

## ABSTRAKT

Cílem práce je porovnat postoje k integraci dětí předškolního věku u ředitelů mateřských škol v Českých Budějovicích, rodičů dětí s mentální retardací navštěvující specializovaná předškolní zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci a pracovníků specializovaných předškolních zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Cíl byl částečně splněn vyhodnocením dotazníků, které se vztahují k integraci dětí s mentálním postižením v mateřských školách. Částečné splnění cíle vyplývá z toho, že nebylo možné porovnat postoje rodičů dětí s mentálním postižením v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci, neboť v Jindřichově Hradci oslovená zařízení žádné dítě s mentálním postižením nenavštěvuje.

Z dotazníkového šetření u vedoucích pracovníků běžných mateřských škol vyplynulo, že je většina vedoucích pracovníků přesvědčena o nevhodnosti integrovat děti s mentálním postižením v běžných mateřských školách. Pokud navštěvovaly děti s mentálním postižením jejich školy, pak spíše děti s lehčími formami mentálního postižení. Všichni vedoucí pracovníci mají kladný vztah k integraci jako takové.

Z dotazníků předložených vedoucím pracovníkům mateřských škol speciálních vyplynulo, že souhlasí s integrací dětí s mentálním postižením v jakémkoli jeho stupni do běžných mateřských škol. Jejich celkový postoj k integraci je pozitivní.

Výsledky dotazníkového šetření u pracovníků mateřských škol speciálních prokázaly, že je spíše nevhodné integrovat děti s mentálním postižením. Pokud by docházelo k integraci dětí s mentálním handicapem, pak by souhlasily s integrací lehčích stupňů mentálního postižení. Jejich celkový postoj k integraci je pozitivní.

Rodiče dětí s mentálním postižením, které navštěvují mateřskou školu speciální, mají velmi pozitivní postoj k integraci.

Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že pracovníci mateřských škol speciálních mají většinou pozitivní postoj k integraci. Domnívám se tedy, že hypotéza H1: Postoj k integraci dětí s mentálním postižením u pracovníků specializovaných předškolních zařízení je záporný se NEPOTVRDILA. Dále jsme díky dotazníkovému šetření zjistili, že rodiče preferují integraci. Hypotéza H2: Postoj rodičů dětí s mentální retardací umístěných ve speciálních předškolních zařízeních k integraci je pozitivní

se POTVRDILA. Hypotéza H3: Postoj ředitelek mateřských škol k dětem s mentální retardací v Českých Budějovicích je více negativní než v Jindřichově Hradci se NEPOTVRDILA. Postoj k integraci u vedoucích pracovníků mateřských škol v Českých Budějovicích je stejně pozitivní jako u pracovníků mateřských škol v Jindřichově Hradci.

## **ABSTRACT**

The aim of my thesis is to compare the attitudes toward the pre-school-children integration among managers of nursery schools in the city of České Budějovice, parents of children with cephalonia visiting specialized pre-school facilities in České Budějovice and Jindřichův Hradec, and among employees of these facilities in České Budějovice and Jindřichův Hradec. The aim was partly achieved by evaluation of questionnaires relating to the integration of children with cephalonia in nursery schools. The part achievement results from the fact that it was not possible to compare attitudes of parents with cephalonia in České Budějovice and Jindřichův Hradec, because no children with cephalonia are visiting the facilities concerned in Jindřichův Hradec.

The results of questionnaires sent to managers of nursery schools show that most of those persons are convinced that to integrate children with cephalonia to ordinary nursery schools, is not advisable. When children with cephalonia visited their facilities they were rather those with lighter forms of this retardation. All managers have a positive attitude to the integration itself.

The results of questionnaires sent to managers of specialized schools show that they agree with the integration of children with cephalonia in any of its degree into ordinary nursery schools. Their attitudes overall towards integration are positive.

The results of questionnaires sent to employees of specialized nursery schools show that it is rather not advisable to integrate children with cephalonia. In respect of the integration of mentally affected children they would agree with the integration of children with lighter forms of cephalonia. Their attitudes overall towards the integration are positive.

Parents of children with cephalonia who visit the specialized nursery school, have a positive attitude to it.

According to my opinion the hypothesis H1: The attitudes of employees of specialized pre-school facilities toward the integration of children with cephalonia are negative, HAS NOT BEEN CONFIRMED. It was also found out from the questionnaires that parents prefer the integration. The hypothesis H2: The attitudes of parents of children with cephalonia placed to specialized pre-school facilities are

positive, HAS BEEN CONFIRMED. The hypothesis H3: The attitudes of schoolmistress of nursery schools toward children with cephalonia in České Budějovice are more negative than the attitudes of those in Jindřichův Hradec, HAS NOT BEEN CONFIRMED. The attitudes of managers of nursery schools toward the integration in České Budějovice are as positive as those of employees of schools in Jindřichův Hradec.

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Integrace dětí s mentálním postižením v mateřské škole vypracovala samostatně, pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

Souhlasím s použitím práce k vědeckým účelům.

V Českých Budějovicích dne .....

.....

Bc. Pavlína Brožová

**Poděkování:**

Děkuji vedoucí práce PhDr. Libuši Vláškové za věnovaný čas, obětavou pomoc a odborné vedení při zpracování diplomové práce. Chtěla bych poděkovat také všem, kteří se podíleli na výzkumné části diplomové práce.

<b>OBSAH</b> .....	5
<b>ÚVOD</b> .....	8
<b>1. SOUČASNÝ STAV</b> .....	10
<b>1.1 Zdravotní postižení</b> .....	11
<i>1.1.1 Vznik a typy postižení</i> .....	13
<b>1.2 Integrace</b> .....	14
<i>1.2.1 Integrace osob s mentálním postižením</i> .....	14
<i>1.2.2 Předpoklady úspěšné integrace</i> .....	14
<i>1.2.3 Výhody a nevýhody integrace</i> .....	16
<b>1.3 Integrace versus inkluze</b> .....	16
<b>1.4 Směry integrace</b> .....	17
<i>1.4.1 Asimilační směr integrace</i> .....	18
<i>1.4.2 Koadaptační směr integrace</i> .....	18
<b>1.5 Sociální integrace handicapovaných osob</b> .....	18
<b>1.6 Pedagogická integrace handicapovaných jedinců</b> .....	20
<b>1.7 Jedinci s postižením v populaci</b> .....	22
<b>1.8 Mentální retardace</b> .....	23
<i>1.8.1 Etiologie mentální retardace</i> .....	25
<i>1.8.2 Diagnostika mentální retardace</i> .....	26
<i>1.8.3 Klasifikace mentální retardace</i> .....	30
<i>1.8.3.1 Lehká mentální retardace</i> .....	31
<i>1.8.3.2 Středně těžká mentální retardace</i> .....	31
<i>1.8.3.3 Těžká mentální retardace</i> .....	32
<i>1.8.3.4 Hluboká mentální retardace</i> .....	33
<i>1.8.3.5 Jiné mentální retardace</i> .....	33
<i>1.8.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace</i> .....	33
<b>1.9 Kombinované postižení</b> .....	34
<i>1.9.1 Autismus a mentální retardace</i> .....	34
<i>1.9.2 Mentální postižení v kombinaci s tělesným handicapem</i> .....	35
<i>1.9.3 Mentální postižení v kombinaci se smyslovými vadami</i> .....	36

<b>1.10 Vývoj dítěte.....</b>	<b>37</b>
<b>1.10.1 Prenatální vývoj plodu.....</b>	<b>37</b>
<b>1.10.2 Novorozenecké období.....</b>	<b>38</b>
<b>1.10.3 Kojenecké období.....</b>	<b>38</b>
<b>1.10.4 Batolecí věk.....</b>	<b>40</b>
<b>1.10.5 Předškolní věk.....</b>	<b>42</b>
<b>1.10.6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením.....</b>	<b>44</b>
<b>1.11 Rodina a dítě s postižením.....</b>	<b>45</b>
<b>1.12 Současná legislativa.....</b>	<b>48</b>
<b>1.12.1 Právní úprava předškolního vzdělávání a školské integrace.....</b>	<b>49</b>
<b>1.13 Výchova a vzdělávání dítěte s mentálním postižením.....</b>	<b>50</b>
<b>1.13.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami.....</b>	<b>53</b>
<b>1.13.2 Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením.....</b>	<b>54</b>
<b>1.13.3 Individuální vzdělávací plán.....</b>	<b>56</b>
<b>2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY.....</b>	<b>59</b>
<b>2.1 Cíl práce.....</b>	<b>59</b>
<b>2.2 Hypotézy.....</b>	<b>59</b>
<b>3. METODIKA.....</b>	<b>60</b>
<b>3.1 Použitá metodika.....</b>	<b>60</b>
<b>3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....</b>	<b>60</b>
<b>4. VÝSLEDKY.....</b>	<b>62</b>
<b>4.1 Výsledky dotazníkového šetření u vedoucích pracovníků běžných mateřských škol.....</b>	<b>62</b>
<b>4.2 Výsledky dotazníkového šetření u vedoucích pracovníků mateřských škol speciálních.....</b>	<b>69</b>
<b>4.3 Výsledky dotazníkového šetření u pracovníků mateřských škol speciálních.....</b>	<b>76</b>
<b>4.4 Výsledky dotazníkového šetření u rodičů dětí s mentálním postižením.....</b>	<b>84</b>
<b>4.5 Výsledky dotazníkového šetření</b>	



<i>porovnání jednotlivých výsledků</i> .....	92
<b>5. DISKUZE</b> .....	97
<b>6. ZÁVĚR</b> .....	103
<b>7. KLÍČOVÁ SLOVA</b> .....	105
<b>8. SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	106
<b>9. PŘÍLOHY</b> .....	116
<b>9.1 Seznam příloh</b> .....	116

## Úvod

Je třeba, aby došlo k oproštění od zažitých mýtů, které jsou uloženy v podvědomí většiny společnosti v souvislosti s lidmi s mentálním postižením. Při pohledu na osoby s postižením je řada z nás ovlivněna řadou předsudků. Pro nezasvěceného člověka může být velmi obtížné odlišit realitu.

Každý člověk je jedinečná osobnost s právem na plnohodnotný život, jehož součástí je společně s láskou a uznáním také právo na vzdělávání. Děti s mentálním postižením se vyvíjejí pomaleji, to ale neznamená, že jsou méně citlivé, možná právě naopak. Jsou velmi vnímavé a jejich potřeba citového zakotvení, opory a jistoty je mnohdy možná větší než u dětí bez postižení.

Integrace je v posledních letech fenomén, který se stále více dostává do našich životů a stává se jejich součástí. V minulosti se propagovala absolutní segregace, oddělení zdravotně znevýhodněných od široké veřejnosti. Není tomu tak dávno, co se o integraci nemluvalo, zatím co dnes ji vnímáme jako samozřejmou součást života.

Integrace, stejně jako další jiná témata, má nejen příznivce, kteří ji vyzdvihují a opěvují, ale i odpůrce, kteří jí zcela zavrhnou. Nelze zcela vytknout ani jeden názor nikomu z těchto lidí. Úspěchy integrace závisí na několika na sobě závislých faktorech. Mezi jednotlivé faktory ovlivňující integraci patří připravenost organizace, jejího celkového prostředí a její vybavenosti. Neoddělitelnou součástí je i připravenost osob, jejich přístupů nejen k integrovanému, ale i k integraci jako takové.

Děti s mentálním postižením tvoří mezi zdravotně znevýhodněnými lidmi zvláštní skupinu. Představy mnohých lidí o lidech s mentálním postižením jsou často zcela zkreslené s mnoha nejasnostmi a předsudky. Ne zřídka z nich mají také strach. Z těchto důvodů pak mají k lidem s mentálním postižením nepřátelský a negativní postoj.

Myslím si, že dnes negativní postoj k lidem s mentálním postižením nezastává více lidí než dříve. Byla bych ráda, kdyby se díky mé diplomové práci počet těchto lidí ještě zmenšil.

Děti s mentálním postižením potřebují péči, lásku a zájem jejich okolí. Všechny tyto stránky lidského života mohou spolu s pílí a úsilím pomoci těmto dětem zlepšit

kvalitu jejich života. Mentální postižení bývá trvalé a neměnné. Společné soužití zdravých a mentálně postižených dětí může být ku vzájemnému prospěchu.

Všechny děti potřebují lásku, ale ještě více podpory a lásky potřebují děti s postižením. Svůj osud si nevybraly, ale my ostatní jim ho můžeme usnadnit a pomoci jim zlepšit kvalitu jejich života.

## 1 Současný stav

V dobách nejstarších civilizací docházelo ke zbavování se nemocných a jakkoli postižených členů společnosti. Likvidace handicapovaných jedinců patřili v té době mezi běžné jevy, vzhledem k tehdejší úrovni lékařské péče a k výchově dětí není tento způsob nijak překvapující. Tato opatření nelze zjednodušit do představy evolučně nižší sociální vyspělosti populace. Z tehdejších dokumentů, které se dochovali do dnešní doby, můžeme vyčíst přísná opatření zaručující ochranu pro různě těžce postižené jedince a péči nejen ze strany příbuzných, ale v případě nutnosti i ze strany státu či obce. I tehdy přežívali lidé postižení, vyžadující vysokou míru péče a pomoci.(47)

U nás, v tehdejší Československu, tedy před rokem 1989, byla pro zdravotně znevýhodněné žáky řešením speciální škola - škola pro děti a mládež vyžadující zvláštní péči. Posláním těchto škol bylo za pomoci speciálních výchovných a vzdělávacích prostředků a metod práce umožnit jejich žákům co nejvyšší stupeň znalostí a dovedností. Bylo využíváno didaktických pomůcek, kompenzačních technik a speciálně vzdělaných pedagogů. Cílem byla socializace postiženého jedince do běžného života společnosti. Postavení zdravotně znevýhodněných lze označit v této době jako segregaci od ostatní společnosti. (54)

Dnes se integrace se stala znamením doby a pronikla snad do všech oblastí lidského života. Patří mezi nejfrekventovanější termíny posledních několika let. Změna společenských a politických poměrů po roce 1989 významně přispěla k posunu i v postavení zdravotně znevýhodněných ve společnosti. Právě v tehdejší době došlo ke změně pohledu na lidskou bytost jako takovou. Došlo ke změně vnímání nejen lidí zdravých, ale především ke změně přístupu k lidem zdravotně znevýhodněným. Integrace je vnímána jako proces, jehož jednotlivé proměnné určují její dynamiku a kvalitu. Při tomto procesu nejde jen o vyrovnání příležitostí pro zdravotně znevýhodněné, ale zároveň o jejich začlenění do společnosti. Úspěšnost jejich splnutí s okolím je závislá na postoji každého z nás, dále na tom, do jaké míry jsme schopni proces integrace akceptovat a identifikovat se s ním.(10, 11, 54)

Možnost „legálně“ integrovat zdravotně znevýhodněné děti v běžných třídách základních škol vstoupila do našeho školského systému v roce 1990. Tehdy v souladu

se zákonem ČNR č. 561/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství stanovilo MŠMT postup při integraci zdravotně postižených dětí do předškolních a školských zařízení, škol.(54)

Integraci bychom mohli rozdělit, dle nejobecnějších hledisek, na širší a dílčí. Širší integrace spočívá v začlenění občanů se zdravotním znevýhodněním do společnosti, dílčí integrace řeší danou specifickou oblast života. Do specifických oblastí života můžeme zařadit zaměstnání, sport, volný čas a samozřejmě integraci ve školských zařízeních. (32)

Děti a žáci se zdravotním znevýhodněním mohou být umístováni do běžných tříd mateřských, základních nebo středních škol. Podmínkou integrace je zajištění odborné péče pro tyto děti, diagnostický posudek žáka vypracovaný speciálně pedagogickým centrem nebo pedagogicko-psychologickou poradnou, případně další odborné posudky. Školy s těmito žáky pak mají nárok na finanční příspěvek, určený na mzdové prostředky pracovníků, kteří se podílejí na vzdělávání těchto žáků, na pořizování speciálních učebnic a pomůcek. Školám s integrovanými žáky se doporučuje spolupráce s rodiči a dalšími organizacemi.(41)

### **1.1 Zdravotní postižení**

V roce 2001 Světová zdravotnická organizace (WHO) uvedla poslední verzi klasifikace, která nese název: Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, resp. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (IC FDH International Classification of Functioning Disability and Health). V této klasifikaci dochází k hodnocení funkčních schopností a to nejen těch, u kterých dochází ke snížení aktivity v určitých oblastech činnosti jako následek poruch orgánů, funkcí a struktur, ale jsou posuzovány i ty orgány, které porušeny nejsou. Dříve bylo postižení chápáno jako kategorie, dnes jej vnímáme spíše jako dimenze života.(11)

Člověk, u něhož se objevila *vada* či *porucha* a o němž můžeme hovořit jako o *člověku s postižením* či o *handicapovaném jedinci* je hlavním předmětem zájmu speciální pedagogiky.(47)

- **Impairment** (*vada, porucha, defekt*) narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury či funkce (funkční změna následkem zdravotního postižení na úrovni orgánu či tělního systému.(47)

*Klasifikace vad a poruch (47)*

<b>Klasifikace vad a poruch</b>	
Podle typu	<ul style="list-style-type: none"> <li>• orgánové</li> <li>• funkční</li> </ul>
Podle intenzity	<ul style="list-style-type: none"> <li>• lehké</li> <li>• střední</li> <li>• těžké</li> </ul>
Podle příčin (resp.podle doby vzniku)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• vrozené</li> <li>• získané</li> </ul>

- **Zdraví** je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody (dle WHO 1980) (47)
- **Distabilita** (*postižení*) je omezení nebo ztráta schopností na úrovni celého jedince vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka normální, omezuje ho v některých činnostech. (47, 64)
- **Zdravotní postižení** nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, schopnost udržovat a navazovat nové vztahy, je zde snižena schopnost pracovat.(29)
- **Znevýhodnění** (*handicap*) je omezení vyplývající pro jedince z jeho vady či postižení. Toto omezení mu brání v naplnění rolí, které jsou pro něj normální (vzhledem k věku, pohlaví, ...). Míra handicapu je individuální. Závisí na druhu a stupni postižení, době vzniku defektu, apod. (47)
- **Restringovanou participací** rozumíme omezenou účast, problémy se vyskytují při zapojení do životních situací. Jde o upravenou představu handicapu. (64)

### ***1.1.1 Vznik a typy postižení***

Postižení může vznikat na různých úrovních různým způsobem. Je bráno jako porucha organismu a tyto poruchy mohou být vrozené či získané. (64)

- **Vrozené poruchy** jsou ty, se kterými se již dítě narodí. Záležitost může být geneticky podmíněná nebo získaná během těhotenství. Škodlivě tak mohla působit infekce u matky, škodliviny z vnějšího prostředí, drogy, alkohol. Nejcitlivějším obdobím jsou první tři měsíce nitroděložního vývoje. Zde platí pravidlo „vše nebo nic“. (64)
- **Získané vady** vznikají v období kolem porodu nebo po porodu. Příčinou je často hypoxie, infekce, krvácení do mozku. (18, 64)

*Poruchy dle postižených systémů:*

- **Tělesné postižení** – Je postižen pohybový aparát, pro což jsou typické kostní či svalové poruchy nebo funkční poruchy související s postižením nervové soustavy. Postižení se projevuje dočasnými nebo trvalými problémy v motorických dispozicích dítěte. Může se jednat o poruchy nervového systému i poruchy pohybového a nosného aparátu. Příčinami tělesných postižení mohou být nejrůznější endogenní a exogenní faktory. (10, 18)
- **Smyslové postižení** – Postižení, poškození orgánů zraku, sluchu, či řeči. (18)
- **Mentální postižení** – Narušení myšlení, kognitivních funkcí a duševní poruchy. (18)
- **Kombinované postižení** – Pro ně je typický výskyt postižení v různých kombinacích. Je to takové postižení, kdy dochází k narušení několika funkcí najednou. Častá je kombinace dětské mozkové obrny s dalšími onemocněními. Velká váha je na vlastní kombinaci postižení, ale také záleží na hloubce jednotlivých postižení, které nejvíce znevýhodňují dítě. Od všech těchto zjištění se pak odvíjí rehabilitace, sociální péče, ale hlavně edukace. Etiologie kombinovaných vad je vzhledem k heterogenitě velmi rozmanitá. Příčiny je možno hledat ve všech etapách života, přičemž obvykle nejtěžší případy mají příčiny v prenatálním stádiu vývoje (vrozené vývojové vady). K nejčastěji se vyskytujícím etiologickým faktorům patří genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození

mozku a CNS, mechanické poškození, ale i psychické faktory, trauma atd. Cílem veškeré péče o osoby s kombinovaným postižením by mělo být dosažení maximální míry socializace, která je u každého jedince individuální. (10, 18, 26)

## **1.2 Integrace**

Integrace jako pojem je dnes obsažena ve značném množství věd a vědních disciplín. Je to proces dotýkající se otázek filozofických, etických, psychologických, pedagogických, biologických, zdravotnických a dále pak i ekonomických, politických a legislativních. (10, 25, 42)

České slovo integrace pochází z latinského *integer*, jímž rozumíme sjednocení, scelení, doplnění, spojení částí celku. Ve společenském významu je integrace definována jako "plnohodnotné soužití zdravých a handicapovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života". (25)

Integrace je dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev. Je nejvyšším stupněm socializace. Integrace je vzájemný proces, kde se k sobě obě strany přibližují a mění se, čímž roste oboustranná pospolitost a sounáležitost. Integrace do společnosti patří k základním podmínkám rozvoje společnosti. Cíl integrace spočívá ve vytvoření vzájemného porozumění a akceptace mezi postiženými a nepostiženými. To znamená brát i dávat na obou stranách. (10, 42, 62)

### ***1.2.1 Integrace osob s mentálním postižením***

Je to opak sociální izolace, s níž se postižení často setkávají i v dnešní době. Je to současný trend novodobé sociální práce. Spočívá v začlenění osob s mentální retardací do společnosti. (30, 42)

### ***1.2.2 Předpoklady úspěšné integrace***

Úspěšné integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek a spolupráce několika složek současně. Kromě dítěte a jeho rodiny musí být podmínkám



integrace uzpůsobeno i školské zařízení. Spolupráce a výměna informací musí fungovat v rámci celého pracovního týmu spolu s rodiči.(31, 35)

Úspěšnost pedagogické integrace je ovlivněna celou řadou faktorů. Prvním faktorem je nepochybně rodina, její skladba, hodnotový systém, způsob výchovy dítěte, vzdělání rodičů a taktéž ochota spolupracovat a naslouchat pracovníkům zařízení, které navštěvuje jejich dítě. Nepochybnou součástí jsou i sociokulturní faktory a ekonomická úroveň rodiny.(10)

Druhým faktorem, který zcela zásadně ovlivňuje pedagogickou integraci, je zařízení, které dítě navštěvuje. Děti s mentálním postižením by měly být vyučovány v klidném prostředí malých tříd se sníženým počtem žáků a učitelem s psychopedickou kvalifikací. Procento dětí s postižením, které jsou umístěny ve třídě, by mělo odpovídat procentu postižených dětí v běžné populaci. Důležitý je výběr speciální vyučovací metody, vhodný výběr učiva a individuální přístup učitele i speciálního pedagoga. Děti pracují podle individuálního vzdělávacího plánu, nikoliv podle osnov. Plán je vytvářen podle individuálních potřeb dítěte. (10, 61, 63)

Dalším faktorem je diagnostika. Nesmí být pochyb o kvalitě diagnostické činnosti a metodické pomoci odborných zařízení (to se týká především školských poradenských zařízení).(10)

Pro úspěšnou integraci ze strany dítěte, jeho spolužáků, pedagoga i vedení školy, musí právě vedení školy vytvořit správné podmínky pro integraci. Pedagog, jenž má ve třídě dítě či děti se speciálními vzdělávacími potřebami, by měl být přesvědčen o správnosti integrace a ochoten nechat se inspirovat k přemýšlení a změně vyučovacích metod. Měl by být motivován k řešení nových situací a následně náležitě uspokojen a oceněn při zvládnutí ne zcela standardních situací.(9)

Důležitost a tlak na integraci se projevil především u dětí s mírným postižením, a proto mnoho běžných mateřských a základních škol přijímá děti s různými typy postižení. Je prokázáno, že za vhodných podmínek se mohou tyto děti celkem snadno včlenit mezi vrstevníky. Vliv zdravých dětí pozitivně působí na rozvoj sociálních vztahů. (8)

### **1.2.3 Výhody a nevýhody integrace**

Při integraci může dojít k několika nedostatkům. Ačkoli si během integrace může integrovaný jedinec osvojit potřebné sociální dovednosti, což znamená vystavení mnohem vyšším sociálním nárokům, tak vše zároveň probíhá na úkor individuální a speciálně-pedagogické péče.(70)

Častým negativem i v dnešní době je omezený přístup dětí s mentálním postižením k organizovaným činnostem (např. tábory, tanec, sporty, umělecké kurzy) spolu s nepostiženými dětmi stejného věku. (4, 23, 24, 42)

Hlavním ideálem při práci s lidmi s mentálním postižením je cesta k jejich celkové samostatnosti, aby se dokázali obsloužit, sami dokázali cestovat, starat se o své věci, uměli sami hospodařit. Mnohdy si ale neuvědomujeme, že cesta k samostatnosti vede k osamění. Po nácviu všech činností a dovedností přichází odchod toho, jenž byl v případě nezdaru doposud nablízku. Samostatný život se může stát životem bez kontaktů, chybí pochvala a ocenění za zvládnutí činnosti, chybí někdo, s kým by si mohl dotyčný člověk s mentálním postižením popovídat. Náhle může být radost z osamostatnění, z toho, že vše zvládá bez cizí pomoci, vystřídána smutkem právě kvůli tomu, že je sám. (4, 23, 24, 42)

Ne zřídka si dospělí lidé s mentálním postižením stěžují na nedostatek partnerských a přátelských vztahů. I při dosažení určitého stupně samostatnosti jim chybí někdo, s kým by sdíleli volný čas. Podpora k samostatnosti by tedy měla zahrnovat i podporu do zapojení do komunity lidí s mentálním postižením, kteří již dosáhli takové úrovně samostatnosti a žijí sami, a mohou jim pomoci nejen ve chvílích nesnází, ale i v radostech běžného života.(4, 23, 24, 42)

### **1.3.Integrace versus inkluze**

Integrace je dnes v souvislosti s handicapovanými lidmi velmi rozšířený pojem. Je takto označován nejvyšší stupeň *socializace*, což je naprostý opak *segregace* – společenského vyloučení, sociální exkluze. Je chápána jako dlouhodobě zvolený trend, možná se toto slovo stalo až nepřírozeným vyjádřením tendencí ve vývoji vztahů mezi společnostmi a jejími znevýhodněnými členy. Zdravotně znevýhodněné děti navštěvují

běžné školské zařízení, to ovšem nesplňuje požadavky na péči o tyto děti, na základě dohody s rodiči a odborníky začne dítě navštěvovat speciální školské zařízení. Je – li následně odborníky usouzeno, že je v možnostech dítěte zvládnout běžnou školu, je do ní opětovně zařazeno. Úspěch zde závisí na aktivitě a spolupráci dítěte spolu s rodiči a pedagogickými pracovníky.(38, 47)

Inkluze je přístup založený na tom, že každé zdravotně znevýhodněné dítě je prvotně zařazeno do běžného školského zařízení mezi intaktní spolužáky bez ohledu na typ jeho postižení. Inkluze je cílem a zároveň metodou, s jejíž pomocí vytvářejí pedagogové ve třídě společenství vážící si zdravotně znevýhodněných spolužáků, a pomáhá jim, aby se necítili nejistě a věděli, že ostatní přijímají je samé i jejich projevy pozitivně. Součástí této filozofie je i přesvědčení, že naučí – li se člověk lépe rozumět druhým a vážit si jich, pak se stává lepším člověkem. K podpoře inkluze přispívají snížené počty žáků ve třídě, bezbariérovost, pomoc osobního asistenta atd. Když se prokáže, že dítě v běžné škole trpí, nastupuje řešení v podobě speciálního zařízení.(20, 38)

Přesvědčení, že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech, nazýváme *inkluzivní postoj*. *Inkluzivní přístup* znamená zapojení všech osob s postižením do běžných činností. Je – li to možné, není využíváno žádných speciálních prostředků a postupů. Pomoc a podpora nastupují pouze tehdy, když je to nezbytně nutné. *Integrační postupy* spočívají v zajišťování speciálních prostředků a podpory pro osoby s postižením, aby mohly být následně zapojeny do většiny společenských aktivit.(47)

Pojem *integrace* je postupně nahrazován výstižněji *inkluzí*, V rámci pedagogické integrace se tím rozumí začlenění do běžné třídy na kmenové škole. Slovo integrace zůstává stále jako nadřazený pojem. (10, 47)

#### **1.4 Směry integrace**

Jsou uváděny dva základní směry integrace: asimilační a koadaptační směr integrace. (38, 47)

#### ***1.4.1 Asimilační směr integrace***

V asimilačním směru je integrace záležitostí zdravotně znevýhodněných lidí, konkrétního jedince. Jeho sociální integrace závisí na schopnosti přizpůsobit se společenské majoritě, jejíž jednání je to jediné správné. Minorita by se tak měla ztotožnit s názory a hodnotami majority. Hlavní náplní asimilačního směru je začlenit zdravotně znevýhodněné osoby do společnosti a institutů majority. Integrace je chápána jako splývání znevýhodněné minority s majoritou. Tento směr je typický svými rychlými, praktickými, organizačními a legislativními řešeními.(47)

#### ***1.4.2 Koadaptační směr integrace***

Znevýhodnění je společenským problémem všech lidí, jak se zdravotním znevýhodněním, tak lidí zdravých. Integrace je založena na vytváření partnerství, partnerských vztahů mezi všemi zúčastněnými. Představuje zde novou hodnotu či vyšší formu společenského bytí. Lze ji charakterizovat jako partnerský vztah, kdy společnost podporuje sociální integraci jedince s postižením vstřícnými opatřeními. Případné konflikty nesmí být považovány za překážky, ale za podnět k dalšímu úsilí o pochopení a spolupráci. Přizpůsobování je vzájemné. Tento směr je tedy vhodnějším řešením integrace. (38, 47)

### **1.5 Sociální integrace handicapovaných jedinců**

*Sociální integrace* je proces společenského začleňování zdravotně postižených občanů do vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti. Je přirozená a týká se každého člena společnosti. Integrace, jako taková, je chápána jako nejvyšší stupeň socializace. Míra socializace závisí na individuálních schopnostech zdravotně znevýhodněných jedinců, proto nikdy nebude u všech stejná. Mohou nastat komplikace ve specifických případech některých osob nebo minoritních skupin, které se výrazně odlišují od majority. V takových to případech je nutné integraci aktivně podporovat a vytvářet pro ni vhodné podmínky. (38, 47)

*Rozlišujeme čtyři základní stupně socializačního procesu (38)*

- **Integrace** je úplné začlenění, splynutí zdravotně znevýhodněných s okolní společností. Je zde předpoklad samostatnosti a nezávislosti jedince, který vyžaduje zvláštní přístupy a zacházení ze strany společnosti. Zdravotní znevýhodnění či postižení se u něho nerozvinulo, v případě rozvoje se s ním zcela vyrovnal a následky dokázal kompenzovat. Nyní je schopen plnit všechny funkce, vyplývající z plné socializace. Stal se rovnoprávným partnerem ve všech běžných oblastech např. v oblasti profesní přípravy, pracovního uplatnění, společenského života i volnočasových aktivit.

- **Adaptace**, nižší fáze, stupeň socializace. Je charakterizována jako schopnost zdravotně znevýhodněného jedince přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám.

- **Utilita** označuje sociální upotřebitelnost jedince se značně omezeným vývojem. Takový jedinec není téměř vůbec samostatný a v mnoha oblastech je více či méně závislý na jiných lidech.

- **Inferiorita** je nejnižší stupeň socializace. Je typická sociální nepoužitelností a téměř úplné vyčlenění ze společnosti. Jedinci jsou nesamostatní, odkázaní na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nejzákladnějších životních potřeb.

### Škály stupňů sociální integrace podle WHO (47)

<b>Stupeň integrace</b>	<b>Reálný obraz</b>
<b>1. sociálně integrovaný</b>	postižení neomezuje plnou účast při všech společenských činnostech
<b>2. účast inhibovaná</b>	postižení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení
<b>3. omezená účast</b>	osoby se neúčastní plně obvyklých společenských činností, jejich postižení negativně ovlivňuje např. manželství, sexuální život apod.
<b>4. zmenšená účast</b>	v důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy – rodina, domov, pracoviště apod.
<b>5. ochuzené vztahy</b>	jde o omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení
<b>6. redukované vztahy</b>	jedinci jsou schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či k jednotlivci
<b>7. narušené vztahy</b>	jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny
<b>8. společenská izolovanost</b>	jde o specifické případy segregace, o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost

#### 1.6 Pedagogická integrace handicapovaných jedinců

V pedagogickém slovníku nalezneme integraci jako „přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol.“ (20)

Jesenský ve své knize „Problémy pedagogické integrace“ definuje integraci jako stav soužití zdravotně znevýhodněných jedinců společně s těmi bez zdravotního postižení, při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého. Dále integraci chápe jako “dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“. Pro takto zvolené pojetí je užíván termín „**pedagogická integrace**“. (13)

Míra integrace je zeslabována mírou segregace. Je široká škála postupů jimiž může být dítě vzděláváno, neboť rozdíly mezi dítětem téměř trvale umístěným ve speciální internátní škole a dítětem začleněným do skupiny zdravých dětí, kam dochází z rodiny, je značný. (13)

V moderní společnosti nemůže být nikomu odepřeno právo na vzdělání a informace. Postupně tedy docházelo a stále ještě dochází k restrukturalizaci školského systému. Je tedy kladen důraz na vzdělávání zdravotně znevýhodněných jedinců. Vždyť škola má spolu s rodinou nejvýznamnější vliv na vývoj dítěte.(13)

*Pedagogická integrace se liší dosažením sociálního statutu (12)*

- **Plná integrace** (výchovně vzdělávací prostředí se nemění, nepoužívají se ani žádné speciální pomůcky). Vysoký sociální statut.
- **Podmíněná integrace** (výchovně vzdělávací prostředí se nemění, používají se osobní kompenzační pomůcky a reedukační pomůcky). Vysoký sociální statut.
- **Snížená integrace** (je vázána na úpravu výchovně vzdělávacího prostředí, používají se speciální pomůcky). Mírně snížený sociální statut.
- **Ohraničená integrace** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod). Snížený sociální statut.
- **Vymezená integrace** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek. Pravidelně se uplatňují speciální metody v průměrném rozsahu). Uchován přijatelný sociální statut.

- **Redukovaná integrace** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek, pravidelně se uplatňují speciální metody v převládajícím rozsahu). Přijatelný sociální statut.
- **Narušená integrace** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek, uplatňují se speciální metody v plném rozsahu při zachování integračních cílů). Snížený sociální statut.
- **Segregovaná výchova a vzdělání** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek, uplatňují se speciální metody v plném rozsahu se zachování integračních cílů). Snížený sociální statut.
- **Vysoce segregovaná výchova a vzdělání** (úprava výchovně vzdělávacího prostředí s použitím speciálních pomůcek, uplatňují se speciální metody v plném rozsahu při uplatnění redukce integračních cílů). Podstatně omezený sociální statut.

### 1.7 Jedinci s postižením v populaci

Dle celosvětových průzkumů je odhadováno, že v populaci jsou osoby s postižením zastoupeny v 11%. Stejně zastoupení pak platí pro většinu evropských zemí, i pro Českou republiku. Vyjádřeno v reálných číslech, na celém světě je asi půl miliardy osob s postižením (tělesně, smyslově, či mentálně handicapovaní lidé). Skutečný počet osob s postižením se může pouze odhadovat, neboť nejlidnatější oblasti jsou zároveň nejméně rozvinuté. Skutečný počet handicapovaných lidí bude zřejmě mnohem vyšší. Podle dokumentu *Zpráva o situaci zdravotně postižených*, zpracovaný v roce 1992, bylo mezi přibližně milionem osob s postižením žijících v ČR následující rozložení (47):

- 60 000 osob se zrakovým postižením (z toho až 4 500 nevidomých)
- 300 000 osob se sluchovým postižením (z toho až 15 000 neslyšících)
- 60 000 osob s narušenou komunikační schopností, 1500 osob hluchoslepých,
- 300 000 osob s mentálním postižením (z toho 60 000 s těžkým mentálním postižením),
- 300 000 osob s tělesným postižením (z toho 150 000 osob s těžkými pohybovými vadami),



- 100 000 osob s psychickou poruchou nebo onemocněním, osoby s jinými dlouhodobými poruchami nebo onemocněními (dostatečně průkazné statistické údaje nejsou k dispozici).

### 1.8 Mentální retardace

Termín mentální retardace byl zaveden ve 30. letech minulého století Americkou společností pro mentální deficienci. Je odvozen z latinských slov *Mens* = mysl a *Redardatio* = držet, zaostávat, opožďovat.(61)

Existuje velké množství definic mentální retardace. I. Švarcová v knize „Mentální retardace“ uvádí, že je to neschopnost dosáhnout odpovídajícího stupně vývoje a vytvoření sociálních vazeb vzhledem k věku. To vše díky porušenému nebo zastavenému intelektovému vývoji. (53)

Mentální postižení je stav se zastaveným či neúplným duševním vývojem. Ten je charakterizován narušením dovedností. Tato narušení se projevují již během vývojového období a přispívají k porušení úrovně inteligence. Často se může vyskytovat spolu s mnoha tělesnými a duševními poruchami. (16)

Mentální retardace není nemoc, ale je to stav charakteristický celkovým snížením intelektových schopností. Vzniká už v průběhu vývoje jedince a často je provázen poruchami adaptace, menší schopností orientovat se v životním prostředí.(50)

Nesmíme zapomínat, že každý člověk s mentální retardací je bio-psycho-sociálním subjektem. Má charakteristické osobní rysy. U většiny z těchto lidí se projevují více či méně společné znaky. Jejich individuální zvláštnosti závisí na hloubce a rozsahu mentální retardace, na míře postižení jednotlivých psychických funkcí a na rovnoměrnosti psychického vývoje v rámci mentální retardace. (53)

Mentálně retardovaní jedinci jsou ti, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, dále k odlišnému vývoji psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých jedinců je individuální. (53)

Za hlavní příčinu mentální retardace se považuje organické poškození mozku. Dle vývojového období, v němž došlo k mentálnímu poškození, můžeme rozlišit *oligofrenii a demenci*.(53)

*Oligofrenií* se označuje opoždění duševního vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Je to duševní nemoc způsobená degenerativními přeměnami v mozkové tkáni. Může být způsobena úrazem či nemocí mozku. Nejčastěji jde o zánět mozku (lat. *encephalitis*), zánět mozkových blan (*meningitis*), intoxikaci, duševní poruchy nebo poruchy metabolismu. Nepostihuje všechny složky osobnosti (duševní, fyzická, sociální) najednou, ale postupně, některé mentální funkce jsou poškozeny, jiné zachovány a oproti mentální retardaci má charakter postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Nejčastějšími příznaky demence jsou poruchy krátkodobé paměti, úsudku, orientace, pozornosti, chování, schopnosti abstraktního myšlení a komunikace, jenž buď přestává úplně, nebo je nesrozumitelná.(53, 68)

Za mentálně postižené osoby se nepovažují ti, u nichž došlo k zaostání rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku. Jejich psychické procesy probíhají normálním způsobem. Můžeme sem zařadit např. děti výchovně zanedbané, osoby se závažnými emočními poruchami nebo osoby se smyslovým postižením. To, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. Tyto stavy napodobující duševní opoždění se někdy označují jako pseudooligofrenie. (53)

Mentálním postižením (mentální retardací) nazýváme trvalé snížení rozumových schopností vzniklé v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení je stav způsobený nedostatečností nebo poškozením mozku, tento stav je nevratný. (53)

Mentálně postižené osoby, ať už máme na mysli děti, mládež či dospělé, představují jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi zdravotně postiženými osobami, a přesto se o nich ví poměrně málo. Představy intaktních (zdravých) lidí o mentálně postižených občanech jsou často velmi zkreslené mnoha nejasnostmi, často opředeny záhadami, předsudky a obavami. Na základě těchto vědomostí zaujímají často nepřátelský a negativní postoj k lidem s mentálním postižením. Ještě dnes se ne málo lidí domnívá, že všichni lidé se zdravotním postižením by se měli „uklidit“

do nějakých specializovaných zařízení, aby lidem „normálním“ nebyli na očích a nijak je neobtěžovali. (53)

Rozdíly v mentální úrovni těch, kdo trpí mentálním postižením, jsou ve skutečnosti mnohem větší než rozdíly mezi nepostíženou populací. Osoby s lehkou mentální retardací jsou lidé, z nichž mnozí mohou a také dokončí školu, vyučí se učebnímu oboru a často si založí rodinu. Ovšem i tato váha má dvě strany. Na druhé straně těchto vah jsou lidé s hlubokým postižením, prakticky ve všech potřebách odkázáni na cizí pomoc. Nedokáží se sami najíst, jsou inkontinentní, nejsou schopni samostatného pohybu ani komunikace s okolím. Ovšem ani zde není nic jen černé a nebo jen bílé. Mezi těmito dvěma skupinami je celá řada variant, jak hluboké postižení může být. (17)

### ***1.8.1 Etiologie mentální retardace***

Mentální retardace je poruchou interakce mezi genetickými, neurobiologickými a vnějšími faktory, které formují klinické projevy od mírné retardace až po hluboký defekt.(7)

Příčiny můžeme spatřovat jak v příčinách endogenních (vnitřních), tak exogenních (vnějších). Vnitřní příčiny bývají zakódovány už v samotných pohlavních buňkách, po jejichž spojení vzniká nový jedinec. Tyto příčiny jsou označovány jako genetické. Vnější činitelé, jež působí od početí po celou dobu gravidity, v době porodu a následném poporodním období až do období raného dětství, mohou, ale současně nemusí být příčinou poškození mozku plodu či dítěte. Dělíme je na vlivy *prenatální* – působící před porodem, *perinatální* – působící během porodu a krátký čas po něm a *postnatální* - působících v průběhu života. (59, 60)

*Mezi nejčastější příčiny v prenatálním období patří:*

- **genetické poruchy** kam patří vrozené poruchy metabolismu, anomálie chromozomů - například hereditární idiocie, dermatodysplazie, Downův syndrom, toxické vlivy způsobené pitím alkoholu, kouřením, užíváním drog a nadměrným množstvím průmyslových jedů.(7, 44)

- **hereditární poruchy** (dítě dědí nemoc či nedostatek vloh) (44)
- **příčiny environmentální** (intoxikace matky a plodu, onemocnění infekční chorobou typu zarděnek, kongenitální syfilis) (44)
- **nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými vlivy** – vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza, nedostatek plodové vody. (7, 44)

V prenatálním období vzniká 50-60% mentální retardace

V *perinatálním období* jsou nejčastějšími příčinami mentální retardace rizikový porod (překotný porod, porod císařským řezem), nedonošenost, anoxie, poranění mozku, krvácení, perinatální encefalopatie, hypoxie, těžká novorozenecká žloutenka. V tomto období vzniká 8% mentálních postižení.(7, 44)

Mezi hlavní faktory, které hrají roli až v *postnatálním období* (po narození), patří demence - zánětlivé onemocnění CNS, úrazy mozku, degenerativní a demyelinizační onemocnění, epilepsie, intoxikace, psychózy, dále pak traumata, nádory mozku, psychosociální deprivace. V průběhu života vzniká 25 – 30% mentálních postižení.(7, 44)

Rozlišení demence od mentální retardace v případě, kdy porucha vzniká v dětství, je nesnadné, někdy až nemožné. Až v 50% případech, především v mírném pásmu poškození je neznámého původu.(4, 7, 22, 44)

### **1.8.2 Diagnostika mentální retardace**

Diagnostika mentální retardace je dlouhodobý proces, beroucí v úvahu všechny systémy, které ovlivňují nebo by mohly jakkoli ovlivnit vývoj dítěte. Díky stanovené diagnóze je možné zvolit optimální výchovný postup či postupy a ovlivňovat podmínky života dítěte. Nově zvolené postupy nám tak mohou pomoci dosahovat postupných změn ve vývoji dítěte. Aby mohla být stanovena správná diagnóza, je zapotřebí uplatnit *komplexní diagnostiku*. Komplexní znamená, že na dítě bude pohlíženo z roviny biologické, psychologické i sociální. 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. *Diferenciální diagnostika* má

v případě mentálně postiženého dítěte za úkol odlišit jeho stav od stavů, které jej mohou napodobovat.(7, 44)

Od mentálního postižení je třeba odlišit (44):

- smyslové vady (především poruchy sluchu)
- poruchy řeči ( především vývojová dysfázie, mutismus )
- ADHD („Attention Deficit Hyperactivity Disorders“-hyperaktivita s poruchou pozornosti), ADD syndrom („Attention Deficit Disorders-porucha pozornosti bez hyperaktivity) a specifické poruchy učení
- psychické či kulturní deprivace
- syndrom týraného či zneužívaného dítěte
- jiné duševní poruchy typu pervazivní vývojové poruchy, dětské schizofrenie, aj.

Hlavním znakem mentální retardace je snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento často užívaný pojem nebyl dosud přesně definován. Odborníci z řad psychologů se již dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení. Asi nejnámějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Ten jej vyjádřil jako vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem. (52)

Stanovení inteligenčního kvocientu informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Nepodává ale žádné informace o kvalitativních zvláštích inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby. (67)

*Intelligenční kvocient se odhaduje v psychologických testech vzorcem:*

$$IQ = \text{mentální věk} / \text{kalendářní věk} \times 100$$

K určování hodnot IQ se používá klasifikace Světové zdravotnické organizace 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10), která je platná od 1. 1. 2004. (5)

Získaná hodnota informuje o celkové rozumové úrovni jedince, neříká ale nic o kvalitativních zvláštностech inteligence osoby, osobnostních vlastnostech a dalších předpokladech k práci. Na číselné hodnoty je nutné pohlížet pouze orientačně. Důležité je zvládání životních úkonů.

(21, 36, 51)

Při onom zkoumání rozumových schopností dítěte se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Cílem kombinace několika metod najednou je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale zjistit také jejich strukturu. V některých testech je užíváno obrázků, jiné využívají sérii otázek a úkolů zaměřenými na manipulaci. Jednotlivé testy se liší svojí strukturou i způsoby vyhodnocování. (59)

Přesné vymezení hodnot IQ je velmi problematické. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky. Záleží na vhodnosti testu pro dítě s mentální retardací, na časovém odstupu a na jeho momentálním psychickém stavu. Mnohdy je také důležité, jakým způsobem jsou kladeny otázky a jak kvalitní je test, jeho konstrukce a vhodnost pro osobu s mentální retardací. Díky všem těmto faktorům je testování dětí s mentální retardací velmi náročné. Výsledky by měly být pravidelně kontrolovány, došlo – li by případně k jakýmkoli změnám ve stavu dítěte, mělo by dojít ke změně přístupu k němu. (53, 59)

Při diagnostice dítěte je třeba sledovat současný i minulý zdravotní stav, jeho celkový vývoj po fyzické i psychické stránce, dále pak schopnosti rozumové, zrakovou a sluchovou percepci, pravo a levostrannou orientaci, kinestetické vnímání, hmat, motoriku a grafomotoriku, úroveň koncentrace, řeči, paměti, temperament, motivaci, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky. Ačkoli diagnóza dítěte s postižením je vyřčena na základě spolupráce celého týmu odborníků (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog), nejvyžívanější pracovníci jsou

psycholog a speciální pedagog. Na základě tohoto spojení dochází k prolínání a pojení diagnózy psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky.(44)

Diagnostikování dítěte s mentálním či jiným duševním postižením se zabývají speciálně pedagogická centra a pedagogicko psychologické poradny, jejichž hlavní pracovní náplní je právě diagnostická činnost. Krom diagnostiky se tato zařízení věnují i a odbornému poradenství pro klienty s handicapem. (47, 59)

Speciálně pedagogickou činností se mimo těchto pracovišť zabývají i další. Mezi ostatní pracoviště řadíme (diagnostické) ústavy sociální péče, střediska výchovné péče, diagnostické a výchovné ústavy pro děti a mládež, věznice pro mladistvé, nejrůznější (většinou nestátní) subjekty pečující o klientelu ohroženou sociálně patologickými jevy (násilí, drogy) a alternativní centra pomoci, stacionáře, denní centra či sanatoria, pedopsychiatrická oddělení. (44)

Odborníci (speciální pedagogové, psychologové) se při odborném vyšetření zaměřují na oblast motoriky (jemné i hrubé, grafomotoriky), komunikace (verbální i neverbální), prostorovou a časovou orientaci, rozumové schopnosti (testy inteligence), percepce, laterality, sociální faktory (rodinné zázemí, školní prostředí), chování, úroveň schopností a dovedností a další. (47)

Diagnostika pak využívá výsledky diagnostického instrumentáře z oblasti tzv. klinické (nestandardizované) metodiky i z oblasti testových (standardizovaných) postupů a zkoušek.

*Do klinického instrumentáře patří: (47, 59)*

- anamnéza (osobní, rodinná, školní)
- pozorování (asi nejdůležitější diagnostický instrument)
- explorativní metody dotazníku a rozhovoru
- analýza produktů činnosti (dětské hry, kresby a písemné produkty), případně může být využita i kasuistika

*Do testových metod patří: (59)*

- standardizované didaktické testy

- některé testy psychodiagnostické (především testy všeobecných schopností - inteligence, speciálních mentálních schopností, vědomostí, dovedností, výkonu, částečně i testy osobnosti)

- sociometrické testy zjišťující sociální interakce v malých skupinách. Patří sem také psychodiagnostické metody (vývojové škály, testy inteligence) a testy specifických funkcí a schopností (percepční testy a zkoušky pozornosti, testy paměti, testy školských schopností a dovedností, škály sociálních dovedností).

Diagnostika je úkolem nejen psychologie, ale i lékařských věd, protože o zdravotní diagnostiku se starají pediatři a odborní lékaři. Vedle všech již zmíněných odborníků se diagnostikou v neposlední řadě zabývají také rodiče. Jsou to právě oni, kdo jsou v denním kontaktu s dítětem, pozorují jeho chování, případně odchylky od normy. (59)

Osoba, u které byla diagnostikována mentální retardace, musí splňovat následující tři kritéria:

- 1) Hodnotu IQ musí mít pod 70 bodů.
- 2) Osoba, která má zřetelné problémy v přizpůsobení se nárokům běžného života – komunikace, sebeobslužné dovednosti, selhávání ve školních dovednostech a samostatném životě.
- 3) Porucha je přítomna od raného dětství.

### ***1.8.3 Klasifikace mentální retardace***

Mentální retardace se v současnosti chápe jako „stav“ zastaveného nebo neúplného duševního vývoje. Dle klasifikace WHO se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: *lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespécifikovaná mentální retardace.*(36, 46)



### ***1.8.3.1 Lehká mentální retardace***

IQ se pohybuje mezi 50 a 69 body. Hlavní příčinou vzniku lehké mentální retardace má velký vliv dědičnost, sociokulturně znevýhodněné prostředí. Děti do 3 let jsou jen lehce psychomotoricky opožděny. Mezi první potíže patří opožděný vývoj řeči a malá slovní zásoba. Mluvu si osvojují později, následně jsou schopni ji používat v běžném životě. Ve většině případů se lehká mentální retardace diagnostikuje až ve věku školní docházky, kdy dochází k nejvýraznějším projevům, jako omezenost logického a abstraktního myšlení, lehké opoždění jemné a hrubé motoriky, slabší paměť atd. (45, 61, 69)

Školní dovednosti zvládají do úrovně 11let. Mívají dysgrafické, dyslektické či dyskalkulické potíže. Jsou schopni absolvovat základní školu a později vykonávat jednoduchá zaměstnání. V sebeobsluze (jídlo, mytí, oblékání, hygiena) a v praktických domácích dovednostech jsou plně samostatní i přesto, že je jejich vývoj proti normě mnohem pomalejší. (45, 53, 61)

Pro osoby s lehkou mentální retardací je typická afektivní labilita, úzkost, zvýšená sugestibilita a impulzivnost. (40)

V různé podobě se u lidí s lehkou mentální retardací mohou projevit přidružené stavy jako autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, tělesná postižení a poruchy chování. Lehká mentální retardace zahrnuje slabomyslnost, lehkou oligofrenii (debilitu). (53)

Výskyt jedinců s lehkou mentální retardací v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 80%, v populaci je to 2,6%. (69)

### ***1.8.3.2 Středně těžká mentální retardace***

IQ se pohybuje mezi 35 a 49 body. K diagnostice středně těžké mentální retardace dochází v kojeneckém nebo batolecím období. Mentální věk se pohybuje v rozmezí 4–8 let. Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděný rozvoj chápání, užívání řeči, a jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. (45, 53, 61)

Slovník těchto lidí je obsahově chudý. Řeč je jednoduchá, omezena na jednotlivá slova či slovní spojení, nebo se nemusí vytvořit vůbec. Úroveň komunikace se velmi liší – od plné až po neschopnost mluvit nebo jen gestikulovat. Mají slabou schopnost usuzování, zpomalený vývoj a poruchy jemné a hrubé motoriky. Trvale zůstává celková neobratnost a nekoordinovanost pohybů. Mnozí se dokáží vyvinout k určité nezávislosti, zřídka kdy ale dosáhnou plné samostatnosti. Jedinci jsou emocionálně labilní, nevyrovnaní a často se projevují afektivními a nepřiměřenými reakcemi. (40, 45, 61)

Vzdělání je velmi omezené a probíhá v základní škole speciální dle odpovídajícího vzdělávacího programu. Dále pak mohou pokračovat na škole praktické. Někdy si dokáží osvojit základy čtení, psaní a počítání. Pokroky jsou limitované, speciální vzdělávací programy jim poskytují příležitost k rozvíjení jejich potencialů a k získávání základních dovedností a vědomostí. Dospělí potřebují různý stupeň podpory v práci a běžném životě. Pod odborným dohledem jsou schopni jednoduché manuální práce, mohou se uplatnit v chráněných dílnách. (53, 69)

V některých případech je nutné omezit jejich možnost působení v právních úkonech. (40)

Většinou je známá organická etiologie přidružených chorob: dětský autismus, neurologická onemocnění, epilepsie, psychiatrická onemocnění. Možný je i výskyt psychiatrických onemocnění. (53)

Výskyt jedinců se středně těžkou mentální retardací v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 12%, v populaci to je 0,4% (69)

### ***1.8.3.3 Těžká mentální retardace***

IQ se pohybuje v pásmu od 20-34 bodů. K diagnostice dochází již v raném věku. Mentální věk je v pásmu od 18 měsíců až 3,5 roku. Komunikační dovednosti jsou rozvinuty minimálně s omezením na jednotlivá slova. Řeč nemusí být vytvořena vůbec. Tento stav vyžaduje trvalou podporu v běžném životě. Jedinci jsou impulzivní, poznávají jen blízké osoby. Při dlouhodobém tréninku jsou schopni částečného

udržování hygieny a sebeobsluhy. Trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami vývoje či poškození nervového systému. (40, 45, 69)

Výskyt těžké mentální retardace v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 7%, v populaci to je 0,2%.(40, 69)

#### ***1.8.3.4 Hluboká mentální retardace***

IQ dosahuje nejvýše 20 bodů, ale nejde přesně změřit. Mentální věk je nižší než 18 měsíců. Nutná je trvalá péče i v těch nejzákladnějších úkonech. Chápání a používání řeči je v lepších případech omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Jsou schopni vyjádřit libost či nelibost, často jen neverbální komunikací. Postižení bývají inkontinentní a nemají schopnost pečovat o své základní potřeby. Citlivě reagují na emoční tón hlasu a taktilní podměty.(45, 61, 69)

Běžně má jedinec s hlubokou mentální retardací neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsii, poškození zraku a sluchu. (45, 61, 69)

Výskyt jedinců s hlubokou mentální retardací v celkovém počtu jedinců s mentální retardací je 1%, v populaci to je 0,2%.(69)

#### ***1.8.3.5 Jiné mentální retardace***

Tato klasifikace je využívána, není-li možné pomocí obvyklých metod stanovit hodnotu IQ. Stanovení IQ je buď nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, například u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob. (45, 53, 61, 69)

#### ***1.8.3.6 Nespecifikovaná mentální retardace***

Tato kategorie je využívána v případech, kdy došlo k prokázání mentální retardace, ale je nedostatek informací, které by umožnily zařadit klienta do jedné z výše uvedených kategorií. (45, 61, 69)

## **1.9 Kombinované postižení**

Teoreticky popisujeme a klasifikujeme jednotlivé druhy postižení zvláště, v praxi se ale můžeme setkat s kombinací dvou a více různých vad nebo poruch. Kombinovat se mohou jak těžké stupně jednotlivých postižení mezi sebou, tak i kombinace lehčích a těžších stupňů postižení či kombinace lehkých stupňů postižení. Rovněž nelze vyloučit kombinaci postižení či narušení s nadáním nebo talentem. Prakticky není možné vytvořit jednotný klasifikační systém a není ani ustálena terminologie používaná při deksripci takto handicapovaných osob. Používají se pojmy *kombinované postižení*, *postižení s více vadami*, *vícenásobné postižení* apod. (27, 47)

Všichni jedinci s vícenásobným postižením tvoří nezanedbatelnou část populace. Jejich počet se neustále navyšuje. Vyznačují se mimořádnou heterogeností, variabilitou příznaků, projevů a z nich vyplývajících speciálních výchovných a vzdělávacích potřeb. Situace, kdy vícenásobná postižení jsou nejednotně chápána, se odráží i v přístupech ke kategorizaci, neboť lze sice volit celou řadu kritérií, podle kterých je možné dělit tuto heterogenní skupinu, vždy ale docházíme ke zjištění, že provedené členění není zcela vyhovující. Samotné základní dělení na kategorie lehce a těžce vícenásobně postižení je rozporuplné. Vždyť kde existuje hranice, co je lehký a co již těžký stupeň postižení?(27)

Zařazování jedinců s vícenásobným postižením by mělo být činěno vždy opatrně a s vysokou mírou zodpovědnosti, zejména v kontextu možností dosažení jistého stupně úrovně a eventualit další návaznosti a uplatnitelnosti ve společnosti. To platí i u vzdělávání, které může být pro některé jedince s kombinovaným postižením velmi přínosné, ale pro jiné naopak nevhodné.(27)

Velmi časté jsou kombinace mentálního postižení a tělesnými, případně smyslovými vadami. U jedinců s mentální retardací se vyskytuje narušená komunikační schopnost, příčinou jsou symptomatické vady řeči.(47)

### **1.9.1 Autismus a mentální retardace**

Autismus je pravazivní vývojová porucha, charakteristická problémy v interpersonální komunikaci, omezenou schopností navazovat vztahy a dezorientací

ve vnímání okolního světa – navenek se projevuje až chorobnou uzavřeností. Jedinci s klasickou formou *dětského autismu* mají potíže především v oblasti komunikace, vnímání a sociální interakci. Můžeme se setkat s několika specifickými druhy autismu (Aspergerův syndrom, Rettův syndrom, atd.), které mají specifické projevy a znaky.(47)

Mentální retardace a autismus jsou dva rozdílné syndromy, ovšem dochází k jejich částečnému překrývání. Zhruba 80% lidí trpících autismem je zároveň postižena různě hlubokou mentální retardací (lehká až střední mentální retardace okolo 30%, těžká až hluboká mentální retardace okolo 47% pacientů), či psychickými poruchami. Lidé trpící hlubokým mentálním deficitem a autismem se liší od lidí s prostou mentální retardací hlavně specifickým chováním. Některé stupně těžké mentální retardace a některé z příznaků autismu jsou si velice podobné, proto je velmi obtížné je diagnosticky odlišit.(43)

### ***1.9.2 Mentální postižení v kombinaci s tělesným handicapem***

Výskyt těchto dvou postižení společně je dosti častý. Čím hlubší mentální postižení, tím je větší pravděpodobnost přítomnosti i somatického postižení.(47)

K nejčastějším patří především kombinace mentálního postižení (různého druhu a stupně) s DMO (dětská mozková obrna) nebo epilepsií.(26)

DMO je dětská mozková obrna a zahrnuje širokou škálu poruch různé etiopatogeneze. Někdy bývá používáno pojmu encefalopatie, což je blíže nespecifikované postižení mozku. Dalším odborným pojmem, používaným pro toto onemocnění je infantilní cerebrální paréza. Tuto kombinaci často provází i další poruchy jako dysartrie (vada řeči, projevující se problémy s ovládním artikulačních orgánů – hůře srozumitelná řeč). Míra mentálního deficitu může být různá, přibližně ve 20% případů DMO se mentální handicap vůbec nevyskytuje).(11, 47)

Epilepsie je chronické postižení mozkové tkáně, projevující se opakovanými záchvaty různého charakteru, spojenými se změnou v oblasti prožívání, uvažování a chování, motorickými projevy a často i poruchami vědomí. Příčiny vzniku tohoto onemocnění mohou být různé, často bývají multifaktoriální. Důležitá je genetická

dispozice, ale příčinou tohoto onemocnění může být i poškození mozku vnějšími vlivy.(57)

Kombinace mentálního a somatického postižení se může vyskytnout během života jedince. Jsou to formy získané následkem úrazů (automobilových) či následkem nádorů nebo diabetické retinopatie. (26)

### ***1.9.3 Mentální postižení v kombinaci se smyslovými vadami***

Ve vyšším množství se vyskytuje kombinace mentálního postižení se smyslovými vadami u jedinců s Downovým syndromem. V těchto případech jsou i ztížené možnosti kompenzace smyslového deficitu, protože člověk s mentálním postižením má snížené schopnosti učit se a osvojit si složité komunikační systémy (Brialleovo písmo, znakový jazyk). Úspěch při využívání alternativních dorozumívacích metod závisí na stupni mentálního postižení. Lze využívat jednodušších metod např. piktogramů k dorozumívání.(47)

Mentální postižení různého stupně se může vyskytovat ve spojení s různými typy sluchových vad. Vzniká tak velice různorodé spektrum kombinací, např. lehká mentální retardace v kombinaci s hluchotou, lehká mentální retardace v kombinaci s nedoslýchavostí, středně těžká mentální retardace s hluchotou, hluboká mentální retardace v kombinaci s nedoslýchavostí a další. Vývoj jedince pak závisí na závažnosti jednotlivých postižení.(26)

Nedostatek zrakových podnětů nebo jejich absence se mohou stát příčinou senzorické deprivace, která může omezovat rozvoj poznávacího procesu. Významnou roli hraje to, jedná – li se o postižení vrozené nebo získané, zda se jedná o poruchu orgánovou či funkční, zda se jedná o zrakové postižení krátkodobé (akutní) či dlouhodobé (chronické), opakující se (recidivující), další přidružená postižení, apod.(26)

Vznikají tak další kombinace postižení, např. hluboká mentální retardace v kombinaci s nevidomostí (dochází k ireverzibilnímu poklesu centrální zrakové ostrosti, binokulární zrakové pole je menší než deset stupňů) nebo naopak lehké

mentální retardace v kombinaci se slabozrakostí (ireverzibilní pokles zrakové ostrosti).(26)

## **1.10 Vývoj dítěte**

*Psychický vývoj zahrnuje tři dílčí oblasti, které se rozvíjí ve vzájemné interakci: (19)*

- **Biosociální vývoj** – zahrnuje tělesný vývoj a veškeré změny spojené s tímto vývojem, patří sem i faktory, které jej ovlivňují, např. sociokulturně podmíněné postoje k lidskému tělu a jeho vývojovým proměnám.
- **Kognitivní vývoj** - zahrnuje všechny psychické procesy, které se podílejí na lidském poznávání. Člověk je využívá při příjmu a zpracování informací, při přemýšlení, rozhodování a učení. Ovlivňují i z toho vyplývající úroveň adaptace. Tento vývoj je ovlivněn různými faktory, vrozenými dispozicemi i vlivy prostředí, především způsobem výchovy a vzdělávání.
- **Psychosociální vývoj** – zahrnuje proměny způsobu prožívání, osobnostních a sociálních charakteristik, rolí, mezilidských vztahů, či sociální pozice. Je ve značné míře ovlivněn vnějšími faktory, především sociokulturním, bývá označen jako proces socializace. Z tohoto pohledu je velmi významné působení rodiny, ale i dalších sociálních skupin (např. vrstevníků), institucí (školy), a vrstev, do nichž jedinec patří.

První fází vývoje dítěte je prenatální fáze, následuje novorozenecké období, kojenecké období, dále pak batolecí věk a předškolní věk.(58)

### **1.10.1 Prenatální vývoj plodu**

Prenatální vývoj lidského plodu trvá devět kalendářních měsíců. Pro toto období je typický vývoj všech potřebných předpokladů pro budoucí samostatný vývoj plodu. Velmi brzy se plod stává aktivním organismem, který je schopen nejjednodušších forem učení a jehož projevy jsou již v této době individuálně specifické. Dovede reagovat na různé smyslové podněty, především taktilně-kinestetické a sluchové. Pro rozvoj plodu je důležité spojení s mateřským organismem.(58)

### ***1.10.2 Novorozenecké období***

Pro život dítěte i matky je porod významným mezníkem, ale i zátěží. Dítě se stává samostatnou bytostí. Zatím co v prenatálním období přebývalo v mateřském těle, v prostředí se stabilní teplotou, tlumící vnější podněty, po porodu se ocitá ve zcela odlišných podmínkách. Novorozenecké období trvá přibližně jeden měsíc a je dobou adaptace, během níž se dítě přizpůsobuje novým podmínkám. Novorozenec je vybaven základními reflexy, vrozenými způsoby chování a schopností učení. Jednotlivé reflexy mají různý význam. Některé slouží k přežití, orientaci a adaptaci na vnější prostředí, jiné nejsou pro prvotní adaptaci významné. Rozvoj novorozence závisí na přiměřeném přísunu podnětů. Učení novorozence je spojeno se základními smyslovými informacemi. Je aktivizováno především v rámci sociální interakce.(58)

### ***1.10.3 Kojenecké období***

Kojenecké období trvá od jednoho měsíce věku do jednoho roku. Ve velké míře se projevují individuální rozdíly v prožívání u jednotlivých dětí. Erikson nazval tuto fázi jako fázi receptivity (receptivita = vnímavost). Perceptivita znamená otevřenost k okolnímu světu. Základním úkolem tohoto období je získání důvěry ve vztahu ke světu. V tomto směru má značný význam potřeba stimulace a s tím související učení. Ve vztahu k poznávání je také velmi důležité uspokojení potřeby citové jistoty a bezpečí. Přiměřená stimulace je pro kojence velmi důležitá. Aktivizuje bdělost, připravenost k nějaké činnosti. Stává se jednou z podmínek učení. Je předpokladem rozvoje různých schopností a dovedností. Dítě přijímá a zpracovává podněty a získává tak zkušenost, jejíž pomocí se rozvíjí. Stimulace je dále základem kontaktu s prostředím, v němž se dítě orientuje a nabývá bezpečí.(58)

První fáze rozvoje poznávacích procesů je označována jako období senzomotorické inteligence. Poznávání a učení probíhá na úrovni kontaktu s okolním světem v časově limitovaném úseku přítomnosti. Pro rozvoj poznávacích procesů je důležité vnímání především zrakové a motorika. Zrakové vnímání se začíná rozvíjet teprve po narození. Je to schopnost, která má vrozený základ, ale vyžaduje i specifickou stimulaci. Zrakové vnímání je zdrojem mnoha informací a významným prostředkem



orientace. Pohybový vývoj je důležitý pro rozšíření podmětové nabídky, možnosti uspokojit zvědavost vlastní aktivitou. Různé tempo dozrávání jednotlivých mozkových struktur je důvodem, proč se dílčí motorické systémy rozvíjejí postupně. Poznání trvalosti a stability objektů je důležitým mezníkem v kognitivním rozvoji. (58)

V kojeneckém věku se rozvíjí především implicitní a explicitní paměť. Implicitní, procedurální paměť je funkční již od narození. Dítě si mnohé pamatuje, ale ještě není schopno svoje vzpomínky vyjádřit. Explicitní, deklarativní paměť uchovává vzpomínky, které lze verbálně popsat nebo si je představit (na tuto úroveň se děti dostávají až mezi 6. a 8. měsícem). Sluchové vnímání je jedním z předpokladů rozvoje řeči. Schopnost lokalizovat zvuk má již novorozené dítě. Děti preferují zvuk lidského hlasu. I velmi malí kojenci dokáží rozeznat hlasy různých osob. Nezbytná je i schopnost produkovat zvuky podobné fenoménům, tj. specifickým řečovým zvukům. Další vývoj řeči je výsledkem interakce vrozených dispozic a učení. Je závislý na kvalitě stimulace. Dítě má vrozenou schopnost emočně reagovat. Emoční projevy jsou pro malé děti důležitým prostředkem komunikace. (58)

Hlavním prostředkem socializace je učení. To se uskutečňuje v rámci mezilidské interakce. Lidé, především rodiče a nejbližší okolí, zprostředkovávají dítěti různé zkušenosti a rozvíjejí tak jeho schopnosti. Dospělí i dítě jsou pro takovou interakci vybaveni vrozenými dispozicemi. Matku začíná dítě odlišovat od ostatních lidských bytostí mezi 6. a 9. měsícem života. Strach z cizích lidí je jedním z nejdůležitějších signálů normálního vývoje. Matka je pak jeden z prvních objektů, jež dítě vnímá jako trvalé. V souvislosti s tím je postupně nuceno akceptovat i svou vlastní samostatnost, tj. oddělenost od mateřské bytosti. Rozvíjí se tendence udržet zájem matky jiným způsobem, což má pozitivní vliv na rozvoj dětských kompetencí, např. komunikace. Matka poskytuje dítěti zpětnou vazbu. V této době se vytváří základ pro učení nápodobou. Matka dovede rozeznávat signály dětských potřeb a přiměřeným způsobem je uspokojovat. Nesmí být zapomínáno na potřeby matky. Matka svými reakcemi poskytuje dítěti informaci o jeho hodnotě a významu. Tento obraz se stává základem jeho sebepojetí. Dítě si vytváří i vztah k otci, pokud mu otec

věnuje dostatečnou pozornost. Na konci prvního roku života začíná dítě chápat stálost a kontinuitu vlastní bytosti, odlišené od okolního světa. (58)

#### ***1.10.4 Batolecí věk***

Batolecí věk trvá zhruba do 3 let života dítěte. Hlavním znakem této fáze je osamostatňování a uvolňování z různých vazeb. Erikson nazývá toto období obdobím autonomie. Velký význam mají pohybové dovednosti, ať už jde o ovládání vlastního těla nebo pronikání do okolí. Samostatná lokomoce umožňuje uvolnění z vázanosti na prostor i ze závislosti na aktivitě jiného člověka. Batole začíná svoje potřeby uspokojovat samostatnějším způsobem. Je schopné ovládat své vyměšování. Rozvoj poznávacích procesů je v tomto období možné charakterizovat jako symbolickou expanzi do světa. Expanze umožňuje uvolnění z vázanosti na konkrétní manipulaci s poznávanými objekty. (58)

Začíná se objevovat anticipace budoucího dění myšlení v závislosti na rozvoji symbolického myšlení, i proto chce batole poznat pravidla, podle nichž okolní svět funguje. Pochopení trvalosti, jež je nezbytným předpokladem pro rozvoj symbolického myšlení, je základem k vytváření předpojmů. Představy o fungování jednotlivých oblastí se v batolecím věku rozvíjejí. Orientace v prostoru se zlepšuje v souvislosti s rozvojem samostatné lokomoce, kdy má dítě možnost vidět svět z různého směru i vzdálenosti. Orientace v čase je obtížnější. Dítě se orientuje na omezený časový úsek, budoucnost pro něj nemá význam. Orientace v množství je teprve na začátku. (58)

Rozvíjí se všechny formy paměti s výjimkou epizodické formy deklarativní paměti. V tomto věku se vytváří jen velmi málo trvalejších vzpomínek. Pracovní paměť, jejíž kapacitu považuje Case za významnou determinantu rozvoje poznávacích procesů. Implicitní paměť uchovávající různé dovednosti, potvrzuje oddálená nápodoba, která se objevuje již na počátku batolícího období. Explicitní paměť uchovává poznatky, které lze verbálně popsat. Tříleté děti dokáží vyprávět jednoduchý příběh. Epizodická forma deklarativní paměti je teprve na počátku. Pro batolata je obtížné vybavit si specifitější informace. Vytváří se jen málo trvalejších vzpomínek. (58)

Řeč se vyvíjí v interakci s rozvojem poznávacích procesů. Jazykové schopnosti a dovednosti se rozvíjí pomocí několika mechanismů, a to nápodobou, zpětnou vazbou, modelováním a specifickou zaměřeností. (58)

O *nápodobě* mluvíme, když děti napodobují řeč dospělých. O *zpětné vazbě* mluvíme, když sdělení dítěte má určitý význam. Je – li nesrozumitelné a dospělí na něj reagují jinak, než dítě chce, dochází k negativní zpětné vazbě. *Modelováním* se rozumí, když rodiče přizpůsobují svůj projev možnostem dítěte. *Specifická zaměřenost* znamená, že děti si všímají těch složek komunikace, které mohou mít pro porozumění v jeho smyslu větší význam než jiné. V batolecím věku se velmi rychle rozvíjí sémantická složka, tj. dětský slovník, mající dvě složky - aktivní a pasivní. Aktivní slovník zahrnuje slovní zásobu, jež dítě využívá ve vlastním sdělení. Pasivní slovník tvoří slova, jimž dítě rozumí a chápe jejich význam. První řečové projevy jsou agramatické, teprve mezi 2. a 3. rokem si děti osvojují základy syntaxe a tvorbu úplných vět. (58)

V průběhu batolecího věku narůstá schopnost reagovat emočně diferencovaně. Dítě dovede reagovat afektem hněvu a vzteku. Objevují se pocity studu a lítosti. Dále jsou to strach, zahanbení, projevy hrdosti a pýchy, typická je separační úzkost, rozvíjí se schopnost empatie. (58)

*Socializace batolete* probíhá v rámci rodiny, pod vlivem rodičů a sourozenců. Batole se postupně osamostatňuje a odpoutává z vazby na matku. Mění se chování k cizím lidem, většinou se jich nebojí. Vztah s otcem separaci dítěte usnadňuje, citová vazba k oběma rodičům poskytuje větší citovou jistotu. Otcové poskytují dětem jiné zkušenosti, kladou důraz na dodržování řádu, podporují samostatnost. Sourozenci slouží jako alternativní zdroj sociální zkušenosti. Starší sourozenec je velmi atraktivním modelem, je srozumitelnější než dospělí. Důležitý je vztah mezi potřebou emancipace a potřebou stability. Dítě potřebuje získat základní důvěru v sebe sama a své schopnosti. V tomto věku se objevuje vědomí vlastní osobnosti, trvalosti vlastní existence a její kontinuity. Projeví se potřebou sebeprosazení, které může mít až podobu negativismu. Sebepojetí batolete zahrnuje jeho kompetence, vlastnictví i sociální role. Jeho součástí je i sociálně významná genderová role, pohlaví dítěte. Sebehodnocení dítěte je závislé

na názoru rodičů, případně jiných autorit. Osamostatňování je spojeno s rozvojem komunikace. Řeč je základním nástrojem sociálního přizpůsobení. Pozorováním i prostřednictvím verbálního výkladu se seznamuje s normami chování. Znalost pravidel uspokojuje dětskou potřebu orientace, žádoucí chování je to, za něž je nějak odměněno. Nápodoba a identifikace je důležitou formou sociálního učení batolat. Objektem nápodoby i identifikace bývá obvykle rodič. (58)

#### ***1.10.5 Předškolní věk***

Předškolní věk trvá od 3 do 6 – 7 let. Předškolní věk je charakteristický diferenciací vztahu ke světu. V jeho poznání dítěti pomáhá představivost, je to fáze fantazijního zpracování informací a intuitivního uvažování, které ještě není regulováno logikou. Piaget tuto fázi označuje za fázi kognitivního myšlení. Myšlení předškolního dítěte je charakteristické egocentrismem, ulpíváním na zjevných znacích a magičností. Dítě interpretuje realitu tak, aby pro ně byla srozumitelná a přijatelná, i když si občas musí vypomáhat zkreslením či vyloučením některých informací. Mladší dítě ještě nerozumí souvislostem a vztahům mezi jednotlivými formami existence. Ignoruje informace, které by mu překážely a komplikovaly pohled na svět. Tento způsob uvažování uspokojuje jeho potřebu jistoty orientace. Starší školní děti dovedou uvažovat podle náročnějších kritérií. Úroveň myšlení ovlivňuje i způsob verbálního vyjadřování a zpracování takto prezentovaných informací. Postupně se diferencuje egocentrická řeč, která slouží jako prostředek uvažování či autoregulace.(59)

Významnou neverbální symbolickou funkcí je kresba, která se rozvíjí od fantazijního způsobu zpracování tématu k realistickému pojetí. Kresba zobrazuje realitu tak jak ji dítě chápe. Kresba prochází třemi fázemi. (58)

V *Presymbolické fázi* se dítě zajímá o grafomotorickou činnost jako takovou, výtvořem se dále nezabývá. Ve *fázi přechodu na symbolickou úroveň* dochází k dodatečnému zpracování, čmárání může být prostředkem k zobrazení reality. *Fáze primárního symbolického vyjádření* je fáze, kdy už dítě dovede kresbou něco konkrétního zobrazit. (58)

Děti velmi často zachycují lidskou postavu. I kresba lidské postavy prochází několika fázemi. *Stadium hlavonožce* se objevuje zhruba ve 3 letech, pojetí lidského těla vychází ze zkušeností s vlastním tělem, je i výsledkem pozorování jiných lidí. *Stadium subjektivně fantazijního zpracování* (4 – 5leté dítě) jsou kresby typické akcentací detailů, které jsou chápány jako důležité, způsobem jejich zobrazením nerespektují realitu. *Stadium realistického zobrazení*, kresba typická pro děti školního věku, výtvoř se stále více podobají skutečnostem. (58)

Důležitá je i symbolická hra, je rovněž neverbální symbolickou funkcí, která dítěti umožňuje zvládnout problematické situace přijatelným způsobem. Symbolická hra slouží jako prostředek k vyrovnání s realitou. Tématická hra „na něco“ slouží jako procvičování budoucích rolí vhodných k řešení určitých situací, apod. (58)

Rozvíjí se porozumění prostoru, času a počtu, orientace v těchto oblastech je ovlivněna zatím omezenou schopností abstrakce. Pojem času se rozvíjí pomalu. Pro členění času vnímají předškolní děti nanejvýš dny v týdnu. Čas není pro děti důležitý, mnohdy je až obtěžující. (58)

Vyvíjí se všechny složky paměti. Vývoj explicitní paměti se projevuje v oblastech: Zvýšení kapacity paměti a rychlosti zpracování informací. (58)

*Rozvoj paměťových strategií* (způsobů, které slouží k lepšímu zapamatování a uchování informací, v předškolním věku ještě velmi omezené). (58)

*Rozvoj metapaměti* (obecné znalosti o fungování paměti i o vlastních paměťových schopnostech je v předškolním věku také omezené). (58)

*Rozvoj explicitní epizodické paměti* (uchovává a zpracovává osobně prožité události – první trvalejší a osobní vzpomínky se vytvářejí před 4. rokem, do 6 let bývají útržkovité a jejich málo). Rozvoj epizodické paměti pozitivně ovlivňuje schopnost zformulovat vlastní zážitky verbálně. V emoční oblasti je důležitý rozvoj emoční inteligence, porozumění vlastním i komplexnějším emocím a citovým projevům jiných lidí. (58)

Základní způsoby sociálního chování si dítě osvojuje v rodině, učí se novým sociálním dovednostem. Rodinné prostředí zůstává privilegovaným prostředím. Většina předškolních dětí je schopna se samostatně zařadit do jiných sociálních skupin,

nezávislé na rodičovských kontaktech. Významným mezníkem je zařazení do mateřské školy. Předškolní děti se učí žádoucím způsobům chování od ostatních. Osvojují si základní normy chování, s nimiž se postupně ztotožňují. Nejdůležitější je pro ně především to, jak budou za jejich dodržení oceněny. Rodiče dítěti slouží jako model různých rolí, jako vzor, s nímž se identifikují. Vázanost na rodinu se postupně uvolňuje. Předškolní věk lze charakterizovat jako období přípravy na život ve společnosti. Děti navazují kontakty s vrstevníky, výběr kamarádů se odvozuje od shody v oblasti potřeb a zájmů. Ve společnosti kamarádů, vrstevníků, dochází k postupné diferenciaci rolí, dítě se zde učí soupeřit i spolupracovat. Rozvoj poznávacích procesů ovlivní i sebepojetí dítěte. Předškolák přejímá názory dospělých na sebe sama tak, jak jsou mu prezentovány. Dítě o sobě také uvažuje převážně egocentricky a s tendencí k fantazijnímu zkreslení sebepojetí. Součástí dětské identity jsou především pozorovatelné charakteristiky, vztahy k lidem, vlastnictví i různé sociální role, např. genderová role. Předškolní děti mají tendenci zveličovat rozdíly mezi pohlavími, jsou přesvědčeny o vyšší hodnotě vlastního pohlaví, identifikují se s rodičem téhož pohlaví. (58)

#### ***1.10.6 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentálním postižením***

Mentální jedinci tvoří z hlediska psychické struktury osobnosti nehomogenní skupinu, jenž by bylo možno globálně vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený, stejně jako zdravý jedinec, je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. U značné části z nich se však projevují (ve větší či menší míře) určité společné znaky. Individuální modifikace jednotlivých znaků záleží na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo jestli jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný. (53)

Lehká a střední mentální retardace se projevuje zpomalenou chápavostí, sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů, sníženou mechanickou a logickou pamětí, nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace, impulsivností,

hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností v chování. V emotivní stránce je to citovou vzrušivost, nedostatečná rozvinutost volných vlastností a sebereflexe, nedostatky v osobní identifikaci, ve vývoji „já“, opožděným psychosexuálním vývojem, nerovnováhou aspirací a výkonů, zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí, poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými charakteristickými znaky. (53)

Těžká a hluboká mentální retardace se projevuje individuálními rozdíly a charakteristickým chováním. Individuální zvláštnosti se dají jen velmi obtížně diagnostikovat běžnými metodami, především díky výraznému omezení všech jejich schopností, zejména k jejich velmi malé schopnosti komunikovat a vyjádřit vlastní pocity a potřeby. (53)

V diagnostických zprávách se často u osob s mentálním handicapem objevuje časová, prostorová i osobní dezorientace. Dospělí lidé s mentálním postižením snad vyvolávají v neznámém okolí rozpaky svým zvláštním chováním. Ne zřídka jsou považováni za přerostlé děti, pod touto představou je pak mnozí nepostižení posuzují. Jakkoliv je ale jejich chování neadekvátní k věku, neznamená to, že nemá žádnou životní zkušenost. Jejich pohled na svět je zcela neporovnatelný s tím, jak na svět pohlíží dítě. I přes všechny pochyby mnohých lidí má i člověk s mentálním handicapem krom jiného své duchovní, kulturní a sexuální potřeby. (47)

Všichni, kdo přichází do kontaktu s osobami s těžkým a hlubokým mentálním postižením (rodiče, učitelé, vychovatelé a zdravotničtí pracovníci), žijí s nimi, pracují, často dokáží tyto rozdílnosti vnímat i výstižně charakterizovat. (53)

### **1.11 Rodina a dítě s postižením**

Problémy rodičů s dítětem s postižením jsou intenzivně diskutovaným tématem. Rodina má zvláštní význam pro celkový vývoj dítěte. Situace rodiny, jejímž členem je dítě s postižením je náročná v mnoha směrech. Rodinný život se organizuje v rámci právních, sociálních a etických norem, které se neustále formují vzhledem k současnému pozadí politických i kulturních proudů. Rodina je nejpřirozenějším prostředím pro život dítěte. Je to jediné prostředí, které poskytne ty nejvhodnější

podmínky pro rozvoj dítěte s postižením. Odborná péče lékařů a podpora je důležitá pro zjištění vývojových možností, hloubky a povahy postižení dítěte.(62)

Narození dítěte s postižením ve většině případů znamená neočekávanou zátěž. Doba kdy rodiče zjistí, že je jejich dítě mentálně postižené může být už v prenatálním období (rodiče vědí o potenciálním postižení již před narozením), nebo postižení může být diagnostikováno v průběhu vývoje (do počátku povinné školní docházky). Rodiče si musí uvědomit, že integrace začíná již tehdy, kdy se o jakémkoli zdravotním znevýhodnění dítěte dozvědí. Musí si být vědomi toho, jak náročný úkol si vzali, když se rozhodli vychovávat dítě s postižením. Není to věc, za kterou by se měli stydět, naopak si zaslouží uznání celé společnosti. Čím dříve se rodiče dozvědí, že je jejich dítě postižené, tím dříve se změní jejich postoje, dojde k uspořádání rodinného života. Ten bude uzpůsoben nejen dítěti s postižením. (49, 62)

Postižení dítěte je zátěží nejen pro rodiče, ale i pro jeho sourozence. Je nutné vysvětlit problém postižení i sourozencům, nejen rodičům. Sourozenec přijímá ochrannou roli, současně podporuje a ochraňuje postiženého sourozence. Nebezpečné může být soustředění pozornosti rodičů na dítě s postižením, nebo naopak, kdy je veškerá péče a pozornost věnována zdravému dítěti. Oba přístupy vedou k nepřiměřeným nárokům na zdravé dítě. Rodiče svými požadavky mohou zkomplikovat socializaci i rozvoj identity zdravého dítěte. Vyššími požadavky na zdravé dítě mu mohou pomoci v socializačním rozvoji, mohou urychlit schopnost převzít zodpovědnost a mít větší ochotu pomáhat. Záleží na rodičích, jaký typ výchovy zvolí. Je nutné, aby žádné z dětí nezatěžovali víc než je nutné, čas věnovali každému zvlášť.(62)

Je celá škála služeb, které potřebuje rodina dítěte s handicapem, patří sem: (45)

- psychologické služby
- běžná zdravotní a lékařská péče, odborní lékaři, genetické poradenství,
- vývojové a anticipační poradenství (i otázky budoucího zaměstnání, rodičovství dítěte, příprava na reakce okolí),
- speciální terapie pro dítě (rehabilitace, logopedie, vývojová stimulace, psychoterapie),



- služby pro rodiče (rodičovské skupiny, individuální psychoterapie, úlevná péče - *respite* - český termín pro služby profesionálního hlídání postiženého dítěte zatím chybí, rekreace),
- služby pro sourozence,
- svépomocné a rodičovské organizace (emoční opora, sdílení zkušeností a problémů, odpočinek a rekreační programy, informace) – časná stimulace, předškolní a školní zařízení,
- možnosti samostatného bydlení a zaměstnání, zájmové rekreační a kulturní činnosti pro mladé dospělé.

Všechny služby musí splňovat řadu podmínek, aby byly rodinám ku prospěchu, nikoli aby byly zátěží. Rodiče musí mít možnost služby odmítnout, přitom ale mít možnost vyhledat pomoc či jinou službu později. Odmítnutí není důvodem označit rodinu jako nespolupracující. Odmítnutí by mělo být signálem, že v dané chvíli má rodina jiné priority, potřeby, případně že je služba časově nebo i finančně pro rodinu nedosažitelná. (45)

*Nejdůležitější aspekty služeb (podle rodičů i odborníků) (45)*

**Zapojení rodičů** do procesu diagnostiky a terapie.

**Informace** – dítě i jeho rodiče musí mít dostatek informací o postižení, jeho příčinách, průběhu i prognóze stavu dítěte.

**Léčba postižení** – rodičům musí být podrobně vysvětlen jasný plán terapie, pokroky dítěte v průběhu terapie by měly být kontinuálně hodnoceny, nutností je i poskytování potřebných pomůcek a zařízení.

**Dostupnost a dosažitelnost služeb** – tj. služby mají být rychlé, v blízkosti, bez čekání, v době vhodné pro rodiče i dítě.

**Koordinace služeb** – tj. propojení všech služeb poskytovaných rodině a sdílení podstatných informací všemi, kdo o dítě pečují (specialisté, běžný lékař, školy ap.).

**Na rodinu zaměřený přístup** – znamená rozumět vlivu postižení na všechny členy rodiny a dát najevo ochotu anticipovat problémy a potřeby každého z nich, rozumět otázkám a úzkostem všech a reagovat na ně.

**Plány do budoucna** – má být vždy explicitně vyjádřeno, k jaké perspektivě se služba zaměřuje, včetně úvah o škole, zaměstnání, budoucím sexuálním životě, manželství a rodičovství postiženého dítěte.

**Opora pro odborníky samé** – důležitá je jejich možnost diskutovat své pocity a reakce, které by jinak mohly interferovat s kvalitní péčí.

*Poradenské vedení rodiny* zůstává základním způsobem péče o rodiny postižených dětí. Vedení je založené na kvalitní diagnóze dítěte i celého rodinného systému. Při rozhovorech s rodiči je nutné vyjádřit opakovaně rodičům pochopení, zájem a úctu k nim. Je nutné je ujistit, že veškeré činnosti a služby, kterými doposud prošli, byly správné nebo alespoň ty nejlepší, které mohli v dané situaci zvolit. Důležité je posilovat naději – je-li určitá pravděpodobnost, že by dítě mohlo dosáhnout rodiči stanoveného cíle (např. umět se sám najíst nebo obléci). Je důležité znát a rozumět "rodinné teorii nemoci či postižení" a očekáváním rodičů do budoucna. Při jejich respektování a znalosti je pak spolupráce s rodiči snazší. O dítěti hovoříme vždy zcela konkrétně a individualizovaně. Úkoly, před nimiž rodiny s postiženým dítětem stojí, vyžadují vždy mobilizaci všech sil rodičů i ostatních členů rodiny. *Rodinná a rodičovská terapie* bývá indikována v tzv. tranzistorních krizích – v době přechodu z jedné vývojové fáze do fáze následující a při každém výraznějším stresu. *Rodičovské skupiny* poskytují možnosti sdílení všech skutečností, dobrých i špatných, strategií zvládnání a vyrovnávání se s faktem postižení i se stresem.(45)

### **1.12 Současná legislativa**

Česká republika akceptuje mezinárodní dokument Úmluvu o právech dítěte, ve které se říká: „Smluvní strany se shodují, že výchova dítěte má směřovat k rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a jeho rozumových schopností na nejvyšší možnou míru“.

(53)

Postavení handicapovaných občanů v našem právním řádu se ubírá, díky pozvolným změnám v pozitivním směru. Za pokrok můžeme poděkovat i Evropské unii, jíž jsme členem. V našem státě se veškeré právní dokumenty týkající se integrace a integrovaného vzdělávání začaly objevovat až po roce 1991. Postupně bylo zpracováno několik národních plánů směřujících ke zlepšení situace osob s postižením. Posledním národním plánem v řadě je Národní plán podpory a integrace občanů se zdravotním postižením (aktualizován vždy na 4 roky – nyní pro 2006–2009). Díky tomuto plánu spolu s Národní radou zdravotně postižených dochází k pozvolnému měnění legislativy v oblasti vzdělávání, pracovního uplatnění apod. (35, 47)

### ***1.12.1 Právní úprava předškolního vzdělávání a školské integrace***

Mezi základní právní úpravy patří zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ze dne 24. 9. 2004, který nabyl platnosti k 1. 1. 2005. Jeho úplné znění bylo vyhlášeno ke 2. září roku 2008 a zohledňuje všechny změny zákona, které nabyly účinnosti do tohoto data. V tomto zákoně se v § 16 hovoří o vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, dále § 18 charakterizuje individuální vzdělávací plán. Dle tohoto zákona bychom měli upřednostňovat vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami ve standardním školním prostředí (běžné třídy základních a středních škol). (70)

Předškolní vzdělávání je dále upraveno vyhláškou č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání. Tato vyhláška nabyla účinnosti dnem 11. ledna 2005. Vyhláška č. 14/2005 Sb. byla pozměněna vyhláškou 43/2006 Sb., jež nabyla účinnost 1. března 2006. Dle nich lze zřizovat mateřské školy s celodenním a internátním provozem. Předškolní vzdělávání má 3 ročníky. (65, 66)

Na zákon č. 561/2004 Sb. navazují později přijaté jednotlivé vyhlášky. Již zmíněná vyhláška č.14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání, vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních a vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tato vyhláška upravuje detaily týkající se vzdělávání znevýhodněných dětí, žáků a studentů. Zahrnuje také pravidla pro vypracování *IVP (individuální vzdělávací*

*plán*), závazného dokumentu nezbytného pro integrované vzdělávání žáka v běžné škole. Dále jsou zde uvedeny základní informace týkající se činnosti *asistenta pedagoga*. (47, 48)

Vzdělávání žáků se zdravotním postižením je realizováno podle vyhlášky č.73/2005 Sb. ze dne 9. 2. 2005

- a) formou individuální integrace
- b) formou skupinové integrace
- c) ve škole zřízené samostatně pro žáky se zdravotním postižením
- d) kombinací forem a) až c) (68)

**Individuální integrací** dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. chápeme vzdělávání v běžné škole, nebo i ve škole speciální určené pro žáky s jiným druhem postižení. (67)

**Skupinovou integrací** dle vyhlášky č. 73/2005 Sb. rozumíme vzdělávání žáka ve třídě, skupině či oddělení zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. (67)

### **1.13 Výchova a vzdělávání dítěte s mentálním postižením**

V okamžiku, kdy je zjištěna vada nebo porucha u dítěte, měla by rodina dostat dostatek informací a nabídek na odbornou i poradenskou pomoc. Krom lékařské péče jsou to především služby profesionálů (speciálních pedagogů, psychologů, sociálních pracovníků), kteří pomohou zvládnout situaci rodičům a dítěti vytvořit vhodné podmínky pro další vývoj. Služby tzv. *rané péče* jsou nejčastěji poskytovány *středisky rané péče* (popřípadě podobnými zařízeními, jež tyto služby poskytují). Ukončení služeb rané péče přichází v období nástupu dítěte do předškolního zařízení, v některých případech ale může přetrvávat až do počátku školní docházky. SPC (*speciálně pedagogická centra*) spolupracují se školami a spoluvytvářejí IVP (individuální vzdělávací plán) pro integrované žáky. SPC nabízí včasnou intervenci s možností dojíždění do rodin, speciálně pedagogickou diagnostiku., psychologickou diagnostiku,

preventivní a léčebnou rehabilitaci, sociálně právní poradenství, péči o integrované děti ve školských zřízeních, metodickou pomoc učitelům.(47)

Právo na vzdělání má v České republice každý. Školní docházka je povinná po celou dobu stanovenou zákonem. Právo na vzdělání jako takové je zakotveno v jednom z článků Listiny základních práv a svobod. Toto právo se vztahuje na všechny děti, včetně těch, které jsou jakýmkoli způsobem zdravotně postiženy, tedy i děti s mentální retardací. Jedním z největších přínosů poslední doby je snaha nerozlišovat děti s handicapem či bez něj. Dochází tedy ke změně, jež spočívá v zaměření na dítě jako celek, nikoli jen soustředění se na jeho postižení. Každý máme jen jedno dětství a každý z nás má právo prožívat ho bez potlačování svých přirozených zájmů a potřeb.(1, 52, 56)

Všechny děti, s jakýmkoli zdravotním znevýhodněním, by měly mít možnost navštěvovat nejen speciální, ale i běžné mateřské a základní školy. Speciální mateřské školy jsou určeny pro děti s různými druhy postižení i s různými kombinacemi jednotlivých postižení. (55)

Vzdělávací směr, který zvolí zákonní zástupci dítěte, je jejich svobodnou volbou. Ovšem rozhodnutí o konečném umístění dítěte do rodiči vybraného zařízení je i na vedoucím pracovníkovi vzdělávací instituce. Na rozhodnutí se také podílejí pracovníci speciálně pedagogického centra, jenž legislativně podporuje integrované vzdělávání. Jistě neopomenutelné slovo má také odborný lékař.(1)

Aby se mohlo dítě plně rozvinout, potřebuje dostatek podnětů a láskyplné, bezpečné prostředí. Ne jinak je tomu u dítěte s mentální retardací. Na rozdíl od zdravých dětí, u kterých veškeré pokroky ve vývoji přicházejí jakoby samy, u dětí s mentální retardací vyžadují mnohem víc úsilí, trpělivosti a času. Vzhledem ke snížené úrovni rozumových schopností se člověk s mentálním handicapem musí učit o to usilovněji a více než lidé bez postižení. (15, 47)

Jsou – li děti s lehkou mentální retardací v nízkém věku správně vedeny spolu s láskou a porozuměním, nezaostávají za zdravými dětmi skoro vůbec. Následně pak budou chodit, běhat, hrát si s ostatními na písku, naučí se sociálním úkonům a většina také číst, psát, počítat, plavat, lyžovat, atd.(15)

Pro všechny činnosti, které chceme dělat s dítětem s mentální retardací, je vždy důležitý určitý čas a vhodná míra. Každý krok ve výchově, ve cvičení, v podněcování vývoje, v rehabilitaci by měl přijít ve vhodný čas. Při péči o postižené dítě platí, že čas, odhodlání a dobrá vůle rodičů a dalších vychovatelů jsou velké hodnoty, kterých je nutno využívat co nejúčelněji. (28)

Rodiče se musí vyrovnat s tím, že jejich dítě není tak reaktivní jako děti normální. Ač mu projevují lásku, tráví s ním plno času, starají se o ně, často mohou trpět pocitem, že za to nic nedostávají. Musejí ale vydržet, protože odměna se dostaví, nemusí být ale tak velká, jak možná očekávají. (37)

Žádné z dětí není stejné. Aktivitu, kterou má rádo jedno, druhé nesnáší a naopak. Učení pro ně musí být legrací a zábavou, aby bylo dosaženo úspěchu. Každé dítě pracuje svým tempem a vždy musí postupovat po jednotlivých krocích dál a dál.(2)

Výchova a vzdělávání dítěte s postižením má řadu specifických otázek a problémů, jak pro rodinu tak pro pedagogy v běžných školách. Všichni mohou využívat služeb již zmíněných školských poradenských zařízení (pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogických center). Pedagogicko-psychologické poradny se věnují hlavně diagnostice a poradenství, týkající se specifických poruch učení a vzdělávacích obtíží. SPC (speciálně pedagogická centra) jsou nejčastěji zřízena v rámci některých speciálních škol. Zaměřují se na děti s příslušným druhem postižení. Obě zařízení spolupracují se školami a spoluvytvářejí IVP pro integrované žáky, při indikaci pomůcek nebo činnosti asistenta pedagoga.(47)

### *System vzdělávání osob s handicapem (47)*

<b>raná péče</b>	střediska rané péče a další zařízení poskytující služby rané péče
<b>předškolní vzdělávání</b>	mateřská škola (běžná nebo pro děti s konkrétním druhem postižení – např. pro zrakově postižené atd.)
<b>základní a střední vzdělávání</b>	základní škola (běžná nebo pro žáky s konkrétním druhem postižení – např. pro sluchově postižené atd.), střední školy (běžné nebo pro studenty s konkrétním postižením – gymnázia, SOŠ, SOU, OU, praktické školy), jiný způsob vzdělávání (např. individuální vzdělávání)
<b>terciální vzdělávání</b>	vyšší odborné školy, vysoké školy
<b>celoživotní vzdělávání</b>	programy dalšího vzdělávání, vzdělávací a rekvalifikační kurzy a školení

#### ***1.13.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami***

Dítětem a zároveň žákem se speciálními vzdělávacími potřebami označujeme osobu se zdravotním postižením, zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Školský zákon považuje za zdravotní postižení mentální, tělesné, zrakové a sluchové postižení, dále vady řeči, postižení více vadami souběžně, autismus a poruchy učení a chování.(71)

Školská poradenská zařízení, jako jsou speciálně pedagogická centra a pedagogicko psychologické poradny, doporučují vzdělávací potřeby. (71)

Všechny děti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody jsou přizpůsobeny jejich potřebám. Žák je pak hodnocen s přihlédnutím k jeho postižení. Při vzdělávání samotném pak mají právo na bezplatné

užívání speciálních učebnic, speciálních didaktických a kompenzačních pomůcek poskytovaných školou. (71)

Ředitel školního zařízení může ze zákona zřídit funkci asistenta pedagoga za předpokladu, že s jeho zřízením souhlasí i zřizovatel tj. Krajský úřad, na doporučení školského poradenského zařízení.(71)

### ***1.13.2 Předškolní vzdělávání dětí s mentálním postižením***

Prvním článkem vzdělání dětí s mentálním postižením jsou mateřské školy, kde se mohou děti integrovat do běžných mateřských škol nebo mohou docházet do speciálních mateřských škol. Hlavním principem výchovné práce ve speciálních mateřských školách je individuální přístup ke každému dítěti, neboť aktuální vývojové potřeby jednotlivých dětí mohou být rozdílné, stejně jako jejich mentální úroveň. (61)

Předškolní vzdělávání, nemluvíme – li o dítěti, jemuž je umožněn odklad povinné školní docházky, se týká dětí ve věku od tří do šesti let. Předškolní období je charakterizováno jako zakončení etapy raného dětství. Vzdělání, především to předškolní, představuje pro každého člověka, jeho budoucí osobnost, důležitou etapu rozvoje, jak psychických, tak fyzických schopností. Pro děti s mentální retardací to pak platí dvojnásob, neboť včasná speciálně-pedagogická péče může mít pro jejich další vývoj mimořádný význam. Navštěvování jakéhokoli předškolního zařízení přispívá ke zvýšení sociálně kulturní úrovně péče o děti se zdravotním znevýhodněním a vytváří základní předpoklady jejich pozdějšího vzdělávání. (6, 39, 53)

Předškolní přípravu dětí s mentální retardací zajišťují mateřské školy a speciální mateřské školy. Legislativně jsou zakotveny v rámci vzdělávací soustavy jako druh školy a jsou organizovány pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti (sedmi) let. Přednostně jsou přijímány děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. Mateřské školy jsou organizačně děleny na třídy, do nichž lze zařazovat děti stejného či různého věku a vytvářet tak třídy věkově homogenní či heterogenní. Do tříd běžných mateřských lze také zařazovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami a vytvářet třídy integrované.(53)



Životní a další vzdělávací cesta by měla být díky kvalitnímu předškolnímu vzdělání usnadněna. To by mělo hlavně rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho rozvoj tělesný a zdraví, dbát na jeho osobní spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního světa a motivovat je k dalšímu poznávání a učení, dále jej pak učit dítě žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty touto společností uznávané.(53)

Předškolní vzdělávání vytváří předpoklady pro další bezproblémové vzdělávání tím, že za všech okolností maximálně respektuje individuální rozvojové možnosti dětí a umožňuje tak každému dítěti dospět v době, kdy opouští mateřskou školu, k optimální úrovni osobnostního rozvoje a učení, resp. k takové úrovni, která je pro dítě individuálně dosažitelná. Děti jsou ve speciálních mateřských školách, dle individuálních možností, vedeny k samostatnosti a sebeobsluze. Smyslové vnímání a aktivita je rozvíjena pomocí individuálních, popřípadě kolektivních her.(53, 61)

Předškolní vzdělávání může, díky dlouhodobému a každodennímu styku s dítětem i jeho rodiči, plnit i úkol diagnostický. Hlavně co se týče dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. Dětem, které potřebují speciální péči (dětí s nerovnoměrným vývojem, se zdravotním postižením, se zdravotním a sociálním znevýhodněním), předškolní vzdělávání poskytuje včasnou speciálně – pedagogickou péči a tím zlepšuje jejich nejen vzdělávací, ale i životní šance. Péče je poskytována na základě znalosti aktuální úrovně rozvoje dítěte i jeho dalších rozvojových možností.(47)

Vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje jiné podmínky, než vzdělávání dětí běžné populace. Například v oblasti věcného prostředí, životosprávy dětí, psychosociálního klimatu, organizace vzdělávání, jeho personálního a pedagogického zajištění, spolupráce školy s rodinou. To vše rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVPPV) respektuje.(47)

Pedagog v předškolním zařízení musí brát, v úvahu, krom již zmíněných podmínek, i mnohé další, které vyplývají z přirozených vývojových potřeb dětí předškolního věku. Některé podmínky a potřeby jsou pro všechny děti společné, jiné se liší dle charakteru a stupně postižení či znevýhodnění dítěte. Podmínky by měl

pedagog zajišťovat s ohledem na vývojová a osobnostní specifika dětí a měl by být vzdělán v oblasti speciální pedagogiky.(47)

Podle RVP PV jsou vyhovující podmínky při vzdělávání dětí s mentální retardací s ohledem na druh a stupeň postižení dítěte, jestliže: (47)

- je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení,
- jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,
- je zajištěna přítomnost asistenta (podle míry a stupně postižení),
- je počet dětí ve třídě snížen.

Pedagogové předškolních zařízení dětí se speciálními vzdělávacími potřebami spolupracují i s dalšími odborníky a využívají služeb školských poradenských zařízení. Využívat mohou také poradenských služeb speciálně – pedagogických center pro mentálně postižené, služby středisek pomoci v krizových situacích, klubů rodičů s mentálním postižením, fonoték, videoték, půjčoven hraček a kompenzačních pomůcek. Jedním z úkolů speciálně pedagogického působení v mateřské škole je příprava dítěte na školní povinnosti.(18, 47)

### ***1.13.3 Individuální vzdělávací plán***

Pod pojmem individuální vzdělávací plán (dále jen IVP) rozumíme důležitý prvek ze systému podpůrných intervencí a služeb, jehož pomocí zabezpečujeme optimální vzdělání dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, začleněného do prostředí běžné mateřské či základní školy. Je vypracováván na základě individuálních potřeb dítěte. Zařízení vypracovává IVP na základě spolupráce se speciálně pedagogickým centrem, případně pedagogicko psychologickou poradnou pro každé dítě se zdravotním znevýhodněním zvláště, v případě individuální integrace dítěte se zdravotním postižením.(14)

IVP je označován za klíčový nástroj pro odpovídající a odbornou přípravu na výuku žáka se speciálními potřebami. Je to typ dokumentu, jenž slouží k plánování

obsahu zkušenosti, kterou konkrétní žák s mentálním postižením získá ve škole a v činnostech ke škole se vztahujícím. Slouží k plánování obsahu vzdělávání jednotlivého žáka. (14, 17)

IVP stanovuje cíle, pro výukové období, dále je jeho součástí i hodnocení a kontrola výsledků. Obecným doporučením je sestavit IVP na jeden školní rok, ovšem z praxe vyplývá, že sestavení IVP na tak dlouhou dobu je nereálné. Hlavním důvodem je, že nikdy nelze odhadnout prognostický vývoj obtíží. Je vhodné provádět jeho obměnu alespoň jednou za čtvrt roku.(33)

Aby mohl být vytvořen funkční IVP je více než nezbytné stanovit vývojovou úroveň dítěte v jednotlivých oblastech a stanovení jednotlivých priorit pro výchovně vzdělávací intervenci. Při sestavování IVP je velmi důležité respektovat speciální potřeby dětí s autismem, jejichž potřeby vychází ze specifík postižení, z úrovně mentálního a chronologického věku, a také musí být zohledněna i jiná přidružená postižení, ať už smyslová či tělesná.(3)

Na vypracování IVP se podílí speciální pedagog, třídní učitel, zákonný zástupce žáka, pedagogický asistent ve spolupráci se speciálním pedagogickým centrem a popř. pedagogicko – psychologickou poradnou.(44)

Aby bylo vzdělávání dětí s mentálním postižením efektivní a vedlo k jejich přípravě na život, měli by být vyučováni v klidném prostředí malých tříd se sníženým počtem žáků a pedagogem s psychopedickou kvalifikací. (53)

### **Individuální vzdělávací program by měl obsahovat** (32)

- cíl, jehož má být dosaženo (dovednosti, znalosti, výkony) v jednotlivých oblastech,
- 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 oblastech,
- pravidla komunikace s rodiči dítěte,
- termíny způsobu vyhodnocování výsledků,
- pravidla změn a úprav individuálního vzdělávacího plánu a jmenovité uvedení osob, kterým je poskytnut.

## **2. Cíl práce a hypotézy**

### **2.1 Cíl práce**

Porovnat postoje k integraci dětí předškolního věku u ředitelů mateřských škol v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci, rodičů dětí s mentální retardací navštěvující specializovaná předškolní zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci a pracovníků specializovaných předškolních zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci.

### **2.2 Hypotézy**

Hypotéza 1 – Postoj k integraci dětí s mentálním postižením u pracovníků specializovaných předškolních zařízení je záporný.

Hypotéza 2 – Postoj rodičů dětí s mentální retardací umístěných ve speciálních předškolních zařízeních k integraci je pozitivní.

Hypotéza 3 – Postoj ředitelky mateřských škol k dětem s mentální retardací v Českých Budějovicích je více negativní než v Jindřichově Hradci.

### **3. Metodika**

Pro sběr dat byl použit kvantitativní výzkum.

#### **3.1 Použitá metodika**

Byla zvolena metoda dotazníku:

- dotazník pro vedoucí pracovníky běžných mateřských škol,
- dotazník pro vedoucí pracovníky mateřských škol speciálních,
- dotazník pro pracovníky mateřských škol speciálních,
- dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením.

#### **3.2 Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor byl tvořen :

- vedoucími pracovníky běžných mateřských škol v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci,
- vedoucími pracovníky mateřských škol speciálních v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci,
- pracovníky mateřských škol speciálních v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci,
- rodiči dětí s mentálním postižením.

Dotazník pro vedoucí pracovníky běžných mateřských škol byl rozdán do 7 volně zvolených běžných mateřských škol v Českých Budějovicích a do 2 volně zvolených běžných mateřských škol v Jindřichově Hradci. Počet navrácených dotazníků byl 5 z celkového počtu 9. Návratnost je tedy 56%.

Dotazník pro vedoucí pracovníky mateřských škol speciálních byl podán ve dvou mateřských školách speciálních v Českých Budějovicích a do jedné mateřské školy speciální v Jindřichově Hradci. Vrátily se všechny 3 dotazníky, tedy 100% návratnost.

Dotazníky pro pracovníky mateřských škol speciálních byl podán do stejných mateřských škol speciálních jako dotazník pro vedoucí pracovníky mateřských škol

speciálních v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. V Českých Budějovicích bylo podáno 12 dotazníků, počet navrácených byl 12. Návratnost byla 100%. V Jindřichově Hradci byly podány 4 dotazníky. Všichni respondenti je vyplnili. Návratnost byla 100%.

Dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením byl podán v jedné mateřské škole speciální, kde byli děti s mentálním postižením přítomny. Osloveno bylo 7 rodičů, dotazník vyplnilo 5 párů. Návratnost byla 71%.

Dotazník pro vedoucí pracovníky běžných mateřských škol obsahoval 8 otázek a byl dán i prostor pro vyjádření připomínek.

Dotazník pro vedoucí pracovníky mateřských škol speciálních obsahoval 9 otázek a byl dán prostor pro vyjádření připomínek.

Dotazníky pro pracovníky mateřských škol speciálních obsahoval 10 otázek a byl dán prostor pro vyjádření připomínek.

Dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením obsahoval 11 otázek.

Dotazníky byly odlišné formy, shodovaly se pouze některé otázky v jednotlivých oblastech.

Sběr dat probíhal během ledna 2009.

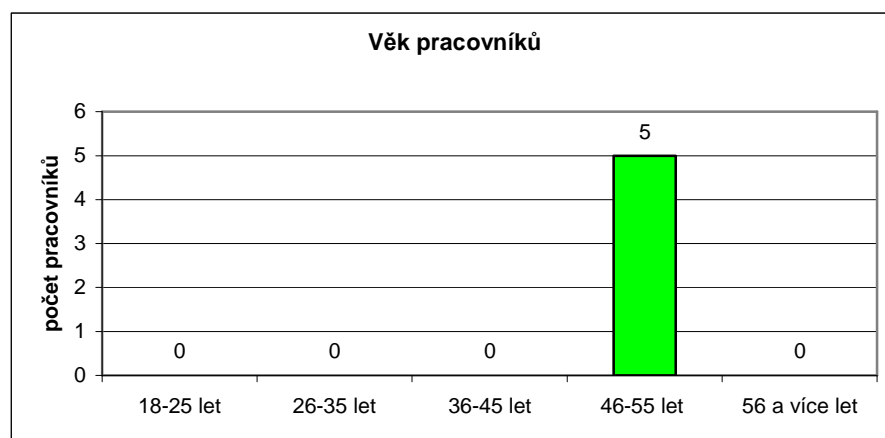
## 4. Výsledky

Výsledky dotazníkového šetření uvádím v absolutních číslech a procentech.

### 4.1 Výsledky dotazníkového šetření u vedoucích pracovníků běžných mateřských škol

#### Otázka č. 1 Váš věk?

Graf 1



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni vedoucí pracovníci 5 (100%) běžných mateřských škol jsou ve věku 46 – 55 let.



## Otázka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání ?

Graf 2

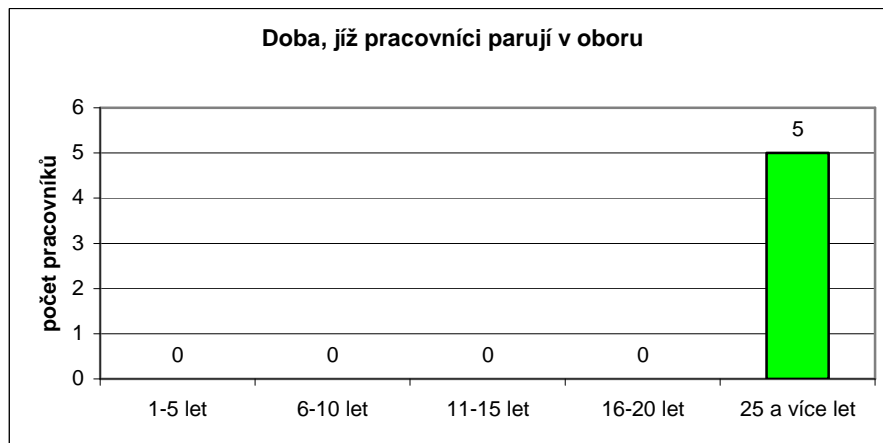


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni vedoucí pracovníci 5 (100%) běžných mateřských škol mají středoškolské vzdělání.

## Otázka č. 3 Kolik let pracujete v tomto oboru?

Graf 3

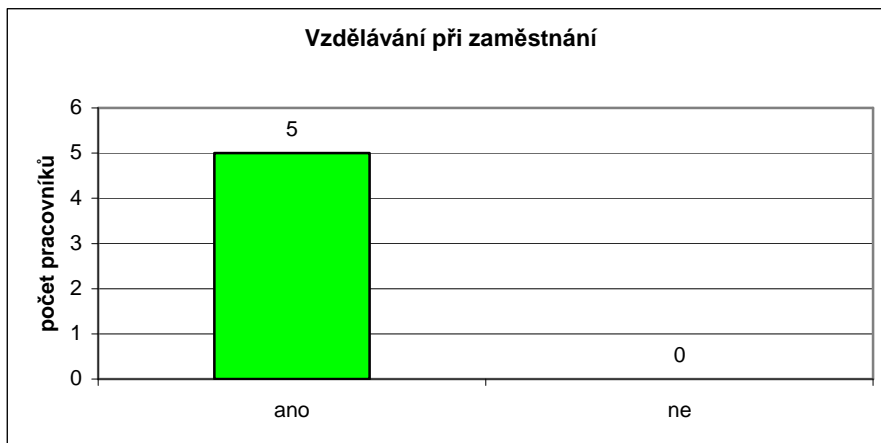


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni vedoucí pracovníci 5 (100%) běžných mateřských škol v oboru pracují 25 let a více.

#### Otázka č. 4 Vzděláváte se stále při svém zaměstnání?

Graf 4

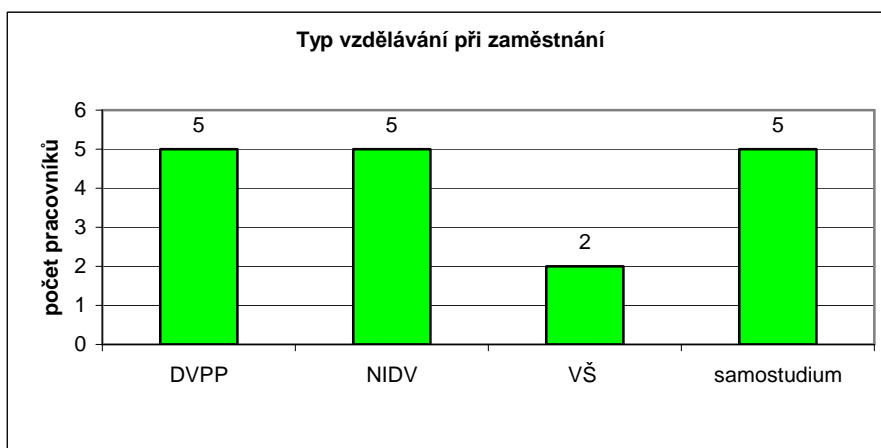


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni vedoucí pracovníci 5 (100%) běžných mateřských škol se během svého zaměstnání neustále vzdělávají.

#### Uvedený druh vzdělávání

Graf 5

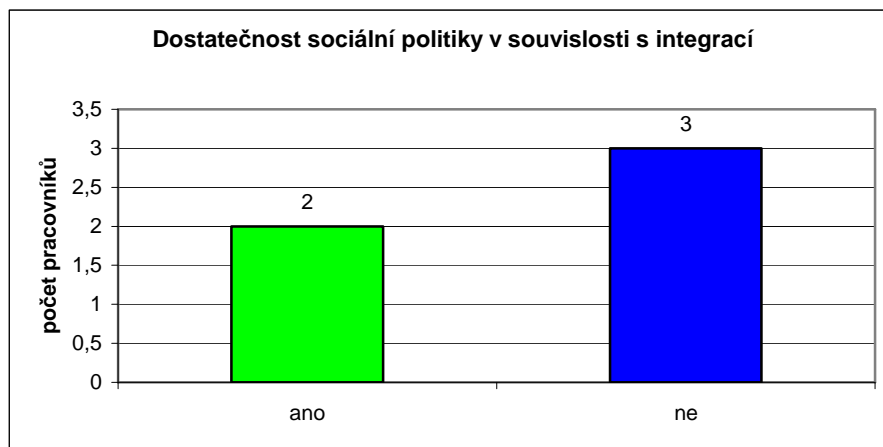


Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni (100%) pracovníci uvedli, že navštěvuje, jak programy DVPP (dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků), tak NIDV (národní institut dalšího vzdělávání). Všichni (100%) pracovníci uvedli, že se věnují samostudiu. 2 pracovníci (40%) uvedli, že se věnují studiu vysoké školy.

**Otázka č. 5** Domníváte se, že sociální politika v ČR je v souvislosti s integrací dostatečná?

**Graf 6**

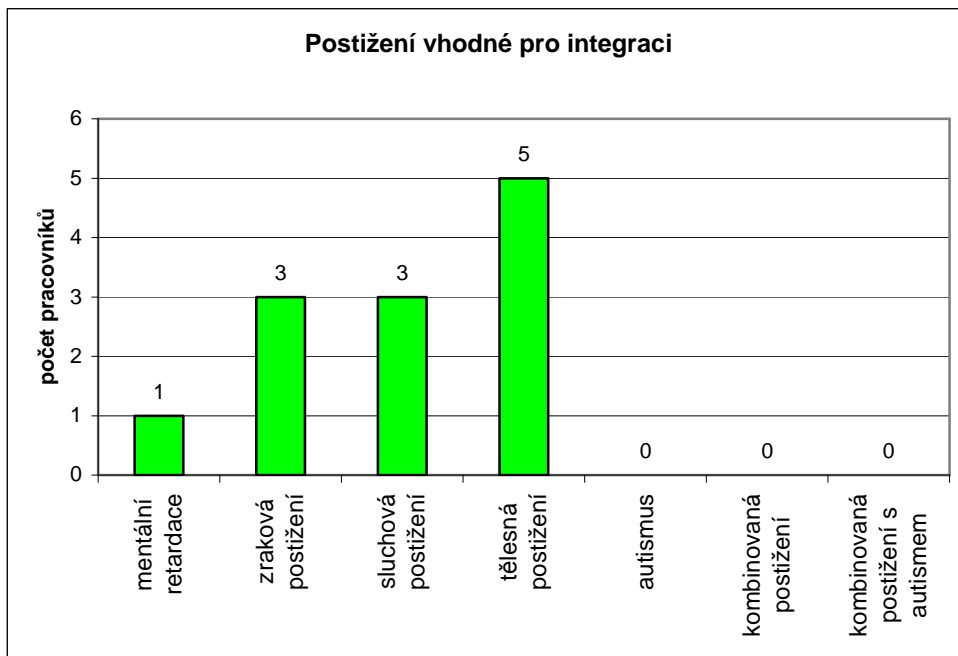


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol se domnívají, že sociální politika v ČR v souvislosti s integrací je nedostatečná. Ostatní 2 (40%) si myslí že sociální politika státu v souvislosti s integrací je dostatečná.

**Otázka č. 6 Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?**

**Graf 7**

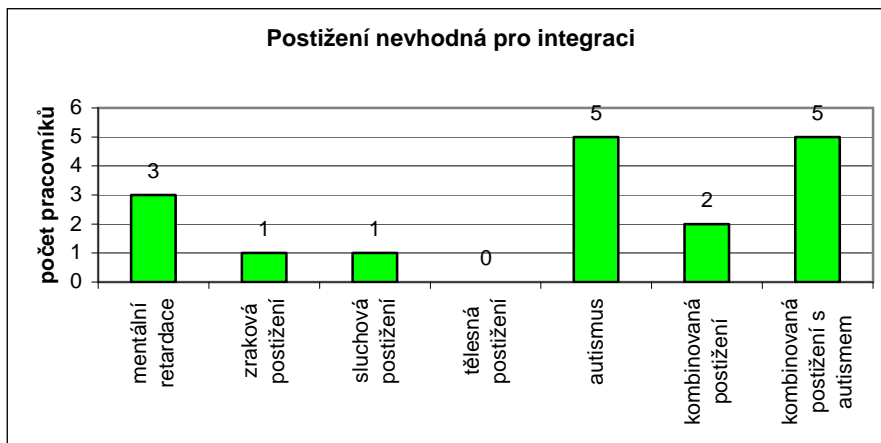


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že pouze 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy se domnívá, že děti s mentálním postižením je vhodné integrovat. 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol považují za vhodné integrovat děti se zrakovým a sluchovým postižením. Všech 5 (100%) vedoucích pracovníků běžných mateřských škol považuje za vhodné integrovat děti s tělesným postižením. Žádný z pracovníků nepovažuje za vhodné postižení k integraci autismus, kombinovaná postižení a kombinovaná postižení s autismem.

### Otázka č. 7 Které postižení je naopak nevhodné pro integraci?

Graf 8

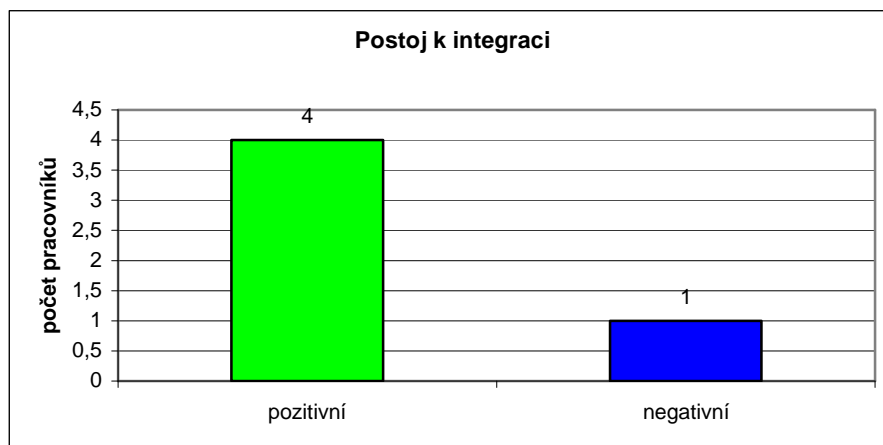


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol považují za nevhodné integrovat děti s mentálním postižením. Pouze 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy se domnívá, že je nevhodné integrovat děti se zrakovým postižením, rovněž 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy se domnívá, že je nevhodné integrovat děti se sluchovým postižením. Všichni vedoucí pracovníci (100%) běžných mateřských škol považují za nevhodné integrovat děti s autismem stejně tak všechna postižení kombinovaná s autismem. 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol považují za nevhodné integrovat děti s jakýmkoli kombinovaným postižením. Nikdo se nezmínil o nevhodnosti integrovat děti s tělesným postižením.

## Otázka č. 8 Jaký je Váš postoj k integraci?

Graf 9



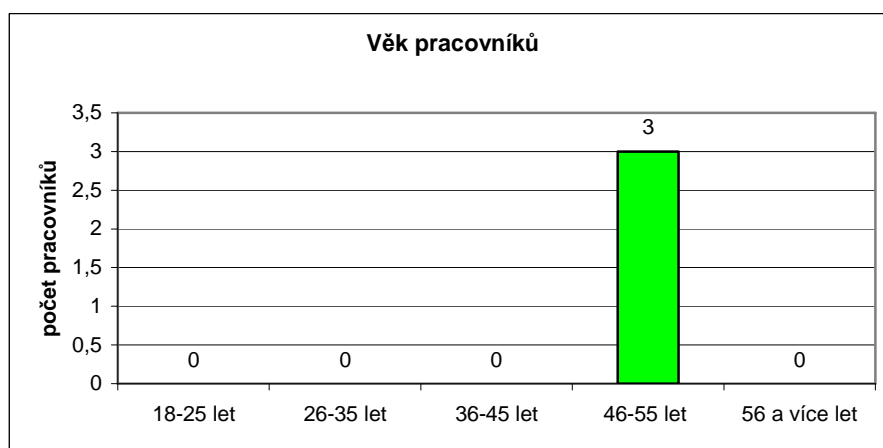
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 4 (80%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol mají pozitivní postoj k integraci. Pouze 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy se k integraci staví negativně.

## 4.2 Výsledky dotazníkového šetření u vedoucích pracovníků mateřských škol speciálních

### Otázka č. 1 Váš věk?

Graf 10



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni 3 (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních jsou ve věku 46 – 55 let.

## Otázka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Graf 11

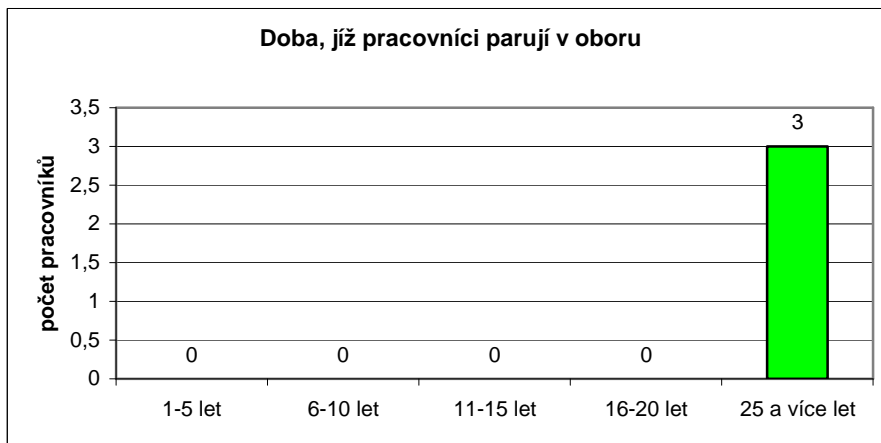


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních mají vysokoškolské vzdělání.

## Otázka č. 3 Kolik let pracujete v tomto oboru?

Graf 12



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských školek speciálních v oboru pracují 25 let a více.



#### Otázka č. 4 Vzděláváte se stále při svém zaměstnání?

Graf 13

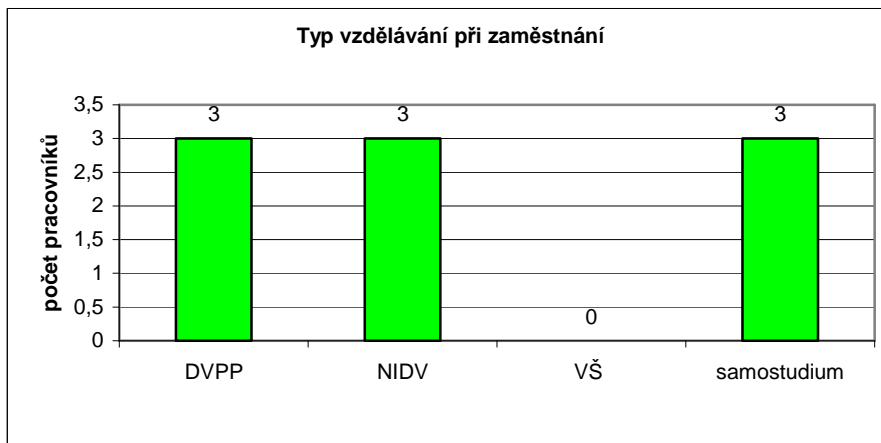


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských školek speciálních se během svého zaměstnání neustále vzdělávají.

#### Uvedený druh vzdělávání

Graf 14

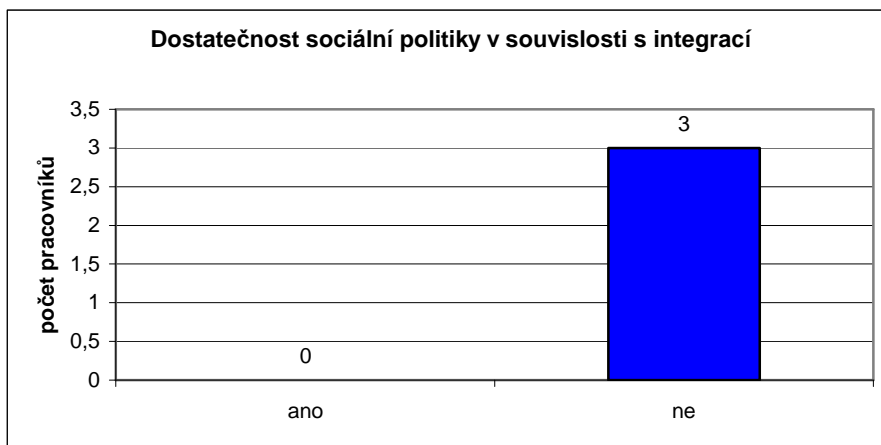


Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských školek speciálních uvedli, že účastní jak DVPP (programů dalšího vzdělávání pro pedagogické pracovníky), tak NIDV (národní institut dalšího vzdělávání). Všichni (100%) se věnují samostudiu.

**Otázka č. 5** Domníváte se, že sociální politika v ČR je v souvislosti s integrací dostatečná?

**Graf 15**

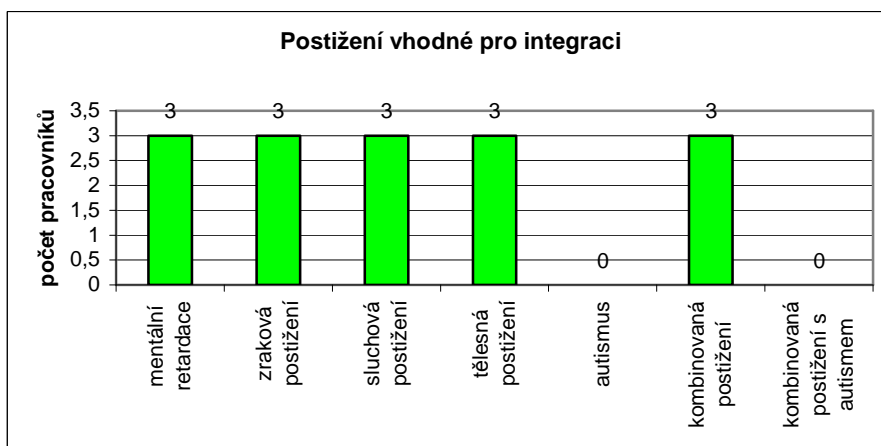


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních se domnívají, že sociální politika státu v souvislosti s integrací je nedostatečná.

**Otázka č. 6** Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?

**Graf 16**

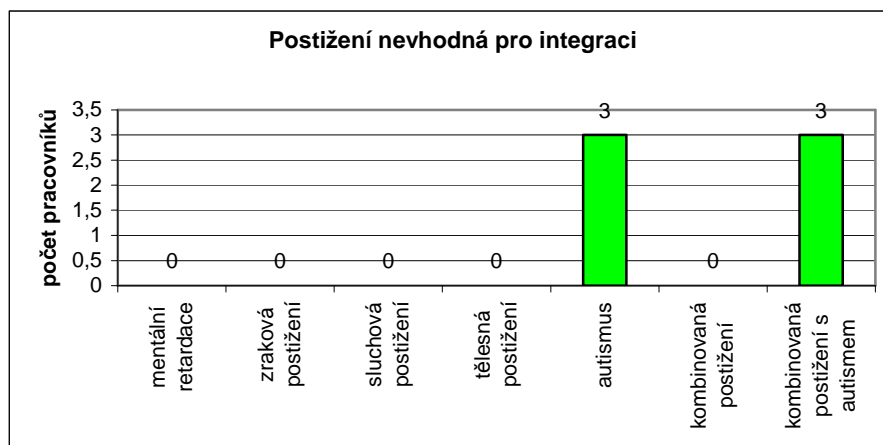


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních zastávají názor, vhodnosti integrovat děti s mentálním, zrakovým, sluchovým, tělesným postižením a různými kombinacemi postižení.

### Otázka č. 7 Které postižení je naopak nevhodné pro integraci?

Graf 17

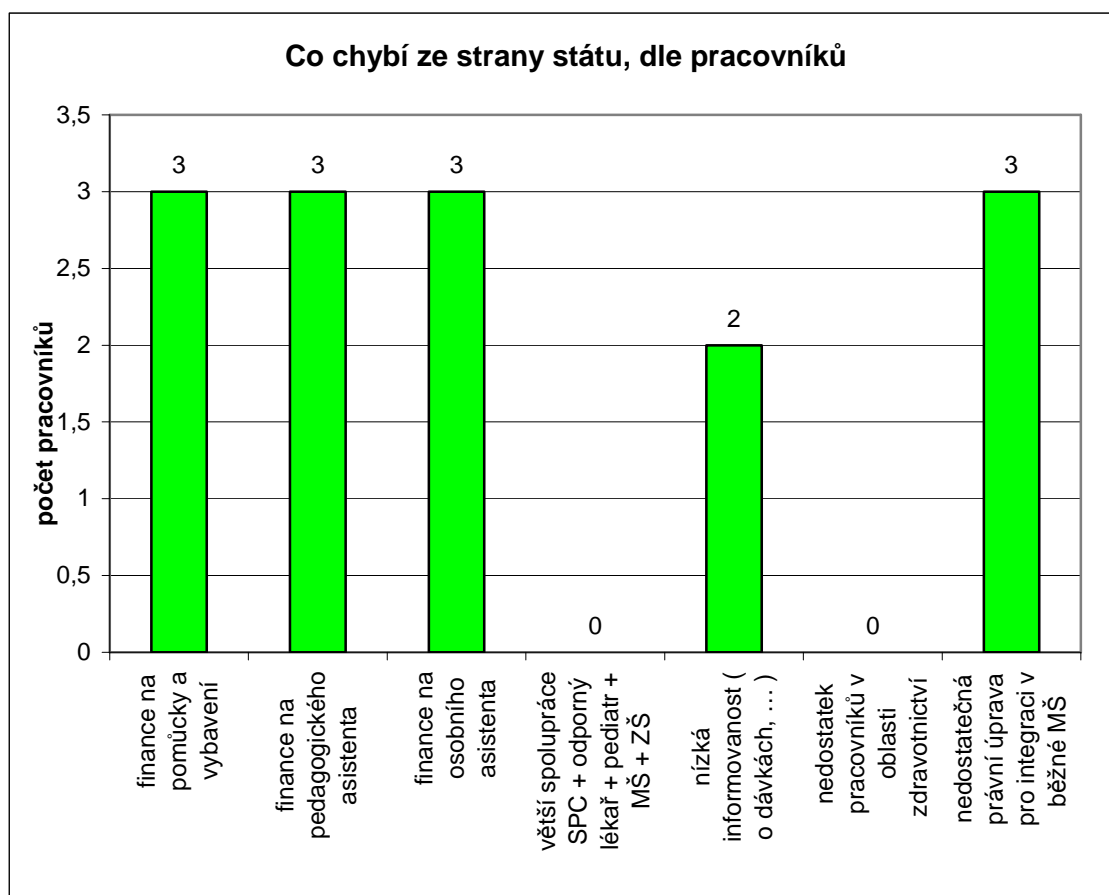


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních nepovažují za vhodné integrovat děti s autismem a další postižení kombinovaná s autismem.

**Otázka č. 8 Co Vám v péči o postižené děti ze strany státu chybí nebo co postrádáte – v oblasti školství, zdravotnictví či sociální oblasti?**

**Graf 18**

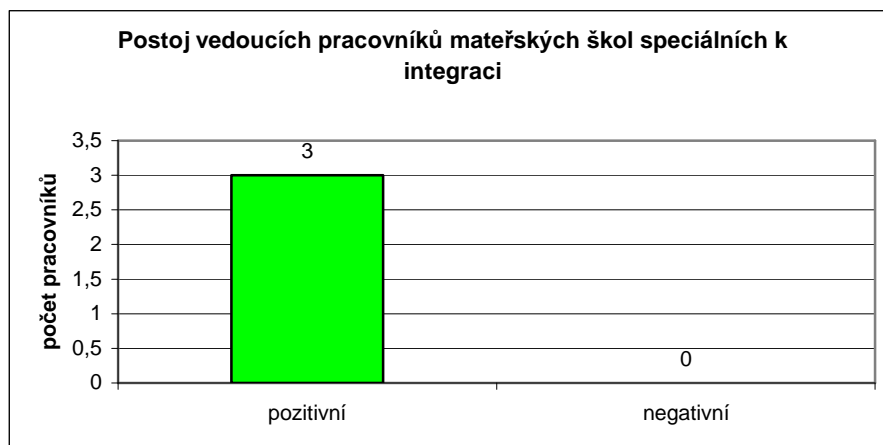


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 3 (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních postrádají především finanční prostředky na pomůcky a vybavení školek, dále pak finance na pedagogického asistenta a finance na osobního asistenta, v neposlední řadě pak postrádají právní úpravu pro integraci v běžné mateřské škole. 2 (67%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních označují za velký nedostatek špatnou informovanost veřejnosti o dávkách apod.

## Otázka č. 9 Jaký je Váš postoj k integraci

**Graf 19**



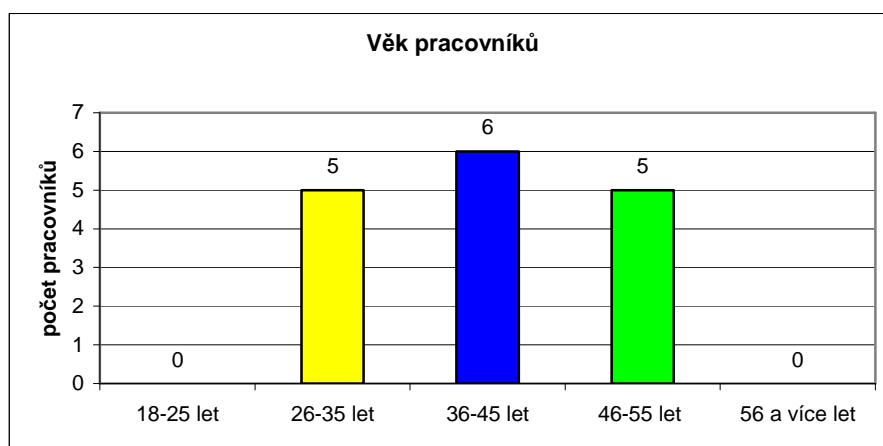
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních mají pozitivní postoj k integraci

### 4.3 Výsledky dotazníkového šetření u pracovníků mateřských škol speciálních

#### Otázka č. 1 Váš věk?

Graf 19



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 (38%) pracovníků mateřských škol speciálních je ve věku 36 – 45 let. 5 (31%) pracovníků je ve věku 26 – 35 let a 5 (31%) pracovníků je ve věku 46 – 55 let.

## Otázka č. 2 Jaké je Vaše nejvyšší vzdělání?

Graf 20

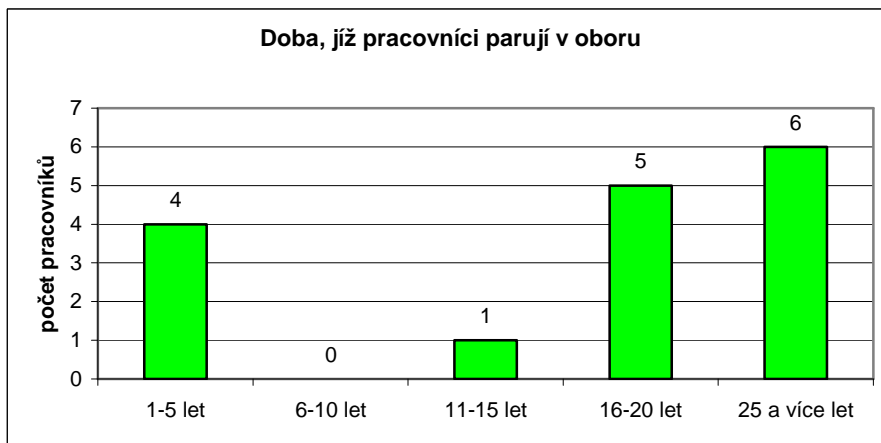


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 9 (56%) pracovníků má středoškolské vzdělání, 7 (44%) má vysokoškolské vzdělání.

## Otázka č. 3 Kolik let pracujete v tomto oboru?

Graf 21



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 6 pracovníků (38%) pracuje v oboru již 25 let a více. 5 (31%) pracovníků pracuje v oboru 16 – 20 let. 4 (25%) pracovníci pracují v oboru 1 – 5 let. 1 (6%) pracovník pracuje v oboru 11 – 15 let.

#### Otázka č. 4 Vzděláváte se stále při svém zaměstnání?

Graf 22

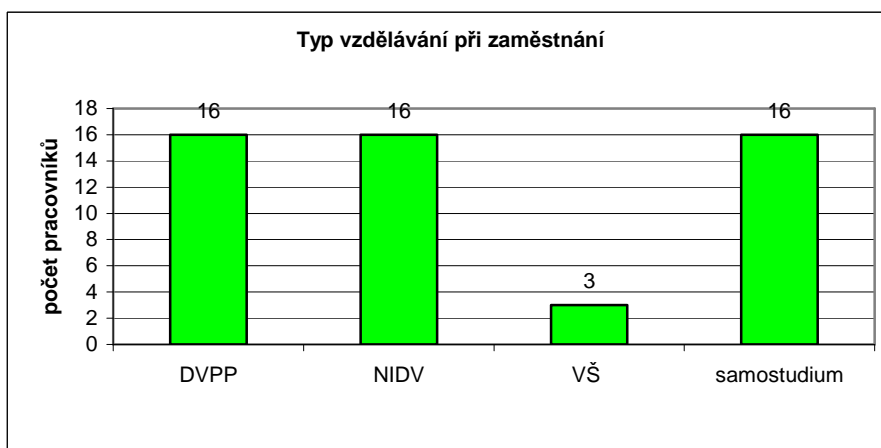


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všech 16 (100%) pracovníků se neustále vzdělává při svém zaměstnání.

#### Uvedený druh vzdělávání

Graf 23



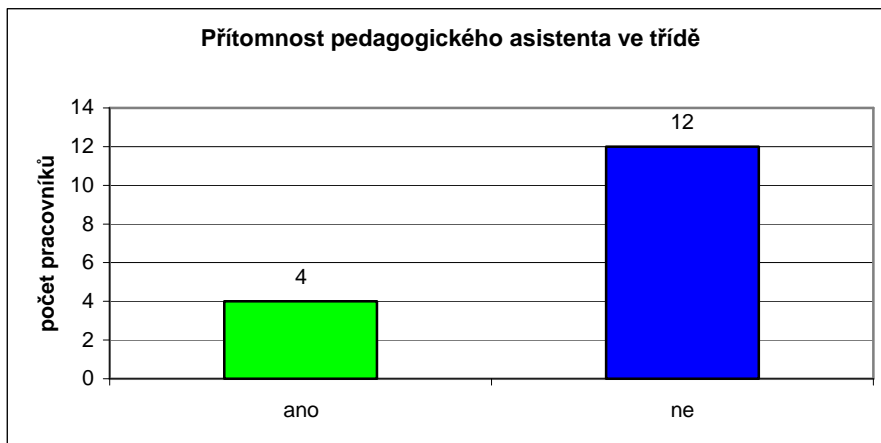
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni (100%) pracovníci navštěvují jak DVPP, další vzdělávání pedagogických pracovníků, tak NIDV, národní institut dalšího vzdělávání. Všichni (100%) pracovníci se věnují samostudiu. 3 (19%) pracovníci uvedli, že se věnují studiu vysoké školy.



**Otázka č. 5 Máte ve třídě asistenta, který Vám s dětmi pomáhá?**

**Graf 24**

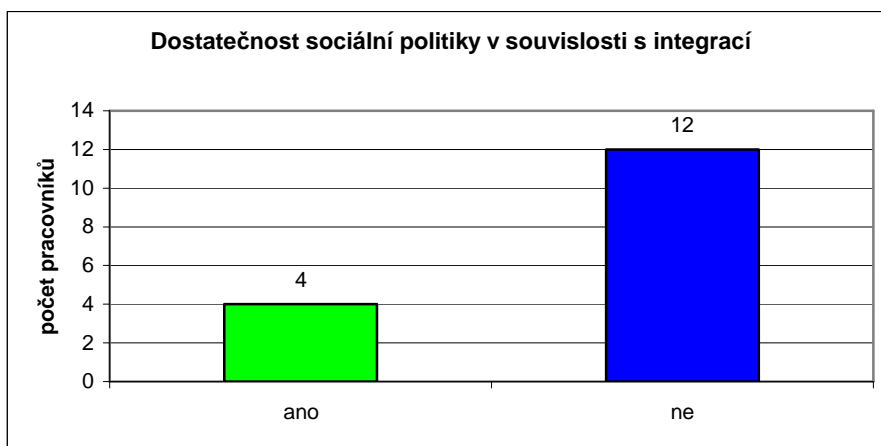


Zdroj: Vlastní výzkum

12 (75%) pracovníků uvedlo, že mají ve třídě pedagogického asistenta. 4 (25%) pracovníci uvedli, že asistenta nemají.

**Otázka č. 6 Domníváte se, že sociální politika v ČR, je v souvislosti s integrací dostatečná?**

**Graf 25**

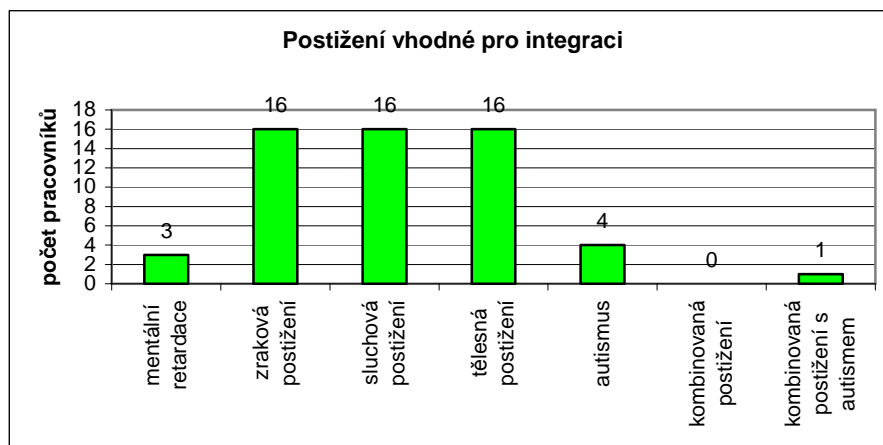


Zdroj: Vlastní výzkum

12 (75%) pracovníků uvedlo sociální politiku státu v souvislosti s integrací za nedostatečnou. 4 (25%) pracovníci uvedli sociální politiku státu v souvislosti s integrací za dostatečnou.

### Otázka č. 7 Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?

Graf 26

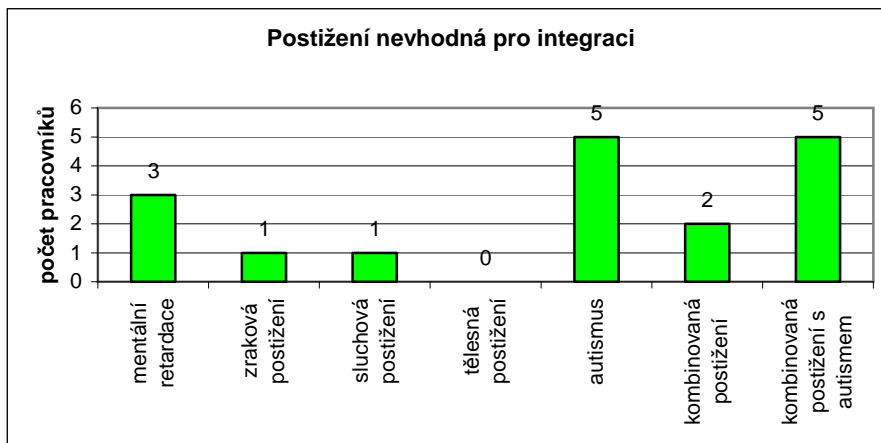


Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni (100%) pracovníci se společně domnívají, že je vhodné integrovat děti se zrakovým postižením, sluchovým postižením a tělesným postižením. 4 (25%) pracovníci uvedli vhodnost integrace dětí s autismem. 3 (19%) pracovníci se uvedli za dobré integrovat děti s mentálním postižením. 1 (6%) pracovník se domnívá, že je vhodné integrovat děti s kombinovaným postižením s autismem.

### Otázka č. 8 Které postižení je naopak nevhodné pro integraci?

Graf 27

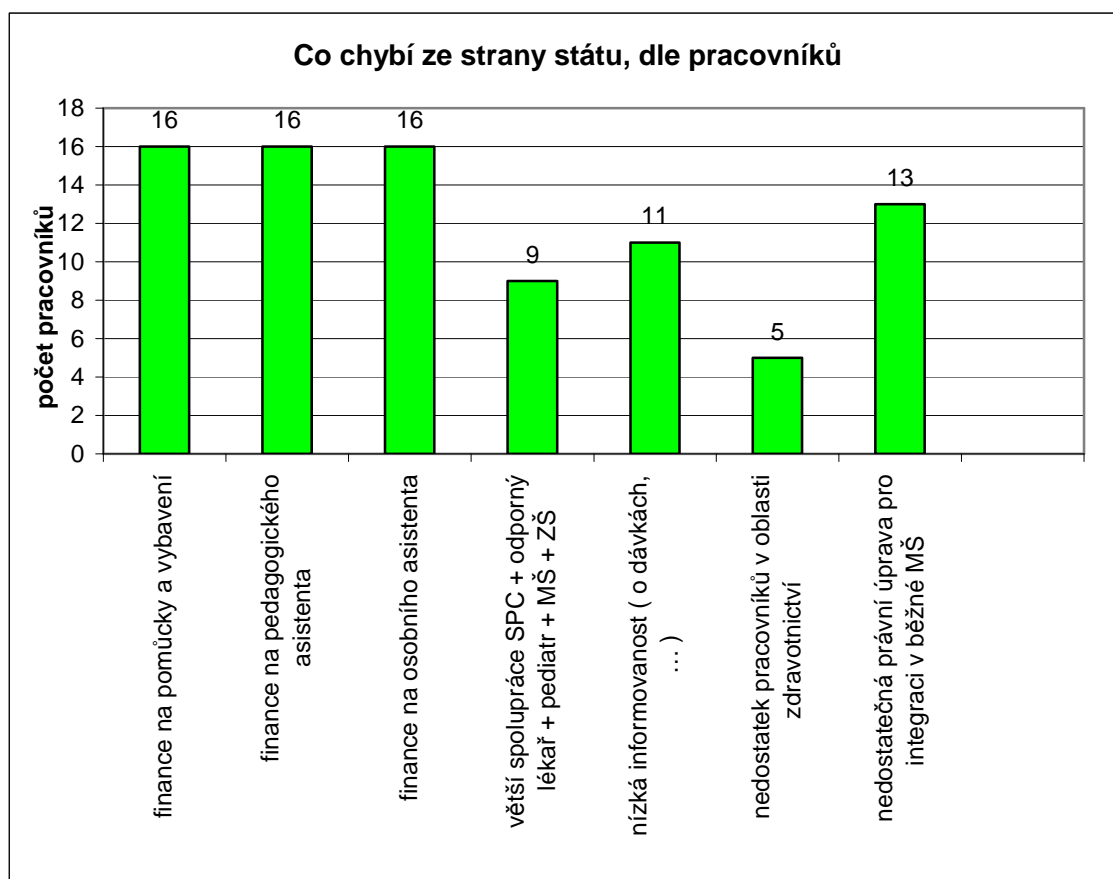


Zdroj: Vlastní výzkum

5 (31%) pracovníků se domnívá že děti s autismem a kombinovaným postižení s autismem nejsou vhodná pro integraci. 3 (19%) pracovníci nepovažují za vhodné integrovat děti s mentálním postižením. 1 (6%) považuje za nevhodné integrovat děti se zrakovým postižením. 1 (6%) považuje za nevhodné integrovat děti se sluchovým postižením.

**Otázka č. 9 Co Vám v péči o postižené děti ze strany státu chybí nebo co postrádáte – v oblasti školství, zdravotnictví či sociální oblasti?**

**Graf 28**

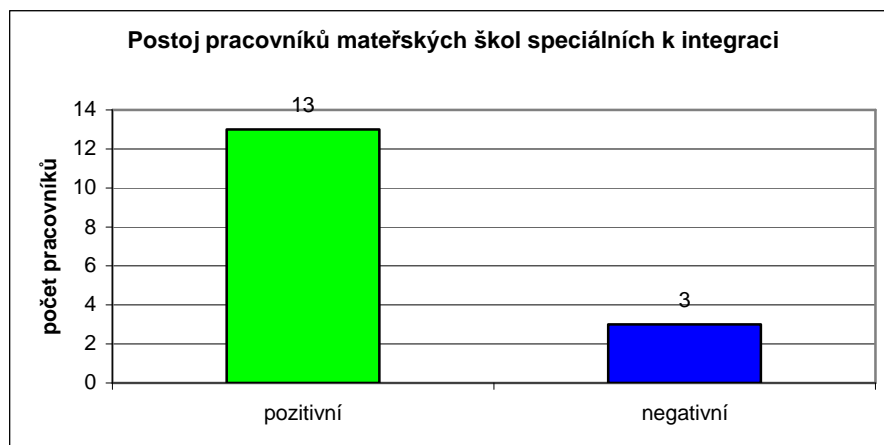


Zdroj: Vlastní výzkum

16 (100%) pracovníků postrádá především finance na pomůcky a vybavení, finance na pedagogického asistenta a osobního asistenta ze strany státu. 13 (81%) pracovníkům chybí dobrá právní úprava pro integraci v běžných mateřských školách. 11 (69%) pracovníkům chybí lepší informovanost o sociálních dávkách. 9 (56%) pracovníků postrádá lepší spolupráci mezi SPC + odbornými lékaři + pediatry + MŠ + ZŽ + rodiči. 5 (31%) pracovníkům chybí pracovníci ve zdravotnictví.

## Otázka č. 10 Jaký je Váš postoj k integraci

Graf 29



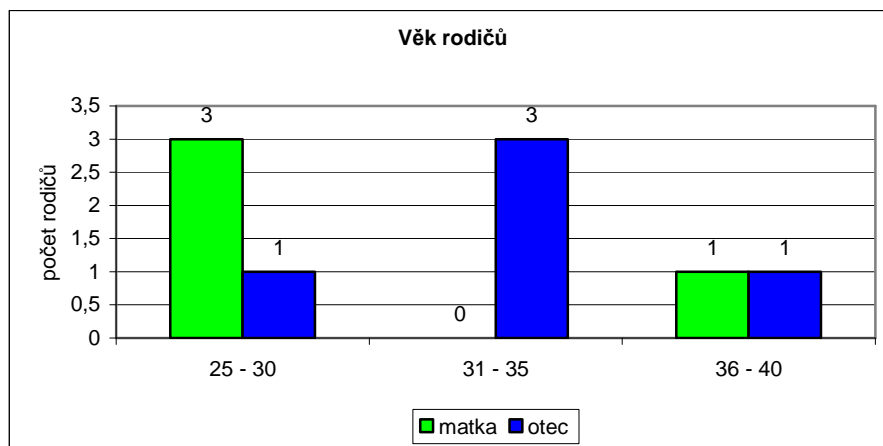
Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, 13 (81%) pracovníků mateřských škol speciálních má pozitivní postoj k integraci. 3 (19%) pracovníci mateřských škol speciálních negativní postoj k integraci.

#### 4.4 Výsledky dotazníkového šetření u rodičů dětí s mentálním postižením

**Otázka č. 1** Kolik bylo Vám a Vašemu partnerovi, když se Vám narodilo dítě navštěvující toto zařízení.

**Graf 30**

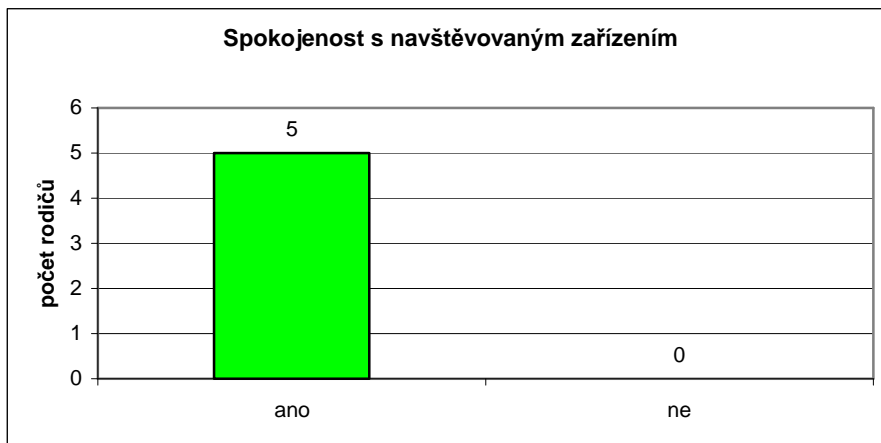


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že ve věku mezi 25 a 30 lety byly 3 (60%) matky a 1 (20%) otec. Ve věku 31 – 35 let byli 3 (60%) otcové, žádná matka. Ve věku 36 – 40 let byla 1 (20%) matka a 1 (20%) otec.

**Otázka č. 2 Jste spokojení se specializovaným zařízením, jež navštěvuje Vaše dítě?**

**Graf 31**

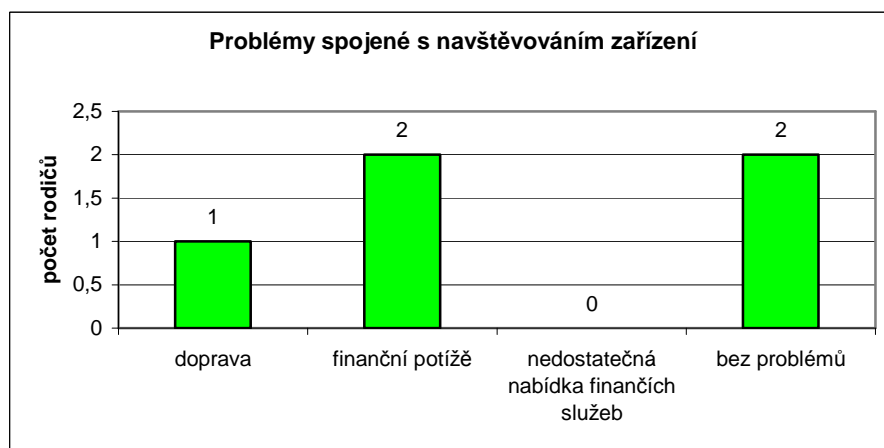


Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni (100%) rodiče uvedli, že jsou spokojení se zařízením, jež navštěvuje jejich dítě.

**Otázka č. 3 Máte nějaké problémy spojené s tím, že Vaše dítě navštěvuje toto specializované zařízení?**

**Graf 32**

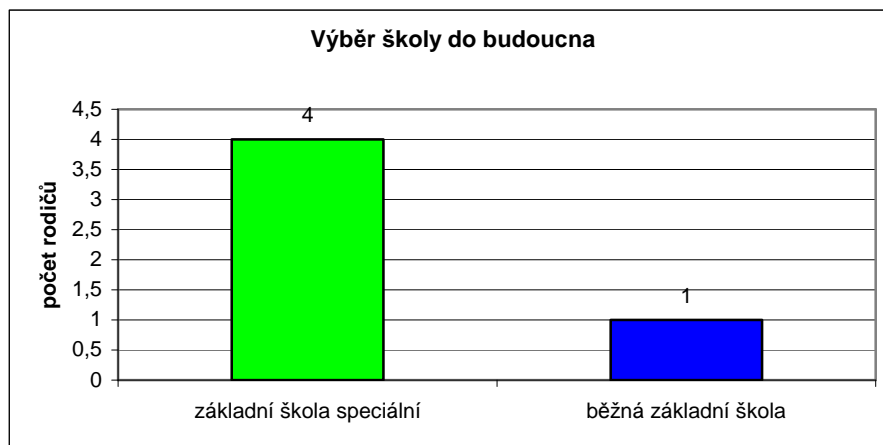


Zdroj: Vlastní výzkum

2 (40%) rodiče uvedli, že spolu s navštěvováním zařízení mají finanční potíže. 1 (20%) rodiče mají spolu s navštěvováním zařízení problémy s dopravou. 2 (40%) uvedli, že nemají žádné potíže spojené s navštěvováním zařízení.

**Otázka č. 4 Předpokládáte, že Vaše dítě bude v budoucnu navštěvovat základní školu speciální nebo budete chtít integrovat své dítě do běžné základní školy?**

**Graf 33**

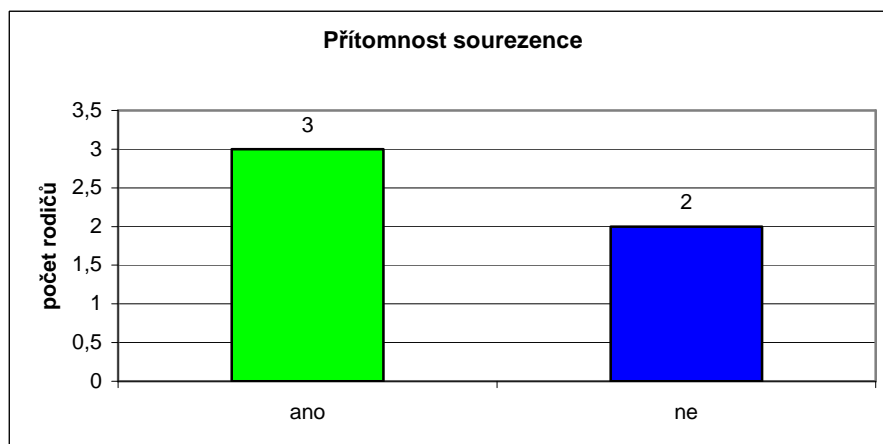


Zdroj: Vlastní výzkum

4 (80%) rodiče uvedli, že v budoucnu mají v plánu dát dítě do základní školy speciální. 1 (20%) rodiče mají v plánu dát dítě do běžné základní školy.

**Otázka č. 5 Má Vaše dítě sourozence?**

**Graf 34**



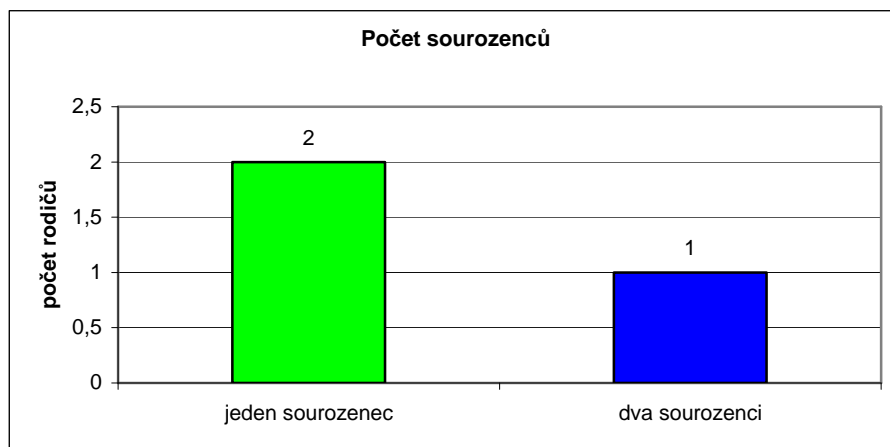
Zdroj: Vlastní výzkum

3 (60%) rodiče uvedli, že jejich dítě má ještě sourozence. 2 (40%) rodiče uvedli, že jejich dítě nemá sourozence.



## Uvedený počet sourozenců

Graf 35

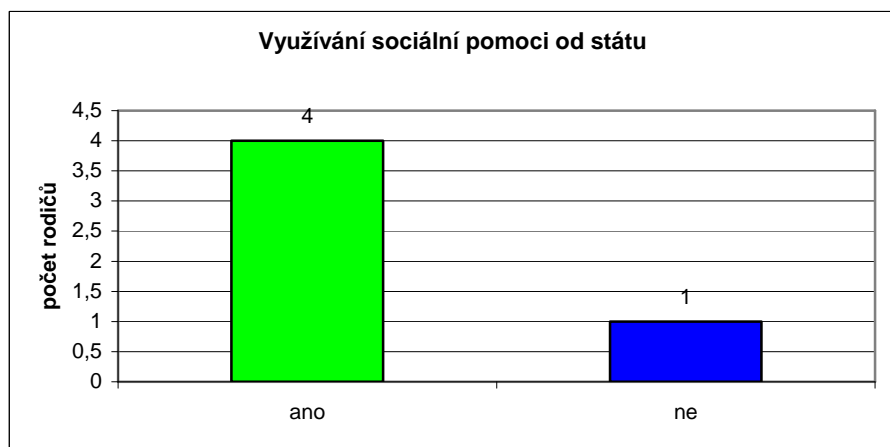


Zdroj: Vlastní výzkum

2 (67%) rodiče uvedli, že jejich dítě má jednoho sourozence. 1 (33%) uvedli, že jejich dítě má 2 sourozence.

## Otázka č. 6 Využíváte nabídky sociální pomoci/péče poskytované státem?

Graf 36

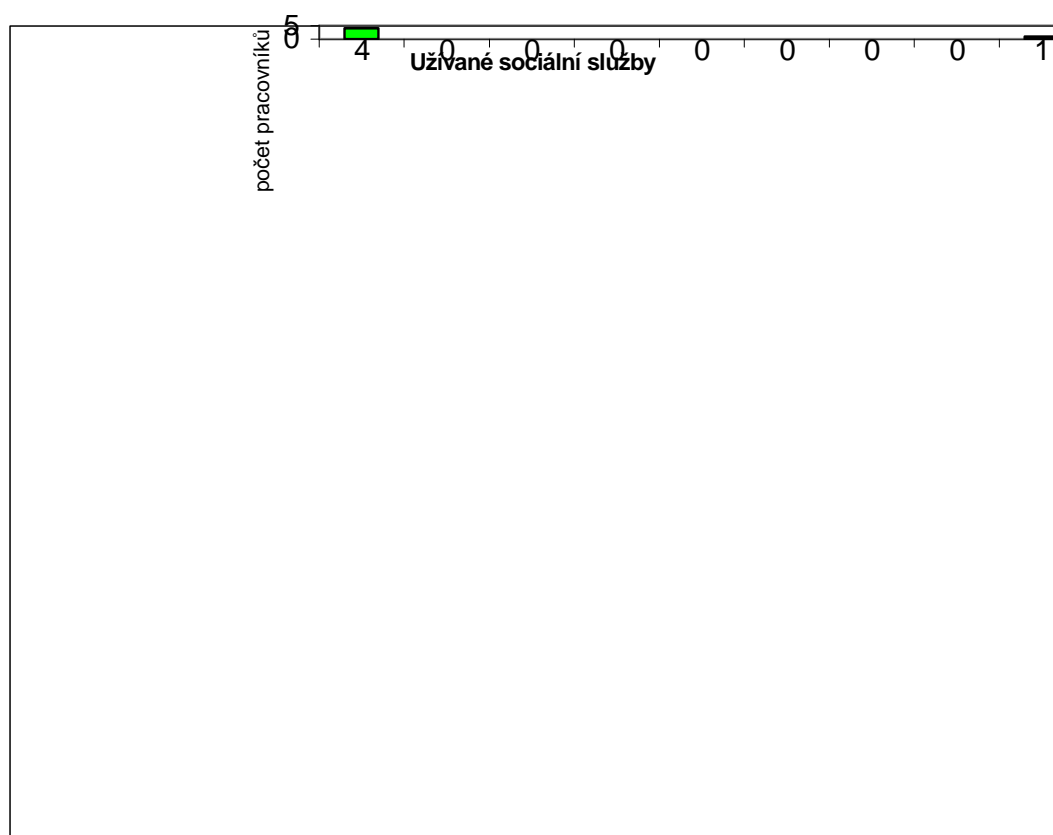


Zdroj: Vlastní výzkum

4 (80%) rodiče uvedli, že využívají sociální pomoci státu. 1 (20%) rodiče uvedli, že sociální pomoc státu nevyužívají.

### Otázka č. 7 Jaké využíváte sociální služby?

Graf 37

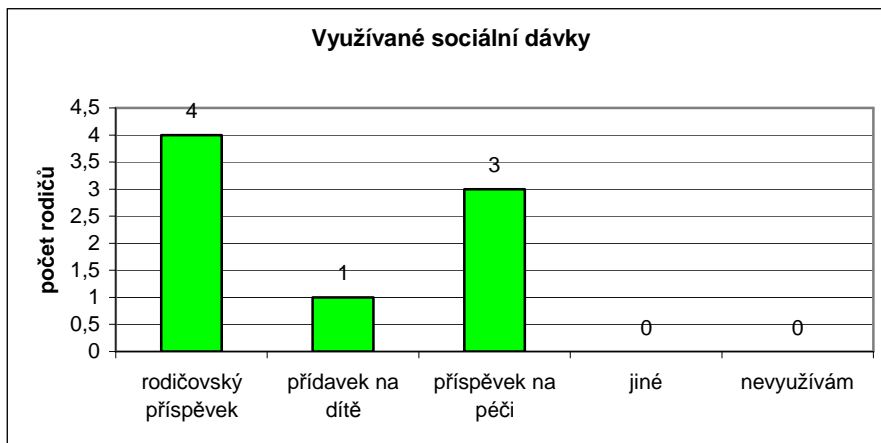


Zdroj: Vlastní výzkum

4 (80%) rodiče uvedli, že nevyužívají žádné sociální služby. 1 (20%) rodiče uvedli, že využívají služeb osobní asistence.

### Otázka č. 8 Jaké využíváte sociální dávky?

Graf 38

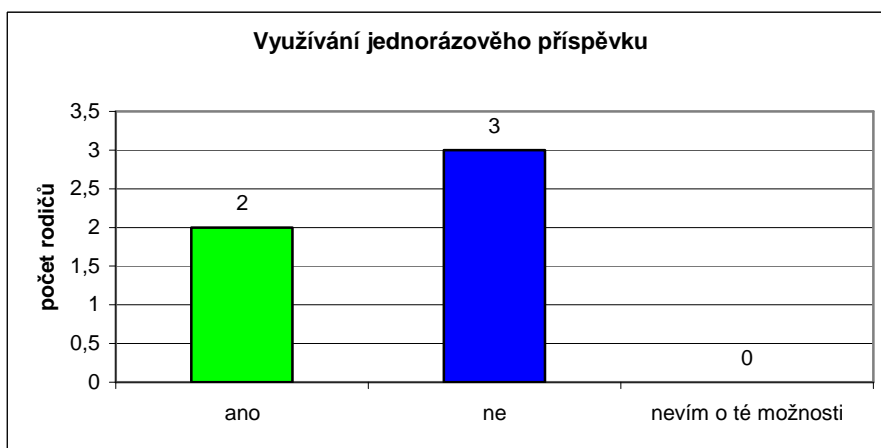


Zdroj: Vlastní výzkum

4 (80%) rodiče uvedli, že pobírají rodičovský příspěvek. 3 (60%) uvedli, že jejich dítě je příjemce příspěvku na péči. 1 (20%) rodiče uvedli, že pobírají příspěvek na dítě.

### Otázka č. 9 Využili jste někdy jednorázového příspěvku?

Graf 39

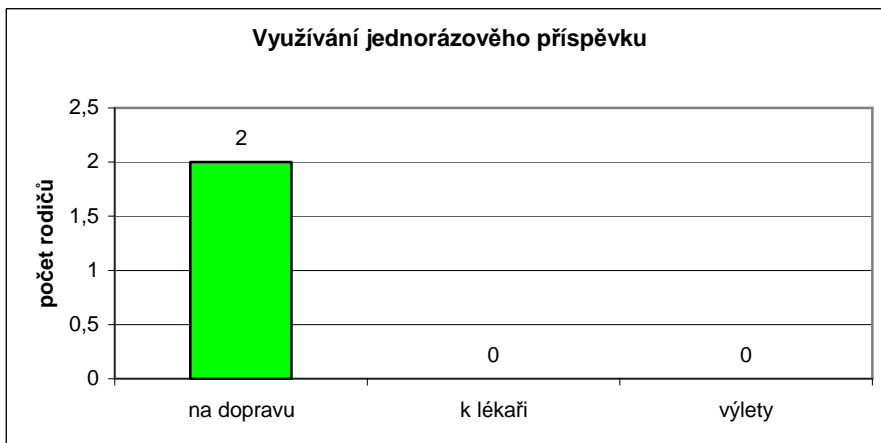


Zdroj: Vlastní výzkum

3 (60%) rodiče uvedli, že nikdy nevyužili jednorázového příspěvku. 2 (40%) rodiče uvedli, že jednorázový příspěvek již využili.

## Využití jednorázového příspěvku.

Graf 40

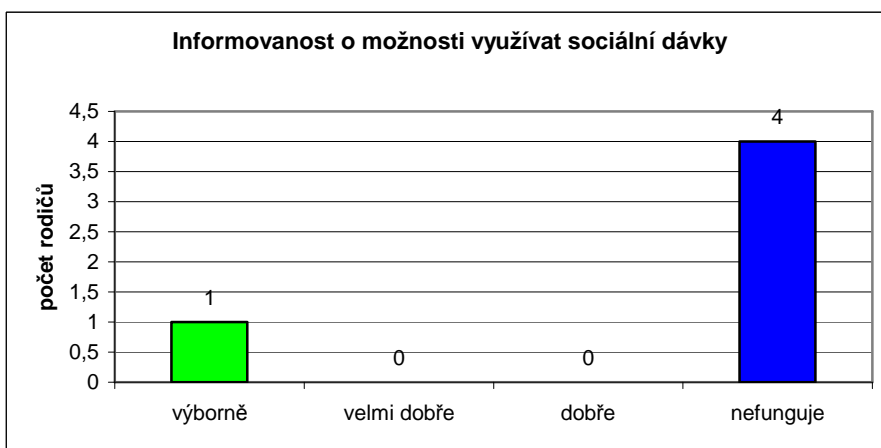


Zdroj: Vlastní výzkum

2 (100%) rodiče uvedli, že jednorázový příspěvek využily na dopravu.

## Otázka č. 10 Jak podle Vás funguje informovanost o sociálních dávkách, službách či jiných možnostech v ČR?

Graf 41

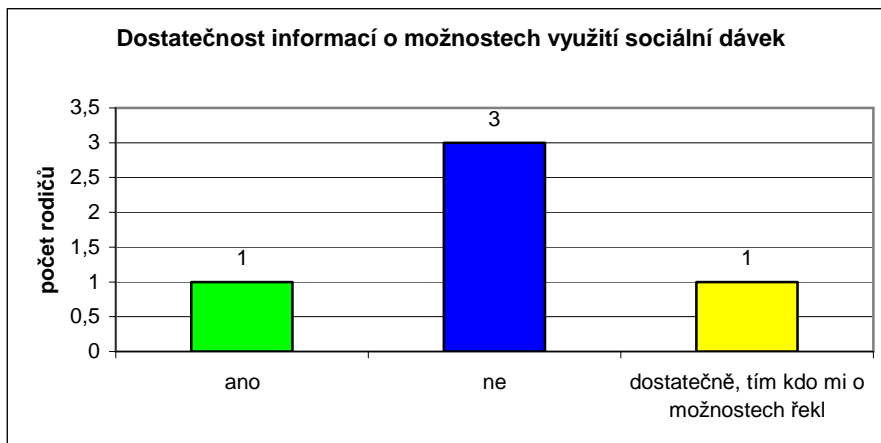


Zdroj: Vlastní výzkum

4 (80%) rodiče se domnívají, že informovanost o možnostech využití sociálních dávek nefunguje. Pouze 1 (20%) rodiče uvedli, že informovanost o možnostech využívání sociálních dávek je výborná.

### Otázka č. 11 Máte pocit, že jste o těchto možnostech dostatečně informováni?

Graf 42

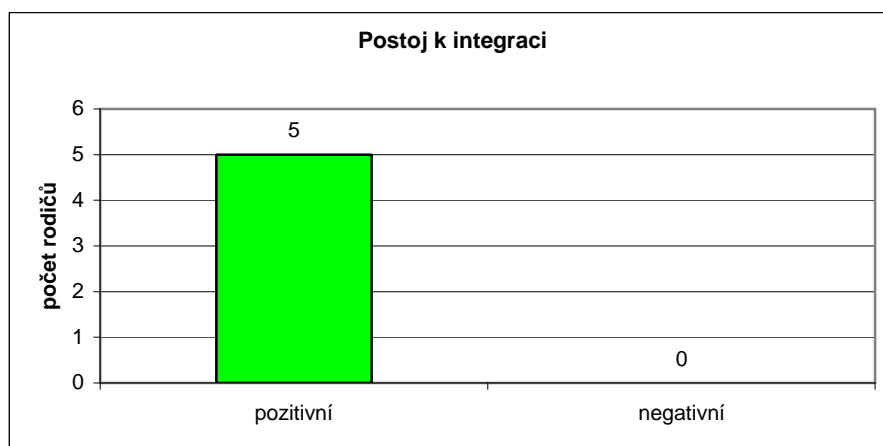


Zdroj: Vlastní výzkum

3 (60%) se domnívají, že informace o možnostech využití sociálních dávek jsou nedostatečné. 1 (20%) rodiče uvedli, že informace o možnostech využití sociálních dávek jsou dostatečné. 1 (20%) rodiče uvedli, že informace o možnostech využití sociálních dávek mají dostatečné od lidí, kteří jim o této možnosti řekli.

### Otázka č.12 Jaký je Váš postoj k integraci?

Graf 43



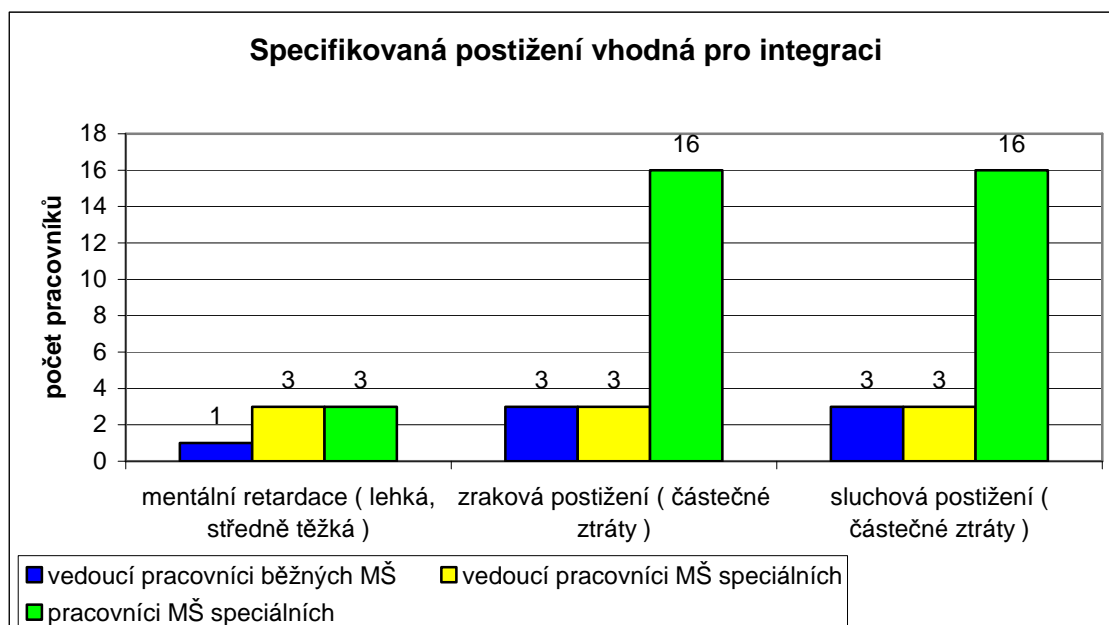
Zdroj: Vlastní výzkum

Všichni rodiče (100%) mají pozitivní postoj k integraci.

#### 4.5 Výsledky dotazníkového šetření – porovnání jednotlivých výsledků

##### Specifikace postižení k vhodná k integraci

Graf 44

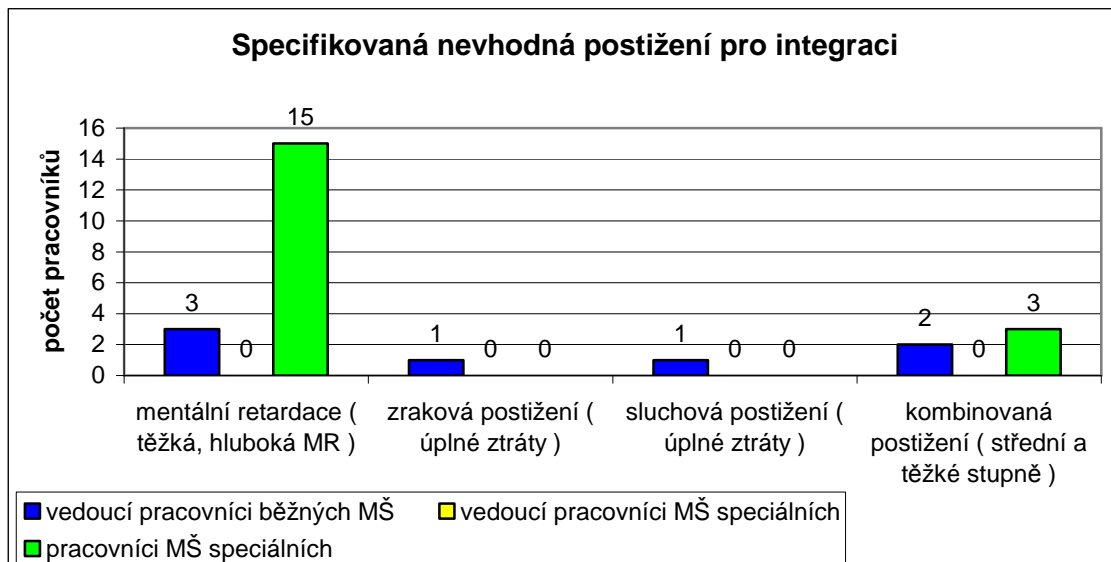


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že za vhodné integrovat děti s lehkou a středně těžkou mentální retardací považují všichni vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních, 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy a 3 (19%) pracovníci mateřských škol speciálních. Děti s částečnými ztrátami zraku považují za vhodné integrovat 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol, všichni vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních a všichni pracovníci mateřských škol speciálních. Děti s částečnými ztrátami sluchu, považují za vhodné integrovat 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol, všichni vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních a všichni (100%) pracovníci mateřských škol speciálních.

## Specifikace postižení nevhodná k postižení

Graf 45

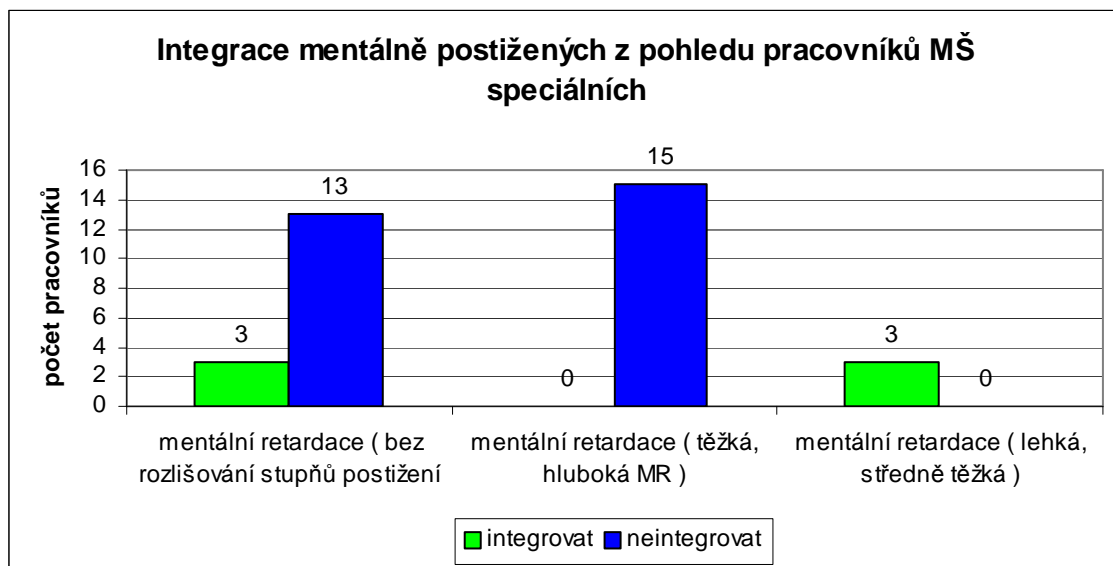


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že děti s těžkou a hlubokou mentální retardací považují za nevhodné integrovat 3 (60%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol a 15 (94%) pracovníci mateřských škol speciálních. Děti s úplnou ztrátou zraku považuje za nevhodné integrovat 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy. Děti s úplnou ztrátou sluchu považuje za nevhodné integrovat 1 (20%) vedoucí pracovník běžné mateřské školy. Děti s kombinovaným postižením (střední a těžké stupně postižení) považují za nevhodné integrovat 2 (40%) vedoucí pracovníci běžných mateřských škol a 3 (19%) pracovníci mateřských škol speciálních.

## Integrace mentálně postižených dětí

Graf 46

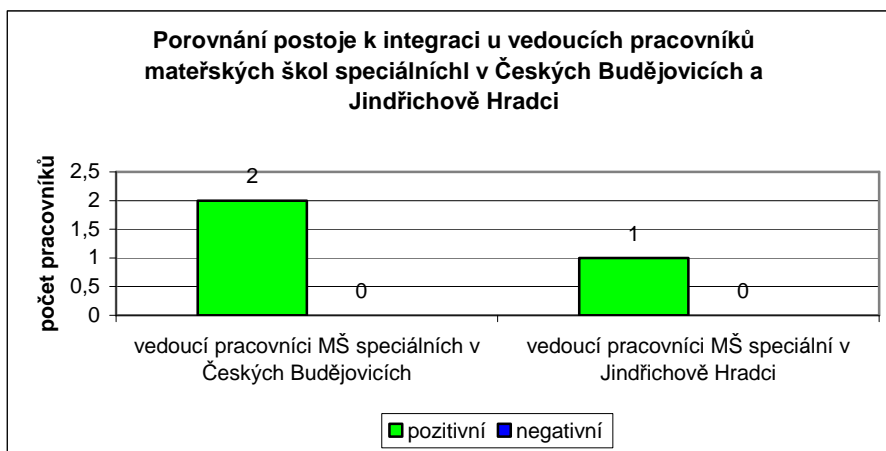


Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 3 (19%) pracovníci mateřských škol speciálních jsou pro integraci dětí s mentálním postižením. 13 (81%) pracovníků mateřských škol speciálních jsou proti integraci dětí s mentálním postižením. 15 (94%) pracovníků mateřských škol speciálních je proti integraci dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací. 3 (19%) pracovníci jsou pro integraci dětí s lehkou a středně těžkou mentální retardací.



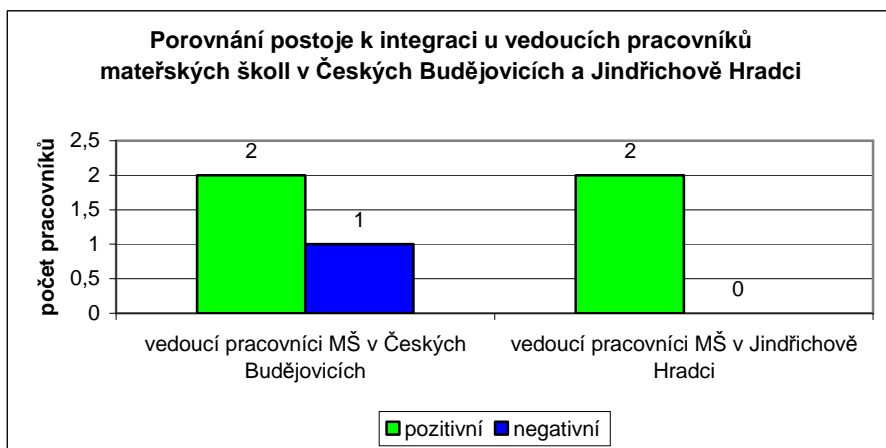
**Porovnání postoje k integraci u vedoucích pracovníků MŠ speciálních**  
**Graf 47**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 2 (100%) vedoucí pracovníci MŠ speciálních v Českých Budějovicích stejně jako 1 (100%) vedoucí pracovník MŠ speciálních v Jindřichově Hradci mají pozitivní vztah k integraci.

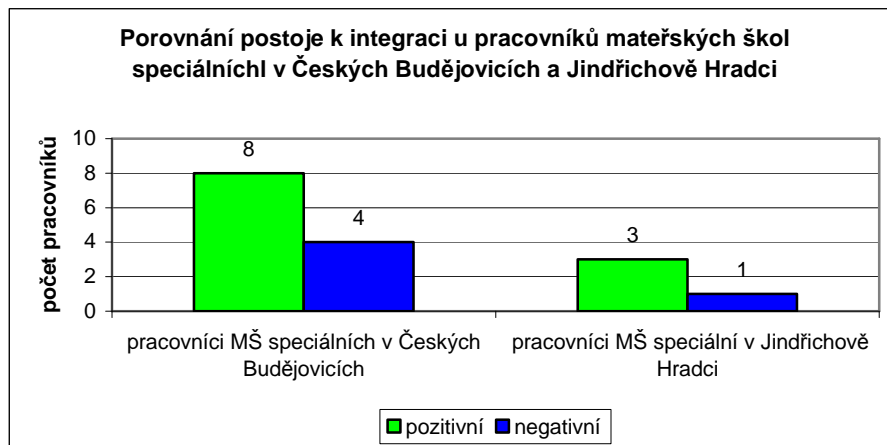
**Porovnání postoje k integraci u vedoucích pracovníků běžných mateřských škol**  
**Graf 48**



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že všichni 3 (100%) vedoucí pracovníci běžných MŠ v Českých Budějovicích stejně jako 2 (100%) vedoucí pracovníci běžných MŠ v Jindřichově Hradci mají pozitivní vztah k integraci.

## Porovnání postoje k integraci u pracovníků MŠ speciálních Graf 49



Zdroj: Vlastní výzkum

Z grafu vyplývá, že 8 (67%) pracovníků MŠ speciálních Českých Budějovicích stejně jako 3 (75%) pracovníci MŠ speciální v Jindřichově Hradci mají pozitivní postoj k integraci. 4 (33%) pracovníci MŠ speciálních Českých Budějovicích mají negativní postoj k integraci, stejný postoj zastává 1 (25%) pracovník MŠ speciální v Jindřichově Hradci.

## 5 Diskuze

Každý člověk je jedinečná osobnost s právem na plnohodnotný život, jehož součástí je společně s láskou a uznáním také právo na vzdělání. Osoby s mentálním postižením mají stejné základní potřeby a práva jako lidé bez postižení. K uspokojení všech jejich potřeb potřebují lidé s mentálním podporu a otevřenost většinové společnosti, což se podle mého názoru v dnešní době stále ještě neděje.

Integrace je v posledních letech fenomén, který se stále více dostává do našich životů a stává se jejich součástí. Přesto si myslím, že část majoritní společnosti má z lidí s mentálním postižením strach, jejich představy o lidech s mentálním handicapem jsou zkreslené s mnoha nejasnostmi.

Švarcová ve své knize *Jak pracují rehabilitační třídy pomocné školy* uvádí, že problém úvah o vzdělatelnosti a možnostech rozvoje lidí s mentálním postižením nejsou žádnou novinkou. Současně píše, že tento problém není zdaleka vyřešen v současnosti ani pro budoucnost. Ač se může zdát myšlenka zastaralá, já si myslím že je tomu i tak dnes.

Možnosti lidí s mentálním postižením v oblasti vzdělávání je dnes prakticky otevřená pro všechny. Školský zákon č. 561/2004 je směřován pro integračně. Vyznačuje se zapojením dětí s postižením do procesu vzdělávání v běžném prostředí, ve skupině nepostižených vrstevníků.

Bazalová a Vágnerová (*Psychologie handicapu*, 1999) uvádí, že vysoký počet žáků ve třídě, může mít za následek nedostatečný individuální přístup k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami a současně pokud žák nezapadne do kolektivu spolužáků, kteří mu sice neubližují, ale na druhé straně si ho nevšímají, může znamenat izolaci.

Výzkum byl zaměřen na skupinu pracovníků ve školství a rodiče. Skupina pracovníků ve školství byla dále rozdělena na vedoucí pracovníky a běžné pracovníky. Skupina vedoucích pracovníků byla ještě rozčleněna na vedoucí pracovníky běžných mateřských škol a vedoucí pracovníky mateřských škol speciálních. Všichni oslovení respondenti, byli ochotní a spolupráce proběhla bez problémů.

První otázka položená v dotazníku se týkala identifikačních údajů. Dotazovala se na věk respondentů. Vedoucí pracovníci 5 (100%) běžných mateřských škol (dále jen vedoucí pracovníci MŠ) jsou ve věku 46 – 55 let, stejně tak i všichni 3 (100%) vedoucí pracovníci mateřských škol speciálních (dále jen vedoucí pracovníci MŠS). Z pracovníků v mateřských školách speciálních (dále jen pracovníci MŠS) bylo 6 (38%) ve věku 36 – 45 let, 5 (31%) ve věku 26 – 35 let a 5 (31%) pracovníků bylo ve věku 46 – 55 let. Rodiče jsem požádala o vyplnění věku zvlášť u matky a zvlášť u otce. Byli velmi ochotní, ve věku mezi 25 a 30 lety byly 3 (60%) matky a 1 (20%) otec. Ve věku 31 – 35 let byli 3 (60%) otcové, žádná matka. Ve věku 36 – 40 let byla 1 (20%) matka a 1 (20%) otec.

V závislosti na věku pracovníků se odvíjí léta praxe ve školství. Vedoucí pracovníci, i někteří běžní pracovníci mají 25 let a více let praxe.

Na otázku, týkající se nejvyššího dosaženého vzdělání, všichni vedoucí pracovníci MŠ 5 (100%) mají středoškolské vzdělání. Oproti tomu všichni 2 (100%) vedoucí pracovníci MŠS mají vysokoškolské vzdělání. 9 (56%) pracovníků v MŠS má středoškolské vzdělání, 7 (44%) má vysokoškolské vzdělání. V zápětí na otázku dalšího vzdělávání všichni pracovníci shodně uvedli, že se účastní jak DVPP (dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků), tak NIDV (kurzů národního institutu dalšího vzdělávání). Rovněž se všichni věnují samostudiu. V dotaznících uvedli 2 (40%) vedoucí pracovníci MŠ a 3 (19%) pracovníci MŠS jako další vzdělávání studium vysoké školy. Dle internetového zdroje *zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů*, který nabyt účinnosti 1. 1. 2005 pověřilo MSMT koordinací a přípravou materiálu „Národní strategie vzdělávání k udržitelnému rozvoji NIDV. Předpoklady pro výkon činnosti pedagogických pracovníků, jejich další vzdělávání a kariérní systém zaštiťuje zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, který nabyt účinnosti 1. 1. 2005. Pedagogičtí pracovníci mají po dobu výkonu své pedagogické činnosti povinnost dalšího vzdělávání, kterým si obnovují, upevňují a doplňují kvalifikaci.

Pracovníci MŠS byli dotazováni, zda mají ve třídě asistenta pedagoga. 12 (75%) pracovníků uvedlo, že mají. Asistent pedagoga je, dle zákona č. 563/2004 o pedagogických pracovnících, pedagogickým pracovníkem.

Na dotaz zabývající se souvislostí sociální politiky státu a integrace vyplynulo, že 3 (60%) vedoucí pracovníci MŠ stejně jako všichni vedoucí pracovníci MŠS a 12 (75%) pracovníků MŠS považují sociální politiku v souvislosti s integrací za nedostatečnou. 2 (40%) vedoucí pracovníci MŠ a 4 (25%) pracovníků MŠS si myslí, že sociální politika státu v souvislosti s integrací je dostačující.

U otázky, která se týkala specifikace postižení, které je vhodné pro integraci, se názory značně lišily. Jediná shoda, která se objevila u všech pracovníků, byla vhodnost integrace dětí s nějakým tělesným postižením. Při bližší specifikaci postižení, které uváděli pracovníci, bylo jasně vidět, že u lehčích forem zrakových a sluchových postižení jsou pro integraci všichni vedoucí pracovníci i pracovníci MŠS, stejný názor zastávají i 3 (60%) vedoucí pracovníci MŠ. Za zcela nevhodná postižení k integraci považují všichni vedoucí pracovníci autismus a kombinovaná postižení. Tato postižení považuje za nevhodné integrovat 5 (31%) pracovníků MŠS.

Co se týče dětí s mentálním postižením, jsou vedoucí pracovníci MŠS pro integraci pouze u lehčích stupňů postižení, děti s těžkou a hlubokou mentální retardací považují za nevhodné integrovat. Stejného názoru jsou i pracovníci MŠS, neboť 15 (94%) se jich domnívá, že jedinci s těžkou a hlubokou mentální retardací nejsou vhodní pro integraci. Slowík (2007) ve své knize *Speciální pedagogika* uvádí, že míra vzdělatelnosti u osob s tímto stupněm postižení stále není v odborné rovině uspokojivě vyřešena, ale minimální možnost rozvíjet takto postižené děti předpokládá naprostá většina odborníků. Přesto jako reálné a efektivní vidí vzdělávání dětí s lehkým a středně těžkým stupněm mentální retardace

Na otázku co chybí vedoucím pracovníkům a pracovníkům MŠS ze strany státu – v oblasti školství, zdravotnictví či sociální oblasti odpovídali dosti shodně. Pracovníci postrádají především finance na pomůcky a vybavení, asistenta pedagoga a osobního asistenta. Dále jim chybí větší a lepší spolupráce mezi SPC (speciálně pedagogickým centrem) odbornými lékaři, pediatrem, a mateřskou a následně i základní školou. Mají

také pocit, že je velmi malá informovanost klientů, rodičů dětí s postižením o možnostech využití jednotlivých dávek a příspěvků vyplácených ze strany státu. V oblasti zdravotnictví upozornily na dlouhodobý nedostatek pracovníků. V neposlední řadě jsou pak nespokojeni s právní úpravou integrace v běžných mateřských školách (např. počet dětí ve třídě apod.). Množství uvedených nedostatků může mít vliv na názor pracovníků týkající se nevhodnosti integrovat děti s těžkou a hlubokou mentální retardací. Slowík (2007) sice uvádí nakloněnost odborné veřejnosti k integraci osob takto těžce postižených, viz otázka integrace dětí s těžkou a hlubokou mentální retardací, přesto však upozorňuje na nutnost ideálního prostředí potřebného pro speciální přístupy, které jsou dobře využitelné pro jejich rozvoj dovedností a schopností.

Závěrečná otázka pro pracovníky ve školství se týkala jejich postoje k integraci. Všichni vedoucí pracovníci MŠS v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci uvedli, že jejich postoj k integraci je pozitivní. Stejný názor, mimo jednoho (20%) vedoucího pracovníka MŠ v Českých Budějovicích, zastávají i vedoucí pracovníci MŠ v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci. Pracovníci MŠS se v postojích na integraci lišily. V Českých Budějovicích 4 z 12 pracovníků MŠS uvedli, že je jejich postoj k integraci negativní. Stejně tak, tedy negativně, se staví 1 ze 4 pracovníků MŠS V Jindřichově Hradci. Já osobně jsem pro integraci dětí s mentální retardací, ale ne za každou cenu. Proto neodsuzuji ty pracovníky, kteří vyjádřili svůj nesouhlas s integrací dětí s mentální retardací v mateřských školách.

Při dotazování rodičů jsme se ptala zda-li jsou spokojeni se zařízením, jež navštěvuje jejich dítě. Spokojeni byli moc. Dotaz byl položen z důvodu potřeby zjištění, zda dochází k naplnění podmínek integrace. Jednou z podmínek úspěšné pedagogické integrace. Jak uvádí Jankovský (10), je způsob výchovy dítěte, vzdělání rodičů a taktéž ochota spolupracovat a naslouchat pracovníkům zařízení, které navštěvuje jejich dítě. Ačkoli dotazovaní rodiče, umístili své děti do specializovaných zařízení, je důležité, aby byli na případnou integraci svého dítěte připraveni.

Dále jsme se rodičů dotazovali zda-li mají nějaké potíže spojené spolu s navštěvováním daného zařízení. Rodiče uvedli finanční potíže a potíže s dopravou jako stěžejní. Předpokládám, že oba problémy spolu souvisí. Myslím si, že pokud by jejich

dítě mohlo navštěvovat zařízení v místě jejich bydliště a bylo tedy integrováno do běžné MŠ, pak by možná tyto komplikace nebyly.

Na dotaz, jako školu zvolí pro své dítě 4 (80%) rodiče odpověděli – základní školu speciální. Pracovnice SPC M. Stará a B. Pletichová zastávají myšlenku, že výhodou pro integraci dítěte s mentálním postižením do základní školy, je jeho integrace v předškolním věku. S touto myšlenkou souhlasím, myslím si, že je třeba, aby dítě bylo připravené na podmínky integrace.

Součástí dotazníku byla také otázka, zda má jejich dítě s postižením sourozence. 3(60%) rodiče uvedli, že ano. Otázka byla reflexí na Vítkovou (62), která uvádí, přítomnost dítěte s postižením je zátěž nejen pro rodiče, ale i pro sourozence.

Další otázky se týkaly využívání nabídek sociální pomoci/péče státu. 4 (80%) rodiče uvedly, že nabídky služeb využívají. Z nabídky služeb, která jim byla předložena, uvedli rodiče využívání služeb osobního asistenta. Plně souhlasím s výpovědí Bazalové, že osobní asistence je považována za službu, zachovávající individualitu jedince, umožňující plnohodnotný život včetně studia, zaměstnání, ale i cestování a provozování dalších koníčků a zálib. 4 (80%) rodiče uvedli, že pobírají rodičovský příspěvek. 3 (60%) uvedli, že jejich dítě je příjemce příspěvku na péči. 1 (20%) rodiče uvedli, že pobírají příspěvek na dítě. Pouze 2 (40%) rodiče uvedli, že již někdy využili jednorázového příspěvku, a to na dopravu.

4 z 5 rodičů uvedli, že informovanost o sociálních dávkách, službách či jiných možnostech v ČR funguje špatně. V tomto ohledu se plně shodují rodiče s pracovníky, kteří taktéž uváděli nedostatek informací v oblasti sociálních dávek apod. Dostatečně informováni byli pouze 2 (40%) rodiče, a to pouze zprostředkovaně. Výsledné odpovědi na tuto otázku jsou velmi znepokojivé. Podle s měrnice pro zlepšení přístupu k sociální ochraně by veřejnost měla mít dostupné všechny potřebné informace o sociálních dávkách a sociálních službách; šíření informací by mělo být součástí koncepce účinné politiky informování veřejnosti a národní informační strategie. Již zmíněná směrnice byla bohužel odsouhlasena skupinou specialistů již v roce 1997 ve Štrasburku na setkání představitelů států a vlád členských států Rady Evropy.

Závěrečná otázka, stejně jako u pracovníků, se týkala postoje rodičů k integraci. Všichni rodiče uvedli, že jejich postoj k integraci je kladný.



## 6 Závěr

Hlavním cílem diplomové práce bylo porovnat postoje k integraci dětí předškolního věku u ředitelů mateřských škol v Českých Budějovicích, rodičů dětí s mentální retardací navštěvující specializovaná předškolní zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci a pracovníků specializovaných předškolních zařízení v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci.

Pro účely stanoveného cíle byly stanoveny tři hypotézy:

Hypotéza 1 – Postoj k integraci dětí s mentálním postižením u pracovníků specializovaných předškolních zařízení je záporný.

Hypotéza 2 – Postoj rodičů dětí s mentální retardací umístěných ve speciálních předškolních zařízeních k integraci je pozitivní.

Hypotéza 3 – Postoj ředitelk mateřských škol k dětem s mentální retardací v Českých Budějovicích je více negativní než v Jindřichově Hradci.

Cíl byl částečně splněn podáním a vyhodnocením dotazníků, které se vztahují k integraci dětí s mentálním postižením v mateřských školách. Částečné splnění cíle vyplývá z toho, že nebylo možné porovnat postoje rodičů dětí s mentálním postižením v Českých Budějovicích a Jindřichově Hradci, neboť v Jindřichově Hradci oslovená zařízení žádné dítě s mentálním postižením nenavštěvuje. Domnívám se, že hypotéza H1 se nepotvrdila. 3/4 pracovníků mateřských škol speciálních má pozitivní postoj k integraci. Hypotéza H2 se jednoznačně potvrdila. Rodiče dětí s mentální retardací mají evidentní zájem o integraci svých dětí. Hypotéza H3 se nepotvrdila. Pracovníci mateřských škol v Českých Budějovicích mají stejně pozitivní postoj k integraci jako vedoucí pracovníci mateřských škol v Jindřichově Hradci.

Právo na vzdělání má každý. Právo na vzdělání jako takové je zakotveno v jednom z článků Listiny základních práv a svobod. Toto právo se vztahuje na všechny děti, včetně těch, které jsou jakýmkoli způsobem zdravotně postiženi, tedy i děti s mentální retardací. Akceptováním mezinárodního dokumentu Úmluva o právech dítěte, se Česká Republika spolu s dalšími státy zavazuje výchovu dítěte směřovat k rozvoji jeho osobnosti, jeho nadání a jeho rozumových schopností na nejvyšší možnou míru.

Byla bych ráda, kdyby diplomová práce sloužila jako informace o problematice týkající se integrace dětí s mentálním postižením do mateřských škol. Výsledky dotazníkového šetření mohou posloužit jako vodítko při zlepšení poskytování informací rodičům dětí s mentálním postižením. Jednotlivé připomínky od pracovníků mateřských škol, běžných i speciálních, mohou sloužit jako návod ke zlepšení a zkvalitnění péče o děti s mentální retardací, případně přispět k vytvoření podmínek pro zavedení integrace mentálně postižených dětí do mateřských škol. Touto prací lze zvýšit informovanost veřejnosti o problematice integrace a mentálním postižením jako takovém, zároveň poskytuje informace o integraci a předškolním vzdělávání dětí s postižením.

## **7 Klíčová slova**

Integrace

Zdravotní postižení

Mentální retardace

Děti s mentálním postižením

Rodiče dětí s mentálním postižením

Předškolní vzdělávání

## 8 Seznam použitých zdrojů

1. BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2006. 188 s. ISBN 80-210-3971-X.
2. BUCKLEY, S. *Vývoj čtení a řeči u dětí s Downovým syndromem – návod pro rodiče a učitele*. 1.vyd. Praha a Jablonec nad Nisou: Portsmouthská polytechnika sdružením pro pomoc mentálně postižených. 1993. 15s. (brož)
3. ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. a kol. *Tvorba individuálních vzdělávacích programů pro děti s poruchami autistického spektra ( metodický materiál )*. 1.vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2004. 87 s. ISBN 80-86856-03-8
4. Dobromysl.cz *Klasifikace mentální retardace 2002-2008*. ISSN 1214-2107 [online] [cit. 30-1-09] Available from www:  
<http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=623&tmplid=45>
5. FISCHER. *Sbírka zákonů. Sdělení českého statistického úřadu ze dne 18.prosince 2003 o vydání Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)*. [online] [cit. 30-1-09] Available from www:  
<http://www.sagit.cz/pages/sbirkatxt.asp?zdroj=sb03495&cd=76&typ=r>
6. FRANČEOVÁ, E. *Deník mého syna – nebyl jsem vyřazen ze života*. 1.vyd. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, Tauris, 2002. 108 s. ISBN 80-211-0418-X
7. HORT,V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1.vydání. Praha: Portál, 2000. 492s. ISBN 80-7178-472-9

8. HOWLIN, P. *Autismus u dospívajících a dospělých, cesta k soběstačnosti*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005. 295 s. ISBN 80-7367-041-0
9. JANÍKOVÁ, M., DZÚROVÁ, D. *Milá maminko, milý tatínku*. 2.přeprac. vyd. Praha: Triton, 2000. ISBN 80-7294-091-2 (brož.)
10. JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. přeprac. vyd. Praha: Triton. 2006. 166 s. ISBN-80-7254-730-5
11. JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1.vyd. České Budějovice: Jihočeská Univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X
12. JESENSKÝ, J. *Kontrapunktury integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 261 s. ISBN 80-7184-030-0
13. JESENSKÝ, J. *Problémy pedagogické integrace*. In JESENSKÝ, J. aj. *Kontrapunktury integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, s. 11 - 20. ISBN 80-7184-030-0
14. KAPRÁLEK, K., BĚLECKÝ, Z. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 144 s. ISBN 80-7178-887-2
15. KERROVÁ, S. *Dítě se speciálními potřebami*. 1.vyd. Praha: Portál, 1997. 165 s. ISBN 80-7178-147-9
16. KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. 2.vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931 88-5

17. KŘEMLIČKOVÁ, M., NOVOTNÁ, M.: *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele*. 1.vyd. Praha: SPN, 1997. 116 s. ISBN 80-95937-60-3.

18. KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Edukace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami vraném a předškolním věku*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. 126 s. ISBN 80-7315-063-8

19. KREYSOVÁ, M. Bakalářská práce *Rozvoj školních kompetencí žáků na prvním stupni základní školy prostřednictvím canisterapie*

[cit. 30-1-09] Available from www:

[http://is.muni.cz/th/135636/pedf\\_b/BP\\_\\_Kreysova.txt?lang=en](http://is.muni.cz/th/135636/pedf_b/BP__Kreysova.txt?lang=en)

20. LANG, G., BERBERICHTOVÁ, Ch. *Každé dítě potřebuje speciální přístup : vytváření integrovaných a inkluzivních tříd*. Přel. S. Kostíha. 1. vyd. Praha:Portál, 1998. 146 s. Přel. z All children are special. ISBN 80-7178-144-4

21. LEČBYCH, M. *O klasifikaci mentální retardace* 1s. [online]

[cit. 30-1-09] Available from www:

<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/O%20klasifikaci%20MR.pdf>

22. LEČBYCH, M. *Modely mentální retardace* 3s. [online]

[cit. 30-1-09] Available from www:

<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/Modely%20mentalni%20retardace.pdf>

23. LEČBYCH, M. *O síle slova a mentální postižení*. 2s. [online]

[cit. 30-1-09] Available from www:

<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/O%20sile%20slova%20a%20mentalnim%20postizeni.pdf>

24. LEČBYCH, M. (ZA)*Integrace* 1s. [online]  
[cit. 30-1-09] Available from www:  
<http://martinlecbych.sweb.cz/publikace/Zaintegrace.pdf>
25. LINHART, J. et al. *Slovník cizích slov pro nové století*. 1.vyd. Litvínov: Dialog, 2004. 412 s. ISBN 80-8543-61-7
26. LUDÍKOVÁ, L. *Kombinované vady*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. 140 s. ISBN 80-244-1154-7
27. LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ M. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. 290s. ISBN 80-244-0646
28. MATĚJČEK, Z. *Rodičům mentálně postižených dětí*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství a vydavatelství HaH, 1992. 16s. ISBN 80-85467-52-6
29. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. 288 s. ISBN 80- 7178-549-0
30. MATOUŠEK, O. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
31. MICHALÍK, J. *Škola pro všechny aneb Integrace je když ...* 1. vyd. ZŠ Integra: [s.n.], 2002. 56 s. ISBN 80-238-9885-X
32. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001. 135 s. ISBN 80-244-0077-4
33. MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*.1.vyd. Praha: Tobiáš, 2001. 114s. ISBN 80-7311-000-8

34. Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy, *Týdeník ŠKOLSTVÍ: Předškolní vzdělávání v letech 2005 až 2008*[online]  
[cit.20-1-09]. Available from www:  
<http://www.msmt.cz/ministerstvo/tydenik-skolstvi-predskolni-vzdelavani-v-letech-2005-az-2008>
35. MÜLLER, O. et al. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004. 289 s. ISBN 80-244-0231-9
36. Národní informační centrum pro mládež, *Klasifikace mentálního postižení* [online]  
[cit.20-1-09]. Available from www:  
<http://www.icm.cz/klasifikace-mentalniho-postizeni>
37. NEWMAN, S. *Hry a činnosti pro vývoj dítěte s postižením: rozvoj kognitivních, pohybových, smyslových, emočních a sociálních dovedností*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 168 s. ISBN 80-7178-872-4
38. NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3
39. NOVOTNÁ, L., HŘÍCHOVÁ, M., MIŇHOVÁ, J. *Vývojová psychologie pro učitele* 3. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2004. 82 s. ISBN 80-7043-281-0
40. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0
41. PRŮCHA, J. *Pedagogický slovník*. 4. uprav. vyd. Praha: Portál, 2003. 324 s. ISBN 80 7178-772-8



42. PRŮCHA, J. *Přehled pedagogiky. Úvod do studia oboru*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000. 272s. ISBN 80-7178-399-4

43. Referáty - seminárky[online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

<http://referaty-seminarky.cz/autismusmentalni-retardace/>

44. RENOTIÉROVÁ, M. , LUDÍKOVÁ, L. et all. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého,2004. 313s. ISBN 80-244-0873-2

45. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4 přeprac. a doplň.vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 603 s. ISBN 80-7169- 512-2

46. SADÍLKOVÁ, K. *Mentálně retardované dítě* [online]

[cit.20-1-09]. Available from www:

<http://www.sweb.cz/katerina.sadilkova/id4.htm>

47. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*.1.vyd. Praha:Grada, 2007. 166s. ISBN 978-80-247-1733-3

48. Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení. [online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/smernice-msmt-k-integraci-deti-a-zaku-se-specialnimi-vzdelavacimi-potrebami-do-skol-a-skolskych-zarizeni>

49. STARÁ, M., PLETICHOVÁ, B. Víme, co je to integrace? I *Děti a my*, 2003. č.2, [online]  
[cit.30-1-09]. Available from www:  
[http://www.downsyndrom.cz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=48%3Aislo-3-ronik-viii&catid=18%3A2003&Itemid=7&limitstart=1](http://www.downsyndrom.cz/index.php?option=com_content&view=article&id=48%3Aislo-3-ronik-viii&catid=18%3A2003&Itemid=7&limitstart=1)
50. STRUKOVÁ, O. *Děti z planety DS*. 1.vyd. Praha: G plus G S.r.o., 2000. 165 s. ISBN 80-86103-31-5
51. SVOBODA, M. *Psychologická diagnostika dospělých*. 2. vyd. Praha: Portál, 1999, 342s. ISBN 80-7178-327-7
52. ŠÍŠKA, J. *Lidská práva lidí s mentálním postižením*. 1.vyd. Praha: Modrý klíč, 2002. ISBN 80-902494-4-2
53. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3.vyd. Praha:Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-7
54. ŠVARCOVÁ, I. *Vzdělání pro všechny děti*, IN Můžeš - Noviny o svépomoci zdravotně postižených. roč. 8 č.6 3s. ISSN I210-7174
55. ŠVARCOVÁ, I. *Vzdělávací program zvláštní školy*. 2 přeprac. vyd. Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-025-7
56. TŘESOHLAVÁ, Z., ČERNÁ, M., KŇOURKOVÁ, M. *Dříve než půjde do školy. Lehká mozková dysfunkce v předškolním věku*. 1.vyd. Olomouc, AVICENUM. 1990. 128 s. ISBN 80-201-0015-6

57. VÁGNEROVÁ, M. *Úvod do vývojové psychopatologie I: Úvod do problematiky a psychologie somaticky nemocných dětí.* 1.vyd. Liberec: Technická univerzita, 2002. 90s. ISBN 80-7083-593-1
58. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. – Dětství s dospívání.* 1.vyd. Praha: Karolinum, 2005, 467 s. ISBN 80-246-0956-8
59. VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie.* 3. vyd. Praha: Parta, 2007. 378 s. ISBN 80-7320-099-2
60. VALENTA, M., MÜLLER., O. *Psychopedie teoretické základy a metodika.* 1.vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2
61. VÍTKOVÁ, M. et.al. *Integrativní speciální pedagogika Integrace školní a sociální.* 2.vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9
62. VÍTKOVÁ, M. *Otázky speciálně pedagogického poradenství, Základy, teorie, praxe* 2 vyd. Brono: MSD, 2004. 261s. ISBN 80-86633-23-3 (brožura)
63. Vládní výbor pro zdravotně postižené občany. *Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům. Plán akcí na období II. Pololetí 1992-1994.* Praha, 1992. 50s.[online].  
[cit. 30-1-09] Available from www  
<http://www.nrzp.cz/userfiles/file/narodniplan1992.pdf>
64. VOTAVA, J. et al. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením.* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, Karolinum, 2005. 207 s. ISBN 80-246-0708-5

65. Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání [online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb004_05.pdf)

66. Vyhláška č. 43/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání [online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

[http://aplikace.msmt.cz/PDF/MJVyhlaska43\\_2006Sb.pdf](http://aplikace.msmt.cz/PDF/MJVyhlaska43_2006Sb.pdf)

67. Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných [online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020\\_05.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/sb020_05.pdf)

68. Wikipedia *Demence*[online]

[cit 30-1-09] Available from www

<http://cs.wikipedia.org/wiki/Demence>

69. Wikipedide, *Mentální retardace*[online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

[http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD\\_retardace#St.C5.99edn.C4.9B\\_t.C4.9B.C5.BEk.C3.A1\\_ment.C3.A1ln.C3.AD\\_retardace\\_.28IQ\\_35\\_.E2.80.93\\_49.29](http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace#St.C5.99edn.C4.9B_t.C4.9B.C5.BEk.C3.A1_ment.C3.A1ln.C3.AD_retardace_.28IQ_35_.E2.80.93_49.29)

70. Zákon 561/2004 Sb. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [online]

[cit.13-1-09]. Available from www:

[http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Uplne\\_zneni\\_SZ\\_317\\_08.pdf](http://www.msmt.cz/uploads/soubory/zakony/Uplne_zneni_SZ_317_08.pdf) *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*.

71. Zákon 561/2004 Sb. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy*. [online].  
[cit.13-1-09]. Available from www:  
<http://www.msmt.cz/Files/Predpisy1/sb190-04.pdf>

## **9 Přílohy**

### ***9.1 Seznam příloh***

Příloha 1 - Dotazník pro pracovníky běžných mateřských škol

Příloha 2 - Dotazník pro pracovníky mateřských škol speciálních

Příloha 3 - Dotazník pro pracovníky mateřských škol speciálních

Příloha 4 - Dotazník pro rodiče dětí s mentálním postižením

Příloha 5 - Týdeník ŠKOLSTVÍ: Předškolní vzdělávání v letech 2005 až 2008

## 9.2 Příloha 1

### **Dotazník pro vedoucí pracovníky běžných mateřských škol**

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Brožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma „Integrace dětí s mentálním postižením v mateřské škole“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Pavlína Brožová

#### **1) Váš věk?**

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

#### **2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (prosím, uveďte )**

- a) SŠ  
b) VŠ

#### **3) 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

#### **4) Vzděláváte se stále i při svém zaměstnání ? (jestli ano, uveďte jak)**

.....  
.....  
.....

**5) Domníváte se, že sociální politika v ČR v souvislosti s integrací je dostatečná?**

- a) ano
- b) ne

**6) Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s autismem

**7) Které je naopak nevhodné integrovat?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s autismem

**8) Jaký je Váš postoj k integraci?**

- a) pozitivní
- b) negativní

**Máte - li nějaké připomínky týkající se integrace, prosím uveďte je zde**

.....  
.....  
.....



## 9.2 Příloha 2

### **Dotazník pro pracovníky mateřských škol speciálních**

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Brožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma „Integrace dětí s mentálním postižením v mateřské škole“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Pavlína Brožová

#### **1) Váš věk**

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

#### **2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**

- a) SŠ  
b) VŠ

#### **3) 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

#### **4) Vzděláváte se stále i při svém zaměstnání ? (jestli ano, uveďte jak)**

.....  
.....  
.....

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

- a) ano
- b) ne

**6) Domníváte se, že sociální politika v ČR v souvislosti s integrací je dostatečná?**

- a) ano
- b) ne

**7) Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s autismem

**8) Které je naopak nevhodné integrovat?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s autismem

**9) Co Vám v péči o postižené děti ze strany státu chybí nebo co postrádáte – v oblasti školství, zdravotnictví, sociální oblasti? ( Prosím uveďte, co konkrétně postrádáte )**

.....  
.....  
.....

**10) Jaký je Váš postoj k integraci?**

- a) pozitivní
- b) negativní

**Máte - li nějaké připomínky týkající se integrace, prosím uveďte je zde**

.....  
.....  
.....

## 9.2 Příloha 3

### **Dotazník pro vedoucí pracovníky mateřských škol speciálních**

Dobrý den,

jmenuji se Pavlína Brožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma „Integrace dětí s mentálním postižením v mateřské škole“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Pavlína Brožová

#### **1) Váš věk**

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

#### **2) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání? (prosím, uveďte )**

- a) SŠ  
b) VŠ

#### **3) 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

#### **4) Vzděláváte se stále i při svém zaměstnání ? (jestli ano, uveďte jak)**

.....  
.....  
.....

**5) Domníváte se, že sociální politika v ČR v souvislosti s integrací je dostatečná?**

- a) ano
- b) ne

**6) Které postižení je podle Vás vhodné pro integraci?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s autismem

**7) Které je naopak nevhodné integrovat?**

- a) mentální retardace
- b) zraková postižení
- c) sluchová postižení
- d) tělesná postižení
- e) autismus
- f) kombinovaná postižení
- g) kombinovaná postižení s artismem

**8) Co Vám v péči o postižené děti ze strany státu chybí nebo co postrádáte – v oblasti školství, zdravotnictví či sociální oblasti? ( Prosím uveďte, co konkrétně postrádáte )**

.....  
.....  
.....

**9) Jaký je Váš postoj k integraci?**

- a) pozitivní
- b) negativní

**Máte - li nějaké připomínky týkající se integrace, prosím uveďte je zde**

.....

.....

.....

## 9.2 Příloha 4

### **Dotazník pro rodiče dětí s mentální retardací**

Vážení rodiče,

jmenuji se Pavlína Brožová a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty, Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, obor Rehabilitační – psychosociální péče o postižené děti, dospělé a staré osoby. Tento dotazník mi poslouží k vypracování mé diplomové práce na téma „Integrace dětí s mentálním postižením v mateřské škole“. Obracím se tedy na Vás s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je anonymní a veškeré údaje, které zde uvedete, použiji pouze pro svou práci.

Předem děkuji za Vaši pomoc.

Pavlína Brožová

**1) Kolik bylo Vám a vašemu partnerovi, když se Vám narodilo dítě navštěvující toto zařízení? ( prosím uveďte )**

MATKA.....

OTEC.....

**2) Jste spokojeni se specializovaným zařízením, jež navštěvuje Vaše dítě?**

a) ano

b) ne

**3) Máte nějaké problémy spojené s tím, že Vaše dítě navštěvuje toto specializované zařízení?**

a) doprava

b) finanční potíže

c) nedostatečná nabídka sociálních služeb

d) bez problémů

**4) Předpokládáte, že Vaše dítě bude v budoucnu navštěvovat základní školu speciální nebo budete chtít integrovat své dítě do běžné základní školy?**

- a) základní škola speciální
- b) běžná základní škola

**5) Má Vaše dítě sourozence?**

- a) ano ( pokud ano uveďte zde prosím kolik ..... )
- b) ne

**6) Využíváte nabídky sociální pomoci/péče poskytované státem?**

- a) ano
- b) ne

**7) Jaké využíváte sociální služby?**

- a) osobní asistence
- b) pečovatelská služba
- c) centrum denních služeb
- d) denní stacionář
- e) týdenní stacionář
- f) domov pro osoby se zdravotním postižením
- g) ústav sociální péče
- h) jiné.....
- i) nevyžívám

**8) Jaké využíváte sociální dávky?**

- a) rodičovský příspěvek
- b) přídavek na dítě
- c) přídavek na péči
- d) jiné.....
- e) nevyžívám



**9) Využili jste někdy jednorázového příspěvku?**

- a) ne
- b) nevím o této možnosti
- c) ano, prosím, uveďte za jakým účelem.....

**10) Jak podle Vás funguje informovanost o sociálních dávkách, službách či jiných možnostech v ČR?**

- a) výborně
- b) velmi dobře
- c) dobře
- d) nefunguje

**11) Máte pocit, že jste o těchto možnostech dostatečně informováni?**

- a) ano
- b) ne
- c) dostatečně, tím kdo mi o možnostech řekl

**12) Jaký máte postoj k integraci?**

- a) pozitivní
- b) negativní

## 9.2 Příloha 5

### **Týdeník ŠKOLSTVÍ: Předškolní vzdělávání v letech 2005 až 2008**

21. ledna 2009 otiskl Týdeník ŠKOLSTVÍ podrobný článek Jitky Konrádové o vývoji počtu dětí v mateřských školách v posledních letech.

V poslední době se velmi často setkáváme s informacemi o tom, že počet narozených dětí, od setrvalého poklesu porodnosti v 90. letech, opět roste, a to hlavně proto, že se děti začaly rodit ženám z populačně silných ročníků 70. let. Zvýšená porodnost se samozřejmě projevuje i v oblasti předškolního vzdělávání. Předškolnímu vzdělávání a jeho vývoji v průběhu posledních 4 let (školní roky 2005/2006 - 2008/2009) se proto budeme věnovat v tomto a příštím čísle.

Zaměříme se v něm na vývoj počtu tříd, dětí a učitelů právě v souvislosti s vývojem příslušné populace, tedy dětí ve věku 3 - 5 let. První díl se bude věnovat vývoji z celorepublikového pohledu, díl druhý se bude zabývat krajovými rozdíly. Situace

v České republice Předškolní vzdělávání v České republice je nepovinné a je určeno zpravidla dětem od 3 do 5 let, případně do doby jejich vstupu do povinné školní docházky. Předškolní vzdělávání je zajišťováno především mateřskými školami, přičemž pro děti se zdravotním postižením jsou určeny mateřské školy zřízené pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami (dříve speciální mateřské školy). Ačkoliv je docházka dětí do nich nepovinná a u většiny dětí za úplatu, je o ni velký zájem a díky stále narůstajícímu počtu dětí v mateřských školách řada rodičů v posledních letech řeší problém, zda pro jejich dítě bude v mateřské škole místo. Přednostní právo na umístění mají ze zákona děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky. V rámci podpory jejich účasti na předškolním vzdělávání je jejich výuka bezplatná. Počet dětí v mateřských školách se ve sledovaném období (tedy mezi lety 2005 až 2008) zvýšil, a to o 6,9 procenta. Tento vývoj koresponduje s nárůstem počtu dětí ve věku 3 - 5 let. Podíl dětí navštěvujících mateřské školy v příslušné populaci byl ve sledovaném období stabilní (103 % v roce 2005 a 102 % v letech 2006 - 2008). Vzrostl také počet tříd i počet učitelů (z nichž je 99,9 % žen). V obou případech se

jednalo přibližně o 5procentní nárůst od roku 2005 do roku 2008. V porovnání s nárůstem počtu žáků je tedy nárůst počtu tříd a učitelů relativně pomalejší.

Mateřské školy navštěvují zejména děti ve věku 3 - 5 let. Jejich podíl na celkovém počtu dětí navštěvujících mateřské školy se v daném období pohyboval mezi 84 - 85 procenty. Děti mladší 3 let tvořily ze všech dětí něco mezi 8 - 9 procenty a děti 6leté a starší přibližně 7 procent. Nejvýrazněji od roku 2005 přibylo dětí 4letých a mladších. To poukazuje na fakt, že rodiče se snaží dát dítě do mateřské školy co nejdříve, aby se také co nejdříve mohli vrátit do zaměstnání. Roli hraje samozřejmě i zájem rodičů na začlenění dítěte do kolektivu stejně starých dětí. Naopak mírně ubylo dětí 6letých a starších, což může souviset s mírně klesajícím podílem dětí s odkladem povinné školní docházky. Ta se v roce 2005 týkala přibližně 24 procent dětí z odpovídající populace, nyní se jejich podíl blíží 22 procentům. Poklesl rovněž počet dětí s omezenou délkou docházky (nejvýše na čtyři hodiny denně z důvodu pobírání rodičovského příspěvku nebo příspěvku při péči o blízkou nebo jinou osobu).

Pokud se zaměříme zvlášť na třídy běžné a na třídy speciální (třídy pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami včetně tříd v mateřských školách zřízených pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami), zjistíme, že běžné třídy navštěvuje přibližně 97 - 98 procent dětí. Ve sledovaném období se počet dětí v běžných třídách ještě o 7,2 procenta zvýšil, oproti tomu dětí ve speciálních třídách o 2,3 procenta ubylo. Vysvětlením je v tomto případě sílící proces individuální integrace postižených dětí, tedy jejich začleňování do běžných tříd.

### **Počet dětí**

Běžné a speciální třídy se přirozeně liší v průměrných počtech dětí na jednu třídu. V běžných třídách je 23 - 24 dětí, zatímco v jedné třídě speciální je v průměru pouze 11 dětí. Stejně tak je ve speciálních třídách příznivější průměrný počet dětí na jednoho učitele, který činí 5 dětí, zatímco v běžných třídách má učitel na starosti v průměru 13 dětí. Ze zákona se třída mateřské školy naplňuje do počtu 24 dětí a třída, ve které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením, maximálně do počtu 19 dětí v závislosti na postižení dětí.

A zde se nabízí otázka, jaká je celková kapacita mateřských škol u nás. V průměru je maximální kapacita jedné mateřské školy 70 dětí a v průměru jednu mateřskou školu navštěvuje 66 dětí. Mateřské školy jsou tedy maximálně vytížené a mnoho volných míst již nenabízí. Na tento fakt poukazují i rostoucí počty dětí, které musely školy odmítnout. Zatímco v roce 2005 bylo „jen“ 6,8 tisíce odmítnutých žádostí o přijetí do mateřské školy (2 % z celkového počtu žádostí), v roce 2008 nebylo vyhověno téměř 20 tisícům žádostem (6 % ze všech podaných žádostí). Je třeba podotknout, že rodiče většinou děti přihlásí do více mateřských škol najednou, celkový počet „odmítnutých“ dětí je tedy výsledně o něco nižší.

### **Zřizovatelé**

Převážná většina mateřských škol je zřizována obcemi, ačkoliv mezi zřizovateli jsou zastoupeny různé subjekty (již uvedené obce, kraje, soukromí zřizovatelé, církve nebo MŠMT). Mateřské školy zřízené obcemi navštěvovalo ve všech sledovaných letech 98 procent všech dětí a spadá pod ně 96 procent všech tříd těchto škol. V souladu s celkovým trendem nárůstu počtu dětí zaznamenaly mateřské školy všech zřizovatelů mezi rokem 2005 a 2008 nárůst počtu dětí. V případě mateřských škol zřizovaných MŠMT a krajem (jedná se převážně o školy zřízené pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami) se počet dětí zvýšil jen velmi nepatrně. V obecních mateřských školách počty dětí rostou téměř stejnou rychlostí jako populace ve věku 3 - 5 let (za celé období přibližně o 7 %). Také církevní školy vykazují zvyšující se počty dětí, rychlost růstu mezi jednotlivými roky však postupně klesá. Soukromé mateřské školy zaznamenaly vzestup až mezi roky 2007 a 2008, ovšem vzestup poměrně výrazný. Jde nejspíše o reakci právě na plnou kapacitu obecních školek. Děti předškolního věku v tomto období výrazně přibývá a síť školek je třeba rozšířit. Jelikož je ale tento populační boom s největší pravděpodobností pouze dočasný a očekává se opětovný pokles narozených dětí, nevyplatí se obcím investovat do zřizování nových obecních školek a pravděpodobně raději dotují školky soukromé. Pravděpodobná dočasnost populačního růstu způsobeného vysokou úrovní porodnosti je zřejmá. Plyne z ní i dočasnost zde popsaného trendu vývoje počtu dětí navštěvujících školky. Od roku

2002 stále přibývá narozených dětí, v roce 2005 jejich počet po dlouhé době opět přesáhl hranici 100 tisíc. V roce 2007 se narodilo téměř 115 tisíc dětí a právě tyto děti budou v roce 2010 potenciálními zájemci o místa ve školkách. Zvyšování počtu dětí, tříd i učitelů v nich je tedy možné očekávat i v nejbližších letech. Vývoj znázorněný v grafu - tedy růst příslušné věkové populace a počtu dětí v mateřských školách doprovázený zvyšováním počtu učitelů a tříd (aby nebyla překročena maximální povolená kapacita 24 dětí na 1 třídu) - můžeme očekávat i v příštích letech. (34)