Pedagogická fakulta
Faculty of Education
Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
University of South Bohemia in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

Mateřská škola v systému ucelené rehabilitace

Vypracovala: Hana Fialová

Vedoucí práce: PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D

České Budějovice 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. V platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 08.07.2016

Hana Fialová

Poděkování

Děkuji především paní PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D za její cenné rady a užitečné připomínky, za poskytnutí konzultací a celkové vedení mé bakalářské práce. Veliké poděkování patří také celé mé rodině, která pro mě měla pochopení a podporovala mě po celou dobu psaní práce.

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá provázaností složek v systému ucelené rehabilitace v České republice s důrazem na složku výchovně vzdělávací. Zaměřuje se na individualizaci v předškolní výchově a vzdělávání dětí s mentální retardací. Cílem práce je porovnání, co si pod pojmem ucelená rehabilitace představují učitelky, a co naopak matky. Práce je rozdělena do dvou základních částí. První část se zabývá teoretickými poznatky, druhá část je praktická.

Teoretická část se zabývá charakteristikou ucelené rehabilitace, problematikou zejména charakteristice jednotlivých složek. Další úsek teoretické části popisuje integrace/inkluze, s tím spojený individuální plán, a poslední úsek se zabývá dětmi v MŠ s mentální retardací.

Praktická část se skládá z rozhovorů, a to dvojího typu. Jedna část rozhovorů je vedena s rodiči integrovaných dětí s mentální retardací, druhá část s učitelkami z mateřských škol, které mají u sebe integrované žáky. Těmito rozhovory chceme zjistit, jak moc jsou používány složky ucelené rehabilitace v MŠ, při čemž zda je učitelky stíhají zapojovat do svých činností.

KLÍČOVÁ SLOVA: *ucelená rehabilitace, mentální retardace, integrace, mateřská škola, předškolní věk*

ABSTRACT

This work deals with interconnection components of comprehensive rehabilitation system with an emphasis on the educational component in the Czech Republic. It focuses on individualized preschool education and education of children with mental retardion. The aim is compare what the teachers think about integrated rehabilitation and what the mothers think about it. The work is divided into two parts. The first one deals with theoretical finding and the second part is practical.

Theoretical part is divided characteristic of integrated rehabilitation and describe problem of each part of in. Next section of theoretical part describe integration/inclusion and connected individual plan with it. The last part is deals with the children with mental retardation in kindergarden.

Practical part is composed two types f interviews. The first part is made by parents of integrated childrens with mental retardion and the second part is made whit teachers from kindergardens who work with the integrated kids. By these interviews we want to know how much is used components of integrated rehabilitation and if the teachers make time for participate in activities in kindergarden.

KEY WORDS: *comprehensive rahabilitation, mental retardation, integration, kindergarden, preschool age*

OBSAH:

ÚVOD ……6

TEORETICKÁ ČÁST

1. Ucelená rehabilitace……7

1.1. Vymezení pojmu ucelené rehabilitace…… .7

1.2 Přístupy a názory na pojetí ucelené rehabilitace……..9

1.3 Složky ucelené rehabilitace a jejich charakteristika……..11

1.4 Pedagogické prostředky rehabilitace……..14

2. Pedagogická integrace/inkluze……15

2.1 Vymezení pojmů integrace a inkluze……15

2.2 Integrace a vzdělávání v mateřské škole……..18

2.3 Individuální integrace……20

3. Individuální plán……21

3.1 Význam IVP……21

3.2 Zásady pro tvorbu IVP……..23

4. Vzdělávání dětí s mentální retardací v mateřské škole ……25

4.1 Definice mentální retardace……29

4.2 Vznik mentální retardace……30

4.3 Členění mentální retardace podle vývojového období……30

4.3.1 Klasifikace stupňů mentální retardace……..32

PRAKTICKÁ ČÁST

5. Cíl bakalářské práce……38

5.1 Hlavní výzkumné otázky……38

6. Metodika……..38

6.1 Použitá výzkumná strategie……38

6.1.1 Metoda dotazování……39

6.2. Způsob výběru zkoumaného souboru……40

6.3 Způsob zpracování dat……40

7. Výsledky……40

7.1 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek – učitelky……42

7.1.1 Vyhodnocení DVO č.1……42
7.1.2 Vyhodnocení DVO č.2……..44
7.1.3 Vyhodnocení DVO č.3……..44
7.1.4 Vyhodnocení DVO č.4……...45
7.2 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek – maminky……..45
7.2.1 Vyhodnocení DVO č.1……..45
7.2.2 Vyhodnocení DVO č.2……..46
7.2.3 Vyhodnocení DVO č.3……...47
8.Diskuze……47
9. Závěr……50
10. Seznam použitých zdrojů……52

Příloha č.1
Příloha č.2

ÚVOD

Tato bakalářská práce je rozdělena do dvou částí, a to teoretické a praktické. Teoretická část práce si klade za cíl nastínit problematiku ucelené rehabilitace v souvislosti s činiteli, které se na jejím vzniku významně podílí. Teoretická část práce dále obsahuje vymezení rehabilitací a složky vzdělávání jedinců s handicapem.
Každé zdravotní postižení je jiné, vyžaduje jiné specifické přístupy, a proto by měli být lidé více informováni, jaké jsou zdravotní postižení, jakým způsobem postiženého vnímat, jak se k němu chovat a jaké jsou možnosti jejich vzdělávání. Dále se tato část zabývá výchovou a vzděláváním dítěte s mentální retardací.

Cílem mé práce je zjistit, jaká je znalost problematiky ucelené rehabilitace mezi učitelkami a rodiči. Jaké z hlavních složek ucelené rehabilitace učitelky používají při své práci v MŠ. Praktická část práce obsahuje výsledky rozhovorů s rodiči integrovaných dětí, a výsledky rozhovorů s učitelkami mateřských škol, kde zjišťujeme informovanost o integraci handicapovaných dětí, o dalších možnostech používání ucelené rehabilitace.

Práce shrnuje teoretické poznatky, které jsem získala z odborné literatury a internetových zdrojů. Zabývá se pojmy a fakty, které souvisí s ucelenou rehabilitací.

Teoretická část

1. Ucelená rehabilitace

1.1 Vymezení pojmu ucelená rehabilitace

Asi nejznámější definicí ucelené rehabilitace, která byla navržena Světovou zdravotnickou organizací je: *„Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možná nejvyššího stupně funkční schopnosti v rámci začleňování do společnosti. V rehabilitaci se musí jednotlivá společenská opatření prolínat nebo na sebe plynule navazovat ve snaze dosáhnout cíle, tj. společenské socializace či resocializace člověka s postižením.“* (Votava, 2003) Jde o jednotlivé zákony, nařízení, směrnice a pokyny, vydané státními orgány, které vytvářejí předpoklady pro úspěšné a komplexní provádění rehabilitace. Proto se tedy moderní rehabilitace skládá ze souhrnů společenských opatření, jejichž cílem je integrace postiženého do co největší a nejširší společnosti zdravých lidí. Stará se, aby tito lidé měli zajištěné základní práva: na výchovu a vzdělání, na práci, na plnohodnotný život a v neposlední řadě také na zdraví. Je nám tedy jasné, že rehabilitace má charakter širokospektrální. A právě proto se o ní dá hovořit jako o rehabilitaci integrální neboli komplexní.

Pojem rehabilitace již tedy není v dnešní době chápána jako výhradně zdravotnická aktivita, ale jako interdisciplinární obor. Ten zahrnuje nejen péči zdravotnickou, ale v současném pojetí také sociálně právní, pedagogicko-psychologickou a pracovní. Na zásadní význam nově pojaté rehabilitace poukazuje J. Pfeiffer (in sborník Dítě se zdravotním postižením, MŠMT 1999, s.7), který uvádí: *„Rehabilitace by se měla dostat do popředí zájmu v naší politice. Evropská unie všechny své členy jsoucí i budoucí vyzývá, aby chápali rehabilitaci jako nedílnou součást politiky státu. Právě tento typ informací nám otevírá oči a vysvětluje, že rehabilitace není tělocvik nebo fyzikální medicína, ale plynulé a koordinované úsilí o optimální integraci do života při využití všech dostupných prostředků léčebných,*

sociálních, výchovných a v neposlední řadě i pracovních.“(Jankovský,J., 2006, s. 19)

Rehabilitace jako společenský proces (ve smyslu tzv. komprehenzivní, ucelené rehabilitace) představuje činnost všech složek společnosti (organizací, státu a jednotlivců). S cílem zařadit člověka postiženého s následkem nemoci, úrazu či vrozené vady, do společenského aktivního života. Podle OSN kritériem pro kulturní úroveň společnosti je kvalita úrovně rehabilitace. Jde o celospolečenský proces, který se dotýká téměř všech aspektů společenského života.

Ucelenou rehabilitací osob se zdravotním postižením se zabývá Mezinárodní rehabilitace (RI), která také na toto téma pořádá světové kongresy. Rehabilitation International, plným názvem International Society for Rehabilitation of the Disabled (Mezinárodní společnost pro rehabilitaci postižených). Ve svém zveřejněném dokumentu z roku 1980, definuje tato organizace pojem rehabilitace takto: *„Rehabilitace je proces, při kterém kombinované a koordinované uplatnění léčebných, výchovných, sociálních a pracovních opatření umožní zdravotně postiženému úpravu porušených funkcí a plné zařazení do společnosti. Přitom předpona re – znamená návrat k původnímu stavu. V tomto smyslu lze rehabilitaci chápat u dospělých osob, u kterých došlo k postižení následkem nemoci či úrazu.“*(http://rehabilitace.lf1.cuni.cz)

Pokud se však budeme zabývat postiženým dítětem, zdá se nám situace jiná. Mnoho dětí se s postižením potýká od samého začátku svého života, tzn. od narození. To znamená, že se nemohou navrátit do stavu plného zdraví, poněvadž se v takovémto stavu nikdy nenacházely. Jak je dobře známo, jakékoliv postižení brání normálnímu vývoji a staví mu do cesty překážky. Jako hlavní a nejdůležitější cíl v péči o postižené dítě je podporovat, zabývat se jeho vývojem, a to i přesto, že právě postižení brání posouvat se ve vývoji kupředu a že přes veškerou snahu, péči, úsilí, a času často nedosáhne postižené dítě stejných výsledků, jako dítě zcela zdravé. *„Z těchto důvodů byl pro rehabilitaci v dětském věku, jako jedné z hlavních metod využívaných při práci s těmito dětmi, doporučen výraz „habilitace“, který už nevyjadřuje návrat k původnímu stavu. Ten se ovšem zatím neujal.“* (http://publib.upol.cz/)

1.2 Přístupy a názory na pojetí ucelené rehabilitace

Při členění ucelené rehabilitace na jednotlivé složky se setkáváme s různými přístupy, z nichž nejznámější jsou:

Jesenský (1987) užívá převzatého termínu pro ucelenou rehabilitaci, a to komprehenzivní rehabilitace.

Člení ji nejen podle zaměření, ale i podle jednotlivých prostředků a institucí, které jsou při ní aplikovány, a to na čtyři složky:

- rehabilitaci léčebnou
- sociální
- pedagogickou
- pracovní

Smyslem a cílem rehabilitace je nejúplnější začlenění zdravotně postižených lidí do aktivního života. Máme na mysli spíš rehabilitaci dlouhodobou. Je zapotřebí odlišit jí od rehabilitace krátkodobé, která navazuje na léčení méně závažného onemocnění, nebo má za cíl návrat ke stavu zdraví a upevnění celkové kondice.

Rehabilitace se týká nejen lidí, kteří se vyvíjeli jako zdraví jedinci a v důsledku nemoci či úrazu byli vyřazeni ze svých každodenních činností, ale týká se i jedinců, kteří se s postižením narodili, nebo s ním žijí od útlého věku.

Kábele (1990) člení komplexní rehabilitaci na 4 základní složky a 4 složky podpůrné.

Podle něj jsou složky základní:

- léčebná
- pedagogická
- sociální
- pracovní

A složky podpůrné jsou:

- psychologická
- právní
- technická
- ekonomická

Podle Kábeleho je efektivnost komplexní rehabilitace osob ovlivněna jejich motivací.

Podle Jankovského (1992) se rehabilitace týká nejen lidí, kteří ji využívají v důsledku svého onemocnění a k upevnění zdraví po úrazech, ale v našem prostředí také těch jedinců, kteří s postižením žijí od útlého věku, nebo se s ním dokonce narodili.

„Světová zdravotnická organizace (WHO) definovala rehabilitaci již v roce 1969 následujícím způsobem. „ Rehabilitace je kombinované a koordinované použití léčebných, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik a znovu výcvik jedince k nejvyšší možné funkční schopnosti.“ (Jankovský J., 2006, str. 20)

Jankovský též ucelenou rehabilitaci (komplexní) rozděluje na čtyři hlavní složky:

- léčebnou
- sociální
- pedagogickou
- pracovní

Sovák (1980) rehabilitaci zařazuje do speciálně pedagogických metod, do kterých také mimo jiné patří i kompenzace a reedukace. Tyto metody jsou pro některé osoby s postižením nejdůležitější:

„Rehabilitace (habilis = schopný, tedy: uschopnění) je souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se upravují společenské vztahy i možnosti pracovního uplatnění a subjektivního uspokojení postiženého jedince. Výsledky předchozích metod tvoří základnu pro vytváření individuálně psychologických i společenských podmínek

socializace. Rehabilitace se proto už nezaměřuje pouze na biologické faktory samotného člověka s jeho porušenými funkcemi, ale spíše na jeho porušené (nevytvořené, omezené) sociální vztahy. Je tu zřejmý posun působení z oblasti individuálně biologické do oblasti sociální" (Sovák, 1980, s. 33).

Je tedy dobrý přístup komplexní a rehabilitace ucelená, zvláště pak v případě, kdy chceme pozitivně působit, nebo také ovlivnit psychiku člověka.

1.3 Složky ucelené rehabilitace a jejich charakteristika

V podstatě se všichni výše zmiňovaní pánové na rehabilitaci koukají velmi podobně. Na čem se ale všichni shodují přesně, jsou základní složky ucelené rehabilitace. Někdo jich udává méně, někdo více. Zaměříme se tedy, na každou z nich, a shrneme, co o jednotlivých složkách ucelené rehabilitace víme.

1. ***Zdravotní složka:***

Podle výše uvedených autorů je léčebná rehabilitace zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch, ale také na eliminaci následků zdravotního postižení. Jesenský též uvádí rozdělení léčebné rehabilitace na vertikální a horizontální. Vertikální podle něj vede k obnovení původního stavu organismu. Kdežto horizontální je dlouhodobá, řeší problematiku poškození, která mají chronický a závažný charakter. (Jesenský, 1995)

Zdravotní složka se uplatňuje zejména u osob s mentální retardací a dále u osob s kombinovanými vadami (dále jen KV). Spočívá v používání léčebných metod (např. medikace, fyzioterapie, ergoterapie, aj.), které směřují ke stabilizaci zdravotního stavu jedince. Dále vede i k obnovení ztracených funkcí a k tvorbě dalších schopností organismu. Také ji používáme ke zmírnění následků a prevenci progrese mentální retardace i kombinovaných vad nebo vzniku jiného postižení, onemocnění či dalšího zdravotního oslabení.

2. ***Psychologická složka:***

Psychologická rehabilitace se snaží zvládnout časté psychické stavy, které jsou u osob s mentální retardací spojeny s nečekanou změnou zdravotního stavu. Dále podporuje především rozvoj sebepojetí, sebehodnocení, tvorbu životní perspektivy jedince s mentální retardací i jeho nejbližší rodiny.

3. ***Sociální složka****:*

V rámci lidské společnosti dochází u člověka v průběhu života k humanizaci, socializaci a personalizaci. Stejné je to u lidí s postižením. Proto je úkolem rehabilitace vytvoření předpokladu pro samostatnost a nezávislost, aby byl postižený schopen přijmout své postižení, a v co největší míře se integrovat do společnosti. Jde o úkol, jak se vyrovnat s faktem mentálního či kombinovaného postižení. Především však s problémy a omezením, které jedinci jeho postižení přináší. I lidé s postižením mají právo žít takový život, aby nedocházelo k frustracím a deprivacím, neboť právě ty negativně ovlivňují vývoj celé jejich osobnosti.

Funkčnost sociální oblasti u mentálně retardovaných osob je založena na souhře a doplňování se vnějších, neboli materiálních podmínek a vnitřních podmínek. V zájmu co největší socializace jde o přímé či nepřímé působení na jedince s mentální retardací a jeho nejbližší okolí.

4. ***Pedagogická složka:***

„Pedagogická rehabilitace odpovídá speciálně pedagogické nápravě u lidí s postižením. Může se týkat i dětí a dospělých s vrozeným postižením.“
(www.pedrehab.cz)

Pedagogická rehabilitace vede dítě či dospělého k tomu, aby i přes své postižení

se dovedl samostatně rozhodovat. Pokud se naučí samostatnému rozhodování, povede to i k plnohodnotnému, pracovnímu a společenskému uplatnění.

Pro předpoklad úspěšné pedagogické rehabilitace je důležitý úspěšný začátek v raném období, kdy už postižený je plně zapojen do rehabilitace. Úspěchy, povzbuzení, pohoda při rehabilitaci, vedoucí k tomu, že člověk věří, že se dostaví kladné výsledky.

Pedagogická složka komplexní rehabilitace u osob s mentální retardací je zaměřena na práci se speciálně pedagogickými metodami do edukace.

Mezi prostředky pedagogické rehabilitace u jedinců s mentální retardací patří edukační programy (programy aktivizační, programy doplňující vzdělání….).

Výchova a vzdělávání všeobecné i odborné – příprava na povolání – výchovné poradenství.

Pro každé dítě s postižením je na začátku nového školního roku vypracován individuálně výchovně vzdělávací plán, který je celý přizpůsobován individuálním potřebám, možnostem a schopnostem dítěte.

5. ***Pracovní složka:***

„Každá osoba se zdravotním postižením má ze zákona právo na pracovní rehabilitaci.“
(§ 69-70 zákona č. 435/2004 Sb.)

Ve spolupráci s pracovně rehabilitačními středisky, zabezpečuje pracovní rehabilitaci pracovní úřad.

Pracovní rehabilitace je zaměřená činnost na udržení či dokonce získání vhodného zaměstnání. Na základě žádosti osoby se zdravotním postižením, zabezpečují pracovní rehabilitaci úřady práce a hradí s ní spojené náklady. Např. Zajistí možnost chráněného zaměstnávání.

Pracovní rehabilitace zahrnuje teoretickou, praktickou, přípravu pro zaměstnání, poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, změnu, udržení, zprostředkování zaměstnání a především vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání.

6. ***Volnočasová složka:***

Jedná se o složku zahrnující zájmové, sportovní a kulturní aktivity, zaměřenou na oblast pozitivní seberealizace osob s mentálním postižením. (http://www.brousci.kvalitne.cz/KRHB.doc)

7. ***Rodinná složka:***

Pro jedince s mentální retardací představuje rodina základní sociální jednotku, která je zdrojem všech jeho zkušeností a předpokladem pro rozvoj celé jeho osobnosti. Rodinná rehabilitace se proto nezabývá pouze osobami s postižením, ale i na ostatní členy jeho rodiny. Protože některé rodinné vztahy mohou být z důvodu mentálního postižení narušeny, snaží se rodinná rehabilitace o nápravu vztahů, a především o celkovou podporu.

1.4 Pedagogické prostředky rehabilitace

Jsou určeny osobám, kterým jejich zdravotní znevýhodnění neumožňuje dosáhnout odpovídající úrovně vzdělání běžnými pedagogickými prostředky.

- v rámci rané péče (včasné intervence)
- školní edukace
- profesního vzdělávání, resp. přípravy, jehož cílem je dosažení maximálního možného vzdělání

„Pedagogické prostředky rehabilitace představují jednu ze čtyř hlavních složek uceleného systému rehabilitace, a přestože v této oblasti přetrvává stále určitá terminologická nejednotnost, způsobená zejména úzkou vazbou pedagogiky na speciální pedagogiku, respektive na psychologii, nelze pedagogickým prostředkům rehabilitace upřít jejich široký záběr v daném problému. Ačkoliv se pedagogické

prostředky rehabilitace prolínají s prostředky léčebnými, sociálními i pracovními, je nesporné, že tento systém rehabilitace je nutno chápat též jako pedagogický jev. Při socializaci člověka hraje totiž výchova (edukace) významnou roli a nelze ji rozhodne vnímat jen jako aktivitu, která má vztah pouze k dětství či dospívání. I když je výchova permanentní celoživotní proces a vzdělávání je nutno chápat jako otevřený systém, přesto však je pedagogická rehabilitace nejvýznamnější právě v období dětství a dospívání. Všechny tyto skutečnosti platí obecně a týkají se jak lidí s postižením, tak intaktní populace. Hledat zde tedy ostré hranice mezi výchovou, vzděláváním a rehabilitací by bylo neproduktivní." (Jankovský, J., 2006, s.30)

Co bychom neměli zapomenout připomenout, je informace, že se pedagogické prostředky rehabilitace neobejdou bez týmové spolupráce odborníků.
Pedagogická rehabilitace je brána jako vratný proces. Jako návratný proces, který usiluje o obnovu normálního vývoje jedince. Samozřejmě tento proces neprobíhá spontánně, ale za pomoci odborníků, a pedagogicko-psychologických prostředků.

„Hranici mezi výchovou, vzděláváním a rehabilitací lze zřejmě nacházet při charakteristice konkrétních životních situací a způsobech jejich řešení s pomocí výchovně vzdělávacích nebo rehabilitačních prostředků a postupů." (Jesenský, J., 1995, s. 112*)*

2. Pedagogická integrace/inkluze

2.1. Vymezení pojmu integrace a inkluze

Obecně lze tento termín vymezit jako plné začlenění a splynutí jedince se společností (proto bývá označován jako nejvyšší stupeň socializace). Nejčastěji a nejběžněji se s pojmem integrace setkáváme ve spojení integrace postižených a národnostně odlišnými lidmi. Při integraci se neobejdeme bez systematické spolupráce s odborníky, zejména školských poradenských zařízení (speciálně pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden).

„Slovo integrace má řadu významů – v oblasti speciální pedagogiky tento pojem chápeme jako „spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“. (Jesenský, 1995)“ (Slowík, J.,2007 s.31)

Slowík (2007) uvádí pojem „ Integrace / sjednocení, spojení/ - spolužití znevýhodněných a neznevýhodněných při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin.“

„Slovo integrace má řadu významů – v oblasti speciální pedagogiky tento pojem chápeme jako „spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“. (Jesenský, 1995)“ (Slowík, J., str. 31)

Integrace je proces začlenění do společnosti ostatních dětí a to ať jde o jakékoliv dítě, aby mohly společně žít. Jde o nesmírnou snahu, aby dítě nebylo a necítilo se vyčleňováno, ale aby bylo zařazeno do normálního prostředí. Proto se integrace všeho druhu doporučuje všude tam, kde to je alespoň trošku možné.

Setkáváme se s mnoha a mnoha definicemi slova a pojmu integrace. Například Muller (2004, s. 12) uvádí citaci od profesora Sováka, že integrace je „nejvyšší stupeň socializace, úplné zapojení individua stiženého vadou, u něhož byly důsledky vady zcela a bezezbytku překonány“.

Jesenský (2000, s. 101) pro změnu uvádí: *„Integrace znamená sjednocování postojů hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišujících jevů. Představuje situaci postojů nebo aktivit, tyto se můžou projevit ve formě stresů, konfliktů a problémů, narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost životního běhu. Integrace je jeden z prostředků, které pomáhají takové rozpory překonat. Nevadí, že sama je rozporuplná. Prakticky vysoká aktuálnost a naléhavost jejího řešení však vedla k přehlížení této rozporuplnosti a k přijímání jednoduchých teorií a koncepcí řešení.“*

Jesenský (1995,) dále uvádí, že integrace je partnerské soužití zdravých

a postižených lidí.. Proto objeví-li se nějaký konflikt ve společném soužití, nesmí být nadále překážkou, ale měl by být hnací sílou pro dosažení integrace.

Podle Sováka(1972, s. 20) *„integrace nepředstavuje jenom cíl, ale také proces, v průběhu kterého lze docílit různých stupňů v naplnění konečného cíle plné integrace. Integrace dítěte do škol je proces, který se stále vyvíjí a mění, stále můžeme něco zlepšovat. Proto je pouze na nás, jak se k integraci postavíme. Pro integraci dětí s postižením je velice důležité si před nástupem dítěte do předškolního vzdělávání připravit optimální podmínky pro konkrétní dítě, protože každé dítě s postižením má odlišné individuální potřeby.“*

Je tedy jednoznačné, že k integraci dětí se SVP musíme přistupovat s mimořádnou zodpovědností. Aby byla úspěšná, je třeba, aby jí předcházelo vytvoření celé řady podmínek, bez jejichž naplnění by bylo nejen zbytečné, ale i nezodpovědné dítě do běžné MŠ přijmout.

<u>Roviny</u>

- rodinná – vstupní pro normální socializaci
- školní – vstupní pro speciální výchovu
- pracovního zařazení
- volného času
- společenská

Inkluze znamená zahrnutí, nebo-li přijetí do určitého spolku, společnosti.
„Inkluze je nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení“ (Slowík, J., str 32)
Pedagogický slovník definuje inkluzi takto : *„….zapojování postižených do hlavního proudu dění ve společnosti. Používá se také jako synonymum integrace. Snaží se odstraňovat diskriminaci zdravotně postižených ve vzdělávání, socializaci, enkulturaci i ergotizaci. Opakem inkluze je exkluze. Inkluze se často nepřesně používá jako*

ekvivalent integrace.“

Přesvědčení inkluzivního postoje spočívá v tom, že všichni lidé jsou si rovni. A to nejenom v důstojnosti a jejich právech. Proto jsou osoby s postižením v inkluzivním přístupu zapojovány do všech každodenních činností, jaké zvládají lidé bez omezení. Pokud to situace alespoň trochu umožní, snaží se nepoužívat žádné speciální prostředky a postupy.

2.2 Integrace a vzdělávání v mateřské škole

Pojem integrace se v oblasti školství vztahuje na vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

Mluvíme také o integrovaném vzdělávání. To v sobě zahrnuje přístupy a způsoby zapojení těchto dětí, žáků a studentů do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout jim určitou zkušenost, jako je např. společnost s jejich vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby.

Podmínky pro integraci:

- ***Materiální podmínky***

Postiženému dítěti musí být budova školy i třída dostupná bez nutnosti být odkázáni na pomoc okolí. Vybavení třídy musí obsahovat pomůcky a materiály odpovídající jeho speciálním potřebám (druhu postižení) a umožňovat rozvoj jeho osobnosti.

- ***Sociálně–personální podmínky***

Nejdůležitějším faktorem je připravenost učitele. Vedení školy by při rozhodování o integraci mělo vycházet ze skutečností, zda určitý učitel se zařazením dítěte s mentálním postižením do „své“ třídy souhlasí. Zda je přesvědčen, že tuto složitou pedagogickou situaci zvládne.

Jeho ochota a vstřícnost je velice důležitá, ale bez základních znalostí příslušné oblasti speciální pedagogiky samozřejmě nestačí. Učitel nemusí být speciální pedagog, ale měl by si být vědom nutnosti vzdělávat se nadále v problematice daného postižení.

- ***Legislativní podmínky***

Mezi hlavní legislativní dokumenty, které umožňují integraci, patří určitě zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen „školský zákon). Zákon, který stanovuje obecné cíle a zásady vzdělávání, uvádí systém vzdělávacích programů a zabývá se dalšími náležitostmi, které se vztahují ke vzdělávání. Paragraf 16 (1) vymezuje žáky se speciálními vzdělávacími potřebami jako „osoby se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

- ***Ekonomické podmínky***

Je důležité provézt úpravy, které vyžaduje integrované dítě. Dalším bodem ekonomických podmínek je zajištění kompenzačních a didaktických pomůcek, které jsou nezbytné s ohledem na vzdělávání dětí a žáků, které mají specifické druhy a stupně postižení. Speciálně pedagogické pomůcky pro vzdělávání jsou velice nákladné a proto je potřeba je zajistit včas. Dále je důležité sehnat finanční ohodnocení na asistenta pedagoga, který je nápomocen učitelům při vzdělávání a věnuje se jak dítěti integrovanému, tak ostatním dětem ve třídě.

Činitelé školní integrace:

- rodiče a rodina – integrace = vyšší nároky na spolupráci se školou, a dalšími institucemi, více času trávit nad domácí přípravou, laskavost a pochopení, pokud se nedaří a nejde to.
- rodiče ostatních dětí – musí jim být vysvětleno, že jejich dítě nebude omezeno, ale naopak jaký má přínos integrace, a co si z toho moje dítě odnese

- škola a spolužáci – zasvětit je do problému, proč a jak mohou pomoci, nenormalizovat.

Význam: poznání a pochopení zdánlivě jiné situace, celková ohleduplnost, účinná ochrana slabšího, uvědomění si vlastní osobnosti, rozvoj samostatnosti

- děti se specifickými vzdělávacími potřebami - nesmí být nijak omezen, naopak potřebuje stimulovat, a dodávat odvahu

Význam: možnost normální socializace, podpora sebevědomí, možnost rozvoje potenciálu

- pedagog - subjekt výchovy, určuje způsob, cíle, metody

(www.inkluzivniskola.cz)

2.3 Individuální integrace

Individuální integrace probíhá v běžné škole (dle novely vyhlášky č. 73/2005 Sb., škola již nemůže odmítnout vzdělávání žáků vhodných k integraci, přestože nemá podmínky k takovému vzdělávání, školy musí přizpůsobit svoje prostředí či personální obsazení ke vzdělávání těchto žáků)

Zařazení dítěte do individuální integrace provádí ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a se souhlasem zákonného zástupce dítěte.

Výhody a nevýhody zařazení handicapovaného dítěte do zdravého kolektivu:

Výhody

- zůstávají a dále se rozvíjejí vztahy k výchově a vzdělání
- vytvářejí si základ pro vztah k práci
- naučí se přijímat svoji odlišnost v přirozených společenských podmínkách
- nemívají pocit utlačenosti, nebo právě naopak pocit výjimečnosti

Nevýhody

- málo připravený kolektiv na přijmutí handicapovaného dítěte
- špatný přístup kolektivu
- narušování vyučování

3. Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán je pracovní materiál pro ty, co se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. *„Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.“* (Zelinková,O., 2001, s.172)

IVP je důležité, nebo spíše žádoucí, měnit podle daných potřeb dítěte. Pokud u dítěte dojde ke kompenzaci obtíží, neboli k vymizení speciálních vzdělávacích potřeb, nebude samozřejmě potřeba vzdělávání podle IVP. Ale u žáků, kteří jsou vzděláváni dle IVP dlouhodobě, znamená IVP podporu, a v žádném případě není limitem pro další studium. Můller (2001, s. 45) se zmiňuje, že jde o *„důležitý prvek ze systému podpůrných intervencí a služeb zabezpečujících optimální vzdělávání žáka se zdravotním postižením začleněného do běžného školského prostředí školy.“*

3.1 Význam IVP

Klíčem k úspěšné integraci dítěte se stává Individuální vzdělávací plán (používáme termín IVP). O vytvoření Individuální vzdělávacího plánu se hovoří ve školském zákoně č. 561/2004 Sb., jeho sestavení upravuje vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a studentů mimořádně nadaných.

„IVP představuje důležitý prvek ze systému podpůrných intervencí a služeb

zabezpečujících optimální vzdělávání žáka se zdravotním postižením, začleněného do běžného školského prostředí (mateřská, základní, střední) škola.“ (Müller, 2004, s. 45). Vypracování IVP by měla být týmová práce. Podílet by se na jeho vytvoření měl: třídní učitel, také odpovědný pracovník ze Speciálního pedagogického centra, jako další asistent učitele (pokud ve třídě působí), rodiče žáka a další přizvaní odborníci (psycholog, výchovný poradce). Za zpracování a konečnou podobu IVP odpovídá ředitel školy.

IVP je zpracováván především pro individuálně integrovaného žáka, ale také pro žáky s hlubokým mentálním postižením, nebo pro žáky skupinově integrované. Také se vypracovávají pro žáky speciálních škol.

Při sestavování IVP je důležité vycházet ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, dále ze závěrů psychologického a speciálně pedagogického vyšetření školského poradenského zařízení, také se vychází z vyjádření registrujícího pediatra či jiného odborného lékaře nebo dalšího odborníka (klinický logoped, psycholog apod.), v jehož péči se dítě nachází.

IVP používáme pro to, abychom dítěti, pro které je určen, zajistili takovou vzdělávací péči, kterou díky jeho vzdělávacím potřebám vyžaduje. Především mohou být děti podle IVP vzděláváni v běžné základní (mateřské) škole. Většinou to v praxi vypadá takto: individuálně integrovaný žák má vypracovaný svůj individuální vzdělávací plán.

Co je pro nás zásadní je informace, že doporučení dává k individuální integraci školské poradenské zařízení a přímo o IVP žádá rodič dítěte, a to školu, kterou dítě navštěvuje.

„IVP je výsledkem cílevědomé a plánovité aktivity, která se stává východiskem práce učitele. Slouží k individualizovanému vyučování, hodnocení a využívání nových údajů jako zpětné vazby.“ ´ Zelinková, O.,2001, s.173)

Individuální vzdělávací plán není zbytečný administrativní krok, ale je přínosem pro všechny, kteří s ním přijdou do styku. Důvodů, proč si toto myslet, je hned několik:

1. Dítěti dává IVP příležitost postupovat podle vlastních schopností, dovedností, individuálním tempem, aniž by se předem musel stresovat a bát, že ho budeme

srovnávat s jeho spolužáky.

2. Umožňuje učiteli soustavně podle vypracovaného a předem pečlivě připraveného dokumentu postupovat.
3. Pokud se nám na vytváření programu podílí rodiče, nebo alespoň souhlasí s jejich obsahem, je pro nás pravděpodobnější, že budou ochotněji spolupracovat se školou.
4. Je-li žák vyučován i hodnocen s ohledem na poruchu, dosahuje mnohdy dobrých výsledků, které však neodrážejí pravdivě úroveň jeho skutečných vědomostí a dovedností. Zavedením IVP tento problém zmizí a porovnáváním programu se skutečnými požadavky pro daný ročník je zřejmé, na jaké úrovni dítě pracuje.
5. IVP může mít i motivační stránku. Dítě má najednou pocit, že je důležité, že sám pan učitel mu chce být nápomocen, a že se mu snaží dávat lepší příležitosti.

3.2 Zásady pro tvorbu IVP

„Individuální vzdělávací plán musí sledovat dvě základní roviny. První rovinou je obsah vzdělávání, určení metod a postupů. Ve druhé rovině sledujeme specifické obtíže, snažíme se omezit příznaky, eliminovat problémy a vyzdvihnout pozitivní oblasti vývoje dítěte. IVP je výsledkem spolupráce všech zúčastněných, je platformou pro spolupráci.“ (Zelinková, O., 2001, s.174)

IVP je tvořen podle těchto několika zásad a principů:

- Základní anamnestické údaje, průběh péče, kontakty (rodiče, odborná pracoviště)
- Uvádíme zastoupení pedagogů a terapeutů (údaje: kontakty, zařazení v časovém

plánu)

- Popis daného stavu tak, aby byl patrný vývoj
- Uvádíme specifické cíle a úkoly vzdělávání, časové a obsahové rozvržení učiva
- Pro úspěšné plnění cílů z IVP je dobré zaznamenat podmínky, ve kterých se daří cíle plnit…
- Schopnosti, dovednosti a vědomosti, na kterých je možno stavět, je také velmi důležité uvést
- U dětí předškolního věku je strašně důležité vytvořit ve spolupráci s rodiči „seznam“ věcí, které jsou pro dítě oblíbené, které naopak. Týká se to všeho, především osob, hraček, činností, jídel, atd….
- Další zásadou je uvedení všech sociálních vazeb, funkční i nefunkční
- Je výhodou uvést nejefektivnější (a nejlépe vyzkoušený) styl učení
- Uvádíme metodické postupy, hodnocení a měření dosažených výsledků
- Na základě praktických poznatků je důležité, aby IVP byl psán srozumitelně

Není důležité formulovat IVP slovy, kterým by třeba rodiče dítěte neporozuměli.
Pokud se těmto termínům nelze vyhnout, je důležité, aby se nikdo s těch, kteří s IVP pracují, nebál zeptat.

Oblasti IVP v MŠ

- společenská adaptabilita a sociální vztahy
- rozvoj jemné a hrubé motoriky
- komunikace a řeč
- rozvoj zrakové percepce
- rozvoj sluchové percepce
- rozvoj kresby a grafomotoriky
- rozvoj rozumových schopností
- rozvoj pracovních schopností, dovedností a návyků

Individuální vzdělávací program:

- vychází z diagnózy odborného pracoviště
- je utvářen s vědomím momentálního stavu dítěte a plně respektuje jeho individualitu

- vždy musí být reálně proveditelný, musí odpovídat situacím ve třídě, i personálnímu zabezpečení reedukace
- není neměnný, vždy ho lze za jakékoliv situace upravit a předělat
- měl by zapojovat co nejvíce lidí, kteří se těmito poruchami, či tímto dítětem zabývají

„Příprava IVP vede ke zkvalitnění práce učitele, protože vyžaduje hlubší zamyšlení nad prací s dítětem.“ (Zelinková, O.,, 2001, s.174)

Bylo by moc pěkné, kdyby příprava IVP byla spojovacím článkem mezi rodiči a učitelem, kdyby přispěla k lepším vztahům. A ze všeho nejvíce aby vedla k lepšímu pochopení dítěte.

4. Vzdělávání dětí s mentální retardací v mateřské škole

„Předškolní období představuje pro utváření budoucí osobnosti každého člověka velice důležitou etapu rozvoje jeho psychických i fyzických schopností. To platí i pro děti s mentální retardací, u nichž poskytnutí včasné speciálně pedagogické péče může mít pro jejich vliv mimořádný význam.“ (Slowík. J., s. 79)

Předškolní vzdělávání dětí, které mají nebo nemají mentální retardaci, zajišťují hlavně institucionálně mateřské školy, a speciální mateřské školy. V rámci vzdělávací soustavy je mateřská škola pevně a legislativně zakotvena jako druh školy. Proto se řídí jak v procesu vzdělávání, tak v organizaci podobnými pravidly jako mají ostatní školy.

Úspěch výchovy a vzdělávání mentálně postižených jedinců závisí na mnoha faktorech, ze kterých jsou nejdůležitější druh, typ a formy mentální retardace, doba vzniku a hloubka postižení, některé klinické symptomy, a různé kombinace s dalšími postiženími, dále také ochota a schopnost mentálně retardovaného a pedagoga společně spolupracovat.

Na komplexní péči, která zajišťuje výchovu a vzdělávání mentálně retardovaných jedinců kromě poradenské činnosti, se v současnosti podílejí i resorty zdravotnictví, školství a sociálních věcí.

„Vedle těchto státních institucí vznikla po roce 1990 řada alternativních forem pomoci mentálně retardovaným v podobě nestátních organizací - církve, nadací, občanských sdružení, soukromých společností atd.“ (Vítková a kol. 1998, s. 129).

- **Raná péče:** 0-3 roky – jedná se o včasnou pomoc, podporu a náhled do života dětí s postižením. Jde o pomoc rodině s cílem pozitivního ovlivnění důsledků postižení.

Význam rané péče :

- snaží se o minimální projevy postižení ve vývoji dítěte a k zajištění možností dítěte zapojit se do normálních činností a všeho, co k ranému dětství patří
- dále se snaží o snížení vývoje dalších problémů a pokusit se rodině i dítěti začlenit do společnosti, a vytvořit předpoklady sociální integrace
- Střediska rané péče
- SPC
- stacionáře
- integrační centra

Výchova probíhá v rodině, zaměření na edukaci a kompenzaci funkcí a optimálních sociálních vazeb s metodickým vedením rodiny, začíná se diagnostikováním postižení

Formy rané péče:

I. Návštěvy speciálního pedagoga v rodině – jde o to, seznámit rodiče s nabídkou, o podporu v kritických situacích, mít možnost pozorovat dítě v běžných domácích situacích, seznámit celou rodinu se změnami v jejich životě, jedná se o přímou systematickou práci s dítětem podle individuálního plánu, zhodnotit a posoudit aktivity prováděné s rodiči, ukázat rodině nové aktivity, vyslechnout problémy rodičů a celé rodiny, navrhnout způsob řešení – pouze v případě, že se nachází v jeho kompetenci

II. Rehabilitační pobyty – nabídka výjezdních pobytů, které většinou trvají zhruba týden, zúčastňuje se jich asi 10 rodin + tým speciálních poradců, dále nabízejí komplexní přístup, rehabilitace, zaměřují sena sociální rovinu - kontakt s dalšími rodinami s podobnými problémy, vypracování se individuálního programu, další možností je intenzivní práce s dětmi a jejich matkami

III. Ambulantní péče- jedná se o návštěvy dítěte ve středisku rané péče, zaměření na speciálně pedagogickou diagnostiku, edukace funkcí, využití nejrůznějších pomůcek a přístrojů, které nelze používat doma, zaměření na rozvoj schopností dítěte adaptovat se v novém sociálním prostředí, konzultace s odborníky

IV. Odborné semináře -jsou nejen pro rodiče, ale i pro odbornou veřejnost, přednášky a diskuse
(www.sancedetem.cz)

Stacionáře jsou denní, nebo týdenní zařízení, která dělíme na:

1. *stacionáře s výchovně vzdělávacím programem:*

zde se jedná o používání individuálních výchovně vzdělávacích plánů, které zahrnují kombinaci reedukačních a kompenzačních metod, vždy použitelných z hlediska potřeb dítěte, provádějí se zde odborná rehabilitační, psychologická, logopedická péče, mají svůj vlastní systém a organizaci práce

.

2. *stacionáře s pracovní terapií:*

Chráněné dílny – zde jde o model dílny s jednoduchou pracovní činností, která je při

určitém zvýhodnění ekonomicky soběstačná. Handicapovaní jsou zde v pracovním poměru, za který mají dohodnutou mzdu. Chráněné dílny nejsou zatím dostatečně legislativně ošetřeny.

Chráněné bydlení - jedná se o samostatné bydlení handicapovaných jedinců.
Toto bydlení je vždy přizpůsobené jejich schopnostem a možnostem sebeobsluhy a samostatného rozhodování, které musí používat v každodenním životě. Jsou zde využiti osobní asistenti.

- ***Zdravotnická zařízení:***

Specializovaná poradna – praktikuje ambulantní rehabilitační péči, stanovuje včasnou diagnostiku a rehabilitaci, provádí neurologická a psychologická vyšetření, zaměřuje se na předepisování pomůcek (ortopedické boty, polohovací dlahy...), vede, zacvičuje a poučuje rodiče do rehabilitační léčebné péče, snaží se učit dítě během prvního roku života pohybovým stereotypům.

- ***Speciální školy:***

předškolní zařízení:
Speciální MŠ, speciální třída v běžné MŠ

- Úkolem speciálních předškolních zařízení je individuálně navázat na speciální výchovu, a dále diagnosticky upřesnit postižení
- další jejich zaměření je snaha o individuální logopedickou péči, rozvoj komunikace, také využívají různá zraková a orientační cvičení, jejichž rozsah jsou přibližně 3 hodiny denně, připravují handicapované jedince na školu
- zaměření mladšího oddělení: spolupracují s rodinou, pokud je dítě v internátním zařízení, je nejdůležitější udržet a rozvíjet citové vazby mezi dítětem a rodiči

- zaměření staršího oddělení: připravují na školu, snaží se přiměřeně a postupně přivyknout dítě na soustavnější práci a na delší soustředění pozornosti

4.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace je : *„vývojová porucha integrace různých psychických funkcí s celkovou nižší inteligencí. Je provázena poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí. To souvisí se zpomaleným, zaostávajícím vývojem a s omezenými možnostmi vzdělání a nedostatečnou sociální přizpůsobivostí.“* (Dolejší, 1973)

Udává se, že v populaci se objevují 2 - 5 % osob s mentální retardací.

„Mentální retardací rozumíme vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné a sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost - různá míra snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení“ (Dolejší, 1978).

Mentální retardace je stav, který je charakterizovaný jako celkové snížení intelektových schopností. Jedná se o stav trvalý, vrozený či získaný, a je potřeba odlišovat MR od defektů získaných až po druhém roce života, které označujeme jako demenci.

Vágnerová (1999) označuje mentální retardaci takto: *„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.“* (I. Pipeková, J.,2003,s.134)

4.2 Vznik mentální retardace

Švarcová udává, že okolnosti, při kterých vznikne mentální retardace, jsou takové, které už před narozením (prenatální vlivy 80%), během samotného porodu (perinatální vlivy 5%), nebo v raném věku dítěte (postnatální vlivy, možné omezit do dvou let 15%) naruší vývoj mozku. Příčiny vzniku můžeme rozdělit na:

- dědičnost
- organické nebo funkční porušení mozku a jeho zrání
- sociokulturní deprivace, deficit učení
- specifické genetické příčiny / syndrom Downův, Turnerův, fenylketonurie.../
- nespecificky podmíněné poruchy

Jen občas se povede přesně určit, zda byl daný stav způsoben pouze odhalenými příčinami. Vedle výše uvedených činitelů je třeba také počítat i s nedostatkem zkušeností, s vlivem těchto negativních zkušeností, které MR jedinec získává jen proto, že jeho nynější orientace v prostředí je snížena. Proto je i velmi těžké odhalit příčiny vedlejší od příčin hlavních. (Procházková, M., 1998)

4.3 Členění mentální retardace podle vývojového období

- *Vrozená mentální retardace - dříve též označována jako oligofrenie:*

je v období prenatálním, perinatálním nebo postnatálním (zhruba do dvou let života dítěte), spojena s určitým poškozením, odchylnou strukturou nebo odchylným vývojem nervového systému. V prenatálním období jsou to pro změnu infekce, záření, působení toxických látek, úrazy matky, hypoxie, anoxie plodu. Naopak příčiny jako abnormity plodu, abnormity porodních cest a porodu se uvádějí v období perinatálním. V postnatálním období se objevují infekce, záněty mozku a úrazy.

- *Získaná mentální retardace - demence (po druhém roce života):*

je to proces, který způsobuje zastavení, rozpad normálního mentálního vývoje. Příčinou může být pozdější porucha, nemoc, či úraz mozku. Nejčastější jsou: záněty mozku (encephalitis), záněty mozkových blan (meningitis), úrazy mozku, poruchy metabolizmu, intoxikace, degenerační onemocnění mozku a duševní poruchy.

Porucha za prvé může mít progresivní průběh, nebo se pozastaví, a už nevede k žádnému dalšímu zhoršení stavu. To, do jaké míry je postižení závažné, ovlivňuje základní onemocnění a jeho následná prognóza. Dalším z příznaků demence je převážně nerovnoměrný úbytek intelektových schopností. Zvýšená dráždivost, únava, emocionální labilita, výkyvy v pozornosti, poruchy paměti a učení, to je jen výčet několika dalších příznaků demence. Dále se jedná o změny ve struktuře osobnosti jedince (necitelnost, egoismus, bezohlednost).

Nejzákladnější projevy dětské demence:

- zastavuje se psychický vývoj
- zpomalují se psychické procesy
- snižuje se adaptabilita dítěte
- ztráta intelektových funkcí (rozpadá se řeč, myšlení, mizí návyky)

- *pseudooligofrenie:* mentální retardace, která vznikla z následků působení vnějšího prostředí. V terminologii se také používá termín zdánlivá mentální retardace, dříve se pseudooligofrenienazývala sociální debilita. Pseudooligrofrenie není způsobena poškozením CNS, ale naprosto nevyhovující, a žalostně málo dostačující stimulací prostředí dítěte. Vzniká zanedbaností výchovy, sociokulturním znevýhodněním jedince, psychickou deprivací. Ač se nám to nemusí zdát, sociální faktory se mohou podílet na variaci inteligenčního koeficientu, a to až v rozmezí 10 až 20 bodů. Sociální faktory bývají nejčastější příčinou lehké mentální retardace. Pokud je dítě výrazně zanedbáváno, nedochází u něj k rozvoji rozumových schopností, které by odpovídali jeho věku, může se nám jevit jako mentálně retardované. Prvotními znaky sociálně podmíněné mentální retardace jsou: výrazné opoždění vývoje řeči, myšlení, schopnost

sociální adaptace. U těchto dětí můžeme pozorovat i poruchy v oblasti chování, např. negativismus, odmítání kontaktu s další osobou, apatie. Zdánlivá mentální retardace naštěstí není stav trvalý, který je neměnný a nelze změnit. Naopak při změně nepodnětného prostředí a pomocí vlivem vhodného výchovného působení může u těchto dětí dojít ke zlepšení stavu. (Pipeková, J., 1998)

4.3.1 Klasifikace mentální retardace

*M*entální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností.

Podle stupně postižení dělíme mentální retardaci takto:

- *„F 70 lehká mentální retardace IQ 69 - 50*
- *F 71 středně těžká mentální retardace IQ 49 - 35*
- *F 72 těžká mentální retardace IQ 34 - 20*
- *F 73 hluboká mentální retardace IQ 20 a níže*
- *F 78 jiná mentální retardace stanovení stupně MR je nesnadné pro přidružené senzorické, somatické postižení, těžké poruchy chování, pro autismus*
- *F 79 nespecifikovaná mentální retardace mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů MR“*

(Klasifikace MR dle WHO z roku 1992).

Dělení podle druhu chování jedince s MR:

- typ eretický (nepokojný, nestabilní dráždivý)
- typ torpidní (apatický, strnulý, netečný)
- typ nevyhraněný, tzn. procesy vzruchu a útlumu jsou relativně v rovnováze, maximálně jeden z nich mírně převládá

Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace 80 % výskyt ve skupině jedinců s mentální retardací

- jedinec je částečně omezený, objevuje se zpožděný rozvoj, nejvíce se projeví v náročných situacích, do 3 let je znát jen lehké zpomalení, ovšem mezi 3 - 6 rokem je zpomalení už více nápadné
- u těchto dětí je snížená aktivita psychických procesů, nedostatečná zvídavost a vynalézavost
- je znát nerovnoměrný rozvoj funkcí
- konkrétní, názorné a mechanické schopnosti jsou rozvinuté, naopak omezené jsou schopnosti logického myšlení, slabší paměť, vázne analýza a syntéza
- komunikativní dovednosti jsou v rámci možností rozvinuty, vývoj řeči je však opožděný, objevuje se obsahová chudost, jednoduchá, někdy agramatická stavba vět, časté jsou poruchy formální stránky řeči
- objevuje se zpomalený rozvoj sociálních dovedností, i když i tito jedinci mohou být v nenáročném prostředí bez problémů
- další ze znaků: např. afektivní labilita, popudlivost, impulsivnost, úzkostnost, zvýšená sugestibilita
- co se týká poruch motoriky, tak ty jsou jen ojedinělé, celkový motorický vývoj je opožděný, nedostatky jsou především znát v jemné motorice a v pohybové koordinaci
- přidružené somatické vady se zde u těchto jedinců objevují pouze ojedinělé

Do 3 let lze u dětí s lehkou mentální retardací pozorovat jen lehké opoždění nebo nepatrné zpomalení psychomotorického vývoje. Další nápadnější problémy jsou znát až mezi třetím až šestým rokem. Mezi nejhlavnější znaky patří - malá slovní zásoba, opožděný vývoj řeči a řečových dovedností, nejčastější vady řeči, chudost obsahu řeči, malá vynalézavost a zvídavost, stereotypní hry. Nejhlavnější obtíže nastávají v období povinné školní docházky. Jedná se o konkrétní mechanické myšlení, omezenou schopnost logického myšlení, menší paměť. Jemná a hrubá motorika lehce opožděna,

porucha pohybové koordinace, během dospívání a dospělosti může jedinec s lehkou mentální retardací dosáhnout normy. Rozvoj sociálních dovedností ale zůstane zpomalen. Těmto jedincům se dobře daří v sociálně nenáročném prostředí, kde mohou žít i bez větších problémů. Potíže nastávají nejvíce při kladení důrazu na vysoký stupeň sociokulturních vztahů. Výchovné působení a klidné rodinné prostředí mají velký význam pro socializaci, které jedinci lehce mentálně retardovaní dosahují nejčastěji na úrovni adaptace.

Středně těžká mentální retardace 12 % výskyt ve skupině jedinců s mentální retardací

- projevuje se omezením psychických procesů, slabá až nulová schopnost kombinovat a usuzovat
- dalším znakem je omezený vývoj řeči a nápadné poruchy formální stránky řeči /časté agramatismy/, v mluveném projevu používá spíše jednoduchá slovní spojení nebo jednoduché věty, obsahově chudý slovník – spíše pasivní než aktivní
- poruchy afektivní sféry, značná labilita, jednání je zkratkové, nepředvídatelné
- omezení motorického vývoje, nápadná je nekoordinovanost pohybů, neschopnost jemných úkonů
- je dokonce možné, že se jedinec naučí alespoň částečně samostatnost v sebeobsluze
- častěji se vyskytují somatické vady

Rozvoj myšlení a řeči je výrazněji opožděn a většinou tento příznak přetrvává až do dospělosti. Omezení psychických procesů je často provázeno dalšími vadami, jako např.: epilepsií, neurologickými a tělesnými obtížemi. Řeč je jednoduchá, slovník velmi naopak obsahově chudý, časté agramatismy. Používá jednoduché věty, velmi častá nebo naopak jednoduchá slovní spojení, u některých mj. přetrvává pouze nonverbální komunikace. Velmi slabá je schopnost kombinace a usuzování. Vývoj jemné i hrubé motoriky je zpomalený, trvale přetrvává celková fyzická neobratnost, jedinec není

schopen koordinovat své pohyby a je neschopný vykonávat jemné úkony. Samostatnost v sebeobsluze se objevuje, mnohdy pouze částečně. Jsou to emocionálně labilní, nevyrovnaní jedinci, kteří používají časté afektivní nepřiměřené reakce. Část postižených je schopna vzdělávat se v omezené míře ve speciálních školách, ti nejschopnější mají možnosti jednoduchého pracovního poměru, ovšem pouze pod dohledem, nebo v některém chráněném prostředí. Projevuje se neschopnost úspěšně a samostatně řešit občasné náročnější situace. Některé jedince se střední mentální retardací je nutno zbavit svéprávnosti nebo je alespoň omezit v právních úkonech.

Těžká mentální retardace 7% výskyt ve skupině jedinců s mentální retardací

- psychické procesy u těchto jedinců jsou značně omezeny, nápadná je také nedostatečná koncentrace, pozornost. Psychomotorický vývoj je opožděn již v počátečním období, a to výrazně
- co se týká rozvoje komunikativních dovedností a řeči, tak ten je minimální, řeč je primitivní nebo není vůbec vytvořena, projev je ze samostatných - izolovaných slov
- velmi problematická a jen částečná socializace, poznává blízké osoby
- afektivní sféra je už značně narušena, nálady jsou nestálé, jednání impulsivní
- časté poruchy motoriky, špatná pohybová neobratnost a výrazné omezení motorického vývoje
- při dlouhodobém trénování a neustálém opakování je možné vytvořit základní návyky sebeobsluhy
- přidružené časté somatické vady

Psychomotorický vývoj je výrazně opožděn již v předškolním věku – je zde dosti patrná pohybová neobratnost, jako další je dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Jedná se zde o důsledek časté motorické poruchy a příznaky celkového poškození CNS. Pouze dlouhodobým tréninkem si může jedinec osvojit základní hygienické návyky ale i další sebeobslužné činnosti. Bohužel někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu ani v dospělosti. Značné omezení psychických procesů.

Minimální rozvoj komunikativních dovedností, řeč je primitivní, omezená na jednoduchá slova nebo nevytvořena. Významné porušení afektivní sféry, nestálost nálad, impulzivita. Jedinec dokáže poznat blízké osoby, ale jinak potřebuje celoživotní péči.

Hluboká mentální retardace 1 % výskyt ve skupině jedinců s mentální retardací

- minimální kapacita v oblasti senzomotorické
- komunikace jen nonverbální, často úplně beze smyslu, jedná se např. o neartikulované výkřiky, příp. pouze opakují jednotlivá slova, někdy lze dosáhnout i porozumění jednoduchým požadavkům
- nejsou schopni samostatné sebeobsluhy
- objevují se poruchy emocionality, často se sebepoškozují, nepoznávají své okolí
- motoricky jsou těžce omezeni,používají nápadné stereotypní automatické pohyby
- je spojena s množstvím somatických vad, většinou jde o vady s neurologickými příznaky, kdy nejčastějším průvodním znakem je epilepsie

Skoro všichni takto postižení jedinci nejsou v průběhu života schopni sebeobsluhy, vyžadují plnohodnotnou péči ve všech základních životních úkonech. Motoricky jsou tito jedinci těžce omezeni, objevují se nápadné stereotypní automatické pohyby. Kombinace s postižením sluchu, zraku, těžkými neurologickými poruchami. Řeč se nikdy nerozvinula, nonverbální komunikace ztratila smysl, že lze dosáhnout porozumění pouze když se jedná o intimní hygienu. Okolí nepoznává už vůbec. Jedná se o totální porušení afektivní sféry, proto se objevuje časté sebepoškozování. Jedinci s hlubokou mentální retardací se nedožívají vyššího věku.

Děti s podprůměrnou inteligencí / IQ 70 - 85/ 13 % v populaci

- infantilismus a hravost
- projevuje se větší závislost na dospělých, měně umějí regulovat emocionalitu

- řeč je po obsahové stránce chudší, chybí složitější pojmy, časté stereotypní vyjadřování, skladba projevu je zjednodušena
- objevuje se omezený rozvoj myšlenkových operací, nedovedou vůbec zobecňovat, nebo aplikovat pravidla v praxi, mají ulpívavé myšlení, preferují více mechanickou práci
- motorika nebývá naštěstí moc porušena

(Švarcová, I., 2011, s.36-41)

Praktická část

5. Cíl bakalářské práce

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem a v jakém rozsahu je používána ucelená rehabilitace při výchově dětí s mentálním postižením v mateřských školách.

5.1. Hlavní výzkumné otázky

S ohledem na výše stanovený cíl práce byly vytvořeny tyto výzkumné otázky:

- jaká je znalost problematiky ucelené rehabilitace mezi učitelkami MŠ a rodiči?
- jakým způsobem jsou formy ucelené rehabilitace uplatňovány v MŠ?
- jsou ve výchově a vzdělávání MŠ zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace?
- jaké složky ucelené rehabilitace jsou s ohledem na integrované děti podstatnější?

Rozhovor bude veden jednak s učitelkami MŠ na to, zda při své práci s mentálně postiženými dětmi ucelenou rehabilitaci využívají, a budeme vést rozhovor s rodiči těchto dětí. K tomu jsou využívány tyto výzkumné otázky. Pouze u poslední otázky se budeme ptát jen učitelek.

6. Metodika

6.1 Použitá výzkumná strategie

Vzhledem k cíli mého výzkumu byla zvolena metoda kvalitativní, a to rozhovor. Ten přináší dle mého názoru dostatečný kontakt, který umožňuje pružnější možnost reakcí, i neverbální komunikaci. Mohla by mi pomoci pochopit smysl odpovědí,

můžeme slyšet zdůraznění některých slov. To vše pomůže k tomu, aby nám rozhovor dával smysl, a my uměli odpovědi správně pochopit. Na začátku tohoto výzkumu stojí základní výzkumné otázky. *„V kvalitativním výzkumu jsou analyzovány veškeré informace, které by mohly vést k zodpovězení výzkumné otázky.“ (*HENDL, J., Praha, 2005, s. 50).

Po nasbírání dostatečného množství odpovědí porovnávám jednotlivé odpovědi rodičů mezi sebou, a také porovnávám odpovědi jak rodičů, tak učitelek mezi s sebou.

6.1.1 Metoda dotazování

Pro potřeby této bakalářské práce byla zvolena metoda polostrukturovaného rozhovoru, *„která je charakteristická určitou osnovou, zároveň však velkou pružností procesu získávání výsledků.“* (Hendl, J., Praha, 2005, s. 164.)

„V případě polostrukturovaného rozhovoru si výzkumník stanoví schéma, které je pro něj v průběhu rozhovoru závazné. Schéma obsahuje okruhy otázek, na které se tazatel bude ptát. Výhodou této techniky je především fakt, že lze pořadí otázek respektive okruhů zaměňovat dle potřeby, tak aby byla výtěžnost rozhovoru co nejlepší. Tato technika nabízí rozpracování tématu do hloubky, výzkumník může rovněž klást doplňující otázky.“ (Miovský, M., Praha, 2006, s. 159).

Rozhovor byl veden s učitelkami mateřských škol, které mají zkušenost s integrací, a dále s rodiči dětí s mentální retardací, které jsou integrovány v mateřské škole. Délka rozhovoru byla cca 30 minut. Rozhovor byl veden v klidné místnosti, kterou si učitelky samy vybraly – navštěvovala jsem je v místě jejich pracoviště. Rodiče jsem zpovídala v MŠ, kde nám půjčili místnost. Nikdo nás nerušil, a rozhovor byl veden pouze za přítomnosti respondenta a výzkumníka. Před začátkem rozhovoru byl každý účastník srozuměn s průběhem rozhovoru, také mu byl předložen informovaný souhlas (viz Příloha č. 1), jestli s výzkumem souhlasí a chce se jej dobrovolně zúčastnit.

6.2. Způsob výběru zkoumaného souboru

Respondenti byli vybíráni na základě účelového výběru. Jedná se o velmi využívanou metodu výběru respondentů. Smysl tohoto výběru spočívá v tom, že výzkumník cíleným způsobem vybírá účastníky výzkumu, pouze podle určitých vlastností či předpokladů. Právě tyto určité vlastnosti, předpoklady nebo určité stavy jsou základním kritériem tohoto typu výběru. To tedy v praxi znamená, že výzkumník si respondenty vybírá právě na základě tohoto kritéria, které musí respondent splňovat. Dále je velmi důležitá ochota respondenta zapojit se do výzkumu. (Miovský, M., Praha, 2006).

6.3 Způsob zpracování dat

Pro zpracování dat této bakalářské práce byla zvolena metoda vytváření trsů. Vytváření trsů spočívá v třídění jednotlivých výroků do skupin trsů, které vznikají na základě podobnosti mezi jednotlivými odpověďmi. Tato metoda umožňuje vznik obecnějším kategoriím, které jsou do skupiny či trsu zařazeny na základě určitého znaku, který se opakuje. Oním společným znakem mohou být například výroky, které se týkají jednoho okruhu otázek. Princip této metody tkví ve srovnávání a agregaci získaných dat. (Miovský, M., Praha, 2006)

7. Výsledky šetření

Vzorek tvořily pouze ženy ve věku od 28 do 50 let. Jedná se o deset učitelek, jejichž délka praxe se pohybuje mezi 2 roky a 18 lety.

Tabulka č. 1 – identifikace respondentek – učitelky

Věk	Dosažené vzdělání	Délka praxe
21	Střední pedagogická škola	1 rok

39	Bakalářské – předškolní pedagogika	14 let
37	Bakalářské – předškolní pedagogika	11 let
29	Střední pedagogická škola	5 let
26	Střední pedagogická škola	6 let
41	Mimo obor – studium na vysoké škole obor předškolní pedagogika	7 let
45	Bakalářské – předškolní pedagogika	20 let
24	Střední pedagogická škola	4 roky
31	Střední pedagogická škola	12 let
33	Střední pedagogická škola	3 roky

Dále se jedná o deset maminek, které mají dítě s mentálním postižením ve věku 3-6 let. Dalším kritériem byla integrace jejich dítěte v běžné mateřské škole.

Tabulka č. 2 – identifikace respondentek - maminky

Věk	Dosažené vzdělání	Věk dítěte
38	Vyučená	4
34	Bakalářské	5
29	Maturita	3
44	Vyučená	6
32	Vyučená	4
34	Maturita	3
27	Vyučená	3
42	Magisterské	6
45	Vyučená	5
37	Magisterské	5

Data byla zpracována metodou trsů. tzn., že získaná data byla rozdělena, a to na základě podobnosti výroků jednotlivých respondentek, do skupin dle zaměření

rozhovoru. Rozhovor byl koncipován a dále zpracován tak, aby byly zodpovězeny dílčí výzkumné otázky, které zasahují do oblastí ucelené rehabilitace.

7.1 Vyhodnocení dílčích výzkumných otázek - učitelky

Dotazovaným byla jako první položena otázka, co si dokáží představit pod pojmem ucelená rehabilitace a jak tomuto pojmu rozumí. Respondentky uváděly různě se lišící i sobě podobné odpovědi, avšak většina z nich se shodla na tom, že se jedná o tzv. komplexní péči. Uváděly odpovědi typu „jedná se o působení ze všech stran na jedince, aby se rehabilitoval a byl ošetřován ze všech stran.“ I přes rozporuplnost některých odpovědí se všichni shodli, že je rehabilitace pro jedince důležitá.

7.1.1 Vyhodnocení DVO č.1

V rámci okruhu znalosti obecné problematiky ucelené rehabilitace byly dotazovaným kladeny otázky týkající se složek ucelené rehabilitace, co do jednotlivých složek UR patří, proč a z jakého důvodu je ucelená rehabilitace důležitá…

Složky ucelené rehabilitace

Dotazovaným byla položena otázka, jaké složky ucelené rehabilitace znají. Z výpovědí všech respondentek vyplynulo, že skupina učitelek má přece jenom širší povědomí o ucelené rehabilitaci jako takové. Některé učitelky byly schopny samy některé složky vyjmenovat a si o nich povídat. Nejčastějšími složkami, o kterých věděly, jsou složky pedagogická a sociální.

Jednotlivé složky ucelené rehabilitace

Další otázky se týkaly jednotlivých složek ucelené rehabilitace.

Ze získaných odpovědí vyplynulo, že odpovědi učitelek byly jasnější, ale bohužel ani ony nemají hlubší vhled do jednotlivých složek ucelené rehabilitace.

Léčebnou rehabilitace si respondentky spojovaly se zajištěním zdravotní péče, jen některé z nich věděly, že do léčebné rehabilitace spadá i pomoc odborníků, např. psychiatra, spec. pedagoga, atd. Dvě respondentky z řad učitelek uvedly, že zařazují při své práci některé prvky arteterapie, a to práci s různými materiály. *„Děti to s netradičním materiálem baví, a pracuje s větší chutí. Když pominu papír, tak další nejčastější materiál, který používáme je sádra, modelovací hmota, dřevo, kámen.“*
Švestková uvádí definici lékařské rehabilitace takto: *„Léčebná rehabilitace je soubor včasných, diagnostických a terapeutických opatření směřujících k optimální funkční zdatnosti organismu.“* (Švestková, O., cit. 2012-11-25)

Sociální rehabilitaci si respondentky spojily s celkovou adaptací na školku. *„V rámci adaptace je nejdůležitější individuální přístup“,* je jedna z nejčastěji se opakujících odpovědí. Nejvíce se rozpovídaly o tom, jak u nich adaptace probíhá, a jaké mají rodiče s dítětem možnosti adaptace. *„U nás mohou rodiče s dítětem trávit ve školce i část dne, po dobu na jaké se společně domluvíme.“*

Pracovní rehabilitace, tak u té respondentky ihned věděly, o co jde, a bylo vidět, že jim není cizí zařazovat pracovní rehabilitaci hodně do své práce v mateřské škole. *„Vždyť vidět, jakou mají děti radost, když mohou pomáhat uklízet nádobí, je nezapomenutelný pocit. To, jak se cítí důležití, že jsme jim tento úkol vůbec svěřily…..“*
Odpověď respondentky, která už má nějaký ten rok praxe za sebou, a přesto je vidět, jak jí začlenění pracovní rehabilitace do činností v MŠ vyhovuje.

Respondentkám byla položena otázka, zda ví, co patří do ***pedagogické rehabilitace,*** a zda je tato rehabilitace využívána v mateřské škole. Shodly se na tom, že vzdělávací proces v MŠ není problém, ale naopak. Došlo na řadu příkladů, kdy dochází ke vzdělávání dětí. Shodly se na zastoupení prevence logopedie, začleňování grafomotoriky a gymnastiky mluvidel do běžných činností v mateřské škole. *„Chodíme na různé logopedické kurzy, v případě zájmů rodičů je možné domluvit klinickou logopedku, která bude do školky docházet“,* byla jedna s odpovědí, která se u respondentek shodovala.

7.1.2 Vyhodnocení DVO č. 2

Druhá dílčí výzkumná otázka pojednávala o tom, jakým způsobem jsou složky ucelené rehabilitace uplatňovány v MŠ.

„V případě, že je dítě s postižením zařazeno do běžné mateřské školy, měla by tato škola úzce spolupracovat se speciálně pedagogickým centrem.“, byla nejčastější odpověď respondentek.

Protože mezi základní funkce mateřské školy patří zejména funkce pedagogická, speciálně pedagogická, diagnostická a sociální, shodly se respondentky, že každé dítě se zdravotním postižením má své individuální potřeby.

„U dětí s mentální retardací mateřská škola zajišťuje individuální péči v oblasti rozvíjení myšlení, řeči, hrubé a jemné motoriky, sociálním a psychickém vývoji.“ Tato odpověď je asi nejpřesnější, a vystihuje, co si většina respondentek z řady učitelek představuje pod uplatňováním forem ucelené rehabilitace.

7.1.3 Vyhodnocení DVO č. 3

Třetí otázka, kterou jsme s respondentkami rozebíraly, se vztahovala k tomu, jestli jsou ve výchově a vzdělávání zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace.

Odpovědi učitelek se opět lišili, a to vzhledem k jejich profesi. Učitelky se v prostředí mateřských škol pohybují, a proto pro ně bylo lehčí vyčlenit, jestli všechny složky ucelené rehabilitace jsou v jejich práci zastoupeny, nebo ne. Většina učitelek se shodla na tom, že léčená složka ucelené rehabilitace v mateřské škole zastoupena je, a to tělesnou výchovou, nebo snahou integrovat dítě do běžného života. *„Myslím si, že většina školek se snaží zahrnovat takové aktivy jako běžné každodenní činnosti, sebeobsluhu, nebo různé aktivity, které napomáhají s rozvojem komunikace, pohyblivosti a třeba i pracovních dovedností.“* Následně byl rozhovor veden správným směrem k léčebné rehabilitaci, bylo respondentkám nastíněno, co to vlastně je, a co do této složky rehabilitace patří. Pedagogickou rehabilitaci shrnuly respondentky jednoznačně, což potvrzuje následující odpověď jedné učitelky, a která víceméně

shrnuje všechny odpovědi dohromady: *„Pedagogickou rehabilitaci uplatňujeme každý den, protože každý den se snažíme o kvalitní vzdělávání s přihlédnutím k individualitě každého dítěte, o samostatnost a o zapojení do aktivit kolektivu.“*

7.1.4 Vyhodnocení DVO č. 4

Čtvrtá a zároveň poslední výzkumná otázka pojednávala o skutečnosti, jaké složky ucelené rehabilitace jsou s ohledem na integrované děti podstatnější, a vzhledem k určité odbornosti, byly respondentkami pouze učitelky.

Respondentky se ve většině případů shodovaly, a jako podstatnější složku uváděly sociální a pedagogickou. *„Pro mě je nejdůležitější pozitivní přístup a motivace pedagoga,“* zněla nejčastěji odpověď respondentek. Jako další zajímavé odpovědi uváděly např. seznámení s pravidly a režimem ve třídě, zkrácený denní pobyt, kvůli zbavení ostychu, dále se jeví jako důležitá úzká spolupráce s rodinou, učení nápodobo, vybavení školky.

7.2 Vyhodnocení výzkumných otázek - maminky

Stejně jako u učitelek, začal rozhovor s maminkami otázkou, zda vůbec ví, co to pojem ucelená rehabilitace je, a co si pod ním dokáží představit. Většina respondentek uváděla, že se jedná především o rehabilitační cvičení v rámci nějaké rekonvalescence, až poté uváděly, že by se mohlo jednat o komplexní péči.

7.2.1 Vyhodnocení DVO č. 1

Abychom se mohly zaměřit na obecné znalosti problematiky ucelené rehabilitace byly dotazovaným kladeny otázky týkající se složek ucelené rehabilitace, co do jednotlivých složek UR patří, proč a z jakého důvodu je ucelená rehabilitace důležitá…

Složky ucelené rehabilitace

Skupinka matek zná především takové složky, kterými se zabývají, a naplňují je se svým dítětem.

Ze získaných odpovědí vyplynulo, že jen málo která maminka ví, co která složka obsahuje, a jak lze podle ní pracovat s postiženým dítěte.

***Léčebná rehabilitace*.** Tak tady se maminky v odpovědích více zaměřovaly na domácí prostředí. *„Protože mám dítě s mentální retardací doma, a pracuji s ním podle rad odborníků, zařadila bych do této rehabilitace všechna tělesná cvičení, která absolvujeme, nebo musíme cvičit.“*

Velmi zajímavé byly odpovědi maminek ohledně ***sociální rehabilitace.*** Představují si pod touto složkou nápravu prostředí, ve kterém dítě žije a vyrůstá. *„Sociální rehabilitace jsou veškeré činnosti, které směřují k co největší možné samostatnosti a soběstačnosti posilování každodenních návyků důležitých pro samostatný život“* odpověděla jedna respondentka. Její odpověď byla zajímavá, a brzy se nám dostalo vysvětlení. Sama tato maminka se sociální rehabilitací zabývá, a proto o ní ví nejvíce.

Pedagogickou rehabilitaci zařadily okamžitě do školního prostředí. Mají za to, že proto dítě nechaly integrovat, a spadá do ní tedy vše, co se v mateřské škole děje. *„Pedagogická rehabilitace je podle mě celkový režim dne, které moje dítě ve školce dodržuje, a také vedení učitelek a chování zdravých dětí vůči němu.“*

Pracovní rehabilitace, tak to byl asi pro maminky největší oříšek. Nedovedly si skoro nic pod tímto pojmem představit. *„Vůbec nevím, jak by mému dítěti mohla pomoct pracovní rehabilitace, když je na práci ještě malý!“* zní také jedna z odpovědí, které se ve skupině matek od sebe moc neliší.

7.2.2 Vyhodnocení DVO č. 2

Druhá dílčí výzkumná otázka pojednávala o tom, jakým způsobem jsou složky ucelené rehabilitace uplatňovány v MŠ. Protože jsme se ptaly maminek, které v MŠ nejsou celý

den, formulace otázky byla trochu pozměněna. Jakým způsobem si myslí, že jsou složky ucelené rehabilitace uplatňovány v MŠ.

Maminky si pod touto otázkou představují zařazování dětí do běžných školek, a s tím spojené problémy. *„S dítětem by mělo být vždy zacházeno citlivě, vždy s ohledem na individualitu jedince, na jeho základní potřeby a možnosti.“*

V čem se názory maminek rozcházejí, je názor na zařazení dítěte do běžné mateřské školy. Tvrdí, že pro některé dítě je integrace velice prospěšná, za to pro některé naopak velmi nevhodná.

7.2.3 Vyhodnocení DVO č.3

Třetí otázka, a pro skupinku respondentek – matek také poslední, respondentkami se týkala toho, zda jsou ve výchově a vzdělávání zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace.

Maminky dokázaly akorát zařadit každodenní tělocvik, jinak nevěděly. Složka sociální rehabilitace už byla lepší, i maminky si uvědomovaly, že je důležitá spolupráce školky s rodinou, učit dítě samostatnosti a soběstačnosti. *„Určitě je sociální rehabilitace ve školce uplatňována, a to každý den, kdy někdo po mé dcerce chce, aby se oblékla, aby si uklidila hračky… Myslím, že toto je nejvíc zastoupená složka ve školce.“*

8. Diskuze

Tato práce se zabývá informovaností o uplatňování složek ucelené rehabilitace při práci v běžné mateřské škole.

Rozhovor byl rozdělen do několika částí. V první části byla zjišťována identifikace respondentek. Jednalo se o učitelky a maminky.

Dotazovaným byla následně pokládána otázka, a to zda mají alespoň povědomí o pojmu ucelená rehabilitace. Většina z nich uváděla, že se jedná hlavně o komplexní péči, která má dítěti pomáhat začlenit se do kolektivu. O jaké složky ucelené rehabilitace jde, se maminky nezmiňovaly vůbec, a paní učitelky měly přehled přeci jen větší.

Rozhovor byl následně rozdělen na čtyři okruhy, dle výzkumných otázek položených na začátku této praktické části. V rámci znalosti problematiky ucelené rehabilitace byly zjišťovány informace týkající se jednotlivých složek ucelené rehabilitace. Otázky v okruhu uplatňování složek ucelené rehabilitace byly pokládány tak, aby maminky i učitelky mohly přesně odpovídat, jakým způsobem jsou uplatňovány. Zbylé dva okruhy se týkaly zastoupení složek v mateřské škole a určení podstatnějších složek ucelené rehabilitace s ohledem na integraci. Okruhy byly následně zpracovány na základě výzkumných otázek.

V první části okruhu složek ucelené rehabilitace byly respondentkám kladeny otázky týkající se přímo jednotlivých složek ucelené rehabilitace, a to jaké znají, a jak je lze využívat. Respondentky uváděly, jen některé druhy složek. Učitelky znaly více složek jmenovitě, kdežto maminky neznají názvy, ale pokud se s nimi začne o složkách mluvit, tak ví, a dokáží vyjádřit, co některá jednotlivá složka obsahuje a jak jí naplňovat. Jde o to, že se svým dítětem pracují, navštěvují odborníky, a pohybují se v tom. Jen nemají takové teoretické poznatky jako učitelky. Respondentky z řad učitelek uváděly nejčastěji složku pedagogickou, a dokázaly odpovědět na to, co je její náplní, jak jí v MŠ využívají, a proč. Ze získaných výpovědí vyplynul fakt, že čím delší praxi mají, a čím více integrovaných dětí jim už prošla třídou, tím více toho o problematice ucelené rehabilitace ví. Další částí okruhu otázek spadající pod složky ucelené rehabilitace byla rehabilitace sociální. Respondentky – matky si tuto rehabilitaci spojily s prostředím, ve kterém svoje dítě vychovávají, a narážely na skutečnost, že domácí péče je hodně důležitá. Z jejich odpovědí vyplynulo, že skoro všechny mají stejný náhled. Myslí si, že pokud je dítě v rodině, kde mu nevěnují moc pozornosti, je na tom ještě hůře, než dítě se stejným postižením, ale vyrůstající v rodině, která pro něj dělá vše, co jde. Na

základě výsledků bylo zjištěno, že učitelky si sociální složku rehabilitace vysvětlily úplně jinak, a zaměřily jí opět do MŠ. Tedy do prostředí, ve kterém se s postiženým dítětem setkávají ony. Nejčastější odpovědi učitelek se týkaly adaptace na školku.
Třetí částí okruhu byla pracovní rehabilitace, u které měly respondentky - maminky největší problémy. Vůbec nevěděly, co si pod touto složkou představit. Co se týká odpovědí učitelek, ty věděly okamžitě. Dle výsledků lze uvést, že skoro všechny učitelky pracovní rehabilitaci při své práci využívají, a baví je to.

Druhá výzkumná otázka byla koncipována tak, aby bylo zjištěno, jakým způsobem jsou složky ucelené rehabilitace uplatňovány v MŠ. Respondentky se shodovaly v tom, že pokud je zařazeno dítě s mentální retardací v běžné mateřské škole, je potřeba spolupracovat s pedagogicko-psychologickou poradnou, se speciálně pedagogickým centrem a dalšími odborníky. Další věcí, na které se shodly respondentky obou skupin, je ta, že každé integrované dítě má své individuální potřeby, mělo by se s ním zacházet citlivě a brát zřetel na jeho možnosti. V této části okruhu jsme narazily na problematiku, kde se názory jednotlivých respondentek rozcházejí, a ani v jedné skupině není jednotný názor. Touto problematikou je samotné zařazení dítěte s mentálním postižením do běžné mateřské školy. Některé respondentky tvrdí, že integrace těchto dětí je velice prospěšná, a některé z nich zastávají zcela opačný názor. A to i ve skupince respondentek – matek, které mají všechny dítě integrované. Když jsme se dostaly na toto téma, bylo znát, že je velmi ožehavé. Některé mají dítě integrované krátce, jiné vzaly v potaz i okolí a jeho názory. Věří, že je integrace jejich dítěti prospěšná, ale vadí jim chování ostatních lidí. Dokonce se setkaly i s nadávkami od ostatních dětí v MŠ. Respondentky uváděly, že některé reakce jim ubližují, a z toho důvodu by integraci jiným nedoporučily.

Třetí dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na to, zda jsou ve výchově a vzdělávání zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace. Ze získaných výpovědí je patrné, že podle respondentek učitelek je v péči nejvíce zastoupena rehabilitace pedagogická, kterou v MŠ uplatňují každý den. Jako další byla zmíněna složka sociální, kde se shodly všechny respondentky. Spolupráci mezi školkou a rodinou považují za velice důležitou, a jako vyplynulo z odpovědí, ani jedna s respondentek se nesetkala se špatnou

zkušeností. Všude spolupráce funguje naplno. Mezi odpověďmi učitelek se hodně často objevovala i složka léčebná.

Poslední výzkumná otázka se týká pouze respondentek – učitelek, a pojednává o skutečnosti, jaké složky ucelené rehabilitace jsou v MŠ s ohledem na integrované děti s mentální retardací podstatnější. Ze získaných odpovědí vyplynulo, že za nejdůležitější a nejpodstatnější považují respondentky složky sociální a pedagogickou. Při práci s integrovanými dětmi respondentky uváděly, že je důležitý pozitivní přístup pedagoga, jeho motivace, důležitá je podle nich i spolupráce s rodinou. Při vyhodnocování rozhovoru bylo vypozorováno, že se respondentky hodně opakují, a pokud uváděly složky, které při své práci používají, je to pro ně zároveň při práci s integrovanými dětmi i to nejdůležitější.

9. Závěr

Cílem teoretické části této bakalářské práce bylo popsat ucelenou rehabilitaci a její složky. Rovněž bylo cílem popsat pedagogickou integraci/inkluzi a s ní spojený individuální vzdělávací plán. A v neposlední řadě popsat předškolní vzdělávání dítěte s mentální retardací.

V praktické části této bakalářské práce byly stanoveny čtyři hlavní výzkumné otázky, které se týkaly informovanosti o uplatňování složek ucelené rehabilitace v mateřských školách. Tyto otázky byly následně rozpracovány do čtyř bloků. Cílem první výzkumné otázky bylo zjistit, jaká je znalost problematiky ucelené rehabilitace mezi učiteli a mezi rodiči. Na základě získaných dat bylo zjištěno, že v mateřské škole jsou především zastoupeny sociální a pedagogická rehabilitace, které jsou vzhledem k potřebám dětí nejpodstatnější. Z výpovědí respondentek dále vyplynulo, že složky ucelené rehabilitace nejsou rodičům nijak známé, a učitelky vědí jen o něco málo více. Při hlubší analýze docházíme k závěru, že pokud se na respondentky – matky, začne mluvit odbornými pojmy, většinou neví. Ale při rozboru problematiky vědí, co se svými dětmi podstupují, jak se jim věnují. Pouze neznají teorii. Je zapotřebí vyzdvihnout především význam činností, prováděných v mateřské škole, díky kterým je dítě

upevňováno v základních dovednostech, které jsou nepostradatelné pro zachování jeho soběstačnosti. Jedná se především o nácvik chůze a nácvik jemné motoriky, rovněž je rozvíjen po stránce kognitivních funkcí.

Dalším bodem výzkumu bylo zjistit, zda jsou ve výchově a vzdělávání zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace. Dle výpovědí respondentek je zřejmé, že některé složky ano a více, některé méně, a některé se nezařazují do mateřské školy skoro vůbec. Z výpovědí respondentek maminek vyplývá, že si pod pojmem ucelená rehabilitace představí komplexní péči. Často uváděly, že je to určité péče, která dítěti pomáhá, avšak zařazovaly ji do zdravotnického, nebo pedagogického směru. O možnostech např. pracovní rehabilitace podvědomí neměly.

Posledním bod výzkumu pojednával o důležitosti složek ucelené rehabilitace. Jaké jsou podle respondentek – učitelek nejpodstatnější při práci s integrovanými dětmi.

Z odpovědí respondentek vyplývá, že za nejdůležitější složky ucelené rehabilitace při práci s integrovanými dětmi v MŠ považují pedagogickou a sociální.

10. Seznam použitých zdrojů

DOLEJŠÍ, M.*, K otázkám psychologie mentální retardace,* Praha, Avicenum 1973

HENDL, J., *Kvalitativní výzkum*, Praha, Portál 2005, ISBN: 80-7567-040-2.

JANKOVSKÝ, J., *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením,* TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JANKOVSKÝ, J., J. PFEIFFER a O. ŠVESTKOVÁ, *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace,* 2005. ISBN 80-7040-826-X.

JESENSKÝ, J., *Uvedení do rehabilitace postižených,* Praha, Karolinum 1995, ISBN: 80-7066-941.

MERTIN, V., *Individuální vzdělávací program*, Praha, Portál 1995, ISBN: 80-7178-033-4.

MIOVSKÝ, Michal., *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-7367-040-2.

MÜLLER, O., *Terapie ve speciální pedagogice*, Praha 2004, Grada, ISBN: 978-80-247-4172-7.

NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M., *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. 1. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2000. ISBN807083-383-1.

PIPEKOVÁ, J.*,Kapitoly ze speciální pedagogiky*, Praha, Portál 2003, ISBN: 978-80-7315-198-0.

SLOWÍK, J., *Speciální pedagogika.* 1. vyd. Havlíčkův Brod, Grada 2007. ISBN 978-80-

247-1733 -3.

SOVÁK, M., *Nárys speciální pedagogiky.* Praha, Portál 1995, ISBN: 80-7178 – 033- 4.

ŠVARCOVÁ, I., *Mentální retardace*, Praha, Portál 2011, ISBN: 978-80-7367-889-0.

ŠVESTKOVÁ, O. Rehabilitace (ucelená) – Teorie a skutečnost [online]. [cit. 2012-11-25]. Dostupný z <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/pdf>

VOTAVA, J. a kol., *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha, Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0708-5.

VÍTKOVÁ, M., *Integrativní speciální pedagogika*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

ZELINKOVÁ, O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací kroupy*, Praha, Portál, 2001, IBSN: 80-7178-544-X.

internetové zdroje:

http://publib.upol.cz

www.ucelenarehabilitace.blog

www.pedrehab.cz

§ 69-70 zákona, č. 435/2004 Sb.

http://www.brousci.kvalitne.cz/KRHB.doc

www.osobnostnirozvojpedagoga.cz

www.inkluzivniskola.cz

Legislativní opatření pro integraci :./ upravují se Vyhláškou MŠMTV/

www.sancedetem.cz

Příloha č. 1 – Informovaný souhlas

Informovaný souhlas

Škola: Pedagogická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích
Student: Hana Fialová

Informovaný souhlas, který se týká účasti na výzkumu k bakalářské práci na téma „Mateřská škola v systému ucelené rehabilitace“.

Tímto souhlasem prohlašuji, že jsem byl/a pečlivě seznámen/a s podmínkami a následným průběhem výzkumu. Byl/a jsem zcela srozuměn/a s tím, že veškeré výsledky jsou zcela anonymní a budou použity pouze a jedině k interpretaci výsledků v této bakalářské práci. Rovněž prohlašuji, že se daného výzkumu zúčastňuji zcela dobrovolně a je mi známo, že z něj mohu kdykoliv dle potřeby vystoupit.

V……..dne…… Podpis……

Příloha č. 2 – Scénář pro rozhovor

Co si představíte pod pojmem ucelená rehabilitace?

Identifikační údaje:

- Pohlaví
- Věk
- Dosažené vzdělání
- Pracovní zařazení
- Délka praxe

Složky ucelené rehabilitace:

1. Jaké složky ucelené rehabilitace znáte?

Jednotlivé složky ucelené rehabilitace:

1. Co si představíte pod pojmem léčebná rehabilitace?

2. Mají děti možnost využívat některé rehabilitační procedury v mateřské škole? O jaké procedury se jedná a jakým způsobem je mohou využívat?
3. Jaké činnosti dětem v MŠ nabízí?
4. Jaké typy aktivizačních činností jsou v mateřské škole zastoupeny? Je zde muzikoterapie, arteterapie, zooterapie či trénování paměti?
5. Jaký přínos podle vás pro děti mají?

6. Co si představíte pod pojmem sociální rehabilitace?

7. Jakým způsobem podporujete dítě v adaptování se na prostředí mateřské školy? A to vzhledem k prvotním okamžikům v mateřské škole?
8. Jak probíhá v mateřské škole podpora dítěte k učení se jeho soběstačnosti a nezávislosti?
9. Jakým způsobem se v mateřské škole vytvářejí individuální plány dětí? Kdo se na jejich tvorbě podílí?
10. Mají možnost rodiče integrovaných dětí se podílet sami na tvorbě individuálních

plánů? Uveďte prosím jak.

11. Mají děti ve školce, nebo doma dostatek volnočasového vyžití? Jmenujte prosím druhy volnočasových aktivit, které s dětmi nejčastěji využíváte.

12. Co si představíte pod pojmem pracovní rehabilitace?

13. Mohou se děti v mateřské škole zapojit do pracovního chodu domova? (např. úklid nádobí po svačině, shrabání listí na zahradě, péče o zahradu atd.)

14. Co si představíte pod pojmem pedagogická rehabilitace?

15. Víte, co vše do této rehabilitace patří, a jak může být využívána ve školce?

Uplatňování složek ucelené rehabilitace:

1. Jakým způsobem jsou uplatňovány složky ucelené rehabilitace v mateřské škole?

2. Je důležitá individuální péče v mateřské škole?

3. Jaký máte názor na integraci/inkluzi?

4. Jsou ve výchově a vzdělávání předškoláků zastoupeny všechny složky ucelené rehabilitace?

5. Jaký názor máte na spolupráci školky s rodinou?

6. Dokážete říct přesně, jak se která složka ucelené rehabilitace ve školce objevuje?

7. Které složky jsou nejpodstatnější, z hlediska integrace?

8. Dokážete vysvětlit proč?