

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

Pedagogická fakulta

**Připravenost učitelek mateřských škol na pedagogickou integraci dětí
s mentální retardací**

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce:

PaedDr. Helena Havlisová, Ph.D.

Vypracovala:

Adriana Drbalová

České Budějovice, 2013

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 5. července 2013 Adriana Drbalová

Poděkování

Děkuji tímto vedoucí své bakalářské práce PaedDr. Heleně Havlisové, Ph.D. za odborné vedení, za cenné rady a připomínky poskytnuté při zpracování této bakalářské práce.

Adriana Drbalová

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá tím, jak jsou učitelky mateřských škol připravené na pedagogickou integraci dětí s mentální retardací. První část teoretické části se zabývá samotným pojmem mentální retardace, a to jeho vymezením, klasifikací, výskytem, etiologií, diagnostikou a charakteristickými rysy. Druhá část teoretické části se zabývá předškolním vzděláváním dětí s mentální retardací. V poslední teoretické části se věnuji integraci, kde je vylíčená definice jak samotné integrace, tak i pedagogické integrace a popsané výhody i nevýhody integrace. Jako další následuje část praktická, kde jsou zobrazeny výsledky mého dotazníkového šetření, které vychází z odpovědí učitelek mateřských škol na můj dotazník. Druhá část praktické části je diskuse, kde jsou shrnuty výsledky dotazníkového šetření.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální retardace, integrace, pedagogická integrace, předškolní pedagog, předškolní vzdělávání, mentální retardace v předškolním věku

ABSTRACT

This bachelor thesis is concerned with preparation of kindergarten teachers for pedagogical integration of children with mental retardation. The first theoretical part describes the term of mental retardation, its definition, classification, incidence, etiology, diagnostics and characteristics. The second theoretical part deals with the pre-school education of children with mental retardation. The last theoretical part is devoted to the integration, in which is described definition of actual and pedagogical integration and the advantages and disadvantages of integration. In the following practical part you can see the results of my questionnaire survey, based on kindergarten teachers' answers to my questionnaire. The second practical part is a discussion, in which are summarized the results of the survey.

KEY WORDS

Mental retardation, integration, pedagogical integration, preschool teacher, preschool education, mental retardation in preschool age

OBSAH

ÚVOD.....	8
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	9
1. MENTÁLNÍ RETARDACE.....	10
1. 1. Vymezení pojmu MR.....	10
1. 2. Výskyt.....	10
1. 3. Etiologie.....	11
1. 4. Diagnostika.....	12
1. 5. Psychologická charakteristika mentální retardace.....	12
1. 5. 1. Myšlení.....	13
1. 5. 2. Řeč.....	14
1. 5. 3. Učení.....	14
1. 5. 4. Paměť.....	15
1. 5. 5. Vnímání.....	15
1. 5. 6. Emoce.....	16
1. 5. 7. Vůle.....	17
1. 5. 8. Charakter.....	17
1. 6. Klasifikace mentální retardace.....	18
1. 6. 1. Lehká mentální retardace.....	18
1. 6. 2. Středně těžká mentální retardace.....	19
1. 6. 3. Těžká mentální retardace.....	19
1. 6. 4. Hluboká mentální retardace.....	20
1. 6. 5. Jiná mentální retardace.....	20
1. 6. 6. Nespecifikovaná mentální retardace.....	20
1. 7. Sociální vztahy mentálně retardovaných.....	21
1. 7. 1. Adaptace mentálně retardovaných.....	21

2. VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ A SOUČASNÝ SYSTÉM VÝCHOVY.....	23
2. 1. Zařazení mentálně retardovaných do škol.....	23
2. 2. Dítě s mentálním postižením v raném a předškolním věku.....	23
2. 3. Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku.....	25
2. 4. Předškolní vzdělávání speciální.....	26
2. 5. Výchova dítěte s mentální retardací v rodině a její podpora.....	27
2. 6. Diagnostika mentálně retardovaných dětí předškolního věku.....	28
3. INTEGRACE.....	30
3. 1. Definice pojmu integrace.....	30
3. 2. Definice pojmu pedagogická integrace.....	30
3. 2. 1. Historie pedagogické integrace.....	31
3. 3. Výhody a nevýhody integrace.....	32
II. PRAKTICKÁ ČÁST.....	33
4. CÍL PÁCE.....	34
5. METODOLOGIE VÝZKUMU.....	35
6. ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	36
6. 1. Analýza výsledků dotazníkového šetření.....	37
7. DISKUSE.....	67
ZÁVĚR.....	69
LITERATURA.....	70
PŘÍLOHY.....	72

ÚVOD

Toto téma mé bakalářské práce jsem si vybrala z toho důvodu, jelikož mě speciální pedagogika během celých třech let studia na Pedagogické fakultě velice bavila a zajímala. Chtěla jsem si zvolit nějaké téma, které se týká mentální retardace. Tato problematika je velice zajímavá a dětí s tímto handicapem stále přibývá. Při konzultaci s paní PaedDr. Helenou Havlisovou, Ph.D. jsme dospěly k aktuálnímu tématu, které se bude týkat integrace mentálně retardovaných dětí. V mé práci bude rozpracována otázka, jak jsou učitelky mateřských škol na tuto pedagogickou integraci připravené.

V teoretické části mé bakalářské práce popisuji a zaměřuji se na pojem mentální retardace. O tomto handicapu je v podstatě celá moje bakalářská práce. Tato část teoretické části je nejvíce obsáhlá. Popisuji zde mentální retardaci od jejího vymezení přes klasifikaci až po adaptaci mentálně retardovaných. V další části bakalářské práce se věnuji vzdělávání dětí s mentální retardací a současnému systému výchovy těchto dětí. V poslední části jsou definované pojmy samotné integrace, integrace pedagogické a jsou zde zmíněny výhody a nevýhody, které s sebou integrace přináší.

V praktické části za pomoci kvantitativního výzkumu - dotazníkové šetření zjišťuji, jak jsou učitelky mateřských škol připraveny na pedagogickou integraci dětí s mentální retardací. Výsledky z dotazníkového šetření jsou shrnuty v diskusi.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ RETARDACE (F70 – F79)

1. 1. Vymezení pojmu MR

Pojem mentální retardace vychází z latiny – „mens“, což znamená mysl, duše a „retardare“, v překladu zpomalený, opožděný. Po doslovném přeložení – „opoždění mysli“. Mentální retardace je ve skutečnosti o něco složitější syndromické postižení. (Slowik, 2007)

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů – 10. revize se mentální retardace označuje za neúplný nebo zastavený duševní vývoj. Tento stav je charakteristický porušením dovedností, které se projevují v období vývoje. Postihuje veškeré složky inteligence – motoriku, poznávání, sociální schopnost a řeč. Mentální retardaci mohou doprovázet duševní a somatické poruchy. (MKN – 10. revize, 2012)

Každá osoba s mentálním postižením je samostatná a má svoje charakteristické osobní rysy, přesto však mají některé znaky společné. Za mentálně postižené považujeme osoby, u kterých dochází k zaostávání rozumových schopností. Jejich psychické vlastnosti se odlišují a dochází u nich k poruchám adaptace. Tyto osoby provází zastavený nebo neúplný duševní vývoj. (Švarcová 2011; Valenta, Müller, 2004)

Podle Vágnerové (2004) patří mezi hlavní znaky mentální retardace nedostatečný rozvoj myšlení a řeči. Tyto osoby mají omezenou schopnost se učit. Kvůli těmto znakům se obtížněji přizpůsobují běžnému životu. Mentální retardace je vrozená a trvalá.

1. 2. Výskyt

Mentálně retardovaní patří mezi nejpočetnější skupinu mezi postiženými. Vágnerová (2004) uvádí, že v populaci se jich vyskytuje cca 3% a počet stále stoupá. Jejich počet se liší ve stupni mentální retardace. Dále Vágnerová píše, že se můžeme nejčastěji setkat s lehkou mentální retardací, jejíž počet je přibližně 70% postižených z celého poměru mentálně retardovaných. Ostatní formy jsou výjimečné. Mentální retardace je u chlapců a dívek ve stejné míře, občas se v nějaké literatuře uvádí, že je postihnuto více jedinců mužského pohlaví. Přesný počet mentálně postižených se však neví, jelikož

pediatři dodržují lékařské tajemství a kolikrát ani nejsou ochotní podat informace odborníkům do speciálně-pedagogických center. (Vágnerová, 2004; Švarcová, 2011)

1. 3. Etiologie

Vágnerová (2004) uvádí, že hlavní příčinou mentální retardace je narušení centrální nervové soustavy. Tato porucha může vzniknout různými způsoby. Například genetickými poruchami, což vede k narušení CNS. Také se může jednat o vnější příčiny, které poškozují mozek už na začátku jeho vývoje. Obě tyto příčiny na sebe vzájemně působí.

Příčina genetických poruch jsou odchylky, kterých je velmi mnoho. Většinou jde o syndrom, u kterého je příznakem mentální retardace. Mezi poruchy můžeme zařadit funkci genetického aparátu nebo poruchu struktury. Můžeme rozlišovat chromozomální poruchy, což znamená odlišný počet a struktura autozomů (párové chromozomy). Mezi nejznámější příklad patří Downův syndrom, což je trizomie 21. chromozomu, jedná se o zvýšený počet chromozomu v buněčných jádrech – trojice chromozomu na 21. páru. Dále sem můžeme zařadit syndrom Cri du Chat (syndrom kočičího křiku) – je způsoben ztrátou horní části 5. chromozomu.

Odlišná struktura nebo počet pohlavních chromozomů – sem patří Turnerův syndrom – monozomie X chromozomu (jeden pohlavní chromozom X v páru chybí), nebo Klinefelterův syndrom – zvýšený počet chromozomu X společně s Y.

Genové poruchy mohou mít více příčin, ale nejčastěji se jedná o chorobný proces – poškození mozku, např. Fenylketonurii – vrozená porucha metabolismu.

Další poruchy jsou zapříčiněny prenatálními i perinatálními faktory, které působí v matčině organismu a záporně ovlivňují vývoj plodu. Jsou příčinou pro vznik mentální retardace. Mezi prenatální řadíme drogy, alkohol, úraz matky, některé léky a virové onemocnění matky. K perinatálním poruchám dochází kvůli nedostatku kyslíku při porodu, při mechanickém stlačení hlavičky, kdy dochází ke krvácení do mozku. Dále sem patří postnatální poruchy, kdy postižení vzniká maximálně do 2 let života vlivem úrazů, zánětlivého onemocnění (klíšťová encefalitida), různých otrav s infekčního onemocnění (např. zarděnky). (Vágnerová, 2004; Slowik, 2007)

1. 4. Diagnostika

Na diagnostice dítěte s mentálním postižením se podílejí hlavně odborníci z oblasti medicíny, mezi které patří hlavně pediatr, neurolog, psycholog, ale dílčí podíl mají také rodiče. Důležitou roli hrají i odborníci ze speciální pedagogiky, psychologie, lidé ze sociálních prací a další. Zjistit IQ dítěte a zařadit ho do nějaké klasifikace je dlouhodobý proces a není to tak jednoduché. IQ je kolísavé a výsledky jsou při vyšetření mnohokrát velmi rozdílné. Toto všechno však záleží na tom, jaké je časové rozmezí mezi vyšetřením, na kvalitě a formě položených otázek a měl by mít takovou strukturu, která odpovídá úrovni mentálně retardovaných. Podle Sterna měříme inteligenční kvocient (IQ) tak, že mentální věk dítěte vydělíme chronologickým věkem. Výsledek, který nám vyjde, vynásobíme stem.

$$IQ = (\text{mentální věk} / \text{chronologický věk}) \times 100.$$

Podle čísla, které dostaneme, můžeme určit stupeň mentální retardace. Působí zde ale i více faktorů, podle kterých určujeme stupeň, například podle zkoušek, které se týkají osobních vlastností a psychických funkcí. Dále podle vývoje řeči dítěte, jeho chování a citového vývoje. Záleží také na psychologickém, somatickém a neurologickém vyšetření. Po získání všech výsledků lze zjistit jedinečnosti, odchylky a poruchy v jednotlivých složkách osobnosti.

(Slowik, 2007; Švarcová, 2011)

1. 5. Psychologická charakteristika mentální retardace

Mezi typické znaky mentálně postižených patří například omezené poznávací schopnosti – zvědavost. Tito jedinci bývají spíše pasivní, špatně se orientují v prostoru, jelikož nerozpoznají, které objekty a situace jsou podstatnější. Špatně chápou jejich vzájemné vztahy. Ve světě se cítí ohrožení, jelikož mu méně rozumí. Z toho vyplývá, že mentálně postižení jsou více závislí na jiném člověku, který je pro ně prostředníkem mezi nimi a vnějším prostředím. Mezi další psychologické zvláštnosti patří snížená schopnost nebo neschopnost porovnávání a dedukce logických vztahů, zvýšená potřeba uspokojení, nedostatečná slovní zásoba, opožděný psychosexuální vývoj, neobratnost ve vyjadřování, zvýšená potřeba bezpečí, porucha pohybové koordinace a vizuomotoriky, impulzivita, hyperaktivita, celkové zpomalené chování, zpomalená chápavost a nakonec nedostatky ve vývoji „já“. (Vágnerová 2004, Švarcová 2011)

1. 5. 1. Myšlení

Myšlení je charakterizováno jako poznávací proces, který probíhá mezi člověkem a okolím. U mentálně retardovaných je porušena poznávací činnost – omezená zásoba představ, nedostatečný rozvoj řeči, špatná komunikace a motorika. To jsou věci, na kterých stojí špatně se rozvíjející myšlení. Myšlení může u mentálně postižených dosáhnout maximálně na konkrétní logické myšlení. Jejich myšlení je stereotypní a rigidní. Drží se známého způsobu řešení, čímž se brání před podněty, které jsou pro ně nesrozumitelné a neznámé.

Děti s mentální retardací mají omezenou schopnost zobecňování a abstrakce. Patří sem abstrahování barev – pokud dítě s mentální retardací dokáže rozeznat mezi několika předměty například červenou kostku, znamená to značný pokrok v jeho myšlení. Mezi další abstrakce patří počet. Pokud dítě dokáže určit „málo“ nebo „hodně“ – znamená to další rozvoj jeho myšlení.

Dalším problémem u mentálně retardovaných je zobecňování. Jsou schopni se naučit nějaká pravidla, ale nechápou rozdíly mezi různými situacemi, proto je nedokážou použít v praxi.

Dalším charakteristickým znakem myšlení dětí s mentální retardací je nesoustavnost myšlení. Jde o přerušení pozornosti, která je způsobená unaveností. Jakmile dojde k unavenosti, dítě s mentální retardací ztrácí souvislost v myšlence a začne mluvit o něčem jiném. Slabá řídící úloha myšlení patří mezi další závažné nedostatky. To znamená, že dítě s mentální retardací nemá promyšlené své jednání a nedokáže předvídat jeho důsledek. Často se to spojuje s nekritičností myšlení – děti s mentální retardací si málokdy všimnou své chyby nebo chyb v myšlení ostatních lidí. Mentálně retardovaní ani nepředpokládají, že by jejich výroky byly chybné. Sekvenční myšlení – kvalita myšlení, která dětem s mentální retardací výrazně chybí, znamená, že když tyto děti zpívají nějakou písničku, nezpívají ji tak, jak jde logicky za sebou, ale zpívají jednotlivé sloky, na které si právě vzpomenu.

Do sekvenčního myšlení patří sekvenční paměť. Sem patří různé postupy a děláni věcí. Pokud je však této paměti nedostatek, zabraňuje to děláni různých důležitých dovedností a návyků, například zavazování tkaničky nebo každodenní hygiena. Dále do sekvenčního myšlení zařazujeme i organizaci času. Organizace času pro děti s mentální retardací je veliký problém. Nedokážou odhadnout čas, nevědí, jak dlouho bude něco

trvat. Těmto dětem bychom měli pomáhat dělat si rozvrhy a hospodařit s časem. (Vágnerová, 2004; Hartl, Hartlová, 2004; Švarcová, 2011)

1. 5. 2. Řeč

Podle Hartla a Hartlové (2004) je řeč „*schopnost člověka vyjádřit členěnými zvuky obsah vědomí*“. Výslovnost mentálně retardovaných je nepřesná, to způsobuje nedostatek pohybu mluvidel (organické poškození mozku) nebo zhoršený sluch. Ten neposkytuje zpětnou vazbu, která je potřebná. Jejich slovní zásoba je omezenější, proto občas nerozumí verbální komunikaci. Nejsou schopni chápat složitější slovní obraty, jako je například žert, ironie a jiné. Nejvhodnější je podávat jim informace, které jsou stručné a jednoduše formulované. Jejich vyjadřování je jednoduché z důvodu snížení jazykového citu – používají krátké věty a konkrétní pojmy. Typickým znakem je také jazyková necitlivost, která se projevuje tím, že nedokážou správně gramaticky spojovat slova a věty. Ve větách zřídka používají slovesa, přídavná jména a spojky. S obtížemi nebo se zpožděním se také utváří schopnost rozlišovat hlásky. (Vágnerová, 2004; Černá, 2008; Švarcová, 2011)

1. 5. 3. Učení

„*Učení je aktivní a tvořivý proces, který rozšiřuje vrozený genetický program a rozšiřuje možnosti jedince, jeho smyslem je přizpůsobování se novým situacím*“ píše Hartl, Hartlová, 2004. Schopnost učit se je pro mentálně postižené také do určité míry omezená. Důvodem je nedostatečné porozumění, ale také nedostatek paměti a špatná pozornost. Učí se hlavně mechanicky a asociačně.

U mentálně postižených musíme dbát na vhodnou motivaci, jelikož učení něčemu novému pro ně není příliš příjemné. Mají rádi pochvalu nebo nějakou odměnu. Stačí, když člověk, který je jim blízký, se s nimi učí. Učení u mentálně postižených je spíše emoční než kognitivní záležitostí.

Mentálně postižené děti si spíše osvojují vše jednoduché a elementární. Učení však není jediný činitel, zároveň zde probíhá proces zrání, který má svůj podíl na vývojových změnách, které zasahují do oblasti chování a psychiky. (Vágnerová, 2004; Švarcová, 2011)

1. 5. 4. Paměť

Podle psychologického slovníku „*paměť znamená schopnost přijímat, držet a znovu oživovat minulé vjemy, často je charakterizována jako uchování informace o podnětu, který už nepůsobí*“ Hartl, Hartlová, 2004. Osvojení si nových věcí a vědomostí u dítěte s mentální retardací trvá velice pomalu. Je důležité, aby si tyto děti hodně opakovaly. Poznatky, které si osvojí, velice rychle zapominají. Příčina špatného a pomalého osvojování dovedností, vědomostí a návyků se týká nervové soustavy. Jde o slabé spojování funkcí mozkové kůry.

Paměť u mentálně retardovaných je především mechanická. Obrazová – názorná paměť je druh paměti, o kterou se mentálně retardovaný může opírat. Typickým znakem u paměti mentálně retardovaných je zapomnětlivost – tedy pomalé tempo zvládnutí nových vědomostí a jejich nestálost uchování, která se spojuje s nepřesným vybavováním. I nízká úroveň myšlení těmto dětem snižuje kvalitu paměti. Pro tyto děti je jednodušší si zapamatovat vnější znaky než vnitřní souvislosti, které jsou logické. Pro nejlepší zapamatování učiva u mentálně retardovaných je dobré používat přístup, který současně působí na více smyslů. (Černá, 2008; Švarcová, 2011)

1. 5. 5. Vnímání

Díky vnímání člověk může poznávat své okolí, dokáže rozeznat známé předměty od méně známých. A díky informacím, které takto získáváme, se dokážeme orientovat ve svém prostředí. Mentálně retardované děti se učí dívat se na věci jako všechny ostatní děti – to, co vidí, je výsledkem jejich určité životní zkušenosti.

Podobně jsou na tom mentálně retardovaní se sluchem. Rozlišují a skládají jednotlivé tóny a zvuky. To, co mentálně retardované děti vidí a slyší, závisí na mozkové kůře a kvalitě spojů, které se v ní vytvořily. U těchto dětí s poškozenou nervovou soustavou se vjemy vytváří velice pomalu a doprovází je mnoho nedostatků.

Zvláštností u vnímání dětí s mentální retardací je nečinnost neboli inaktivita psychického procesu. Projevuje se to tím, že když se děti s mentální retardací podívají na nějaký obrázek, nezkoumají jeho detaily. Sluchové vnímání se spojuje i s rozvojem řeči – spoje v oblasti sluchu se vytváří pomalu, tím se pomalu utváří i řeč, a to vede opět k zpomalenému vývoji psychiky. Pro zlepšování kvality počátků a vjemů u těchto dětí je dobře rozšiřovat jejich představy a znalosti. (Švarcová, 2011)

1. 5. 6. Emoce

Emocionalita patří mezi významné oblasti osobnosti. Mentálně retardované děti jsou emočně nevyspělé a jejich chování je na nižší věkové úrovni. Je dobré se s těmito dětmi vyhýbat neznámému prostředí a neznámým osobám – tyto podněty mohou u nich vyvolat až strach panického rázu. Proto jejich pocit bezpečí a pocit citové jistoty nejlépe zajišťuje osoba, která je pro ně velice blízká v prostředí, které je pro mentálně postižené také známé.

Děti s mentální retardací nedokážou vysvětlit příčinu nebo původ svého strachu. Je důležité, aby rodiče mentálně retardovaných dětí jejich emoce rozvíjeli a napravovali nedostatky. Tím se dopomáhá tomu, že se tyto děti lépe učí, vytváří lepší sociální vztahy a také různé formy aktivit. Je prokázáno, že city se spojují s potřebami uspokojování. Emoce u těchto dětí jsou sebestředné.

Negativní emocionalita se projevuje u těchto dětí také v případě, když dostanou náhradu za nějakou věc, která se ztratila nebo poškodila nebo v kompenzaci jiné vhodnější činnosti – v těchto případech nemohou nalézt uspokojení a cítí se ukřivděny. Vzhledem k nízké úrovni ovládání citů intelektem se špatně vytvářejí i morální city.

Obtížně a opožděně se vytváří soucit, pocit odpovědnosti, povinnosti, svědomí a další. Je důležité tyto city postupně rozvíjet.

U dětí s mentální retardací můžeme někdy také pozorovat citové projevy patologické. Sem řadíme například vznětlivost, kterou neovládají. Můžeme se setkat také s dysforií, což jsou poruchy nálady epizodické – dítě se z ničeho nic octne v depresích, lítosti a na okolí reaguje rozmrzelostí a hněvem. Po nějaké době tento stav sám odezní a dítě se chová stejným a obvyklým způsobem. Opak dysforie je euforie, s kterou se také můžeme setkat. Euforie je stav, kdy se dítě s mentální retardací bez jakékoliv motivace povznáší v dobré náladě – tyto děti se v tomto stavu nepřestávají smát, i když se jim zrovna může dít něco nepříjemného. Většinou je to známka zhoršení nemoci. Apatie je další porucha citového života. Což se u dětí s mentální retardací projevuje tak, že nemají zájem o jakékoliv činnosti, mají nedostatek potřeby pohybu, jsou lhostejní k lidem a ztrácí zájem o všechno. (Vágnerová, 2004; Švarcová, 2011)

1. 5. 7. Vůle

Patří mezi nejdůležitější rysy osobnosti. Podle psychologického slovníku „*je vůle vymezena často jako záměrné, cílevědomé úsilí směřující k dosažení vědomě vytčeného cíle, vlastní jen člověku.*“ Hartl, Hartlová, 2004. U dětí s mentální retardací se často poukazuje na nesamostatnost či neschopnost řídit vlastní jednání, na nedostatek podnikavosti a na neschopnost zvládání a překonávání překážek - to vše je příznak nedostatku vůle. Je to také u těchto dětí těžší než u dětí nepostižených. U příkladu „Já chci čokoládu“ – mentálně retardované děti jsou více tvrdohlavé.

Těžko zvladatelná je i situace, když se tyto děti rozhodnou pro něco, co je hodnotně, časově nebo místně nedostupné. Všechny tyto projevy tvrdohlavosti, neiniciativnosti a neovladatelnosti jsou projevy osoby, která je nezralá.

Výchova vůle je proces, který je dlouhodobý a složitý. Bez tohoto procesu mentálně retardované dítě nemůže plnit jednodušší úkoly a nemůže se ani rozvíjet. (Švarcová, 2011)

1. 5. 8. Charakter

Charakter mentálně retardovaných závisí hlavně na zvláštnostech jejich nervové soustavy, ale zároveň také na výchově a okolním prostředí. Jaký dítě bude mít charakter, závisí do určité míry na rodině. U mentálně postižených dětí to bývá však trochu složitější. Pokud jim něco nejde a jsou nešikovné, rodiče nemají správnou míru přísnosti a většinou dělají vše za ně. Ale právě na míře náročnosti a přísnosti závisí charakteristické rysy těchto dětí – odpovědnost, sebeovládání, vůle, vytrvalost, smysl pro povinnost. I dítěti s mentální retardací je nutno opakovaně vysvětlovat a upozorňovat, že se nesmí chovat tak, co ruší ostatní nebo co ostatním dětem vadí – agresivita, hluchost a podobně.

U těchto dětí není lehké rychle odstranit špatné návyky, jde hlavně o to, abychom našli příčinu. Pokud se u nich objeví například kývání, snažíme se dítěti najít činnost, která bude spojena s prožitkem.

Není zde ani dostatečně rozvinuta schopnost sebeovládání. Problematickým chováním mohou vyjadřovat své aktuální pocity – například boucháním hlavou do zdi či sebepoškozováním. Dosáhnou tím také toho, že se na ně upoutá pozornost a ony tak

uspokojí své potřeby. U mentálně retardovaných se také často objevuje agresivní chování, které může mít několik příčin – stres z nadměrných sociálních požadavků, které mentálně retardovaní nechápou, ponižování, negativní postoj lidí, odmítání.

Mezi další důležitou složku osobnosti patří sebepojetí. Lidé s lehkou mentální retardací dokážou poznat, že se odlišují od zdravých lidí. Mentálně retardované osobnosti nejsou k sobě kritické a jejich sebehodnocení je většinou neobjektivní. (Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004)

1. 6. Klasifikace mentální retardace

Klasifikace mentální retardace se rozděluje podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Tato klasifikace se měří inteligenčním kvocientem, ale to je pouze orientační. Mentální retardace se dělí do šesti skupin: lehká mentální retardace (F70), středně těžká mentální retardace (F71), těžká mentální retardace (F72), hluboká mentální retardace (F73), jiná mentální retardace (F78) a nespecifikovaná mentální retardace (F79). (Slowik, 2007; Švarcová, 2011)

1. 6. 1. Lehká mentální retardace (F70), IQ 69 – 50

Uvažování se u lidí s lehkou mentální retardací v lepším případě vyšplhá až na úroveň dítěte středního školního věku. Zvládají základní pravidla logiky, ale chybí jim schopnost myslet abstraktně. Omezené je také konkrétní mechanické myšlení. Problémy mají také v analýze i v syntéze. Dosahují schopnosti užívat řeč, ale jejich výslovnost je většinou nepřesná. V konverzaci však používají jednodušší slova a kratší věty. Mluvu si osvojují opožděně. Jak řeč, tak i myšlení je konkrétní. Potíže mají také ve škole hlavně se čtením a psaním a při teoretické práci. V dospělosti se mohou začlenit do pracovního procesu, který je ale spíše praktický než teoretický. Při práci potřebují oporu a někoho, kdo na ně bude dohlížet. Mnozí z nich zvládají sebeobsluhu – hygienické návyky, mytí, jídlo, oblékání a zvládají i nějaké domácí praktické dovednosti. Dokážou navazovat dobré sociální vztahy a začlenit se do společnosti. Postižení jsou emočně a sociálně nezralí, mají potíže v určitých normách, špatně se přizpůsobují kulturním tradicím, nejsou schopni se vyrovnat s požadavky, které se očekávají od manželství, týká se to také výchovy dětí. Dále nedokážou řešit problémy v běžném životě, například v oblasti zdravotní péče, finančního zabezpečení, bydlení a zaměstnání. U jedinců s lehkou mentální retardací se také může vyskytovat autismus, epilepsie, tělesné postižení,

porucha chování nebo jiné vývojové poruchy. Diagnóza lehce mentálně retardovaných zahrnuje slabomyslnost, lehkou mentální subnormalitu a lehkou oligofrenii – debilitu. (Slowik, 2007; Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004; Pipeková, 2006)

1. 6. 2. Středně těžká mentální retardace (F71), IQ 49 – 35

Uvažování lidí se středně těžkou mentální retardací je na úrovni myšlení dítěte předškolního věku. Logiku a její pravidla nejsou schopni respektovat. Opožděn je i rozvoj chápání a řeč, která je většinou chudá a provázená agramatismy a špatnou artikulací. Někteří dokážou udržet normální konverzaci, někteří mají problém říct o svých základních potřebách a ostatní se nenaučí komunikovat vůbec, i když rozumí jednoduché řeči a dorozumívají se gestikulací. Jsou zde však veliké rozdíly v povahových schopnostech, někteří lépe zvládají senzoricko-motorické dovednosti, ale hůře jim jde komunikace. Zatímco ostatní zvládají komunikaci, ale jsou neobratní. V lepším případě si jedinci se středně těžkou mentální retardací dokážou osvojit základy psaní, počítání a čtení. K získání a rozvíjení základních dovedností a vědomostí slouží speciální vzdělávací programy. Nejdůležitější je opakování, a to z důvodu, aby si naučené zafixovali. Většina z nich dosahuje určité úrovně samostatnosti a nezávislosti v sebeobsluze. Při zajištění odborného dohledu mohou vykonávat nějakou jednoduchou práci, která je manuální a nevyžaduje rychlost ani přesnost. Samostatný život je u lidí se středně těžkou mentální retardací zřídka možný. Většina z nich je schopna navazovat kontakty ke komunikaci s druhými. Zvládají se také podílet na jednoduchých sociálních aktivitách. U značné části středně mentálně postižených se objevuje dětský autismus a i jiné pervazivní vývojové poruchy. Často se také vyskytuje epilepsie a tělesné postižení. Diagnóza však bývá většinou složitá, jelikož u pacienta je špatná verbální komunikace, proto závisí hlavně na jejich nejbližších, kteří mentálně postiženého dobře znají. Diagnóza středně mentálně retardovaných zahrnuje středně těžkou oligofrenii – imbecilitu a středně těžkou mentální subnormalitu. (Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004)

1. 6. 3. Těžká mentální retardace (F72), IQ 34 – 20

Uvažování jedinců s těžkou mentální retardací je na úrovni batolete. Zvládají chápat jen základní souvislosti a vztahy. Co se týká řeči, tak někteří se nenaučí mluvit vůbec a v lepším případě se dokážou naučit pár slovních výrazů, kdy artikulace je špatná. Slova a věty jsou nepřesné a zjednodušené. Používají obecné pojmy. Trpí poruchou motoriky

a jinými vadami, které jsou způsobené špatným vývojem nervové soustavy. Učení a vzdělávání je u jedinců s těžkou mentální retardací omezené. Pokud mu však bude poskytnuta pravidelná a dostatečná vzdělávací, rehabilitační a výchovná péče, povede to k celkovému rozvoji rozumových schopností, soběstačnosti, motoriky a komunikačních dovedností. Jsou schopni zvládnout jednoduché úkony základní sebeobsluhy. Jejich péče je závislá na jiných lidech. Objevuje se zde také epilepsie a jiné. Diagnóza těžké mentální retardace zahrnuje těžkou oligofrenii – prostou idiocii a těžkou mentální subnormalitu. (Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004)

1. 6. 4. Hluboká mentální retardace (F73), IQ 20 a méně

Poznávací schopnosti u jedinců s hlubokou mentální retardací se prakticky nerozvíjí. Jejich řeč není vyvinuta. Používají nonverbální komunikaci, dorozumívají se mimikou a gesty. Maximálně zvládají rozlišit podněty, které jsou pro ně známé a neznámé. Schopnost porozumět jednoduchým požadavkům a určitým instrukcím je omezena. Omezená je také možnost vzdělávání i jejich výchovy. Většina z nich je inkontinentních a imobilních. Možnost pečovat o své základní potřeby je nepatrná nebo žádná. Proto potřebují neustálý dohled a péči od ostatních lidí. Co se týká IQ, tak se předpokládá, že je nižší než 20, jelikož nejde přesně změřit. Pro hlubokou mentální retardaci je běžná epilepsie, tělesné nedostatky, poškozený sluch i zrak, neurologické nedostatky a autismus. Diagnóza zahrnuje hlubokou oligofrenii – těžkou idiocii a hlubokou mentální subnormalitu. (Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004)

1. 6. 5. Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie se používá v případech, kdy není snadné určit podle obvyklých metod stupeň intelektové retardace. Nebo v případech, kdy to není možné vůbec, například nemluvicí, neslyšící, nevidomí, osoby těžce tělesně postižené, jedinci s autismem či s těžkou poruchou chování. (Slowik, 2007; Švarcová, 2011)

1. 6. 6. Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tuto kategorii používáme v případech, kdy je prokázána mentální retardace – zahrnuje mentální retardaci, oligofrenii a abnormalitu nervové soustavy. Pokud není však dostatek informací o prokázané mentální retardaci, není možné ji zařadit do předchozích uvedených kategorií. (Švarcová, 2011)

1. 7. Sociální vztahy mentálně retardovaných

Pro společnost jsou mentálně retardovaní jedinci chápáni jako společnost, která je pro ně vzdálená, a to kvůli chování, které se odlišuje od očekávané normy. Většina lidí hodnotí mentálně retardované jako někoho, kdo ničemu nerozumí, nic nechápe a není třeba brát na ně ohled. U dětí s mentální retardací se i nepříznivě rozvíjí jejich sociální vztahy. Kvůli pomalejšímu rozvoji řeči je pak problém udržovat kontakt těchto dětí s osobami, které je obklopují. Dalším problémem pro rozvoj psychických funkcí jsou vrstevníci. Pro děti s mentální retardací je to velmi těžké, jelikož ostatní děti se jim posmívají, nechťejí si s nimi hrát nebo jim dávají podřadné úkoly. Dalším traumatem pro tyto děti může být dokonce i zařazení do běžných mateřských nebo základních škol, kde se tyto děti mohou setkat například se šikanou, což je odradí od komunikace a učení.

Společnost se obává osamostatnění těchto lidí například kvůli bydlení, práci a hlavně partnerských vztahů – hlavním důvodem je početí a následující nezvládání rodičovství. Lidé s mentálním postižením by si měli uvědomovat svou hodnotu, měli by se naučit jednat samostatně, měli by si uvědomit i svoji roli ve společnosti. Zároveň by se tito jedinci měli stát pro členy společnosti partnery a ne lidmi, kteří jsou závislí na jejich pomoci. (Švarcová, 2011; Vágnerová, 2004; Slowik, 2007)

1. 7. 1. Adaptace mentálně retardovaných

Abychom mohli mentálně retardované jedince adaptovat, měli by splňovat tyto podmínky: měli by být osobně nezávislí, což znamená samostatně se oblékat, zvládat osobní hygienu, stravovat se, využívat volný čas a podobně. Dále by měli zvládat navazování kontaktu s ostatními, do čehož spadá komunikace, vyjadřování svých citů a měli by také zvládat sociálně nevhodné chování. Své vědomosti, kterých dosáhnou, by měli umět použít v běžném životě.

Existuje však mnoho nástrojů, podle kterých zjišťujeme diagnostiku adaptivního chování. Dělíme je také podle věku. U mentálně retardovaných dětí předškolního věku se škály zaměřují spíše na motoriku, u dospívajících lidí s mentální retardací se škály zaměřují na sociální oblast.

Mezi první základní diagnostický nástroj řadíme Vinelandskou škálu sociální zralosti. Používá u dětí s mentální retardací od tří do devíti let (jen v ČR, mimo ČR – od

novorozence do 25. roku života). Tato škála hodnotí adaptivní chování těchto dětí. Sledujeme zde oblasti jak celkové soběstačnosti, tak i soběstačnosti v jídle, oblékání, dále komunikaci, samostatnost, zaměstnání, sociální začlenění a motoriku. Na základě rozhovoru rodičů jsou tyto oblasti hodnoceny. Pokud je dítě s mentální retardací verbálně schopné a jeho mentální věk je minimálně na úrovni pěti let, můžou být oblasti hodnoceny na základě rozhovoru s dítětem.

Druhým diagnostickým nástrojem je Vinelandská škála adaptivního chování. Tato škála hodnotí sociální kompetence dětí s mentální retardací, ale také intaktních dětí. Používá se od narození do devatenáctého roku života. V této škále se zaměřujeme na oblasti, které se týkají komunikace (vnímání a používání komunikace), psané řeči, socializace (dodržování společenských norem, volný čas, mezilidské vztahy, hra), jemné a hrubé motoriky a nakonec dovednosti sebeobsluhy (porozumění penězům, stravování, domácnost a zvládání toalety). Hodnotí se zde také maladaptivní chování, které je nepřizpůsobivé a sociálně nežádoucí. Hodnocení u této škály dělíme na tři oblasti. První je škála pro rodiče, druhá škála pro vychovatele a třetí škála je určena pro učitele, kteří hodnotí chování ve skupině.

Mezi třetí diagnostický nástroj patří škála nezávislého chování. Je určena pro děti od tří měsíců do dospělosti. Tato škála se skládá z několika oblastí - z oblasti motoriky, ze sebeobslužných dovedností, z komunikace a sociálních interakcí a nakonec z dovedností, které jsou nutné k životu ve společnosti. Tato škála zahrnuje také škálu raného vývoje a škálu problémového chování. Obsahuje formu popisných vět, na které dotazovaný odpovídá podle chování sledovaného, například „vždy, skoro vždy, nikdy, zřídka“ atd.

(Černá, 2008)

2. Vzdělávání dětí s mentální retardací a současný systém výchovy

U lidí s mentální retardací a nejenom u nich chápeme vzdělávání a výchovu jako celoživotní proces. Jelikož u lidí s mentálním postižením probíhají kognitivní procesy pomaleji, je potřeba je neustále rozvíjet, opakovat a prohlubovat jejich dovednosti a znalosti. Je nutné vést tyto jedince k poznávání okolí, které vede k integraci do společnosti.

Jejich snížená úroveň rozumových schopností vede k tomu, aby se osoby s mentální retardací učily usilovněji. Učení můžeme brát jako formu terapie mentálně retardovaných. Součástí vzdělávání a výchovy mentálně retardovaných je celá řada pedagogického vedení - učitelé, vychovatelé a dokonce sem patří i rodiče.

Od roku 2005 byl schválen zákon, který se týká integrace žáků s mentální retardací do běžných škol. Toto se týká spíše dětí, které jsou na úrovni lehké a středně těžké mentální retardace – tyto děti mají možnost se vzdělávat v základních školách praktických (dříve nazývané jako zvláštní školy). Pro osoby s těžkou mentální retardací či různě kombinovaným postižením je možnost vzdělání v základní škole speciální. Rehabilitační třídy jsou pro osoby s hlubokou mentální retardací, popřípadě se tito lidé mohou vzdělávat individuálně v domácím prostředí. (Švarcová, 2011; Slowik, 2007)

2. 1. Zařazení mentálně retardovaných do škol

Pro rozvoj sociálních vztahů, přijatelného chování a samostatnosti je důležité, aby se mentálně retardovaní vzdělávali. Podle stupně postižení, vlastností a podle míry využitelnosti se tyto osoby zařazují do škol či speciálně pedagogických zařízení. Integrace do běžných škol je pro mentálně retardované dítě více náročné. Toto dítě si uvědomuje svojí odlišnost a může to pro něj být spíše zátěží. Ve speciálních školách se dítěti dostává více uspokojení, jeho vrstevníci jsou na stejné úrovni a jejich výsledky jsou srovnatelné. Lidé s těžkou a hlubokou mentální retardací jsou v domovech pro osoby se zdravotním postižením, pokud se však o ně nechce starat rodina, což je velice náročné. (Vágnerová, 2004; Slowik, 2007)

2. 2. Dítě s mentálním postižením v raném a předškolním věku

Mentální postižení se u dětí raného a předškolního věku projevuje v oblasti učení, vnímání, komunikace, myšlení, pozornosti, v oblasti citové a sociální. Důležitá je

úroveň postižení. Na úrovni lehké mentální retardace se dítě velmi zřídka odlišuje od ostatních. U komunikace a sociálních dovedností probíhá běžný vývoj. S minimálními znaky postižení se setkáme v oblasti senzomotoricé. Děti se středně těžkou mentální retardací se učí komunikaci nebo už řeč používají. U těchto dětí se vyskytuje slabší sociální uvědomění. Dále se setkáváme s opožděným motorickým vývojem a s potřebou cvičit oblast sebeobsluhy. Na úrovni těžké mentální retardace dítě používá řeč jenom minimálně – jeho komunikační dovednosti nejsou žádné nebo je schopno použít jen pár slov. Motorický vývoj je také špatný a v oblasti sebeobsluhy jsou zřetelné problémy. Na úrovni hluboké mentální retardace je už výrazné rozsáhlé postižení. V oblasti senzomotoriky je minimální schopnost pro fungování. Tyto děti potřebují celoživotní péči.

U dětí předškolního věku se diagnostikuje většinou mentální retardace, která je lehká. Paměť těchto dětí je mechanická a jejich myšlení stereotypní. Setkáváme se také s nápaditými poruchami uvažování, vnímání, se sníženou schopností navazovat sociální vztahy a se sníženou schopností komunikace. Toto období je pro rozvoj dítěte velice důležitá etapa. Rozvíjejí se psychické i fyzické schopnosti. Včasná speciálně pedagogická péče může mít pro vývoj dětí s mentálním postižením veliký význam.

Mateřské školy a speciální mateřské školy představují předškolní vzdělávání pro děti s mentální retardací. Předškolní vzdělávání je pro děti ve věku od tří do šesti let, popřípadě sedmi let. Třídy se v mateřské škole organizačně dělí, do jedné třídy můžeme zařadit děti stejného věku (třídy homogenní) nebo děti věku různého (třídy heterogenní). To samé platí i s mentálně retardovanými dětmi, tedy s dětmi se speciálními vzdělávacími potřebami – lze je zařadit do třídy v běžné mateřské škole. Tím se vytváří integrované třídy.

Předškolní vzdělávání má za úkol obohatit dítěti denní program, poskytnout mu odbornou péči, usnadnit mu jeho další vzdělávací i životní cestu, rozvíjet osobnost dítěte, podporovat jeho spokojenost, zdraví i tělesný rozvoj, pomáhat dítěti chápat okolní svět, motivovat ho k učení a poznávání, učit dítě žít ve společnosti a vysvětlit mu normy a hodnoty společenského života. Dalším úkolem předškolního vzdělávání je nesrovnávat výkony dětí, ale vést je k tomu, aby jejich šance na vzdělání byly vyrovnané. To umožňuje integraci dětí se speciálními vzdělávacími potřebami do kolektivu svých vrstevníků.

Předškolní vzdělávání by mělo dětem poskytovat vhodné prostředí pro vzdělávání, ve kterém dítě bude pociťovat bezpečí, jistotu, spokojenost, radost. Prostředí, ve kterém se může projevit a bavit se. Každému dítěti se speciálními potřebami, by mělo být vzdělávání individuálně důsledně vázáno podle jeho potřeb. Je třeba poskytovat dětem podporu a pomoc, kterou potřebují. Proto vzdělávání pedagoga musí vycházet z pedagogické analýzy – pozorování, kdy pedagog vidí, jaké jsou zájmy a individuální potřeby dítěte. Důležité je, aby pedagog u dítěte pravidelně sledoval jeho vzdělávací i rozvojové pokroky.

Podle Rámcově vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání jsou rámcové cíle vzdělávání pro všechny děti stejné. U vzdělávání dětí s mentálním postižením je důležité naplňovat jejich potřeby a přizpůsobit je tak, aby vyhovovaly dětem, jejich potřebám i možnostem. Pedagogové by se měli snažit vytvořit nejlepší podmínky pro rozvoj osobnosti každého dítěte v učení, komunikaci a samostatnosti. Podmínky vzdělávání u dítěte s mentální retardací jsou plně vyhovující, pokud si dítě osvojí základní hygienické návyky a pokud zvládá sebeobsluhu v odpovídajícím stupni postižení a věku dítěte. Vhodné je využívání kompenzačních pomůcek podle stupně a míry postižení, zajištění přítomnosti asistenta a snížení počtu dětí ve třídě.

(Černá, 2008; Švarcová, 2011; RVP PV, 2004)

2. 3. Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami předškolního věku

Speciální mateřské školy a třídy mají program upravený podle speciálních vzdělávacích potřeb dětí s mentální retardací. Lépe splňují hlavní povinné podmínky a jsou pro takovéto děti více vyhovující než běžné mateřské školy. Mezi výhody patří menší počet dětí ve třídě, vhodně upravené prostředí a hlavně odborný a vyškolený personál.

Integrace do běžných mateřských škol však zase pro dítě s mentální retardací znamená dostat se do normálního prostředí a do společnosti ostatních vrstevníků, což je dobré pro sociální i osobnostní rozvoj. Obnáší to však také rizika. Předškolní pedagog by měl splňovat nároky pro konkrétní potřeby dětí a pro vhodné vytvoření podmínek v prostředí mateřské školy. Pokud předškolní pedagog, který nemá speciálně pedagogické vzdělání, přijme dítě s mentální retardací, měl by úzce spolupracovat se speciálním pedagogem, lékařem, nebo dětským psychologem. Závěry o vzdělávání

dítěte s mentální retardací by měl zapisovat do třídního či školního vzdělávacího programu, do individuálního vzdělávacího plánu, ale také by se měly odrážet v jeho práci.

Vzdělávání v těchto mateřských školách probíhá podle RVP PV, jehož přípravu má na starost Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Každá mateřská škola si pak vytváří své programy, které by měly být zaměřené na oblasti environmentální, biologické, interpersonální, sociálně kulturní a psychologické. V programu dne by měla být zařazena hra, individuální práce s dítětem a relaxace. Předškolní pedagog by se měl hlavně věnovat rozvoji komunikace, hrubé i jemné motoriky, rozumových schopností, pracovních a výtvarných činností a smyslového vnímání dítěte. (Švarcová, 2011; Černá, 2008)

2. 4. Předškolní vzdělávání speciální

Na základě školních vzdělávacích programů, které jsou upravené podle speciálních potřeb dětí s mentální retardací, se uskutečňuje vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami ve speciálních mateřských školách, jejichž vzdělávací program je upravený. Tyto speciální mateřské školy jsou pro děti ve věku od tří do šesti nebo i sedmi let. Mohou být celodenní nebo polodenní.

Pro úspěšné vzdělávání dětí s mentální retardací platí důležitá podmínka - vhodné vzdělávací metody a prostředky a profesionalita pedagogů i jiných pracovníků. Pedagogický pracovník by měl dbát na to, že tyto děti jsou více citlivé, hůře se prosazují, nemají takové zkušenosti jako jiné děti, mají problémy s osamostatněním a jejich schopnost autoregulace není dostatečně rozvinuta. Podle těchto předpokladů by měl pedagogický pracovník postupovat. Je důležité, aby pedagog tyto děti chválil, oceňoval jejich snahu atd. Jde o to, aby děti s postižením byly brány a přijímány stejně jako děti intaktní.

Můžeme se setkat i s obrácenou integrací. Speciální mateřské školy přijímají děti bez handicapu z důvodu, aby postižené děti měly kontakt i s jinými vrstevníky.

Pedagog spolupracuje s ostatními odborníky a využívá služeb pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.

Mateřské školy speciální poskytují také různé terapie – arteterapii, hipoterapii, canisterapii atd. Zajišťuje masáže, léčbu vodou a fyzioterapii.

(Černá, 2008; Švarcová, 2011; RVP PV, 2004)

2. 5. Výchova dítěte s mentální retardací v rodině a její podpora

Pro výchovu dítěte s mentální retardací patří bezpodmínečně život v rodinném prostředí, kde nachází pocit jistoty a bezpečí. Pro rodiče, kterým se narodí dítě s mentální retardací, to bývá velice traumatizující a jejich radost nahradí strach, pocit viny, obavy a úzkost. Je pro ně těžké se s tím vyrovnat, ale nakonec by se s tím měli smířit a přijmout dítě takové, jaké je. Měli by najít snahu toto dítě vychovávat, aby byl jeho život přirozený a šťastný. Rodina s mentálně retardovaným dítětem se musí vyrovnávat s mnoha situacemi. Jednou z nich je jejich okolí, které neví, jak se k rodičům postiženého dítěte chovat a jak na takové dítě má reagovat. Na druhé straně však budou mít na blízku i osoby, které rodičům pomohou zvládat tyto těžké situace. Tím, že se rodiče dokážou vyrovnat se změnou okolností, prospívají vývoji dítěte. Mentálně retardované dítě potřebuje už v raném dětství citlivou mateřskou péči, rodinné zázemí a individuální přístup.

Může nastat ale i taková situace, kdy se oba rodiče s postižením dítěte nevyrovnají. Pak je zde možnost, že dítě mohou dát do zařízení se sociální péčí. Horší situace je taková, když mentálně retardované dítě odmítá jen jeden z rodičů (většinou to bývá otec, než matka) – potom je situace pro jednoho rodiče velice těžká, jelikož postarat se o takové dítě může být nad jeho síly. Další chyba rodičů se projevuje v přílišné ochraně dítěte, snaží se dítě izolovat od společenského okolí. Nebo existují rodiče, kteří vzdávají vhodnou výchovu dítěte. Naopak někteří rodiče chtějí dítě rozvíjet natolik, aby se lišilo od svých vrstevníků co nejméně. Toto obrovské úsilí se často ve výchově setkává s neúspěchem. Rodiče by měli brát své dítě takové, jaké je a měli by ho mít rádi.

Hned po zjištění postižení dítěte je vhodné vyhledat různé odborníky - speciální pedagogy, psychology a lékaře, kteří rodičům sdělí hloubku a povahu postižení, úroveň schopností dítěte a jeho vývojové možnosti. Nejčastější pomoc bývá ve speciálně pedagogických centrech, která spolupracují s některými speciálními školami. Navštěvování mateřské školy je pro dítě přínosem.

Existuje mnoho skupin na podporu rodin s mentálně retardovaným dítětem. Například legislativní podpora platných zákonů, vyhlášek a metodických pokynů, které se týkají vzdělávání mentálně postižených dětí a jejich pozdější uplatnění v práci. Další podpora je finanční, která poskytuje například sociální dávky, příspěvky a další. Do podpory operativní řadíme materiální pomoc pro rodiny s mentálně postiženým dítětem, kam patří pomůcky nebo přítomnost asistenta. Poradenská podpora zahrnuje tři oblasti – oblast psychologickou (rodičovství dítěte, rodičovské skupiny, psychoterapie, budoucí zaměstnání, příprava na reakce okolí, vývojová stimulace, individuální psychoterapie), oblast pedagogickou (SPC, PPP) a oblast zdravotní a lékařskou. Informační podpora se týká všech informací o postižení dítěte. Můžou to být informace ústní po návštěvě různých poraden nebo informace písemné, publikované v knihách či různých článcích a poslední jsou méně důležité informace, které kolují v kruhu rodinném. Poslední je podpora svépomocná, která je určena rodičům a zahrnuje různá sezení a kluby. Rodiče se navzájem podporují, vymýšlí společně pomoc pro své postižené děti a snaží se o zlepšení jejich vzdělávání.

(Švarcová, 2011; Černá, 2008)

2. 6. Diagnostika mentálně retardovaných dětí předškolního věku

Diagnostika dětí s postižením je úkolem pro speciálně pedagogická centra a pro střediska rané péče. Po vyšetření odborníků by k nim dítě mělo nadále docházet. V předškolním věku nejsou výsledky diagnostických testů nijak zvlášť důležité pro zjištění souhrnu vlastností dítěte. V tomto věku jsou diagnostické chyby více pravděpodobné než v jakémkoliv jiném věku. Proto je důležité, aby se diagnostika těchto dětí kombinovala s testy inteligence, s pozorováním a rozhovory. Vyšetření dítěte by se mělo opakovat. Stanovení první diagnózy může trvat až osm týdnů. V tomto věku používáme jako zdroj informací rodiče či opatrovníky. Formou rozhovorů zjišťujeme, jak probíhalo matčino těhotenství, porod, předchozí zdravotní stav dítěte a jeho ontogenetický vývoj (kdy začalo chodit), anamnéza rodiny, motorika, komunikace dítěte, jeho hra, způsob řešení problémů, vztahy dítěte ke členům rodiny a ke svým vrstevníkům a naopak vztah členů rodiny k dítěti. Další důležitou součástí diagnózy je i lékařská zpráva.

Významnou roli v diagnostice hraje hra. Hra je podle Hartla a Hartlové „jedna ze základních lidských činností, k nimž dále patří učení a práce, u dítěte smyslová činnost

motivovaná především prožitky, hra je provázena pocity napětí a radosti.“ Hra umožňuje diagnostikovat úroveň mentálně retardovaného dítěte v oblasti sociálních dovedností, v oblasti řeči a motoriky. Hra u dětí s mentální retardací je spíše nevýrazná, s dějem a průběhem, který se samovolně opakuje a provází ho nevýrazná komunikace. Děti jsou při hře samostatné a vnímají většinou jen svět kolem sebe, jsou uzavřené a málo vynalézavé. Některé děti s mentální retardací jsou u hry velice neklidné, opouští hru a pobíhají bez jakéhokoliv cíle. Při diagnostice je důležité zaměřit se na skutečnost, s jakými hračkami si dítě hraje, jakým způsobem a jak často hru mění, jestli si hraje samo či spolu s vrstevníky. Zajímá nás také skutečný prožitek dítěte v daném okamžiku. Diagnóza by měla probíhat v prostředí, které je pro dítě přirozené. Dítě by mělo být dostatečně odpočinuté. Hra u mentálně retardovaných dětí by neměla být delší 15 minut, protože tyto děti trpí vysokou unavitelností.

Další důležitou roli v diagnostice hraje kresba. Díky kresbě můžeme orientačně odhadovat celkovou vývojovou úroveň. Při selhání v kreslení obrázku může vyplynout porucha senzomotorické koordinace, porucha jemné motoriky nebo porucha zrakového vnímání. Při diagnostice kresby nás zajímá, jak dítě drží pastelku, jaký je sklon pastelky, jak pohybuje rukou, jak dokáže napodobit vzory a jak zaplní plochu papíru. S proporčními a tvarovými deformacemi se setkáváme u dětí s lehkou mentální retardací. Tyto děti kreslí stádium hlavonožce až do věku osmi let, jejich postavy jsou nakreslené zepředu. U dětí se středně těžkou mentální retardací se setkáváme s obrysovými schématy. V případě těžké mentální retardace jsou schopny nakreslit jenom prvotní hranici zobrazení postavy. Pro diagnostiku pomocí kreseb používáme testy, které se zaměřují na obkreslování předlohy, kresbu rodiny, postavy nebo kresbu, která má volný nebo částečně řízený námět. Při diagnostice je důležité se zaměřit na linii kresby, využití barvy, na využitou plochu papíru a na celkovou kvalitu kresby. (Hartl, Hartlova, 2004; Černá, 2008)

3. INTEGRACE

S pojmem integrace se setkáváme v běžném, každodenním životě, nejenom ve spojení s handicapovanými nebo v kontextu speciální pedagogiky, ale téměř ve všech oborech. Slovo integrace je původně z latinského slova „integer“, což znamená úplný, nebo nenarušený. V oblasti postižených jedinců rozumíme integraci jako soužití jedinců jak zdravých, tak i handicapovaných, kdy se jejich strany k sobě vzájemně přibližují a postupně se i mění. (Müller, 2001; Vítková, 2004)

3. 1. Definice pojmu integrace

Podle Sováka (1980), který je zakladatelem speciální pedagogiky v České republice, integraci popisuje jako nejvyšší stupeň v socializaci a uvádí, že integrace je úplné sloučení a zapojení handicapovaného jedince s jedinci zdravými, a to jak ve vzdělávání, tak ve výchově, ale také v soužití společenském a v pracovním uplatnění.

Podle Michalíka (2001) pohlížíme na integraci ze dvou různých úhlů pohledu. Jako první úhel pohledu je širší pohled na integraci, což znamená začlenění do majoritní společnosti lidí se znevýhodněním či postižením. Dalším pohledem na integraci je pohled dílčí, který je zaměřený na určité oblasti lidského života, například na školskou či pedagogickou integraci.

Jesenský (1995) definuje integraci jako soužití handicapovaných a zdravých jedinců, kdy je v těchto skupinách míra konfliktnosti vztahů v míře nízké přijatelnosti.

3. 2. Definice pojmu pedagogická integrace

„Dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací“, takto charakterizoval pedagogickou integraci Jesenský (1995).

Měla by se stát naplněným cílem speciální pedagogiky, což je nejvyšší stupeň socializace, a zároveň by se měla stát úspěšným a správným předpokladem pro integraci pracovní i sociální.

Důležitým předpokladem pro úspěšnou pedagogickou integraci je respektování speciální vzdělávací potřeby. Vedle populace dospělých, studentů a žáků, jejichž

vzdělání probíhá běžnou formou, jsou i jiné skupiny lidí se specifickými vzdělávacími potřebami. Nynější pedagogika a politika má snahu zjišťovat speciální vzdělávací potřeby a v souladu s nimi tvořit náležité programy pro vzdělávání. Vymezuje se i speciální edukační potřeba, která splňuje určitý výchovně vzdělávací cíl. To je pro žáka možné jen v případě pomoci mimořádných postupů a opatření. Ve výchovném a vzdělávacím procesu vycházíme z individuálních možností a potřeb postiženého jedince, které se zjišťují začátečním a průběžným diagnostikováním, kdy cílem je naplnění veškerých potencií handicapovaného. Výsledkem je zjištění, že handicapovaní mají úplně stejné potřeby jako zdraví lidé. Problém však může nastat v důsledku jejich postižení. Proto se nyní mluví v péči o znevýhodněné jedince o vyrovnávání příležitostí, které se týká společenského uplatnění a seberealizace, a o zpřístupňování, kam patří vzdělání, kulturní vyžití a zaměstnání. (Průcha, 2001)

V otázce přípravy učitelů by mělo dominovat prosociální formování osobnosti a interdisciplinární přístupy. Činnost pedagoga by měla vyjít z postoje, který je složkou emocionální a kognitivní. Pedagog by měl také umět individuálně a vztahově chápat žákovu normalitu.

Pedagogická integrace zahrnuje celou řadou různých forem, které zajišťují zařazení postiženého jedince mezi kolektiv zdravých dětí. Dále zajišťují mnoho podpůrných opatření, kam můžeme zařadit například práci dvou učitelů, která probíhá v jedné třídě, nebo práci učitele s asistentem, speciálním pedagogem.

Součástí pedagogické integrace je činnost systému pedagogicko-psychologického poradenství, jenž v sobě zahrnuje pedagogicko-psychologické poradny, střediska výchovné péče, institut pedagogicko-psychologického poradenství, speciálně pedagogická centra, speciální pedagogy, výchovné poradce a psychology.

3. 2. 1. Historie pedagogické integrace

Od konce 60. let se otázka vzdělávání dětí se speciálními potřebami rozpracovávala v UNESCO. Úsilí, které mělo dosahovat rovnoprávnosti vzdělávání dětí se speciálními potřebami, kulminovalo roku 1994 ve španělské Salamance poradou konference o speciálním vzdělávání. Z tohoto jednání vzešel požadavek, který zněl „škola pro všechny“ a měl za úkol zdůraznit demokratický princip, který není jenom ve vztahu k postiženým dětem.

3. 3. Výhody a nevýhody integrace

Mezi výhody integrace řadíme docházku handicapovaných žáků do běžné školy, která je v blízkosti bydliště žáka. Rodiče se nemusí starat o dojíždění nebo internátní pobyt žáka. Handicapovaní žáci probírají stejné učivo jako žáci intaktní. Výhodou je, že tito žáci často bývají motivací a příkladem pro handicapovaného žáka. Děti zdravé docházejí k poznatku, že je každý jiný, což zapříčiňuje fakt, že později nedochází k segregaci. Handicapovaní si často hledají ve svém volném čase kamarády, v dospělosti i životní partnery mezi zdravými vrstevníky. Toto považujeme za další výhodu integrace. Díky integraci postižené děti poznávají svět jak ze světlé stránky, tak naopak i z tmavé stránky. Žijí v přirozeném prostředí a díky tomu se připravují lépe na život ve běžné společnosti. Jsou připraveni na pracovní integraci, integraci volného času a hlavně komunitní integraci.

K nevýhodám integrace patří absence nepřetržitého dohledu a vlivu speciálního pedagoga. Ve třídě je pouze učitel, který je pod vedením odborníka ze školního poradenského zařízení. Pro handicapovaného žáka jsou velmi často nutné určité úpravy prostředí školy. Vzhledem k nedostatku financí školy se tato záležitost stává někdy problémem. Pokud se úpravy uskuteční, většinou neodpovídají potřebám handicapovaných žáků. Může dojít k selhání pedagoga, který začne integrovanému dítěti poskytovat úlevy. Intaktní žáci někdy nabývají dojmu, že jejich integrovaný spolužák má určité výhody oproti nim a může docházet k separaci. K selhání pedagoga může dojít i při nedostatečných znalostech o integraci žáka se speciálními vzdělávacími problémy. Žáka zanedbává, nebo naopak mu věnuje veškerý svůj čas na úkor dětí intaktních. Nepoučení intaktní žáci se mohou handicapovanému dítěti vysmívat či ho dokonce šikanovat. (Michalík in Müller, 2001; Michalík, 2002; Fischer, Škoda, 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍL PRÁCE

Cílem mé bakalářské práce bylo pomocí dotazníku zjistit, zda jsou učitelky mateřských škol připravené na pedagogickou integraci dětí, které jsou mentálně postižené. Dalším cílem bylo zodpovědět tyto **výzkumné otázky**:

1. V čem spočívají specifika podpůrných opatření při individuální integraci mentálně retardovaných dětí v běžné mateřské škole?
2. Jakou roli při integraci sehrává předškolní pedagog?
3. Je potřeba celoživotní vzdělávání učitelek mateřských škol v oboru speciální pedagogika?
4. Jaký pohled mají učitelky mateřských škol na integraci dětí s mentální retardací?
5. Do jaké míry jsou učitelky mateřských škol obeznámeny s mentální retardací?

5. METODOLOGIE VÝZKUMU

Abych se dopracovala k cíli, zvolila jsem metodu kvantitativní, jejíž hlavním úkolem je třídit údaje a vysvětlovat příčiny změn jevů nebo existence. Kvantitativní výzkum se týká čísel. Cílem zkoumání jsou velké skupiny lidí, směřuje k zevšeobecnění a dotazující si drží odstup od respondenta. V kvantitativním výzkumu je důležité se zaměřit na osoby, které zastupují určitou populaci. Jeho přístup je založen na dedukci.

Kvantitativní výzkum vyžaduje přesné dodržování jednotlivých zásad a principů k zajištění reliability neboli spolehlivosti, která bude vysoká. Jeho validita - to, co by test měl zjišťovat - je poměrně nízká. Můj výběr dotazovaných učitelek mateřských škol byl zcela náhodný.

Hlavním cílem kvantitativního výzkumu je získat co nejvíce záznamů od nejvíce respondentů, kterým byly tyto údaje zaslány. Otázky by měly být pro respondenta srozumitelné a časově nenáročné.

Jako výzkumný nástroj jsem zvolila metodu dotazníku, který je považován za nejčtenější metodu zjišťování záznamů. V dotazníkovém šetření jde o dotazování osob, které je písemné a respondent odpovídá na otázky otevřené, ve kterých rozhoduje o své odpovědi a jejím obsahu. Otázky mohou být i uzavřené, kdy se respondentům nabízí volba výběru z několika možností. Dotazníková šetření se nejčastěji používá kvůli časové a finanční nenáročnosti a určité anonymitě. Dotazníková šetření má však i svá rizika. Respondenti nemusí odpovídat pravdivě nýbrž náhodně, co považují za správné. Data, která získáme z dotazníků, jsou i méně věrohodná. K dotazníku patří samozřejmě otázky, které se dělí na otevřené, polouzavřené a uzavřené. (Gavora, 2000; Ferjenčík, 2010)

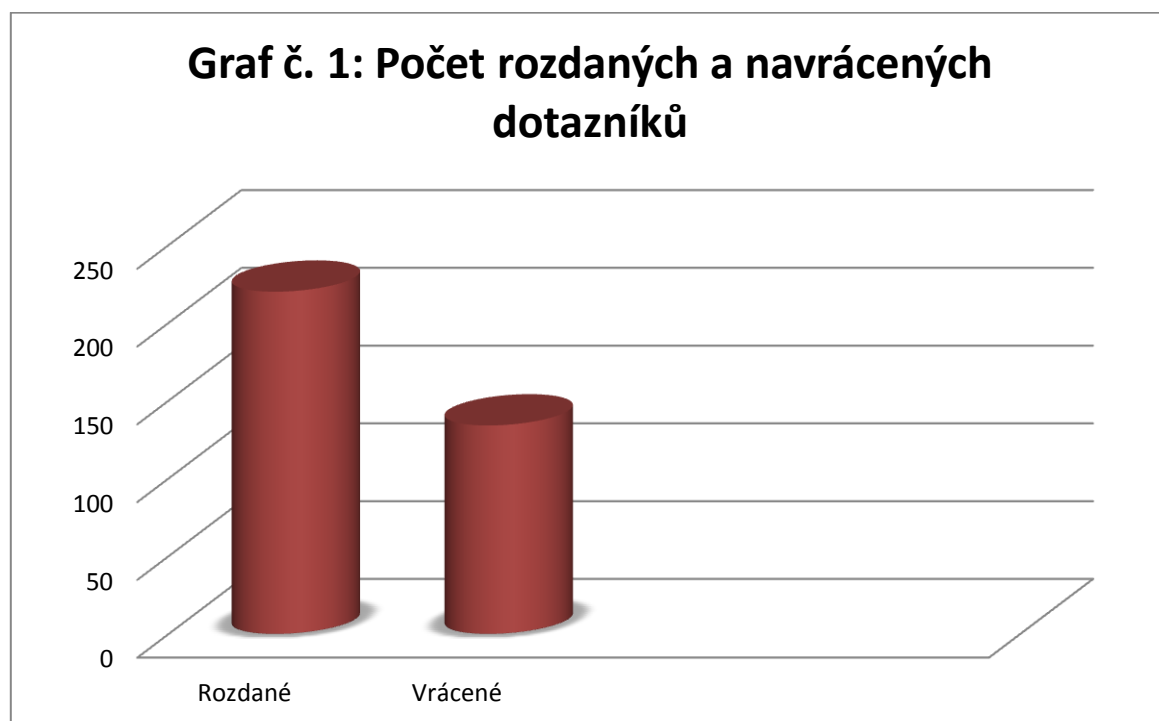
V mém dotazníku jsem se snažila o to, aby otázky byly ve všech formách, aby byly srozumitelné a jednoduché. Myslím, že tento úkol jsem splnila, jelikož se mi nedostala žádná negativní reakce na můj dotazník. V otevřených otázkách jsem se snažila o to, aby učitelky mateřských škol rozepsaly svůj názor. Vzhledem k plnohodnotným a použitelným odpovědím mohu pokládat tento úkol za rovněž splněný.

6. ORGANIZACE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Můj dotazník byl zaměřen na osoby, které pracují v předškolních zařízení - na učitelky mateřských škol. Úvod mého dotazníku tvoří průvodní dopis a následuje 19 položek. Dotazník tvořily tři základní formy otázek – 8 uzavřených, 4 polouzavřené a 7 otevřených otázek.

Dotazníky jsem rozesílala elektronickou formou do mateřských škol v celé České republice. Celkem bylo rozesláno 220 dotazníků. Obdržela jsem 134 vyplněných dotazníků. Návratnost dotazníků byla 61%.

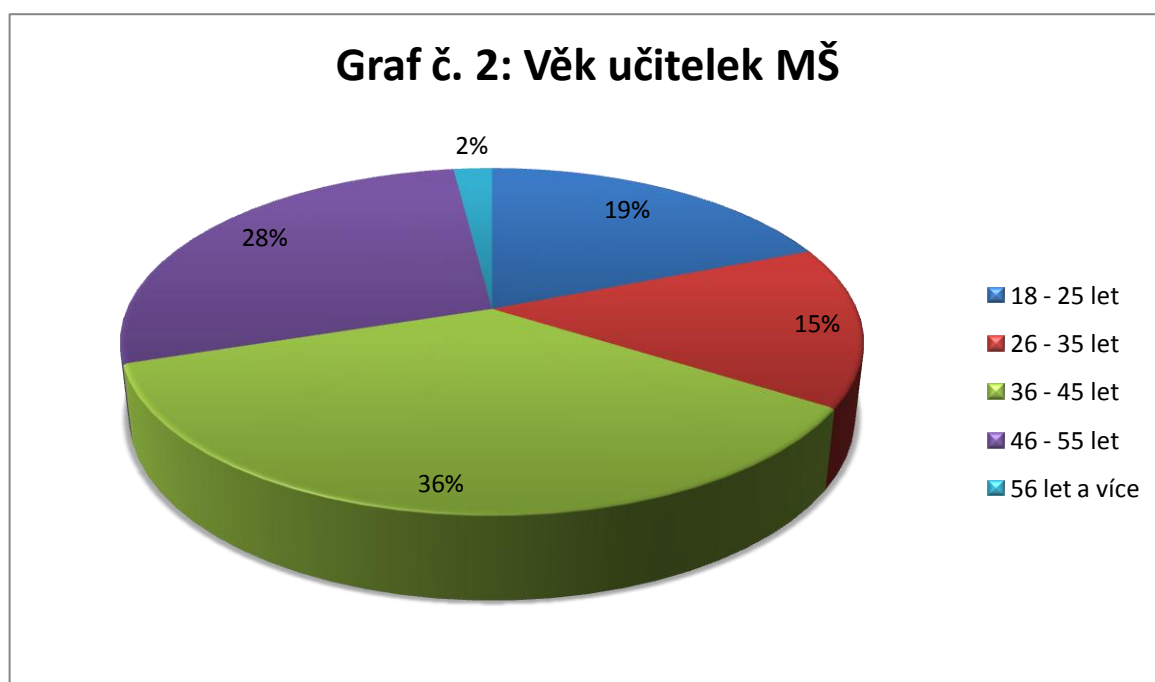
Graf číslo 1: Počet rozdaných a navracených dotazníků



6. 1. Analýza výsledků dotazníkového šetření

V této kapitole se budu věnovat analýze jednotlivých položek dotazníku. V některých položkách použiji grafy pro názornější ukázkou. V některých budou přímo citované odpovědi, které jsem získala z dotazníků od učitelek mateřských škol.

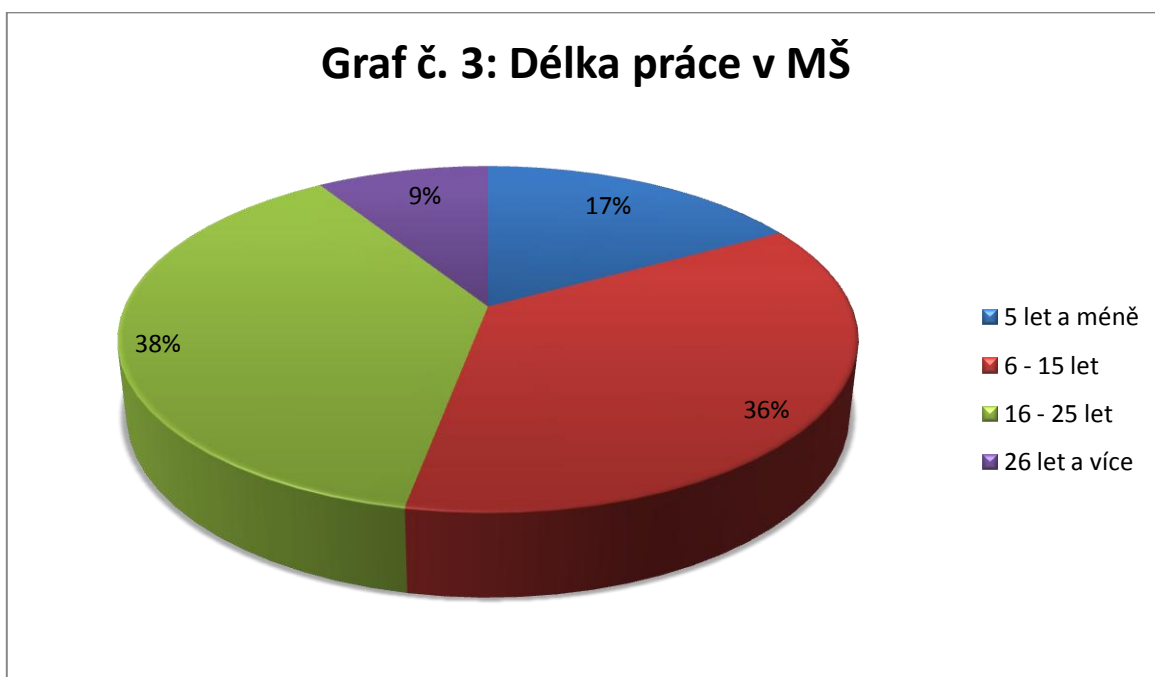
Položka číslo 1: Kolik je Vám let?



Tuto otázku jsem zvolila z důvodu odlišných názorů a zkušeností učitelek na mentálně retardované děti.

Z grafu je viditelné, že nejvíce odpovědí se mi dostalo od učitelek ve věku mezi 36 až 45 lety, což činí 48 učitelek mateřských škol (36%). 38 odpovídajících učitelek (28%) spadalo do věkové kategorie 46 – 55 let. Ve věku 18 – 25 let odpovídalo 25 učitelek (19%), 20 odpovědí přišlo od učitelek ve věku 26 – 35 let škol (15%). Nejmenší počet odpovídajících učitelek byl ve věku 56 let a více, do této kategorie spadají pouze 3 učitelky (2%).

Položka číslo 2: Jaká je délka Vaší praxe v mateřské škole?



Tato otázka poukazuje na délku praxe v mateřské škole. Nejdelší praxi - 26 let a více má pouze 12 dotazovaných učitelek (9%). Nejvíce učitelek – 51 (38%) má praxi 16 – 25 let. K 6 – 15 leté praxi se hlásí 48 dotazovaných učitelek (36%). Nejkratší praxi - 5 let a méně má 23 respondentek (17%).

Položka číslo 3: Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



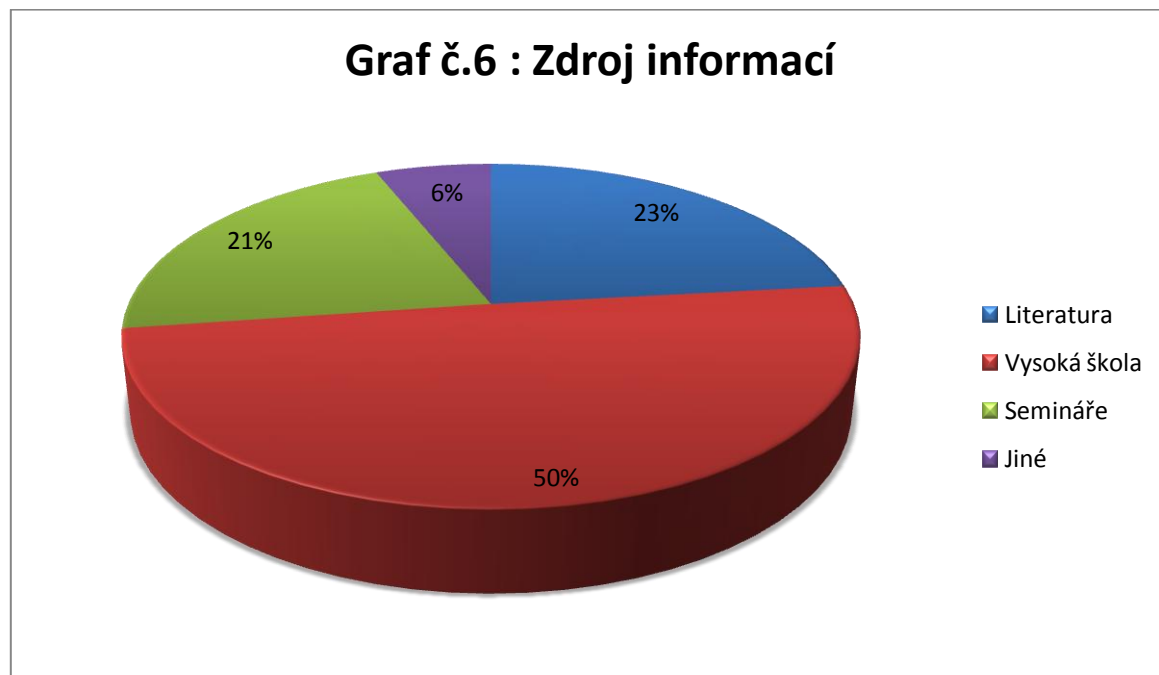
Na otázku dosaženého vzdělání odpovědělo 64 učitelek (46%), které mají vystudovaný bakalářský titul. Středoškolsky vzdělaných je 31 učitelek (23%) a magisterského vzdělání dosáhlo 32 (24%) učitelek mateřských škol. Tyto položky jsou téměř vyrovnané. Pouze 9 učitelek zodpovědělo, že má jiné vzdělání (7%).

Položka číslo 4: Pokuste se, prosím, posoudit své znalosti v oboru speciální pedagogika.



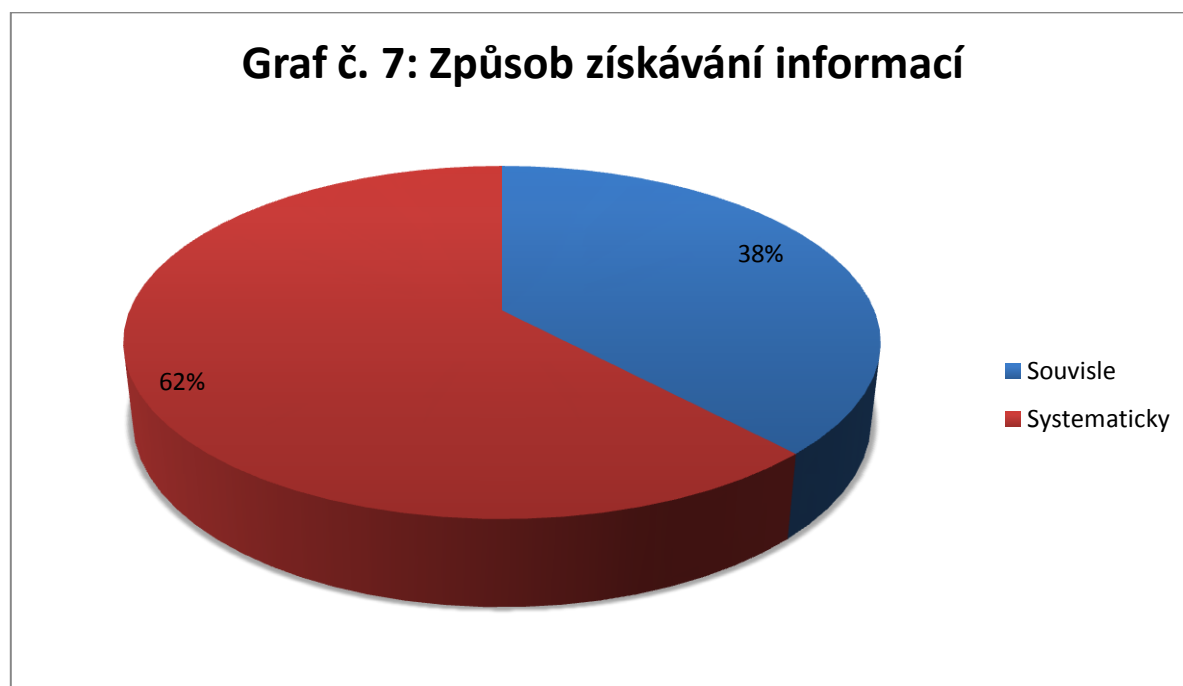
Otázka, která se týkala znalostí v oboru speciální pedagogika, měla na výběr 4 možnosti. Nejvíce učitelek mateřských škol se domnívá, že má obecné znalosti. Tuto možnost zvolilo 77 učitelek (58%). Další v pořadí jsou podle jejich mínění znalosti specifické, čímž jsou myšleny znalosti například z oblasti somatopedie, psychopedie atd., jedná se o 31 učitelek (23%). 23 dotazovaných respondentů (17%) si myslí, že má odborné znalosti. 3 učitelky mateřských škol odpověděly, že nemají žádné znalosti z oboru speciální pedagogika (2%).

Položka číslo 5: Pokud máte nějaké informace z oboru speciální pedagogika, tak odkud?



Tato položka dotazníku se zaměřuje na zdroje informací z oboru speciální pedagogiky, tudíž i informací, které se týkají mentální retardace. Nejvíce informací získávají učitelky z vysokých škol, odpověděla jich přesně polovina, to znamená 67 učitelek (50%). Další informace získávají sebevzděláváním z různé literatury, takových respondentek odpovědělo 31 (23%). 28 učitelek mateřských škol se dozvídá informace o speciální pedagogice z různých seminářů (21%). A zbylých 8 respondentek čerpá informace z jiných zdrojů (6%).

Položka číslo 6: Jak získáváte dané informace z oboru speciální pedagogika?



V této položce zjišťuji, jakým způsobem učitelky mateřských škol získávají informace z oboru speciální pedagogika. Zvolila jsem formu uzavřené otázky. Do výběru odpovědi jsem stanovila dvě možnosti – souvisle, systematicky. 83 učitelek (62%) získávají tyto informace systematicky, například ze školních systémů, kurzů či různých výcviků. Souvislé informace nabývá 31 učitelek mateřských škol (38%).

Položka číslo 7: Domníváte se, že je potřeba se nadále vzdělávat (například v oboru pedagogika atd.)? Pokud ano, tak proč?

Tato otevřená forma otázky měla za úkol zjistit názory respondentek na další vzdělávání. Z jejich odpovědí budu přesně citovat některé názory, které jsem z dotazníků získala. Podle učitelek je potřeba se nadále vzdělávat. Nevyskytla se ani jedna odpověď, která by byla odmítavá vůči vzdělávání. Jejich odpovědi se téměř shodovaly. Týkaly se především přizpůsobení vývoje dnešního světa a neustálého přínosu nových informací a poznatků. Mezi další nejčastější názory patřily tyto odpovědi - trendy, možnosti a názory měnící se v pedagogice, osvojování nových metod, přibývají děti s postižením, rozšiřování svých znalostí a vědomostí.

Zde uvádím citaci některých respondentek :

„Ano, protože se děti vyvíjí současně s dnešní dobou, my tedy nemůžeme zůstat stát na jednom místě, ale přizpůsobovat se požadavkům dnešního světa. Dětská psychika se vyvíjí rychleji než dříve proto pokládám za stěžejní vzdělávat se v psychologii dítěte a speciální pedagogice.“

„Ano, nemoci jsou pořád, ale léky a přístupy se mění.“

„V dnešní době přibývá stále více dětí mentálně retardovaných, je třeba se o tuto problematiku zajímat a dětem pomáhat se začlenit do běžného života.“

„Ano, je spousta nových průzkumů, pedagogika jako každý jiný obor se vyvíjí a je proto nutné se neustále vzdělávat a nečerpat pořád z něčeho, co už je zastaralé a dávno překonané, viz systémy práce s dětmi.“

„Pro získávání nových informací k využití pro svou práci, pro srovnání různých situací, přehledu práce, nové náměty, podněty, zpětnou vazbu“

„Myslím, že je žádoucí se dále vzdělávat. Obohatí to rozhled, poznání různých metod, přístupů a postupů, které lze následně snadněji uplatnit v praxi. Přibývá i dětí se specifickými problémy, které je třeba řešit a i když je dítě odesíláno na odborná pracoviště, měla by učitelka mít alespoň základní povědomí o problému a jeho řešení.“

„Ano, protože se ve své praxi neustále a čím dál více setkáváme s dětmi, které mají různá postižení. Některé zdravotní potíže u dětí jsou takového rázu, že setkat se v praxi s daným problémem není až tak obvyklé. Proto je důležité se neustále vzdělávat. I

výchovné metody se vzhledem k pokroku ve světě neustále mění. Je důležité mít přehled v jakékoli době a neusnout na vavřínech. “

„Přibývá dětí se specifickými poruchami. Prospívá jim integrace v rámci běžné mateřské školy. “

„V profesi učitelství pro mateřské školy se bez stálého sebevzdělávání neobejdeme - jinak sklouzneme do opakování stejného stejným způsobem a to by byla nuda pro děti i pro učitelku, dále - nové projevy dětí i rodičů si žádají tradiční i nové postupy pohledů a řešení. “

Položka číslo 8: Jaký je Váš osobní názor na integraci?

U položky číslo 8 jsem opět zvolila otevřenou formu otázky, kdy respondentky mohly vyjádřit svůj osobní názor na integraci. Následujících pět vybraných odpovědí, které jsem získala od učitelek mateřských škol, se týká kladných názorů na integraci. Souhlasily s integrací, podle jejich názoru je pro handicapované děti přínosem z důvodu, že si děti zvyknou na společnost, ale i společnost si zvykne na ně.

„Souhlasím. Při dostatečně malém počtu dětí a připravenosti učitele je, myslím, prospěšná pro všechny zúčastněné.“

„Kladný. Myslím si, že je pro děti lepší, pokud nejsou vyřazováni mimo společnost. Zároveň i pro společnost je to přínos, naučí se o těchto dětech více.“

„Je důležitá jak pro integrované dítě, tak pro ostatní kolektiv.“

„Velmi kladný. Jako ředitelka MŠ jsem rozhodla, že v naší školce budeme integrovat. Máme dvě děti se SVP a paní asistentku pedagoga.“

Dalších šest odpovědí, které jsem vybrala ze získaných dotazníků, se týkají odpovědí, kdy respondentky nejčastěji odpovídaly, že jsou integraci nakloněny, ale s určitou podmínkou, například snížené počty ve třídách, více financí do školství, otázka stupně postižení dítěte, podmínky ve třídě a hlavně postoj, přístup, připravenost a ochota samotné učitelky.

„Zatím se integrovat učíme. Pokud by měla integrace probíhat skutečně úspěšně, musely by se změnit podmínky ve školství. Financování, vedení, možnost asistentů pro každého, zpracování metodik atd.“

„Je to naprosto dobrá věc, jen v našem školství a počtech dětí ve třídách je to nemyslitelné, ať si kdo chce, říká, co chce.“

„Záleží na druhu postižení, integrace mentálně retardovaných dětí má vliv na pohled dítěte ve skupině, v kolektivu ostatních dětí, připravuje dítě na zapojení do činností v dalších obdobích.“

„Kladný, ale musí být učitelka ochotna dítě integrovat a integrace musí být podpořena ze všech stran, kvalitní, vytvořeno prostředí, které je vhodné, jinak to nemá cenu.“

„Integraci je nutné vždy posuzovat individuálně u každého dítěte zvlášť. Stejná diagnóza neznamena, že jsou děti stejné. Učitelky stále "škatulkují" a chybí jim

potřebná míra empatie. Často jsou i materiální podmínky nedostatečné. Pedagogové ani po stránce teoretické nejsou vždy připraveni a to se týká i asistentů pedagoga. “

„Integrace je velmi dobrá věc, ale záleží na závažnosti postižení. Integrace může dítěti velmi pomoci, ale i ublížit. Pokud má dítě velmi výrazný handicap, zde bych nad integrací váhala. Domnívám se, že ve speciální škole by byla těžce handicapovanému jedinci dána lepší péče. “

Mezi odpověďmi se však také objevovaly reakce, které se týkaly negativního osobního názoru na integraci. Negativní postoj k integraci spočíval podle učitelek mateřských škol ve vysokém počtu dětí ve třídách. Vyjádřené negativní názory však byly jen dva. Další tři respondentky byly také proti, ale nesdělily příčinu nesouhlasu.. Napsaly pouze, že jsou proti integraci.

„Určitě by neměla probíhat za každou cenu, speciální školství je nezastupitelné a hraje významnou roli v rozvoji dětí se specifickými vzdělávacími potřebami (nehledě na počty dětí ve třídách, které jsou nesrovnatelné se ZŠ). “

„Velký problém. Při současném stavu dětí 28 na třídu je integrace velice obtížná, omezující, takřka bezúčinná. “

Položka číslo 9: Jaký je Váš profesní (z pohledu učitelky MŠ) názor na integraci?

Tato položka je formou otevřené otázky a navazuje na předchozí otázku, tedy na osobní názor učitelky mateřské školy na integraci. Tyto otázky jsem začlenila z důvodu častého měnění se postoje na osobní a profesní názor. Učitelka osobně může souhlasit s integrací, ale profesně je proti. Z níže uvedených odpovědí je jasné, že učitelky mateřských škol mají ve většině případů stejný názor na integraci jak z pohledu osobního, tak profesního. To znamená, že z profesního názoru učitelky mateřských škol s integrací souhlasí, ale problém vidí ve vysokém počtu dětí ve třídách. Záleží na stupni postižení dítěte. Mezi dalšími odpověďmi se také objevovaly názory, kdy respondentky s integrací souhlasí, ale za pomoci asistenta. Podle učitelek mateřských škol však také dost záleží na komunikaci s rodiči postiženého dítěte a hlavně na povaze a přístupu učitelky mateřské školy. Některé respondentky nesouhlasily z profesního názoru s integrací. Podle nich by se handicapovanému dítěti měla dostávat individuální péče od pedagogů, kteří jsou speciálně vyškolení a mohou se postiženým dětem věnovat naplno.

„Vidím problém ve vysokém počtu dětí ve třídách. Jinak s integrací i jako učitelka MŠ souhlasím. Dítě by však mělo být integrováno pouze tehdy, souhlasí-li a cítí-li se připravena učitelka, která ho bude mít ve třídě.“

„Souhlasím se začleňováním postižených dětí do kolektivu zdravých dětí, aby se cítily rovnoprávnou součástí třídy, ale opět záleží na druhu postižení.“

„Jsem zcela PRO. Mám čtvrtým rokem ve třídě autistu a pokrok, který dělá díky dětem a asistence je jasně viditelný! Děti jsou vnímavější, přístupnější, tolerantnější, pokud s takovým dítětem přijdou do styku.“

„Myslím, že z profesního pohledu je to pro učitelku samozřejmě náročnější práce, ale jinak bych se přiklápěla k podobné odpovědi jako nahoře.“

„Před integrací by měla učitelka projít kurzem k danému tématu, zvážit i svou osobní psychickou odolnost a sílu. Integrace není jen záležitostí 2 učitelek na třídě, ale i vstřícného postoje všech učitelek, pracovníků MŠ a rodičů dětí ve třídě. V přeplněné třídě nebo bez asistenta se nemůže učitelka podle svého svědomí plně věnovat ještě dítěti integrovanému.“

„Nefunguje, když chceme, aby se všichni žáci učili tytéž věci, ve stejnou dobu a stejným způsobem“

„Je zde důležitá spolupráce rodiny a MŠ. V případě, že se rodiče nezapojují, je práce učitelky velice těžká. I když má na pomoc asistenta, tak není možné dosáhnout uspokojujících výsledků. Paní učitelky se pak špatnými výsledky trápí, snaží se, aby dítě pokračovalo co nejlépe, ale někdy je to na úkor individuálního přístupu k ostatním dětem.“

„Zažili jsme pouze jeden případ zařazení dítěte do MŠ - bylo to náročné i krásné zároveň, ale protože v té době jsme neměli nárok na osobního asistenta ani nic podobného, počet dětí ve třídě i s tímto dítětem byl 28, bylo to za těch 1/2 roku strašně vyčerpávající. Učitelky se nemohly dostatečně věnovat všem dětem stejně. Toto dítě mělo v podstatě veškerou pozornost a o tom není integrace.“

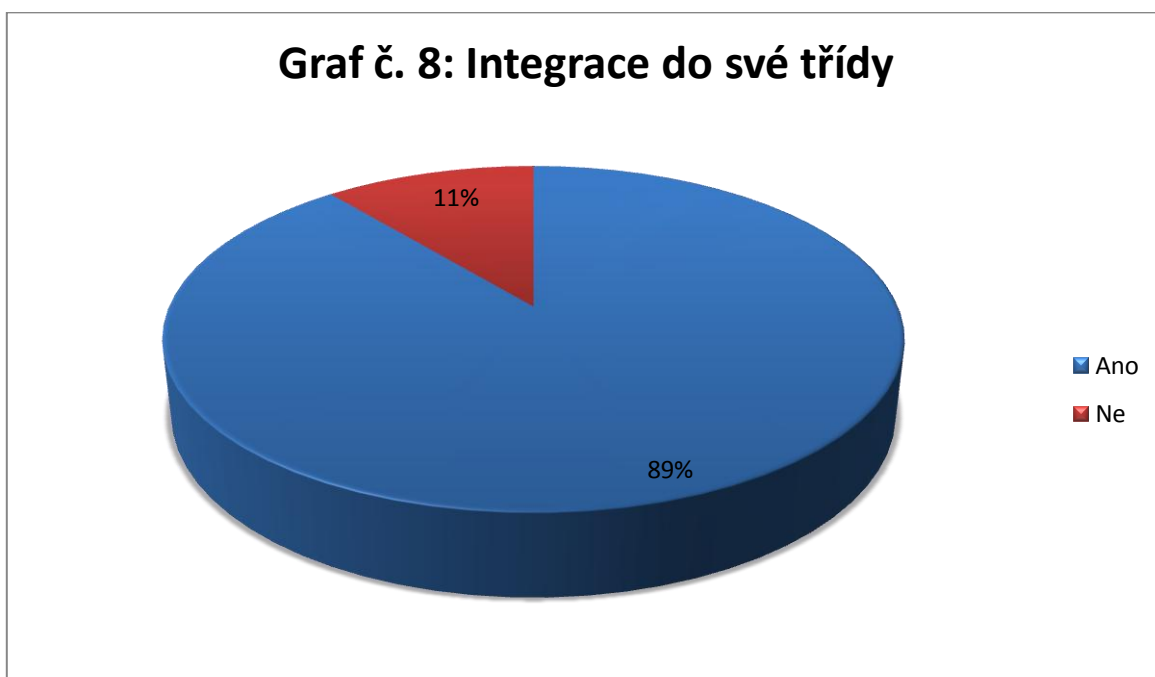
„Já osobně mám zkušenost z integrací dětí, a to v oblasti postižení: zrakové, sluchové (kochleární implantát), mentální, somatické (MO). Integrace těchto dětí se z mého pohledu zdařila. Záleží hlavně na přístupu pedagoga a spolupráce s odborníky a hlavně rodiči.“

„Všechno jde, když se chce. Je to více práce - takové dítě se musí více hlídat a mít více trpělivosti, a to bohužel většina učitelek není ochotno, i když by mohly. Přitom to prospěje jak kolektivu, tak tomu dítěti. Mezi ostatními dětmi přeci jen se snaží udržet krok a někam se posouvá, stejně tak ostatní děti se učí vnímat někoho s handicapem jako součást běžného života. Učí se, že je třeba někomu pomáhat.“

„Pokud je dítě schopno zvládat běžný chod třídy společně s ostatními dětmi, určitě se jí nebudu bránit. V případě vážnějších obtíží by bylo vhodné i personální zajištění (asistence), aby dítě mělo šanci svůj handicap dorovnávat s pomocí a individuální péčí. Což v dnešních podmínkách zejména finančních a personálních není v běžné třídě MŠ samozřejmostí.“

„Domnívám se, že těžce postižení by měli mít svůj prostor a měli by o ně pečovat speciálně vyškolení lidé. Pracují mimo jiné s nadprůměrně inteligentními dětmi a domnívám se, že slučovat tyto a jiné skupiny není v rámci integrace možné. Každý má jiné priority a požadavky

Položka číslo 10: Byl/a byste ochotný/a integrovat dítě do své třídy?



Z grafu je zřejmé, že pro integraci do své vlastní třídy v mateřské škole se vyjádřilo 119 učitelek (89%). Proti integraci se vyjádřilo 15 učitelek (11%), které odmítají integraci dítěte s handicapem do své třídy v mateřské škole.

Položka číslo 11: Jakou roli podle Vás hraje předškolní pedagog, při integraci dítěte s handicapem, do MŠ?

Tato položka je založena na principu otevřené otázky. Respondentky vyjadřovaly svůj názor, jakou roli by podle nich měl hrát předškolní pedagog při integraci do mateřské školy. Ve většině odpovědí jsem se setkala s názorem, že role předškolního pedagoga při integraci je velice důležitá, podstatná, velká a nezastupitelná. Pedagog by měl být podle názoru učitelek na tuto roli připraven po stránce psychické. Měl by být také dostatečně proškolen a měl by mít důležité informace o postižení integrovaného dítěte. Důležitou roli hraje postoj pedagoga k postiženému dítěti. Měl by být dobrým vzorem v chování a jednání k němu i pro ostatní děti. Některé učitelky mateřských škol si myslí, že pedagog někdy odbourává předsudky rodičů zdravých dětí vůči integraci. Zdravým dětem vštěpuje, že každé dítě je jiné. Tyto děti berou svého handicapovaného kamaráda jako běžného žáka. To umožňuje lepší vstup postiženého do společnosti.

„Důležitou, protože ve školce pracujeme s lidmi, tedy dětmi, které ještě nemají v sobě předsudky. Pedagog děti musí seznámit s příchozím dítětem a zajistit, aby se tam obě strany cítily dobře.“

„Velmi důležitou, nezastupitelnou roli! Na roli musí být připraven a souhlasit s ní. Jinak se integrace stává zatěžující pro všechny zúčastněné.“

„Pedagog hraje velkou roli v této problematice, měl by být v této oblasti všeobecně vzdělaný a dostatečně proškolen s určitým postižením konkrétního dítěte“

„Myslím si, že velkou. Záleží na učiteli, aby dítě přijal takové, jaké je, pak ho tak budou vnímat i děti. Zároveň se bude lépe vnímat i samo dítě, kterého se to týká.“

„Myslím si, že je přirozeným prostředníkem mezi rodinou a kolektivní výchovou v MŠ. Bývá pro rodinu i výchovným poradcem, pomocníkem při zdolávání různých problémů, které mají i běžné děti v MŠ.“

„Pedagog je pro dítě "průvodce v novém světě". Může to být i prostředník při komunikaci mezi integrovaným učitelem a ostatními dětmi. Pro řadu dětí to může být i "zachránce" z rodiny, která nezvládá postižení svého dítěte a není schopná o dítě řádně pečovat a rozvíjet jej.“

„Tvoří jakýsi most mezi integrovaným dítětem a zdravými dětmi, učí je společnému soužití. Dále kladně působí i na rodiče dětí, kteří mají s integrací nějaký problém (rodiče zdravých dětí). Spolupracuje s rodiči integrovaného dítěte.“

„Domnívám se, že velkou. Integrované dítě v běžné MŠ získá větší sebevědomí, kamarády, kteří postižené dítě během školního roku berou jako běžného žáka třídy, a tím usnadní postiženému dítěti lepší a klidný vstup do základní školy.“

„Tu největší. Dětský lékař nám řekl, že nás obdivuje, když máme tuto holčičku. Bylo to pouze o pedagogovi, jestli mu takové dítě vadí ve třídě nebo ne. V podstatě měl informace od dětského lékaře, od rodičů i z knih. Takže péči by zvládnul.“

„Velmi důležitou. Empatie, odborná znalost problematiky, spolupráce s rodinou postiženého dítěte, to vše by měl předškolní pedagog zvládnout velmi kvalitně. Ale samozřejmě je vše o člověku a jeho odborném vzdělání, elánu a nadšení pro tuto práci.“

„Klíčovou - reguluje vztahy a klima ve třídě i kolektivu MŠ (přijetí a začlenění dítěte s odlišnostmi do kolektivu dětí), pracuje s dětmi po stránce rozumové i emoční, tvoří základy osobnosti dítěte - dodává sebedůvěru, rozvíjí dítě po všech stránkách osobnosti, sebeobslužné dovednosti.“

Položka číslo 12: Jakými speciálními kompetencemi by měl být pedagog vybaven?

Otázka číslo 12 je otevřená pro vyjádření vlastního názoru na speciální kompetence každého pedagoga. Speciální kompetence pedagogů by měly zahrnovat hlavně trpělivost, kreativitu, empatii, znalosti z praxe, komunikace a spolupráce s rodiči a odborníky. Pedagog by měl podle respondentek umět vytvářet pozitivní klima ve své třídě, aby se v něm děti cítily dobře. Měl by být také přátelský. Kladen je důraz též na kompetence sociální a pracovní.

„Diagnosticke intervenční kompetence, profesní kompetence, pedagogická a metodická kompetence.“

„Pedagogicko psychologickými, speciálními, sociálními, komunikativními.“

„Komunikační kompetence-komunikace s rodiči dítěte je velmi důležitá. Také nesmí chybět empatie a trpělivost. Kompetence z oblasti speciální pedagogiky!“

„S asistentem umět vytvořit - tým, IVP, klima ve třídě, pohodu pro rodiče i pro integrované dítě.“

„Myslím, že pedagog, který má ve třídě postižené dítě, by měl mít, pokud nemá k ruce asistenta, menší počet hodin přímé práce s dětmi. Je vystaven daleko většímu psychickému zatížení (samostudium, příprava, vymýšlení metod, přístupů, výroba vhodných pomůcek, záznamy o dítěti, individuální plány atd.)“

„Komunikační kompetence - V dnešní době, kdy je velice špatná výslovnost (některé děti neumí mluvit ani v posledním roce školky), by bylo dobré, kdyby všechny učitelky měly základy logopedie.“

„Odbornými znalostmi, i praktickými dovednostmi. Měl by vědět, jak s dítětem pracovat, navázat vztah. Měl by se snažit přijmout odlišnosti.“

„Kompetence: vším čím by pedagog ovlivnil klidnou, radostnou a především přátelskou atmosféru v MŠ.“

„Měl by být trpělivý, přátelský, měl by mít určitou motivaci, znalosti ze speciální pedagogiky. Měl by znát potřeby dítěte a umět komunikovat s rodiči.“

„Znalosti a dovednosti z oblasti speciální pedagogiky, laskavost a celkově velmi citlivý přístup k dětem + empatie, trpělivost a kreativita, komunikativní dovednosti“

„Studovat psychický vývoj dítěte s mentální retardací, vhodnost pedagogických postupů, řešení problémů příslušného postižení. Umět pracovat s celou dětskou skupinou. Vědět, jak dětem vysvětlit, že je jejich kamarád "trochu jiný".“

„Umět předvídat, umět přiměřeně reagovat, znát zákonitosti postižení.“

„Vzdělávat se v oblasti, kterou dané konkrétní postižení dítěte vyžaduje, získávat dostatek pomůcek, odborných informací, speciálních přístupů. Aktivně vyhledávat spolupráci s odborníky apod.“

Položka číslo 13: Jak jste obeznámen/a s problematikou, která se týká mentální retardace?

Tato otázka má zjistit, jaký přehled mají učitelky mateřských škol o problematice, která se týká otázek mentální retardace. Odpovědi učitelek mateřských škol byly různorodé. Některé odpovídaly, že jejich znalosti o mentální retardaci čerpají ze studia na vysoké škole. Znalí příznaky, základní rozdělení a práci s dětmi, ale pouze teoreticky. Některé respondentky získávají znalosti o mentální retardaci samostudiem z různé literatury, jiné při konzultacích s učitelkami mateřských škol, které se už s mentální retardací ve své praxi setkaly. Z několika odpovědí vyplývá, že respondentky dochází na různé kurzy či semináře. Další odpovědi učitelek se týkaly navazujícího magisterského studia speciální pedagogiky. Některé jsou však obeznámené z vlastní praxe s těmito dětmi, ale těchto odpovědí bylo však málo. Respondentky odpovídaly, že se s mentálně retardovanými dětmi setkaly alespoň jednou, mnohé se v mateřské škole s postiženými dětmi setkávají neustále.

„Zběžně. Pouze z hodin na VŠ. Speciální pedagogika není moje specializace. Plánuji však pokračovat ve studiu speciální pedagogiky.“

„Z praxe od kamarádky, která takové dítě má a literatury.“

„Pracuji s dětmi s různým postižením.“

„Lehce, ne nijak do hloubky, dá se říct, že vím, o co se jedná, vím základní rozdělení, příznaky, způsob práce s dítětem.“

„Pouze z literatury, osobní komunikace s p. učitelkami, které se s touto problematikou potýkají.“

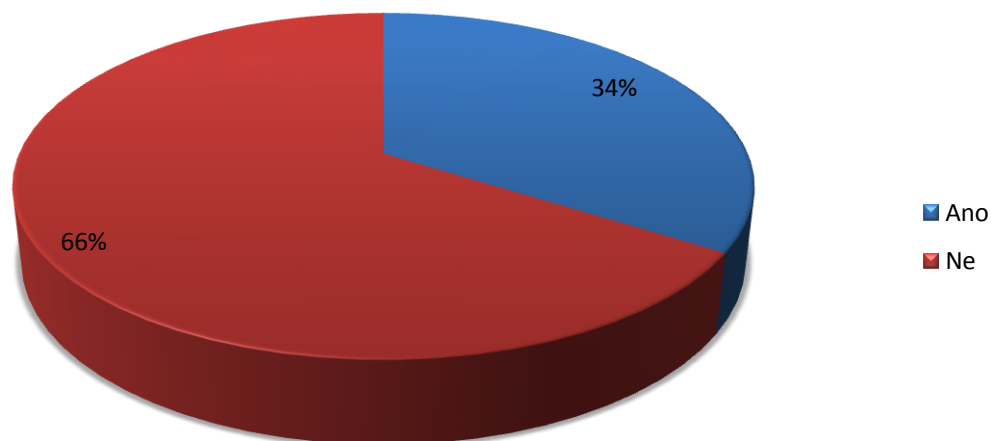
„Ano jsem, mám základní informace z oblasti psychologie a další informace z čerpání z internetu (jako reakci při zprávě od psychologa na jednotlivé děti).“

„Studuji magisterský obor speciální pedagogiky.“

„V obecné a základní rovině v rámci středoškolského vzdělání učitelek mateřské školy doplněné o znalosti z absolvovaných seminářů.“

Položka číslo 14: Setkal/a jste se v mateřské škole už s dítětem s mentálním postižením? Pokud ano, popište, prosím, podrobně Vaši zkušenost (popř. jejich potřeby či zvláštnosti).

Graf č. 9: Setkání s dítětem s MR v MŠ



Tato otázka je polouzavřená. V případě odpovědi ano, měly respondentky za úkol popsat své zkušenosti s mentálně retardovaným dítětem. Mnoho odpovědí se týkalo přítomnosti osobního asistenta. Zjistila jsem, že v mateřské škole se s mentálně postiženým dítětem setkalo jenom 46 učitelek (34%). 88 učitelek (66%) odpovědělo, že se nikdy s postiženým dítětem nesetkalo. Z toho vyplývá, že ve většině případů nemají učitelky mateřských škol s těmito dětmi žádné zkušenosti.

Učitelky, které se setkaly s mentální retardací ve své třídě, uvedly, že toto dítě u sebe mělo asistenta, který se dítěti celý den věnoval a snažil se ho zapojovat do kolektivu. Pro některé znamenalo handicapované dítě ve třídě hlavně komunikaci s rodiči. Uvádějí, že je důležité komunikovat také s rodiči zdravých dětí a vysvětlit jim, že postižené dítě není žádnou hrozbou pro zdravé děti, ale právě naopak přínosem. Přítomnost dítěte s mentální retardací ve třídě vyžadovala také spolupráci a komunikaci s odborníky, kteří učitelce mateřské školy pomáhají s takovými dětmi pracovat a vytvářet individuální vzdělávací plán. Z odpovědí respondentek je zřejmé, že při vhodné domluvě s rodiči a učitelkami není problém integrace handicapovaného dítěte do mateřské školy, učitelky k ní přistupují pozitivně.

„Dítě mělo osobního asistenta, který s ním po celý den pracoval a snažil se ho zapojovat do kolektivu.“

„Individuální přístup podložený IVP. Společná práce a časté rozhovory s rodiči. Pravidelné zápisy pokroků dítěte v jednotlivých oblastech.“

„Rituální hraní, neschopnost pochopit, že musí půjčit koloběžku na zahradě, ale děti se to naučily respektovat a nikdo JEHO koloběžku nechce půjčit, potřeba JEHO hračky i u jídla, SILNÁ potřeba - mít u sebe svou asistentku! Příchod do třídy a první věc - jít na WC.“

„Setkala jsem se před 15 ti lety, byly zde mezery, které se postupně napravují, od té doby jsem se s mentálním postižením v MŠ nesetkala.“

„Důležité bylo seznámit se s diagnózou daného dítěte. Dalším důležitým krokem byl rozhovor s rodiči postiženého dítěte, kteří (pokud jsou ochotni spolupracovat) vás seznámí s režimem a návyky dítěte. Na základě těchto informací se postupně osobně seznamujete s postiženým dítětem a vytváříte si vlastní diagnostiku, která vám napomáhá k další práci a vzdělávání takto postiženého jedince. Je to práce velmi náročná jak časově, tak psychicky. Dalším důležitým krokem je vytvoření individuálního vzdělávacího plánu, který je v souladu s třídním vzdělávacím plánem v návaznosti na školní vzdělávací plán. Velkým usnadněním je dobrá spolupráce s odborníky a hlavně rodiči.“

„Dítě bylo bohužel agresivní a rodiče odmítli platit asistenta. Domluva s rodiči byla těžká, protože byli vietnamské národnosti. Ve spolupráci s odborem sociálních služeb jsem zajistila následnou péči, dítě odešlo do speciální MŠ.“

„Ve věku cca 2 let byl viděn pouze rozdíl v zaostalosti, ve 4 letech již potřebovala více péče - více hlídat, více komunikovat, nabádat k činnosti. Od 5-6 bych to viděla na speciálního pedagoga-lékaře. Další dítě od 2 let dohánělo vrstevníky, až ve svých 4 letech bylo těžké na první pohled poznat, že má mentální problém. Kolektiv ji "vytáhl".“

„Jen v lehké formě - dítě bylo zařazeno do speciální třídy logopedické pro souběžné vady řeči. Nižší počet dětí ve třídě a práce dvou pedagogů zároveň umožnily bezproblémové začlenění dítěte do třídy.“

V odpovědích jsem našla i dva příklady, které se přímo netýkají dítěte s mentální retardací, ale sluchově postiženého dítěte a nevidomého dítěte. Tyto příspěvky jsou velmi zajímavé a poutavé, proto pokládám za vhodné je přiložit.

„Sluchově postižené dítě - vrozená vada, narodil se se zbytky sluchu, kompenzace sluchadly, chlapec nechtěl sluchadla nosit, cítil handicap, rodina moc nespolupracovala, nebyla důsledná.“

„Měla jsem na třídě děvčátko nevidomé. Pracovaly jsme s kolegyní bez asistenta. Musely jsme se samostatně seznámit s problematikou. Pražské centrum nám propůjčilo několik pomůcek pro nevidomé. Spolupráce s rodinou byla vynikající. Dívka se dlouze zapojovala do činností - špatně přijímala nové věci. Musely jsme zkorigovat v mnoha směrech dívčin postoj (samostatnost v sebeobsluze, přístup k ostatním dětem, posilování sebevědomí, zvládnout odloučení od matky, zvládat neznámý prostor, používat své jméno - používala matčino, zvládat rozhovor s dětmi, kontakt s nimi, spolupracovat s ostatními). Bohužel ostatní učitelky MŠ s integrací nesouhlasily, vše bylo jen na nás 2. Děti s integrací neměly problémy.“

Položka číslo 15: V čem vidíte pozitiva a v čem negativa (rizika) integrace dětí s mentální retardací?

V této otevřené formě otázky jsem se chtěla dozvědět, v čem učitelky mateřských škol nacházejí pozitiva a v čem negativa pedagogické integrace.

Velké počty dětí ve třídách jsou podle respondentek největším negativem integrace. Mezi negativa také řadí vysoké nároky na handicapované děti, neodborné a necitlivé zacházení s těmito dětmi. Pro některé respondentky znamená integrace vysokou náročnost pro učitelku mateřské školy. Některé odpovědi se týkaly negativního dopadu na zdravé děti. Podle nich zdravé děti mohou mít z handicapovaných dětí strach a jejich přítomnost jim nedělá dobře. Nebo postižené dítě může rušit zdravé děti vzhledem k jeho pomalému tempu, a tím zdravé děti brzdí. Jako další negativum integrace je nedostatek financí na osobního asistenta.

Dětem by se neustále mělo vštěpovat, že je každý člověk jiný. Ve správném pochopení tohoto faktu spatřují učitelky mateřských škol určitá pozitiva. Podle respondentek si děti s mentální retardací zvykají na společnost zdravých lidí a v budoucnosti jim nebude dělat takový problém vyrovnat se s touto společností. Děti žijící v homogenní skupině postižených se s touto skutečností vyrovnávají hůře. Integrace učí děti vzájemné toleranci, přátelství, porozumění a pomoci slabším jedincům.

„Negativa: velký počet dětí, nároky na handicapovaného. Pozitiva: zvykne si na společnost a společenské návyky a také komunikace.“

„Pozitiva ve vzájemném přínosu všem, jak zdravým tak handicapovaným. Negativa- nešetrné, necitlivé, nedostatečně odborné (náležité) zacházení s handicapovaným, ne zcela bezpodmínečné přijetí.“

„Pozitiva: výchova proti xenofobii, tolerance, trpělivost, nápomoc druhému. Negativa: zátěž kolektivu, velká náročnost pro učitelku.“

„Pozitiva - v sociální sféře - hledání kamarádů, začleňování se do kolektivu; v komunikaci - vhodný vzor, v tvůrčích činnostech. Negativa - některé negativní reakce zdravých dětí.“

„Pozitiva-zdravé děti si uvědomují, že s námi žijí lidé, kteří jsou stejní, akorát se jinak pohybují, jinak mluví, mají jinou potřebu, jinak se vyjadřují atd., učí se žít ve

společnosti ostatních, učí se pomáhat, chápat, rozumět. Negativa-některé děti se jich bojí, nedělá jim dobře jejich přítomnost.“

„Pozitivum je, že se zdravé děti naučí žít s dítětem postiženým. Pochopí jeho problémy a naučí se mu správně pomáhat a získávat zdravý postoj k postiženým lidem všeobecně. Negativum - dítě může natolik rušit ostatní svým chováním, že se učitelka nemůže ostatním dětem plně věnovat. Postižené dítě může být agresivní, protože nezvládne psychicky určité situace. Bez asistenta by dítě mentálně postižené být nemělo.“

„Pozitiva: Děti se dostanou do běžné společnosti. Negativa: Integrace je negativní v tom, že děti s určitým druhem postižení nebudou dětem bez postižení "stíhat". Budou více izolovány od ostatních dětí a budou předmětem posměchu.“

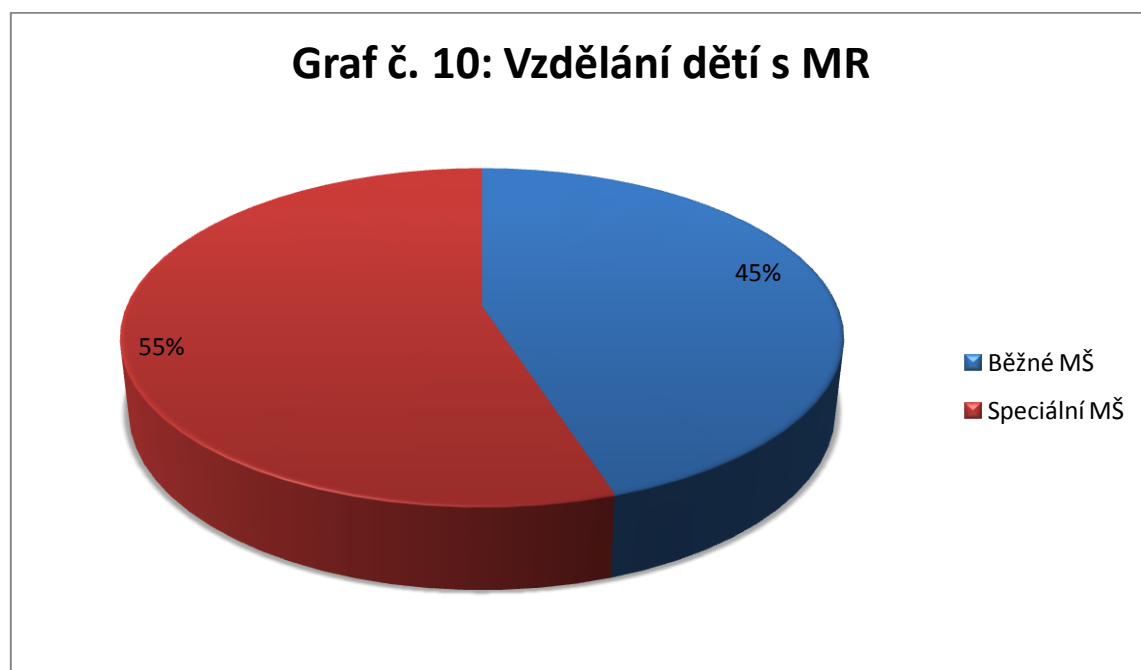
„Pozitiva: děti se seznámí s problémy mentálně retardovaných dětí, naučí se je vnímat jako svoje vrstevníky s právem rovnocennosti, pomáhat jim a naučit se s nimi žít v běžném životě. Negativa: ovlivněno vzdělávání, v některých případech - dětská zloba, výsměch či separace.“

„Pozitiva: zkušenost ostatních dětí s tím, že všichni nejsou stejní. Tolerance společnosti-rodiců. Pro postižené dítě větší možnost osobního rozvoje. Negativa: nedostatek finančních prostředků pro osobní asistenty, nedostatek času pro školení personálu, některé záporné reakce rodičů.“

„Pozitiva pro rozvoj postiženého dítěte: jeho zapojení do kolektivu běžné třídy mateřské školy, komunikace s dětmi stejného věku, rozvoj jeho dovedností, podpora jeho kamarádů - sociální vazeb. Negativa: náročnost práce pro pedagoga s organizačním zajištěním, vytvářením prostoru pro práci s dětmi s mentální retardací.“

„Vhodná je podle mého názoru jen integrace dětí s lehkým mentálním postižením a jen za určitých podmínek (nižší počet dětí, asistent). Při začlenění do běžných tříd se obávám možnosti nepřijetí kolektivu třídy (zejména ZŠ), dítě může častěji prožívat pocity neúspěchu, nedostatečnosti. Může se stát obětí šikanování, posměchu, nebude zvládat tempo ostatních - nejsem příznivec tohoto řešení, speciální školství má nezastupitelnou roli! (sama mám praxi pedagoga v základní škole praktické i v základní škole speciální - děti zde mají přizpůsobené podmínky, pracují svým tempem, zažívají pocit úspěchu a ohodnocení výkonu - jsem rozhodně pro jejich zachování).

Položka číslo 16: Jaké vzdělávání je podle Vašeho názoru lepší pro děti s mentálním postižením? Doplňte, prosím, proč si myslíte, že je právě toto vzdělání, které jste si vybral/a pro mentálně retardované lepší?



Tuto položku jsem zvolila jako polouzavřenou otázku. Cílem této otázky bylo zjistit, k jakému vzdělávání mentálně retardovaných dětí se učitelky mateřských škol více přiklánějí. 60 respondentek (45%) odpovědělo, že jsou pro vzdělávání dítěte s mentální retardací v běžné mateřské škole. Větší počet respondentek - 74 (55%) souhlasilo se vzděláváním ve speciálních mateřských školách.

Hlavním důvodem pro integraci v běžných mateřských školách je v budoucnu lepší začlenění postižených dětí do společnosti a přejímání jednání a chování od zdravých dětí. V tomto případě uváděly respondenty podmínku - snížené počty dětí a upravené prostředí ve třídě. Záleží však také na stupni postižení dítěte. Do běžné mateřské školy, by zařadily pouze dítě s lehkou formou mentální retardace. Učitelky mateřských škol si myslí, že vzdělávání dětí s mentální retardací v běžné mateřské škole napomáhá spolupráci, ohleduplnosti, toleranci a lepšímu osobnímu přístupu.

„V budoucnu jednodušší začlenění do společnosti. Záleží na stupni postižení.“

„Děti se učí toleranci, pomoc druhému, učitelka musí na děti nahlížet z osobnostního hlediska.“

„Ovšem za předpokladu, že by bylo vhodně upraveno prostředí a hlavně snížen počet dětí, dítě se zapojí do běžné společnosti a společnost si zase zvykne na takové děti a

nebude se jich v dospělém věku stranit. Naučí se spolupráci, ohleduplnosti, přijetí dětí, i když jsou "jiné". “

„Pokud budou zdravé děti v integraci s handicapovaným, budou mít k němu lepší osobní přístup. Myslím si, že naopak handicapované dítě, které je pouze mezi ostatními dětmi se stejným či podobným postižením, bude z pohledu zdravých dětí bráno za outsidera, to může vést k posměškům a následně pocitu méněcennosti handicapovaného dítěte.“

„Takové dítě se nemá stranit a oddělovat, navíc od dětí zdravých se může lépe učit.“

Podle většiny učitelek mateřských škol je lepší pro mentálně retardované děti vzdělání ve speciálních mateřských školách. V těchto školách působí proškolení odborníci, kteří se handicapovaným dětem mohou individuálně věnovat naplno celý den. Postižené děti mají na vše klid, čas a mají svůj vlastní režim. Podle respondentek však jsou tyto speciální mateřské školy také lépe materiálně vybavené, což je pro děti s mentální retardací rozhodně výhodnější.

„Zažila jsem mentálně postižené děti na ŠvP, s kterými jsme se scházeli při stravování. Děti nezvládaly hluk, množství ostatních dětí. Myslím, že potřebují klid, svůj režim a v klasické třídě s 25 dětmi jim to není umožněno. Potřebují jiný přístup učitelky, jiné vzdělávání, malý kolektiv dětí.“

„Pedagogičtí pracovníci jsou zde speciálně školeni pro práci s těmito dětmi: Mají větší trpělivost.“

„Nemohu se zcela rozhodnout, ale přikláním se k druhé variantě, dětí zde mají odbornější péči a potřebné materiální, zdravotní zajištění.“

„Individuální péče, nikdo ho nešíkanuje, mají na něj dostatek času.“

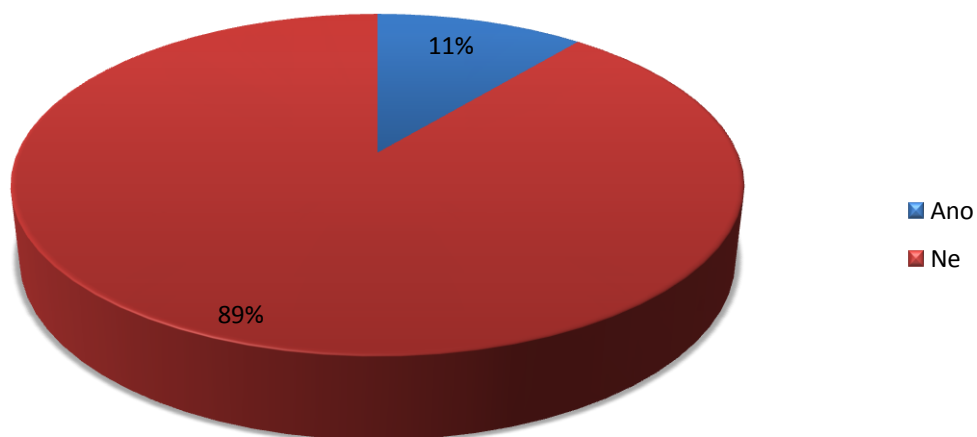
„Učitelé mají omezený počet dětí, kterým se mohou věnovat. V běžné MŠ při tolika dětech (28) si to nedovedu představit. Stačí, že stát umožňuje matkám dávat děti do MŠ mladší 3let. Ovšem všechno souvisí se vším (nábytek, vybavení, asistent, rozpočty, bezbariérovost, nenaplněná kapacita atd.) Všechno je hezké, o všem se mluví, co je dobré a správné, ale realita je potom jiná.“

„Docela jsem v odpovědi váhala, je to diskutabilní, pro některé to, pro některé zas ono. Pokud mají ve speciální školce více profesionální péče, která jim pomáhá v lepším

rozvoji, tak je pak asi lepší speciální školka. To nic nemění na tom, že mohou mít kvalitní péči i v běžné mateřské škole.“

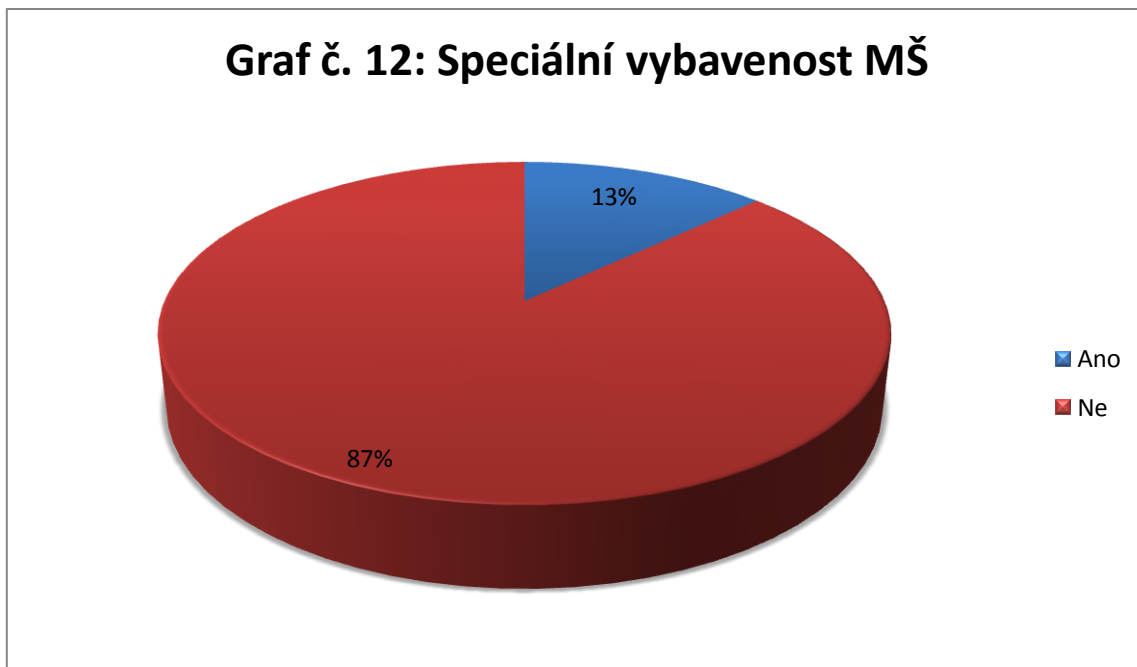
Položka číslo 17: Máte v současné době ve třídě, či v mateřské škole integrované děti s mentální retardací?

Graf č. 11: Dítě s MR v současné době v MŠ



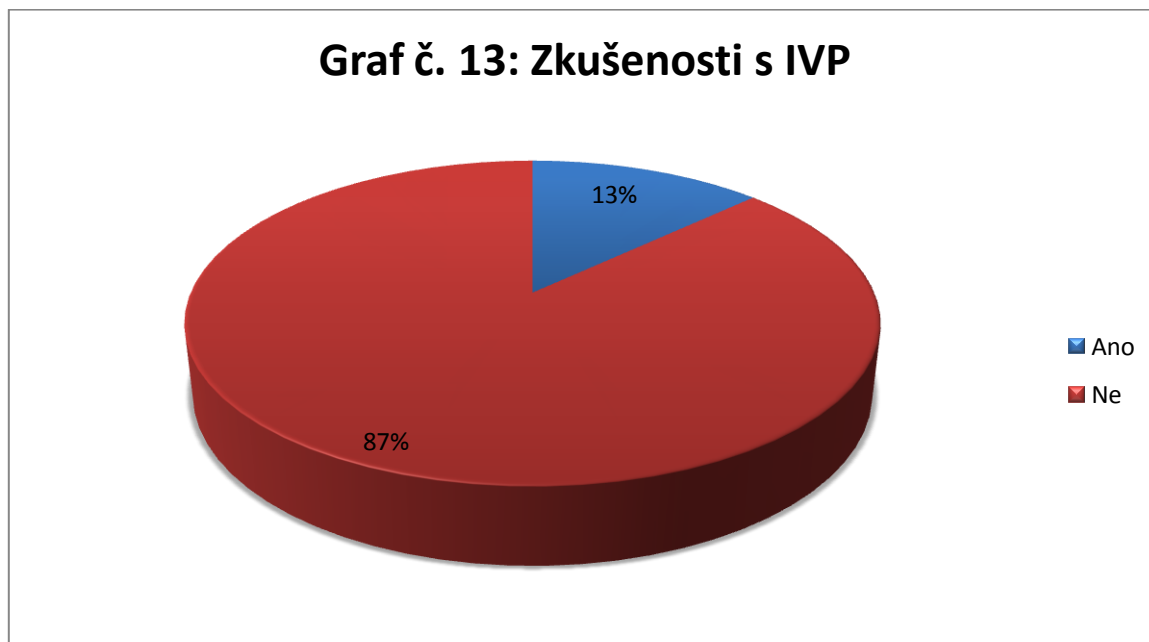
Na otázku, jestli respondenti mají v nynější době dítě s mentální retardací v mateřské škole, odpovědělo 119 učitelek (89%), že nemají nyní žádné dítě mentálně postižené. Kladně odpovědělo pouze 15 učitelek mateřských škol (11%).

Položka číslo 18: Je Vaše mateřská škola podle vašeho mínění speciálně vybavena pro integraci mentálně retardovaných dětí (např. mobilní nábytek, speciální hračky, speciální pomůcky atd.)? Pokud je Vaše mateřská škola speciálně vybavena, uveďte, prosím, čím konkrétně.



Tuto otázku jsem zvolila jako polouzavřenou. Chtěla jsem se dozvědět, jak jsou mateřské školy speciálně vybaveny v případě nástupu dítěte s mentální retardací. A pokud jsou vybaveny, zajímalo mě konkrétně čím. Byla jsem překvapena, když většina respondentek odpověděla, že nemají žádnou speciální vybavenost třídy či mateřské školy. Těchto odpovědí se mi dostalo 117 (87%). Pouhých 17 respondentek (13%) odpovědělo, že nějaké speciální vybavení ve své mateřské škole mají. Bohužel nedokázaly přesně vymezit vhodné prostředky pro práci s mentálně retardovaným dítětem. Pouze tři odpovědi byly velice podobné. Týkaly se mobilního nábytku, který je přizpůsoben dětem a vyhovuje všem dětem bez rozdílu.

Položka číslo 19: Máte nějakou zkušenost s individuálně vzdělávacím plánem pro mentálně retardované? Pokud máte nějakou zkušenost, popište, prosím, jakou.



Opět polouzavřená otázka, z které vyplynuly velice rozdílné výsledky. Otázka se týkala vlastních zkušeností s individuálně vzdělávacím plánem. 117 respondentek (87%) odpovědělo, že nemá žádné zkušenosti. Pouze 17 učitelek mateřských školy (13%) se již s individuálním vzdělávacím plánem setkala.

Některé respondentky se s individuálním plánem setkaly v rámci vysokoškolského studia, do individuálního vzdělávacího plánu pouze nahlédly či ho cvičně vytvářely. Část učitelek mateřských škol individuálně vzdělávací plán sama vytvářela za spolupráce odborníků ze speciálně pedagogických center, lékařů i rodičů. Ostatní respondentky mají s individuálně vzdělávacím plánem minimální zkušenost, pouze do něj nahlédly, ale nevytvářely ho. Podle respondentek je hlavně důležité, aby individuálně vzdělávací plán vytvářely učitelky pro sebe a ne pro inspektory.

„Pouze jsem nahlédla do IVP již vypracovaného v MŠ. Sama jsem vytvářela cvičný IVP pouze při studiu VŠ.“

„Jako u každého dítěte, i zdravého, velmi dobrou. Je nutné vytvářet IVP dobrovolně a pro sebe. Ne pro inspektorku, takový plán je Vám k ničemu.“

„IVP máme sestaven odborníky ze speciálně pedagogických center, který si paní asistentka pedagoga ve spolupráci s paní učitelkou doplňuje a vytváří. Paní učitelka má vystudovanou vysokou školu obor speciální pedagogika.“

„Individuální vzdělávací plán jsem sestavovala osobně ve spolupráci s odborníky, lékařem a rodiči. Všichni se svými informacemi podíleli na tvorbě IVP.“

7. DISKUSE

Cílem mého dotazníkového šetření bylo zjistit, jak jsou učitelky mateřských škol připravené na pedagogickou integraci mentálně retardovaných dětí.

V dotazníkovém šetření nejvíce odpovídaly učitelky mateřských škol ve věkové kategorii 36 až 45 let. Jejich délka praxe v mateřské škole odpovídá převážně 16 – 25 letům. Téměř polovina dotazovaných učitelek má bakalářské vzdělání. Více než polovina - 77 učitelek mateřských škol získala obecné znalosti. K informacím o speciální pedagogice získaných při studiu na vysoké škole se hlásilo 67 učitelek, což je přesná polovina odpovídajících. Způsob získávání těchto informací byl spíše systematický (školní systém, výcviky a kurzy) než souvislý. Názory na dosavadní vzdělávání byly jednoznačně kladné. Všechny učitelky zdůraznily důležitost soustavného vzdělávání a rozšiřování vědomostí vzhledem k přibývání postižených dětí z důvodu neustále se měnících metod výchovy a vzdělávání handicapovaných dětí či lidí. Osobní a profesní názor učitelek mateřských škol na integraci se shodoval. Mezi odpověďmi velmi často zaznívaly kladné názory se slůvkem „ale“, po kterém následovalo vysvětlení - snížený počet dětí, stupeň postižení, pomoc osobního asistenta. Některé učitelky však měly negativní osobní a profesní názor na integraci - upřednostňovaly spíše vzdělávání ve speciálních mateřských školách z důvodu odborné péče speciálních pedagogů. 119 učitelek by bylo ochotno integrovat dítě do své mateřské školy a třídy. Všechny učitelky se shodovaly v názorech na profil pedagoga, který hraje při integraci důležitou a nezastupitelnou roli. Zdůrazňovaly jeho empatii, trpělivost, umění komunikace s dětmi, odborníky a rodiči, dále jeho psychickou připravenost, zkušenosti a znalosti z oblasti speciální pedagogické problematiky při práci s dětmi s mentálním postižením. S problematikou mentální retardace mají učitelky různorodou zkušenost. Některé čerpají znalosti o mentální retardaci z literatury, některé ze seminářů, z vysoké školy. 46 učitelek má vlastní zkušenosti s postiženým dítětem. Z odpovědí vyplývá, že integrace postižených dětí s sebou přináší jak pozitiva, tak negativa. Mezi hlavní negativa řadí vysoký počet dětí ve třídě, nespolupráce s rodiči a málo financí školských zařízení. K pozitivním faktorům patří zařazení dítěte mezi intaktní děti, jejich vzájemné působení, porozumění, tolerance, kamarádství, pochopení a úcta k druhým. Zajímavé je, že většina učitelek mateřských škol souhlasí s integrací postižených žáků, ale v dotazu na místo vzdělávání upřednostňují speciální mateřské školy z důvodu vhodného prostředí, malého počtu dětí ve třídě a hlavně individuální

péče speciálního pedagoga. V současné době má 15 učitelek mateřských škol ve své třídě děti s mentální retardací. 17 učitelek se vyjádřilo, že jejich mateřská škola je vybavena mobilním nábytkem. Pouze 17 učitelek má zkušenosti s individuálně vzdělávacím plánem. Stejný počet učitelek plán sestavovalo jen cvičně na vysoké škole nebo za spolupráce odborníků, lékařů a rodičů. Některé učitelky do individuálně vzdělávacího plánu pouze nahlédly, ale osobně se na jeho tvorbě nepodílely.

ZÁVĚR

Cílem mé bakalářské práce bylo zjistit, jak jsou v současné době učitelky mateřských škol připravené na integraci dětí s mentální retardací a jaký názor na integraci mají z hlediska osobního a profesního. Dále jsem zkoumala, jestli učitelky mateřských škol s integrací souhlasí a jaká jsou pozitiva a negativa integrace.

Většina učitelek mateřských škol má bakalářské vzdělání. Znalosti ze speciální pedagogiky, konkrétně o mentální retardaci získávají na vysokých školách. Pro všechny je však důležité se v oboru speciální pedagogika nadále vzdělávat a rozšiřovat své vědomosti, jelikož dětí s mentální retardací stále přibývá. V praxi se většina z nich s dítětem s mentální retardací nesetkala.

Podle názorů učitelek mateřských škol jsem došla k závěru, že souhlasí s integrací, ale záleží na podmínkách, ve kterých by dítě s mentální retardací bylo vychovááno a vzděláváno. Podmínky se týkají hlavně sníženého počtu dětí ve třídách, stupně mentální retardace a materiálního vybavení. Pokud by tyto podmínky však nebyly vyhovující, je vhodnější zařadit dítě s mentální retardací raději do speciální mateřské školy. Tyto školy jsou pro handicapované děti speciálně materiálně vybaveny a tyto děti jsou v péči speciálních pedagogů.

Otázka integrace mentálně retardovaných dětí je v současné době dost aktuální a diskutabilní. Jsem ráda, že jsem si toto téma mohla zvolit a proniknout tak do problematiky připravenosti učitelek mateřských škol na integraci mentálně retardovaných dětí. Doufám, že tato práce bude nejen přínosem pro mou budoucí praxi při setkání s postiženými dětmi, ale bude sloužit všem čtenářům i jako motivace k dalšímu vzdělávání a prohlubování této problematiky. Důležité je, abychom my, jako učitelky mateřských škol, se dokázaly vypořádat se všemi vnějšími nedostatky a problémy a byly ochotny a schopny připravit vhodné klima pro začlenění mentálně retardovaných dětí do kolektivu intaktních dětí.

LITERATURA

1. ČERNÁ, M. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha : Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3
2. FERJENČÍK, J. Úvod do metodologie psychologického výzkumu. Portál, 2010. 256 s. ISBN 978-80-7367-815-9
3. FISCHER, S. a J. ŠKODA. Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým asociálním znevýhodněním. 1. vyd. Praha : Triton, 2008. ISBN 9788073870140.
4. GAVORA, P. Úvod do metodologie pedagogického výzkumu. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85031-79-6
5. HÁRTL, Pavel a Helena HÁRTLOVÁ. Psychologický slovník. Vyd. 1. Praha : Portál, s. r. o., 2000. – 776 s. ISBN 80-7178-303-X
6. JESENSKÝ, J. Kontrapnty integrace zdravotně postižených. Praha : Karolinum 1995. ISBN 80-7184-030-0.
7. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: MKN-10 : desátá revize: aktualizovaná verze k 1. 1. 2009. 2., aktualiz. vyd. Praha : Bomton Agency, 2008, 860 s. ISBN 978-809-0425-903.
8. MICHALÍK, J. Škola pro všechny, aneb, Integrace je když--. Vsetín : ZŠ Integra, 2002, 56 s. ISBN 80-238-9885-X.
9. MICHALÍK, J. In MÜLLER, O. Obecné podmínky školské integrace v České republice. Dítě se specifickými vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0231-9
10. MÜLLER, O. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. 1. vyd. V Olomouci : Univerzita Palackého, 2001, 289 s. ISBN 80-244-0231-9.
11. PIPEKOVÁ, J. Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozš. a přeprac. vyd. Editor Jarmila Pipeková. Brno : Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-731-5120-0.
12. PRŮCHA, J. Alternativní školy a inovace ve vzdělávání. Vydavatel : Porál, 2001. ISBN 80-717-8584-9

13. Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání. Výzkumný ústav pedagogický v Praze. Tauris : 2006. ISBN 80-87000-00-5
14. SLOWÍK, J. Speciální pedagogika: prevence a diagnostika, terapie a poradenství, vzdělávání osob s různým postižením, člověk s handicapem a společnost. Vyd. 1. Praha : Grada, 2007, 160 s. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4717-333.
15. SOVÁK, M. Nárys speciální pedagogiky. Praha: SPN 1983. ISBN 14-414-83
16. ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, I. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha : Portál, 2011, 221 s. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-807-3678-890.
17. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. Psychopedie : teoretické základy a metodika . 2. vyd. Praha : Parta, 2004. 440 s. ISBN 80-7320-063-5
18. VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha : Portál, 2004. – 872 s. ISBN 80-7178-802-3
19. VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika. Brno : Paido 2004. ISBN-10: 80-7315-071-9

INTERNETOVÉ ZDROJE

1. <http://athena.zcu.cz/kurzy/spp1/000/HTML/42/text.htm>
- Pedagogická integrace

PŘÍLOHY

Dotazník, který se týká připraveností učitelek mateřských škol na pedagogickou integraci dětí s mentální retardací.

Dobrý den, obracím se na Vás s prosbou o vyplnění mého dotazníku, který se týká připravenosti učitelek mateřských škol na integraci mentálně retardovaných dětí. Dotazník je jednoduchý a jeho vyplňování Vám nezabere příliš času. Jeho výsledky použiji ve své bakalářské práci na téma „Připravenost učitelek mateřských škol na pedagogickou integraci dětí s mentální retardací“ – v rámci studia na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. Za Vaši ochotu a věnovaný čas tomuto dotazníku děkuji.

Instrukce

1. Dotazník je anonymní.
2. U položek, kde je to potřeba, doplňte údaje podle vlastního uvážení.

Adriana Drbalová

I.

1. Kolik je Vám let?

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

2. Jaká je délka Vaší praxe v mateřské škole?

- a) 5 let a méně
- b) 6 – 15 let
- c) 16 – 25 let
- d) 26 let a více

II.

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání a v jakém oboru?

- a) Středoškolské
- b) Bakalářské
- c) Magisterské
- d) Jiné

4. Pokuste se, prosím, posoudit své znalosti v oboru speciální pedagogika:

- a) Obecné
- b) Specifické
- c) Odborné
- d) Žádné

5. Pokud máte nějaké informace z oboru speciální pedagogika, tak odkud?

- a) Literatura
- b) Vysoká škola
- c) Semináře
- d) Jiné

6. Jak získáváte dané informace z oboru speciální pedagogika?

- a) Souvisle
- b) Systematicky (např. školní systém, kurzy, výcviky apod.)

7. Domníváte se, že je potřeba se nadále vzdělávat (například v oboru pedagogika atd.)? Pokud ano, tak proč?

.....

.....

III.

8. Jaký je Váš osobní názor na integraci?

.....

.....

9. Jaký je Váš profesní (z pohledu učitelky MŠ) názor na integraci?

.....

.....

10. Byl/a byste ochotný/á integrovat dítě do své třídy?

- a) Ano
- b) Ne

11. Jakou roli podle Vás hraje při integraci dítěte s handicapem do běžné MŠ předškolní pedagog?

.....

.....

12. Jakými speciálními kompetencemi by měl být pedagog vybaven?

.....

.....

IV.

13. Jak jste obeznámen/a s problematikou, která se týká mentální retardace?

.....

.....

14. Setkal/a jste se v mateřské škole už s dítětem s mentálním postižením? Pokud ano, popište, prosím, svoji zkušenost.

- a) Ano.....
.....
b) Ne

15. V čem vidíte pozitiva a v čem negativa (rizika) integrace dětí s mentální retardací?

.....
.....

16. Jaké vzdělávání je podle Vašeho názoru lepší pro děti s mentálním postižením a doplňte, prosím, proč?

- a) Integrace v běžných mateřských školách
.....
b) Speciální mateřské školy pro mentálně postižené
.....

17. Máte v současné době ve třídě, či v mateřské škole integrované děti s mentální retardací?

- a) Ano
b) Ne

V.

18. Je vaše mateřská škola podle vašeho mínění speciálně vybavena pro integraci mentálně retardovaných dětí (např. mobilní nábytek, speciální hračky, speciální pomůcky atd.? Pokud ano, uveďte, prosím, čím konkrétně).

- a) Ano.....
.....
b) Ne

VI.

19. Máte nějakou zkušenost s individuálně vzdělávacím plánem pro mentálně retardované? Pokud ano, popište, prosím, jakou.

- a) Ano.....
.....
b) Ne