

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

Výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením

Diplomová práce

Jméno autora: Bc. Adéla Gajdošová

Jméno vedoucího práce: Mgr. Bohdana Břízová

28.5.2007

Upbringing and education children with cephalonia

The children with cephalonia develop slowly but they are very sensitive and perceptive. Their upbringing and education is very discussed problem at present. Every men is an unique personality and every men is entitled to the full-value life with the education and the love and it applies also to people with cephalonia.

The main subject of the diploma thesis was to describe the general information about the cephalonia (aetiology, classification, possibilities of education of people with cephalonia). The practical part of the diploma thesis has two goals. The first goal was to find out and describe the situation of skilled employees in the educational institutions for children with cephalonia. The second goal was to find out and describe the level of the special pedagogic care of children with cephalonia (especially using of alternative therapies). Both of goals were achieved. The diploma thesis verified two existing hypothesis together.

The basic technique of data collection was the questionnaire for teacher in the educational institutions for children with cephalonia in the Zlín region.

The secondary analysis of the methodical materials and the educational programmes in the special schools in Zlín region was the next used method.

The hypothesis no.1 (There is lack of skilled employees in the educational institutions for children with cephalonia) was overcome. The most of interviewed special pedagogues had requisite qualification according to law and the others studied for this qualification by their employment. The hypothesis no.2 (The alternative therapies are not using enough in the educational institutions for children with cephalonia) was confirmed. According to the secondary analysis of the methodical materials the particulars of the alternative therapies are using because these particulars of therapies are parts of the curriculum for children with special needs. But the research results that quarter of informants don't use the alternative therapies and they don't have the appropriate qualification for it. The results of this diploma thesis could have been using as an information brochure for parents and teachers of children with cephalonia.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou 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 diplomové práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

Datum

Podpis studenta

Poděkování

Za odborné vedení, cenné rady a připomínky při zpracování diplomové práce bych tímto ráda poděkovala vedoucímu práce paní Mgr. Bohdaně Břízové.

Obrázek 1 – Dítě s mentálním postižením (Downův syndrom)



(5)

Obsah

Úvod.....	8
1 Současný stav.....	9
1.1 Mentální retardace – obecné vymezení pojmu.....	9
1.1.1 Definice mentální retardace.....	9
1.1.2 Etiologie.....	10
1.1.3 Diagnostika mentální retardace.....	11
1.1.4 Klasifikace mentální retardace.....	12
1.1.5 "Terapie"dětí s mentálním postižením.....	15
1.1.6 Reakce na narození dítěte s mentální retardací.....	16
1.1.7 Rodina nebo ústav?.....	18
1.2 Výchova a vzdělávání dítěte s mentálním postižením.....	19
1.2.1 Včasná péče (raná péče).....	20
1.2.2 Možnosti vzdělávání dětí s mentální retdací.....	22
1.3 Integrace.....	28
1.3.1 Integrace - pojem.....	28
1.3.2 Podmínky pro úspěšnou integraci.....	30
1.4 Terapie ve speciálně pedagogické péči.....	33
1.4.1 Muzikoterapie.....	33
1.4.2 Psychomotorika a bazální stimulace.....	36
1.4.3 Arteterapie.....	41
1.4.4 Canisterapie.....	42
1.4.5 Hipoterapie.....	43
1.4.6 Dramaterapie.....	45
2 Cíle práce a hypotézy.....	48
2.1 Cíle práce.....	48
2.2 Hypotézy.....	48
3 Metodika.....	49
3.1 Sběr dat.....	49
3.2 Charakteristika souboru.....	50

4	Výsledky.....	51
4.1	Výsledky dotazníků pro učitele školských zařízení pro děti s postížením.....	51
4.2	Výsledky sekundární analýzy dat.....	68
5	Diskuze.....	75
5.1	Diskuze k dotazníku.....	75
5.2	Diskuze k sekundární analýzy dat.....	78
6	Závěr.....	81
7	Seznam použité literatury.....	82
8	Klíčová slova.....	88
9	Přílohy.....	89

Úvod

Každý člověk je jedinečná osobnost a má právo na plnohodnotný život s patřičným vzděláním a láskou, proto i lidé s postižením mají na vzdělání nárok a právo. Děti s mentálním postižením se vyvíjejí pomaleji, ale jsou velmi citlivé, vnímavé a mají silnou potřebu citového zakotvení, opory a jistoty.

Lidé by si neměli „ukazovat“ na člověka s postižením jen protože je „jiný“ a odírat mu to, co patří i jemu. A to jen proto, že nejsou dostatečně informováni o jeho stavu a možnostech a myslet si, že tito lidé do společnosti nepatří. I někteří mentálně postižení žáci se mohou lišit v rozumových schopnostech jako jejich nepostižení vrstevníci. I oni mají určité ambice ve svém vzdělávání a v pozdějším profesním uplatnění. Každý člověk s mentálním postižením má určité vlohy, nadání a nárok na „svůj plnohodnotný“ život.

Výchova a vzdělávání dětí s mentálním postižením je velmi diskutovaný problém, ale úroveň speciálně pedagogické péče o děti s mentálním postižením je na cestě ke zlepšení (zavedení vzdělávacího programu rehabilitační třídy, používání alternativních terapií a podobně).

Praxe v různých zařízeních pro děti s mentálním postižením mi ukázala, jak tyto děti žijí, jaké jsou, co cítí a potřebují. Poslední dobou se s těmito dětmi setkávám častěji a snaha dozvědět se o jedincích s mentálním postižením a o jejich vzdělávání ještě více, byla podnětem pro volbu tématu mé diplomové práce.

1 Současný stav

1.1 Mentální retardace – obecné vymezení pojmu

1.1.1 Definice mentální retardace

Mentální retardace je neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje vzhledem k věku a vytvoření sociální závislosti kvůli neodpovídajícímu porušenému nebo zastavenému intelektovému vývoji.**(49)**

Mentální postižení je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je charakterizován narušením dovedností projevujících se během vývojového období, přispívajících k porušené úrovni inteligence (poznávacích, řečových, pohybových, sociálních schopností). Retardace se může vyskytnout společně s jakoukoli jinou tělesnou nebo duševní poruchou nebo bez ní.**(21)**

Mentální retardace není žádná nemoc, ale jde spíše o stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností. Vzniká v průběhu vývoje jedince a obvykle je provázen poruchami adaptace, což znamená nižší schopností orientovat se v životním prostředí.**(45)**

Mentální retardace je pouze symptom, stejně jako mnoho jiných symptomů je projevem různých onemocnění.**(7)**

Inteligence vlastně znamená všeobecnou mentální schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobit své jednání novým situacím a podmínkám života, je to schopnost řešit problémy, chápat vztahy myslet abstraktně, jde o operace zahrnující procesy poznání, paměti, divergentního a konvergentního myšlení a hodnocení.**(13)**

Je ale rozdíl mezi mentální retardací a demencí a to v tom, že demence začíná později během života a má sklon k postupnému zhoršování. Obě – mentální retardace i demence postihují kvalitativně i kvantitativně celou strukturu osobnosti, nejen intelekt.**(13)**

Obrázek 2 – Děti s mentální retardací na výletě



(39)

1.1.2 Etiologie

Mentální retardace je poruchou interakce mezi genetickými, neurobiologickými a vnějšími faktory, které formují klinické projevy od mírné retardace až po hluboký defekt.(13)

Příčiny bývají kategorizovány podle různých klíčů, hovoří se o příčinách vnitřních – endogenních, vnějších – exogenních, o mentální retardaci vrozené, získané, o vlivech prenatalních – působících před porodem, perinatálních – působící během porodu a krátký čas po něm a postnatálních – působících v průběhu života.(55)

Nejčastější příčiny:(13)

- genetické poruchy (vrozené poruchy metabolismu, anomálie chromozomů – například hereditární idiocie, dermatodysplazie, Downův syndrom),

- prenatalní poškození (rentgenové ozáření plodu, infekce matky, plodu, abnormality placenty),
- perinatální poškození (nedonošenost, anoxie, poranění mozku, krvácení, jádrový ikterus..),
- faktory hrající roli až po narození – demence (zánětlivé onemocnění CNS, úrazy mozku, degenerativní a demyelizační onemocnění, epilepsie, intoxikace, psychózy, alimentárně infekční vlivy..).

Rozlišení demence od mentální retardace v případě, že porucha vznikne v dětství, je nesnadné, v některých případech až nemožné.

1.1.3 Diagnostika mentální retardace

Pečlivé pediatricko-neurologické vyšetření vyloučí, nebo naopak potvrdí diagnózu. Poté je nutné provést genetické vyšetření, některé stavy totiž mohou simulovat mentální retardaci – jde o děti s defekty řeči, deprimované děti vyrůstající v prostředí chudém na stimulaci a emoce.**(13)**

Přesné vymezení hodnot IQ je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe značně problematické. Hodnoty IQ se vyznačují kolísavostí, proto při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky. Záleží na formě kladených otázek, kvalitě testu, jeho konstrukci a vhodnosti pro osobu s mentální retardací, na časovém odstupu a na momentálním psychickém stavu testované osoby.**(49)**

Testování dětí s mentální retardací je velmi ošidné, proto by měly výsledky testů podléhat pravidelným kontrolám, aby získané „ nálepky“ neomezovaly děti v dalším rozvoji. Pro stanovení mentální retardace nelze vystačit s pouhým testováním inteligence, ale důležité je i podrobné zhodnocení chování a osobnosti dítěte při vyšetření, zhodnocení podrobné anamnézy, životních podmínek, emočních a deprivacních činitelů, které se uplatňují v průběhu vývoje dítěte a jiné.**(49)**

1.1.4 Klasifikace mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, vyjadřující úroveň rozumových schopností.

Od roku 1992 začala platit 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí, kterou zpracovala Světová zdravotnická organizace v Ženevě. A poněkud změnila dříve užívanou klasifikaci. **(36)**

Tabulka 1 - Klasifikace mentální retardace dle WHO z roku 1992.

F10	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 mentální retardace je nesnadné pro přidružené senzorycké, 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 mentální retardace

(36)

Lehká mentální retardace

Uvádí se, že lehce mentálně retardovaní lidé většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě. Mohou udržet konverzaci, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich dosáhne také úplné nezávislosti v osobní péči, v praktických domácích dovednostech, i když vývoj je proti normě mnohem pomalejší.**(49)**

V emocionální a volní oblasti se u těchto lidí projevuje afektivní labilita, úzkost, zvýšená sugestibilita a impulzivnost.**(36)**

Hlavní potíže se projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí mají potíže se čtením a psaním. Dětem prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na kompenzování nedostatků a rozvíjení jejich dovedností. Většinu jedinců lze zaměstnat jednoduchou manuální prací. Možné je zvládnutí i jednoduchých učebních oborů.**(49)**

Pro socializaci má velký význam rodinné prostředí a výchovné působení. Lehce mentálně retardovaní jedinci dosahují socializaci nejčastěji na úrovni adaptace. (Příloha 4)

Výskyt je 80% v celkovém počtu mentálně retardovaných.**(36)**

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v různé míře projevovat i přidružené chorobné stavy – autismus, další vývojové poruchy, epilepsie, tělesné postižení a poruchy chování. Lehké mentální retardace zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a lehkou oligofrenii.**(49)**

Středně těžká mentální retardace

U těchto jedinců je výrazně opožděn rozvoj chápání, užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené.**(49)**

Slovník těchto lidí je obsahově chudý. Užívají jednoduchá slovní spojení, u některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace.**(36)**

Mají slabou schopnost usuzování a zpomalený vývoj jemné a hrubé motoriky. U středně těžké retardace trvale zůstává celková neobratnost, neschopnost jemných úkolů a nekoordinovanost pohybů. Tito jedinci jsou emocionálně labilní, nevyrovnaní a časté jsou u nich afektivní nepřiměřené reakce.(36)

Pokroky ve škole jsou velmi limitované, speciální vzdělávací programy jim poskytují příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získávání základních dovedností a vědomostí. V dospělosti jsou tito lidé obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn odborný dohled. Zřídka je možný samostatný život v dospělosti.(49)

Některé jedince je nutno zbavit svéprávnosti nebo je v právních úkonech omezit. Výskyt je asi 12% v populaci mentálně retardovaných.(36)

U velké části středně mentálně retardovaných je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy. Častý je výskyt tělesného postižení a neurologických onemocnění, zejména epilepsie. Někdy jsou možná různá psychiatrická onemocnění, avšak diagnóza je obtížná vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta. Středně těžká mentální retardace zahrnuje středně těžkou mentální subnormalitu a středně těžkou oligofrenii.(49)

Těžká mentální retardace

U této retardace je minimální rozvoj komunikativních dovedností, primitivní řeč, která je omezená na jednoduchá slova, není vytvořena. Jedinec má nestálé nálady a je impulzivní, poznává jen blízké osoby. Dlouhodobým tréninkem si můžou tito lidé osvojit základní hygienické návyky a částečně i jiné činnosti týkající se sebeobsluhy, někteří však nejsou schopni udržet tělesnou čistotu. Je u nich značná pohybová neobratnost a dlouhodobé osvojování koordinace pohybů. Jedinec potřebuje celoživotní péči. Výskyt je asi 7% v populaci mentálně retardovaných.(36)

Těžká mentální retardace zahrnuje těžkou mentální subnormalitu a těžkou oligofrenii.(49)

Hluboká mentální retardace

Většina osob je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu, vykonávají automatické stereotypní pohyby. Tito jedince bývají inkontinentní a přinejmenším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace, vyžadují stálou pomoc a dohled a nejsou schopni sebeobsluhy. Výchova a vzdělávání je u lidí s hlubokou mentální retardací velmi omezené.(49)

Okolí nepoznávají a dochází k častému sebepoškození. Vyššího věku se tyto lidé nedožívají. Výskyt je asi 1% v populaci mentálně retardovaných.(36)

U této retardace jsou běžné těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost. Vyskytuje se epilepsie a poškození sluchu a zraku. Hluboká mentální retardace zahrnuje hlubokou mentální subnormalitu a hlubokou oligofrenii.(49)

Naznačené kategorie nejsou absolutní, ale reprezentují vývojový rámec, nelze jej ale ignorovat. Děti těžce a hluboce retarované vyžadují speciální výchovu a výcvik, stejně jako děti s lehkým a středním postižením. Jejich učební dávka musí být samozřejmě nižší a je pravděpodobné, že se u nich objeví i další postižení v chování, které omezí jejich výkony.(40)

1.1.5 „ Terapie“ dětí s mentálním postižením

Terapie mentální retardace je spíše přáním, terapie znamená vytyčení úkolů. První skupina úkolů se týká dítěte a jeho lékaře, druhá skupina je připravena pro rodinu ve spolupráci s celým týmem odborníků, třetí je pro sociální pracovníky a rodinu a čtvrtá je pro důležité osoby ve společnosti kolem „ pacienta“, rodiny a odborníků. Určující pro vytváření je hloubka poruchy. Jen nejtěžší případy jsou naprosto neovlivnitelné a nezměnitelné. Je proto nutné se vždy pokusit o terapii, rehabilitaci, eventuálně o reedukaci.(13)

Velmi důležitá je komunikace s rodinou. Jakmile lékař po konzultaci všech odborníků dojde k názoru, že jde o mentální retardaci, měl by začít s postupným

informováním rodiny dítěte. Je nutné vědět, že přijetí tohoto, život rodiny kompletně měnícího sdělení, má své psychologické zákonitosti. Procházejí jimi všichni členové rodiny, každý jinak, podle svého individuálního vybavení.**(13)**

Důležitá je i vzájemná spolupráce mezi rodiči, terapeuty a dítětem. Jedná se o individuální úkol pro každé jednotlivé dítě, proto nelze automaticky přenášet určité metody z jednoho dítěte na druhé. Je důležité opustit pouhé vnímání postižení a začít co nejvíce si všimnout a využívat individuální vlohy a zájmy dítěte, umožnit mu jeho společenské zapojení.**(60)**

1.1.6 Reakce na narození dítěte s mentální retardací

Konečně přišel ten den. Den, kdy se dítě narodí. Splní se naděje a očekávání rodičů? Pokud se narodí dítě s nějakým postižením, dokáží rodiče rychle vytušit a vycítit, že není něco v pořádku. Zdravotnický personál kolem se chová nervózně a neklidně a to rodiče dokáží rychle zpozorovat. Pak přijde lékař a sdělí rodičům, že dítě je postiženo.**(39)**

Vztah rodičů k dítěti se utváří už dlouho před narozením. Součástí rodičovství jsou velké plány do budoucnosti, rodiče sní už o velké kariéře svých dětí. Vzdušné zámky, které si staví každý rodič, se sdělením diagnózy dítěte a konstatováním, že se jedná o závažný handicap, hroutí.**(53)**

Reakce na první informaci je rozmanitá. První co vždy nastoupí, je šok. A až po jeho odeznění přichází rozumová analýza situace a pak následuje jednání. Avšak mezi šokem a rozumovou analýzou může být dlouhý interval a nedá se ani říci, že čím delší doba mezi první reakcí a rozumovým zpracováním uplyne, tím promyšlenější a uvážlivější je jednání rodičů. Zpravidla jsou však nejnebezpečnější reakce nejbezprostřednější. Jak pro dítě, rodiče, tak zvláště i pro matku. Proto středem odborné péče není dítě, kterému zpočátku nic nechybí, mentální postižení se projeví až později, ale matka, která je zhroucená.**(2)**

Narození dítěte s postižením je jednou z nejsložitějších situací, která může člověka v životě potkat. Poznání rodičů, že jejich dítě je jiné, pro ně znamená šok.

Skutečnost, že se jim narodilo dítě s postižením, je zastihne nepřipravené. Nevědí a nechápou, co s jejich dítětem je, jak s ním zacházet, jak s ním komunikovat a jak ho vychovávat.(44)

Odmítnutí dítěte není časté, pokud se ale vyskytne, je kategorické. Ojedinělé jsou sebevražedné pokusy, muži mohou odmítat sexuální soužití s manželkou, mnohdy nastává rozpad rodiny. Mohou se vyskytovat i pochybnosti o správnosti diagnózy. Zcela jedinečné jsou reakce jako je třeba radost, že se po mnoha potratech a mrtvých plodech narodilo konečně dítě živé. Souhrnem se dá říci, že narození dítěte s postižením ukáže rodičům, jací vlastně jsou.(2)

Každý z nás je jiný a každý rodič proto na postižení dítěte reaguje po svém. Nikdo není zpočátku ušetřen pocitů typu - „proč zrovna já“ a pocitů zoufalství.(15)

Fáze reakce rodičů na narození dítěte s postižením

- Fáze šoku a popření – šok a popření jsou první reakce na subjektivně nepřijatelnou skutečnost, že je dítě postižené. Popření informace o postižení dítěte je projevem vlastní psychické rovnováhy. Rodiče v prvním období nechtějí nic slyšet o možnostech péče o takové dítě, protože se dosud nesmířili ani s jeho existencí. V průběhu času postupně tuto informaci přijímají, výjimečně se udrží takový postoj delší dobu.(20)
- Fáze postupné akceptace a vyrovnání s problémem – rodiče začnou mít zájem o další informace. Pátrají po příčinách postižení, hledají viníka, ale chtějí i řešit budoucnost svého dítěte. Racionálnímu zpracování takových informací však často brání jejich emoční stav, který hodnocení situace zkresluje. Rodičům se zdá, že postižení dítěte představuje nepříznivou budoucnost nejen pro dítě samo, ale i pro celou rodinu, nemají však představu o dalším vývoji dítěte. Jak se rodiče vyrovnají s takovou zátěží, závisí na mnoha skutečnostech - na jejich osobnosti, zkušenostech, věku, zdravotním stavu, kvalitě partnerského vztahu, počtu dětí v rodině.(20)

Rodiče neustále hledají další odborníky a v některých případech začíná skutečná odysea hledání toho pravého lékaře. Nestojí pouze o objektivní

pravdu, která je sráží, ale hledají smyslplnou životní směrnicí, pro jejíž naplnění jsou často ochotni obětovat cokoli – vyhlídky na svou kariéru, velkou část svého společenského života i veškerý svůj volný čas.(34)

- Fáze realismu – rodiče se ve většině případů postupně smíří se skutečností, že jejich dítě nikdy nebude zdravé a začnou se chovat přiměřenějším způsobem. Avšak adaptace na takovou skutečnost trvá dlouho a jako typické přechodné stadium se objevuje fáze smlouvání- kdy rodiče mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už nelze mít všechno. Je to znak určitého kompromisu, částečné přijetí dříve zcela odmítavé skutečnosti.(20)

1.1.7 Rodina nebo ústav?

Všichni rodiče mají možnost zřeknout se dítěte a nechat je po narození v kojeneckém ústavu. Pro rodiče dítěte s mentálním postižením však možnost volby, zda si ponechat dítě doma nebo jej dát do ústavu, tak jasná není.(2)

Ústav je do jisté míry světem pro sebe, ostrovem soběstačného řádu, v němž je život předvídatelnější a omezenější než v okolním sociálním prostředí.(27)

V ústavech není nikdy možné, aby personál věnoval tolik času na výchovu, výcvik a vzdělání jako milující maminka. Takže dítě s postižením vychované v ústavu je v dospělosti převážně těžce mentálně retardované, kdežto ten, kterému rodiče, ale také pokroková integrovaná škola věnovala dostatek času a úsilí, může být většinou mnohem méně retardované.(8)

Není pochyb o tom, že mentální vývoj dítěte opuštěného rodiči a navíc poznamenanou nezvratnou diagnózou má nesrovnatelně horší perspektivu budoucího rozvoje než dítě, které je obklopeno láskou a kvalitní rodinou péčí.(45)

Ani jedna volba není proto snadná. Jestliže se rodiče rozhodnou pro ústav, vynášejí tím nad dítětem rozsudek, přičemž v nich zůstává do konce života duševní trauma. Rozhodnou-li se však vzít si dítě domů, bude to těžká zkouška jejich rodinných vztahů, připraví je to mnoho let o většinu času a zejména ženy to

většinou zbaví vyhlídek na odbornou kariéru. Rozhodování pro rodiče není jednoduché, většinou se děje za podmínek naprosto nedostatečné informovanosti.(2)

1.2 Výchova a vzdělávání dítěte s mentálním postižením

Dítě má jen jedno dětství a má právo prožívat je bez potlačování svých přirozených zájmů a potřeb.(54)

Každý má právo na vzdělání, toto právo a povinnost se vztahuje i na žáky s mentálním postižením. Z vyhlášky MŠMT č.127/1997 Sb., o speciálních školách a speciálních mateřských školách vyplývá, že zápis do školy se týká všech šestiletých dětí bez ohledu na jejich zdravotní stav nebo postižení.(47)

Každé dítě potřebuje dostatek podnětů a láskyplné bezpečné prostředí, aby se mohlo plně rozvinout. U dítěte s mentální retardací je tomu taky tak. Rozdíl je ale v tom, že pokroky ve vývoji, které přicházejí u zdravých dětí jakoby automaticky, vyžadují u dětí s postižením daleko více práce, trpělivosti a času.(19)

Pokud je dítě s lehkým postižením ještě malé a je správně vedeno s porozuměním a láskou, brzy rodiče zjistí, že dělá téměř vše, co ostatní děti. Bude chodit, běhat, hrát si s ostatními na písku, naučí se sociálním úkonům a většina také číst, psát, počítat, plavat, lyžovat a jiné.(19)

Pro všechno co chceme s dítětem, které má mentální postižením dělat, je určitý vhodný čas a určitá vhodná míra. Každý cílevědomý krok ve výchově, ve cvičení, v podněcování vývoje, v rehabilitaci má přijít v pravý čas. Dobré je povzbuzovat dítě k vlastním řečovým projevům v radostné komunikaci, v povídání, zpívání a podobně. V péči o postižené děti platí, že čas, odhodlání a dobrá vůle rodičů a dalších vychovatelů jsou velké hodnoty, kterých je nutno využívat co nejúčelněji. Při vytváření návyků v učení nebo i v nápravných cvičeních s dítětem se proto soustřeďuje ne to, co je společensky nejdůležitější a v čem je reálná naděje na úspěch. Je to především sebeobsluha, udržování tělesné čistoty, umět pěkně jíst, osvojit si slušné společenské chování a podobně.(26)

Jedna z nejtěžších věcí, s níž se rodiče dětí s postižením musejí vyrovnat, je nedostatečná reaktivita dítěte. Člověk mu projevuje lásku, tráví s ním plno času, stará se o ně, ovšem s pocitem, že za to nedostává nic zpátky. Musejí to ale vydržet, protože se odměny určitě dočkají, byť nebude tak velká, jak by si představovali.(30)

Neexistují dvě identické děti, aktivity které má rádo jedno, má zase druhé nerado. Učení musí být i legrací – potěšením, aby bylo úspěšné. Každé dítě musí pracovat svým tempem a musí zvládnout jeden krok, než přistoupí k dalšímu.(4)

Vliv mentální retardace se mezi těmito lidmi velmi liší, stejně jako se liší rozpětí schopností mezi lidmi, kteří mentálně retardovaní nejsou. Mimořádný význam má pro lidi s mentálním postižením podpora v rozvoji dovedností. Pokud je dostupná raná péče a vyhovující vzdělání, příprava na zaměstnání a další podpůrné služby v dospělosti, může mnoho lidí s mentální retardací vést nezávislý život v běžné společnosti.(33)

1.2.1 Včasná péče (raná péče)

Zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života. Právě v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážné postižení. Pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo snížit. I když mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství.(14)

Jestliže si rodiče přejí, aby jejich dítě s mentálním postižením vyrůstalo v rodině, kde se budou o něj s láskou starat, aby žilo společně s ostatními dětmi, bylo přijímáno ostatními zdravými dětmi a hlavně jejich rodiči a vyrůstalo ve společnosti, která bude jejich dítě respektovat, je důležitá raná péče.(42)

Dnes je již ověřeno, že včasná neboli raná péče ihned po narození pozitivně ovlivňuje další vývoj dětí s mentálním postižením. Ranou péčí se rozumí funkční systém služeb, který dětem (ve věku 0 do 7 let), ale zejména jejich rodinám,

umožňuje prevenci vzniku postižení, případně je zmírnit, nebo jej zcela eliminovat a dosáhnout tak bezproblémového společenského začlenění.(17)

Je to vlastně raná podpora, která má být poskytována od zjištění rizika či postižení až do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školy. V rámci rané péče se prolíná zdravotnická a terapeutická s péčí pedagogicko psychologickou, má tedy interdisciplinární charakter. Významný člen multidisciplinárního týmu jsou rodiče dítěte s postižením. Jejich role spočívá v tom, aby se naučili se svým dítětem pracovat způsobem, jak to dělají terapeuti (fyzioterapeuti, arteterapeuti, muzikoterapeuti, aj.) a samozřejmě speciální pedagogové.(17)

Na včasnou péči může navázat v indikovaných případech mateřská školka, i když nepatří do povinné školní docházky, přesto však tvoří pilíř v rámci výchovně vzdělávacích aktivit. Předškolní vzdělávání má podporovat rozvoj osobnosti dítěte.(17)

Nejpřirozenějším prostředím je pro malé dítě jeho domov. Zde se cítí nejjistěji, a proto zde snadněji přijímá nové věci, osoby a lépe se učí novým dovednostem.(19)

Na zajištění rané péče vznikly po roce 1989 Speciálně pedagogické centra (SPC), která se zřizují při speciálních mateřských školách a speciálních školách pro mentálně postižené děti ve věku od tří let až do doby ukončení školní docházky. Mají charakter preventivní, rehabilitačně-diagnostický, terapeutický, poradenský a metodický.(21)

Poskytují poradenské služby školám, školským zařízením, ústavům, rodinám postižených dětí, orgánům státní správy.(32)

Ovšem raná péče byla odborníky z SPC poskytována ještě před třetím rokem věku dítěte, respektive již od narození, proto v zásadě spontánně vznikla Střediska rané péče, které potvrdila oprávněnost komplexní speciálně pedagogické péče na interdisciplinární bázi ještě před třetím rokem věku dítěte.(17)

1.2.2 Možnosti vzdělávání dětí s mentální retardací

V současnosti již nikdo nepochybuje, že tyto děti mají právo, stejně jako jejich vrstevníci, na vzdělání. Měly by mít možnost navštěvovat běžné mateřské školy, nebo speciální, které jsou určeny pro děti s různými druhy postižení a ve věku povinné školní docházky by měly všechny chodit do školy.(51)

V životě dětí s postižením a jejich rodičů hraje školní docházka kruté paradoxní roli, v kontrastu k jiným rodičům, kteří jsou k výsledkům svých zdravých dětí lhostejní, oni vyvíjejí velké úsilí, aby se děti do školy dostaly a s nezměrnou trpělivostí se s nimi učí a jsou rádi za každý rok docházky.(2)

Podle závažnosti mentálního postižení mají tyto děti možnost vzdělávání ve zvláštních školách, pomocných školách, nebo mohou být integrovány do běžných základních škol. Je-li jejich mentální postižení závažnější, mohou docházet do přípravného stupně pomocné školy. Děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením se mohou vzdělávat v rehabilitačních třídách pomocné školy, což se v současné době experimentálně ověřuje.(51)

Děti s lehčím postižením mají po ukončení povinné školní docházky možnost pokračovat ve vzdělávání na středních odborných učilištích, odborných učilištích a praktických školách, kde získávají potřebné vědomosti a dovednosti k dalšímu praktickému uplatnění.(51)

Jen okrajově zmíním Denní stacionáře, které jsou určeny pro děti s vrozenými a kombinovanými vadami s potřebou komplexní zdravotní, výchovné péče a péče v oboru rehabilitace. Cílem je všestranný rozvoj dítěte daný možnostmi dítěte. Zaopatřením je ulehčena celodenní péče rodičů a je dán prostor k rozvoji vlastní osobnosti.

Mateřské školy

Prvním článkem jsou mateřské školy, kde se mohou děti s mentálním postižením integrovat nebo mohou docházet do speciálních mateřských školek,

kteřé jsou určeny pro děti s mentálním postižením od tří do šesti let. Základním principem výchovné práce v tomto zařízení je individuální přístup ke každému dítěti, který určuje aktuální vývojové potřeby a mentální úroveň dětí. Takové mateřské školy plní úkoly v rámci přípravy mentálně postižených dětí pro život ve společnosti a druhá dimenze je v oblasti úlevové péče pro rodiče těchto dětí.(57)

Předškolní výchova přispívá ke zvýšení sociálně kulturní úrovně péče o děti s postižením a vytváří základní předpoklady jejich pozdějšího vzdělávání.(9)

Děti jsou zde podle svých možností vedeny k samostatnosti a sebeobsluze. Pomocí individuálních, popřípadě kolektivních her se rozvíjí jejich smyslové vnímání a aktivita.(57)

Jedinci s lehkým mentálním postižením se mohou v povinné školní docházce integrovat do základních škol a poté si vybrat odpovídající odborné učiliště. Integraci bude věnovaná další kapitola.

Vzdělávací program zvláštní školy

Cílem této školy je vybavit absolventy takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které je připraví na vstup do odborného učiliště nebo praktické školy.(51)

Absolvent by měl získat základní vědomosti ze všeobecně vzdělávacích předmětů, měl by se srozumitelně vyjadřovat ústní a písemnou formou, být zručný a fyzicky nadaný. Vzdělávání ve zvláštní škole se přizpůsobuje psychickým a fyzickým zvláštnostem žáků, kteří přicházejí z mateřských škol, ze speciálních mateřských škol nebo běžných základních škol. Vzhledem ke značné variabilitě schopností, dovedností a návyků těchto dětí je potřeba při jejich vzdělávání uplatňovat individuální přístup. (51)

Zvláštní škola bývá začleněna do nižšího stupně, středního a vyššího. Nižší stupeň školy (1.-3.ročník) plní základní funkce: adaptační, propedeutickou a diagnostickou, střední stupeň školy (4.-6.ročník) vychází ze znalostí trivia, vzhledem k věku a schopnostem se zařazují další předměty (vlastivěda,...), vyšší

stupeň školy (7.–9.ročník) je zaměřen na přípravu žáků, k jejich profesnímu uplatnění a na integraci do společnosti.

Pro absolventy zvláštních škol je nejlépe ve své profesní přípravě pokračovat na odborných učilištích.**(57)**

Vzdělávací program pomocné školy

Posláním této školy je speciálními výchovnými, vzdělávacími prostředky a metodami umožnit žákům s mentálním postižením dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností. Těžiště spočívá ve výchovně vzdělávací činnosti, která je zaměřená na poskytování elementárních vědomostí a na vytváření návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě, na rozvíjení jak duševních, tak i tělesných činností.**(52)**

Organizačně bývá členěna do nižšího, středního, vyššího a pracovního stupně a je koncipována jako devítiletá nebo desetiletá. Učební plán se může přizpůsobit psychickým a fyzickým možnostem a potřebám žáků.**(58)**

Podstatou této školy je vybavit žáky základním triviem základních vědomostí a dovedností – základy čtení, psaní, počítání. Neboť gramotný člověk se lépe orientuje v okolním prostředí a kromě toho, výuka psaní procvičuje rozvíjení jemné motoriky a stimuluje zároveň i myšlení žáků.**(52)**

Velká část programu je dále věnována rozumové, smyslové, řečové, hudební výchově, velký význam má tělesná výchova, která pomáhá rozvíjet motoriku, pohybové dovednosti a zlepšuje pohybovou koordinaci těchto dětí.**(58)**

Další část je věnována pracovní výchově. Žáci se naučí soběstačnosti a samostatnosti. Proto by pomocná škola měla akceptovat zejména složku výchovnou a vést žáky ke kladnému a přátelskému vztahu k lidem a k potřebě zapojení do společnosti, které jsou nezbytným předpokladem jejich sociální integrace.**(52)**
(Příloha 2)

O úspěšnosti zapojení žáků do společnosti rozhoduje také i jejich schopnost komunikovat, navazování osobních vztahů, vztahy k ostatním lidem, povahové

rysy a vlastnosti a úroveň jejich vztahů, nejen rozumové schopnosti a kvalita vědomostí a dovedností.(52)

Prospěch žáka ve všech předmětech se hodnotí ústně. Vzhledem k závažnosti postižení a stupni úrovně jednotlivých schopností jedinců je povinností vypracovat u každého žáka individuální vzdělávací program, který akceptuje úroveň jeho vědomostí, dovedností a návyků.(58)

Absolventi této školy mohou navštěvovat jednoletou praktickou školu modelu praktické profesní přípravy. Absolventi školy se velmi dobře uplatňují při jednoduchých produktivních pracovních činnostech jak v chráněných dílnách nebo v jiných přizpůsobených pracovištích. Jsou ve velké míře soběstační, nedovedou spíše účelně využít volný čas, potřebují taktní vedení a pravidelný dohled.(58)

Metody výchovy ve speciálních školách jsou promyšlené způsoby a postupy působené na děti s postižením, zaměřené na rozvíjení osobnosti, zejména návyků, postojů a sociálního jednání. Je to v podstatě uplatnění obecných pedagogických postupů, které jsou ale tvořivě přizpůsobené druhu a stupni postižení.(41)

Obrázek 3 – Hry s míčem



(23)

Přípravný stupeň pomocné školy

Je určen pro ty žáky, kteří nejsou schopni prospívat na nižším stupni základní školy speciální, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností. Při ověřování této formy vzdělávání se ukázalo, že mnohé děti, které se na počátku školní docházky jeví jako vzdělavatelné, jen ve velmi malé míře v průběhu vyučování „dozrály“ a rozvinuly své schopnosti a dovednosti. Výchovně vzdělávací činnost je rozčleněna do základních tematických okruhů, které se vzájemně prolínají a doplňují v průběhu každého vyučovacího dne. Těžiště práce tvoří smyslová, rozumová a tělesná výchova, rozvíjení zručnosti a praktických dovedností žáků. Zpravidla je tento stupeň koncipován jako tříletý s tím, že žák má možnost po splnění určitých kritérií v každém z ročníků přejít do nižšího stupně základní školy speciální.**(50)**

Tato nová forma vzdělávání žáků se závažnějším mentálním postižením má za úkol umožnit školní vzdělávání žáků, kteří nejsou schopni prospívat v pomocné škole.**(50)** (Příloha 3)

Učební plán rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy

Významný krok ve vzdělávání jedinců s těžkým zdravotním postižením je Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy.

Výuka Rehabilitační třídy základní školy speciální probíhá podle Vzdělávacího programu pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy. Vzhledem k závažnosti postižení žáků těchto tříd zde dochází ke spolupráci speciálních pedagogů, psychologů, logopedů, pedagogických asistentů, neurologů a jiných odborníků.**(50)**

Žákem rehabilitační třídy základní školy speciální se stává dítě s těžkým zdravotním postižením, které doposud nebylo vzděláváno, a které není schopno vzdělávání ve speciální škole, nebo absolvent přípravného stupně základní školy

speciální, jehož postižení neumožňuje úspěšně zvládat ročník nižšího stupně základní školy speciální.(50)

V rehabilitační třídě plní žák desetiletou povinnou školní docházku. Její vnitřní členění vychází z úrovně jejich individuálních schopností a potřeb. Rehabilitační třídy jsou členěny na dva stupně a oba jsou pětileté. Tyto třídy mají kapacitu čtyř až šesti žáků, s nimiž pracují souběžně dva pedagogičtí pracovníci.(50)

Obsah a metody práce v rehabilitačních třídách probíhají v těsném vztahu s intenzivním rozvíjením motoriky, neboť souvislost mezi rozvojem motoriky a rozvojem psychických funkcí je známá. Díky rozvoji motoriky dochází k rozvoji poznání, žáci si podle svých možností uvědomují sami sebe, vyjadřují své potřeby, orientují se v nejbližším prostředí. Vzhledem k těžkému mentálnímu postižení u většiny žáků rehabilitační třídy nelze počítat s osvojením základního trivia. Lze u nich rozvíjet komunikační dovednosti, rozvíjet pohybovost tak, aby dosáhli co nejvyšší míru pohybové samostatnosti a naučit se základům sebeobsluhy, které jim umožní určitou míru samostatnosti a soběstačnosti. Dalším úkolem je kultivace osobnosti žáků, Působení na jejich chování tak, aby soužití s nimi nekladlo mimořádné nároky na jejich okolí, rozvíjení jejich estetického cítění, jejich zájmů, zejména hudebnosti, výtvarných schopností a jednoduchých pracovních dovedností.(50)

Prospěch žáka se hodnotí převážně pochvalou a povzbuzením.(50)

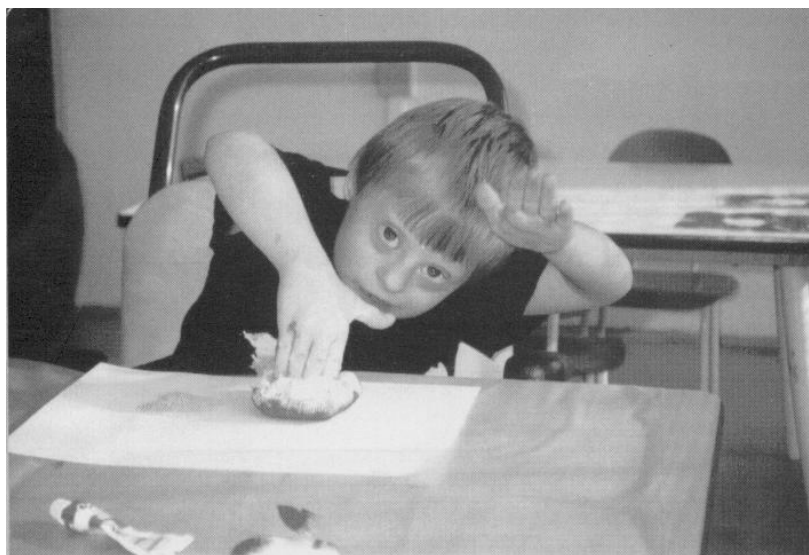
Charakteristické pro rehabilitační třídu pomocné školy je vypracovávání individuálního vzdělávacího programu, o kterém bude zmínka v kapitole Integrace.

Praktická škola

Jedinci, kteří ukončí pomocnou školu mohou pokračovat ve vzdělávání v praktických školách s dvouletou nebo jednoletou přípravou, nebo mohou absolvovat kurzy otevírající se při základních školách speciálních nebo základních školách praktických. Systém praktických škol slouží ke vzdělávání žáků s různou

mírou mentální retardace, poskytují se zde vzdělávání pro výkony podle jejich možností a dovedností: pekařské práce, ruční práce, rodinná výchova a další.(57)

Obrázek 4 – Dítě s mentální retardací ve škole



(16)

1.3. Integrace

V procesu postupné integrace zdravotně postižených bude nutno překonat hmotné a sociální bariéry, které vylučují postižené z plnohodnotné účasti na společenském životě. Národ není schopen se s tímto úkolem vyrovnat, není též s to realizovat svou skutečnou hodnotu.(59)

1.3.1 Integrace – pojem

Pojem integrace u nás bezpochyby patří mezi nejfrekventovanější termíny posledních 10 let. Znamená přirozené, nenásilné začleňování lidí s postižením do společnosti v tom smyslu, aby tvořili integrální součást společnosti. Integrace je

jednak stavem, ale především procesem, a to nejenom v tom slova smyslu, jak se daří jedince s postižením začleňovat do dané společnosti, ale také v tom významu, jak my sami jsme schopni tento žádoucí proces přirozeně akceptovat a identifikovat se s ním. Tento proces úzce souvisí s vývojem a zráním naší vlastní osobnosti, tedy s její integritou. Mimořádně důležitá je pedagogická integrace. Od školního roku 1994/95 jsou pravidelně každý školní rok vydávány metodické pokyny MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se zdravotním postižením a speciálními potřebami do škol a školských zařízení. Tak je stanoven základní rámec pro úspěšnou integraci těchto dětí a žáků při respektování nejenom hledisek speciálně pedagogických a psychologických, ale také zdravotnických a ekonomických. Tento metodický pokyn též stanovuje podmínky pro vypracování tzv. individuálního vzdělávacího plánu pro žáka se zdravotním postižením, který je individuálně integrován v běžné škole.(17)

Integrace znamená spojení, scelení, ucelení, sjednocení. V pedagogické teorii a praxi se v současné době pojem integrace užívá jednak ve smyslu hledání cest k zapojení člověka s postižením do společnosti a jednak ve smyslu dosažení maximálního možného splynutí jedince s postižením, s populací nepostiženou.(51)

Integrace není pouze řešením pro postižené dítě a pro tento okamžik. Ve třídě sedí budoucí zaměstnavatelé postižených lidí a pokud projdou touto zkušeností v dětství, nebudou mít problémy dát v dospělosti práci postiženému.(48)

Integrované vzdělávání představuje přístupy a způsoby, jak zapojit žáky s trvalým zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání, tyto děti nemusí být nadále vyřazovány z běžného školního prostředí a izolovány ve speciálních zařízeních. Účelem je, aby se i těmto dětem dostalo vzdělání a výchovné zkušenosti, ale zároveň aby byly nadále chápány jako jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami.(59)

Často si lidé myslí, že lidé s postižením se mají adaptovat na obecně dané podmínky společnosti, ale zapomínáme, že je také úkolem společnosti adaptovat se na potřeby postižených.(58)

Integrované vzdělávání jsou vlastně přístupy a zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol, kdy

cílem je poskytnout i žákům zkušenost s jejími zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich speciální potřeby.(38)

Speciální školství má mnoho výhod, přesto se v posledních letech stále častěji hovoří o jeho nedostatcích. Speciální vzdělávání v oddělených školách nezřídka směřuje k nutnosti zavedení individuální celoživotní péče, která se pro řadu jedinců stává jakýmsi náhradním, neúplným životem. Žáci v běžných školách jsou při odděleném vyučování dětí se speciálními potřebami ochuzováni o zkušenost s jedinci, kteří jsou jiní než oni, neučí se neignorovat potřeby dětí s nejrůznějšími potížemi a navíc vůči nim mívají mnohé předsudky a učí se myslet v termínech „my a oni“, jako by žili v oddělených světech. Začíná se prosazovat názor, že lidé se speciálními potřebami jsou schopni těžit ze vzdělávacího procesu mnohem více, než se dříve předpokládalo. Jsou známé příklady jedinců s postižením, kteří absolvovali integrativní vzdělávání, poté si našli běžné zaměstnání a žijí vlastním životem.(25)

1.3.2 Podmínky pro úspěšnou integraci

Integrace se týká především rodičů, kteří si musí uvědomit, že integrace začíná již tehdy, kdy se o dítěti dovědí. Musí si uvědomit, jaký náročný úkol si vzali, když se rozhodli vychovávat dítě s postižením, a že to není nic, za co by se měli stydět. Naopak, měli by být společností uznáváni a oceňováni.(43)

Počátky integrace nebývají úplně hladké. Pokud rodiče vyberou mateřskou nebo základní školu, kam by mohlo dítě docházet, musí s přijetím souhlasit ředitel a příslušná učitelka. Pokud se vše podaří, následuje příprava učitelky na pro ni většinou první zkušenost s dítětem s mentálním postižením.(37)

Úspěšnost pedagogické integrace ovlivňuje celá řada faktorů. Vše začíná samozřejmě v rodině, kde záleží na skladbě, hodnotové orientaci, na výchovném stylu, vzdělání rodičů, sociokulturní a ekonomické úrovni rodina a na dalších skutečnostech.(17)

Dále pak záleží na škole a vybavenosti školy z hlediska materiálního, její dosažitelnosti, bezbariérovosti a atmosféře, která ve škole převládá.(17)

Dalším problémem je kvalita diagnostické činnosti a metodické pomoci odborných zařízení (to se týká především školských poradenských zařízení).(17)

Aby byla integrace pro dítě, spolužáky i učitele prospěšná, musí především vedení školy vytvořit správné podmínky a existovat ochotná paní učitelka, přesvědčena, že ji bude dítě s postižením inspirovat k přemýšlení, změně vyučovacích metod, výrazné motivaci a přinese jí uspokojení z vlastní schopnosti situaci zvládnout i když musí vyvinout daleko větší úsilí.(16)

Moderní pohled na fenomén zdravotního postižení přináší rovněž změnu postavení osob s postižením ve společnosti. Jejich možnost plné integrace není možno vázat výhradně na úplné překonání postižení a jeho následků. Daleko více je u integrace nutno poukázat na roli“druhé strany“. I ona musí nutně změnit řadu svých postojů, pravidel a tradic, což vyplývá i z původního významu slova integré – tedy scelení.(28)

Tlak na integraci se projevil především u mladších dětí s mírným postižením a mnoho základních škol tak přijímá děti s různými typy postižení. Výzkum dokázal, že tyto děti se mohou za určitých podmínek celkem snadno včlenit mezi vrstevníky.Vliv zdravých dětí pozitivně působí na rozvoj sociálních vztahů.(12)

Individuální vzdělávací program

Rozumíme jím důležitý prvek ze systému podpůrných intervencí a služeb, který zabezpečujících optimální vzdělávání žáka se zdravotním postižením, začleněného do běžného školského prostředí. S jeho vypracováním počítá Metodický pokyn MŠMT v případech individuální integrace dítěte se zdravotním postižením. Ve spolupráci s e speciálně pedagogickým centrem případně pedagogicko psychologickou poradnou zpracovává škola individuální vzdělávací program pro každého žáka se zdravotním postižením, a to k termínu jeho nástupu do školy. Ještě není zcela jasně dáno, kdo tento program musí vypracovávat, ale nejčastěji se jedná o třídního učitele žáka s postižením. Nejsou ještě také zcela dány náležitosti jeho zpracování co do formálnosti i obsahové stránky.(18)

Individuální vzdělávací program je klíčovým nástrojem pro odpovídající a odbornou přípravu na výuku žáka s postižením.(24)

Jedná se o typ dokumentu, sloužícího plánování obsahu zkušenosti, kterou konkrétní žák s mentálním postižením získá ve škole a v činnostech ke škole se vztahujícím. O dokument, který slouží plánování obsahu vzdělávání jednotlivého žáka.(18)

Program stanoví cíle pro příští výukové období a obsahuje zároveň i hodnocení a kontrolu výsledků. Obecně se doporučuje sestavit jej na jeden školní rok, praxe ale ukazuje na to, že stanovení programu na tak dlouhou dobu je nereálné, neboť nelze odhadnout prognostický vývoj obtíží. Je proto lépe se scházet alespoň jednou za čtvrt roku.(29)

Individuální vzdělávací program by měl obsahovat (28)

- Cíl, jehož má být dosaženo(dovednosti, znalosti, výkony) v jednotlivých předmětech.
- Prostředky speciálně pedagogické podpory, kterých bude k naplnění cílů vzdělávacího programu použito, taktéž budou rozepsány služby a intervence odborného charakteru, mezi ně patří například: speciální pomůcky, jmenovité určení všech odborníků, možnosti využití osobního asistenta, pravidla spolupráce s odborným speciálně pedagogickým centrem a podobně.
- Popis vlastních speciálních speciálně-pedagogických metod, postupů a organizačních forem, užívaných při práci s dítětem.
- Aplikace všech uvedených zkušeností, metod a postupů na vzdělávací práci v jednotlivých předmětech.
- Pravidla komunikace s rodiči dítěte.
- Termíny způsobu vyhodnocování výsledků.
- Pravidla změn a úprav individuálního vzdělávacího plánu a jmenovité uvedení osob, kterým je poskytnut.

Tvorba individuálního vzdělávacího programu je jedním z trendů. Slouží jako nástroj k evaluaci průběhu a výsledků vzdělávání žáka se speciálními potřebami. Je to jistý druh smlouvy mezi rodiči, učitelem a dalšími odborníky.(6)

Školní integrace žáků s mentálním postižením přináší ale řadu problémů, které vyplývají ze skutečnosti, že žáci s postižením mají, v závislosti na míře postižení, vzdělávací potřeby odlišné od svých nepostižených spolužáků. Vzdělávací obsahy v běžné škole zpravidla nechápou, takže musí být vyučování podle vzdělávacích programů speciální školy. Většina žáků s mentálním postižením trpí poruchami pozornosti a trvale vyžaduje zvýšenou pozornost učitele. Žáci s mentální retardací jdou jen zřídka schopni samostatné práce a učitel, který se musí věnovat i ostatním žákům, jim nemůže poskytnout dostatečnou péči.(49)

Má-li být vzdělávání žáků s mentálním postižením efektivní a vést k jejich přípravě na život, měli by být vyučováni v klidném prostředí malých tříd se sníženým počtem žáků a učitelem s psychologickou kvalifikací.(49)

Kontakt s nepostiženými vrstevníky mohou mít děti s mentální retardací při mimoškolních činnostech, ve školních družinách, při zájmových činnostech a všude tam, kde děti obvykle navazují sociální kontakty.(49)

1.4 Terapie ve speciálně pedagogické péči

V této kapitole zmíním alespoň základní pomocné terapie, které se užívají u jedinců s mentálním postižením.

Terapie zlepšují psychickou pohodu, komunikativní dovednosti a citové zrání jedinců. Mohou být používány k přeladění a k relaxaci dětí s postižením.

V poslední době jsou tyto terapie velmi diskutovaným tématem.

1.4.1 Muzikoterapie

Muzikoterapie jako plnohodnotná vědecká terapeutická metoda byla ještě počátkem 20. století odmítána a znevažována. V posledních letech ale prožívá

renesanci, především na základě nových poznatků a zkušeností z psychiatrie, psychologie, fyziologie i speciální pedagogiky, postupně se začleňuje do oborů lékařských, psychologických, sociálně a speciálně pedagogických. Hudba může být nasazena jako stimulátor aktivity, k uklidnění, k odstranění či zmírnění agrese a k odstranění napětí. Jiné formy muzikoterapie jsou používány u dětí s tělesným a s mentálním postižením, u autistických dětí, jiné u dětí s vadami řeči, s neurózami řeči. Hudba může doplňovat uvolňovací cvičení při hypnóze, autogenním tréninku. Muzikoterapeutické prvky mohou obsahovat i jiné terapie, například arteterapie, spánková terapie, psychodrama.**(35)**

Cílem muzikoterapie je vytvoření interpersonálních vztahů, dosažení uvědomění si sebe sama prostřednictvím seberealizace, dosažení začlenění do struktury skupiny, pořádku, do procesu hudebního dění na základě rytmického potenciálu hudby. Jde spíše o cíle v obecné rovině, scházejí cíle vyplývající z možnosti zasažení muzikoterapie do hlubší psychické sféry bez nutnosti verbalizace u lidí se středně těžkým a těžkým mentálním postižením.**(35)**

Při muzikoterapii je nejdůležitější výhodou nonverbální komunikace, ale i při práci s klienty, kteří jsou schopni verbální komunikace, vidíme výhody.

V dnešní době má muzikoterapie mnoho podob. Z hlediska účasti dítěte rozlišujeme muzikoterapii:**(35)**

- Aktivní – při níž dítě osobně hraje, zpívá nebo vytukává rytmus, zde náleží i hudebně pohybové hry.
- Pasivní – při níž dítě indikovanou hudbu poslouchá a vnímá ji.

Muzikoterapii rozlišujeme i z hlediska počtu příjemců:

- Autoterapii – je nenáročná, hojně využívaná laicky. Jedinec ji může použít kdykoliv má potřebu a chuť i v domácím prostředí.
- Heteroterapii – dělí se podle počtu dětí (klientů) na individuální, skupinovou - 8-15 osob, případně hromadnou – více než 15 osob.

V muzikoterapii zřejmě nelze stanovit pravidla pro její provozování. Vnímání hudby se může u každého jedince značně lišit, záleží na jeho hudebních schopnostech, vyspělosti a hudebních zkušenostech.

Pro rozvoj hudebnosti dětí s mentální retardací se velmi osvědčil pedagogický systém německého hudebního skladatele a pedagoga Carla Orffa. Jeho pojetí vychází ze spojení slova, hudby, pohybu. Orff se snaží ve svém přístupu navázat na to, co je dítěti nejbližší, elementární, bezprostřední. Dětské úrovni hudebního cítění odpovídá rytmus, který působí jednak sugestivně a navozuje pohybovou reakci.(35)

Použití pasivních či aktivních technik v průběhu muzikoterapeutické lekce je závislé na osobnosti každého jedince s mentálním postižením. Při aktivních technikách dítě jen nepřijímá, ale také se přímo procesu zúčastňuje. Zde jsou používány hudební nástroje s nejrůznějšími druhy zvuků, lidský hlas, ale také to mohou být nástroje sestavené společně s dítětem. Nejčastější hudební nástroje jsou xylofon, zvonkohra, bubínek, triangel, činely, ozvučná dřívka a další. Velká přednost aktivních technik spočívá v tom, že se při nich muzikoterapeut dosahuje přímého kontaktu s dítětem s mentální retardací.(35)

Muzikoterapii, zejména pak muzikoterapii aplikovanou na mentálně postižené, musíme považovat za speciální metodu psychoterapie, v souladu s tím se pak musí přistupovat k požadavkům na kvalifikaci muzikoterapeutů.(35)

Vliv hudby na lidi s mentální retardací je nesporný. Výchovná síla umění působí na všechny. U mentálně postižených můžeme pozorovat zejména výraznou podporu v oblasti seberealizace, která je přibližuje o pomyslný krok kupředu. Zde se uplatňuje práce muzikoterapeuta, který pomocí speciálních hudebních aktivit umožňuje mentálně retardovanému jedinci dosáhnout vnitřní relaxace, pomáhá vyrovnávat a podporovat citový vývoj, snaží se podporovat rozvoj kladných interpersonálních vztahů. Prostřednictvím hudby získává handicapovaný širší estetické znalosti, rozvíjejí se jeho motorické a řečové schopnosti, rozšiřují se pro něj možnosti sociálních vazeb a kontaktů, kultivuje se jeho osobnost, roste jeho schopnost umění vnímat, cítit k němu nějaký vztah. Hudba také vnáší do světa mentálně postiženého harmonii a krásu, byť vnímá svět prostřednictvím a do

úrovně, kterou mu umožňuje jeho postižení. Tím, že mentálně retardovaný prochází určitou hudební zkušeností, rozšiřuje svou osobnost, násobí svůj duchovní prostor a dostává se tak na kvalitativně vyšší úroveň lidského bytí.(35)

Obrázek 5 - Muzikoterapie



(1)

1.4.2 Psychomotorika a bazální stimulace

Termín psychomotorika se obecně překládá jako „výchova pohybem“. Mohou být čtyři různé možnosti použití termínu psychomotorika. Hovoří se o psychomotorice jako konceptu podpory vývoje, za druhé jako o pojmu, který označuje jednotu tělesných a duševních procesů, za třetí může psychomotorika znamenat výzkum motoriky a za čtvrté se o psychomotorice hovoří jako o vývojově orientovanému pojmu.(35)

Základní úkol výchovy psychomotoriky je v dosažení „schopnosti jednat“ a „schopnosti pohybu“ jako výchovného prostředku. Cílem psychomotoriky je přispět k uplatnění ve společnosti a k tomu dojde, když je člověk schopen vyrovnat se

pomocí psychomotoriky s věcmi a lidmi ze svého okolí a dovede tomu přizpůsobit své jednání.(35)

Psychomotorický přístup, který je orientovaný na tělo a pohyb nacházíme také v dalších terapeutických metodách. Na podobné myšlenky je založena např. senzorická integrační terapie, bazální stimulace a cvičení smyslů.

Metoda bazální stimulace

Tuto metodu vyvinul pro těžce postižené děti Fröhlich. S pomocí bazální stimulace lze vykompenzovat nedostatek vlastních zkušeností, vlastního pohybu a vypořádání se s okolím. Fröhlich popisuje příjem vestibulárních, somatických a vibračních informací jako základ lidského vnímání a faktorům napětí a uvolnění, rytmizace, symetrie, dotykových zkušeností, pohybu a uvolnění přikládá velký význam. Ke specifickým prostředkům podpory patří například závěsné houpačky, části pěnových látek, sáčky s pískem, masážní strojky, masážní oleje, kožešiny, bubínky, barevné lampy, vonné sáčky.(35)

Bazální stimulace je pedagogicko-psychologickou metodou, kdy se snažíme nabídnout jedincům s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Stimulací se rozumí, že se nabízí podněty všude tam, kde se těžce postižený člověk vzhledem ke svému postižení není schopen sám postarat o dostatečný přísun přiměřených podnětů potřebných pro svůj vývoj.(35)

Základní myšlenka bazální stimulace je požadavek celistvosti, holistický přístup. Základní model stimulace vychází z předpokladu, že není možné vystihnout smysluplný rozdíl mezi tělem a duší.(35)

Za základní princip bazální stimulace se považuje zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality, zprostředkováním zkušenosti a vjemů. Tyto vjemy a zkušenosti je třeba pečlivě sledovat, stejně jako je třeba promyšleně plánovat programy, které vedou k přiměřenému vývoji dítěte. Musí se brát v úvahu individuální vývoj dítěte, nikoli vývoj odpovídající kalendářnímu věku. Zprostředkování „přes tělo“ je vzájemné celkové zprostředkování, to znamená, že

matka, učitel, terapeut, vychovatel, kdokoli pracuje s těžce postiženým dítětem, je svým tělem vtažen do tohoto zprostředkování. Tělesnost zde poskytuje jistou rovnocennost obou partnerů.(35)

Vychází se z toho, že jedinec s těžším mentálním postižením se nachází ve stavu extrémně redukovaných aktivit, ty ale patří k životu. Postižení omezuje více nebo méně tento potenciál, je tedy nucen omezit se na nejelementárnější životní výkony, které jsou často spojeny jen s vlastním tělem. Svět kolem něho téměř neexistuje, nemůže vyvíjet kontakty s okolím a naopak svět ho není schopen přiměřeně akceptovat, pomocí bazálních podnětů lze dosáhnout alespoň částečného otevření této individuální izolace. Mezi tyto podněty patří:

- Somatické podněty

Pomocí somatických podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenost s vlastním tělem, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu. Primární tělesná zkušenost se vyvíjí dotykem, vychází ze středu těla, který je tvořen trupem, přechází přes končetiny, až podráždění dojde k prstům rukou a nohou. Mnoho jedinců s těžším postižením má velké problémy interpretovat dotek ruky jako významný kontakt, musí dojít k intenzivnějšímu podnětu, což se docílí použitím různých materiálů, jako jsou například froté ručníky, kožešínové rukavice. Tím, že se používají tyto materiály, kontakt kůže ke kůži tolik nedominuje, naopak se zesílí pocit pro vlastní tělo. Prostřednictvím podnětů se tak vytváří tělesné schéma, které si postižený jedinec jinak nedokáže představit. Je to forma systematická, která signalizuje blízkost, pozornost a jistou výlučnost vztahu. Pravidelně se opakují něžnosti, což těžce postižený jedinec vnímá velmi pozitivně.(35)

- Vibrační podněty

Zjistilo se, že použití vibrace celého těla navodí intenzivní pocit v kloubech nosných částech těla. Malé vibrátory se mohou umístit tak, že umožní ucítit celou nohu od kotníku přes koleno až ke kyčli. Všechny tyto zkušenosti

získává zdravý člověk při stání, chůzi a uchovává si je v paměti. Těžké postižení toto většinou neumožňuje, monotónní pozice vleže nebo vsedě vede spíše k habituaci než k lepšímu vnímání vlastního těla.(35)

- Vestibulární podněty

Vestibulární podnět zprostředkovává člověku s těžším postižením informaci o poloze v prostoru, o pohybu celého těla v prostoru, je v těsném spojení se zpracováváním informací vizuálních vjemů. Přiměřený vestibulární podnět zřetelně působí na stabilitu držení těla a v daném případě normalizuje tonus. Nabídneme-li přiměřený vestibulární podnět, pozorujeme v mnoha případech uvolněný úsměv. Jde o pomalé kolébavé pohyby podél a napříč osou těla, zvláště ale pohyby na terapeutickém válci nebo velkém míči, které se mohou s tát uvolněným „tancováním“ podle hudby.(35)

- Čichové a chuťové podněty

Čichat a chutnat může již plod v době těhotenství. V prvních měsících života dítěte jsou čich a chuť pro dítě zvláště důležité, představují jak možnost komunikace, tak interakce s matkou. Permanentní podávání výživy sondou přispívá k omezení citlivosti celého ústního otvoru, tím zůstává nevyužita nejsensibilnější a nejrozmanitější vnímavá zóna lidského těla a odpovídající část mozku. U těžce postižených dětí je potřeba používat pokud možno jednoznačně pachových a chuťových podnětů, které se výrazně liší od pachů všedního dne, neboť nejsou zpočátku schopni postihnout a rozlišit různé, rychle se objevující a zase mizící vůně svého okolí.(35)

- Sluchové a zrakové podněty

U těžce postižených jedinců jsou často zřetelné kontrasty v oblasti vidění – světlý, tmavý –nebo výrazné rytmy v oblasti slyšení, tím jsou osloveny elementární schopnosti vnímání a zpracování, komplexnější celky nejsou často delší dobu k dispozici. To ale neznamená, že by podněty neměly smysl, musí

být však adekvátní dosaženému vývojovému stupni dítěte. Vhodné je kombinovat zvukové nabídky ve smyslu intermodality s pohybem nebo s dotykem. U zrakových podnětů je dobré nabízet takové materiály, které může dítě nahmatat nebo slyšet, je třeba je dávat na kontrastní pozadí, od kterého se výrazně odlišují.(35)

- **Komunikativní a sociálně-emocionální podněty**

Komunikace a sociálně emocionální podněty se najdou v širším kontextu interakce mezi lidmi. Je potřeba poukázat na systém celistvosti. Všechno snažení směrem k těžce postiženému dítěti, naše pohyby, doteky a jeho vnímání ústí do emotivního zabarvení všech těchto zkušeností, z kterých vzniká sociální zkušenost. Lidský obličej, hlas, doteky, chování, pohyb jsou součástí celkového společenského jednání, nemohou se oddělit od ostatních aktivit. Je patrné, že neexistuje „čistá“ péče ani „čistá“ stimulace, ale vždy je zde podstatnou složkou komunikace. Vzdáme-li se dobře strukturované, vstřícné a zřetelné komunikace, tak ochuzujeme postižené dítě o podstatné zkušenosti a jeho obohacení.(35)

Prostřednictvím bazální stimulace se podařilo překročit hranice nevzdělavatelnosti těchto jedinců, je možné ukázat, že živý člověk je schopen vstoupit do procesu interakce se svým okolím. Jedinci s těžkým mentálním postižením a s více vadami jsou živí lidé s vlastní dynamikou rozvoje, potřebují podněty a interakci a mohou, i když velmi omezeně, žít svůj autonomní život, když po jejich boku stojí nějaký partner.(57)

Senzorická integrační terapie

Pod tímto pojmem chápeme spojení, uspořádání a strukturalizaci smyslového vnímání, které vnímáme smyslovými orgány a receptory tak, abychom je mohli použít.

Cílem senzoričké integrace je taková reakce těla, která bude pro jedince použitelná a bude vytvářet smysluplné vnímání, pocity a myšlenky.(35)

Cvičení smyslů

Představitelkou smyslové výchovy je Marie Montessoriová, která zastávala názor, že první roky života dítěte mají pro jeho tělesný a duševní vývoj zvláštní význam. Tato pedagogika se neřídí věkem dětí, ale nabízí hru na jejich individuálním vývojovém stupni.(35)

Nejpodstatnější styčné body této pedagogiky s psychomotorikou spočívají v podpoře samostatnosti dětí a zdůraznění významu jejich smyslového vnímání., tak může být chápána na jedné straně jako koncepce, která hraničí s psychomotorikou a na druhé straně jako koncept zakládající psychomotoriku.(35)

1.4.3 Arteterapie

Arteterapie je jedna z forem psychoterapie. Opírá se o výtvarné projevy klientů jako hlavní léčebný prostředek. Nejde při ní o dokonalé, konečné dílo, ale o proces tvorby. Využívá výtvarné umění jako prostředek k osobnímu vyjádření v rámci komunikace spíše, než aby se snažila o esteticky uspokojivé výsledné produkty, posuzované vnějšími měřítky. Výtvarné umění usnadňuje tvořivost a je užitečné při práci s fantazií a nevědomím. V arteterapii jde u každého jednotlivého klienta o naplnění běžných cílů. Mezi nejčastější patří navození kompenzačního procesu, aktivace, zprostředkování kontaktu, přeformování stereotypů, komunikace prostřednictvím výtvarného projevu, odstranění úzkostných stavů, socializace, agresivity.(35)

Důraz může být kladen na externalizování problému klienta a jeho transformaci do nového harmonizujícího kontextu. Nejčastějším posláním arteterapie je doprovázení lidí z teritoria disharmonie, chaosu, z prostředí

ohrožujícího jejich tělesné a duchovní zdraví, které může být nejen v jejich okolí, ale i v nich samých.(35)

Arteterapeutické techniky

Při arteterapeutických činnostech se pracuje buď na ploše – malování, grafiky, koláže, práce s papírem nebo v prostoru – modelování, keramika, práce se dřevem.

Při práci s mentálně postiženými dětmi se asi nejvíce používá arteterapie a muzikoterapie. U těchto dětí se osvědčila práce s prstovými barvami a čmárání na hudbu. Arteterapie u dětí s mentálním postižením se hlavně využívá na odreagování a uvolnění dítěte, k uvolňování spazmů a rozvíjení jemné motoriky.(35)

Hlavním cílem arteterapie u mentálně postižených je kompenzace intelektových deficitů, poznávacích funkcí, schopnosti zevšeobecňování a chápání jevů v souvislostech.(46)

1.4.4 Canisterapie

Canisterapie je nová forma psychoterapie, která ve světě získává stále větší uznání pro své vynikající výsledky i v situacích, které byly dříve terapeuticky obtížné a řešitelné. Zabývá se uplatněním psů v psychoterapii dětí, dospělých, seniorů, lidí tělesně i mentálně postižených, epileptiků a vězňů. Canisterapie je terapie, při níž dochází k působení psa na člověka a je jednou z forem zooterapie, která používá obecně zvířat k různým formám terapeutického kontaktu s člověkem. Jako základ léčby je poznatek, že nejspolehlivějším a často jediným přítelem člověka v osamění a nemoci je zvíře. Vztah člověk – zvíře dokáže vyvolat pozitivní emociální a sociální terapeutické efekty, které mohou přispět ke zlepšení zdravotního stavu.(35)

Touto metodou je možné zlepšit psychickou pohodu, komunikační dovednosti, pohybové schopnosti a citové zrání u dětí. Je možné i tímto způsobem zbavit děti kynofobie, případně odstranit agresivní projevy nejen vůči zvířatům, ale

i mezi dětmi navzájem. Efekt je především psychologický. Canisterapie nalézá své uplatnění také i při sportu zdravotně postižených.(17)

Pes se může stát užitečnou součástí individuální terapie jedince, který není schopen zvládnout požadavky svého prostředí sám bez pomoci a chovat se podle nich. Tam, kde se jedinec nemůže adaptovat, musí se přizpůsobit okolí a vytvořit takové podmínky, které by odpovídaly problémům určitého jedince. Zvíře může měnit vnější podmínky a zvyšovat možnosti adaptace lidí s postižením na mnoha úrovních. Role zvířete jako stabilního osobního partnera, společníka, má svoje typické rysy a uspokojuje některé ze základních psychických potřeb.(35)

Pes napomáhá stimulaci dítěte, když je jeho životní prostředí z nějakého důvodu ochuzeno, pokud nejsou dostupné v dostatečné míře a po dostatečnou dobu lidské bytosti. Je prostředníkem, který napomáhá rozvoji, zejména v oblasti emoční, sociální, zlepšuje komunikace a schopnost empatie. Zvíře je spolehlivý zdroj citových podnětů a trvalý zdroj citového uspokojení.(35)

Pes musí být speciálně cvičen, aby postiženému pomáhal, kde to potřebuje.

Zvíře je buď součástí odborné terapie nebo jako pomocník a stává se trvalou součástí života jedinců s postižením a pomáhá mu svou přítomností i v jiných směrech.(35)

1.4.5 Hipoterapie

Je to komplexní rehabilitační metoda, která vychází z neurofyzilogických základů, přičemž k léčebným účelům využívá koně.(17)

Je to speciální forma léčebné rehabilitace, která ideálně spojuje fyzické a psychické prvky. Tato terapie u nás prožívá v posledních letech značný vzestup.(35)

Využívá působení nespécifických prvků (vliv tepla zvířete, taktilní podněty, podpurné a obranné reakce, labyrintové reflexy, aj.) a prvků specifických, které jsou podmíněny působením koně a jeho kroku, který je jedinečný a ničím nenahraditelný.(17)

Kůň slouží jako terapeutický prostředek díky trojrozměrnému pohybu těla, při něm dochází k ustavičnému střídání napětí a uvolňování těla pacienta, který je tak nucen se neustále přizpůsobovat pohybové sinusoidě koňského hřbetu a to i při své naprosté pasivitě. Prvotní je snaha o rehabilitace ve smyslu fyzikálním, vychází především z balančních cvičení a je prováděna fyzioterapeutkou na základě indikace lékaře. Hipolog zde slouží jako pomocník v přípravě a v ovládní koně během rehabilitace. Po personální stránce je tato metoda zabezpečována dvěma až čtyřmi pracovníky podle fyzického handicapu a pokročilosti klienta. Jde o individuální metodu. Těžko se najde jiná metody, která by postiženým byla schopna nabídnout úplnější a dokonalejší biostimulátor lidské lokomoce a tím i koordinaci celkové motoriky. Obvyklá délka terapeutické jednotky je 20 až 40 minut.(35)

Hipoterapie je léčebná metoda, která je indikována zejména u diagnóz: vrozené malformace končetin, stavy po zlomeninách, amputacích. Dále u roztroušené mozkomíšní sklerózy, svalové atrofie a dystrofie a u dětské mozkové obrně. Jsou také uváděny účinky ve smyslu snížení svalové spasticity u hypertoniců, zlepšení koordinace pohybů, zlepšení stability. Další diagnózy jsou z oblasti psychiatrie – LMD, psychotické stavy, neurózy a podobně. Nezanedbatelné jsou i subjektivní pocity klientů v oblasti zlepšení motorických dovedností a lepší psychické pohody. U dětské mozkové obrny je indikace této terapie ideálním pokračováním Vojtovy metody, kdy je již dítě vertikalizováno a jeví tendenci pohybu vpřed.(35)

Specifickou kategorií jsou jedinci s mentálním postižením, kteří se projevují nevhodným chováním navenek omezujícím zpětně jejich kontakt s okolím. Často u nich zjišťujeme omezení nebo absenci jakýchkoliv citových vazeb. Příkladem může být ztráta, či omezení styku s rodinou a společností například danou pobytem v ústavech. U handicapovaných dětí s ukončeným motorickým vývojem se využívá jízda na koni jako emotivní a stimulační prvek pomáhající udržet to, čeho bylo léčbou a výukou dosaženo. Práce s jedinci s mentálním postižením vyžaduje vyšší nasazení, které je ale kompenzováno přirozeným rozvojem spolupráce, vznikajícími vazbami a radostí pacientů.(35)

Obrázek 6 – Hipoterapie



(10)

Léčebná jízda na koni osobám s postižením zlepšuje zdravotní stav nenásilnou a příjemnou formou s možností rychlejší integrace do společnosti.(35)

1.4.6 Dramaterapie

Dramaterapie pomáhá zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž jedinec poznává sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.(56)

Dramaterapii také definujeme jako záměrné použití dramatických postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu. Tuto terapii chápeme jako uměleckou a léčebně-výchovnou metodu aplikovanou v rámci individuální i skupinové práce, která využívá dramatické struktury se speciálním cílem v určitých improvizovaných situacích „tady a teď“, evokuje k prožívání emocí, k získávání vnitřní motivace, vede k integraci.(56)

Největší skupinu klientů dramaterapie tvoří jedinci s mentálním postižením a autističtí jedinci, druhou skupinou jsou klienti z psychiatrických klinik, lidé se specifickými vývojovými poruchami učení, chování, mládež ohrožená sociálně patologickými jevy, jedinci nacházející se ve výkonu trestu a gerontologičtí klienti.(56)

Cíle dramaterapie jsou velmi variabilní. Například při práci s autistickými dětmi se klade důraz na jejich chování, terapeutický přístup, který musí být přísně strukturovaný a soustředěný na oční kontakt, pozorování v zrcadle a podobně.

Dramaterapie nesleduje uměleckou hodnotu či estetický zážitek, ale jejím cílem je „praktičtější“ využití.(56)

Obrázek 7 – Dramaterapie u mentálně postižených



(11)

K hlavním cílům dramaterapie se počítá redukce tenze, rozvoj empatie, fantazie, kreativity, odblokování komunikačního kanálu, integrace osobnosti, rozvíjení sebedůvěry, vytváření pocitu zodpovědnosti, posílení sebedůvěry, sebeúcty a zvyšování interpersonální inteligence, zvyšování sociální interakce a

interpersonální inteligence, získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti. **(56)**

U mentálně postižených se využívá například psychogymnastika, její podstatou je nonverbální vyjadřování situací a vztahů, především za využití pantomimy. Klasickým tématem psychogymnastiky je například „zakázané ovoce“, k němuž klienti vyjadřují svůj vztah pantomimickým přehráním konfliktu – na jednom protipólu je touha po dosažení určité hodnoty, na druhém pólu stojí morální, společenské důvody, bránící klientovi dosažení této hodnoty. **(35)**

Dále je to teatroterapie, což je divadlo hrané téměř výlučně s herci s postižením, pomáhá jim v procesu emancipace a k integraci.

Divadlo je prožitkem, vede k uvědomění si pevné struktury, má resocializační význam a člověka s mentálním postižením velmi obohacuje. **(35)**

2 Cíle práce a hypotézy

2.1. Cíle práce

Cílem práce je zmapovat stav kvalifikovaných pracovníků ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením a zjistit úroveň speciálně pedagogické péče o děti s mentálním postižením.

2.2 Hypotézy

Hypotéza č. 1: Ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením je nedostatek kvalifikovaných pracovníků.

Hypotéza č. 2: Ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením při postižením se při speciálně pedagogické péči dostatečně nevyužívají alternativní terapie, zejména muzikoterapie, arteterapie, canisterapie.

3 Metodika

3.1 Sběr dat

Data byla sbírána v průběhu měsíců leden a únor roku 2007 ve Zlínském kraji. Ke sběru dat byla použita metoda dotazování. Základní technikou sběru dat byl dotazník pro učitele, pracujících ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením, vyučující děti s lehkým až středně těžkým mentálním postižením. (Příloha 1) Dotazník obsahuje 15 otázek. K otázkám v dotazníku patří identifikační znaky respondentů (pohlaví, věk) a část otázek zjišťuje úroveň speciálně pedagogické péče dětí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Při získávání dat byla respektována anonymita respondentů.

Celkem bylo rozdáno 110 dotazníků, ale vzhledem k neochotě učitelů vyplnilo dotazník 80 respondentů, tzn. že návratnost je 73%. V rámci spolupráce při sběru dat byla oslovena školská zařízení pro vzdělávání dětí s mentálním postižením:

- Základní škola praktická a základní škola speciální, Zlín
- Pomocná škola a Praktická škola, Zlín, Lazy
- Základní škola a mateřská škola, Vsetín
- Stacionář, Vsetín
- Speciální škola pro žáky s více vadami, Uherské Hradiště
- Speciální škola, Liptál

Další použitou metodou byla sekundární analýza metodických materiálů a vzdělávacích programů speciálních škol. Vzhledem k neochotě ředitelů výše jmenovaných škol, byly použity i materiály, které jsem získala na internetových stránkách Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky.

K sekundární analýze byly použity zdroje:

- Změna učebních plánů - MŠMT(31)
- Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy(50)

- Metodické materiály Základní školy a mateřské školy, Vsetín
- Metodické materiály Pomocné školy a Praktické školy, Zlín, Lazy
- Metodické materiály Praktické školy, Liptál

3.2 Charakteristika souboru

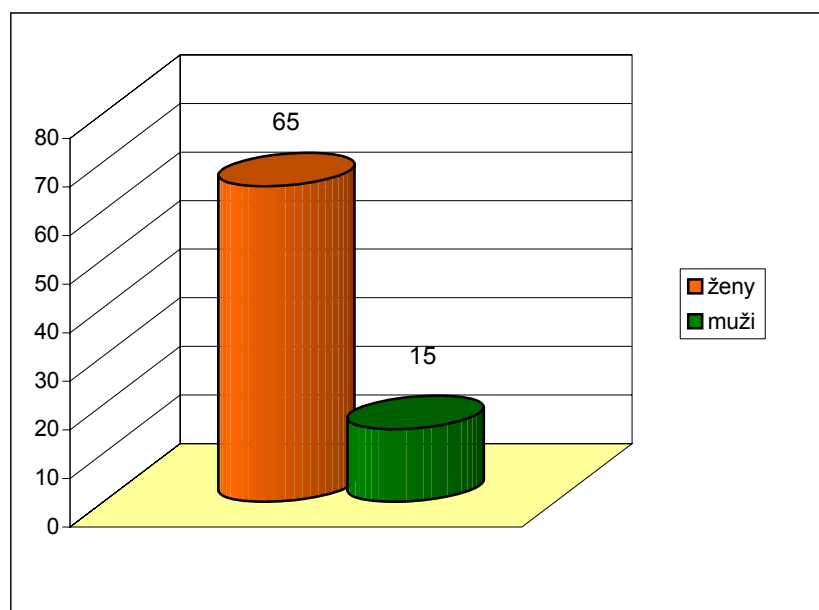
Základní soubor zahrnuje učitele pro výchovu a vzdělávání dětí s lehkým a středně těžkým mentálním postižením. Vzorek byl sestaven náhodným kvótním výběrem. Kvótami pro výběr byli učitelé, kteří momentálně vyučují děti s lehkým a středně těžkým mentálním postižením.

Další soubor zahrnuje metodické materiály a vzdělávací programy speciálních škol, které byly získávány v průběhu rozdávání dotazníků.

4 Výsledky

4.1. Výsledky dotazníku pro učitele školských zařízení pro děti s postižením

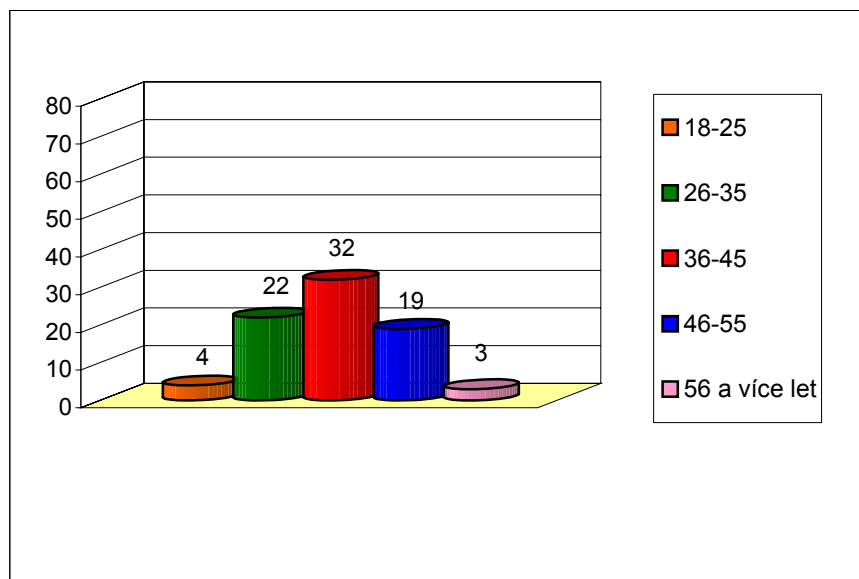
Graf 1 – Pohlaví respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 1 se vztahuje k otázce 1: Pohlaví. Z celkového počtu respondentů odpovídalo na dotazník 81% žen (65) a 19% mužů (15).

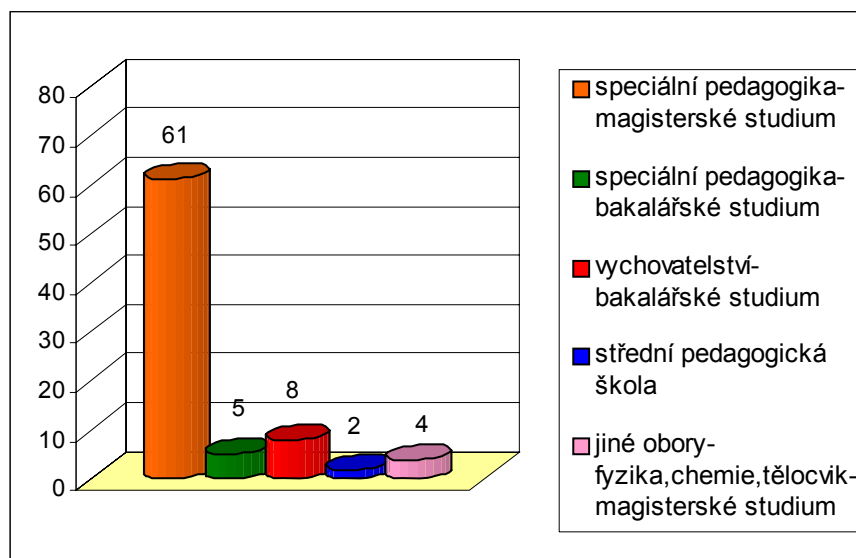
Graf 2 – Věk respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 2 se vztahuje k otázce 2: Věk. Z odpovědí vyplývá, že nejvíce lidí 39% (32), pracujících ve speciální pedagogice je ve věkovém rozmezí od 36 do 45, následují věkové skupiny od 26 do 35 - 28% a od 46 do 55 - 24%.

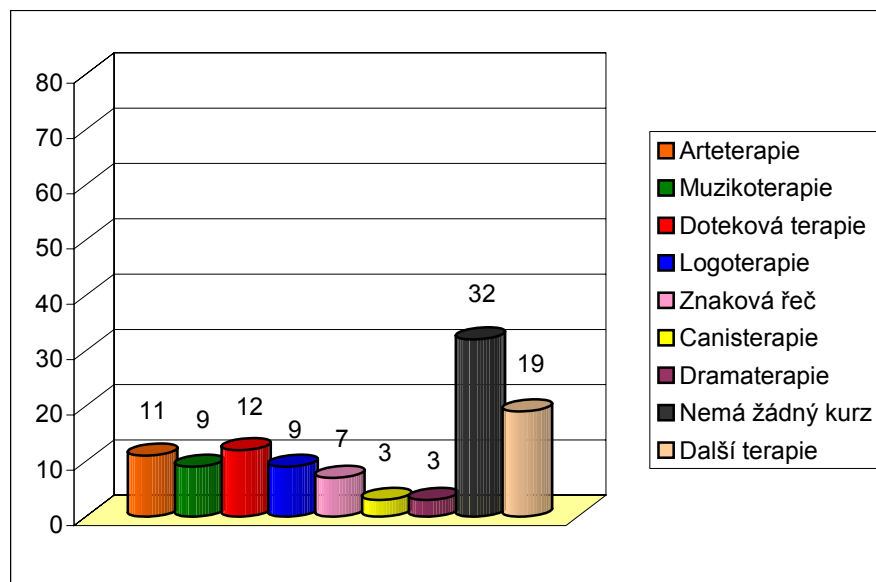
Graf 3 – Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 3 se vztahuje k otázce 3: Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? Z odpovědi vyplývá, že 76% respondentů (61) má magisterské studium v oboru speciální pedagogiky a 3% respondentů (2) má vystudovanou jen střední pedagogickou školu. Bakalářské studium speciální pedagogiky má 6% respondentů(5), vychovatelství má 10% (8) respondentů.

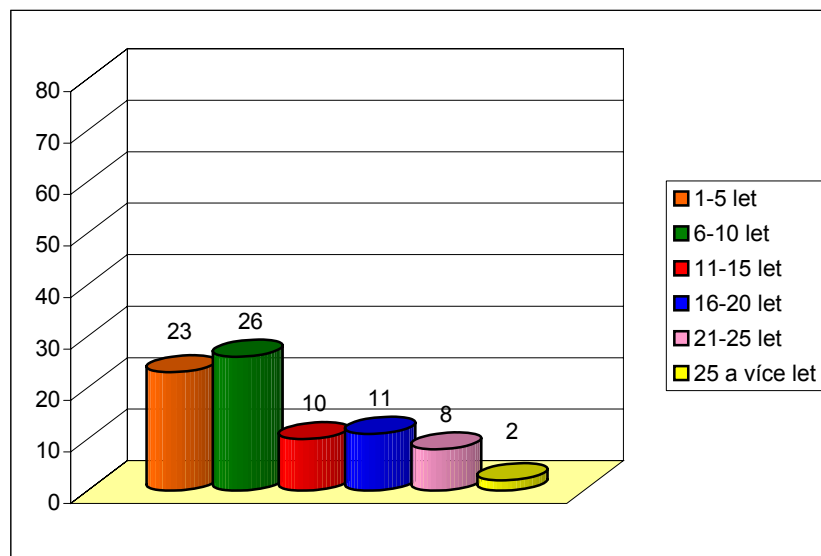
Graf 4 – Další vzdělávací kurzy učitelů, týkající se práce s dětmi s mentálním postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 4 se vztahuje k otázce 4: Máte některé další vzdělávací kurzy, které se týkají práce s dětmi s mentálním postižením? Z grafu vyplývá, že 32 respondentů nemá žádný kurz alternativní terapie, 19 respondentů má kurzy na terapie jako jsou aromaterapie a bazální stimulace.

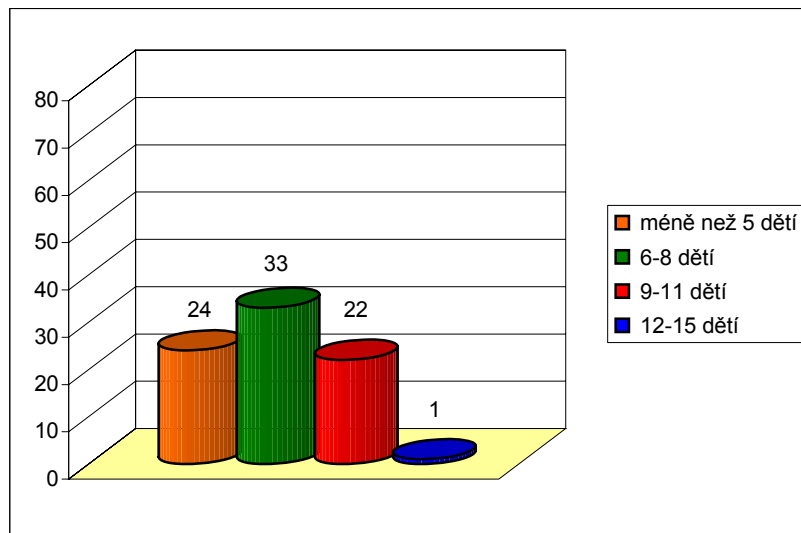
Graf 5 – Délka praxe v oboru speciální pedagogiky.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 5 se vztahuje k otázce 5: Kolik let pracujete v tomto oboru? Z odpovědi vyplývá, že 32% respondentů (26) pracuje v oboru 6-10 let. 28% respondentů (23) pracuje v oboru 1-5 let.

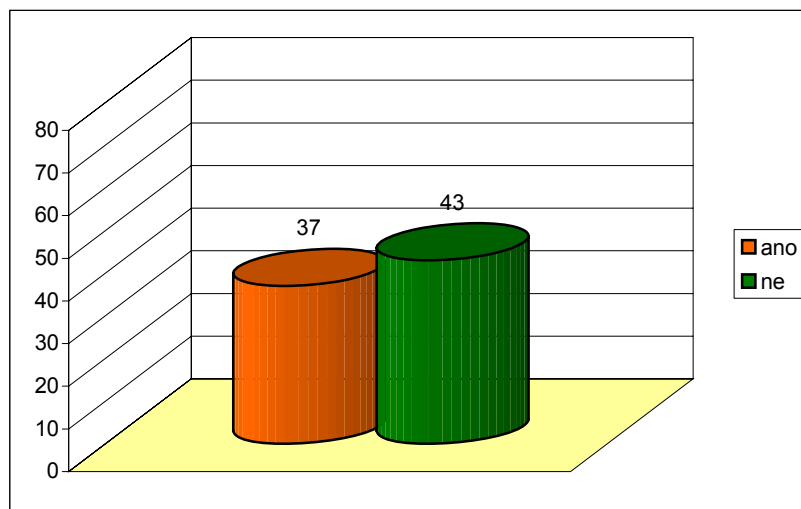
Graf 6 - Počet dětí ve třídě



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 6 se vztahuje k otázce 6: Kolik je celkem dětí ve Vaší třídě? Z odpovědi vyplývá, 41% dotazovaných učitelů (33) má ve třídě 6-8 dětí a 28% (22) má ve třídě až 9-11 dětí.

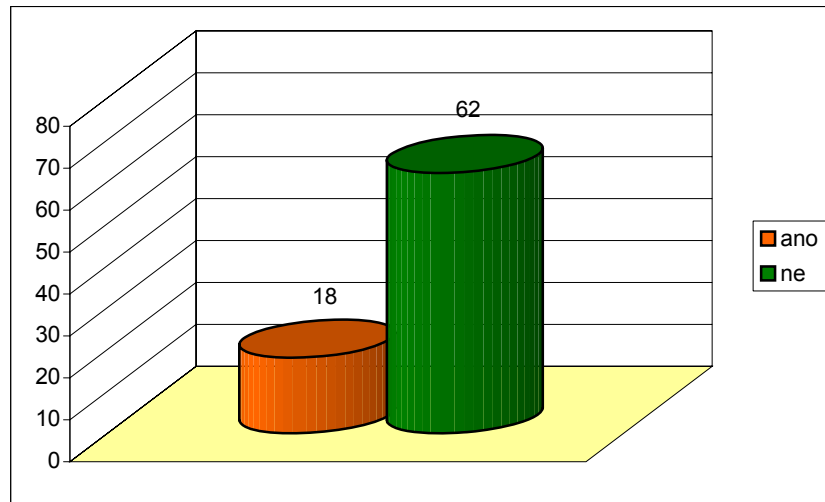
Graf 7 – Přítomnost asistenta ve třídě.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 7 se vztahuje K otázce 7: Máte ve třídě asistenta, který Vám s dětmi pomáhá? Z odpovědi je zřejmé, že 54% respondentů(43) ve třídě asistenta má a zhruba polovina ne.

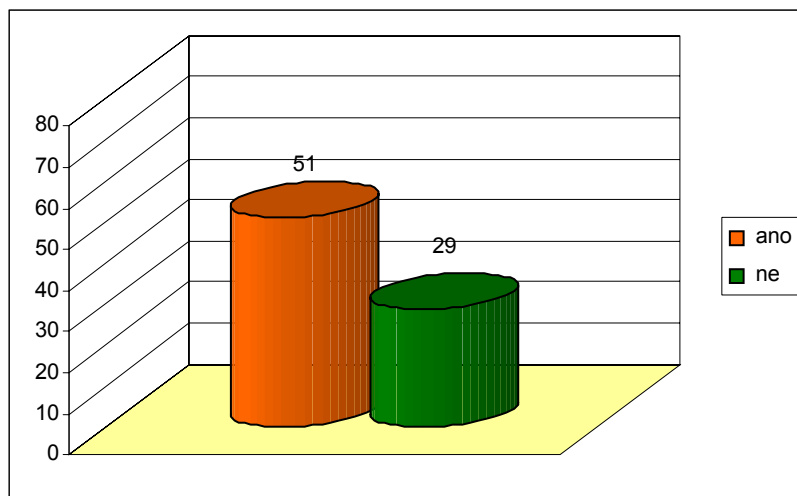
Graf 8 – Přítomnost „zdravých“ dětí ve třídě dětí s postižením.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 8 se vztahuje k otázce 8: Máte ve třídě i děti „zdravé“? Z odpovědi vyplývá, že 77% dotázaných (62) učí jen děti s mentálním postižením a 23% (18) učí i děti bez postižení.

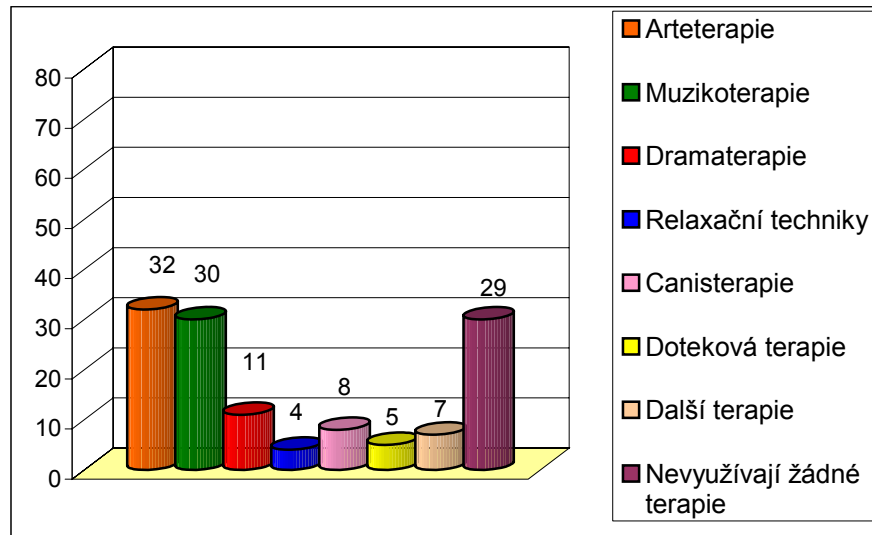
Graf 9 – Využívání alternativních terapií v praxi.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 9 se vztahuje k otázce 9: Využíváte ve své praxi některou z forem alternativní terapie? Z odpovědí vyplývá že, 64% respondentů (51) alternativní terapie v oboru využívá, ale 36% respondentů (29) terapie nevyužívá.

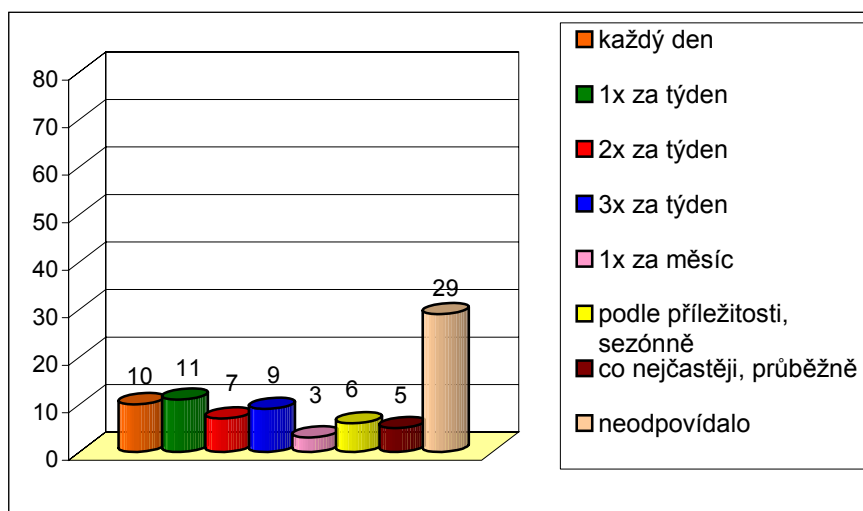
Graf 10 – Alternativní terapie, které pro děti s mentálním postižením učitelé používají



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 10 se vztahuje k otázce 10: Jestli využíváte alternativní terapie, uveďte které? Z odpovědí vyplývá, že nejvíce 32 respondentů využívá arteterapii a 30 respondentů muzikoterapii. 29 dotazovaných žádnou terapii nevyžívá.

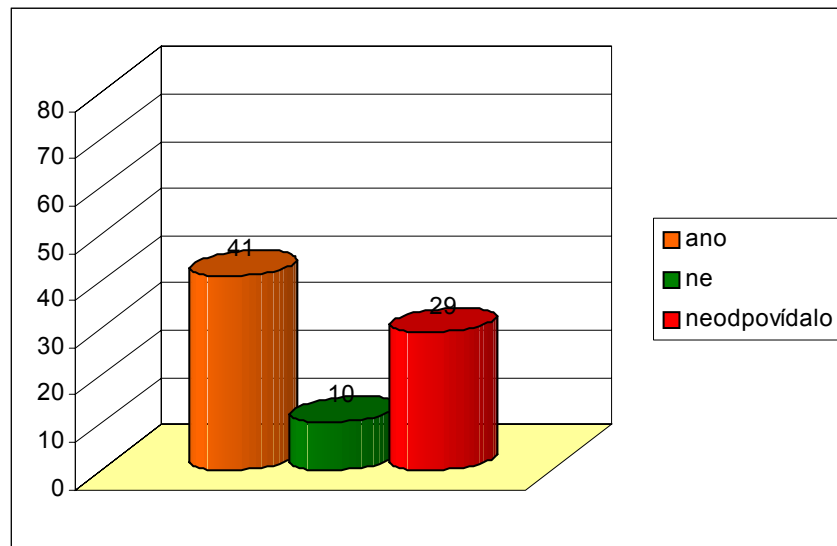
Graf 11 – Využívání alternativních terapií.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 11 se vztahuje k otázce 11: Jak často těchto terapií využíváte? Z odpovědí vyplývá, že nejvíce respondentů, kteří odpovídali kladně, je využívají 1x, 2x a 3x za týden.

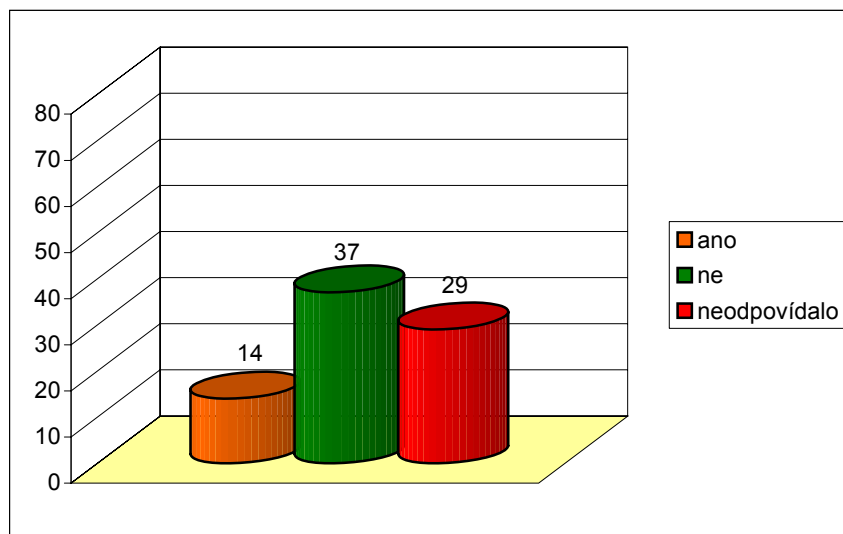
Graf 12 – Zapojení všech dětí ve třídě do alternativních terapií.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 12 se vztahuje k otázce 12: Jsou do těchto terapií zapojeny všechny děti ve třídě? Z grafu je zřejmé, že 51% respondentů (41) odpovědělo, že do terapií zapojují všechny děti ve třídě.

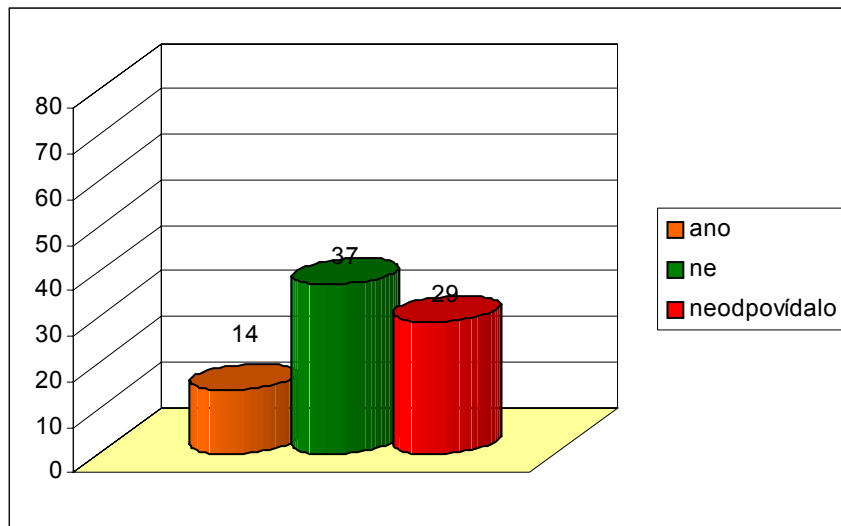
Graf 13 – Vykonávání terapií pod jiným odborným vedením.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 13 se vztahuje k otázce 13: Vykonáváte terapie pod jiným odborným vedením? Z odpovědí vyplývá, že 46% respondentů (37) žádné odborné vedení od jiného pracovníka nemá. 18% (14) má u terapií dohled ještě od jiného odborného pracovníka.

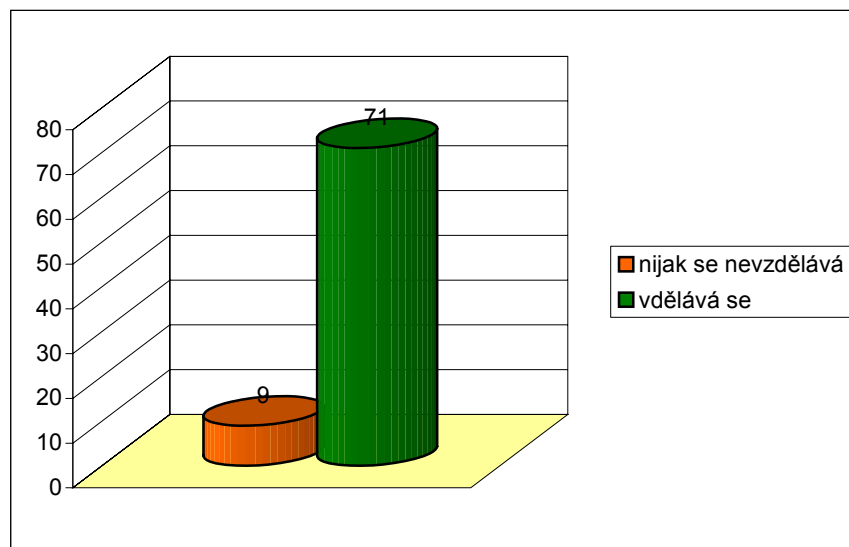
Graf 14 – Vykonávání terapií pouze po přečtení odborné literatury.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 14 se vztahuje k otázce 14: Vykonáváte terapie bez kurzu, pouze po přečtení odborné literatury? Z odpovědí vyplývá, že 18% z dotazovaných (14) vykonává terapie bez absolvování odborného kurzu.

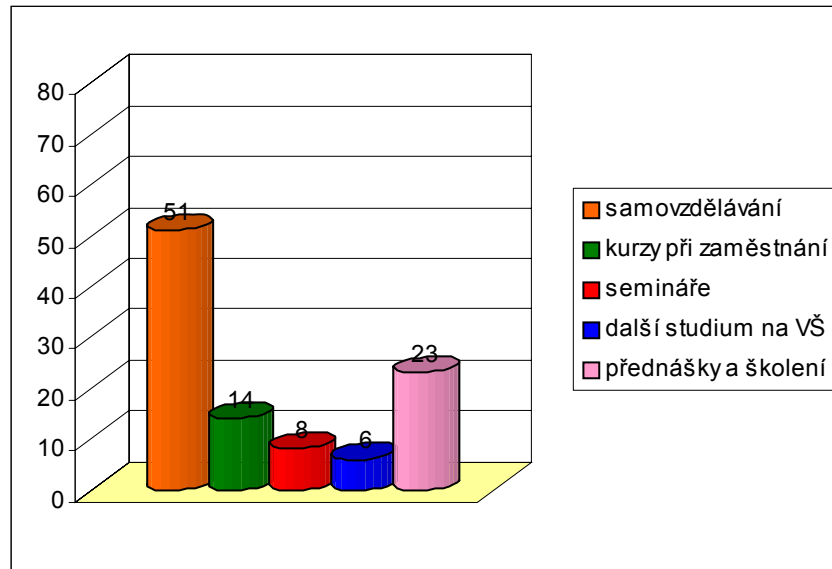
Graf 15 – Další vzdělávání učitelů na vybraných školách.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 15 se vztahuje k otázce 15: Vzděláváte se stále i při svém zaměstnání?
Z grafu vyplývá, že 89% respondentů (71) se neustále vzdělává.

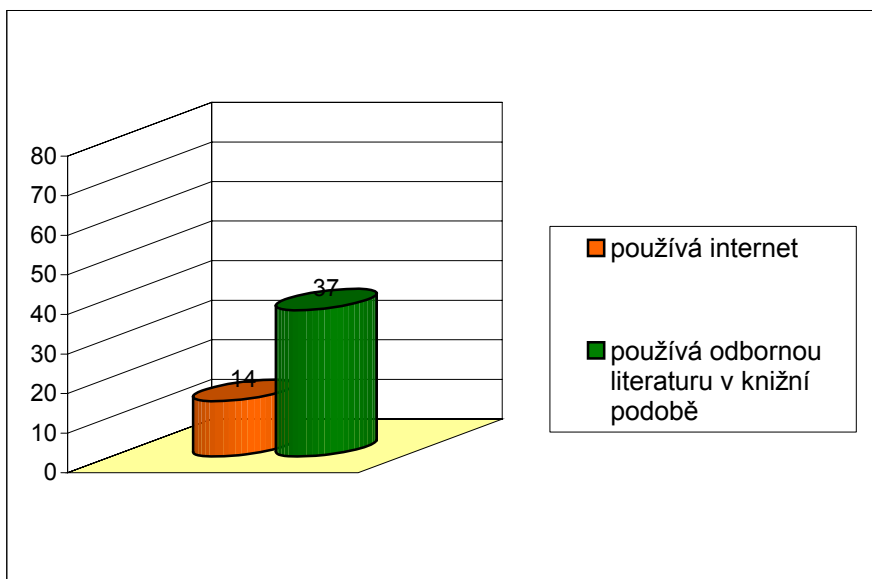
Graf 16 – Vzdělávání učitelů ve speciální pedagogice při zaměstnání.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 16 se vztahuje k otázce 15: Vzděláváte se neustále při svém zaměstnání? Z odpovědí vyplývá, že 51 respondentů se vzdělává samo a 23 respondentů chodí na přednášky a školení.

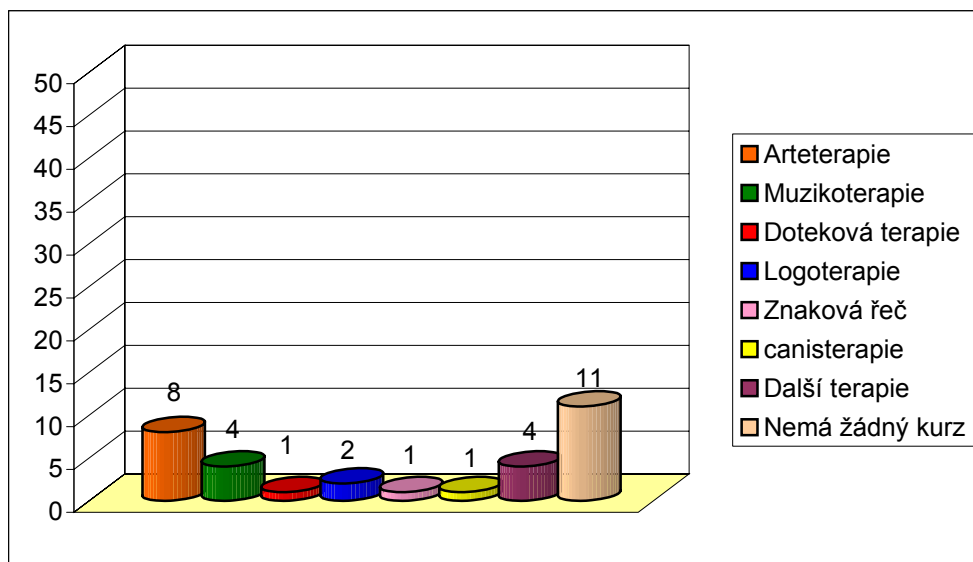
Graf 17 – Formy samovzdělávání



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 17 se vztahuje k otázce 15: Vzděláváte se neustále i při svém vzdělávání? Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 51 respondentů, kteří odpověděli, že se vzdělávají sami, k tomuto účelu používá internet (37) a (14) používá odbornou literaturu v knižní podobě.

Graf 18 – Kurzy alternativních terapií, které má nejpočetnější dotazovaná věková skupina od 36 do 45.



Zdroj: Vlastní výzkum

Graf 18 se vztahuje k otázce 2 a 4, z grafu vyplývá, že z nejpočetnější věkové skupiny 36-45 let (32) 11 respondentů žádný kurz alternativní terapie nemá a 8 respondentů má kurz arteterapie, 4 respondenti kurz muzikoterapie a 4 respondenti mají další kurzy jako je aromaterapie a bazální stimulace.

4. 2 Výsledky sekundární analýzy dat

V sekundární analýze bylo zkoumáno, zda se v metodických materiálech a ve vzdělávacích programech speciálních škol objevují alternativní terapie.

Zejména mě zajímaly terapie – arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, hipoterapie, canisterapie.

V žádném získaném materiálu nebylo nalezeno konkrétní pojmenování jednotlivých specifických terapií, pouze jednotlivé prvky terapií.

Určité prvky specifických terapií byly nalezeny v následujících předmětech.

Arteterapie

Pracovní a výtvarná výchova

Úkolem této výchovy je rozvíjet jemnou motoriku žáků, zvyšovat jejich soběstačnost a učit je pracovat s různými druhy materiálů. Pracovní výchova se skládá ze tří vzájemně souvisejících složek: nácvik sebeobsluhy, výchovy k péči o okolní prostředí a utváření základních manuálních dovedností v práci s papírem, textilními materiály, přírodninami, modelčinou, a podobně. **(50)**

V této výchově se vyskytuje mnoho prvků z arteterapie.

Obsah učiva

- práce se stavebnicemi – postav co chceš a umíš
- práce s papírem – lepení papíru na vymezenou plochu
- práce s textilem - koláž
- muzikomalba – hra s barvou na velkém formátu papíru při hudbě
- upravování pískové plochy rukama, lopatkou, hráběmi, prkýnkem
- zpracování plastelíny rukama
- práce s přírodními materiály – nalepování semen
- kresba lidské postavy
- schématické kreslení zvířat
- malování vodovými nebo temperovými barvami, kresby vycházejí z barevných skvrn (květiny), čar a vlnovek (voda)
- rozlišování barevných odstínů, ladění barev
- kreslení křídami, voskovými pastelkami, kreslení předmětů vycházejících z kruhu (míč, sněhulák), čtverce (utěrka, kapesník), obdélníku (ručník, okno)
- vázání uzlu
- proplétání provázků, vlny
- namotávání vlny, provázků na klubko

- využívání mozaikové a magnetické stavebnice
- výzdoba třídy na Vánoce, na Velikonoce
- trhání listů podle žilek, namáčení, obtisk
- práce s vatou, sněhulák
- mačkání jemného papíru do kuličky, kuličky házet, sbírat, ukládat do různých nádob
- roztírání vodových barev houbou, štětcem
- hra s prstovými barvami
 - roztírání dlaní
 - otisky ruky, prstu
- hry na písku
 - stavění bábovek, kopců
 - vybírání kamínků z písku
- tvarování kuliček různých velikostí v dlaních

Smyslová výchova

Je zaměřena na rozvoj smyslového vnímání, pozornosti a dalších psychických funkcí. Především na cílevědomé vytváření vztahů smyslového vnímání, myšlení a řeči. Ve smyslové výchově si žáci systematicky a opakovaně procvičují zrakové, sluchové, chuťové a čichové vnímání. Hmat, vizuomotoriku a prostorovou orientaci, a to na konkrétním materiálu a v konkrétních situacích. Tato výchova probíhá i ve všech ostatních předmětech. **(50)**

Výchovou se prolínají prvky různých alternativních terapií.

Obsah učiva

- poznávání předmětů hmatem – hlazení jemných látek (samet, plyš, kožešina), navozování příjemných pocitů
- třídění dvou zřetelně odlišných předmětů
- třídění materiálů

Rozumová výchova

Rozumová výchova rozvíjí poznávací schopnosti a řeč, logické myšlení, pozornost a paměť, tvoření početních představ a grafické schopnosti. Vytváří předpoklad k dalšímu vzdělávání žáků.**(50)**

Obsah učiva

- čmárání prstem do písku, do krupice, voskovkami, křídou, pastelkami, tužkou, fixem
- rozvíjení grafických schopností

Dramaterapie

Rozumová výchova

Obsah učiva

- vyjádření říkanky pohybem
- cvičení rtů a jazyka
- cvičení mluvidel pře zrcadlem
- nácvik básniček a říkanek
- rozvíjení logického myšlení
 - časové souvislosti
 - pojmy:bylo, je, bude
 - zobecňování, konkretizace
 - motivace k soustředěné činnosti (skupinové, individuální)
 - koncentrace pozornosti na určitou činnost
 - cvičení paměti - zapamatování krátké říkanky, básničky
- napodobování hlasů zvířat

Tělesná výchova

Prispívá k utváření pozitivních psychických vlastností žáků, součástí je nácvik kolektivní hry, koordinační, relaxační cvičení, cvičení v přírodě.**(50)**

Obsah učiva

- rytmizovaná chůze
- pohybové vyjádření písničky
- chůze podle hudby
- nácvik tanečku
- relaxační cvičení
- rovné držení těla, koordinace pohybů
- prolézání tunelem
- chůze po špičkách, po patách, po vnějších hranách nohou, pomalá a rychlá chůze

Hudební výchova

Obsah učiva

- pohybové hry s říkadly a dětskými popěvky
- pohyb podle rytmických doprovodů
- rytmická cvičení – hra na tělo (tleskání, dupání)
- podpora pohybové improvizace dětí
- nácvik správné výslovnosti textů písní a říkadel
- zpěv jednoduchých písní

Muzikoterapie

Hudební výchova

Plní funkce psychoterapeutické, pomáhá k odreagování napětí, k překonání únavy, zlepšení nálady a podílí se na prohlubování koncentrace pozornosti žáků s postižením. **(50)**

Obsah učiva

- poslech relaxační hudby

- poslech krátkých skladeb různého charakteru
- pohyb podle rytmických doprovodů
- pohybové hry s říkadly a dětskými popěvkami
- rytmická cvičení s využitím Orfeova instrumentáře
- rozlišování zvuků hudebních nástrojů
- rytmizace říkadel
- zpěv jednoduchých písní
- hra na jednoduché nástroje
 - bubínek
 - triangel
 - hůlky
 - vařečky, misky, pokličky

Tělesná výchova

Obsah učiva

- hudebně pohybové činnosti
- relaxační cvičení, prvky jógy
- dechové cvičení při poslechu hudby
- uvolňovací cviky při poslechu hudby
- pohyb s kinetickými a ozvučenými hračkami
- pohybové vyjádření písničky, taneček

Smyslová výchova

Obsah učiva

- sluchová cvičení – říkadla, popěvky
- poznávání hudebních nástrojů podle zvuků
- sluchové cvičení bez využití zraku

Hipoterapie

O této terapii nebyla nalezena žádná zmínka v žádném ze získaných metodických materiálech.

Canisterapie

Tato terapie rovněž nebyla nalezena v žádném ze zmiňovaných materiálech.

5 Diskuze

5.1 Diskuze k dotazníku

Rozdávat dotazníky do škol bylo velmi složité a náročné. Dotazníky byly rozdávány ve Zlínském kraji, kde není mnoho školských zařízení pro mentálně postižené jedince. A i když jsem chtěla dotazníky dát všem vzdělávacím institucím, setkala jsem se s neochotou ze strany ředitelů i učitelů ve většině škol.

Nabízí se otázka, proč nechtěli vyplnit dotazník o kvalifikaci a úrovni vzdělávací péče dětí s mentálním postižením?

Je možné vysvětlení, že by se pedagogové zbytečně zdržovali vyplňováním cizích dotazníků, když se mohou raději věnovat vzdělávání dětí. K vyloučení této možnosti bylo v dotazníku 15. otázek, aby nebyl příliš dlouhý a učitelé se nezdržovali, nezatěžovali a byli ochotnější ke spolupráci. Další možností je, že se ředitelé obávali, že jejich pracovníci nemají dostatečnou kvalifikaci, i když bylo hned v úvodu zdůrazněno, že jsou dotazníky anonymní.

Jedním z cílů této práce je zmapovat stav kvalifikovaných pracovníků ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením

Jak říká zákon 563/2004 Sb. O pedagogických pracovnících § 18, získává speciální pedagog odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným na studiu v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd, zaměřené na speciální pedagogiku.**(61)** Z dotazníku vyplývá, že se podle tohoto zákona řídí téměř všechny dotazované školy.

Na otázku č. 3, týkající se jejich nejvyššího dosaženého vzdělání, odpovědělo z celkového počtu (80) respondentů, 76% (61 respondentů), že mají vysokoškolské magisterské studium v oboru speciální pedagogika, 10% (8 respondentů), odpovědělo, že má bakalářské studium, obor vychovatelství. Jen 2 respondenti měli středoškolské vzdělání a 4 respondenti měli jiné vysokoškolské pedagogické vzdělání. Z dotazníků ale vyplynulo, že 2 středoškoláci a část učitelů z bakalářského

studia při zaměstnání studují speciální pedagogiku na vysoké škole, aby doplnili své znalosti a měli potřebné vzdělání na vybrané zaměstnání.

Z otázky č. 4 vyplývá, že žádné další kurzy týkající se dětí s mentálním postižením nemá 32 respondentů, což je podle mého názoru číslo vysoké. Každý kvalifikovaný pracovník, by měl mít alespoň kurz arteterapie nebo muzikoterapie, což je základ pro výchovu mentálně postižených. Jen 11 z dotazovaných mělo kurz arteterapie, 9 respondentů kurz muzikoterapie a 12 respondentů dotekovou terapii. V zákoně se nepíše, že kvalifikovaný pracovník musí mít kurz alternativní terapie, což by tam podle mého názoru mělo být. Další kurzy alternativních terapií nejsou součástí splnění kvalifikace speciálního pedagoga, předepsané v zákoně, ale jsou spíše na pedagogovi a na jeho osobním přístupu k dětem. Také závisí na příslušném řediteli vzdělávací instituce, zda zastává názor velké účinnosti alternativních terapií nebo ne.

V otázce č.5 byli respondenti tázáni, jak dlouho pracují v oboru. Nejvíce respondentů 32% (26) pracuje v tomto oboru 6 – 10 let a 28% respondentů (23) pracuje v oboru 1 – 5 let, z čehož usuzuji, že tento obor je ve vývinu a stále více lidí se rozhoduje studovat speciální pedagogiku, neboť je to v dnešní době obor velmi diskutovaný a ve velkém rozkvětu.

Podle zákona č. 317/2005 Sb. Jsou formy průběžného vzdělávání zejména - účast na kurzu a semináři, kdy dokladem absolvování průběžného vzdělávání je osvědčení. Další vzdělávání má být zaměřeno na aktuální teoretické a praktické otázky související s procesem vzdělávání a výchovy.**(62)** Podobný názor mám i já, speciální pedagog se má neustále vzdělávat, neboť je to obor, v němž jsou neustále změny a nové poznatky. Z šetření otázky č. 15 ale vyplývá, že se vzdělává jen 89% z dotazovaných (71) a 11% (9) se nevzdělává vůbec. Zastávám názor, že nejlepší formou pro další vzdělávání je samovzdělávání. Protože, když se jedinec vzdělává sám, tak jedině tehdy chce. Sám si vyhledává co potřebuje a naučí se vše, co pokládá za pro něj nejvhodnější. Nejlepší je kombinace samovzdělávání s kombinací přednášek a seminářů, které si jedinec vybere dle svého zvážení a zájmu. V dnešní době je k tomuto účelu vhodný internet, kde si může každý, kdo

má zájem, podívat na příslušné internetové stránky. Internet je přístupný již téměř všem lidem, kteří mají počítač a kdo jej nemá, může za svým vzděláváním po internetu jít do internetových kaváren.

I přes vyspělou civilizaci je vhodné se podívat do ověřených odborných publikací v knižní podobě.

I přesto, že se 11% respondentů dále nevzdělává, tak je hypotéza 1, že ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením je nedostatek kvalifikovaných pracovníků je souborem respondentů vyvrácena. Neboť základní kvalifikaci větší většina dotazovaných speciálních pedagogů má, ti co ne, tak si vzdělání doplňují. Do kvalifikace speciálních pracovníků se dle zákona nezapočítávají žádné další kurzy alternativních terapií.

Dalším cílem bylo zjistit úroveň speciálně pedagogické péče o děti s mentálním postižením - konkrétně jsem se ptala na využívání alternativních terapií, hlavně mě zajímala arteterapie a muzikoterapie .

Zajímalo mě, jestli dotazovaní pedagogové mají k ruce asistenta, který mu s dětmi pomáhá.

Šetření ukázalo, že pouhých 46% má ve třídě asistenta a 54% (43) asistenta ve své třídě nemá. Výsledek mě překvapil, neboť si myslím, že by měl být alespoň jeden asistent na skupinu. Asistent má být pravou rukou učitele a měl by umět pracovat s dětmi.

Otázka č.9 mi sloužila ke zjištění využívání alternativních terapií, bylo zde zjištěno, že 64% (51) respondentů terapie využívá, ale zbytek ve své praxi terapie vůbec nevyužívá. Podle Jankovského jsou různé alternativní terapie u dětí s mentálním a tělesným postižením velmi přínosnou činností.(17)

Stejný názor zastávám i já, tyto terapie by se měly provádět alespoň 3x týdně, kdy by sloužily k odreagování a k uvolnění dětí. K utvrzení mého názoru měla sloužit otázka č.11., kdy jsem se ptala, jak často respondenti používají alternativní terapie. Ze šetření vyplynulo, že pouhých 9 respondentů terapie využívá 3x týdně, každý den je používá 10 respondentů, 29 respondentů terapie vůbec nevyužívá.

Neboť z dotazníků není zřejmé, zda se hypotéza č. 2 potvrzuje či nikoliv bylo zapotřebí udělat sekundární analýzu metodických materiálů speciálních škol.

5.2 Diskuze k sekundární analýze dat

Jako u výše uvedených dotazníků i u sběru dat metodických materiálů neměli pedagogové zájem o spolupráci. Bylo mi řečeno, že většina pedagogů pracuje s individuálním plánem pro každého žáka zvlášť, pro individuální postižení a jedinečnost každého žáka. Tyto plány mi poskytnuty nebyly v důsledku ochrany osobních dat. Byla jsem odkázána na Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy (50), podle které, jak jsem byla informována pracují všechny dotazované školy a podle kterého si vypracovávají individuální plány žáků s postižením. I když byli pedagogové ujišťováni, že z mé strany nedojde k úniku osobních dat, materiály mi ve většině případech poskytnuty nebyly.

Zajímalo mě užívání alternativních terapií v praxi speciálních pedagogů. Užití není v žádných vzdělávacích programech, ale důležitá je hudební výchova, plní i funkce psychoterapeutické – pomáhá k odreagování napětí, ke koncentraci pozornosti a k překonání únavy. Děti provádějí sluchová cvičení – otáčení se za zvukem, pravidelné dýchání, vytleskávání rytmu, zpívají již osvojené písně s doprovodem hudebních nástrojů, rozlišují zvuk hudebních nástrojů, využívají rytmické cvičení s využitím Orffova instrumentáře, provádějí rytmické taneční prvky a improvizace dětí na hudbu, což podle mého názoru jsou prvky muzikoterapie.

Taktéž se zde nachází i prvky dramaterapie

Dále mě zajímalo využití arteterapie v praxi, kdy stejně jako u muzikoterapie, nebyla uvedena názvem, ale byli zde pouze prvky - stále se opakovaly hry s pískem, práce s papírem – mačkání papíru do kuličky, trhání, rovnání do misek, sbírání přírodnin, třídění přírodnin, modelování s plastelíny, práce se stavebnicemi, hra s prstovými barvami- roztírání, čmárání na hudbu, navlékání na šňůrku , modelování- tvoření válečků, péče o pokojové rostliny, práce s textilem,

modelování z těsta, výroba šperků, kresba voskovými pastelkami, uhlím, štětcem, křídou, provlékání tkanic na cvičné desce.

V metodických materiálech se nachází i tělesná výchova. Tělesné výchově je věnován na těchto školách velký počet hodin. Sleduje cvičení správného držení těla, napodobování pohybů, skok přes čáru, střídání běhu a chůze. Tělesná výchova přispívá i k utváření pozitivních psychických vlastností žáků, je tam prováděn nácvik základů kolektivní hry. Zastávám názor, že tělesná výchova v těchto školách je, i když ne v pravém slova smyslu, určitá forma terapie, která pomáhá žákům s mentálním postižením k rozvíjení jejich dovedností.

V tělesné výchově se hodně objevovala relaxace po každé zakončené hodině, aby si děti odpočinuly, načerpaly nových sil a přeladily se.

Hypotéza 2, že ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením se při speciálně pedagogické péči dostatečně nevyužívají alternativní terapie je souborem respondentů potvrzena. Podle šetření z dotazníku vyplývá, že alternativních terapií plně nevyužívají všichni pracovníci, a když je využívají, tak ne v dostatečné míře. Taktéž sekundární analýza metodických materiálů ukázala, že se tam alternativní terapie nevyskytují, i když určité prvky těchto terapií se ve zkoumaných materiálech objevují.

Ze sekundární analýzy rovněž vyplynulo, že i když speciální pedagogové kurzy na alternativní terapie nemají, tak je to neomezuje ve své činnosti. Vzdělávací programy škol pro vzdělávání dětí s postižením nevyžadují kvalifikaci na alternativní terapie, a proto je mohou vykonávat i všichni speciální pedagogové, neboť vykonávají pouze prvky terapií.

Nabízí se otázka, proč nejsou ve vzdělávacích programech pomocných škol začleněny některé alternativní terapie?

Terapie jakou jsou arteterapie, muzikoterapie a dramaterapie nejsou nijak finančně zatěžující a jsou pro děti s mentálním postižením velkým přínosem, jak již bylo zmíněno. Důležité je najít pracovníky s potřebným kurzem na určitou terapii, neboť si myslím, že tyto specifické terapie by měl vykonávat pouze odborník, neboť neoborník, který si o terapii pouze přečte v knize a jde ji aplikovat na dětech je

může poškodit. Taktéž je zapotřebí „pokrokový“ pan ředitel výchovného ústavu, který by alternativní terapie uvedl do svých metodických materiálů. Je zřejmé, že hipoterapie nebo canisterapie tak lehce dostupná není, neboť ke kvalifikovanému pracovníkovi je zapotřebí určité zvíře. Canisterapie není ještě v našich podmínkách natolik známá jako hipoterapie. I přesto záleží na vzdělávacím zařízení, jestli zorganizuje výlety do přírody, kde se dá hipoterapie zařídit.

Dle mého názoru byly cíle práce splněny.

6 Závěr

Diplomová práce sledovala dosažení dvou cílů. Jedním z cílů bylo zmapovat stav kvalifikovaných pracovníků ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením. Druhým cílem pak bylo zmapovat úroveň speciálně pedagogické péče o děti s mentálním postižením (konkrétně užívání alternativních terapií). Bylo splněno dosažení obou dvou cílů této práce. Současně diplomová práce ověřovala dvě dané hypotézy. Byla zde vyvrácena hypotéza č. 1, že ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením je nedostatek kvalifikovaných pracovníků. Neboť dotazovaní speciální pedagogové potřebnou kvalifikaci dle zákona mají a ti co ji nemají, tak si ji při svém zaměstnávání dodělávají.

Byla potvrzena hypotéza č. 2, že ve školských zařízeních pro výchovu a vzdělávání dětí s mentálním postižením se při pedagogické péči dostatečně nevyužívají alternativní terapie. Ze šetření dotazníků vyplynulo, že asi čtvrt respondentů alternativní terapie nevyužívá. Ale sekundární analýza metodických materiálů ukázala, že se prvky využívají alternativních terapií, i když na tyto terapie někteří pracovníci nemají kurzy, neboť jsou součástí osnov pro děti se speciálními potřebami.

Myslím, že by speciální pedagogové některé kurzy alternativních terapií měli absolvovat, pro větší obzory v práci s dětmi s mentálním a kombinovaným postižením. Tyto kurzy jim mohou pomoci k získání patřičných zkušeností s terapiemi a povedou pedagoga, aby více porozuměl prožívání a chování dítěte s mentálním postižením.

V současné době je úroveň speciálně pedagogické péče o děti s mentálním postižením na cestě ke zlepšení, vykonávat roli speciálního pedagoga může jen pracovník potřebné kvalifikace, kterou získá po vystudování příslušné vysoké školy.

Výsledky této práce by mohly být využity jako informační materiál pro rodiče a učitele dětí s mentální retardací.

7 Seznam použité literatury

1. ADÁMEK, Ladislav. Ústav sociální péče. *Děti při práci a výuce* [online] 2005[cit2007-04-5]Dostupnéz:http://www.ustavsary.cz/app/jnp/cz/fotogalerie-deti_pri_praci_a-vyuce.html.
2. BLAŽEK, Bohuslav, OLMROVÁ, Jiřina. *Světy postižených*. 1.vydání. Praha: Avicenum, 1988. ISBN neuvedeno.
3. BOLDIŠ, P. *Bibliografické citace dokumentů podle ČSN ISO 690 a ČSN ISO 690- 2 (01 0197): Část 2 – Modely a příklady citací u jednotlivých typů dokumentů*. [online].1999-2004, poslední aktualizace 11.11.2004.[cit2007-04-5] Dostupné z: <http://www.boldis.cz/citace/citace2.pdf>.
4. BUCKLEY, Sue. *Vývoj čtení a řeči u dětí s Downovým syndromem – návod pro rodiče a učitele*. 1.vydání. Praha a Jablonec nad Nisou: Portsmouthské polytechnika sdružením pro pomoc mentálně postižených. 1993.
5. CIFRA, Jiří. Jirka.*Plus 21 – časopis klubu rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem*, 2000, roč. 5, č. 3, s. 9
3. COR J.W.MEIJER *Integrace v Evropě. Zabezpečování péče pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami Trendy ve 14 evropských zemích* Praha Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání 2002. Zpracováno na základě pověření Generálního direktorátu XXII.Evropské komise – květen 1998 ISBN neuvedeno
7. DOMAN, Glenn. *Jak pečovat o vaše postižené dítě*. 1.vydání. Olomouc.VOTOBIA:1997. 306 s. ISBN 80-7198-390-X
8. DUŠOVÁ, Marta. *Porozumění, nepochopení - ústav nebo rodina?* 1.vydání. Praha: Občanské sdružení Porozumění se Sborem zástupců organizací zdravotně postižených, 1994. ISBN neuvedeno.
9. FRANČEOVÁ, Eva. *Deník mého syna – nebyl jsem vyřazen ze života*. 1.vydání. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, Tauris, 2002. 108 s.ISBN 80-211-0418-X

10. GRÁTZ, Luděk. *Aktivity domova Pod hradem Žampach*. [online]2007[cit.2007-04-05]. Dostupné z: <http://www.volny.cz/uspza/informace.htm>
11. HADAŠ, Lubomír. *Kurzy dramaterapie a psychoterapie pro rodiče* [online].7.4.2005[cit.2007-04-05]. Dostupné z: <http://www.skokdozivota.cz/smp/index.php?stranka=terapie>
12. HOWLIN, Patricia. *Autismus u dospívajících a dospělých, cesta k soběstačnosti*. 1.vydání. Praha:portál, 2005. 295 s. ISBN 80-7367-041-0
13. HORT, Vladimír et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000 ISBN 80.7178-472-9
14. HRADILKOVÁ, Terezie. Proč raná péče? 29.4.2007[cit. 2007- 04- 30] Dostupné z: <http://www.ranapece.cz/cojepece.htm>
15. CHVÁTALOVÁ, Helena.. *Jak se žije dětem s postižením*. 1.vydání. Praha: Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.
16. JANÍKOVÁ, Monika - DZÚROVÁ, Dagmar. *Milá maminko, milý tatínku*. 2.přepracované vydání. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7294-091-2
17. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. přepracované vydání. Praha: Triton. 2006. 166 s. ISBN-80-7254-730-5
18. KAPRÁLEK, Karel - BĚLECKÝ, Zdeněk.. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. 1.vydání. Praha: Portál, 2004. 144 s. ISBN 80-7178-887-2
19. KERROVÁ, Susan.. *Dítě se speciálními potřebami*. 1.vydání. Praha: Portál, 997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9.
20. KLENKOVÁ, Jiřina. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*.1.vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-91-5
21. KLENKOVÁ, Jiřina. *Kapitoly z logopedie I*. 2.vydání. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5
22. KRATOCHVÍLOVÁ, Lenka. Hájenka 2003 – zpráva o průběhu letního rekondičního pobytu. *Plus 21 – časopis klubu rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem*, 2003, roč.8, č.2, s.6

23. KVAPILÍK, Josef - ČERNÁ, Marie. *Zdravý způsob života mentálně postižených*. 1.vydání. Praha: Avicenum, 1990. ISBN 80-201-0019-9
24. LANG, Greg – BERBERICHOVÁ, Chris. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. 1.vydání. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-144-4
25. LEBEER, Jo ed al. *Programy pro rozvoj myšlení dětí s odchylkami vývoje*. 1.vydání. Praha. Portál: 2006. 264 s. ISBN 80-7367-103-4
26. MATĚJČEK, Zdeněk. *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1.vydání. Praha: Nakladatelství a vydavatelství HaH, 1992. ISBN 80-85467-52-6
27. MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 1.vydání. Praha: Sociologické vydavatelství,1995. ISBN 80-85850-08-7
28. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 1.vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci . 2000. ISBN 80-244-0077-4
29. MICHALOVÁ, Zdeňka. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*.1.vydání. Praha: Tobiáš, 2001. ISBN 80-7311-000-8
30. NEWMAN, Sarah. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením:rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. 1.vydání. Praha: Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-872-4
31. NEZVAL, Jiří. Změna učebních plánů vzdělávacích programů základního vzdělávání od 1.září 2007 [online]20.4.2007[2007-04-25].Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/specialni-skolstvi>
32. NOVOSAD, Libor. *Základy speciálního poradenství : struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5
33. PERGLER, I. *Co je to mentální retardace?* [online] 2007 [cit. 2007-04-05] Dostupné z: <http://www.ssvp.wz.cz/texty/mentalniretardace.html>
34. PEŠOVÁ, Ilona - ŠAMALÍK, Miroslav. *Poradenská psychologie pro děti a mládež*. 1. vydání. Praha: Grada publishing a.s., 2006. 152 s. ISBN 80-247-1216-4
35. PIPEKOVÁ, Jarmila. - VÍTKOVÁ. Marie. *Terapie ve speciálně pedagogické péči*. 2.vydání. Brno: Paido, 2001. 165 s. ISBN 80-7315-010-7

36. PIPEKOVÁ, Jarmila et. al. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 1.vydání. Brno: Paido. 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6
37. PLETICHOVÁ, Blanka. Víme, co je to integrace? III. *Děti a my 2003*, roč.33,č.4, s.30 - 31.
38. PRŮCHA, Jan – WALTEROVÁ, Eliška – MAREŠ, Jiří. *Pedagogický slovník*. 4.vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8
39. PUESCHEL, Siegfried M. *Downův syndrom pro lepší budoucnost: metodická příručka pro rodiče*. 1.vydání. Praha: TECH-MARKET, 1997. ISBN 80-86114-15-51.
40. SCHOPLER, Eric – REICHLER, Robert J. – LANSINGOVÁ, Margaret. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími výbojovými poruchami. Příručka pro učitele i rodiče*. 1.vydání. Praha. Portál: 1998. 272 s. ISBN 80-7178-199-1
41. SOVÁK, Miloš et al. *Defektologický slovník*. 3. upravené vydání. Praha: Nakladatelství HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5
42. STARÁ, Miloslava. Víme, co je to integrace?II. *Děti a my* , 2003. roč.33, č.3, s. 34 - 35.
43. STARÁ, Miloslava - PLETICHOVÁ, Blanka. Víme, co je to integrace?I. *Děti a my*, 2003. roč.33, č.2, s. 44 – 45.
44. STRASSMEIER, Walter. *260 cvičení pro děti raného věku. Soubor cvičení pro děti s nerovnoměrným vývojem a děti handicapované*. 1.vydání. Praha. Portál: 1996. 296 s. ISBN 90-85282-87-9
45. STRUKOVÁ, Olga. *Děti z planety DS*. 1.vydání. Praha: G plus G s.r.o., 2000. 165 s.ISBN 80-86103-31-5
46. ŠICKOVÁ–FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. 1.vydání. Praha.Portál, 2002. 167 s. ISBN 80-7178-616-0
47. ŠÍŠKA, Jan. *Lidská práva lidí s mentálním postižením*. 1.vydání. Praha: Modrý klíč, 2002. ISBN 80-902494-4-2

48. ŠVANCAR, Radmil. Integrace mentálně postižených již není experimentem[online]2003.[cit2007-04-5]
Dostupnéz:<http://www.ucitelskenoviny.cz/dokumenty>
49. ŠVARCOVÁ, Iva.. *Mentální retardace*. 2.vydání. Praha: Portál, 2006.
200 s. ISBN 80-7367-060-7
50. ŠVARCOVÁ, Iva.. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy*. 2. přepracované vydání. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-030-3
51. ŠVARCOVÁ, Iva. *Vzdělávací program zvláštní školy*. 2 přepracované vydání. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-025-7
52. ŠVARCOVÁ, Iva. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžkým mentálním postižením*. 2.vydání. Praha: Septima, 1995. 64s. ISBN 80-85801-54-X
53. THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. 1.vydání. Praha. Portál: 2006. 400 S. ISBN 80-7367-091-7
54. TŘESOHlavÁ, Zdeňka – ČERNÁ, Marie – KŇOURKOVÁ, Marie. *Dříve než půjde do školy. Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. 1.vydání. Olomouc, AVICENUM. 128 s. ISBN 80-201-0015-6
55. VALENTA, Milan - MULLER., Oldřich. *Psychopedie teoretické základy a metodika*. 1.vydání. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
56. VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 2.vydání. Praha: Portál, 2000. 150s. ISBN 80-7178-586-5
57. VÍTKOVÁ, Marie et.al. *Integrativní speciální pedagogika Integrace školní a sociální*. 2.vydání. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
58. VÍTKOVÁ, Marie. Integrační snahy norského školského systému a jejich vliv na přípravu učitelů. In *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum nakladatelství Univerzity Karlovy, 1998, s. 181.-186. ISBN 80-7184-691-0
59. VOCILKA, Miroslav et al. *Integrace sociálně a zdravotně postižených dětí do společnosti*. 1.vydání. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání. 1997.

60. Zákon č. 317/2005 Sb., průběžné vzdělávání.[online] 2005[cit.2007-04-30]
Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/specialni-skolstvi>
61. Zákon č. 563 /2004 Sb., o pedagogických pracovnících [online]
Dostupné z :<http://www.msmt.cz/eu/pedagogicke-profese>[cit.2007-04-30]
rozesláno-10.listopadu 2004, účinnost od 1.1.2005“
62. ZENKLOVÁ, Jana. Některé aspekty vývoje a výchovy dětí s DS na základě nejnovějších poznatků vývojové neurologie a psychologie. *Plus 21 – časopis klubu rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem*, 2002, roč.7, č. 1, s. 4-5

8 Klíčová slova

Mentální retardace

Speciální pedagogika

Vzdělávání

Integrace

Alternativní terapie

9 Přílohy

Příloha 1: Dotazník

*Příloha 2: Kresby dětí se středně těžkým mentálním postižením–ÚSP
Velehrad*

Příloha 3: Rozvrh přípravného stupně pomocné školy

Příloha 4: Fotky dětí s mentálním postižením

Příloha 1

DOTAZNÍK

Dovoluji si Vás požádat o vyplnění dotazníku, který bude mapovat úroveň speciálně pedagogické péče dětí s mentálním postižením.

Vaše odpovědi budou použity pro diplomovou práci studentky Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Dotazník je anonymní, získané informace nebudou zneužity.

Zakroužkujte vždy jednu odpověď (pokud není uvedeno jinak).

Děkuji za Vaše odpovědi

Bc. Adéla Gajdošová

1) Pohlaví

- a) žena
- b) muž

2) Věk

- a) 18 – 25
- b) 26 – 35
- c) 36 – 45
- d) 46 – 55
- e) 56 více let

3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (prosím, uveďte)

- 4) Máte některé další vzdělávací kurzy, které se týkají práce s dětmi s mentálním postižením (kurz muzikoterapie, znakové řeči, atd. ..)?**
(prosím, uveďte)
-
-

- 5) Kolik let pracujete v tomto oboru?**

- a) 1-5 c) 11-15 e) 16-20
b) 6-10 d) 16-20 f) 25 a více let

- 6) Kolik je celkem dětí ve Vaší třídě?**

- a) 5 a méně b) 6-8 c) 9-11 d) 11-15

- 7) Máte ve třídě asistenta, který Vám s dětmi pomáhá?**

- a) ano
b) ne

- 8) Máte ve své třídě i děti „zdravé“?**

- a) ano
b) ne

- 9) Využíváte ve své praxi některou z forem alternativní terapie? (např. muzikoterapie, arteterapie, ...)**

- a) ano
b) ne

10) Jestli využíváte alternativní terapie, uveďte které?

11) Jak často těchto terapií využíváte? (prosím, uveďte)

12) Jsou do těchto terapií zapojeny všechny děti ve třídě?

a) ano

b) ne

13) Vykonáváte terapie pod jiným odborným vedením?

a) ano

b) ne

14) Vykonáváte terapie bez kurzu, pouze po přečtení odborné literatury?

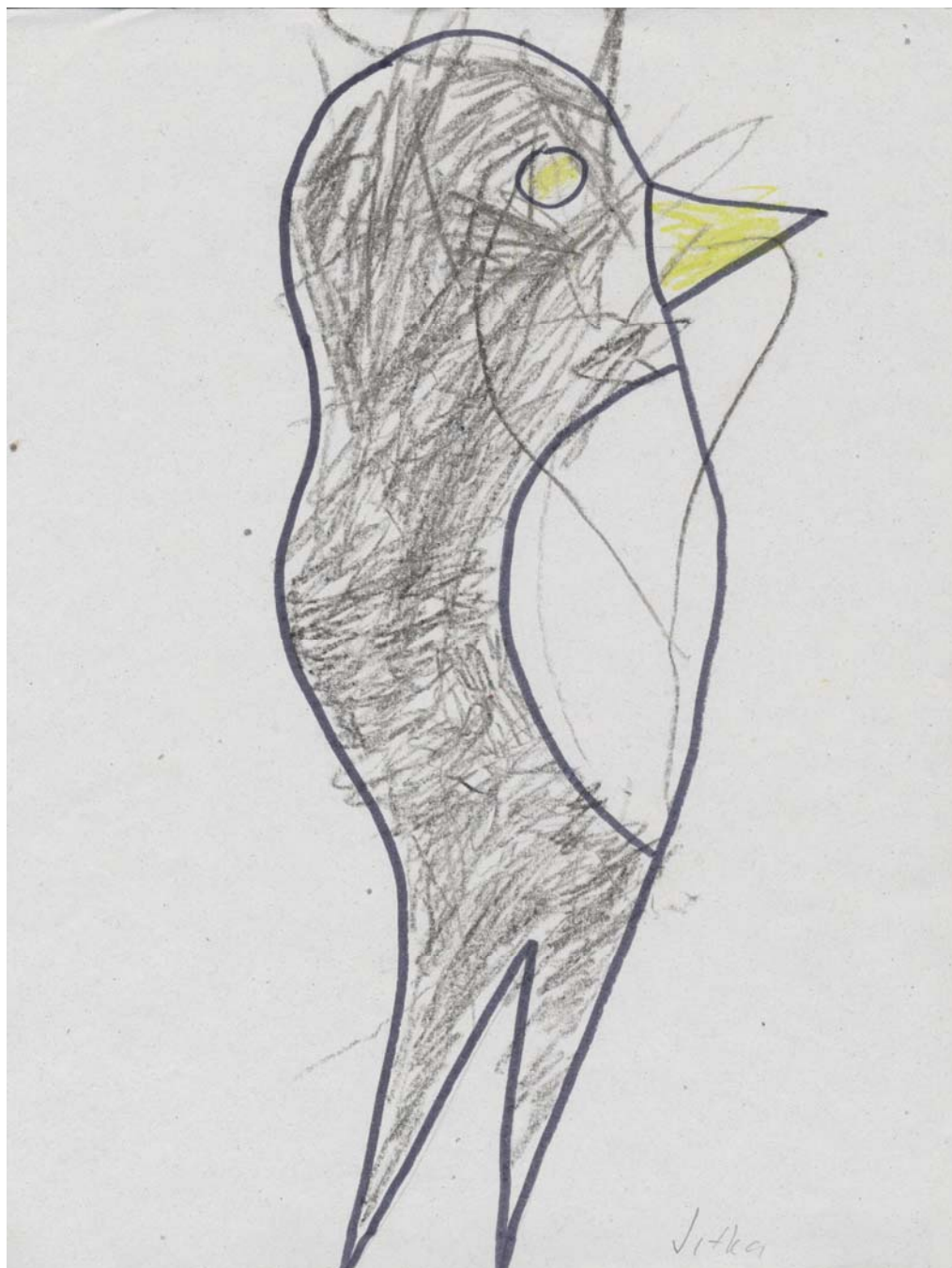
a) ano

b) ne

15) Vzděláváte se stále i při svém zaměstnání ? (jestli ano, uveďte jak)

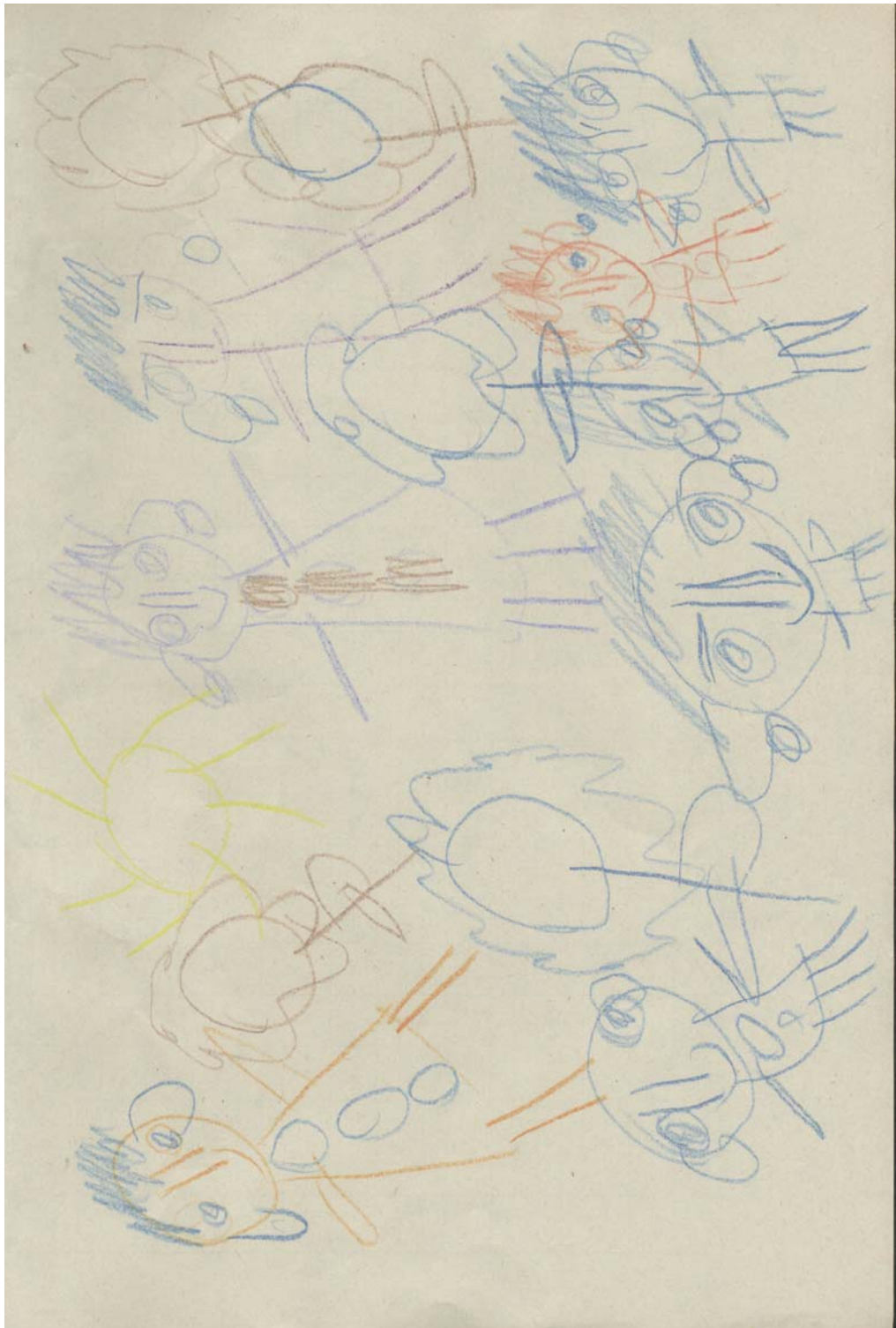
Příloha 2

Obrázek 8 - Kresba dítěte s mentálním postižením - 8 let



(Ústav sociální péče Velehrad)

Obrázek 9 – Kresba dítěte mentálním postižením – 15 let



(Ústav sociální péče – Velehrad)

Obrázek 10 – Kresba dítěte s mentálním postižením – 10 let



(Ústav sociální péče Velehrad)

Obrázek 12- Přátelství



(22)

Obrázek 13 – dítě s mentálním postižením



(39)

