

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI
FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru: 7506R012

Název bakalářské práce:

**ROZVOJ DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM VE
SPOLUPRÁCI RODINY A ŠKOLY**

THE DEVELOPMENT OF A CHILD WITH MENTAL

HANDICAP IN COOPERATION OF THE FAMILY AND THE SCHOOL

Autor:

Dagmar Kážová
U Kapličky 150
541 01 Trutnov

Podpis autora: _____

Vedoucí práce: doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Počet:

stran	obrázků	tabulek	grafů	zdrojů	příloh
73	0	7	12	18	7+ 1 CD

CD obsahuje **celé** znění bakalářské práce.

V Liberci dne:30.4.2007

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Jméno a příjmení:

Dagmar Kážová

Adresa:

U Kapličky 150, 541 01 Trutnov

Studijní program:

Speciální pedagogika

Studijní obor:

Speciální pedagogika předškolního věku

Kód oboru:

7506R012

Název práce:

ROZVOJ DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM
VE SPOLUPRÁCI RODINY A ŠKOLY

Název práce v angličtině:

THE DEVELOPMENT OF A CHILD WITH MENTAL
HANDICAP IN COOPERATION OF THE FAMILY AND
THE SCHOOL

Vedoucí práce:

doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc.

Termín odevzdání práce:

30. 04. 2007

Bakalářská práce musí splňovat požadavky pro udělení akademického titulu „bakalář“ (Bc.).


.....
vedoucí bakalářské práce


.....
děkan FP TUL


.....
vedoucí katedry

Zadání převzal (student): Dagmar Kážová

Datum: 28. 01. 2006

Podpis studenta: 

Cíl práce:

Zjistit možnosti a formy spolupráce rodiny a mateřské školy, směřující k co nejoptimálnějšímu rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním věku.

Základní literatura:

- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
- MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-60-5.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a dospělých s těžším mentálním postižením*. 2. vyd. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-54-X.
- VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

Prohlášení

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL; v tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

V Liberci dne: 30.4.2007

Podpis:

Děkuji všem, kteří mi pomáhali při realizaci mé bakalářské práce. Především bych chtěla poděkovat Mateřské škole speciální v Trutnově, která mi poskytla prostor pro kontakt s rodiči a jejich dětmi s mentálním postižením. Zároveň děkuji rodičům těchto dětí za trpělivost při vyplnění dotazníků a dětem samotným.

Název bakalářské práce: Rozvoj dítěte s mentálním postižením ve spolupráci rodiny a školy

Název bakalářské práce: The development of a child with mental handicap in cooperation of the family and the school

Jméno a příjmení autora: Dagmar Kážová

Akademický rok odevzdání bakalářské práce: 2007

Vedoucí bakalářské práce: doc.PhDr.Bohumil Stejskal, CSc.

Resumé:

Bakalářská práce se zabývala problematikou spolupráce rodiny a mateřské školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením. Vycházela z potřeby spolupráci zkvalitnit. Jejím cílem bylo zjistit možnosti a formy spolupráce vedoucí k optimálnímu rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním věku. Práce byla rozdělena na dvě stěžejní oblasti. Jednalo se o část teoretickou, která pomocí zpracování a prezentace odborných zdrojů přibližovala problematiku mentálního postižení a mentální retardace. Nastínila důležitost rodinné a předškolní výchovy dětí s mentálním postižením. Ve zkratce zaznamenala spolupráci rodiny a školy z pohledu historie a v širším pohledu se zaměřila na současnost. Konkrétně popsala možnosti a formy spolupráce v Mateřské škole speciální Trutnov. Praktická část byla zaměřena na zjištění stavu spolupráce s 12 rodinami a její přímý dopad na vybranou skupinku 5 dětí. Průzkum byl prováděn pomocí dotazníků a pozorování. Výsledky měly ověřit schopnost a funkčnost vzájemné spolupráce, zhodnotit její pozitivní vliv na rozvoj dětí v průběhu šesti měsíců a odkrýt možné nedostatky. Největším přínosem práce bylo potvrzení významu spolupráce rodiny a mateřské školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením.

Klíčová slova: mentální postižení, mentální retardace, klasifikace, stupně mentální retardace, charakteristika, diagnostika, výskyt, příčiny, spolupráce, rodina, výchova, mateřská škola, předškolní výchova, učitel, spolupráce rodiny a školy z pohledu historie a současnosti, nové formy a možnosti spolupráce o děti s mentálním postižením, Mateřská škola speciální Trutnov, potvrzení významu spolupráce, pozitivní dopad na rozvoj dítěte

Summary:

This dissertation describes the questions of cooperation of the family and the kindergarten on the development of a child with mental handicap. It comes from a need to improve this cooperation. Its goal is to investigate the options and forms of cooperation leading to an optimal development of a child with mental handicap in the pre-school age. The dissertation is divided in two main parts. First is a theoretical part that is explaining the questions of mental handicaps and Cephalonia. It outlines the importance of family and pre-school education of a child with a mental handicap. It briefly describes the history of the cooperation of the family and the school and in wider view focuses on the present time. It deeply describes the options and forms of the cooperation in the special kindergarten in Trutnov. The practical part focuses on investigating the state of cooperation with 12 families and its direct influence on the chosen group of 5 children. The survey was made by questionnaires and observation. The results are supposed to verify the capability and utility of mutual cooperation, to evaluate its positive influence on the children in the period of 6 months and to reveal possible setbacks. The biggest benefit of this dissertation is that it confirms the importance of the cooperation of the family and the school on development of a child with mental handicap

Keywords: mental handicap, cephalonia, classification, degrees of cephalonia, characteristics, diagnosis, occurrence, causes, cooperation, family, education, kindergarten, pre-school education, teacher, cooperation of the family and school in the historical and current view, new forms and options of the cooperation in development of a child with mental handicap, Special kindergarten in Trutnov, confirmation of importance of the cooperation, positive influence on the child's development

OBSAH:

1.	ÚVOD	6
2.	MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE	8
2.1	Vymezení pojmů postižení, mentální postižení a mentální retardace	8
2.1	Klasifikace mentální retardace	10
2.3	Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	14
2.4	Diagnostika mentální retardace	16
2.5	Výskyt a příčiny mentálního postižení v populaci	18
3.	SPOLUPRÁCE RODINY A MATEŘSKÉ ŠKOLY NA ROZVOJI DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	20
3.1	Vymezení pojmů rodina a výchova	20
3.2	Vymezení pojmů mateřská škola, předškolní výchova a učitel	24
3.3	Spolupráce rodiny a školy z pohledu historie	25
3.4	Spolupráce rodiny a školy v současnosti	29
4.	PRAKTICKÁ ČÁST	34
4.1	Cíl praktické části	34
4.1.1	Předpoklady praktické části	34
4.2	Použité metody	35
4.2.1	Průběh předprůzkumu a jeho výsledky	36
4.3	Popis zkoumaného vzorku	45
4.4	Průběh průzkumu	45
4.5	Výsledky a jejich interpretace	45
4.5.1	Výsledky z dotazníků	45
4.5.2	Výsledky pozorování	51
4.6	Shrnutí výsledků praktické části	58
5.	ZÁVĚR	61
6.	NÁVRH OPATŘENÍ	63
7.	SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ	64
8.	SEZNAM PŘÍLOH	66

1. ÚVOD

Spolupráce rodiny a mateřské školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením je pro mne velmi důležité téma. Dvanáctým rokem pracuji v Mateřské škole speciální, Na Struze 124, Trutnov, jako učitelka. Velmi dobře u nás funguje takzvaná vzájemná integrace. Spolu mateřskou školu navštěvují a hrají si zde jak děti s určitými handicapy, tak jejich sourozenci i děti zdravé. Tímto způsobem vzájemně integrujeme i všechny rodiče, kdy boříme pověstné bariéry mlčení a ostychu. Velkou skupinu tvoří děti s různými stupni mentální retardace, od lehčích forem až po ty těžké.

Jak podle Warda uvádí Švarcová (2006, s.180), je dobře, když člověk ví, že není sám. U rodin s dětmi s mentálním postižením to platí dvojnásob. Neustále slycháme od rodičů, že kamkoli přijdou, musí obhajovat a vysvětlovat, že mají dítě s mentálním postižením. Hrozné je, že takovým to situacím jsou rodiče vystavováni i u odborníků jak z řad lékařů, tak některých pedagogů. Pak se není co divit, že rodiče těchto dětí jsou ve většině případů plaší, zakřiknutí a při navazování kontaktů s nimi musíme být velmi obezřetní. Vážíme každé slovo i slovní spojení, abychom je nevyplašili, mohli si získat jejich důvěru a postupně nastartovat vzájemnou spolupráci na rozvoji jejich dítěte. Za ta léta práce by se dalo říci, že bych měla mít dostatek praktických zkušeností, jak s těmito dětmi i jejich rodinami pracovat, jak je co nejlépe rozvíjet a stimulovat nebo jak získat rodiče k co nejoptimálnější a pravidelné spolupráci.

Opak je však pravdou. Neustále zjišťuji, že zkušenosti, které jsem si myslela, že mám, jsou nedostatečné a já cítím potřebu se nadále zdokonalovat a vzdělávat. Celá léta se v naší třídě snažíme zkvalitňovat a rozšiřovat spolupráci s rodinami dětí s postižením tak, aby tato kooperace měla blahodárný vliv na jejich celkový rozvoj. Společně s rodiči vyplňujeme osobní a rodinné anamnézy, zvažujeme adaptační pobyty dítěte, studujeme lékařské zprávy, pomocí rozhovorů získáváme další cenné informace o rodině i samotném dítěti, sestavujeme individuální plány.

Zvolením výše uvedeného tématu si chci potvrdit význam vzájemné spolupráce mezi námi a rodinou. Cílem bakalářské práce je zjistit možnosti a formy spolupráce rodiny a mateřské školy, směřující k co nejoptimálnějšímu rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním věku. Ověřit, je-li spolupráce v naší Mateřské škole speciální Trutnov dostačující a zda-li pozitivně působí na rozvoj dítěte s mentálním postižením. Odkrýt možné nedostatky.

Pomocí dotazníků zjistit stav spolupráce s rodinami 12 dětí s mentálním postižením a její přímý dopad na vybranou skupinku 5 dětí s různým stupněm mentálního postižení z Mateřské školy speciální Trutnov. Ověřit, zda tato spolupráce má kladný vliv na rozvoj jednotlivých dětí s mentálním postižením. Pomocí výše uvedených metod si potvrdit zvolené předpoklady. Očekávaným přínosem bakalářské práce je zmapování úrovně spolupráce rodiny a mateřské školy v naší mateřské škole a možnosti jejího dalšího zkvalitnění.

V první části teoretického bloku si nejprve přiblížíme a vysvětlíme základní terminologii co je postižení, mentální postižení, či mentální retardace. Blíže se dotkneme klasifikace mentální retardace podle inteligenčních kvocientů a popíšeme si, co je pro jednotlivé stupně charakteristické. Dotkneme se diagnostiky, výskytu i příčin mentálního postižení. Druhá část teoretického bloku nám poskytne pohled na pojmy rodina, výchova, mateřská škola, předškolní výchova nebo učitel. Přiblížíme si také spolupráci rodiny a mateřské školy z pohledu historie v zahraničí a u nás, stejně tak popíšeme některé možnosti v současnosti.

V praktické části si nejprve přiblížíme cíl praktické části a stanovení předpokladů. Popíšeme si použité metody, průběh předprůzkumu a zkoumaný vzorek. Stanovíme výsledky předprůzkumu a vyhodnotíme ho. Pomocí tabulek a grafů interpretujeme výsledky průzkumu dotazníků a pozorování, kdy celkově výsledky praktické části shrneme. V závěru zhodnotíme celkový přínos práce a stanovíme navrhovaná opatření, nebude chybět ani seznam informačních zdrojů a seznam příloh.

2. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A MENTÁLNÍ RETARDACE

2.1 Vymezení pojmů postižení, mentální postižení a mentální retardace

Postižení

Postižení představuje určitý, relativně stabilní znak organismu. Jeho nositel proto získává roli postiženého se všemi pozitivními i negativními znaky, které tato role v dané společnosti, či v konkrétní sociální skupině má. Podle Edelsbergera (2000) bylo postižení chápáno jako postižení zdravotní a bylo původně jednou ze základních pojmových kategorií v somatopedii. V současnosti toto označení zaštiťuje všechny vady, poruchy, defekty či anomálie. Místo o osobách vadných, defektních nebo úchylných hovoříme ohleduplněji jako o osobách se zdravotním postižením čili v jistém smyslu s určitým handicapem. Prvotní je vždy člověk jako svébytná osobnost a jeho handicap je chápán jako určitý problém, který dotyčného jedince omezuje v jeho seberealizaci a socializaci. Proto vždy hovoříme o člověku nebo dítěti s mentálním postižením a ne mentálně postiženém jedinci. Názor na postižené, se v průběhu historie měnil. Nejprve mezi ně patřili pouze hluchoněmí, slepí, slabomyslní a tělesně vadní, později i mravně vadní. Dále se pojem rozšiřoval a diferencoval.

Mentální postižení

Mentální postižení je široký pojem, který zahrnuje snížení rozumových schopností do pásma statisticky nižšího, než je průměrná inteligence. To znamená, že podle Gaussovy křivky jde o inteligenci sníženou pod inteligenční kvocient 85 a to bez ohledu na dobu vzniku postižení a jeho příčiny.

Mentální retardace

Pojem mentální retardace pochází z latinských slov mens a retardatio, které v překladu znamenají zdržení, omeškání, zpomalení, či zpoždění mysli. V širším pojetí tento překlad můžeme chápat jako myšlenkové zdržení, omeškání, zpomalení nebo zpoždění. Podle Edelsbergera (2000) charakterizuje termín mentální retardace skupinu jedinců s nerovnoměrným, zpomaleným duševním vývojem. Bývá ztotožňován s termíny oligofrenie, mentální postižení, mentální deficiencie, subnorma. Jak uvádí Švingalová (2003), mentální retardace jako interdisciplinární termín vystihuje medicínské, psychologické a sociální aspekty mentálně postižených jedinců od narození po smrt.

Zjednodušeně řečeno, u jedinců s mentální retardací jde o různý stupeň opožďování, zaostávání duševního vývoje za vývojem tělesným, přestože se jim dostává adekvátního způsobu výchovy a podnětové stimulace. Hovoříme o syndromu vrozeném nebo časně získaném, nejpozději do 24 měsíců věku. Jde o postižení na základě poškození mozku a stav je nezvratný a trvalý.

Pipeková (1998) popisuje mentální retardaci jako vývojovou poruchu integrace psychických funkcí, která zasahuje všechny složky osobnosti daného jedince. Postihuje jak stránku duševní, tělesnou i sociální. Nejvýrazněji se projevuje trvale porušenou poznávací schopností, kdy jde o různou míru snížení rozumových schopností, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Jak dále uvádí Pipeková (1998), jsou možnosti výchovy a vzdělávání omezeny v závislosti na stupni postižení.

Celkové snížení intelektových schopností zahrnující v sobě schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí můžeme označit jako mentální retardaci. Jak uvádí Pipeková (1998), jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

Jedinci s tímto postižením zaštiťuje **obor speciální pedagogiky psychopedie**, který řeší teorii i praxi výchovy, vzdělávání, vyučování, speciální služby, péči a jejich celkovou podporu, neboť tyto lidé mají své specifické potřeby, jak uvádí Pipeková (1998). Cílem je maximální rozvoj osobnosti a integrace do společnosti.

Dříve používané výrazy debilita, imbecilita, idiocie byly oprávněně opuštěny jako příliš společensky diskriminující, jak uvádí Švingalová (2003). V současnosti naštěstí dochází k takzvané humanizaci a odosobnění diskriminačních nálepek i samotného handicapu. Proto se nejčastěji užívá termínu jedinec s mentálním postižením. Důležité pro další rozvoj jedinců s mentálním postižením je i určení takzvaného mentálního věku, který je vždy u mentálně retardovaných nižší než věk chronologický nebo-li fyziologický. Například dítě s Downovým syndromem fyziologicky narozené v kalendářním roce 2000 dosáhne v roce 2007 chronologického věku 7 let, ale jeho mentální věk, nebo-li úroveň jeho rozumových schopností bude odpovídat úrovni a schopnostem věku dětí dvouletých.

U mentálně postižených dětí lze všeobecně pozorovat mechanickou paměť, konkrétní myšlení, potíže ve vyjadřování, obsahově chudou řeč a stereotypní hru.

Vítková (2004) v těchto souvislostech uvádí, že nezralost osobnosti s mentální retardací je ještě podmíněna zvláštnostmi rozvoje jejich potřeb a intelektu, a projevuje se v četných zvláštnostech emocionální sféry. Nízká úroveň ovládnutí citů intelektem vede k tomu, že se u dětí s mentálním postižením opožděně a obtížně vytvářejí morální city jako je svědomí, soucit, pocit odpovědnosti, povinnosti. City u těchto jedinců jsou nedostatečně diferencovány, prožitky jsou primitivnější a protikladné. Častěji se vyskytují chorobné citové projevy, například epizodické poruchy nálad. Vítková (2004) dále říká, že je potřeba se zmínit o problematice emoční deprivace, která je častá u jedinců s mentální retardací umístěných v ústavní výchově. Ve většině případů jsou děti s mentálním postižením emočně nevyspělé, chovají se jako děti nižší věkové úrovně. Můžeme pozorovat nepřiměřeně lehké a povrchní prožívání vážných životních situací, rychlé přechody od jedné nálady k druhé. Emoce jsou egocentrické, hodnotící osoby, skutečnosti, události pro tyto děti příjemné. Další závažnou poruchou citového života je apatie. U některých dětí s mentální retardací se projevuje nezáměr o jakékoli činnosti, lhostejnost k lidem, nedostatek potřeby pohybu, ztrátu všech zájmů.

Emoce mají v životě dětí s mentálním postižením mimořádný význam a patří k nejvýznamnějším motivačním činitelům jejich vývoje. **Mají-li tyto děti možnost prožívat pozitivní emoce, v mnohém to zvýší kvalitu jejich života a životní jistoty.**

2.2 Klasifikace mentální retardace

Z hlediska statistického chápání normy můžeme mentální retardaci definovat podle Gaussovy křivky jako inteligenci s inteligenčním kvocientem nižším než 70. Je ale třeba říci, že nesmíme hodnotit tyto jedince jen z tohoto jednoho pohledu, ale chápat jejich intelektový vývoj v kontextu s ostatními stránkami jejich osobnosti.

Podle Pipekové (1998) můžeme hloubku mentální retardace určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Níže uvádím podle Švarcové (2006) čtyři hlavní stupně mentální retardace. Podle

mezinárodní klasifikace duševních poruch a nemocí rozlišujeme ještě další dvě skupiny.

Klasifikace mentální retardace vyjádřená inteligenčním kvocientem

I. Lehká mentální retardace

Historické označení debilita.

Intelligenční kvocient 69 –50

Dosažený mentální věk v dospělosti 9-12 let věku fyziologického.

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 70.

II. Středně těžká mentální retardace

Historické označení imbecilita.

Intelligenční kvocient 49-35.

Dosažený mentální věk v dospělosti 6-9 let věku fyziologického.

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 71.

III. Těžká mentální retardace

Historické označení idiocie prostá.

Intelligenční kvocient 34-20.

Dosažený mentální věk v dospělosti 3-6 let věku fyziologického.

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 72.

IV. Hluboká mentální retardace

Historické označení idiocie těžká.

Intelligenční kvocient 19 a níže.

Dosažený mentální věk v dospělosti pod 3 roky věku fyziologického.

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 73.

V. Jiná mentální retardace

U jiné mentální retardace je stanovení stupně mentální retardace nesnadné pro přidružené další postižení například sensorické, somatické, těžké poruchy chování nebo autismus.

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 78.

VI. Nespecifikovaná mentální retardace

Označení podle mezinárodní klasifikace nemocí je F 79.

Mentální retardace je prokázána, není však dostatek informací pro zařazení do některého z uvedených stupňů.

Klasifikace mentální retardace z hlediska vývojových období

Jak uvádí Vágnerová (2000) přináší vývojová psychologie mnoho poznatků a zákonitostí o ontogenetickém vývoji zdravého člověka od období prenatalního po stáří, a je možné tyto poznatky považovat za základní východisko pro poznání vývoje jedince s mentálním postižením. Stejně tak uvádí Vítková (2004), že je třeba u popisu zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací vycházet ze znalostí jednotlivých vývojových období intaktní populace. Stejně důležité je znát zákonitosti, jimž se vývojové procesy řídí.

U jedinců s mentálním postižením nacházíme v jejich vývoji jisté znaky a zvláštnosti, které se přímo odvíjejí od charakteru, hloubky a příčiny postižení. Obecně můžeme pozorovat, že jednotlivé funkce a činnosti, které můžeme pozorovat u vyvíjejícího se dítěte s mentálním postižením, se objevují v porovnání s vývojem dítěte zdravého později a jednotlivá vývojová stádia trvají déle.

Z hlediska mojí práce si přiblížíme v klasifikaci z hlediska vývojových období první tři vývojová období uzavřené předškolním věkem.

Období kojenecké. Pro toto období jsou nápadné různé vegetativní poruchy, zaostávají pohybové funkce, můžeme pozorovat narušenou senzomotorickou koordinaci.

Období batolecí. V období batolecím zaostává stejně jako v ostatních obdobích vývoj psychomotorický, sociální i emoční. Těžko se vytvářejí základní hygienické návyky, vážne sebeobsluha. Nápadný bývá opožděný vývoj řeči. Pro toto období typická potřeba osamostatnění u zdravých dětí, se obvykle u dětí s mentálním postižením neobjevuje.

Období předškolní. V předškolním období u dětí s mentálním postižením je patrná snížená schopnost komunikace a neschopnost navazování sociálních vztahů. Lepší je porozumění řeči, než aktivní řeč. Výraznější jsou poruchy vnímání, objevuje se pasivita, nezájem o svět kolem sebe, uzavřenost. Hra je málo vynalézavá, zájmy

roztržštěné. U vzrušivých typů se objevuje nadbytečný neklid, neúčelné pohyby, pobíhání bez cíle.

Klasifikace mentální retardace symptomatologická

Tato klasifikace popisuje symptomy v chování jedinců s mentální retardací, které zahrnují projevy, příznaky a druhy chování. V rámci této klasifikace, kdy v popředí stojí porucha aktivační úrovně rozlišujeme několik typů, které si jen vyjmenujeme. Jde o **typ torpidní**, pocházející podle Edelsbergera (2000) z latinského slova torpidus, který v překladu přesně vystihuje tento typ chování a znamená ustrnulý, netečný, odolávající léčení nebo podnětům. Výchovným problémem může být aktivizace tohoto dítěte. Dále pak **typ eretický**. Podle Edelsbergera (2000) znamená slovo eretizmus nebo eretický trvalý neklid, těkavost, dráždivost nebo nestálost a pochází z řeckého slova erethizó. Jak uvádí Švingalová (2006), je charakterizován zvýšenou afektivní dráždivostí, výrazným celkovým neklidem, zvýšenou impulzivitou a nepozorností. Z pedagogického hlediska jde o typ dítěte výchovně náročného. V literatuře se objevují další dva typy a to **typ nevyhraněný**, kdy jde o širokou škálu přechodných, typově nevyhraněných variant chování jedince s mentální retardací a **typ nadměrně unavitelný při intelektuální práci**. Nadměrná únava je nepřiměřeně častá, dítě je často výrazně unavitelné a vyžaduje o to více speciální výchovný přístup.

V současnosti se **nepoužívá klasifikace mentální retardace podle míry vzdělavatelnosti a vychovatelnosti**. K obecným právům dítěte patří právo na vzdělání, které je nutné zajistit všem dětem bez ohledu na druh a stupeň postižení. U mentálně retardovaných jedinců je v našem školství v současné době toto právo důsledně uplatňováno. Je to umožněno změnou pojetí vzdělání. Mentálně postižený jedinec má sice odlišné schopnosti a potřeby, ale rovná základní lidská práva. To znamená, že je hoden úcty a péče bez ohledu na to, jak je postižen. Čím je větší jeho postižení, tím více potřebuje vhodnou pomoc, která je zaměřena na rozvoj jeho osobnosti a na jeho začlenění do společnosti podle daných možností. Vzdělávání je tady chápáno jako proces, který směřuje ke kultivaci osobnosti postiženého jedince. Neklade se důraz pouze na získávání vědomostí, dovedností a návyků, ale má plnit funkci také adaptační a sociální.

2.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

Do 3 let věku dítěte můžeme u tohoto stupně mentální retardace pozorovat jen lehké opoždění nebo zpomalení psychomotorického vývoje. Nápadnější problémy se začínají objevovat v předškolním věku, kdy můžeme oproti zdravým dětem sledovat chudou slovní zásobu a celkově opožděný vývoj řeči i komunikativních dovedností. Dále chybí u dětí s lehkou mentální retardací pro tento věk typická zvědavost a vynalézavost. Hra dětí s lehkou mentální retardací je často stereotypní.

Podle Švarcové (2006) nastupují největší potíže v období školní docházky, kdy pozorujeme konkrétní mechanické myšlení, omezenou schopnost logického myšlení, slabší paměť. Vážne analýza a syntéza. Je lehce porušená jemná a hrubá motorika, projevují se poruchy pohybové koordinace, které však mohou během dospívání a dospělosti dosáhnout normy. Z toho vyplývají specifické problémy se čtením, psaním, počítáním. Je zpomalen rozvoj sociálních dovedností. Jak uvádí Švarcová (2000) nemusí lehká mentální retardace působit v sociokulturním kontextu nemusí větší problémy, neklade-li se důraz na teoretické znalosti a je-li postižený emočně a sociálně zralý. V oblasti emocionální a volní se projevuje labilita, úzkostnost a zvýšená sugestibilita. Vzhledem k tomu mají tyto děti ve škole často výchovné problémy.

Většina dětí s lehkou mentální retardací dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči a v praktických dovednostech, i když je jejich vývoj o něco pomalejší. Ve většině případů dokáží účelně užívat řeč a udržovat konverzaci.

Středně těžká mentální retardace

Dítě se středně těžkou mentální retardací má výrazně opožděn vývoj a užívání řeči, stejně tak chápání. Řeč je velmi jednoduchá, obsahově chudá, často se objevují agramatismy. Úroveň řeči se liší u jednotlivých dětí. Některé dokáží mluvit v jednoduchých větách, jiné nekomunikují vůbec. Dítě se středně těžkou mentální retardací rozumí jednoduchým verbálními instrukcím a může se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí. Je oslabena schopnost úsudku a kombinace, emočně jsou labilní a nevyrovnaní. Často se vyskytují nepřiměřené reakce.

Vývoj jemné a hrubé motoriky je výrazně zpomalen, trvale zůstává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů. Také schopnost sebeobsluhy je slabě rozvinuta, nutná je častá dopomoc. Jak uvádí Švarcová (2000) jsou pokroky dětí se středně těžkou mentální retardací ve škole limitované. Někteří jedinci si dokáží osvojit základy čtení, psaní a počítání, jiní ne. V dospělosti jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, pokud jsou úkoly pečlivě strukturovány a je zajištěn dohled. Postižení jsou však v dospělosti zřídka schopni úplně samostatného života. Někteří umí navazovat kontakt, komunikovat s druhými a podílet se na jednoduchých sociálních aktivitách.

Těžká mentální retardace

Podle Švarcové (2000) se tato kategorie v mnohém podobá středně těžké mentální retardaci, ale je zde mnohem výrazněji snížena úroveň schopností. Většina takto postižených trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, zapříčiněnými vadným vývojem ústředního nervového systému. I když v důsledku tohoto postižení jsou možnosti vzdělávání a výchovy těchto osob značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná, systematická, ucelená a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k jejich rozvoji. Komunikační možnosti jsou omezeny, kdy řeč není zcela vytvořena, nebo je primitivní, omezená jen na jednoduchá slova. V emoční sféře se objevuje nestálost nálad a impulzivita. Jedinci s těžkou mentální retardací potřebují celoživotní péči.

Hluboká mentální retardace

Jedinec s hlubokou mentální retardací je těžce omezen ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Jak uvádí Švarcová (2000), často se objevuje imobilita nebo výrazné omezení pohybu, vyskytují se nápadné stereotypní automatické pohyby. Postižení bývají inkontinentní, přinejlepším jsou schopni pouze špatné neverbální komunikace a vyžadují stálou pomoc a dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělání jsou velice omezené.

Řeč je u těchto jedinců nerozvinutá, ale u některých jedinců lze dosáhnout porozumění jednoduchým požadavkům. Dorozumívání většinou probíhá využitím všech možných, většinou však nonverbálních prostředků. Emoční sféra je porušena totálně, často se objevují projevy sebepoškozování.

2.4 Diagnostika mentální retardace

Diagnostika je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme zvolit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte s mentálním postižením a dosahovat tak postupných změn v jeho nejoptimálnějším vývoji, jak uvádí Švarcová (2006). Komplexní diagnostika zahrnuje prozkoumávání a sledování všech stránek dítěte v souvislostech jak z pohledu biologického, tak psychologického i sociálního. Jak jsem uvedla výše je mentální retardace porucha vývoje všech psychických funkcí, nejvíce však funkcí rozumových. Je doprovázena také poruchami adaptace, nižší schopností orientovat se v sociálním a životním prostředí. Hovoříme o syndromu vrozeném nebo časně získaném, nejpozději do 24 měsíců věku. Jde o postižení na základě poškození mozku a stav je nezvratný a trvalý. Při diagnostikování mentální retardace je důležitá spolupráce všech zainteresovaných odborníků.

V současné době dochází díky nově vyvinutým technologiím moderní medicíny především v prenatalní diagnostice k velkým možnostem včasného odhalení genetických a vrozených vad. Jak uvádí Švingalová (2006) medicínské obory mohou tak aktivněji působit v oblastech prevence, včasného odhalení, popřípadě léčbě těchto vad.

Prenatální diagnostika

Genetické poradenství

Jednou z možností je genetické poradenství. Poskytuje poradenskou, tak odbornou pomoc jak nastávajícím matkám s konkrétním problémem, tak rizikovým rodinám, ve kterých se již vyskytlo dědičně podmíněné onemocnění nebo vývojové vady. Rodiče absolvují pohovory, různá speciální vyšetření a odběry, na jejichž základě v genetické poradně lékař stanoví pravděpodobnost rizika narození dítěte s mentálním postižením. Podle výsledků se zváží další možnosti rodiny v otázce rodičovství tak, aby se zcela minimalizovala možnost narození dítěte s postižením.

Neinvazivní vyšetření jsou vyšetření šetrná pro matku i pro nenarozené dítě. Jejich provedením se matka nevystavuje riziku vyvolání potratu. **Ultrazvuk**, patřící mezi neinvazivní vyšetřovací metody, který může pomoci odhalit především anatomické anomálie v prenatalním období. V současné době medicínské obory

disponují i trojrozměrným ultrazvukem, který dokáže odhalit i ty nejnepatrnější anomálie. **Biochemická vyšetření**, jsou další vyšetření patřící mezi neinvazivní metody, do kterých řadíme například rozboru krve a moči.

Invazivní vyšetření je invazivní metoda v sobě nese větší, či menší rizika, zejména rizika vyvolání potratu. **Amniocentéza** patří k invazivním vyšetřovacím metodám. U této metody je riziko vyvolání potratu relativně nejmenší. Jde o odběr plodové vody přes břišní, děložní stěnu a plodové obaly do konce 24. týdne těhotenství. Nejčastěji se provádí během 16.-18. týdne těhotenství. Pomocí tohoto vyšetření se daří vyloučit nebo potvrdit přítomnost některých závažných vývojových vad. **Odběr tkáně choriových klků**, kdy lze získat materiál pro vyšetření chromozomu již v první třetině gravidity. Jak uvádí Švingalová (2006), proniká tenká jehla do oblasti budoucí placentární tkáně, kde je odsáno malé množství buněčného materiálu pro laboratorní vyšetření. **Kordocentéza**, kdy dochází k odběru pupečnickové krve.

Pro prenatální diagnostiku je dále důležitá dokonalá zdravotní péče o těhotnou matku, míra zodpovědnosti ze strany matky i otce, správná životospráva matky i otce. Svůj význam mají také různá další vyšetření. Jak uvádí například Švingalová (2006) Guthrieův test, který odhaluje onemocnění fenylketonurií a umožňuje tím včasné zavedení diety. Ta je potřebná pro prevenci vzniku mentální retardace, která hrozí při neodhalení této choroby.

K samotné následné diagnostice rozumových schopností již narozeného dítěte s podezřením na mentální postižení, se v dalších letech používají inteligenční testy spolu s dalšími metodami, ke zjištění stupně jeho rozumových schopností. Jak uvádí Švarcová (2006), je jejich cílem odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. Z poradenské praxe, jak uvádí Švarcová (2006) se ale ukazuje, že hodnocení jednotlivých pásem je podle diagnostických zkušeností značně problematické. Hodnoty inteligenčních kvocientů se totiž vyznačují určitou kolísavostí a při opakovaných vyšetřeních lze získat i značně odlišné výsledky. Záleží vždy na mnoha okolnostech, jako například na momentálním psychickém rozpoložení testovaného, vhodnosti otázek nebo obrázků, prostředí i podmínkách.

2.5 Výskyt a příčiny mentálního postižení v populaci

Výskyt mentální retardace v populaci se uvádí přibližně tříprocentní, kdy největší procento výskytu připadá na lehkou mentální retardaci. Vzhledem k pohlaví je četnost případů mentálního postižení přibližně stejná. Deset procent jedinců s mentálním postižením tvoří osoby s Downovým syndromem. Přestože skupina lidí s mentálním postižením patří v populaci k těm nejpočetnějším, ví o ní veřejnost poměrně málo. Představy o těchto lidech jsou opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami a často i zbytečnými neopodstatněnými obavami. Skupina takto postižených, jak už jsem uvedla výše, má svá výrazná specifika, mezi něž patří i to, že o sobě nedovedou hovořit, nedokáží prosazovat svá práva, nedovedou se bránit proti křivdám a bezpráví. Jak píše Švarcová (1995) často tito lidé nedovedou vyjádřit své potřeby a najít si cestu k ostatním lidem, jejichž pomoc ke své mu životu nezbytně potřebují. Statisticky na lehkou mentální retardaci připadá v populaci jedinců s mentální retardací podle různých autorů od 80 do 89%, jedinců se středně těžkou mentální retardací asi 6 až 12%, s těžkou mentální retardací podle různých autorů od 3 do 7% a s hlubokou mentální retardací 1%.

Příčiny mentálního postižení mohou být vrozené nebo časně získané, ale to nejpozději do 24 měsíců po narození. Způsobují je dědičné faktory, teratogenní faktory, rizikové těhotenství a rizikový novorozenec.

Mezi **dědičné faktory**, které jsou příčinami vrozené mentální retardace, můžeme zařadit mentální retardaci způsobenou chromozomálními aberacemi, mentální retardaci způsobenou poruchami pohlavních chromozomů, mentální retardaci způsobenou poruchami metabolismu nebo snížením rozumových schopností na základě polygenní dědičnosti.

Teratogenní faktory způsobující mentální retardaci můžeme rozdělit podle jejich charakteru a podle doby jejich působení. Jde o takzvané škodlivé faktory negenetické povahy, které svými účinky mohou vyvolat vrozené nebo časně získané vady.

Mezi **teratogenní faktory podle jejich charakteru** řadíme faktory fyzikální, kdy například dojde k poškození plodu při porodu. Vznikne porodní trauma s následným krvácením do mozku nebo asfyxií. Dále do této skupiny patří faktory chemické, kam řadíme například požívání alkoholu během těhotenství, faktory biologické, kam patří virové a bakteriální choroby, hormonální poruchy, placentární

poruchy a imunologický konflikt a faktory psychosociální, kde můžeme uvést například příliš mladou matku nebo špatnou sociální situaci.

Teratogenními faktory podle doby působení rozumíme poškození vzniklá na základě jejich působení v určitém období. A to v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. K nejzávažnějším poškozením vzniklým působením různých teratogennů řadíme v prenatálním období tak zvané embryopatie, kdy dochází k poruchám vývoje zárodku. Může dojít k poškození centrální nervové soustavy zejména v období 3.-10. týdne těhotenství. V tomto období těhotenství totiž dochází k organogenezi, což znamená, že se vytvářejí orgánové systémy. K embryopatiím patří vrozené vady mozku jako mikrocefalie, anencefalie, hydrocefalie. Perinatálně může dojít k ohrožení plodu okolo porodu a během něho. Může docházet k hypoxii, asfyxii, porodnímu traumatu, infikování plodu za porodu. Krátce postnatálně jde například o otravy a úrazy.

Do rizikového těhotenství řadíme faktory jako je genetická zátěž v rodině, rizikový věk matky, problémová tělesná výška, chronické onemocnění matky.

Za rizikového novorozence považujeme novorozence nemocných matek, po komplikovaném porodu, s porodní hmotností vyšší než 4500 gramů nebo nižší než 2500 gramů.

3. SPOLUPRÁCE RODINY A MATEŘSKÉ ŠKOLY NA ROZVOJI DÍTĚTE S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

3.1 Vymezení pojmu rodina a výchova

Rodina

Rodina, jak uvádí Dvořák (2001, s.168) je malá společenská skupina založená na manželství či pokrevním příbuzenství, odpovědnosti a vzájemné pomoci. Pokud plní správně své základní funkce v oblasti biologické, psychické, emocionální a sociální, je zcela nenahraditelnou zejména pro fyziologický vývoj dítěte. Je nejpřirozenějším prostředím pro výchovu jak zdravého dítěte, tak dítěte s mentálním postižením. Poskytuje dítěti pocit bezpečí, jistoty, emocionální stability a množství podnětů pro další rozvoj. V moderních trendech péče o jedince s mentální retardací má rodina stále důležitější pozici.

Podle Kábeleho (1992), je rodina prvním a významným životním prostředím dítěte. Samotné narození dítěte s mentálním postižením poznamená celou rodinu i její vztahy k okolí. Tato skutečnost, zastihne většinou oba jeho rodiče zcela nepřipravené. Nevědí, co všechno je v životě čeká, jak s dítětem zacházet, jak je vychovávat, musí se vyrovnat i s různými reakcemi svého okolí. Stává se častým jevem, že dochází k úplnému rozpadu rodiny, kdy ve většině případů otec neunese danou situaci a od rodiny odchází. Často také dochází k separaci celé rodiny s dítětem s mentálním postižením od přátel a společenského dění, kdy se rodiče přecitlivělí k dotazům či necitlivým poznámkám svého okolí raději uchýlí do soukromí.

Postižené dítě již svou existencí vnáší do rodinného prostředí určité napětí a zátěž, které mohou trvat někdy i delší dobu. Dítě klade vyšší nároky na čas rodičů, jejich tělesnou a duševní námahu a péče o něj také vyžaduje vyšší finanční náklady. Toto zatížení nezůstává omezeno jen na úzký okruh rodiny, protože rodiče i sourozenci jsou současně členy dalších sociálních skupin. Duševní stav členů rodiny se promítá dále do vztahů širší společnosti, odkud pak přicházejí různé podněty a náměty, hodnocení a kritika, povzbuzení i předsudky. Toto vše má vliv na vytvoření postoje rodiny k postiženému dítěti, které je původcem této situace.

Vzájemné vztahy dítěte a rodičů bývají narušeny už v ranném věku, kdy se rodiče musí vyrovnat s postižením. Problém je vnímaný na pozadí budoucnosti, kterou pro ně dítě s mentální retardací nemá.

Mnohdy cítí rodiče pocit viny za neschopnost dítě dostatečně milovat, který je vystupňován zvláště při rozhodování, zda dát dítě do ústavu. Nermalou měrou se na této situaci podílejí i někteří odborníci, kteří rodičům nejsou schopni poskytnout potřebnou podporu.

Rodičovský instinkt a zkušenosti selhávají, rodiče ztrácí trpělivost s neobratností a neschopností dítěte a na výchovu rezignují. Brání pokusům dítěte samostatně objevovat svět a tím je zbavují stimulace myšlení a řeči. Dítě s mentálním postižením nemá přirozenou potřebu nových podnětů a má minimální zájem o učení. Jestliže rodiče nehledají cesty rozvoje a nedosahují viditelných výsledků, jejich kontakt se redukuje na uspokojování organických potřeb.

Zpomalené tempo rozvoje řeči a její nedokonalost ztěžují a omezují styk dítěte s lidmi, kteří jej obklopují i se svými vrstevníky. Dítě nezaujímá v dětském kolektivu přiměřené postavení, ostatní si s ním buď nehrají nebo ho ignorují, vysmívají se mu, ponižují, různě zneužívají. K získání postavení ve společnosti jsou rozhodující faktory jako osobní vlastnosti, schopnosti, zájmy, prestiž, popularita, chování a zaujímání pozic a rolí.

Dítě s mentálním postižením, stejně jako dítě zdravé, potřebuje zejména v raných etapách svého vývoje citlivou mateřskou péči, citové zázemí rodiny, individuální přístup a trpělivé výchovné vedení, které se potom pozitivně projeví v kvalitě a úrovni jeho pozdějšího života. K dobrému poznání svého dítěte potřebují rodiče pomoc kvalifikovaných odborníků, především lékařů, psychologů a speciálních pedagogů tak, aby své dítě dokázali přijmout a mít rádi takové, jaké je.

Po sdělení diagnózy nastupují u rodičů určité fáze, které mohou probíhat v různé intenzitě a délce.

- I. Fáze šoku a popření**, kdy nastupují u rodičů obranné mechanismy jako je útok, kdy rodiče bojují s postižením a hledají viníka, nebo únik, kdy popírají situaci, odloží dítě, od rodiny odejde jeden z rodičů a podobně. Rodiče nemohou uvěřit

v diagnózu a nechtějí se smířit s faktem, že mají dítě s mentálním postižením.

II. Fáze postupné akceptace a vyrovnání se s problémem, kdy se rodiče snaží racionálně zvládnout nastalou životní situaci. Pátrají po informacích, spolu s odborníky hledají prognózy.

III. Fáze realismu, kdy se rodiče smiřují s postižením svého dítěte, mají ujasněny počátky přístupu k dítěti.

Výchova

Spontánní funkční výchova je záměrná, cílevědomá a promyšleně řízená výchova dítěte nutná k tomu, aby si dítě osvojilo určité vědomosti, dovednosti, návyky a mravní hodnoty přiměřené svému věku. Langmajer (1998, s.254).

Dítě získává tyto vědomosti a postoje i z dalších, vědomě neřízených činností ostatních lidí v rodině i mimo ni. Zejména soužití všech členů rodiny ovlivňuje dalekosáhle osobnostní vývoj dítěte, přičemž rodič často užívá určitých způsobů chování, které pro dítě představují odměnu nebo trest, aniž by to rodič tak sám vnímal. Působí tedy nechtěně jako vzor například svým chováním ke druhému rodiči.

Vágnerová (2000, s.125) uvádí, že rodiče jsou pro předškolní dítě emocionálně významnou autoritou, představující určitý ideál, jemuž se dítě chce ve všech směrech podobat a s nímž se identifikuje. Identifikace se subjektivně významnou bytostí zvyšuje pocit jistoty a bezpečí, snižuje pocit ohrožení, ať už vychází z čehokoliv. Dítě v tomto věku přisuzuje rodičům téměř všemocnost, a až později je korigována praktickými zkušenostmi. Předškolní děti svou potřebu být jako rodiče uspokojují především ve hře, kdy si zkouší různé role dospělých. Tímto způsobem přijímají také normy a řád platný ve světě dospělých. Jde vlastně o způsob sociálního učení, které je pro tento věk typické.

Vhodné zásady rodinné výchovy

Mít dítě rád a brát ho takové jaké je se všemi jeho potřebami a zvláštnostmi. Snažit se své dítě za pomoci odborníků a literatury objektivně a dobře poznat. Aktivně spolupracovat s mateřskou školou a speciálně pedagogickým centrem, umožňovat dítěti styk s vrstevníky.

Snažit se o to, aby dítě mělo pocit maximální ochrany a bezpečí. Připravit se na, že vše bude náročné a pracné, protože dítě s mentálním postižením potřebuje neustálý dohled. Švarcová (2006) zdůrazňuje potřebu věnovat pozornost sebeobsluze, základní orientaci v běžném životě, komunikaci. Často se děti v rodině mohou naučit dovednostem, které nemají ani jejich zdraví vrstevníci, což jim dodává pocit užitečnosti. Tyto praktické činnosti jako je například šití, pletení, háčkování nebo malování, se mohou stát smyslem jejich života. Neměli bychom dítě litovat a srovnávat je se stejně starými zdravými dětmi. Dítě by nemělo žít s pocitem, že je chudáček a měli bychom na něj klást jen takové cíle, kterých je schopno dosáhnout. Chválit ho za každý sebemenší úspěch. Tím u něj posilujeme pozitivně motivaci k dalším činnostem. Trestáme jen tehdy, když si svůj prohřešek uvědomuje, a i trest by měl začínat pochvalou.

Jak uvádí Švarcová (2006), máme se snažit neprožívat postižení svého dítěte jako neštěstí, protože takovýto přístup vede jen k pasivitě a uzavření se do sebe, ale brát svůj úděl jako životní zkoušku a úkol, které nás aktivují k dalším činnostem s dítětem.

Rozdělit péči o dítě mezi všechny členy rodiny, dopřát si volný čas pro sebe na duševní hygienu.

Ve výchově i v rehabilitaci má vše svůj čas. Nic se nedá uspěchat a hlavně nesmíme dítě přetěžovat.

Nevhodné výchovné přístupy

Jak uvádí Matějček (1996), není vhodná ani příliš úzkostná výchova, kdy rodiče dítě omezují, což vede u dítěte k pasivitě nebo k negaci, ani výchova rozmazlující, kdy rodiče dítěti posluhují, dítě se stává malým tyranem a rodiče ztrácejí autoritu. Nevhodná je i výchova protekční, kdy rodiče poskytují dítěti samé úlevy a výhody, stejně tak výchova zavrhuje, kdy rodič nepřekoná postižení dítěte. Může dojít k psychickému týrání, utlačování, či k přenosu viny. Péče o dítě v rodině může být i nad síly jednoho či obou rodičů, kdy se může objevit přespříliš ochranný přístup rodiče nebo může dojít k rezignaci na výchovu a rozvíjení dítěte. Stejně tak se jeví velice nevhodné neúměrná snaha vycvičit či vycepovat dítě tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků. Tato snaha vede k neurotizaci

dítěte i rodičů a vyžaduje velké úsilí od dítěte a rodičů, které nebývá přiměřené schopnostem dítěte.

Matějček (1996) mezi extrémní nevhodného výchovného přístupu k dítěti s postižením uvádí postoj ochranný a postoj emočního odmítání.

Ochranný postoj nebo-li hyperprotektivní znamená, že dochází ke zbytečné úzkostlivosti, vykonávání všech činností za dítě, omezení v kontaktech s vrstevníky, každý rozmar dítěte je vždy splněn. Takto vychovávané dítě bude vždy nesamostatné a nevyzrálé.

Postoj emočního odmítání znamená opačnou krajnost. Dítě přináší rodičům potíže, a proto jej vnímají s nelibostí. Kladou na dítě příliš vysoké nároky nebo ho přehlížejí a dítě je odkázáno samo na sebe. Takovýto postoj k dítěti má za následek, že se dítě nenaučí spolupráci, má narušené sebevědomí. Může dojít až k neurotizaci dítěte.

Setkáváme se také s prolínáním obou postojů, kdy rodiče jsou na dítě zlí a pak je odměňují, aby ulehčili svému svědomí.

Oba postoje jsou velkou brzdou ve vývoji postiženého dítěte.

3.2 Vymezení pojmu mateřská škola, předškolní výchova a učitel

Mateřská škola a předškolní výchova

V širokém slova smyslu se jako předškolní věk označuje celé období od narození dítěte, někdy i včetně vývoje prenatálního, až do vstupu do školy, jak uvádí Langmajer (1998,s.84). Takové široké pojetí má svůj praktický význam při plánování sociálních a výchovných opatření pro děti před jejich povinnou školní docházkou. Má ale i určité zápory. Například svádí k srovnávání vývojových potřeb všech dětí v prvních šesti letech života a dochází tak k nepřipustnému pouze kvantitativnímu srovnávání. Předškolní období v užším smyslu je nazýváno věkem mateřské školy, ale nebylo by správné chápat je pouze z tohoto hlediska. Mnoho dětí do školky nechodí a základem tak zůstává stále rodinná výchova, na které mateřská škola účelně staví a napomáhá dalšímu samotnému rozvoji dítěte. Langmajer (1998, s.85).

Vágnerová (2000) píše, že předškolní období trvá od tří přibližně do šesti let. Konec této fáze není určen jen fyzickým věkem, ale především sociálně, nástupem do školy. Uvolňují se rodinné vazby a dítě se prosazuje ve větší skupině. Dětské myšlení je stále prelogické, egocentrické, ovlivněné aktuálním situačním kontextem. Chování dítěte už není tolik samoučelné. Dítě v předškolním období asi nejvíce charakterizuje silná snaha být aktivní a přenášet již získané a právě získávané schopnosti do praxe.

Matějček (1996) píše, že mateřská škola je pro dítě nezbytná a důležitá pro jeho další rozvoj, kde se dítě odpoutává od rodiny a k vědomí vlastní identity přidává významný prvek a to vztah ke druhým dětem. Nelze tedy mateřskou školu chápat jen jakýsi přípravný stupeň školy základní nebo prostředek, jak pomáhat zaměstnaným rodičům. U dětí s mentální retardací je úspěch výchovy a vzdělávání závislý na typu a stupni mentální retardace, době vzniku, klinických symptomech, kombinaci s dalším postižením a podobně. Základním požadavkem je, že každý jedinec s mentální retardací má stejné právo na vzdělání. Takže i když se u dítěte s lehkou až středně těžkou mentální retardací tvoří vědomí vlastního já a vztahy ke druhým dětem později než u zdravých dětí, o to větší by měl být zájem rodičů umístit toto dítě do mateřské školy, samozřejmě s ohledem na jeho možnosti a zvláštnosti a za splnění určitých podmínek.

Důležitou a nezanedbatelnou roli v mateřské škole představuje **učitel**, který v prvních fázích nahrazuje dítěti v zařízení rodiče. Učitel nebo-li pedagog by se měl snažit vytvořit přátelskou atmosféru, aby se rodiče a jejich dítě cítili bezpečně a neohroženě. Je zodpovědný za výchovně vzdělávací proces dítěte v mateřské škole a svým vystupováním může přímo ovlivňovat například výše jmenovanou spolupráci mateřské školy s rodinou dítěte s mentálním postižením, vedoucím k jeho nejoptimálnějšímu rozvoji.

3.3 Spolupráce rodiny a školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením z pohledu historie

Spolupráce rodiny a školy z pohledu historie ve světě

Jedny z prvních zmínek o mentálně postižených pocházejí už z římské literatury. Mentální retardací se ve starověku zabývalo mnoho myslitelů. Monatová (1998) píše, že jedním z nich byl v roce 35-95 našeho letopočtu Marcus Fabius

Quantilinus, který tvrdil, že tupost a neschopnost jsou poměrně vzácné, podobně jako každá nenormálnost, neboť dítěti je dána od přírody rozumová činnost a chápavost.

Za prvopočátek péče o mentálně postižené lze považovat snahu osobního lékaře císaře Marka Aurelia. Galén se pokusil léčit Aurelioova slabomyslného syna a dokonce již v této době rozlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou. S trochou nadsázky můžeme hovořit o jakém si náznaku spolupráce s rodinou s dítětem s mentálním postižením.

V praxi však stále docházelo k likvidaci postižených. Velmi častým způsobem bylo topení nechtěných dětí v Tiberu. Tyto praktiky převzala římská civilizace od Řeků, kteří ve starověké Spartě shazovali děti, nepříjaté otci za vlastní, ze skal Tajgetu. Středověká společnost zachovávala dvojí postoj k postiženým. Na jedné straně byli považováni za bohem vyvolené, na druhé pak jako posedlé zlým duchem, což mnohdy vedlo k tomu, že se stávali obětmi čarodějnických procesů a končili na hranicích.

Přesto však vznikají v této době při kláštorech či kostelech hospitály. Matoušek (2001) je charakterizuje jako zařízení smíšeného charakteru, jež byla určena nejen pro postižené, ale zároveň zde nacházeli i útočiště lidé nemocní, staří nebo chudí.

Konec 18. století, jak uvádí Valenta (2003), je obdobím budování ústavů v nichž byli postižení lidé shromažďováni a zavírání do beden, přivazování k pryčnám, přikování řetězy ke stěně a ukazování veřejnosti za malý peníz jako pouťová atrakce.

Radikální změnu v pohledu na péči o mentálně retardované přinesl Philipp Pinel, který se snažil o humanizování péče ve velkých špitálech, jak uvádí Pipeková (1998). Kolem roku 1830 vznikají první samostatná zařízení pro slabomyslné, první sanatoria pro kretény a epileptiky a v roce 1841 se v Paříži otevírá první škola pro slabomyslné.

Jak můžeme číst v těchto řádcích, lidé s mentálním postižením se ve společnosti vyskytovali již po staletí, lépe řečeno byli v ní vždy. Jejich postavení nebylo vůbec jednoduché a většina z nich zpočátku nepřežila, nebo žila na okraji společnosti vystavena neustálému násilí a ponižování ze strany druhých. Spolupráce

rodiny a školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením byla v historii něčím nemyslitelným, později byla dostupná v omezené míře jen pro bohatší vrstvy. Postupem historického vývoje se tato situace jedinců s mentálním postižením vyvíjela a měnila. Důležitou roli určitě sehrál ekonomický a sociokulturní rozvoj, spolu s otázkou lidských práv. V demokratických státech začala spolupráce mezi školami a rodinami s dětmi s mentálním postižením daleko dříve než v zemích socialistických.

Spolupráce rodiny a školy z pohledu historie u nás

První zmínky o péči o zmrzačené děti se objevují už ve 13.století.

V 17.-18.století hlásá Jan Amos Komenský myšlenku práva a vzdělání pro všechny. Stal se propagátorem možnosti vzdělávání postižených. Díky křesťanství se rozvíjí charitativní činnost a při klášterech vznikají špitály pro postižené. Jak uvádí Kammer (2001), objevují se i první soukromé nebo církevní školy, které ale slouží většinou jenom bohatým.

19.století se stalo jakýmsi částečným předělem v péči o jedince s mentálním postižením. Až v roce 1863, kdy byl vydán zákon o domovském právu, je poprvé legislativně zajištěna sociální péče. Prvním ústavem pro rozumově postižené v celém rakousko-uherském mocnářství bylo takzvané Ernestinum, založené v roce 1871. Vzniklo v Praze a založil ho lékař Karel Slavoj Amerling. Ten zdůrazňoval nutnost výcviku zručnosti postižených, doporučoval různé druhy rukodělných prací. Vyučování v ústavu bylo maximálně názorné a zábavné, nezatěžující paměť chovanců. Veškeré učivo bylo rozděleno do školy denní, týdenní, měsíční a roční. Kammer (2001) dále uvádí, že ve škole denní byl žák připravován na denní život v rodném domě, ve škole týdenní pak na život v obci, měsíční škola ho měla uvést do života ve své vlasti a v roční škole byl žák odchován pro veškerý svět. Učitelé měli k jednotlivým školám zpracovánu podrobnou metodickou pomůcku.

Do těchto ústavů byly přijímány zpočátku převážně děti příslušníků vládnoucí třídy a většina mentálně retardovaných zůstávala nadále bez náležité péče. Ústavnictví je v této době záležitostí spíše spolkovou, církevní nebo soukromou. V roce 1896 vzniká první pomocná škola na našem území.

Počátkem 20. století byl v roce 1903 jmenován ředitelem Ernestina lékař a profesor Karel Herfort, který rozdělil slabomyslné podle míry vzdělatelnosti. Působil v oblasti pedopatologie, která položila základ dnešní speciální pedagogiky.

V roce 1920 byl J. Zeman jmenován ústředním inspektorem ministerstva školství v sociální oblasti. Má velkou zásluhu na rozvoji speciálního školství na našem území. Prosazoval ústavy rodinného typu a snažil se zavést školy pro žáky s více vadami. Organizoval kurzy pro učitele speciálních škol a prosazoval vysokoškolské vzdělávání těchto učitelů. Snaha o sjednocení terminologie vedla Zemana k vydání Pedopatologického slovníku.

V roce 1948 dochází k zestátnění školských zařízení, je zrušena činnost soukromých a charitativních zařízení. Je zavedena povinná školní docházka pro postižené děti a mládež vyžadující zvláštní péči. Do té doby byly tyto děti od povinné školní docházky osvobozovány.

V roce 1960 vydán zákon O předškolní výchově postižených dětí číslo 186/60.

Období od roku 1965 do roku 1969 bylo vyplněno úsilím paní Boženy Gúrtlerové a několika jejích přátel o vytvoření základních předpokladů pro vznik organizace, jejímž cílem by byla systematická pomoc rodinám postižených dětí. Ač ustavení organizace proběhlo v souladu s tehdejšími platnými právními předpisy, kontakty a spolupráce s různými úřady a orgány byly přesto nadále obtížné. Minulý režim takovým iniciativám nepřál a považoval je za nátlakové, takže o spolupráci rodiny a mateřské školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením můžeme hovořit jen stěží (www.spmp.cz/tmp/dokumenty/2008.doc).

Ještě zcela nedávno se nedalo o spolupráci rodiny a školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením moc hovořit, i když má oproti historii vzrůstající tendenci. Často jen skupiny nadšenců, většinou z řad rodičů těchto dětí a některých odborníků, probourávali pomyslné bariéry nezájmu. Neexistovalo dostatek předškolních a školních zařízení. Zcela chyběly denní stacionáře. Řada dětí s těžkou či hlubokou mentální retardací byla osvobozována od školní docházky. Veškerá tíha, pokud tyto děti nebyly v ústavech, spočívala na rodině a převážně na matkách, které často opouštěli svá zaměstnání, aby se mohli plně věnovat dítěti. Většinou ani rodiče nevěděli kam se obrátit o pomoc, kdo by jim poradil, jak se svým postiženým

dítětem pracovat, jako ho vychovávat, či co nejlépe stimulovat a rozvíjet (www.spmp.cz/tmp/dokumenty/2008.doc).

V souvislosti s rozvojem péče a vzrůstajícím zájmem veřejnosti a médií o problematiku lidí s postižením, se začalo více hovořit o potřebě spolupráce odborníků, institucí a rodiny na rozvoji i komplexní péči o dítě s mentálním postižením.

Bohužel ještě pořád v této době je patrná i segregace jedinců s mentálním postižením a o integraci hovoříme jako o částečné. Od listopadu 1989 vzniklo v naší zemi několik desítek občanských sdružení a charitativních organizací zaměřených na provozování rozmanitých sociálních služeb, azylové domy, hospice, stacionáře pro mentálně retardované. Na provoz většiny těchto zařízení jsou poskytovány dotace ze státního rozpočtu, avšak jen ryze účelově a to v závislosti na nejnaléhavějších potřebách občanů a je na vyjádření místních úřadů, zda tyto nestátní služby v jejich regionech vhodně doplňují služby státní.

V roce 1998 byl přijat Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

3.4 Spolupráce rodiny a školy v současnosti

Dnes je situace v porovnání s historií naprosto odlišná a má stále zkvalitňující se charakter.

Společenské změny v roce 1989 s sebou přinesly transformaci ústavů sociální péče pro mentálně postižené směrem k humánnějším formám péče. Tato transformace je charakterizována deinstitucionalizací ústavů, normalizací, humanizací péče, integrací nebo inkluzí. Přiblížme si tedy některé z nich.

Integrace

Je forma postoje společnosti k handicapovaným občanům. Tato společnost jedince neodmítá, nesegreguje, ale naopak se snaží vytvářet optimální podmínky pro jejich začlenění do společenského života. Jak uvádí Švarcová (2006), je jejím cílem umožnit těmto lidem žít uvnitř lidské společnosti a ne na jejím okraji.

V celosvětovém měřítku se stal precedentem americký zákon o právu všech postižených dětí na integrované vzdělávání Education for All Handicapped Children Act, který plně vstoupil v platnost v roce 1978. Americkým veřejným školám ukládá

povinnost, aby postiženým dětem poskytl zdarma odpovídající vzdělání přizpůsobené tak, aby jejich handicap byl redukován. Dvěma hlavními termíny v tomto zákonu jsou slova odpovídající a individuálně přizpůsobený. Program je považován za odpovídající, pokud žáky umístí do co nejméně omezujícího prostředí, v němž mají co možná největší kontakt se zdravými dětmi. V současné době je v USA takto vzděláváno 11 % dětí.

U nás podmínky integrace upravuje každoročně Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy. Metodický pokyn k integraci dětí a žáků se zdravotním postižením do škol a školských zařízení je zveřejňován ve Věstníku téhož resortu. Základním nástrojem pro integraci je individuální výchovně vzdělávací plán.

Normalizace

Normalizace znamená, že mají lidé s mentálním postižením žít normálním životem tak, jako jejich spoluobčané, jak uvádí Švarcová (2006). Má jim být umožněno jako ostatním spoluobčanům žít ve své rodině, kde jsou uspokojovány všechny přirozené potřeby, nikoli v ústavním zařízení.

Humanizace

Švarcová (2006) píše, že pod pojmem humanizace se skrývá přístup celé společnosti k lidem s postižením, kdy takzvaná zdravá společnost vidí a respektuje své postižené spoluobčany jako rovnoprávné členy dané společnosti, vyžadující ve srovnání s ostatními více pozornosti a péče, která jim pomůže kompenzovat jejich odlišnost.

Nových forem a možností spolupráce v tomto období je více. Můžeme sem zařadit například ranou péči, neformální komunitní péči, respitní služby a stanice první pomoci. My se zaměříme na formy a možnosti spolupráce rodiny a mateřské školy z pohledu pedagogického, kdy škola plní důležitou úlohu buď zprostředkovatele nebo přímého aktivního účastníka spolupráce.

Stacionáře denní a týdenní

Stacionáře denní poskytují ambulantní, a stacionáře týdenní poskytují pobytové služby, ve specializovaných zařízeních osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

Osobní asistence

U lidí s mentálním postižením se dříve nepředpokládalo, že by dokázali definovat své vlastní potřeby a organizovat uspokojování jinými osobami, proto byla zpočátku rozšířena tendence osoby s mentálním postižením z oblasti péče osobních asistentů vylučovat, což je naštěstí minulostí. Specifická role osobního asistenta pro jedince s mentálním postižením spočívá v tom, že pomáhá kompenzovat závažné nedostatky psychiky svého klienta, která je poškozená někdy do té míry, že dostatečně nekoordinuje ani činnost jeho tělesných orgánů. Jak uvádí Švarcová (2006), z této zvláštnosti role vyplývá i mimořádná míra jeho osobní zodpovědnosti, protože člověk s mentálním postižením bude vůči němu bezbranný a asistent si nesmí počínat v rozporu s jeho zájmy. Etickou povinností osobního asistenta je respektovat přání a vůli klienta, kdykoli je to možné, pokud ovšem nedochází k ohrožení jeho zdraví, bezpečí, či zdraví a bezpečí ostatních osob, případně nehrozí škody na majetku a zařízení. Asistent by měl být pomocníkem, průvodcem životem, advokátem a blízkým člověkem pro člověka s mentálním postižením. Role osobního asistenta má v moderní péči o jedince s mentálním postižením své nezastupitelné místo. Služba se poskytuje za úplatu.

Pedagogická asistence

Hlavními činnostmi asistenta pedagoga je pomoc těžce postiženému dítěti při přizpůsobení se školnímu prostředí. Pomáhá pedagogickému pracovníkovi při výchovně vzdělávacích činnostech, komunikaci s dítětem a jeho integrací do skupiny

ostatních dětí ve třídě. Asistent je veden třídním učitelem a pracuje podle jeho pokynů. Je seznámen se specifickými potřebami dítěte a jeho rodinou.

Mateřská škola speciální

Pod tímto názvem se skrývá forma mateřské školy, kde jsou všechny třídy s menším počtem žáků. Jejich počty ve třídách se liší kombinací a druhem postižení. Dalo by se říci, že v těchto mateřských školách probíhá takzvaná obrácená integrace, kde se mezi děti s různými postiženími integrují děti zdravé. Některé mateřské školy se specializují na určitá postižení, například sluchová nebo zraková. Tato zařízení mají své specifikum obsaženo už v samotném názvu školy.

Mateřská škola s integrovanými žáky nebo se speciální třídou

Děti s postižením mají stejná práva jako ostatní děti a mohou být integrovány do třídy běžné mateřské školy nebo speciální třídy zřízené v běžné mateřské škole v místě svého bydliště. Samozřejmě při splnění některých podmínek, při kterých se zohledňují individuální potřeby a zvláštnosti dítěte, možnosti školy, pedagogického personálu i rodiny.

Speciálně pedagogická centra

Jsou diagnostická a poradenská zařízení, která se specializují na jednotlivé druhy postižení. Jejich úkolem je vyhledávat děti s postižením a poskytovat jim i jejich rodinám poradenskou, diagnostickou a terapeutickou pomoc a podporu. Stejně tak tato centra poskytují formou školení a přednášek poradenskou pomoc školám a učitelům. V těchto centrech pracuje speciální pedagog, klinický psycholog, sociální pracovník, logoped a fyzioterapeut.

K dalším novým možnostem a formám můžeme řadit **prostředky speciálně pedagogické podpory**. Například dopravu dítěte do školy, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky, řešení architektonických bariér, sociálně psychologické mechanismy. Nemalou úlohu mají organizace zdravotně postižených, které jsou většinou iniciovány rodiči samotných dětí, organizace sdružující občany podle jednotlivých postižení. Společně pak mohou vyvíjet patřičný tlak na státní orgány se snahou prosadit své představy o výchově a vzdělávání dětí s postižením.

V současné době je kladen velký důraz na **komplexnost spolupráce** na rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním období. Znamená to spolupráci

všech zúčastněných odborníků ze všech oborů speciálně pedagogických i zdravotnických vedoucí k co nejoptimálnějšímu rozvoji dítěte s mentálním postižením. Nejdůležitějším článkem v této spolupráci je samozřejmě rodina a nejbližší k ní má mateřská škola, která se stává druhou nejdůležitější sociální skupinou v životě dítěte s mentálním postižením. Významným prostředníkem této spolupráce se v současnosti stávají osobní a pedagogičtí asistenti, kteří výraznou měrou přispívají k bezproblémové integraci dítěte s mentálním postižením mezi zdravou populaci. Diagnostickou a poradenskou činnost zastřešuje speciálně pedagogické centrum.

4. PRAKTICKÁ ČÁST

4.1 Cíl praktické části

Cílem praktické části je zjistit možnosti a formy spolupráce rodiny a mateřské školy, směřující k co nejoptimálnějšímu rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním věku. Ověřit, je-li spolupráce v naší Mateřské škole speciální Trutnov dostačující a zda-li pozitivně působí na rozvoj dítěte s mentálním postižením. Odkrýt možné nedostatky.

4.1.1 Předpoklady praktické části

Předpoklady praktické části byly stanoveny na základě teoretické znalosti problematiky (Teoretická část, str.8-33) a studia informačních zdrojů.

Předpoklad č.1

Rodiče s dítětem s mentálním postižením si většinou neví rady, jakou formou s dítětem pracovat, nebo jaké jsou možnosti jeho rozvoje. Můžeme tedy předpokládat, že úroveň sledovaných projevů bude při nástupu do mateřské školy nízká.

Předpoklad č.2

Rodiče se ne vždy budou řídit doporučeními a radami mateřské školy k rozvoji jejich dítěte s mentálním postižením.

Předpoklad č.3

Učitel správnou volbou možností a forem může významně ovlivnit spolupráci mezi mateřskou školou a rodinou s mentálně postiženým dítětem.

Předpoklad č.4

Předpokládáme, že pokud spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou na rozvoji dítěte s mentálním postižením úspěšně funguje alespoň po dobu pěti měsíců, má tato spolupráce pozitivní vliv na jeho rychlejší a úspěšnější rozvoj.

Předpoklad č. 5

Pravidelná spolupráce rodiny a mateřské školy má velký význam pro komplexní rozvoj dítěte s mentálním postižením a pozitivně ovlivňuje integraci do společnosti.

Předpoklad č.6

Spolupráce s rodinami dětí s mentálním postižením v Mateřské škole speciální Trutnov je dostačující, rodiče jsou se vzájemnou spoluprací spokojeni.

Předpoklad č.7

Většině z dotazovaných rodičů nejvíce vyhovuje pravidelná forma spolupráce na rozvoji jejich dítěte s mentálním postižením. Předpokládám, že z nabízených možností konzultací nebudou preferovány individuální konzultace, před skupinovými.

4.2 Použité metody

V praktické části bakalářské práce jsem použila metodu pozorování, dotazník a studium dokumentace.

Observace, nebo-li pozorování je metoda založená na sledování chování a projevů jiných, sledování vzniku, průběhu a změn určitých proměnných parametrů a procesů. Zahrnuje sledování somatického stavu, motorických projevů, způsobů chování, řeči, emocionálního ladění, emočních projevů, postojů, sebehodnocení. Dvořák (2001, s.133). Do jednoho archu formuláře pozorování budou zaznamenána obě pozorovaná období

Dotazník je soubor otázek předkládaných osobám ve standardní podobě za účelem zjištění specifických údajů. Dvořák (2001,s.49).

Metoda pozorování bude použita v praktické části dvakrát. Nejprve v před průzkumu v měsíci září 2006 a později v průzkumu v měsíci únoru 2007. Obě dvě pozorování budou zaznamenána na jednom formuláři, ale budou barevně odlišena. (Seznam příloh, Příloha č.1).

Pomocí pozorování, dotazníků a studií dokumentace jednotlivých dětí se budu snažit potvrdit výše uvedené předpoklady a splnit určené cíle bakalářské práce.

Časový harmonogram bakalářské práce

Období od ledna do srpna 2006 bylo věnováno vyhledávání odborné literatury a orientací v problematice. V měsíci září proběhl předprůzkum pozorováním skupiny pěti dětí s mentálním postižením, říjen až prosinec 2006 byl věnován zpracování teoretické části práce a vypracování formuláře dotazníku, který byl rozdán dvanácti rodinám. Leden jsem věnovala popsání konkrétních forem a možností spolupráce v naší Mateřské škole speciální Trutnov a vyhodnocování navrácených dotazníků. V průběhu měsíce ledna až února jsem provedla kontrolní pozorování skupiny pěti dětí s mentálním postižením po šesti měsících. Březen a duben jsem věnovala vyhodnocování průzkumu, tvorbě průzkumové části a celkovému dokončení práce.

4.2.1 Předprůzkum a jeho výsledky

Průběh předprůzkumu

Provedením předprůzkumu metodou pozorování byly nejprve zaznamenány formy a možnosti spolupráce v Mateřské škole speciální Trutnov a následně byl pomocí vybraných jevů zjištěn stav rozvoje u pěti dětí s mentálním postižením před počátkem vzájemné spolupráce rodiny a mateřské školy. Rozvoj dětí byl sledován v několika základních oblastech, jako je sebeobsluha, sociální projevy, řeč, motorika a poznávací procesy, které byly konkretizovány do pěti sledovaných jevů a byly zaznamenány na formulář pozorování. (Seznam příloh, příloha č.1).

Konkrétní formy a možnosti spolupráce s rodinou v Mateřské škole speciální Trutnov

Individuální spolupráce

Probíhá s jednou rodinou, nejlépe s oběma rodiči a jejich dítětem s mentálním postižením. Do této spolupráce můžeme zařadit docházení rodiny na adaptační pobyt do prostor třídy a mateřské školy, před samotným nástupem dítěte do našeho zařízení. Studium dokumentace, rozhovory a vyplnění dotazníků týkající se jedné rodiny. Po dohodě s rodiči zvážit a vytvořit adaptační plán docházky, dle možností dítěte a potřebám rodiny.

V průběhu samotné docházky do individuální spolupráce řadíme pravidelné **týdenní konzultace**, kdy se v takzvaném poradenském odpoledni prostřídají podle časového harmonogramu všechny rodiče se svými dětmi. Na těchto konzultacích si s rodiči sdělujeme nové informace o dítěti, zda například vidíme v některé oblasti možný posun, nebo na kterou oblast se v současné chvíli nejvíce zaměříme. Do sešitů, které si rodiče pravidelně odnášejí domů, jsou vkládány jednotlivá doporučení a rady ke stimulaci optimálního vývoje dítěte. Je vždy postupováno dle vypracovaného individuálního plánu s ohledem na momentální stav a možnosti dítěte. S rodiči jsme i v každodenním kontaktu, kdy formou **denních konzultací** řešíme jen nejnnutnější organizační záležitosti, jako je vyzvedávání dítětem, doba jeho pobytu v mateřské škole, momentální rozpoložení dítěte. I tato denní sdělení mají své velké opodstatnění. Jsme tak předem připraveni na jinak těžko předvídatelné situace, jakým může být například epileptický záchvat, počínající nemoc nebo zvýšená možnost agresivního chování dítěte. Rodiče nás předem upozorní, že se jim chování dítěte zdálo ráno neobvyklé a my přizpůsobíme denní program tak, abychom dítě příliš nevyčerpali. **Měsíční konzultace**, kdy se s rodiči scházíme dle potřeby většinou ke konci měsíce. Na této schůzce společně sledujeme s rodiči čeho se nám podařilo za měsíc u dítěte v jeho rozvoji dosáhnout, kde nedochází k posunu a stanovit společná optimální řešení a určit další strategii, jak dítě co nejlépe rozvíjet. **Půlroční a roční konzultace**, kdy se s rodiči po domluvě scházíme přibližně po šesti měsících a na závěr školního roku. Na těchto konzultacích převážně zhodnotíme, co se nám společně podařilo, v čem se dítě dobře rozvíjí, v čem mají rodiče největší problémy a s čím by potřebovali poradit. Zvažujeme společně následná vyšetření, dle přání rodičů je schůzky přítomen i speciální pedagog.

Skupinová spolupráce

Zapojení více rodin s dětmi s mentálním postižením do společné spolupráce. Můžeme sem zařadit třídní akce, celoškolské akce i akce s jinými zařízeními nebo organizacemi. Mezi pravidelné třídní akce, které uskutečňuje naše mateřská škola řadíme třídní schůzky, kde formou posezení dojde k seznámení všech rodičů. Tyto schůzky se týkají především organizačních záležitostí třídy, kde rodičům přiblížíme, co dětem dát za vhodné oblečení, kde má naše třída svou šatnu, jak se jmenujeme a podobně. Stručně seznámíme všechny rodiče s třídním výchovně vzdělávacím plánem pro daný školní rok a s plánovanými akcemi. Myslím si, že třídní schůzky

jsou i v předškolním zařízení nesmírně důležité a velký důraz bych kladla na první třídní schůzku ve školním roce, kde může dojít k pozitivnímu nastartování vzájemné spolupráce rodiny a mateřské školy. Učitelky by měly věnovat dostatek času na její přípravu a zvážit všechny možnosti, jak rodiče získat k co nejužší a nejefektivnější spolupráci na rozvoji jejich dítěte s mentálním postižením. Další formy třídní spolupráce s rodiči jsou například pravidelná **zimní posezení**, kdy učitelky s dětmi připraví pro rodiče krátký program složený z básniček, písniček, hudebně pohybových her a následně jsou rodiče zapojeni do společné činnosti. V loňském roce každá rodina vyráběla papírového kapra. Závěrečná hostina s cukrovím, čajem, kávou a vzájemným povídáním je už samozřejmostí. K našim třídním specialitám spolupráce s rodiči patří tajné výlety, plavecký výcvik a oslavy různých svátků. Všechny tyto společné akce s rodinami s dětmi se nám osvědčují a spolupráce s rodiči je rok od roku otevřenější, vstřícnější a účelnější. Pomocí těchto akcí integrujeme mezi sebe rodiny s dětmi zdravými, tak rodiny s dětmi s postižením, včetně postižení mentálního. Zapůjčování hraček, literatury nebo stimulačních pomůcek je jednou z dalších možností spolupráce, neboť pro spoustu rodin jsou některé hračky a pomůcky finančně nedostupné.

Mezi celoškolské akce můžeme zařadit v měsíci září schůzku na zahájení nového školního roku, kde ředitelka zařízení seznámí všechny rodiče s chodem a organizačními záležitostmi zařízení, školním programem, budovou školy a představí jim všechny zaměstnance. V průběhu celého školního roku probíhají různé celoškolské akce, do kterých jsou aktivně zapojovány všechny rodiče i jejich děti. Patří sem oslavy týkající se ročních období, úklid zahrady v různých ročních obdobích, celoškolské besídky. Všechny celoškolské akce vrcholí v měsíci červnu ukončením školního roku, kde rodiče se svými dětmi plní různé úkoly v soutěžích a celodenní akce je ukončena táborákem s opékáním buřtů, zpíváním písniček nebo jen povídáním. Všechny akce jsou vhodně motivované a většinou rodiče a jejich děti odcházejí domů spokojeni. Úzce v našem městě spolupracujeme se speciálně pedagogickým centrem, se kterým pořádáme během roku společné akce. Tyto akce mají většinou formu názorných ukázek činností, jak s dětmi s mentálním postižením pracovat, jak je co nejvhodněji podporovat například při zvládnutí sebeobsluhy nebo jak co nejlépe předcházet vztekání a negativnímu chování u těchto dětí. Součástí ukázek bývá i videoprojekce nebo informativní schůzka o nových možnostech péče o

děti s mentálním postižením. Jsou určeny především pro rodiče, ale i pro odborníky z řad učitelů, kteří se chtějí o problematice dětí s mentálním postižením vědět více.

Jak jsem již uvedla výše, v našem zařízení probíhá takzvaná vzájemná integrace, kdy mezi sebe vzájemně integrujeme jak děti zdravé, tak děti s různými handicap, včetně těch mentálních. Slovo integrace tedy v našem zařízení není jen pouhým slovem, ale vyjádřením daného stavu. Bohužel, i když se nám většinu rodičů daří úspěšně získávat pro aktivní spolupráci, u některých rodin je naše snažení i přes velké úsilí marné.

Pozorování stavu rozvoje u jednotlivých dětí z vybrané skupiny

Byla vytipována skupina pěti dětí s mentálním postižením, kterou tvořily tři děti s lehkou mentální retardací a dvě děti se středně těžkou mentální retardací shodného věku pěti let. Při výběru dětí bylo sledováno hledisko docházky do některého jiného zařízení a a byly vybrány pouze ty, které neměly s předškolním zařízením žádnou zkušenost. K pozorování byl vytvořen formulář pozorování, do kterého byly zaznamenány výsledky jednotlivých pozorování. Jména dětí na formulářích jsou smyšlená a jsou použita pouze účelově pro přehlednost pozorování.

Formulář pozorování (Seznam příloh, příloha č.1) obsahuje v hlavičce kolonky pro jméno, věk a stupeň mentální retardace sledovaného dítěte. Hlavní část formuláře pozorování obsahuje tabulku sledovaných jevů, kde pozorujeme, zda dítě dokáže pojmenovat některá zvířata, kreslí a maluje samo, projevuje schopnost vyjádřit své potřeby a přání, udrží pozornost a projevuje samostatnost v sebeobsluze. Vedle každého z těchto jevů je zobrazena hodnotící škála, kde podle instrukcí zakroužkujeme barevně výsledky jednotlivých pozorování dle časového období (Seznam příloh, příloha č.1).

Předprůzkum proběhl v průběhu měsíce září 2006 tak, jak děti s mentálním postižením nastupovaly do mateřské školy. Pozorování bylo provedeno po zvládnutí adaptace. Děti byly pozorovány při všech denních činnostech. Ve formulářích pozorování, jsou zaznamenány průměrné hodnoty a kritéria hodnocení podle uvedené škály (Seznam příloh, přílohy č.1-5). Spolu s pozorováním proběhlo studium dokumentace jednotlivých dětí, které ve stručnosti uvádím.

Výsledky studia osobní dokumentace pozorovaných dětí

Pavel

Z rodinné anamnézy před nástupem do mateřské školy vyplývá, že Pavel žije v úplné rodině, má staršího bratra. Všichni ostatní členové rodiny jsou zdraví. Rodiče mají středoškolské vzdělání s maturitou. Otec je podnikatel, matka je doma a plně se věnuje Pavlíkovi. Na Pavla pobírá rodina příspěvek na péči. Rodinné prostředí se jeví podnětné, rodiče chtějí Pavlíkovi co nejvíce pomoci v jeho rozvoji. Často si však nevědí rady.

Z osobní anamnézy Pavla vyplývá, že se chlapec narodil předčasně, komplikovaným porodem, kdy bylo zapotřebí použití invazivního zásahu pomocí kleští. Jak uvedla matka, chlapec ihned po porodu spontánně nekřičel. Dle lékařských zpráv bylo zjištěno, že v důsledku komplikovaného porodu došlo k asfyxii (Teoretická část, podkapitola 2.5, str.18). U Pavla byla diagnostikována podle stupně **lehká mentální retardace**.

Nikola

Z rodinné anamnézy vyplynulo, že holčička žije v obnovené rodině, má další tři nevlastní sourozence. Všichni ostatní členové jsou zdraví. Nevlastní otec je nezaměstnaný, matka je na mateřské dovolené s nejmladším dítětem. Rodina pobírá na Nikolku příspěvek na péči. Rodinné prostředí se nejeví příliš podnětné. Holčička chodí často špinavá, rodiče s mateřskou školou příliš nekomunikují. Dle matky Nikolka nemluví a oproti ostatním dětem v rodině je pozadu. Do mateřské školy ji vodí, proto, že už si s ní neví rady.

Nikolka se narodila v termínu fyziologickým porodem. Matka v těhotenství nedocházela na pravidelné prohlídky, takže nebyla včas provedena prenatální diagnostika (Teoretická část, podkapitola 2.4, str.16). Po porodu byl u holčičky diagnostikován Downův syndrom. Jde o jednu z nejčastějších forem dědičného mentálního postižení (Teoretická část, podkapitola 2.4, str.18). Diagnostikována **lehká mentální retardace**.

Tomáš

Rodina Tomáše je úplná. Zdravotní zátěž je patrná ze strany matky, která sama absolvovala zvláštní školu a dlouhodobě se léčí na psychiatrii s pro nás neznámou diagnózou. Vzdělání otce nám nebylo sděleno, v současnosti provádí výkopové práce. Sourozence chlapec nemá, rodina pobírá příspěvek na péči. Matka působí bezmocně, je vidět, že si s chlapcem neví rady. Otec má k chlapci odmítavý postoj (Teoretická část, kapitola 3., podkapitola 3.1, str.20). Rodinné prostředí málo podnětné, ze strany otce nevhodné.

Chlapec se narodil předčasným porodem jako nedonošený s porodní váhou 1500 gramů. Delší čas pobýval v inkubátoru. Prodělal silnou novorozeneckou žloutenku. Dle lékařských zpráv diagnostikována **středně těžká mentální retardace** přesně neurčené etiologie, se vznikem v prenatálním, perinatálním nebo těsně postnatálním období nejpozději do 24 měsíců po narození (Teoretická část, Podkapitola 2.4, str. 16).

Dominik

Dominik žije v neúplné rodině, pouze s matkou. Rodiče jsou rozvedeni, otec o chlapce nejeví zájem. Matka má úplné střední vzdělání. Ráda by šla do práce, ale péče o Dominika jí zabírá veškerý čas. Dominik nemá sourozence, matka pobírá příspěvek na péči. O otci nám žádné informace nesdělila. Matka uvádí, že si neví rady, jak Dominika vychovávat. Je ráda, že bude chodit do školky.

Chlapec se narodil fyziologickým porodem v termínu neploleté matce. Prodělal jen lehčí žloutenku. Diagnostikován Downův syndrom, dle stupně **středně těžká mentální retardace**.

Jana

Holčička žije v úplné rodině, má mladší sestru. Oba rodiče mají úplné střední vzdělání, otec je zaměstnán, matka na mateřské dovolené s mladší dcerou. Rodina pobírá příspěvek na péči. O Janu mají starost, vidí, že se nevyvíjí tak jak by měla. Jak říkají, mladší dcera je šikovnější. Nikdo jim neporadí, sami neví, jak Janu, co nejlépe rozvíjet a jak jí pomoci. Jsou rádi, že bude holčička navštěvovat mateřskou školu.

Jana se narodila po vyvolávaném porodu koncem pánevním. Jak uvádí matka, byl porod těžký a komplikovaný. Dítě mělo pupeční šňůru omotánu kolem krku. Po porodu ihned nekřičela, začala až po delší chvíli. V lékařských zprávách není uvedena asfyxie plodu. Z dalších zpráv vyplývá diagnóza **lehké mentální retardace** nejasné etiologie (Teoretická část, Podkapitola 2.4, str. 16).

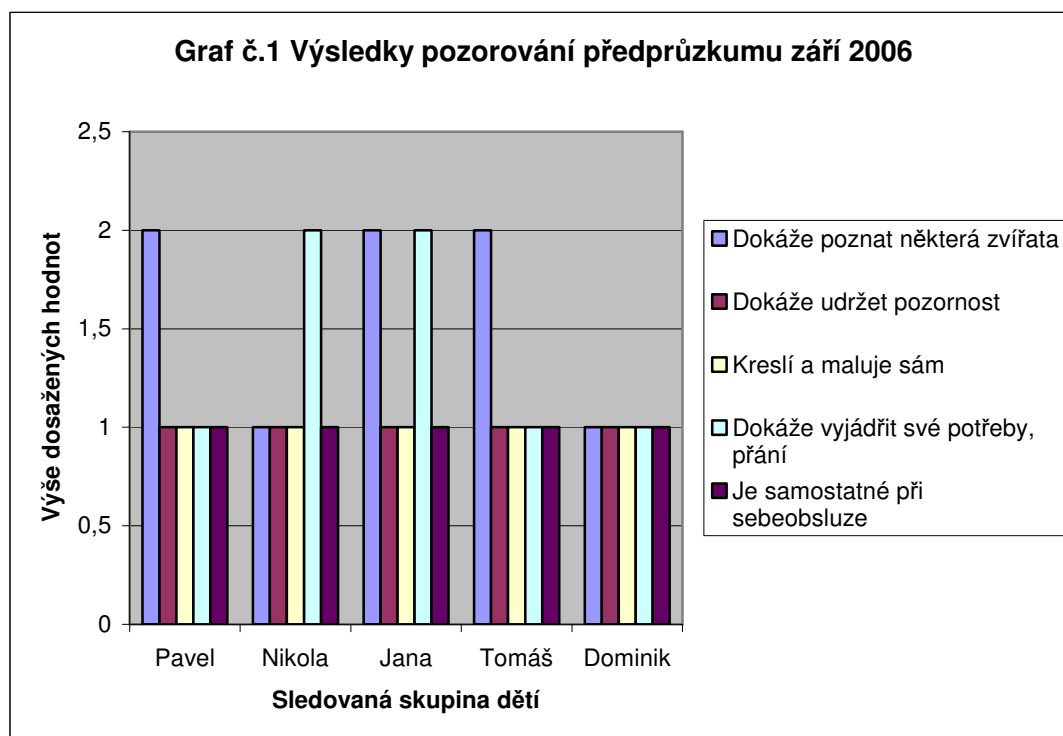
Celá skupina pěti dětí nikdy nenavštěvovala předškolní zařízení. Je jim pět let. Pocházejí z různého sociálního prostředí, mají diagnostikovan různý stupeň mentální retardace. Před průzkumové pozorování v měsíci září 2006 je zaznamenáno na formulářích pozorování (Seznam příloh, přílohy č.1-5). Pozorování v tomto období je označeno červenou barvou, kontrolní průzkumové pozorování po 5 – 6 měsících žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období. Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení, které je zároveň uvedeno na všech formulářích pozorování (Seznam příloh, přílohy č.1-5).

Výsledky pozorování v měsíci září 2006 jsem zkompletovala z formulářů pozorování (Seznam příloh, přílohy č.1-5) do níže uvedené tabulky. Hodnoty v tabulce jsou výslednicemi hodnot podle určené škály hodnocení. Ta je dána mírou výskytu sledovaných projevů u jednotlivých dětí, které se objevují: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 – přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Tabulka č. 1 znázorňuje v levém sloupci seznam sledovaných jevů v měsíci září 2006, v dalších pěti sloupcích jsou uvedena fiktivní jména pozorovaných dětí a bodové ohodnocení dosažené úrovně sledovaných jevů u jednotlivých dětí (Praktická část, podkapitola 4.2.1, str. 36-41).

Tabulka č.1 Výsledky metody pozorování v měsíci září 2006

Sledované projevy září 2006	Pavel	Nikola	Jana	Tomáš	Dominik
Dokáže poznat některá zvířata	2	1	2	2	1
Dokáže udržet pozornost	1	1	1	1	1
Kreslí a maluje sám	1	1	1	1	1
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	1	2	2	1	1
Je samostatné při sebeobsluze	1	1	1	1	1



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Graf č. 1 znázorňuje výsledky předprůzkumu jednotlivých dětí při sledovaných jevech. Vychází ze všech získaných dat získaných v průběhu předprůzkumu a zaznamenaných v tabulce č.1. Všechny děti se pohybují mezi první a sporadicky druhou úrovní hodnotící škály, což znamená, že u většiny dětí se sledované jevy spíše nevyskytují nebo se vyskytují vzácně, popřípadě příležitostně.

Vyhodnocení výsledků sledovaných projevů rozvoje u jednotlivých dětí

Dokáže poznat některá zvířata

Pavel, Jana a Tomáš dokáží příležitostně poznat některá zvířata a provést jejich charakteristický zvuk (Seznam příloh, přílohy č.1-5). Dosáhli podle hodnotové škály číslo 2, což znamená lepší úroveň rozvoje. Dominik a Nikola nepoznají vůbec žádná zvířata. Dosáhli v hodnotové škále čísla 1 (Seznam příloh, přílohy č.1-5).

Dokáže udržet pozornost

Pavel, Nikola, Jana, Dominik ani Tomáš nedokáží vůbec udržet pozornost. V hodnotové škále dosáhli čísla 1 (Seznam příloh, přílohy č.1-5).

Kreslí a maluje sám

Žádné z pěti dětí neprojevovalo sebemenší zájem o kreslení nebo čmárání, i když jim byly pastelky, tužky, barvy aktivně nabízeny. Sledovaný projev se neobjevil vůbec, hodnotová škála nejnižší číslo 1 (Seznam příloh, přílohy č.1-5).

Dokáže vyjádřit své potřeby, přání

Nikola a Jana dokáží příležitostně neverbálně vyjádřit své potřeby a přání (Seznam příloh, přílohy č.2, 4). Dosáhly lepší hodnotové úrovně číslo 2.

Je samostatné při sebeobsluze

Celá skupina pěti dětí není vůbec samostatná a nejeví sebemenší náznak snahy o osamostatnění v sebeobslužných činnostech (Seznam příloh, přílohy č.1-5).

Hodnocení předprůzkumu

Stav rozvoje dětí podle sledovaných jevů a dosažené hodnotové škály není moc lichotivý, ale v této době byla spolupráce mezi předškolním zařízením a rodiči ve fázi příprav. Individuální a skupinové formy spolupráce začaly aktivně fungovat od konce měsíce září. Hlavním cílem předprůzkumu bylo zaznamenat úroveň rozvoje sledovaných projevů u jednotlivých dětí.

Podařilo se nám potvrdit předpoklad č.1 (Praktická část, podkapitola 4.1.1, str. 34 Předpoklad č. 1), že úroveň sledovaných projevů je při nástupu dětí do mateřské školy nízká, neboť rodiče si většinou neví rady, jakou formou, nebo jaké mají možnosti při rozvoji svého dítěte s mentálním postižením.

4.3 Popis zkoumaného vzorku

Zkoumaným vzorkem jsou probanti z řad rodičů z Mateřské školy speciální Trutnov a jejich děti. Jde o 12 rodin s dětmi s mentálním postižením. Z této skupiny bude u pěti dětí s různým stupněm mentálního postižení ve věku pěti let ověřeno, jestli míra spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou se výrazněji odrazí na jejich rozvoji.

4.4 Průběh průzkumu

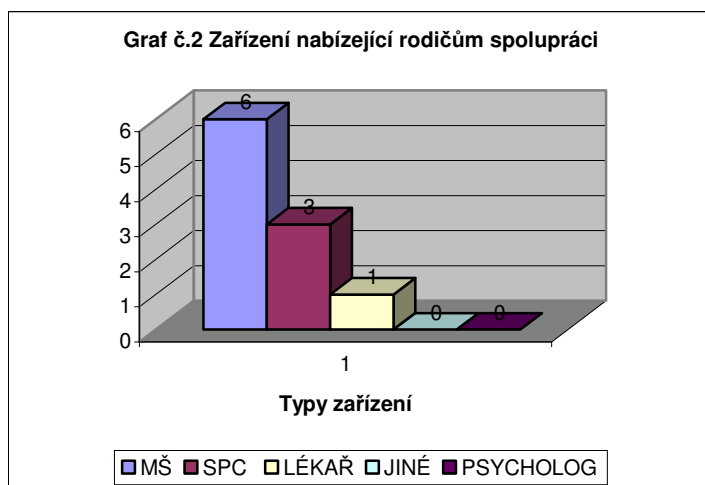
Průběh průzkumu navázal na výsledky předprůzkumu (Graf č.1, str.43), podle kterého bylo zjištěno, že stav rozvoje pěti pozorovaných dětí sledovaných podle stanovených jevů a dosažené hodnotové škály je na velmi nízké úrovni. Spolupráce mezi mateřskou školou a rodiči s dítětem s mentálním postižením byla v této době ve fázi příprav. V měsíci listopadu byly rodičům rozdány dotazníky, osobně jim byl vysvětlen cíl a účel. Zároveň jim byly podány dostatečné informace k vyplňování dotazníku. Byli požádáni o vyplnění a předem jim bylo poděkováno za pomoc. Rozdáno bylo 12 formulářů dotazníků. Vyplněných dotazníků se do konce ledna 2007 vrátilo deset, ze kterých vyloučena níže uvedená data. V průběhu měsíce února jsem provedla kontrolní pozorování skupiny pěti dětí s mentálním postižením po šesti měsících a porovnála s výsledky z pozorování v měsíci září 2006 (Graf č.1, str.43).

4.5 Výsledky a jejich interpretace

4.5.1 Výsledky z dotazníků

Zařízení nabízející rodičům spolupráci

První otázka dotazníku zjišťovala zařízení nebo odborníka, který jako první osloveným rodičům s dítětem s mentálním postižením nabídl pomoc nebo spolupráci. Z deseti respondentů šest označilo mateřskou školu, tři speciálně pedagogické centrum a jeden rodič označil lékaře.

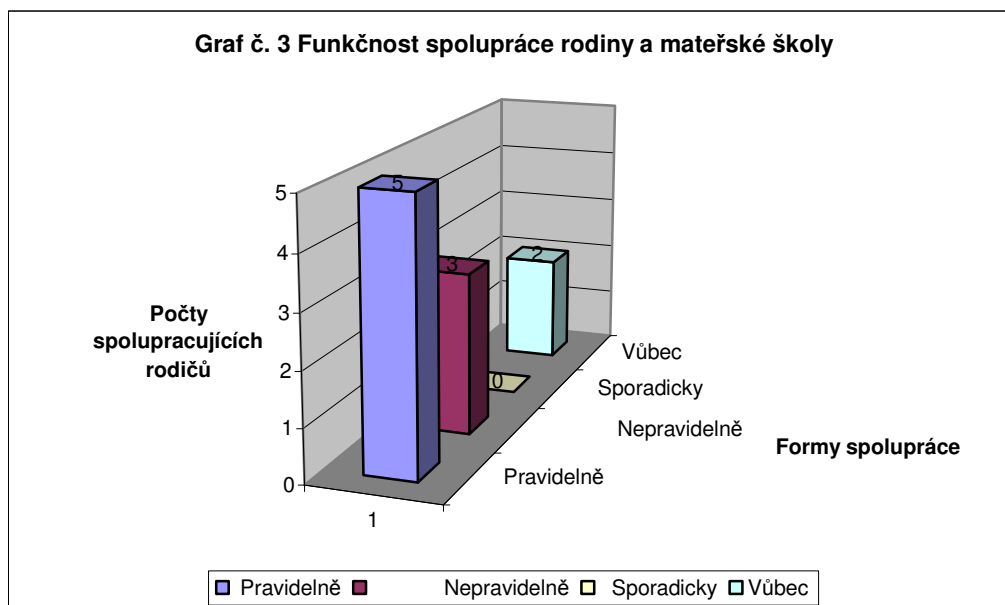


Graf č. 2 znázorňuje stav v počtu rodičů, kterým byla spolupráce daným zařízení nabídnuta. Výsledek se může zdát potěšující zvláště ze strany mateřské školy, ale na mě zapůsobil spíše opačně. Pokud se hlouběji nad daným výsledkem zamyslíme, uvědomíme si, jak pozdě se někteří rodiče s dětmi s mentálním postižením dostávají k informacím, pomoci a spolupráci na rozvoji jejich dítěte. Grafické znázornění nám ukazuje, že mateřská škola speciální má nezastupitelné místo ve spolupráci s rodiči, důležitým spolupracovníkem je podle výsledků z dotazníků i speciálně pedagogické centrum (Seznam příloh, příloha č.6). Podle mého názoru by měla být rodičům s dítětem s mentálním postižením nabídnuta spolupráce hned po narození nebo ihned po zjištění diagnózy, či podezření. V tomto směru by měla být posílena raná péče a svou významnou úlohu by měl sehrát lékařský personál.

Funkčnost spolupráce rodiny a mateřské školy

Otázka číslo dvě se zabývala časovou formou spolupráce. Pomocí ní jsem se pokusila zjistit, jestli se většina rodičů snaží určitým způsobem s mateřskou školou pravidelně spolupracovat. Pět rodičů z deseti dotázaných uvádí, že s mateřskou školou spolupracuje pravidelně, tři rodiče nepravidelně. Sporadicky neoznačil žádný z rodičů a dva rodiče nemají o spolupráci zájem. Data jsem získala z vyplněných dotazníků od rodičů dětí s mentálním postižením (Seznam příloh, příloha č.6) a výsledky jsem pro přehlednost uvedla do grafu (Graf č.3, str.47), kde je znázorněn počet pravidelně spolupracujících rodičů, kteří tvoří nejpočetnější skupinu. Na druhém místě graf znázorňuje skupinu rodičů, kteří spolupracují s mateřskou školou nepravidelně. Z pohledu počtu zúčastněných jsou nezanedbatelnou skupinou rodiče

nespolupracujících. Nepodařilo se tedy zcela potvrdit první část předpokladu č.7 (Podkapitola 4.1.1, str. 34), že většině dotazovaných rodičů nejvíce vyhovuje pravidelná forma spolupráce na rozvoji jejich dítěte s mentálním postižením.



Vyhodnocením výsledků odpovědí na další otázku dostaneme odpověď na druhou část předpokládaného tvrzení.

Preference určité formy spolupráce

Rodiče měli z vybraných možností vybrat pro sebe nejpřijatelnější formu spolupráce s mateřskou školou. Předpokládám, že se podaří potvrdit předpoklad (Podkapitola 4.1.1, str. 34), že z nabízených možností konzultací nebudou rodiči preferovány individuální konzultace, před skupinovými. Z výsledků odpovědí na otázku číslo tři vyplynulo, že individuální formu spolupráce vyhledávají jedny rodiče, samostatnou skupinovou formu žádní rodiče. Nejpočetnější skupině rodičů vyhovují obě formy stejně, takže se podařilo potvrdit druhou část předpokladu č.7 (Podkapitola 4.1.1, str. 35), že rodiče nepreferují individuální konzultace před skupinovými. Jednomu z rodičů nevyhovuje žádná z uvedených forem spolupráce.

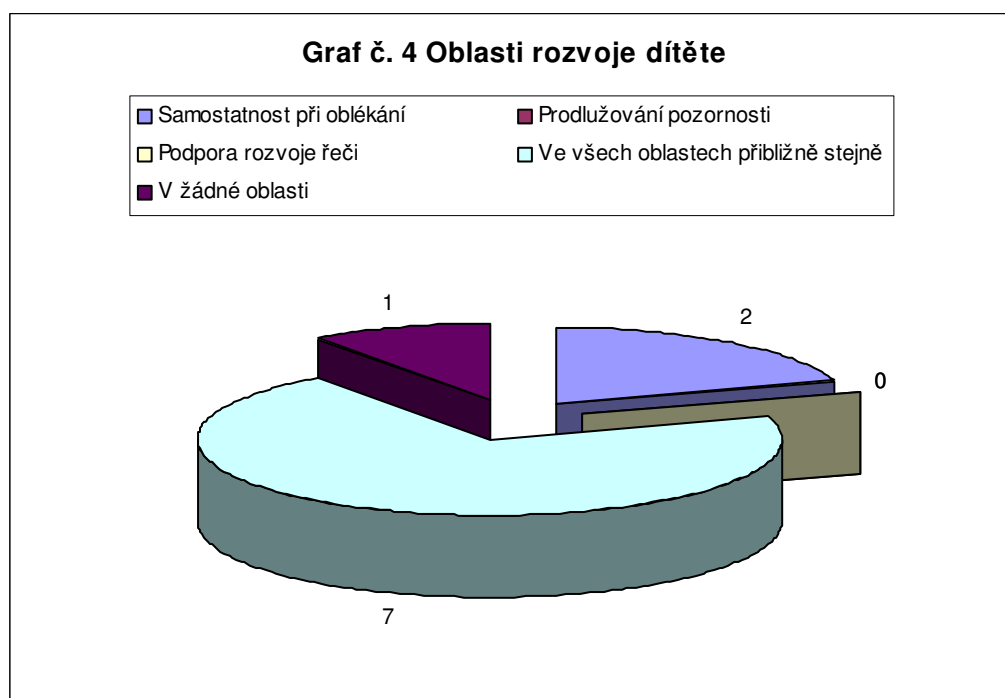
Doporučení mateřské školy pro rodiče

Spolupráce rodiny s mateřskou školou byla nastartována. Následnou otázkou je, zda se rodiče řídí doporučeními mateřské školy vedoucí k maximálnímu rozvoji

dítěte s mentálním postižením. Výsledky z navrácených dotazníků ukazují, že čtyři rodiče se řídí doporučeními mateřské školy vždy, dva rodiče občas, jeden rodič minimálně a dva rodiče se radami mateřské školy neřídí. Podařilo se mi tedy potvrdit předpoklad č.2 (Podkapitola 4.1.1, str. 34), že ne vždy se rodiče řídí doporučeními a radami mateřské školy.

Oblasti rozvoje dítěte

V páté specifické otázce dotazníku měli rodiče možnost zaškrtnout určitou oblast rozvoje dítěte, kterou jim podle jejich posouzení mateřská škola pomáhá nejvíce rozvíjet.



Graf č. 4 znázorňuje pomoc mateřské školy rodičům s rozvojem jejich dítěte s mentálním postižením v určité oblasti. Je zde znázorněna skupina dvou rodičů, kterým mateřská škola nejvíce pomáhá v osamostatňování jejich dítěte s oblékáním. Další znázorněnou skupinou je jeden rodič, kterému mateřská škola nepomáhá v žádné oblasti rozvoje dítěte. Třetí skupina, která je tvořena sedmi rodiči z deseti, si

myslí, že s nimi mateřská škola spolupracuje dobře a pomáhá jim ve všech oblastech rozvoje dítěte s mentálním postižením různého stupně.

Potvrzuje se tak část předpokladu č.5 (Podkapitola 4.1.1, str. 35), že pravidelná spolupráce rodiny a mateřské školy má velký význam pro komplexní rozvoj dítěte s mentálním postižením.

Vliv spolupráce na rozvoj a integraci

Šestá otázka dotazníku se společně s rodiči zamýšlela nad problematikou úspěšnosti vzájemné pravidelné spolupráce rodiny a mateřské školy v rozsahu alespoň 6 měsíců. Posuzovala její pozitivní dopad na rozvoj samotného dítěte a jeho následnou optimálnější integraci do společnosti. Jeden rodič tuto situaci neuměl posoudit, dva rodiče nevěděli a sedm rodičů je přesvědčeno, že pravidelná dlouhodobá spolupráce pozitivně ovlivňuje rozvoj jejich dítěte a zvyšuje tak jeho šance na lepší integraci do zdravé populace.

Můžeme si tak potvrdit předpoklad č.4 (Podkapitola 4.1.1, str. 34), kdy jsme předpokládali, že pokud spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou na rozvoji dítěte s mentálním postižením úspěšně funguje alespoň po dobu pěti měsíců, má tato spolupráce pozitivní vliv na jeho rychlejší a úspěšnější rozvoj, o čemž je přesvědčeno sedm rodičů s deseti dotazovaných. Stejný počet rodičů si myslí, že zlepšuje-li se rozvoj samotného dítěte, zvyšují se jeho šance na úspěšnou integraci do skupiny zdravých lidí, čímž jsme potvrdili druhou část předpokladu č.5 (Podkapitola 4.1.1, str. 35), o kladném významu spolupráce mateřské školy a rodiny na rozvoj dítěte s mentálním postižením a jeho pozitivním vlivu na samotnou integraci daného jedince.

Spokojenost rodičů se spoluprací v Mateřské škole speciální Trutnov

Sedmá otázka se zabývala zjištěním spokojenosti rodičů se spoluprací na rozvoji dítěte s mentálním postižením v Mateřské škole speciální Trutnov. Vybranou odpověď měli rodiče zakroužkovat nebo zaškrtnout. Rodiče vybíraly ze čtyř možných odpovědí (Seznam příloh, příloha č.6). Jednotlivé odpovědi si rozebereme a znázorníme graficky.

Odpověď A

Ano, jsme velmi spokojeni, s učitelkami rádi spolupracujeme. Tuto odpověď zaškrtno 6 rodičů z deseti dotazovaných. Tato skupina rodičů je se spoluprací velmi spokojena a s učitelkami spolupracuje ráda.

Odpověď B

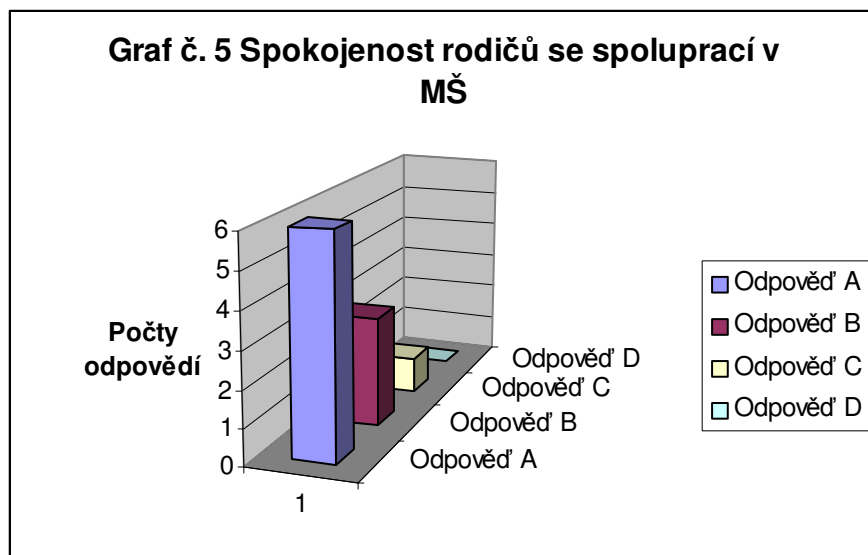
Ano, jsme vcelku spokojeni, i když spolupráce s některými učitelkami není snadná. Odpověď označili tři rodiče. Tato skupina je se spoluprací v Mateřské škole speciální Trutnov vcelku spokojena, i když poukazuje na to, že spolupráce s některými učitelkami pro ně není snadná.

Odpověď C

Ne, nejsme spokojeni, myslíme si, že o spolupráci s námi nemají učitelky zájem. Jeden rodič označením vyjádřil svou současnou nespokojenost. Zároveň si myslí, že o spolupráci s rodiči nemají některé učitelky zájem.

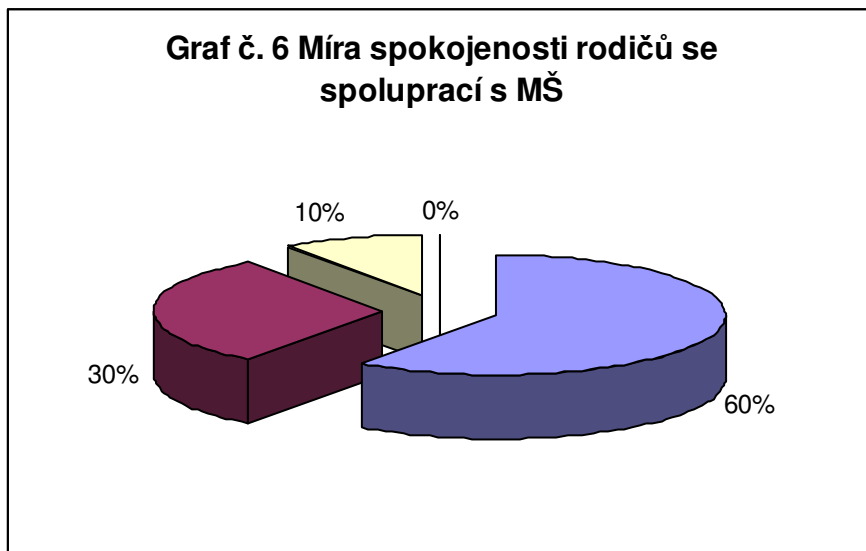
Odpověď D

Jsme nespokojeni, spolupráce s učitelkami v žádném případě nefunguje. Odpověď, která vyjadřuje nespokojenost a poukazuje na nefungující spolupráci s učitelkami neoznačil žádný z dotazovaných rodičů.



Graf č. 5 znázorňuje výše uvedené skutečnosti. Nejvíce rodičů zaškrtno v dotazníku v otázce číslo sedm odpověď A, což znamená, že tato skupina rodičů je

se spoluprací na rozvoji dítěte s mentálním postižením velmi spokojena a s učitelkami spolupracuje ráda. Ověřili jsme si tak stanovený předpoklad č.6 (Podkapitola 4.1.1, str. 35), že spolupráce s rodinami s mentálním postižením v Mateřské škole speciální Trutnov je dostačující a rodiče jsou se vzájemnou spoluprací spokojeni.



Graf č. 6 znázorňuje v procentech výsledky patrné na grafu č. 5. Se spoluprací v Mateřské škole speciální Trutnov je spokojeno 60 % dotázaných rodičů z dotazovaného vzorku. Skupina rodičů tvořící z celkové skupiny dotázaných 30 %, je vcelku spokojena, ale poukazuje na nesnadnou spolupráci s některými učitelkami. Na tento podnět budeme pamatovat v navrhovaných opatřeních.

4.5.2 Výsledky pozorování

Průzkumové pozorování proběhlo po 5-6 měsících po prvním pozorování Jeho výsledky jsou zaznamenány na formulářích prvního pozorování, jsou však zaznamenány odlišnou barvou, jak je uvedeno na všech formulářích pozorování (Seznam příloh, Přílohy č. 1-5).

Porovnání výsledků pozorování u sledované skupiny dětí

Porovnáním sledovaných jevů za obě období pozorování u jednotlivých dětí jsme si prokázaly význam a účinnost spolupráce mateřské školy a rodiny na rozvoji dítěte s mentálním postižením (Podkapitola 4.1, str. 34).

Pavel

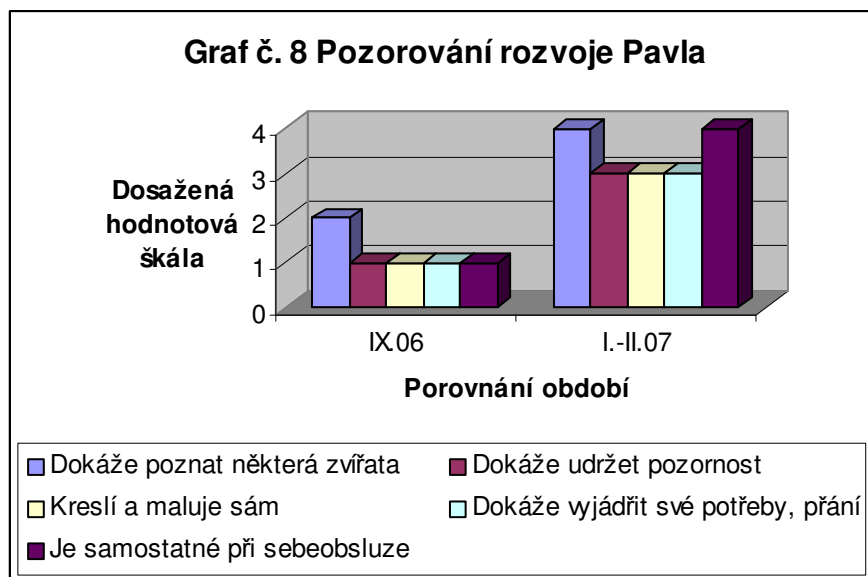
Stupeň mentální retardace: lehká mentální retardace

Spolupráce rodičů s mateřskou školou byla po celou dobu na velmi dobré úrovni. Rodiče využívali aktivně jak formu spolupráce skupinovou, tak individuální. Řídili se všemi doporučeními i radami učitelek.

Tabulka č. 3 Porovnání rozvoje Pavla

Pavel	IX.06	I.-II.07
Dokáže poznat některá zvířata	2	4
Dokáže udržet pozornost	1	3
Kreslí a maluje sám	1	3
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	1	3
Je samostatné při sebeobsluze	1	4

V tabulce porovnávání rozvoje Pavla jsou v levém sloupci sledované jevy a v pravých sloupcích dosažená hodnotová škála ve dvou obdobích. Září 2006 a leden až únor 2007. Tabulku č.3 znázorňuje graf č.8. Z grafu můžeme vyčíst, že u Pavla došlo ke zlepšení celkového rozvoje. Podle hodnotící škály se zvedl z úrovně 1 až 2, na úroveň 3 až 4 (Graf č.8, hodnotící škála, str.52).



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Spolupráce s rodinou fungovala na výbornou, u chlapce došlo během šesti měsíců k výraznému zlepšení sledovaných jevů. U Pavla se nám podařilo potvrdit předpoklad č.4, kde jsme předpokládali, že pokud spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou na rozvoji dítěte s mentálním postižením úspěšně funguje alespoň po dobu pěti měsíců, má tato spolupráce pozitivní vliv na jeho rychlejší a úspěšnější rozvoj.

Nikola

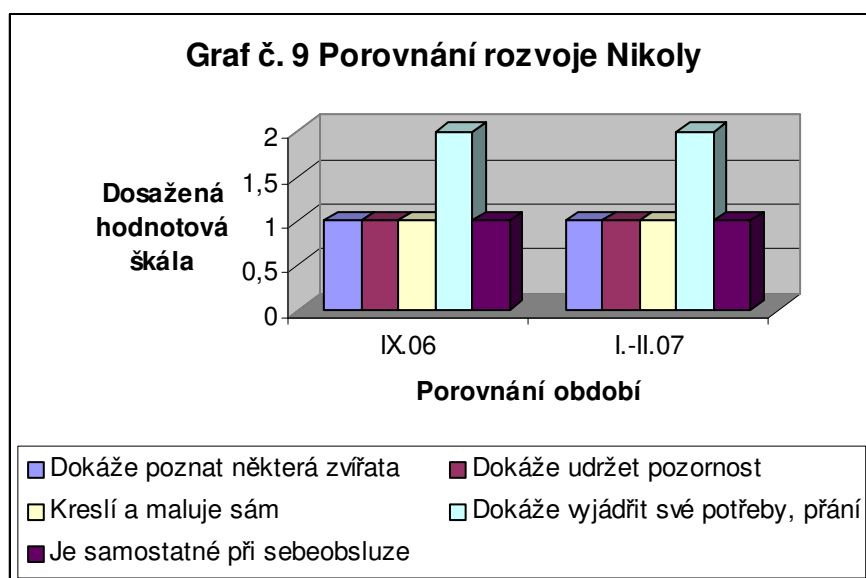
Stupeň mentální retardace: lehká mentální retardace.

Rodinu Nikolky se bohužel za celých šest měsíců nepodařilo získat pro vzájemnou spolupráci. Matka holčičku do školky sama nevodí, posílá s ní nevlastní sourozence. Na podněty ke spolupráci nereaguje. Doporučeními mateřské školy se neřídí. Čímž se nám potvrzuje předpoklad č.2 (Podkapitola 4.1.1, str.34), že rodiče se ne vždy budou řídit doporučeními a radami mateřské školy k rozvoji jejich dítěte s mentálním postižením.

Tabulka č. 4 Porovnání rozvoje Nikoly

Nikola	IX.06	I.-II.07
Dokáže poznat některá zvířata	1	1
Dokáže udržet pozornost	1	1
Kreslí a maluje sám	1	1
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	2	2
Je samostatné při sebeobsluze	1	1

V tabulce porovnávání rozvoje Nikoly jsou v levém sloupci sledované jevy a v pravých sloupcích dosažená hodnotová škála ve dvou obdobích. Zář 2006 a leden až únor 2007. Tabulku č.4 znázorňuje graf č.9. Graf znázorňuje stav rozvoje Nikoly ve dvou sledovaných obdobích. Jak můžeme vidět, dosažená úroveň v měsíci září 2006 je shodná s kontrolním pozorováním v měsících leden-únor 2007. U Nikoly bohužel nedošlo ke zlepšení jejího rozvoje. Rozvoj dívky stagnuje.



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Graf č.9 znázorňuje stagnaci rozvoje Nikoly. Rodina nespolupracuje.

Tomáš

Stupeň mentální retardace: středně těžká mentální retardace.

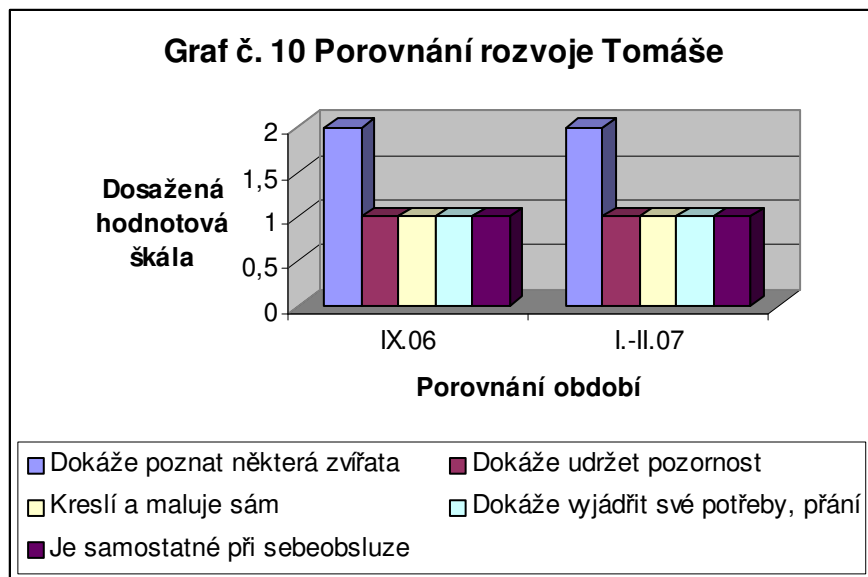
Tomášova maminka se snažila s mateřskou školou spolupracovat na rozvoji svého dítěte s mentálním postižením. Otec chlapce nadále odmítal a se školou nespolupracoval. Mamince vyhovovala forma spolupráce individuální, skupinové spolupráce se neúčastnila (Podkapitola 4.2.1, str. 36). Chlapec byl často nemocný, matka se řídila doporučeními mateřské školy sporadicky.

Tabulka č. 5 Porovnání rozvoje Tomáše

Tomáš	IX.06	I.-II.07
Dokáže poznat některá zvířata	2	2
Dokáže udržet pozornost	1	1
Kreslí a maluje sám	1	1
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	1	1
Je samostatné při sebeobsluze	1	1

V tabulce porovnávání rozvoje Tomáše jsou v levém sloupci sledované jevy a v pravých sloupcích dosažená hodnotová škála ve dvou sledovaných obdobích.

Tabulku č.4 znázorňuje graf č.10. Z grafu můžeme vyčíst, že u Tomáše nedošlo ke zlepšení celkového rozvoje. Podle hodnotící škály setrval na úrovni 1 až 2 (Graf č.10, str.55).



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Spolupráce s rodinou chlapce byla problematická a odrazila se na jeho rozvoji.

Dominik

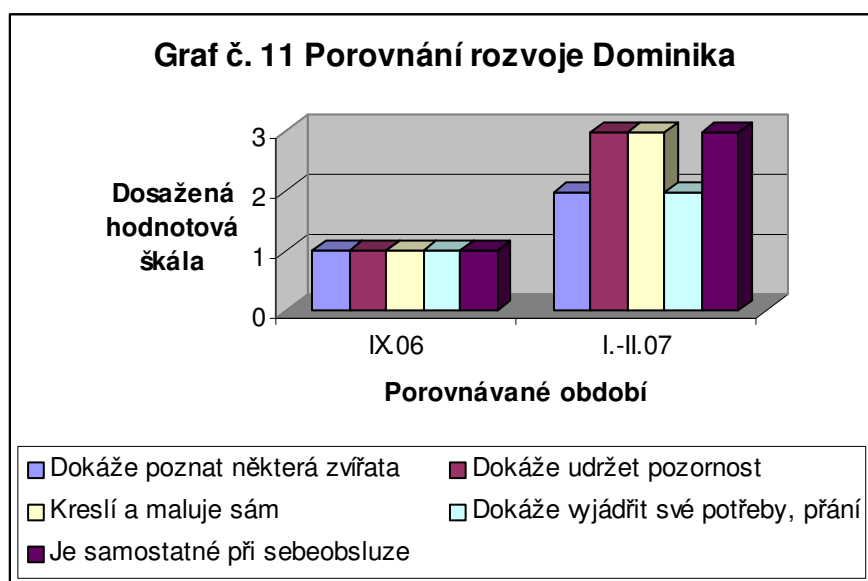
Stupeň mentální retardace: středně těžká mentální retardace.

Spolupráce s matkou Dominika byla po celý půl rok na velmi dobré úrovni. Zpočátku matka využívala jen formy spolupráce individuální, ke konci období se zapojila i do forem skupinových. Doporučení a rady učitelek pro optimální rozvoj Dominika matka dodržovala a sama navrhovala některá řešení. Z jiných možností spolupráce využívala Dominikova maminka zapůjčování hraček, pomůcek. Účastnila se i přednášek a praktických ukázek činností s dětmi s mentálním postižením pořádaných speciálně pedagogickým centrem.

Tabulka č. 6 Porovnání rozvoje Dominika

Dominik	IX.06	I.-II.07
Dokáže poznat některá zvířata	1	2
Dokáže udržet pozornost	1	3
Kreslí a maluje sám	1	3
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	1	2
Je samostatné při sebeobsluze	1	3

V tabulce porovnávání rozvoje Dominika jsou v levém sloupci sledované jevy a v pravých sloupcích dosažená hodnotová škála ve dvou obdobích. Zářím 2006 a ledem až únorem 2007. Tabulku č.6 znázorňuje graf č.11. Z grafu můžeme vyčíst, že u Dominika došlo ke zlepšení celkového rozvoje. Podle hodnotící škály se zvedl z úrovně 1 na úroveň 3 (Graf č.11, hodnotící škála, str.56).



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Spolupráce s matkou fungovala výborně. U chlapce došlo během šesti měsíců k výraznému zlepšení sledovaných jevů. Podařilo se potvrdit předpoklad č.4 (Podkapitola 4.2.1, str.34), kde jsme předpokládali, že pokud spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou na rozvoji dítěte s mentálním postižením úspěšně funguje alespoň po dobu pěti měsíců, má tato spolupráce pozitivní vliv na jeho rychlejší a úspěšnější rozvoj.

Jana

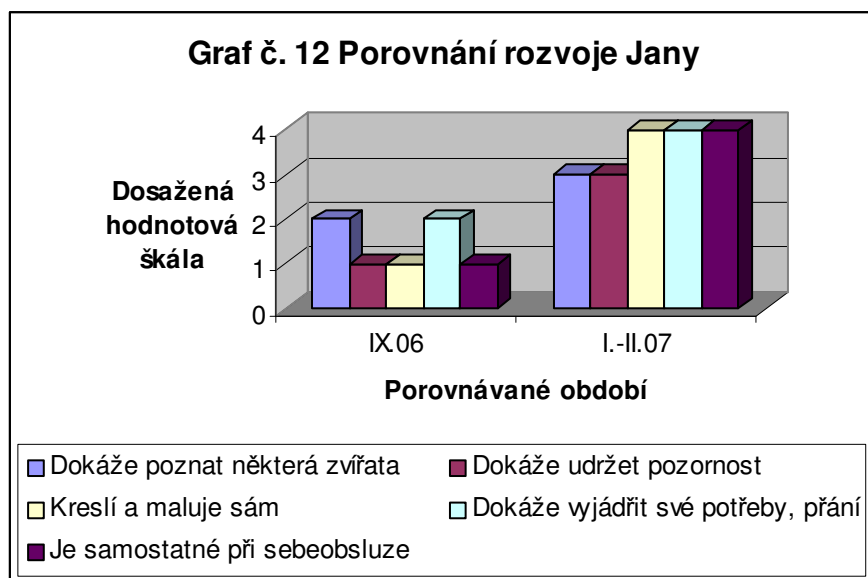
Stupeň mentální retardace: lehká mentální retardace.

Rodina Jany spolupracovala po celé období vzorně. Rodina Jany si oblíbila formu spolupráce skupinovou, kde jsme společně s jinými rodinami a námi hledali nové cesty pro rozvoj dětí s mentálním postižením. Rodiče Jany rádi čerpají ze zkušeností jiných rodičů se stejně postiženým dítětem. Individuální formě spolupráce se striktně nevyhýbají, protože si uvědomují, že je pro jejich Janu potřebná.

Tabulka č. 7 Porovnání rozvoje Jany

Jana	IX.06	I.-II.07
Dokáže poznat některá zvířata	2	3
Dokáže udržet pozornost	1	3
Kreslí a maluje sám	1	4
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	2	4
Je samostatné při sebeobsluze	1	4

V tabulce porovnávání rozvoje Jany jsou v levém sloupci sledované jevy a v pravých sloupcích dosažená hodnotová škála ve dvou obdobích. Zářij 2006 a leden až únor 2007. Tabulku č.7 znázorňuje graf č.12. Z grafu můžeme vyčíst, že u Jany došlo ke zlepšení celkového rozvoje. Podle hodnotící škály se zvedla z úrovně 1 až 2, na úroveň 3 až 4 (Graf č.12, str.57).



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Spolupráce s rodinou fungovala na výbornou, u Jany došlo během šesti měsíců k výraznému zlepšení sledovaných jevů. Podařilo se potvrdit předpoklad č.4, že pokud spolupráce mezi mateřskou školou a rodinou na rozvoji dítěte s mentálním postižením úspěšně funguje alespoň po dobu pěti měsíců, má tato spolupráce pozitivní vliv na jeho rychlejší a úspěšnější rozvoj.

4.6 Shrnutí výsledků praktické části

Shrnutí výsledků z dotazníků

Výsledky z navrácených dotazníků nám ukazují, že spolupráce mezi mateřskou školou a rodinami s dětmi s mentálním postižením se zkvalitňuje a prohlubuje. Více jak polovina z dotazovaných rodičů projevuje o spolupráci zájem a je i spokojena s nabízenou spoluprací ze strany mateřské školy. Z odpovědí rodičů se ukázalo, že mateřská škola speciální má nezastupitelné místo ve spolupráci s rodiči a často jako jedna z prvních vůbec se snaží rodičům s rozvojem jejich dítěte s mentálním postižením pomoci. Myslím si, že je to sice stav potěšující, ale zároveň alarmující. Ve většině odborných publikacích je uváděna důležitost včasné intervence a pomoci rodičům v rozvoji jejich dětí s mentálním postižením. Pokud rodiče mají pocit nebo zkušenost, že jim první spolupráci a pomoc nabídla mateřská škola, není něco v pořádku. Podle mého názoru by měla být rodičům s dítětem s mentálním postižením nabídnuta spolupráce hned po narození nebo ihned po zjištění diagnózy, či podezření. V tomto směru by měla být posílena raná péče a svou významnou úlohu by měl sehrát lékařský personál. Většina rodičů z dotazovaných se přiklání k pravidelné spolupráci, z uvedených forem individuální a skupinové spolupráce rodiče využívají obou forem přibližně stejně. Podle výsledků z dotazníků se rodiče snaží řídit doporučeními mateřské školy pro optimální rozvoj jejich dítěte a myslí si, že jim mateřská škola pomáhá rozvíjet všechny oblasti rozvoje dítěte přibližně stejně. Většina také připouští kladný vliv spolupráce na rozvoj jejich dítěte a jeho následné lepší možnosti integrace.

Shrnutí výsledků pozorování porovnáním v obdobích předprůzkumu a průzkumu.

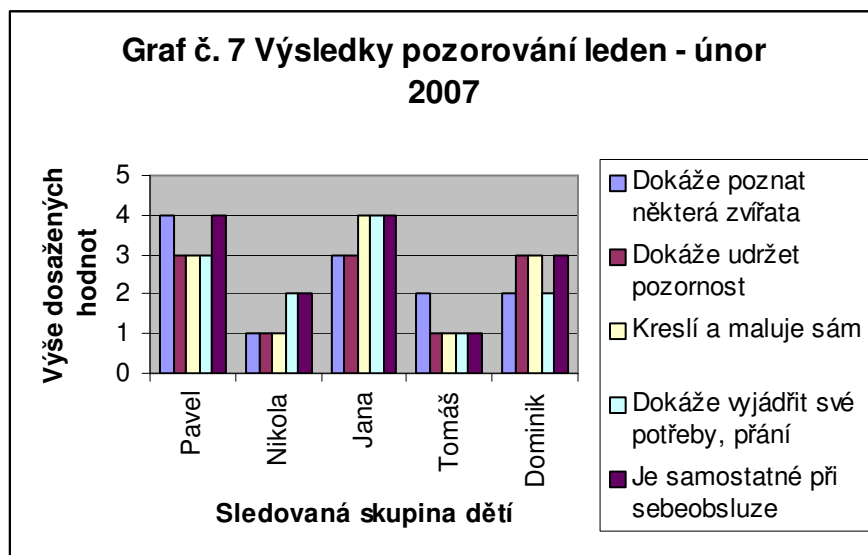
Výsledky kontrolního pozorování jsem zaznamenala do tabulky a níže opticky znázornila grafem č.7.

Tabulka č. 2 Výsledky pozorování leden-únor 2007

Sledované projevy leden-únor 2007	Pavel	Nikola	Jana	Tomáš	Dominik
Dokáže poznat některá zvířata	4	1	3	2	2
Dokáže udržet pozornost	3	1	3	1	3
Kreslí a maluje sám	3	1	4	1	3
Dokáže vyjádřit své potřeby, přání	3	2	4	1	2
Je samostatné při sebeobsluze	4	2	4	1	3

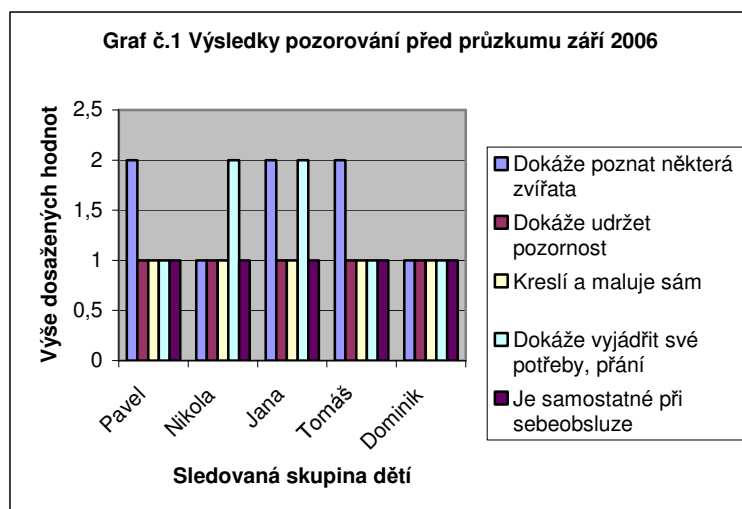
Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých. Tabulka č.2, koresponduje s tabulkou č.1 (Tabulka č.1, str.42).

Podle hodnotové škály pod tabulkou a porovnáním Tabulky č.2 s Tabulkou č.1 (Tabulka č.1, str.43), můžeme pouhým odhadem při pohledu na dané hodnoty v obou tabulkách konstatovat, že celkově došlo u dětí ve sledovaných jevech ke zlepšení a některé dosáhly úrovně 4, což je v hodnotové škále druhá nejvyšší úroveň. Sledované jevy se objevují často a dítě potřebuje pomoc jen výjimečně. Stejně jako tabulky můžeme porovnat Graf č. 7, který znázorňuje pozorování v měsíci lednu až únoru 2007, s Grafem č. 1 (Graf č.1, str. 43), kde jsou zaznamenány výsledky pozorování sledovaných jevů u dětí s různým stupněm mentálního postižení v měsíci září 2006.



Hodnotící škála: 1 – vzácně, popřípadě vůbec, 2 – příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých, 3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí, 4 – často, jen výjimečně potřebuje pomoc, 5 – často, samostatně, bez pomoci druhých.

Kopie grafu č. 1 (Graf č.1, str. 43)



Porovnáním Grafu č. 7 s kopií Grafu č. 1 vidíme, že oba grafy znázorňují sledovanou skupinu dětí, u kterých byl sledován rozvoj pomocí čtyř jevů v rozmezí časového období září až únor. V grafu č. 1 je zaznamenán stav rozvoje jednotlivých dětí před započítáním aktivní spolupráce s rodinou, graf č. 7 znázorňuje stav rozvoje skupiny dětí po šesti měsících aktivní spolupráce s rodinou. Porovnáním obou grafů můžeme podle vzrůstající hodnotové škály říci, že úroveň rozvoje dítěte s mentálním postižením se po půlroční spolupráci mateřské školy a rodiny u některých dětí zvýšila, bohužel u některých stagnovala. Podle pozorování a porovnání rozvoje u jednotlivých dětí za obě období vyplynula důležitost spolupráce rodina a mateřské školy. Tam, kde spolupráce během pěti až šesti měsíců fungovala došlo k zlepšení celkového rozvoje dítěte. U rodin, kde byla spolupráce problematická nebo se jí nepodařilo vůbec navázat, rozvoj dítěte stagnoval.

5. ZÁVĚR

Cílem praktické části bylo zjistit možnosti a formy spolupráce rodiny a mateřské školy směřující k co nejoptimálnějšímu rozvoji dítěte s mentálním postižením v předškolním věku. Ověřit, je-li spolupráce Mateřské školy speciální Trutnov dostačující a zda-li pozitivně působí na rozvoj dítěte s mentálním postižením. Odkrýt možné nedostatky. Myslím si, že cíl bakalářské práce se podařilo naplnit v plné míře. Možnosti a formy spolupráce rodiny a mateřské školy (Praktická část, str.36) nejsou již tak omezeny jako v historii a neustále se zdokonalují. Velký podíl na zkvalitňování této spolupráce má informovanost veřejnosti, snaha společnosti o rovné šance pro všechny, nevyčleňování rodin s mentálně postiženým dítětem od ostatní komunity i zlepšování životních a sociálních podmínek pro děti a rodiny takto postižených dětí. Průzkumem se nám podařilo ověřit, že spolupráce rodiny a mateřské školy na rozvoji dítěte s mentálním postižením má nezanedbatelný význam. Při splnění určitých podmínek, jako například pravidelnost, má tato spolupráce blahodárný vliv na rozvoj samotného dítěte. Podařilo se nám také ověřit, že spolupráce v Mateřské škole speciální Trutnov je na dobré úrovni, ale určité nedostatky se objevují v přístupu jednotlivých učitelek. Zde vidím potřebu osvěty kde by se formou přednášek nebo praktických cvičení tyto učitelky naučily, jak jednat s rodinou, jak umět naslouchat nebo poradit rodičům. Protože učitel správnou volbou možností a forem může významně ovlivnit spolupráci mezi mateřskou školou a rodinou s mentálně postiženým dítětem, jak jsme si stanovili v předpokladu č.3. Toto tvrzení se nám podařilo ověřit. Většinu rodičů ovlivňuje přístup učitelky v pozitivním smyslu, jak jsme si ověřili otázkou číslo tři v dotazníku (Podkapitola 4.5.1, str. 49), ale objevuje se i nezanedbatelná skupina rodičů, kteří si stěžují na spolupráci s některými učitelkami. Zde vidím možnost dalšího průzkumu, kde by rodiče a učitelé porovnali své potřeby spolupráce na rozvoji dítěte s mentálním postižením.

Jak je patrné z předchozích řádků, k jedincům s mentálním postižením je třeba přistupovat s obezřetností, laskavostí a zcela individuálně, protože každá osobnost, i když s určitým handicapem potřebuje pro svou spokojenost něco jiného. Sama ze své zkušenosti vím, že věnovat se lidem s mentálním postižením a jejich rodinám není věc jednoduchá. Je zapotřebí velké dávky trpělivosti, lásky a pochopení, ale zároveň také důslednosti, aby se u většiny takto handicapovaných dosáhlo v co největší míře jejich samostatnosti a tím i integrace do společnosti zdravých. V dřívějších dobách,

jak je uvedeno výše, byla situace jedinců s mentálním postižením složitá. Většinou nebyli lidé s mentálním postižením respektováni jako individuální osobnosti, a už vůbec nebyla brána zřetel na jejich přání a pocity. Naštěstí už nežijeme v pravěku. Jak uvádí Švarcová (2006), prubířským kamenem demokracie a humanity každé civilizace je péče o ty občany, kteří jsou na péči nejvíce závislí, to znamená o staré, nemocné a zdravotně postižené lidi, z nichž velmi specifickou a jednu z nejpočetnější skupin tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací.

Samozřejmostí jsou dnes školy speciální, školy praktické, přípravné ročníky, různé stacionáře, speciálně pedagogická centra, střediska ranné péče a ústavy sociální péče, které mají, ať se nám to líbí nebo ne, stále své pevné místo v péči o jedince s mentálním postižením.

6. NÁVRH OPATŘENÍ

Z pohledu průzkumu v praktické části bakalářské práce se jeví jako nejdůležitější opatření prohlubování a zdokonalování spolupráce mateřské školy s rodinou s dítětem s mentálním postižením.

Dále se snažit získávat pro spolupráci i problematické rodiny. Domnívám se, že nejlépe se osvědčují skupinové formy spolupráce, kde se na různých akcích setkává více rodin s dětmi. Problematická rodina tak může být pozitivně ovlivněna jak ze strany mateřské školy, tak ze strany ostatních spolupracujících rodin.

Zkvalitňování spolupráce by mělo probíhat i formou přednášek, besed, školení, jak pedagogů, tak i rodičů.

Rodiče si často nevědí rady, jak nejlépe rozvíjet své dítě s mentální postižením. Praktické ukázky činností v mateřské škole mohou rodičům ukázat, co vše mohou se svými dětmi dělat a dát jim i tím motivaci, že to opravdu jde.

Důležitým opatřením je i pravidelné proškolení pedagogických pracovníků, jejich informovanost o nových možnostech a formách péče o děti s mentálním postižením.

Dalším opatřením je komplexní spolupráce všech odborníků, jako je speciálně pedagogické centrum, klinický psycholog, logoped, pediatr, učitel a samozřejmě rodina dítěte. Kladla bych velký důraz na schopnost komunikace všech těchto odborníků s rodinou, protože v této oblasti spatřuji velké rezervy. Vzájemné komunikační kruhy by byly velkým přínosem pro vzájemnou spolupráci.

Vzdělávání pedagogických pracovníků v bakalářských a magisterských oborech se specializací speciální pedagogika.

Spolupráce s organizacemi a sdruženími pro jedince s mentálním postižením, získávání zkušeností a nových kontaktů pro děti s mentálním postižením a jejich rodiče.

7. SEZNAM POUŽITÝCH INFORMAČNÍCH ZDROJŮ

1. EDELSBERG, L. *Defektologický slovník*. 3. vyd. Jinočany: H § H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
2. KAMMER-KLIMM F. *Mentální retardace*. Praha: SPMP, 2001.
3. LANGMAJER, J. *Vývojová psychologie*. 3.vyd. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
4. MATĚJČEK, Z. *Co, kdy a jak ve výchově dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 1996. ISBN 80-7178-085-5.
5. MARKOVÁ, Z., STŘEDOVÁ, L. *Mentálně postižené dítě v rodině*. 1. vyd. Praha: SPN, 1987. ISBN 14-340-87.
6. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
7. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. 2. vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-60-5.
8. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
9. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 2. vyd. Praha: SPN, 1974. 14-398-74.
10. VALENTA, M., MULLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003. ISBN 80 -7320-039-2.
11. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0.
12. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
13. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7.
14. ŠVARCOVÁ, I. *Komplexní systém vzdělávání dětí, mládeže a*

dospělých s těžším mentálním postižením. 2.vyd. Praha: Septima, 1995. ISBN 80-85801-54-X.

15. ŠVINGALOVÁ, D. *Úvod do psychopedie. 1. vyd. Liberec: TUL, 2003. ISBN 80-7083-696-2.*
16. ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství. 2. vyd. Liberec: TUL, 2002. ISBN 80-7083-675-1.*
17. www.spmp.cz/tmp/dokumenty/2008.doc.
18. www.zpravodajství.ecn.cz/index.stm?apc=zxlx--.=94358.

8. SEZNAM PŘÍLOH

1. Příloha č. 1 Formulář pozorování Pavel
2. Příloha č. 2 Formulář pozorování Nikola
3. Příloha č. 3 Formulář pozorování Dominik
4. Příloha č. 4 Formulář pozorování Jana
5. Příloha č. 5 Formulář pozorování Tomáš
6. Příloha č. 6 Formulář dotazníku

Formulář pozorování dítěte

Příjmení a jméno dítěte: Pavel

Věk : 5 let

Stupeň mentální retardace: lehká mentální retardace

<i>Sledované jevy</i>	<i>Hodnotící škála</i>	<i>Slovní hodnocení</i>
Dokáže pojmenovat některá zvířata	1 2 3 4 5	Spolupráce s rodinou dobrá
Dokáže udržet pozornost	1 2 3 4 5	
Kreslí a maluje sám	1 2 3 4 5	
Dokáže vyjádřit svoje potřeby, přání	1 2 3 4 5	
Je samostatné při sebeobsluze	1 2 3 4 5	

Poznámka: Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení:

Sledované projevy se vyskytují: 1 - vzácně, popřípadě vůbec

2 - příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých

3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí

4 - často, jen výjimečně potřebuje pomoc

5 - často, samostatně, bez pomoci druhých

Pozorování v měsíci září 2006 bude označeno červenou barvou. Pozorování v měsíci únoru 2007 žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období.

Formulář pozorování dítěte

Příjmení a jméno dítěte: Nikola

Věk : 5 let

Stupeň mentální retardace: lehká mentální retardace

<i>Sledované jevy</i>	<i>Hodnotící škála</i>	<i>Slovní hodnocení</i>
Dokáže pojmenovat některá zvířata	1 1 2 3 4 5	Rodina nespolupracuje
Dokáže udržet pozornost	1 1 2 3 4 5	
Kreslí a maluje sám	1 1 2 3 4 5	
Dokáže vyjádřit svoje potřeby, přání	1 2 2 3 4 5	
Je samostatné při sebeobsluze	1 1 2 3 4 5	

Poznámka: Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení:

Sledované projevy se vyskytují: 1 - vzácně, popřípadě vůbec

2 - příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých

3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí

4 - často, jen výjimečně potřebuje pomoc

5 - často, samostatně, bez pomoci druhých

Pozorování v měsíci září 2006 bude označeno červenou barvou. Pozorování v měsíci únoru 2007 žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období.

Formulář pozorování dítěte

Příjmení a jméno dítěte: Dominik

Věk : 5 let

Stupeň mentální retardace: středně těžká mentální retardace

<i>Sledované jevy</i>	<i>Hodnotící škála</i>	<i>Slovní hodnocení</i>
Dokáže pojmenovat některá zvířata	1 2 3 4 5	Spolupráce výborná
Dokáže udržet pozornost	1 2 3 4 5	
Kreslí a maluje sám	1 2 3 4 5	
Dokáže vyjádřit svoje potřeby, přání	1 2 3 4 5	
Je samostatné při sebeobsluze	1 2 3 4 5	

Poznámka: Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení:

Sledované projevy se vyskytují: 1 - vzácně, popřípadě vůbec

2 - příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých

3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí

4 - často, jen výjimečně potřebuje pomoc

5 - často, samostatně, bez pomoci druhých

Pozorování v měsíci září 2006 bude označeno červenou barvou. Pozorování v měsíci únoru 2007 žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období.

Formulář pozorování dítěte

Příjmení a jméno dítěte: Jana

Věk : 5 let

Stupeň mentální retardace:lehká mentální retardace

<i>Sledované jevy</i>	<i>Hodnotící škála</i>	<i>Slovní hodnocení</i>
Dokáže pojmenovat některá zvířata	1 2 3 4 5	Spolupráce výborná
Dokáže udržet pozornost	1 2 3 4 5	
Kreslí a maluje sám	1 2 3 4 5	
Dokáže vyjádřit svoje potřeby, přání	1 2 3 4 5	
Je samostatné při sebeobsluze	1 2 3 4 5	

Poznámka: Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení:

Sledované projevy se vyskytují: 1 - vzácně, popřípadě vůbec

2 - příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých

3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí

4 - často, jen výjimečně potřebuje pomoc

5 - často, samostatně, bez pomoci druhých

Pozorování v měsíci září 2006 bude označeno červenou barvou. Pozorování v měsíci únoru 2007 žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období.

Formulář pozorování dítěte

Příjmení a jméno dítěte: Tomáš

Věk : 5 let

Stupeň mentální retardace: středně těžká mentální retardace

<i>Sledované jevy</i>	<i>Hodnotící škála</i>	<i>Slovní hodnocení</i>
Dokáže pojmenovat některá zvířata	1 2 3 4 5	Spolupráce problematická
Dokáže udržet pozornost	1 2 3 4 5	
Kreslí a maluje sám	1 2 3 4 5	
Dokáže vyjádřit svoje potřeby, přání	1 2 3 4 5	
Je samostatné při sebeobsluze	1 2 3 4 5	

Poznámka: Závěr pozorování bude zakroužkován na škále 1-5 podle následujícího hodnocení:

Sledované projevy se vyskytují: 1 - vzácně, popřípadě vůbec

2 - příležitostně, anebo potřebuje pomoc druhých

3 - přiměřeně často, případně s určitou dopomocí

4 - často, jen výjimečně potřebuje pomoc

5 - často, samostatně, bez pomoci druhých

Pozorování v měsíci září 2006 bude označeno červenou barvou. Pozorování v měsíci únoru 2007 žlutou barvou. Slovní poznámky na doplnění pozorovaných projevů budou uvedeny v téže barvě odpovídající danému období.

Dotazník

Vážení rodiče, prosíme vás o vaše vyjádření pomocí osmi níže uvedených otázek. Dotazník má dvě strany, je zcela anonymní a jeho výsledky budou použity jen pro průzkum do bakalářské práce. Záměrem této práce je zjištění možností a forem spolupráce mateřské školy a rodiny s dítětem s mentálním postižením a následné zkvalitnění této spolupráce. Některé odpovědi prosím zakroužkujte nebo zaškrtněte, jiné ještě doplňte o slovní vyjádření. Bližší informace k vyplnění dotazníku jsou uvedeny přímo u jednotlivých otázek. Děkujeme za vyplnění.

1. Které z níže uvedených zařízení nebo odborníků vám jako první nabídli pomoc a spolupráci na rozvoji vašeho dítěte s mentálním postižením? Prosím označte a pokud ano, doplňte prosím kým?

- a) Mateřská škola speciální
- b) Speciálně pedagogické centrum
- c) Dětský nebo odborný lékař
- d) Klinický psycholog
- e) Jiné zařízení nebo odborník

2. Spolupracujete s mateřskou školou na rozvoji svého dítěte s mentálním postižením? Vybranou odpověď zaškrtněte.

- a) Pravidelně
- b) Nepravidelně
- c) Sporadicky
- d) Vůbec, jen dítě přivedeme a vyzvedneme

3. Řídíte se při rozvoji vašeho dítěte radami a doporučeními mateřské školy? Vybranou odpověď zaškrtněte.

- a) Ano vždy
- b) Ano, občas
- c) Minimálně
- d) Ne

4. Jakou formu spolupráce s mateřskou školou byste nejspíše zvolili? Vybranou odpověď zaškrtněte.

- a) Vyhovuje mi spíše forma individuální (jedna rodina s dítětem a učitel)
- b) Vyhovuje mi spíše forma skupinová (více rodin s dětmi z jedné třídy a učitel)
- c) Vyhovují mi obě formy stejně
- d) Nevyhovuje mi žádná z výše uvedených forem

5. **V jakých oblastech rozvoje dítěte vám je mateřská škola nejvíce nápomocna odbornou radou a přímou pomocí? Vybranou odpověď zaškrtněte.**
- a) **Samostatnost při oblékání**
 - b) **Prodlužování pozornosti**
 - c) **Podpora rozvoje řeči**
 - d) **Ve všech oblastech přibližně stejně**
 - e) **V žádné, dítě si vychováváme samy**
6. **Myslíte si, že pravidelná spolupráce mezi vámi a mateřskou školou se pozitivně projevuje na rozvoji vašeho dítěte s mentálním postižením a má tak vaše dítě lepší šance zapojit se do společnosti**
- a) **Ano**
 - b) **Ne**
 - c) **Nevím**
 - d) **Neumím to posoudit**
7. **Jste v současné době spokojeni se spoluprací s mateřskou školou na rozvoji vašeho dítěte s mentálním postižením? Vybranou odpověď zaškrtněte.**
- a) **Ano, jsme velmi spokojeni, s učitelkami rádi spolupracujeme.**
 - b) **Ano, jsme vcelku spokojeni, i když spolupráce s některými učitelkami není snadná.**
 - c) **Ne, nejsme spokojeni, myslíme si, že o spolupráci s námi nemají učitelky zájem.**
 - d) **Jsme nespokojeni, spolupráce s učitelkami v žádném případě nefunguje.**