. Pro konverzaci předškolního dítěte je typická nedostatečná koordinace všech dílčích složek participujících na tvorbě řeči (Vágnerová, 1999). Tím, že u dítěte podporujeme komunikaci, zdokonalují se jeho jazykové dovednosti, výslovnost, celkové souvislé vyjadřování, což je důležité pro nástup do školního prostředí.

Citový a sociální vývoj se považuje za velice důležitou oblast rozvoje osobnosti dítěte. City se projevují a uplatňují při veškeré činnosti, ale i chování, stávají se obsažnější a diferencovanější. Je pro ně charakteristická změna v obsahu citů a způsobu projevování citů. Rozvíjí se i vyšší city intelektuální, estetické a morální. Vývoj uvědomění si sebe sama souvisí s uvědomováním si vlastních prožitků a projevů (Čačka, 2000; Kohoutek, 1998). Dochází k rozvoji volního chování a jednání. Je důležité již od tohoto období vést děti k zachovávaní návyků a pravidel, tlumit neúčinné projevy. Dětské sebevědomí je zprostředkováno názorem jiných osob, rodičů, příbuzných. Pro dítě předškolního věku jsou rodiče něčím, co představuje normy, pravidla chování a jednání.

Pro dítě v předškolním věku je nejpřirozenější činností hra. Je doprovázena spontaneitou, poskytuje dítěti maximální uspokojení, dítě po hře touží. Hra pomáhá dítěti osamostatnit se, vede je k zapojení se do kolektivu, formuje jeho postoje a posiluje důstojnost (Čačka, 2000). Hra má vliv i na mravní vývoj dítěte, pěstuje jednotlivé volní vlastnosti, vyvolává radost, nadšení i zájem. Vágnerová (1999) uvádí, že dítě prostřednictvím hry poznává okolní realitu, dává mu pocit bezpečí, umožňuje uspokojovat jeho přání, která v realitě nejsou možná. Symbolická hra mu pomáhá chovat se podle svých představ, odstraňuje případné komunikační bariéry. Kromě úlohových her se rozvíjí hra konstruktivní, didaktická či hra s pravidly. Na konci předškolního období se dítě učí

prvním pracovním úkonům a to je fáze, kdy hra je mu postupně prací, kdy nejčastěji napodobuje činnost dospělých. Zvláštním druhem činnosti je dětská kresba, která je charakteristickým rysem dětského věku. V ní dítě vyjadřuje myšlenky, city a přání. Je pro ni typické, že s její pomocí vyjadřuje mnohem více, než je na skutečném předmětu vidět (rentgenové obrázky). Hodnocení dětské kresby je jedním z kritérií při posuzování mentální úrovně dítěte. (Bartoňová, 2005)

2 Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami

Vliv společenských změn po roce 1989 na vzdělávání.

Naše školství po roce 1989 prošlo zásadní změnou, která dává možnost vychovávat a vzdělávat děti a mladistvé s postižením ve všech typech škol. Je to krok dál, kdy společnost respektuje individualitu každého jedince. Snahou není, aby se dítě s postižením přizpůsobilo většině, ale přizpůsobení má být vzájemné. Společné má být i hledání cesty, jak si porozumět, pomáhat si, spolupracovat. (Uzlová, 2008)

Právo všech dětí na vzdělávání je zajištěno v Listině práv a svobod, která je svým článkem 33 součástí Ústavy České republiky (usnesení předsednictva ČNR 2/1993). Principem tohoto usnesení je nerozlišovat děti na handicapované a nehandicapované, hlavní je změna v zaměření na dítě v celé šíři jeho osobnosti a sociálních vztahů, nikoli se zřetelem pouze na jeho postižení. (Pipeková a kol, 1998).

„RVP PV vychází ve své základní koncepci z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z toho důvodu je RVP PV základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem.“ (RVP PV, 2004, s.36)

Předškolní vzdělávání má své rámcové cíle a záměry, které jsou pro děti předškolního věku společné. Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami je třeba jejich naplňování přizpůsobovat tak, aby maximálně vyhovělo dětem, jejich potřebám i možnostem. Snahou pedagogů při vzdělávání všech dětí, i těch, které speciální vzdělávací potřeby nemají, by mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu k dosažení co největší samostatnosti. (RVP PV, 2004)

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami obvykle vyžaduje některé jiné, podmínky, než vzdělávání dětí běžné populace. *„Základní povinné podmínky pro předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami jsou stanoveny zákony, vyhláškami a prováděcími předpisy. Kromě těchto podmínek je třeba, aby předškolní pedagog bral v úvahu ještě podmínky další, které ovlivňují kvalitu poskytovaného vzdělávání. Jsou to podmínky, které vyplývají z přirozených vývojových potřeb dětí předškolního věku (ty jsou formulovány v*

RVP PV), a zároveň i ty, které jsou dány jejich speciálními potřebami. Některé jsou pro všechny děti společné, jiné se liší podle charakteru a stupně postižení či znevýhodnění dítěte a v obecné formě se zpravidla týkají určité skupiny dětí. Pedagog by měl zajišťovat tyto podmínky s ohledem na vývojová a osobnostní specifika těchto dětí a měl by být vzdělán v oblasti speciální pedagogiky.“ (RVP PV, 2004, s. 36)

Školní legislativa

Dokumenty, které upravují vzdělávání osob se specifickými potřebami:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším, odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon ve znění pozdějších předpisů).
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

2.1 Formy speciálního vzdělávání

Vzdělávání dětí, žáků a studentů (dále jen "žák") se speciálními vzdělávacími potřebami (dále jen "speciální vzdělávání") a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření. (vyhláška č.73/2005Sb, §1)

Vyhláška (č. 73/2005 Sb., §3) vymezuje několik základních forem speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením:

- a) formou individuální integrace,
- b) formou skupinové integrace,
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (dále jen "speciální škola"), nebo

d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).

„Zkušenosti však rozhodně ukazují, že relativně nejsnáze se s integrací začíná právě na úrovni mateřské školy. Děti dosud nejsou zatíženy předsudky, jež přebírají od starší generace, jsou ve svých postojích otevřené a tvárné více než později. Chybí jim ovšem vcítění a ohledy, leckdy se řídí bezprostředními, nekontrolovatelnými impulzy. Taktní vedení a doprovázení dospělými je zajisté zapotřebí. Mateřská škola je pro integraci příhodná i tím, že větší důraz je tu kladen na sociální složku soužití, na společnou hru. Není tolik zdůrazněn výukový aspekt, plnění osnov závazných pro všechny. Individualizace výchovy je tu samozřejmější.“ (Šturma in Gillernová, 2003, s.167)

3 Školní integrace

3.1 Vymezení pojmu integrace

„V posledních letech se pojem integrace (inkluze) dětí se zdravotním postižením stává i u nás živým problémem, o kterém se diskutuje a společnost se ho snaží řešit. Vlastní pojem integrace má mnoho definic a výkladů. Pro srovnání uvádíme několik z nich. Zakladatel a klasik naší speciální pedagogiky M. Sovák ji v Defektologickém slovníku (1978, zde pod heslem socializace) chápe jako „nejvyšší stupeň socializace... úplné zapojení individua stíženého vadou, u něhož byly důsledky vady zcela a beze zbytku překonány“. (Gillernová, 2003, s. 161)

V současném pedagogickém pojetí se za integraci považuje společné vzdělávání postižených jedinců společně s jejich nepostiženými vrstevníky. Žáci s různými druhy zdravotního postižení jsou zařazováni do běžných škol, případně i do běžných tříd, v nichž se vzdělávají žáci bez postižení. Nový školský zákon považuje tuto formu vzdělávání za jednu ze základních forem vzdělávání žáků s mentální retardací. (Švarcová, 2006)

„Podle míry zapojení znevýhodněného jedince je to nejvyšší stupeň socializace, tj. úplné splynutí se zdravou společností. Jesenský definuje integraci takto: „Integraci definujeme jako spolužití postižených a nepostižených při přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“ (Jesenský 1992 in Pipeková 1998, s. 28). Definice přijatá WHO (1976 in Pipeková, 1998, s. 28-29)) formuluje integraci jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na obvyklých společenských vztazích.“ Integrace je stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s intaktní společností. Podílí se na vytváření hodnoty, které jsou uznávané jako rovnocenné, společensky významné a potřebné. (Pipeková, 1998)

V integraci (ucelení, sjednocení, spojení) spatřuje Valenta, Müller (2003) nejen objektivní začlenění jedince do společnosti (pracovní, edukační, společenské...), ale i s tím související naplňování potřeb seberealizace a sebeuspokojování. Od tohoto nejširšího pojetí integrace můžeme odlišit užší formu, školskou integraci, kterou lze definovat jako dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev. Dochází zde k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací.

3.2 Modely integrace

K evropským, ale také ke světovým základům speciální pedagogiky se řadí právo postižených na vzdělání a rovnost šancí. Toto základní právo, které ještě není zdaleka realizováno, bylo zaneseno v posledních letech ve více deklaracích. Formulace tohoto principu je předpokladem a prvním krokem ke vzdělávání postižených a k jejich integraci. (Vítková, 2004)

Integrativní snahy vychází z analýzy OECD, která popsala čtyři modely (Vítková, 2004, s.16):

1. *„Medicínský model* – vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání a léčba postižení. Speciálně pedagogická opatření, podpurné vyučování a různé speciální terapie se provádí ve zvláštních zařízeních. Integrace znamená reintegraci do běžné školy po předchozím vřazení do speciální školy. Toto pojetí nepožaduje změnu školského systému, nýbrž spočívá v přizpůsobení se dítěte stávající struktuře.

2. *Sociálně patologický model* – přepokládá, že základy integračních těžkostí nejsou biologické povahy, nýbrž sociální. V centru tohoto pojetí stojí otázka socializace a diskriminace podmíněné postižením. Postižení jsou v tomto smyslu sociálně nepřizpůsobiví a musí být pomocí speciální terapie adaptováni a normalizováni.

3. *Model prostředí* – řeší otázku, jak se má škola změnit, aby to bylo ve prospěch postižených žáků. Tím, že jsou děti integrovány do běžné školy, se škola přizpůsobuje potřebám všech žáků. Tomu odpovídá školská reforma, která uvnitř vlastního rámce kurikula poskytuje diferencované nabídky všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb. To vyžaduje optimální materiální a personální vybavení stejně jako vytvoření sítě speciálních a základních škol. Přednost tohoto modelu spočívá především v mimoškolní oblasti, tzn. v sociální oblasti. Flexibilní částečná integrace se zde považuje za dobrý kompromis.

4. *Antropologický model* – nejde v něm v první řadě o zlepšení prostředí, nabídek a vybavení, nýbrž o lepší interpersonální interakci. Nejde také o to, že se postižení naučí tak dobře, jak je to jen možné, zacházet a žít se svým postižením, ale je také třeba respektovat jejich identitu a jedinečnost včetně jejich postižení. Důležité je realistické ohodnocení situace postižených. V protikladu k tradičním vyučovacím

metodám znamená podpora a učení odhalení své osobnosti se zdůrazněním interakce. Podle tohoto pojetí reformovaná škola respektuje všechny děti, stejně jako diferencované nabídky podle individuálních potřeb. Role postiženého dítěte je silně ovlivněna postojem učitelů a spolužáků.“

3.3 Integrované vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami z pohledu RVP.

Pro zdravý a harmonický vývoj potřebuje každé dítě uspokojovat a naplňovat všechny svoje životně důležité potřeby: tělesné, duševní i sociální. „*Platí to ve stejné míře pro děti nepostižené i postižené. Dítě s postižením má pak navíc některé potřeby další, které v doplňku k oněm společným a základním, vzhledem k tomu, že se týkají právě určitého konkrétního dítěte (či skupiny dětí), nazýváme potřebami speciálními. Můžeme tedy nadále dětem s postižením říkat děti se speciálními potřebami. Zásadou přístupu k nim je, že při jejich výchově a vzdělávání je potřeba zabezpečit zároveň naplňování jak jejich potřeb společných s ostatními, tak jejich potřeb speciálních.*“ (Šturma in Gillernová, 2003, s.164)

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se uskutečňuje v mateřských školách či třídách s programem upraveným podle potřeb těchto dětí. Splňuje základní povinné podmínky a v mnoha ohledech vyhovuje potřebám dětí lépe než prostředí běžných mateřských škol. Integrace dětí do běžné mateřské školy znamená přiblížení se normálnímu prostředí a oslabení určité izolace dítěte a jeho případné vyloučení ze společnosti ostatních vrstevníků. Tato forma usnadňuje osobnostní a sociální rozvoj i sociální integraci dítěte. Z uvedených důvodů RVP PV podporuje integraci dětí všude tam, kde je to vzhledem k druhu a míře postižení či znevýhodnění dítěte možné, resp. kde lze vytvořit a zajistit potřebné podmínky. (RVP PV, 2004)

Integrace dětí do podmínek běžných mateřských škol nepřináší jen pozitiva, ale má i svá rizika. Základním předpokladem toho, aby byla tato rizika vyloučena, popř. maximálně snížena, je stanovit, co v kterém konkrétním případě představují potřeby dítěte. Z nich vyplývají nároky na práci předškolního pedagoga a také na podmínky v prostředí mateřské školy, které je třeba upravit. (RVP PV, 2004)

„RVP PV vychází ve své základní koncepci z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z toho důvodu je RVP PV základním východiskem i pro přípravu

vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami, ať už jsou tyto děti vzdělávány v běžné mateřské škole či v mateřské škole s upraveným vzdělávacím programem.“ (RVP PV, 2004, s. 36)

Faktory ovlivňující úspěšnost integrace

Michalík (2002) zdůrazňuje, jak obtížné je popsat všechny aspekty, které rozhodují o „úspěšnosti“ integrace. Otázkou je již to, zda a jak lze proces změřit, vyhodnotit a stanovit kritéria „úspěchu“. Mezi základní faktory patří zejména:

- Rodiče a rodina
- Škola
- Učitelé
- Poradenství a diagnostika
- Prostředky speciálně pedagogické podpory: podpůrný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek
- Další faktory: architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených
- Složitě je seřadit uvedené faktory a instituty podle jejich důležitosti a významu.

„Pro zdravé děti vidíme přínos v tom, že vidí a vlastní zkušeností zažívají, že i přesto, že se kamarád může něčím lišit, je to běžná věc a respektujeme ho takového, jaký je. Izolace těchto dětí v minulosti právě vedla i k sociální a společenské izolaci, dnes se naše děti již nepozastavují nad tím, že je někdo rozdílný.“ (Kovalská, 2010, s. 12)

Pro úspěšné společné vzdělávání je nezbytná týmová práce, podpora vedení školy, spolupráce s rodiči dítěte a podpora poradenských pracovníků. (Uzlová, 2012)

Výhodou integrovaného vzdělávání je skutečnost, že dítě zůstává v přirozeném rodinném prostředí a má kontakt s intaktními vrstevníky. Za kladný je považován fakt, že je dítěti zajištěn průběžný kontakt se školským poradenským zařízením.

„Možná rizika či nevýhody integrovaného vzdělávání jsou spjatý s tím, že se může stát, že pedagogové nemají potřebné vzdělání, a tudíž neznají speciální metodiky. Dalším

problémem může být, že mateřská škola není primárně vybavena speciálními pomůckami pro rozvoj dítěte s postižením. Negativně proces integrace rovněž ovlivní skutečnost, že samotné dítě s postižením není dostatečně připraveno a nestačí tempu spolužáků. Zápornou roli mohou také sehrát rodiče intaktních dětí, kteří nechtějí, aby se v dané mateřské škole vzdělávalo dítě s postižením.“ (Ludíková, Souralová, 2012, s.43)

3.4 Podpůrná opatření

„Podpůrnými opatřeními při vzdělávání žáků se zdravotním postižením se pro účely této vyhlášky rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb

1) zajištění služeb asistenta pedagoga

2 snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.“ (Vyhláška č. 73/2005, § 1)

3.4.1 Individuální vzdělávací plán (dále jen IVP)

Podle Vyhlášky 73/2005 Sb. (in Michalová, 2011) IVP obsahuje:

1. údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění
2. údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu konání závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria
3. vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah
4. seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek

5. jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka
6. návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává
7. předpokládanou potřebu navýšených finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu poskytovaných podle zvláštního právního předpisu
8. závěry speciálně pedagogických, popř. psychologických vyšetření

„IVP stanoví postup vzdělávání postiženého dítěte a nápravy zjištěných obtíží. Musí vždy vycházet z komplexní diagnózy, která se tak na jedné straně stává vrcholem a cílem diagnostického procesu a na straně druhé je základem individuálního vzdělávacího plánu, který má dítěti zajistit možnost vzdělávání podle jeho schopností. V IVP by měly být uvedeny jednotlivé postupy, které povedou ke kompenzaci poruchy. Program se dále netýká jen výuky, ale obsahuje i úkoly pro rodiče (např. docházku do logopedické poradny, zajišťování léčebné rehabilitace apod.) Podklady pro vypracování dodává speciálně pedagogické centrum a program vypracovává za součinnosti ostatních učitelů a odborníků třídní učitel. Předpokladem pro zahájení výuky podle tohoto plánu je nejen jeho schválení ředitelem školy, ale i souhlas rodičů.“ (Přinosilová in Pipeková, 1998, s.53)

Význam individuálního vzdělávacího plánu

Dle Zelinkové (2007) spočívá přínos IVP v následujících oblastech:

A. Umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Není překážkou k dalšímu vzdělávání, ale pomůckou k lepšímu využití předpokladů. Má též hodnotu motivační. Nejsou ojedinělé případy, kdy dítě pracující bez stresu a porovnávání s vrstevníky dosahovalo mnohem lepších výsledků. Pozitivně působí též pocit, že mu učitel chce pomoci, dává šanci být lepší. Cílem není hledat úlevy, ale najít optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat.

B. Umožňuje učiteli pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z neplnění požadavků učebních osnov. Je východiskem plánovité aktivity ve vztahu ke konkrétnímu integrovanému žákovi. Je vodítkem pro individuální

vyučování a hodnocení. Nové údaje získávané v průběhu vyučování slouží jako zpětná vazba a vedou k úpravě plánu podle dosažených výsledků.

C. Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Jsou seznámeni se stávající situací a perspektivou dítěte. Využívají tak svého práva ve vztahu k dítěti, ale též na sebe přebírají odpovědnost.

D. Aktivní účast žáka mění jeho roli. Není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.

3.4.2 Asistent pedagoga

Na osobnost asistenta pedagoga jsou kladena stejně přísná kritéria jako na osobnost pedagoga, jak uvádí Petráš (2012). Tento výrok vyplývá ze skutečnosti, že je pedagogickým pracovníkem a vykonává tak přímou vyučovací činnost. Protože je navíc zaměstnán také činnostmi, které se blíží spíše pozici osobního asistenta, jsou požadavky na kvalitu jeho osobnosti mnohdy vyšší. Specifičností jeho práce je také to, že pracuje pod neustálým dohledem, supervizí svého učitele.

Prvním a nejdůležitějším požadavkem je, aby asistent pedagoga měl k žákovi s mentálním postižením (dále jen MP) kladný vztah a byl pozitivně naladěný a to za všech okolností. Práce s žákem s MP nepřináší jen radosti, ale v mnoha ohledech spíše starosti. Asistent pedagoga by v rámci své erudice měl být alespoň rámcově orientován v problematice a vědět, že mnoho projevů, které provází chování žáka s MP, je ve své podstatě normálních, žák za ně nemůže, protože vyplývají právě z jeho postižení. Například u žáků s MP dochází poměrně často k narušení emoční stránky osobnosti. To ve svých důsledcích znamená, že emotivita je sice rozvinutá, ale málo diferencovaná, značná je sugestibilita, časté jsou sklony k afektivním formám jednání. Volná stránka osobnosti bývá nedostatečně rozvinuta. Vyskytují se nevhodné vnější formy chování, které bývají neadekvátní vzniklým situacím apod. Kladný vztah k žákovi s MP se projevuje také ve schopnosti asistenta pedagoga založit ho na bázi vzájemné úcty, pochopení a vlastní vzdělanosti. Pokud asistent pedagoga není dostatečně motivovaný k výkonu své činnosti, nemá schopnost empatie, předvídatosti a dostatečnou míru tolerance, nemůže tuto činnost vykonávat na dobré profesionální úrovni. (Petráš in Valenta a kol., 2012)

4 Mentální postižení

4.1 Rámcová charakteristika klientely s mentálním postižením

Každý mentálně postižený jedinec je svébytná bytost s vlastními problémy a vlastními vývojovými možnostmi, které je možné a nutné rozvíjet (Krejčířová, 2003). Osobnost je podmíněna biologicky, druhým podstatným vlivem je faktor sociální. Člověk se jako skutečná osobnost vyvíjí až právě v kontaktu s ostatními lidmi. Velmi významným faktorem pro tento rozvoj je vlastní aktivita jedince, jeho vztah k okolí. Zmíněné faktory však nepůsobí izolovaně, ale ve vzájemných souvislostech. (Bartoňová, 2005)

„Terminologický a výkladový slovník speciální pedagogiky (Vašek a kol., 1994) vymezuje mentální postižení jako zastřešující pojem využívaný v pedagogické dokumentaci a ve školství, který orientačně zahrnuje prakticky všechny jedince s IQ pod 85, tedy osoby s mentální retardací a osoby nacházející se v hraničním pásmu mentální retardace... Mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního) charakteru.“ (Valenta, Michalík, 2012, s. 53-54)

Pedagogická charakteristika

Žák s mentálním postižením je aktivním subjektem edukace. Osvojuje si poznatky, rozvíjí své schopnosti a osobnost pod vedením učitele. Podle Křištofikové (2001) si žáci s mentálním postižením osvojují poznatky pomaleji a obtížněji, potřebují vícenásobné opakování, kterým se vytváří v jejich paměti stopa. Nové návyky, převážně manuálního charakteru, se u nich vytvářejí pomalu, ale když se vytvoří, jsou stálé. (Lechta, 2010)

„Je třeba upozornit na fakt, že z hlediska školské integrace jsou ze všech druhů zdravotního postižení nejproblematičtější právě žáci s mentálním postižením, což logicky vyplývá z charakteru postižení. Zatímco hendikep žáků ostatních druhů postižení lze úplně či částečně eliminovat bezbariérovými přístupy, architektonickými úpravami, kompenzačními pomůckami a podobně, pro individuální integraci žáka s mentální retardací kromě školní asistence, individuálního vzdělávacího plánu a speciálně pedagogického poradenského servisu učiteli žádné speciální prostředky nemáme.“ (Valenta, Müller, 2003, s. 116)

„Ukazuje se, že kdyby integrovaný žák strávil se svými vrstevníky v přirozeném sociálním prostředí s běžnými vzorci komunikace pouze jediný rok, v jeho životě je to věc zásadní a nenahraditelná.“ (Valenta, Müller, 2003, s. 256)

Mentální retardace – pojmové vymezení

V roce 1959 se v Miláně konala konference Světové zdravotnické organizace (WHO). Zástupci jednotlivých vědních oborů, zabývajících se problematikou jedinců s poruchami intelektu se dohodli na pojmovém a terminologickém sjednocení. Pro vymezení daného jevu bude používán zastřešující termín mentální retardace. Má interdisciplinární charakter a zasahuje do všech oblastí života postiženého jedince – lékařské, psychologické, pedagogické, sociální po celý jeho život. *„Termín „mentální retardace“ byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci (American Association of Mental Deficiency – AAMD) asi ve třicátých letech minulého století (Koluchová, 1989). Postupně tímto termínem byly nahrazovány termíny, které se v praxi i odborné literatuře používaly u nás v minulosti. Vymezení pojmu mentální retardace má velký význam jak teoretický, který spočívá v přesné klasifikaci podstatných znaků stavu, tak praktický, neboť terminologická přesnost přispívá k rozhodování při stanovení odpovídajícího způsobu speciálně pedagogické péče.“ (Krejčířová in Pipeková, 2004, s.293)*

Pipeková (1998) definuje mentální retardaci jako nedosažení odpovídajícího stupně mentálního vývoje vzhledem k věku. Mentální retardace je vymezena nízkou úrovní rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a ztíženou sociální adaptací na běžné životní podmínky. Jde o stav trvalý.

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“ (Valenta, Michalík, 2012, s.54).

Dle Lechty (2010) je mentální retardace souborné označení pro výrazně podprůměrnou úroveň obecné inteligence (IQ nižší než 70), která se projevuje už v útlém věku a která způsobuje i poruchy přizpůsobování se. Etiologicky vzniká z organické poruchy mozku (oligofrenie, demence) nebo je sociálně podmíněná.

Přístupy k fenoménu mentálního postižení jsou odlišné v závislosti na odborné, profesní orientaci jednotlivých autorů.

Dále Lechta (2011) uvádí, že jedním z nejcharakterističtějších znaků mentálního postižení je narušený vývoj řeči. Vývoj řeči u dětí s mentálním postižením je v důsledku odlišných vnitřních předpokladů vývoje narušen až do té míry, že nedosáhne úrovně normy. Jestliže jej budeme hodnotit podle známé Sovákovy typologie poruch vývoje řeči, můžeme říci, že tu jde o omezený vývoj řeči, protože řeč se u těchto dětí většinou už od začátku rozvíjí pomalu, deformovaně a ani později nedosáhne obvyklé úrovně.

Požár (1987) uvádí Heberovu definici: při mentální retardaci jde o celkové snížení intelektových schopností pod průměr, které nastalo v období vývoje a je provázeno jednou nebo více poruchami v oblasti zrání, učení a sociální přizpůsobivosti.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek. *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečných genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“* (1973, s.38)

Definice podle Vágnerové (1999, s.146): *„Nejčastěji je mentální retardace definována jako neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70% normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován. Nízká úroveň inteligence bývá spojena se snížením či změnou dalších schopností a odlišností ve struktuře osobnosti. Hlavní znaky jsou:*

» *Nízká úroveň rozumových schopností, která se projevuje především nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.*

» *Postižení je vrozené.*

» *Postižení je trvalé, přestože je v závislosti na etiologii možné určité zlepšení. Horní hranice dosažitelného rozvoje takového člověka je dána jak závažností a příčinou defektu, tak individuálně specifickou přijatelností působení prostředí, tj. výchovných a terapeutických vlivů.*“ (Vítková, 2004, s.293)

Současná klasifikace dle MKN-10 a MKF

V mezinárodních klasifikacích WHO jsou zdravotní problémy (nemoci, postižení, úrazy atd.) nejprve klasifikovány v MKN-10 (zkratka pro Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize), která poskytuje etiologický rámec. Funkční schopnosti a disability spojené se zdravotními problémy, jsou klasifikovány v MKF. MKN-10 a MKF setedy navzájem doplňují a uživatel se vybírá, aby použil těchto dvou členů „rodiny“ mezinárodních klasifikací WHO dohromady. MKN-10 poskytuje „diagnózy“ nemocí, vad nebo jiných zdravotních problémů, a informace je obohacena doplňujícími informacemi MKF o funkční schopnosti.

Definice disability podle MKF, vztah MKF a disability

V Praze v roce 2006 byl přijat návrh definice disability – čistě podle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (MKF): *„Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.* (Disability is a decrement in function in the body, individual or social level that arises when an individual with a health condition encounters barriers in the environment).

Výše uvedená definice vyhovuje jedné ze zásadních norem, přijaté i ČR, tj. „Standardním pravidlům pro vyrovnávání příležitostí osob se zdravotním postižením, OSN 1993“. Velký filosofický posun spočívá v tom, že *„Mezinárodní klasifikace (MKF) neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví.“* Zjednodušeně řečeno, každý občan má určitý zdravotní stav, který ho s různými životními situacemi konfrontuje, dostává se tak často do různých znevýhodňujících pozic. Klasifikace tedy nevytváří kategorie „méněcenných“ osob označených devalorizujícím názvem.

Informace o diagnózách a výkonnosti poskytuje širší a smysluplnější obraz o zdraví lidí nebo celé populace a lze ji použít k odůvodnění prováděných záměrů.

„Rodina“ mezinárodních klasifikací WHO poskytuje cenný nástroj k popisování a srovnávání zdraví populace v mezinárodních souvislostech. Informace o mortalitě (poskytovaná prostřednictvím MKN-10) a o zdravotních stavech (poskytovaných prostřednictvím MKF) mohou být kombinovány při uvádění souhrnných ukazatelů zdraví populace, při monitorování zdraví populace a jeho neutrální stanovisko z hlediska etiologie a při posuzování různých případů a pro odhadování, co různé případy obnášejí. MKF upustila od klasifikace „následek onemocnění“, verze vydané v r. 1980, a používá při klasifikaci pojmu „komponenty zdraví“. „Komponenty zdraví“ identifikují základní složky zdraví, zatímco „následky“ se zaměřují na dopady nemocí nebo jejich zdravotních problémů, které mohou následovat jako výsledek.“ (MKF, 2001, s. 9).

Světová zdravotnická organizace (WHO) reviduje klasifikaci nemocí, včetně duševních poruch (MKN = Mezinárodní klasifikace nemocí). Od roku 1992 platí desátá revize této klasifikace (MKN – 10, mezinárodní označení ICD – 10).

Stupeň mentální retardace je určen na základě posouzení struktury inteligence a posouzení schopnosti adaptability (adaptačního chování), orientačně takéž inteligenčním kvocientem a mírou zvládnání obvyklých sociálně-kulturních nároků na jedince a to takto:

F70 Lehká mentální retardace – IQ 69 - 50

F71 Středně těžká mentální retardace – IQ 49 - 35

F72 Těžká mentální retardace – IQ 34 - 20

F73 Hluboká mentální retardace – IQ 20 a níže

F78 Jiná mentální retardace – stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus

F79 Nespecifikovaná mentální retardace – mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MR, jak uvádí Klasifikace MR dle WHO (MKN-10, 2000).

4.2 Klasifikace podle etiologie

Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky a zkušenosti, výsledkem je vznik několika klasifikačních systémů.

Mentální retardace nemá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností více faktorů. V literatuře je velmi často uváděna klasifikace etiologických faktorů podle Penrose (in Černá, 1995).

Příčiny endogenní (genetické, dědičné)	
1. dávné	způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
2. čerstvé	spontánní mutace

Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)	
1. v raném těhotenství	poškození oplozeného vajíčka
2. v pozdním těhotenství	intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
3. intranatální	abnormální porod
4. postnatální	nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Zvolský (1996, s.157) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace:

1. *Dědičnost* – intelektové schopnosti dítěte jsou výslednicí průměru intelektového nadání rodičů. Lehká mentální retardace vzniká většinou v důsledku zděděné inteligence a vlivů rodinného prostředí.

2. *Sociální faktory* – snížení intelektových schopností způsobeno sociokulturní deprivací v rodinách nebo v institucionální výchově. Objevuje se v korelaci s výchovou v nižších sociálních vrstvách, v souvislosti se špatnými materiálními podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami. Tyto faktory bývají většinou příčinou lehké mentální retardace.

3. *Další environmentální faktory* – zahrnují různá onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky, infekční onemocnění dítěte

v novorozeneckém období, špatná výživa kojence, úrazy spojené s nitrolebním krvácením, porodní traumata. Jmenované faktory bývají příčinou lehké i těžší mentální retardace.

4. *Specifické genetické příčiny* – dominantně, recesivně podmíněné, podmíněné poruchou sex chromozomů, podmíněné chromozomálními aberacemi.

5. *Nespecificky podmíněné poruchy* – chromozomální ani metabolická vada nebyla objevena, nebylo zjištěno porodní trauma ani jiné poškození plodu či novorozence. Příčina mentální retardace zůstává neobjasněna asi v 15 až 30% případů.

Z hlediska časového faktoru dělíme příčiny vzniku mentální retardace na:

- Prenatální
- Perinatální
- Postnatální

Dále se v odborné literatuře uvádí dělení mentální retardace na:

- vrozenou mentální retardaci
- získanou mentální retardaci
- sociálně podmíněnou mentální retardaci

Symptomatologická klasifikace se zabývá typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického, psychického vybavení mentálně postižených.

Klasifikace podle vývojových období vychází z jednotlivých období u osob s mentální retardací (předškolní věk a jeho zvláštnosti vývoje, mladší školní věk, starší školní věk, adolescence). Při popisování zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací je potřeba vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace a ze zákonitostí, jimiž se procesy vývoje řídí.

Další členění je podle typu chování:

- eretické (verzatilní)
- torpidní (apatické)
- nevyhraněné (Vítková, 2004)

S ohledem na respondenty v praktické části se budeme dále konkrétněji věnovat popisu lehké mentální retardace.

4.3 Základní charakteristika lehké mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace můžeme spatřovat v důsledku zděděné inteligence a v důsledku vlivů rodinného prostředí (příčiny mohou být pochopitelně i jiné – organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců). Rodiče, kteří mají nízké intelektové vybavení, postihují své děti několikanásobně – dědičností, nepodnětnou výchovou, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami,...To potvrzuje také Karol Matulay ve své monografii „Mentálna retardácia“: „V současnosti platí, sociokulturní činitele mají největší význam při lehké MR. Při mírných stupních jsou v popředí genetické faktory, zatímco při těžkých formách převládají exogenní příčiny...Při současném chápání dědičnosti, zejména při lehké MR, má tedy prostředí význam jako předpoklad fenotypové realizace polygenně podmíněného defektu. Na to, aby se projevil příznak, kterým je v tomto případě MR, vystupuje do popředí jako podmínka faktor prostředí.“ (Matulay, 1986, s.47-48)

Pro srovnání příčin vzniku mentální retardace uvádíme názor Švarcové (2006, s. 61). „Ve výzkumu příčin vzniku mentální retardace vždy vystupovala dvě rozdílná hlediska. Hledisko akceptující dědičnost a více či méně podceňující vlivy prostředí a výchovy na vývoj člověka a hledisko zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopnosti, které nezohledňovalo vlivy genetické. Mentální opožďování může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími).“

Správná diagnóza (pokud nejde o kombinované postižení) bývá stanovena až v předškolním věku, nebo po nástupu do školy (méně často), kdy dítě selhává.

Pozornosti rodičů i celého okolí může v předškolním věku unikat jeho retardace z více důvodů – například:

- je somaticky zdravé,
- je dobře vyvinuté v hrubé motorice,
- po formální stránce nemívá opožděnou řeč,
- může mít poměrně dobrou mechanickou paměť (srov. Koluchová, 1989)

Cílem speciálně pedagogického působení na osoby s mentálním postižením je dosažení maximálně možného stupně rozvoje jejich osobnosti, což je důležité pro nalezení adekvátního místa při uplatnění ve společnosti. Totéž platí i u jedinců nacházejících se v pásmu lehké mentální retardace. Kvalifikovaný speciální pedagog (psychoped), si je velmi dobře vědom faktu, že lidé s touto úrovní postižení jsou schopni si v průběhu promyšlené, systematické a dostatečně dlouhodobé výchovně vzdělávací činnosti osvojit základní vědomosti, dovednosti a návyky, společenská pravidla a způsoby humanizace v takové míře, která jim umožní se téměř plně integrovat. (Müller, 2001).

5 Cíle a výzkumné otázky

Cílem praktické části je zjistit, jaká podpůrná opatření jsou realizována při individuální integraci dítěte s mentálním postižením v běžné mateřské škole.

Dílčím cílem je zjistit, jak tato podpůrná opatření pomáhají, usnadňují začlenění dítěte s mentálním postižením do běžné mateřské školy a naopak co může úspěšnost tohoto procesu ohrožovat.

Výzkumné otázky:

1. Má odborné vzdělání asistenta pedagoga vliv na kvalitu přístupu k dítěti se speciálně vzdělávacími potřebami?
2. Ovlivňují počty dětí ve třídě možnost individuálního přístupu k integrovanému dítěti?
3. Odlišují se navržená opatření poradenským zařízením a opatření realizovaná mateřskou školou u konkrétního dítěte?
4. Jak může klima školy ovlivnit úspěšnost integrace?

6 Metodologie

V rámci kvalitativního přístupu jsme využili jeden z nejrozšířenějších typů výzkumu – případovou studii.

„Celkem rozeznáváme minimálně tři základní varianty případové studie: jednopřípadovou studii, případovou studii zahrnující komplexnější systém a tzv. biografický výzkum nebo také případovou studii životního příběhu. Jednopřípadová studie je nejjednodušším příkladem případové studie. Její nejznámější a nejvíce frekventovanou formou v psychologii je klinická kazuistika. V tomto případě nemá případová studie primárně výzkumný účel, nýbrž účel diagnostický, eventuálně terapeutický či výukový (Baštecká, 2003). Jedná se o podrobnou studii jedné osoby, kdy se zaměřujeme na různé oblasti jejího života a snažíme se sestavit celkový obraz daného případu v co nejširších souvislostech (Hendl, 1999) tak, aby tento obraz byl strukturován výzkumnou otázkou a cílem.“ (Miovský, M., 2006, s.95).

Technikou sběru dat v tomto výzkumném šetření byla analýza osobních dokumentů, ve výzkumném šetření byla provedena analýza kazuistik klientů SPC sestavených na základě zpráv z pedagogicko psychologických diagnostik, individuálních vzdělávacích plánů, portfolia dítěte, průběžných záznamů z pozorování dítěte.

Zpracované kazuistiky byly analyzovány s ohledem na tyto sledované aspekty:

1. *Základní anamnestické údaje* – zdrojem poznatků byla rodinná a osobní anamnéza
2. *Speciálně pedagogická diagnostika* – zdrojem poznatků byly diagnostické zprávy z vyšetření Speciálně pedagogického centra (dále jen SPC)
3. *Stanovení podpůrných opatření poradenským zařízením* – zdrojem poznatků byla doporučení SPC
4. *Realizace podpůrných opatření při vzdělání* – zdrojem poznatků byly individuální vzdělávací plány (dále jen IVP)
5. *Efektivita podpůrných opatření* – zdrojem poznatků byla hodnocení IVP, zprávy z výjezdů speciálního pedagoga SPC, vlastní zkušenosti pedagogů z výchovně vzdělávacího procesu

7 Charakteristika výzkumného vzorku

Kritériem pro výběr vzorku respondentů byla přítomnost mentálního postižení u dětí předškolního věku. Vzorkem respondentů byly děti integrované v běžné mateřské škole, která umožňuje využití podpůrných opatření. Všechny byly klienty SPC, integrovány vždy až v posledním roce před nástupem do základní školy, u každého z nich byla odložena školní docházka o jeden rok, v jednom případě o dva roky.

V následujícím textu jsou zpracovány kazuistiky čtyř dětí z mateřské školy, které mají speciální vzdělávací potřeby a je jim poskytována individuální speciálně pedagogická péče. Ve třídě vždy pracoval asistent pedagoga, který zajišťoval v dostatečné a potřebné míře individuální podporu dítěte ve vzdělávání. Pro každé dítě byl vypracován IVP, který byl v průběhu roku doplňován podle dosažených výsledků.

8 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Případová studie č.1 – Vojta

Diagnóza: lehká mentální retardace

1. Základní anamnestické údaje:

R.A. Matka/1968/, vzdělání odborné středoškolské, zdravotní stav dobrý

Otec/1968/, vyučen, zdravotní stav dobrý

Sourozenci: Radim/1995/ zdravotní stav dobrý

O.A. chlapec z II. gravidity s normálním průběhem, porod v termínu, operativně, císařským řezem, PHM 3600g/52 cm, nekříšen, 1 den umístěn v inkubátoru pro vyrovnání teploty. Po narození se u Vojtíška projevila potravinová alergie, často plakal, byl neklidný. Z neurologického hlediska bylo vše v pořádku. Raný psychomotorický vývoj v normě, seděl od 8m., chůze s oporou v 11 m., samostatná chůze od 13 m., opožděný vývoj řeči. Vojtíšek zpočátku slova aktivně opakoval, ve 2 letech prodělal nezhoubné onemocnění lymfatických uzlin, došlo ke stagnaci až ztrátě komunikačních dovedností, pouze vokalizoval, od 5 let navštěvuje logopedii, řeč je dyslalická, časté echolálie. Dále je sledován na ortopedii po prodělaném zánětu kyčle a ve FN Olomouc pro astma, medikuje. Jesle nenavštěvoval, MŠ navštěvuje od 4 let v dopoledních hodinách. Na doporučení PPP vydaný odklad školní docházky. Pravidelně dochází na logopedii.

2. Speciálně pedagogická diagnostika:

Řečový projev dyslalický, častý výskyt echolálií, správně pojmenuje věci běžné denní potřeby, domácí zvířata, geometrické tvary, napodobí zvuky zvířat, ukáže části lidského těla. Expresivní složka řeči, která je výrazně oslabena se postupně rozvíjí (logopedická péče). Korálky na hrot navléká obratně, ruce střídá, ulpívá na bílé barvě, ukazuje mi korálek, který připomíná „bílý žeton“. Tvary do vkládací desky vkládá obratně celé i půlené. Komín staví z 9 kostek, obratně, napodobí i most, obtížně zpočátku chápe instrukci. Výrazně oslabená je grafomotorika, psací potřebu drží v LHK, úchop patologický, výrazný přítlak, ruka neuvolněná, správně napodobí vertikálu, kruh. Spontánní kresba odpovídá „čmárání“, kresba

postavy neodpovídá věku, zcela chybí vlasy, krk, ruce i nohy pouze naznačeny. Početní řadu mechanicky exponuje do 6, zvládá i pozpátku. Barevná analýza upevněna. Ulpívavé myšlení. Výrazný psychomotorický neklid. Nekvalitní je pozornost. Vojta je zcela neorientovaný v čase i prostoru. Nízká je úroveň volní motivace.

Závěr SPC:

Chlapec ve věku 6 r. 4 m. vyšetřen na žádost matky, pro posouzení aktuální úrovně rozumových schopností, nyní vydán odklad školní docházky. Na základě výsledků vyšetření sdělujeme, že aktuální úroveň rozumových schopností se jako celek nachází v pásmu lehké mentální retardace, při nerovnoměrném vývoji, narušena je především schopnost komunikace, která se vlivem logopedické péče postupně rozvíjí, oslabena je rovněž grafomotorika. Dále konstatuji výrazný psychomotorický neklid, spojený s narušenou koncentrací pozornosti. Lateralita nevyhraněná. V kontaktu nejistý.

3. Stanovení podpůrných opatření poradenským zařízením:

Speciálně pedagogické centrum navrhlo následující podpůrná opatření, která mají zkvalitnit vzdělávání chlapce. Byla doporučena individuální integrace v MŠ, k zajištění nezbytné pomoci v průběhu vzdělávání potřeba asistenta pedagoga. Vojta by měl být vzděláván na základě IVP. Vzhledem k výsledkům vyšetření bylo doporučeno vhodným způsobem posilovat chlapcovo sebevědomí, zapojovat jej do společných aktivit. Zaměřit se na rozvoj jemné motoriky, grafomotoriky. Zařazovat uvolňovací cviky ruky, zakoupení trojhranné násadky pro postupný nácvik správného úchopu psací potřeby, dohlédnout, aby při kreslení nestřídal ruce. Dále pokračovat v pravidelné logopedické péči, rozvíjet slovní zásobu.

4. Realizace podpůrných opatření při vzdělávání:

Ve vzdělávacím procesu jsou realizována následující podpůrná opatření, která vychází z doporučení SPC.

A. Individuální integrace v mateřské škole – matka dala souhlas až po odložení školní docházky, počet dětí ve třídě není snížen.

B. Asistent pedagoga – na základě doporučení SPC zřízena funkce asistenta pedagoga s úvazkem 0,5. Na místo asistentky nastoupila absolventka vysoké školy s pedagogickým

zaměřením, se kterou Vojta navázal přátelský vztah. Velice přínosné byly v přístupu k chlapci její poznatky z vlastního studia. Podpora asistentky napomohla ke snazšímu zapojení do kolektivu dětí a postupně docházelo k prolamování komunikačních bariér a vytváření „zdravých“ vztahů mezi dětmi. Ve třídě byla nastavena pravidla pro bezproblémové soužití (respektujeme se, pomáháme si, hrajeme si společně). Díky osobě asistentky se integrace jevila jako úspěšná.

C. Individuální vzdělávací plán - umožňoval dítěti pracovat individuálním tempem, bez stresujícího porovnávání s ostatními, bylo využíváno speciálních metod, forem, postupů, prostředků. Při výběru metod bylo vycházeno především ze hry. Formy práce se střídaly (individuální a individualizované, skupinové). Ohled byl brán na zvýšenou unavitelnost žáka. Důležité je dodržování zásad názornosti, přiměřenosti, soustavnosti, trvalosti.

D. Využití kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek – cvičení pro rozvoj hrubé a jemné motoriky, grafomotoriky. Pískovnička pro uvolňování zápěstí byla u Vojty velmi oblíbená, rád si písek sypal z dlaně do dlaně a potom teprve začal kreslit krouživým pohybem jeho oblíbené „točí se“. Metodické listy pro rozvoj grafomotoriky (Šimonovy listy), trojhranné pastelky, vkládky, provlékadla, modelovací hmoty, práce s keramickou hlinou.

E. Zařazování předmětů speciálně pedagogické péče – využití masážních a relaxačních prvků (relaxační techniky nenáročné na čas např. „hadrová panenka“, masážní chodník). Na logopedii pravidelně dochází s matkou, je patrné výrazné zlepšení v řečovém projevu, stále patrna vada výslovnosti, často opakuje to, co slyší. Při čtení pohádky opakuje všechno.

F. Poskytování pedagogicko-psychologických služeb: konzultace s pracovníky SPC – 1 hod měsíčně, možnost zapůjčení odborné literatury z knihovny SPC.

Případová studie č.2 – Marek

Diagnóza: lehká mentální retardace /ADHD sy/

1. Základní anamnestické údaje:

R.A. Matka/1976/, vzdělání odborné středoškolské, zdravotní stav dobrý

Otec/1978/, vzdělání vysokoškolské, zdravotní stav dobrý

Sourozenci: ne

O.A. Dítě z I.gravidity s normálním průběhem, v 8. měsíci otáčení plodu, porod v termínu, spontánně, záhlavím, PHM 3600g/51 cm, nekříšen. Raný psychomotorický vývoj – samostatně seděl v ½ roce, samostatně chodil v 1 ½ roce, první řečový projev kolem 1 roku. Cvičí Vojtovu metodu. Z neurologického hlediska atypický psychomotorický vývoj, přetrvává paleocerebrální sy bez organické patologie, záchvatové onemocnění neprokázáno. Medikace Nootropil sir. Nedostatek předpokládaného normálního fyziologického vývoje, NS.

2. Speciálně pedagogická diagnostika:

Řečový projev dyslalický, aktivní slovní zásoba odpovídá věku, správně pojmenuje věci běžné denní potřeby, zvířata, ovoce a zeleninu, základní barvy, zná celé vlastní jméno. Dobré je sociální porozumění. Jemná motorika: postaví věž ze 6-ti kostek, listuje v knize, roztrhne papír, odpovídá věkové úrovni cca 30m. Hrubá motorika: střídá nohy do schodů i ze schodů, musí být přidržován. Chůze je problematická, nekoordinovaná, se sklonem k padání a zakopávání. Přednostně užívá jednu ruku, jezdí na kole, odpovídá věkové úrovni cca 30 m. Grafomotorika: libovolně čmárá na papír, úchop PHK, patologicky, odpovídá věkové úrovni cca 18m. Sebeobsluha: nají se samostatně lžící, nečistě, pije z hrnečku, na toaletu neupozorní, musí být dospělým pravidelně upozorňován, na noc pleny, v oblékání nesamostatný, knoflíky nezvládá, ruce dá pod tekoucí vodu, napodobuje pohyb rukou, snaží se utřít, odpovídá věkové úrovni cca 30 m.

Sociální vývoj: zúčastní se kontaktu s dospělým, který vyžaduje vzájemnou aktivitu 2-3 min., ukazuje dospělému předměty zájmu, dožaduje se pozornosti, je negativistický, odmítá plnit některé pokyny, odpovídá věkové úrovni cca 36 m. Hra s vrstevníky: paralelní hra, pozoruje ostatní děti, chybí kooperativní hra, do společných aktivit se raději nezapojuje,

odpovídá věkové úrovni 30 m. Zrakové vnímání: má zájem o obrázky, rozlišuje základní barvy, pozná obrázky běžných věcí, zvířat, odpovídá věkové úrovni 36m. Sluchové vnímání: rozumí otázkám kdo, co, kde, odpovídá věkové úrovni cca 36 m.

Závěr SPC:

Chlapec s aktuální úrovní rozumových schopností v pásmu podprůměru, vývojový profil je značně nerovnoměrný, s přetrvávající paleocerebelární symptomatologií. Verbální myšlení, krátkodobá paměť i numerický úsudek odpovídají pásmu průměru, abstraktně vizuální myšlení, vizuomotorická koordinace, jemná motorika i grafomotorika spadají do pásma lehká mentální retardace. Vážne i hrubá motorika, chůze je nekoordinovaná. V řečovém projevu přetrvává vada výslovnosti /dyslalia multiplex/. V chování projevy hyperaktivity a nepozornosti /ADHD syndrom/.

Jedná se o dítě se speciálními vzdělávacími potřebami. V souladu s § 3 Vyhlášky č. 73/2005 Sb., bude i nadále vedeno formou individuální integrace v mateřské škole, dle individuálního vzdělávacího plánu.

3. Stanovení podpůrných opatření poradenským zařízením:

Individuální plán sestavený s využitím ŠVP pro předškolní vzdělávání pro jednotlivé oblasti psychomotorického vývoje, upraveného dle jeho aktuálních možností. V MŠ je nezbytné zaměřit se na rozvoj komunikačních dovedností, hrubé, jemné motoriky a grafomotoriky. Nutná je motivace k pracovním činnostem, zvyšování celkové samostatnosti, zapojování do společných aktivit, rozvoj dovedností nezbytných pro nástup povinné školní docházky, zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků. Přítomnost asistenta pedagoga je v MŠ nezbytná po dobu pobytu dítěte.

4. Realizace podpůrných opatření při vzdělávání:

Ve vzdělávacím procesu jsou realizována následující podpůrná opatření, která vychází z doporučení SPC.

A. Individuální integrace v mateřské škole – chlapec integrovaný 2 roky ve třídě, kde není snížený počet žáků.

B. Asistent pedagoga – na základě vyšetření SPC zřízena funkce asistenta pedagoga s úvazkem 0,5. Na místo asistentky nastoupila bývalá učitelka MŠ, nyní ve starobním důchodu. Chlapec byl zpočátku k asistentce nedůvěřivý, později začal projevovat radost z jejího příchodu. Asi po půl roce se objevily negativní reakce chlapce na pokyny, často se ohnal i rukou, asistentka musela zvolit důslednější přístup. Měla pocit, že se k ní chování podobně jako k babičce, která dítě do mateřské školy vodila i vyzvedávala. Rodiče byli zaneprázdnění. Snažila se o bližší navázání kontaktu s rodiči, o domluvu schůzky, ale to se podařilo jen dvakrát ve školním roce.

C. Individuální vzdělávací plán – snažit se dítě zapojit do skupinových her, pomocí cviků zlepšovat koordinaci těla, posilování ochablého svalstva, zajišťování aktivní účasti při společných akcích (výlety, návštěvy kulturních akcí, plavání). Rozvoj prostorového vnímání, hrubé a jemné motoriky.

D. Využití kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek – didaktické pomůcky na rozvoj řeči, pomůcky na určování barev a tvarů, manipulace materiálem (třídění, přiřazování, uspořádání, vkládání). Využití různých modelovacích hmot k rozvoji jemné motoriky (plastelína, modurit, keramická hlína) Motivovaná manipulace s předměty, zkoumání jejich vlastností. Spontánní hra, volné hry a experimenty s materiálem. Zdravotní cviky, posilování svalstva, dětská jóga k relaxaci a uvolnění, nášlapné masážní žebříky, balanční dráhy. Podávání, kutálení míčů.

E. Zařazování předmětů speciálně pedagogické péče – využití relaxačních prvků ke zmírnění hyperaktivity, na logopedii dochází pravidelně s matkou.

F. Poskytování pedagogicko psychologických služeb – konzultace s pracovníky SPC dle domluvy, individuální rozhovory s rodiči, které se daří uskutečnit jen zřídka.

Případová studie č.3 – Natálka

Diagnóza: mentální retardace, febrilní epilepsie – perinatální patologie

1. Základní anamnestické údaje:

R.A. Matka /1968/, střední odborné vzdělání, zdravotní sestra, zdravotní stav dobrý

Otec /1963/, VŠ – stavební inženýr, zdravotní stav dobrý

Sourozenci: Lukáš /1997/, zdravotní stav dobrý

O.A. dívka z II. gravidity s normálním průběhem, přenášena o 14 dní, komplikovaný porod pomocí exprese a operativně, PHM 2010g/45 cm, kříšena, slabá novorozenecká žloutenka, 3 dny v inkubátoru. Raný psychomotorický vývoj opožděný, seděla, chodila od 18.m., první řečový projev 6. – 7.m., od 6.m. pravidelně cvičili Vojtovou metodou. Natálka trpěla často respiračními infekty, přijata do FN Olomouc pro febrilní křeče, byla indikována antiepileptická medikace. Od 3 let je v pravidelné logopedické péči.

2. Speciálně pedagogická diagnostika:

Aktuální úroveň rozumových schopností se jako celek nachází v horní polovině pásma středně těžké mentální retardace. Hrubá motorika – narušená je rovnováha a koordinace pohybu, chůze neobratná, našlapuje na špičky, toporně, motorické pohyby trhané. Jemná motorika a grafomotorika – na nízké úrovni, neobratnost jemné motoriky se projevuje při manipulaci s testovým materiálem, patrný je třes rukou, komín staví ze 6 kostek, most nenapodobí, korálky na tyčku navléká, tvary do vkládací desky vloží celé bez problémů, z půlených tvarů zvládne kruh, čtverec, trojúhelník nezvládne ani s výraznou dopomocí examinátora, kreslí PHK, úchop patologický, napodobí vertikálu, horizontálu s obtížemi, kruh odmítá. Kresba postavy – představa postavy dosud nevytvořena, kresba odpovídá „čmárání“.

Verbální projev – výrazně narušena je expresivní složka řeči, patrná je snaha komunikovat s okolím, vzhledem k pravidelné logopedické péči dochází k postupnému rozvoji řečových schopností, dle matky má Natálka obrovskou snahu, pokud jí okolí nerozumí, snaží se to, co chce sdělit, říct jinak nebo to popsat, při vyšetření odpovídá jednoslovně, případně v krátkých 2-3 slovných větách, místy méně srozumitelně, slova slabikuje. Správně pojmenuje věci běžné denní potřeby, zvířata, části lidského těla. Početní představa – číselnou řadu neexponuje, početní představa dosud nevytvořena. Barevná analýza – neupevněna, správně pojmenuje pouze červenou barvu, základní barvy /červená, modrá, zelená/ správně vybere a přiřadí. Sociální chování a sebeobsluha – sama se nají lžící, pije z hrnečku, na toaletu sama upozorní, pleny nenosí, oblékání zvládá pouze s dopomocí dospělé osoby.

V mateřské škole je velmi dobře adaptovaná, ráda si hraje, pomáhá ji kamarádka, se kterou má velmi pěkný vztah.

Závěr SPC

Děvčátko ve věku 6r. 5m. psychologicky a speciálně pedagogicky vyšetřeno na žádost ředitelství MŠ, se souhlasem rodičů, pro posouzení aktuální úrovně rozumových schopností, možnost integrace v rámci MŠ. Na základě vyšetření sdělujeme, že aktuální úroveň rozumových schopností se jako celek nachází v horní polovině pásma středně těžké mentální retardace, výrazně narušena je expresivní složka řeči, která se vzhledem k pravidelné logopedické péči postupně rozvíjí, dále je na nízké úrovni jemná motorika a grafomotorika, pozornost.

3. Stanovení podpůrných opatření poradenským zařízením:

Vzhledem ke kvalitní péči rodiny a přístupu MŠ, ve které je Natálka dobře adaptovaná, doporučujeme integraci dívky v mateřské škole. Při pohybových činnostech náročných na rovnováhu dbát větší opatrnosti, nutná korekce správného držení v sedu. Nutná individuální logopedická péče.

4. Realizace podpůrných opatření při vzdělávání:

Ve vzdělávacím procesu jsou realizována následná podpůrná opatření, která vychází z doporučení SPC.

A. Individuální integrace v mateřské škole – dívka integrovaná 2 roky ve třídě, kde je snížený počet žáků na 19.

B. Asistent pedagoga – nebyl doporučen, obě učitelky ve třídě byly předem seznámeny s dítětem i rodiči na společné schůzce

C. Individuální vzdělávací plán – snaha o zlepšení v oblasti sebeobsluhy v rozsahu individuálních možností dítěte (používání lžičky, pití z hrníčku, používání kapesníku, samostatnost při oblékání). Rozvoj jemné i hrubé motoriky, spontánní čmárání na velké formáty papíru, vkládky, provlékadla.

D. Využití kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek – od narození pravidelně cvičí s matkou Vojtovou metodou, pro rozvoj hrubé i jemné motoriky maxi puzzle, vkládací tvary, šněrovadla, pískovnička pro uvolňování zápěstí, různé hmoty pro modelování (radost z výrobku). Natálka dochází s celou třídou na plavání, za pomoci učitelky provádí zdravotní cviky ve vodě.

E. Zařazování předmětů speciálně pedagogické péče: relaxační techniky a hry pro zklidnění a koncentraci dětí (střídání zpevnění a uvolnění, citlivé vnímání vlastního těla), masážní chodník, míčkování, bublání slámkou do vody.

F. Poskytování pedagogicko-psychologických služeb: dítě pravidelně dochází k logopedovi, rodiče mají zájem o konzultace s učitelkami ve třídě, docházejí na pravidelné schůzky a oceňují přístup mateřské školy. Velice dobrá spolupráce.

Případová studie č.4 – Honzík

Diagnóza: lehká mentální retardace

1. Základní anamnestické údaje:

R.A. Matka / 1980/, vzdělání úplné střední odborné, zdravotní stav dobrý

Otec / 1976/, vzdělání úplné střední odborné, zdravotní stav dobrý

Sourozenci: nemá sourozence

O.A. Dítě z první gravidity s normálním průběhem, porod v termínu, spontánně, záhlavím, PHM 3400 g/ 50 cm, nekříšen. Raný psychomotorický vývoj v normě, seděl od 7m, chůze s oporou ve 12m, samostatná chůze od 13m, první řečový projev kolem 1roku. Z neurologického hlediska atypický psychomotorický vývoj, opožděný vývoj řeči, od 5 let navštěvuje logopedii. Jesle nenavštěvoval, MŠ navštěvuje celodenně.

2. Speciálně pedagogická diagnostika

Řečový projev dyslalický, častý výskyt echolálií, správně pojmenuje předměty denní potřeby, domácí zvířata, oblečení, základní barvy. Expresivní složka řeči, která je výrazně oslabena se postupně rozvíjí. Jemná motorika: věž staví z 9-ti kostek obratně. Výrazně oslabená je grafomotorika, psací potřebu drží v LHK, úchop patologický, výrazný přítlak, ruka neuvolněná. Spontánní kresba odpovídá „čmárání“, chybí krk, ruce i nohy jsou pouze naznačeny, kresba postavy neodpovídá věku. Početní řadu mechanicky exponuje do 5. Barevná analýza upevněna, ulpívavé myšlení. Výrazný psychomotorický neklid, nekvalitní pozornost, nízká úroveň volní motivace. Sebeobsluha: nají se samostatně lžící, pije z hrnečku.

Závěr SPC

Chlapec s aktuální úrovní rozumových schopností v pásmu podprůměru, vývojový profil je značně nerovnoměrný. Verbální myšlení, krátkodobá paměť i numerický úsudek odpovídají pásmu průměru, abstraktně vizuální myšlení, vizuomotorická koordinace, jemná motorika i grafomotorika spadají do pásma lehká mentální retardace. Výrazný psychomotorický neklid spojený s narušenou koncentrací pozornosti, je fixován na věci donesené z domova – hl. na svůj polštářek, má problém hospodařit s energií. Je-li unavený,

nebo rozrušený, polštářkem si vytváří své mikroklima/ schovává se za ním/ a dumlá dlouhodobě prsty. Okolí pak jen sleduje, nezapojuje se.

3. Stanovení podpůrných opatření poradenským zřízením:

Individuální plán sestavený s využitím ŠVP pro předškolní vzdělávání pro jednotlivé oblasti psychomotorického vývoje, upraveného dle jeho aktuálních možností. V MŠ je nezbytné zaměřit se na rozvoj hrubé a jemné motoriky. Nutná je motivace k činnostem, zapojování do společných aktivit, rozvoj dovedností nezbytných pro nástup povinné školní docházky, zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků. Přítomnost asistenta pedagoga je v MŠ nezbytná po dobu pobytu dítěte.

4. Realizace podpůrných opatření při vzdělávání:

Ve vzdělávacím procesu jsou realizována následná podpůrná opatření, která vychází z doporučení SPC.

A. Individuální integrace v mateřské škole – chlapec integrovaný 2 roky ve třídě, kde není snížený počet žáků

B. Asistent pedagoga – na základě doporučení SPC zřízena funkce asistenta pedagoga s úvazkem 0,5. Na místo asistentky nastoupila učitelka, která v MŠ pracovala. Honzika měla ve třídě od 3 let, zároveň s přechodem do starobního důchodu přijala místo asistentky.

C. Individuální vzdělávací plán – zaměřit se na rozvoj hrubé a jemné motoriky, zvládnutí základů sebeobsluhy, zapojování do společných aktivit ve třídě, pochvalou a povzbuzením vést dítě k dokončení daných úkolů

D. Využití kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek-cvičení pro rozvoj jemné a hrubé motoriky, hry s modelovací hmotou, spontánní kreslení na velké formáty papíru, uvolňování ramenního kloubu, zápěstí. Využití trojhranných pastelek, malování štětcem. Vkládky s tématem předměty denní potřeby, oblečení – zároveň určování. Při hře využívat velké relaxační míče, masážní chodník, relaxace.

E. Zařazování předmětů speciálně pedagogické péče - chlapec je v pravidelné logopedické péči, při hrách jsou zařazovány relaxační techniky, individuální pohybové aktivity na plaveckém bazéně.

F. Poskytování speciálně pedagogických služeb- spolupráce s pracovníky SPC, konzultace s rodiči.

Integrace těchto dětí přinesla pozitiva i negativa, která se odrážela ve výchovně vzdělávacím procesu. Jako pozitivní se jeví vzájemný kontakt zdravých dětí a dětí s postižením. Děti se učí vzájemně si pomáhat, v procesu integrace získávají i děti zdravé. Týmová práce zapojených učitelů do procesu integrace, spolupráce s rodiči, podpora poradenského zařízení. Negativním jevem je nedostatečné speciálně pedagogické vzdělání asistenta pedagoga, neznalost speciálních metod práce, poloviční pracovní úvazek asistenta. Vysoké počty dětí ve třídě.

9 Závěr praktické části

Asistent pedagoga: doporučen SPC v uvedených případech s úvazkem 0,5 (nízký úvazek ztěžuje možnost hledání „kvalitních“ asistentů, s ohledem na výši mzdy se daří ke spolupráci získat většinou důchodkyně, bývalé učitelky v MŠ, které tuto příležitost berou jako možnost přivýdělku a jen málo jsou ochotné přijímat současné trendy speciálního vzdělávání. Tato skutečnost klade větší nároky na učitelky ve třídě, které mnohdy doporučují vhodnost zvoleného přístupu. Právě tyto okolnosti vedly autorku ke studiu speciální pedagogiky, aby mohla spolu s asistentem pedagoga vytvářet pro integrované děti ty nejlepší podmínky.

Individuální vzdělávací plán: na doporučení SPC byly všechny integrované děti vzdělávány na jeho základě. Na tvorbě se podílely vždy obě učitelky třídy. Než byl dán souhlas k integraci, děti navštěvovaly stejnou mateřskou školu, a proto při sestavování plánu učitelky vycházely z portfolia a záznamů o dítěti z minulého školního roku, z pozorování dítěte, z doporučení SPC. Důraz byl kladen hlavně na zvolené metody výuky, důležité je vždy vycházet ze hry a dodržovat metodu přiměřenosti, což souvisí s individuálním přístupem. Zkušenosti ukazují, že velmi důležité je nastavení pravidel ve třídě s ohledem na integrované dítě, aby bylo soužití bezproblémové (respekt, pomoc, zapojení do her, činností).

Využití kompenzačních, rehabilitačních a speciálních učebních pomůcek: děti byly vždy zařazeny do třídy v přízemí vzhledem k narušené rovnováze a koordinovanosti pohybů, s asistentkou později trénovaly individuálně chůzi do schodů. Nejvíce byly využívány pomůcky na rozvoj jemné motoriky, u všech dětí je velmi oblíbená pískovnička, práce s keramickou hlinou pro radost z výrobku. Kreslení na velké formáty papíru, vkládanky, šněrovadla. Cvičení s velkými overbally, chůze po nášlapném masážním žebříku, po oblázkové podložce.

Pracovníci SPC konzultovali s asistentkou dosažené výsledky vzdělávání, poskytovali konzultace rodičům, zapůjčili nám i odborné knihy. Logopedickou péči zajišťoval vždy logoped, ve své ordinaci.

Závěr

Aktuální snahou současného školství je úspěšná integrace dětí se zdravotním postižením do vzdělávacího proudu. Stále častěji se v něm budeme setkávat s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami. Úspěšnost a pozitivní dopad při začlenění dětí s mentálním postižením do mateřské školy mezi zdravé vrstevníky vyžaduje hlavně připravenost ze strany školy. Vlastní školní vzdělávací programy umožňují připravit pro tyto děti vhodné podmínky, vytvářet jim podporu při všech činnostech. U dětí s mentálním postižením se jedná zejména o zajištění asistenta pedagoga, který bude s dítětem individuálně pracovat za pomoci speciálních pomůcek. Velmi důležité jsou poradenské služby pro dítě a jeho rodinu, ale i vyučujícího. Míra využívání podpůrných opatření může být spjata s osobností pedagoga, asistenta pedagoga, jeho odborné speciálně pedagogické vzdělání, pedagogická praxe. Dalším důležitým faktorem je týmová spolupráce zaměstnanců školy.

V bakalářské práci se autorka pokusila zachytit a analyzovat některé informace o integraci dětí s mentálním postižením. Zaměřila se na oblast předškolního vzdělávání, protože zde využila vlastních zkušeností z praxe.

Cílem výzkumu bylo zjistit využití podpůrných opatření, která umožňují integraci dětí s mentálním postižením v mateřské škole a dát odpověď na výzkumné otázky.

Z výše uvedeného vyplývá, že odborné vzdělání asistenta pedagoga by mělo být prioritou. Hledání takového člověka brání především nízké pracovní úvazky. Kdo má vzdělání, požaduje plný úvazek. Vysoké počty dětí ve třídě sice nebrání individuálnímu přístupu k integrovanému dítěti, ale při nižším počtu je vždy klidnější atmosféra ve třídě tj. méně hluku, menší „tlačence“ v přechodových situacích, při sebeobsluze v umývárně, v šatně.

Navržená podpůrná opatření poradenským zařízením jsou vhodně určena a nijak se od nich neliší realizovaná opatření v mateřské škole. Naopak je vidět snaha doplňovat tato doporučení z vlastních zkušeností z práce.

Klima školy se zásadně podílí na úspěšnosti integrace, úspěch spočívá v týmové práci, v podpoře vedení školy, ve spolupráci s rodiči.

Výzkum přinesl zjištění, že jsou v procesu vzdělávání dětí s mentálním postižením často využívána různorodá podpůrná opatření, důraz je kladen na individuální přístup. V edukačním procesu pedagogové spolupracují se školskými poradenskými pracovišti.

Delší pedagogická praxe umožňuje aktivně využívat ve vzdělávání vlastní zkušenosti a naplňovat tak lépe potřeby žáků. Pedagogové se snaží získávat neustále informace o nových metodách a formách výuky. Negativním jevem je nedostatečné speciálně pedagogické vzdělání asistenta pedagoga.

Výzkumný záměr byl splněn. Získané poznatky by mohly být podnětem pro další, hlubší sledování problematiky.

Literatura

- BARTOŇOVÁ, Miroslava, 2005. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. 1.vyd. Brno: MSD, spol. s r.o. 406 s. ISBN 80-86633-37-3.
- GILLERNOVÁ, Ilona, MERTIN Václav (ed.), 2003. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*.1. vyd. Praha: Portál. 230 s. ISBN 80-7178-799-X.
- LECHTA, Viktor, *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. 2011. 3. vyd. Praha: Portál. 190 s. ISBN 978-80-7367-977-4.
- LECHTA, Viktor (ed.), 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- MICHALÍK, Jan, 2002. *Škola pro všechny aneb Integrace je když....* 1. vyd. Vsetín: ZŠ Integra za podpory programu PHARE – ACCESS 99 Evropská unie. 41 s. ISBN 80-238-9885-X.
- MIOVSKÝ, Michal, *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 2006. 1. vyd. Havlíčkův Brod: Grada Publishing, a.s. 331s. ISBN 80-247-1362-4.
- MÜLLER, Oldřich, *Lehká mentální retardace v pedagogicko psychologickém kontextu*. 2001. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 87 s. ISBN 80-244-0207-6.
- PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1998. 1. vyd. Brno: Paido. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka a kol., *Přehled vývojové psychologie*. 2010. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 189 s. ISBN 978-80-244-2433-0.
- ŠMELOVÁ, Eva, PETROVÁ, Alena, SOURALOVÁ, E. a kol., *Přípravenost dětí k zahájení povinné školní docházky v kontextu současného kurikula*. 2012. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 312 s. ISBN 978-80-244-3345-5.
- ŠVARCOVÁ, Iva, *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2006. 3. vyd. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie, *Vývojová psychologie pro obor speciální pedagogika předškolního věku*. 2007. 1.vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci. 122 s. ISBN 978-80-7372-213-5.
- VALENTA, Milan, MICHALÍK, Jan, *Diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb u dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením*. 2012. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 95 s. ISBN 978-80-244-3161-1.
- VALENTA, Milan, *Metodika práce asistenta pedagoga žáka s mentálním postižením*. 2012. 1 vyd. Olomouc: Univerzita Palackého. 125 s. reg. č.: CZ.1.07/1.2.00/14.0020.

VALENTA, Milan, MÜLLER, Oldřich, *Psychopedie*. 2003. 1. vyd. Praha: Parta. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VÍTKOVÁ, Marie (ed.), *Integrativní speciální pedagogika, Integrace školní a sociální*. 2004. 2. vyd. Brno: Paido. 453 s. ISBN 80-7315-071-9.

ZELINKOVÁ, Olga, *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. 2007. 2. vyd. Praha: Portál. 208 s. ISBN 978-80-7367-326-0.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. MKF, 2001.1. vyd. Praha: Grada. 280 s. ISBN 978-80-247-1587-2.

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. 2004. Praha: Výzkumný ústav pedagogický. ISBN 80-87000-00-5.

TĚTHALOVÁ, Marie, *Kvalitní společné vzdělávání přináší užitek všem*. *Informatorium*. 2010. Praha: Portál. 17.(9). ISSN 1210-7506.

TĚTHALOVÁ, Marie, *Odpůrcům inkluze je dobrý jakýkoli argument*. *Informatorium*. 2012. Praha: Portál. 19.(2). ISSN 1210-7506.

Legislativní dokumenty

Zákon č. 561/2004, Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

Vyhláška č.73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění pozdějších předpisů.