Vyšší odborná škola a Střední zdravotnická škola
MILLS, s.r.o.

Inkluze zdravotně postižených dětí do mateřských škol

Sociální práce

Vedoucí práce: Mgr. Jitka Havlíčková

Vypracovala: Iva Šnaiberková

Čelákovice 2011

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem absolventskou práci vypracovala samostatně a všechny použité písemné i jiné informační zdroje jsem řádně ocitovala. Jsem si vědoma, že doslovné kopírování cizích textů v rozsahu větším než je krátká doslovná citace je hrubým porušením autorských práv ve smyslu zákona 121/2000 Sb., je v přímém rozporu s interním předpisem školy a je důvodem pro nepřipuštění absolventské práce k obhajobě.

V Čelákovicích 10. května 2011 Iva Šnaiberková

Poděkování

Upřímně děkuji paní Mgr. Jitce Havlíčkové za odborné vedení absolventské práce.
Děkuji za morální podporu mé rodině.
Dále děkuji všem za spolupráci a poskytnutý čas při sběru informaci k vypracování mé absolventské práce.

Obsah

Úvod 1
1 CÍLE 2
2 TEORETICKÁ ČÁST 3
2. 1 Historický pohled na vývoj postojů k osobám s postižením 3
2. 2 Předčasně narozené děti, mapování regionu 6
2. 3 Vývojové vady a problémy 7
2. 4 Integrace a inkluze 13
2. 5 Rodina 19
2. 6 Předškolní vzdělávání 25
3 PRAKTICKÁ ČÁST 31
3. 1 Statistika PnP v regionu 31
3. 2 Demografický vývoj 32
3. 3 Ředitelky v MŠ 32
3. 4 Pedagogové v MŠ 33
3. 5 Vztahy ve společnosti 34
3. 6 Analýza dotazníků 35
4 DISKUZE 41
ZÁVĚR 42
Резюме 43
Bibliografie 44
Přílohy 45
Seznam příloh 45

Úvod

Několik let pracuji a pohybuji se v oblasti sociální sféry. Handicapovaní lidé nemají často uspokojeny své potřeby. To by nebylo tak divné, neboť i my ostatní si svoje potřeby uspokojujeme postupně. Na cestě k uspokojování potřeb handicapovaných lidí je však často potřeba pomoci, podpořit je v rozvoji věcí, které umí, dokáží je a aby jejich samoobslužnost byla cílem k osamostatnění se, odstěhování se od rodiny, žít si svůj vlastní život. Nebýt závislým na jiných lidech.

I když se postupem času ve společnosti náhled na handicapované mění, vytvářejí se díky transformaci sociálních služeb různé metodiky, optimální řešení pro handicapované žijící dlouhodobě v ústavech, často se z mého pohledu opomíná řešit problém od začátku. Od narození handicapovaného dítěte, od sociální práce s rodinou těchto dětí, od sociální práce s psychologem, od sociální práce s okolím, od sociální práce zařazení handicapovaných dětí do předškolních zařízení a následně pak zařazení do škol základních, středních i vysokých.

Velmi důležitou složkou je určení míry postižení a určení schopností a určení diagnózy.

Z dostupných současných statistik vyplývá, že je více rizikových matek staršího věku, že přibývá matek závislých na alkoholu, na drogách, na cigaretách. V průměru se pak rodí každý třetí člověk s nějakým postižením, který potřebuje pomoc.

Bolest neodejde, bolest zůstává, bývá potlačena novými pocity, ale vždy se vrátí. Bolest je velkou motivací.

Motivací pro napsání své absolventské práce je příběh z vlastní rodiny. Příběh, který mne přivedl k tomu, abych nad věcmi kolem sebe více přemýšlela a získávala si další informace. Absolventskou prací se chci dostat více do problematiky, zjišťovat postoje a možnosti ostatních lidí.

Zdrojem a těžištěm mé práce budou návštěvy a konzultace se školským odborem ve městě, spolupráce mateřských škol, rozhovory s rodiči handicapovaných dětí, návštěva psychologa, návštěva speciální školy, návštěva zdravotnického zařízení.

Resumé je napsáno v ruském jazyce.

1 CÍLE

1.1 Hlavní cíl

Zmapovat problematiku inkluze handicapovaných dětí do mateřských škol na území regionu.

1. 2 Dílčí cíle

Popsat historický pohled na vývoj postojů k osobám s postižením.

Vysledovat možnosti výuky a vzdělávání handicapovaných dětí v předškolských zařízení a vypracovat přehled těchto možností.

„Všichni lidé se rodí svobodní a jsou si
rovni důstojností a svými právy. „
OSN 1948

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Historický pohled na vývoj postojů k osobám s postižením

Součástí lidského společenství od nejstarších dob byly osoby s mentálním, tělesným nebo smyslovým postižením, osoby ovlivněné výrazně nepříznivou sociální situací či postižené závažnou a dlouhodobou nemocí či úrazem. Nejinak je tomu i v dnešní civilizované společnosti. I v této době se setkáváme s řadou předsudků a negativních postojů a často nedokážeme najít vhodný způsob komunikace s lidmi, kteří žijí bezprostředně vedle nás, jsou jen „jiní“ než většina z nás, ne však horší. Zásadním problémem je, že mnoho lidí s postižením je stále izolováno od lidí bez postižení. Je jim odepírána možnost účastnit se každodenního společenského života, obohacovat jej a být jím obohacován. Vyspělá společnost by neměla diskriminovat své postižené občany, naopak, měla by jim vytvořit takové zázemí, aby všichni měli přístup k životním podmínkám a každodenním činnostem, které jsou co nejvíce podobné takovým, ve kterých žijí běžní občané.

Je užitečné a zajímavé připomenout si, jaké místo ve společnosti bylo lidem s postižením po dlouhá staletí přisuzováno. Profesor Miloš Sovák (1905-1989) vytvořil několik stádií péče o handicapované jedince :

1. Stadium represivní - ve starověku byly defektní osoby ze společnosti vyvrhovány. Staří lidé, zmrzačení, nevyléčitelně nemocní byli přímo zabíjeni. Represivní vztahy (odmítání pomoci, lhostejnost) vyúsťují v segregaci. Z historických pramenů vyplývá, že v 11. století bylo na Islandu běžnou praxí fyzicky likvidovat postižené novorozence.

2. Stadium zotročování – s nástupem otrokářského řádu docházelo k otrokářskému vykořisťování defektních. Vztah k novorozencům se nezměnil. Malé postižené děti byly posílány na žebrotu a výtěžek musely odevzdávat pánovi.

3. Stadium charitativní – období feudalismu, uplatňují se hlavně náboženské postoje k defektním osobám. V tomto období využívali feudálové postižené ke svým zábavám, především však byli považováni za „posly od Boha“ a péče o ně byla hodnocena jako dobrý skutek. Vznikala nemocniční zařízení (při křesťanských klášterech), tzv. hospitaly. Postupně vznikla potřeba profesionálních ošetřovatelů, kterými se stávali duchovní, mniši a jeptišky. Takové aktivity představují pozitivní obrat ve vztahu k handicapovaným. Křesťanství zabraňuje extrémním dřívějším praktikám. Příkladným vzorem charitativní péče v Čechách byla sv. Anežka Česká a Zdislava z Lemberka.

4. Stadium renesančního humanismu – přechod k ideám humanity a zlidštění přístupu k osobám s postižením. Humanismus nezavrhoval náboženství, jeho pozornost se soustřeďovala na člověka jako protipól Boha a jeho roli ve světě. V této době se setkáváme poprvé s pravidly pro zacházení s duševně chorými, která nebyla motivována zájmem o jejich zdrav. stav, ale tím, aby nebyli společnosti na obtíž. Pro takové lidi existovala intuitivní komunální péče. Toto období je však obdobím protikladů, kdy pokrokové názory měšťanstva stojí v opozici vůči církevním dogmatům. V 17.století vznikaly velké internační budovy, ve kterých byli „blázni“ uvězněni spolu s trestanci nebo nemocnými. Společnost na ně pohlíží jako na choromyslné, blázny a dementní. Na počátku novověku se objevuje nový princip v péči o handicapované, tzv. domovské právo, podle něhož mají obce povinnost pečovat o své chudé. Obec se tak stává vedle církve zřizovatelem ústavů pro asociály. Průkopníkem vzdělání postižených dětí byl pedagog a filosof Jan Ámos Komenský (1592-1670), který odmítal jejich vylučování z výchovně vzdělávacího procesu. Své vynikající myšlenky vyjádřil ve svých jedinečných dílech Labyrint světa a ráj srdce, Informatorium školy mateřské, Orbis Pictus. Ve světě i u nás vznikala první zařízení pro nevidomé a neslyšící. V Praze byl založen roku 1786 ústav pro

hluchoněmé a v roce 1807 ústav pro slepé (na Hradčanech). První ústav pro rozumově postižené byl založen v Praze roku 1871. Iniciátorem a prvním ředitelem byl Karel Slavoj Amerling, ústav byl později přejmenován na Ernestinum. Profesor Rudolf Jedlička založil ústav pro tělesně postižené v Praze na Vyšehradě roku 1913.

5. Stadium rehabilitační – v tomto období se kladl větší důraz na péči o postižené především z ekonomických důvodů. Bylo výhodnější je zapojit do pracovního procesu za účelem vykořisťování než poskytovat jim zadarmo podporu.

6. Stadium socializační – radikální změna v pohledu na zdravotnickou péči je spjata se jménem Philipa Pinela (1745-1826). Právě on otevřel cestu k morální léčbě v nově vznikajících psychiatrických léčebnách (1793). Jeho žák Jean Etiéne-Dominik Esquirol poprvé rozlišil vrozenou a získanou slabomyslnost. Ústavy již nebyly pouhými azyly, ale lidem se zde dostávalo léčení a rehabilitace. V Tereziánském školním řádu z roku 1774 se objevuje náznak právního zájmu v otázkách výchovy neprospívajících dětí. Některé otázky občanských vztahů řešil Občanský zákoník z roku 1811, který zajišťoval ochranu duševně chorých osob. V druhé polovině 19. století byl vydán zákon o školách obecných (r.1869), jehož novela (r.1883) umožňuje osvobodit od školní docházky duševně a tělesně postižené děti. Ještě za 100 let ve školském zákoně Č.29/1984 Sb. se setkáváme s obsahově podobnou dikcí: „ Dítě, které pro svůj duševní stav není schopné vzdělávání, osvobodí národní výbor od povinné školní docházky“. Na přelomu 19. a 20. století můžeme zaznamenat novou etapu speciálně pedagogického myšlení, která je spojována se vznikem důležitých středisek odborné péče o postižené. Vysoce se hodnotí vznik Jedličkova ústavu pro děti zmrzačelé v Praze (r.1913), Ernestina v Praze (r.1871), Ústavu pro zmrzačelé v Brně (r.1919),Ústavu pro děti zmrzačelé a rachitické v Plzni (r.1921). Další rozvoj vzdělávání dětí s postižením je patrný kolem roku 1950, kdy dochází k budování samostatné pedagogické disciplíny – speciální pedagogiky. O ustálení tohoto termínu se zasloužil profesor Miloš Sovák. Zastával názor, že děti mají být koncentrovány ve speciálně pedagogických

zařízeních. Výsledkem segregovaného vzdělávání dětí s postižením bylo přisouzení výhradních kompetencí odborníkům a potlačení úlohy rodiny, která má ve výchově dítěte nezastupitelnou roli. M. Sovák však taktéž připouští, že by bylo možné některé děti s postižením zařadit do kolektivu zdravých dětí a navrhuje, aby učitelé ve všech školách byli poučeni o nejrůznějších typech postižení, zásadách pedagogické, lékařské a sociální péče.

7. Stadium prevenční (prevence, z lat. Praeventio,-ire = předejít) – období, v němž je zásadní snaha předcházet defektivitě u osob postižených různými vadami. Jan Evangelista Purkyně (1787-1869) ve svém habilitačním spise na svou dobu přesně formuloval cíl a úkoly prevence a jeho heslo „ Lépe chorobám předcházeti, než je léčiti“, se stalo heslem našeho současného zdravotnictví.

2. 2 **Předčasně narozené děti, mapování regionu**

Medicína považuje za nedonošené takové dítě, které přišlo na svět mezi 24.- 37. týdnem těhotenství. Díky pokroku se výrazně zvýšila šance na přežití i dětem extrémně nezralým na spodní hranici tohoto intervalu. Zázraky, stejně jako mince, mají dvě strany. Čím gestačně „mladší“ dítě se podaří zachránit, tím vyšší je pravděpodobnost, že bude mít vážnější zdravotní problémy.V kategorii extrémní a neuvěřitelně nízké porodní hmotnosti je téměř 50 % dětí.

Neonatologie je medicínský obor úzce specializovaný na péči o nedonošené novorozence a novorozence donošené s vrozenými vývojovými vadami.Vznikla v 70. letech 20. století jako samostatný obor oddělením specializované péče o kriticky nemocné novorozence od péče pediatrické. V současné době je v České republice přibližně sto pracovišť, která poskytují pro novorozence odbornou péči.

Vzhledem k tomu, že problematika nedonošenosti je velmi široká, byl vytvořen tzv. třístupňový systém diferencované péče. *Pracoviště regionální* (stupeň III.) poskytují péči pouze donošeným novorozencům. *Pracoviště intermediární* (stupeň II.) poskytují péči všem novorozencům narozeným od 32. týdne těhotenství. Nejvyšším typem specializovaných pracovišť (stupeň I.) jsou tzv. *perinatologická centra*. Byla ustanovena

Ministerstvem zdravotnictví v roce 1994, je jich celkem dvanáct a řeší nejzávažnější komplikace u novorozenců. Na území města Prahy jsou tři taková centra (zde přichází na svět čtvrtina nedonošených dětí z celé republiky), další jsou pak v Plzni, v Mostě, v Ústí nad Labem, v Hradci Králové, v Českých Budějovicích, v Brně, v Ostravě, v Olomouci a ve Zlíně. [www.ona.idnes.cz,4]

Nedonošené děti se dělí dle porodní váhy na čtyři skupiny :

Extrémně nezralé : 500 - 999 g do 28.gestačního týdne
Velmi nezralé : 1000 – 1499 g do 32.gestačního týdne
Středně nezralé : 1500 – 1999 g do 34.gestačního týdne
Lehce nezralé : 2000 – 2499 g do 38.gestačního týdne

2. 3 Vývojové vady a problémy

Předčasně narozené děti trpí nejčastěji těmito problémy: [www.cpapik.cz,3]

RDS syndrom (respiratory distress syndrom, syndrom dechové tísně)

Nezralým plicím chybí tekutina vystýlající plicní sklípky (těch mají děti s tímto problémem menší počet). V nich dochází k výměně plynů. Důsledkem toho je pak nedostatečná výměna kyslíku a oxidu uhličitého. Dítě je dušné, dýchá rychleji nebo jen povrchně a vyžaduje dechovou podporu ventilátorem.

Apnoické pauzy

Apnoická pauza znamená, že dítě přestává dýchat. U předčasně narozených dětí není zcela vyvinuté dechové centrum v mozku. Takové dítě je nutné napojit na ventilátor a podávat léky na podporu dýchání. Apnoické pauzy mohou být i jednou z prvních známek jiného onemocnění, např. infekce. Novorozenec nemá dostatečně vyvinutý imunitní systém, protilátky totiž získává od své matky v závěru těhotenství. Z toho vyplývá, že předčasně narozené děti jsou mnohem více náchylné k infekci. V boji s infekcí má velký význam časné podávání mleziva.

Nekrotizující enterokolitis (zánět střeva)

Jedná se o specifickou infekci u nedonošených dětí, nutná léčba antibiotiky. Pokud střevo praskne, je nutná operace.

Bronchopulmonální dysplazie

Pod tímto pojmem se skrývá chronické plicní onemocnění, kdy dítě dlouhodobě vyžaduje pomoc s dýcháním a je závislé na podávání kyslíku. Dochází k otoku plic a ztluštění prostoru, kde dochází k výměně plynů. Dětem jsou podávány léky, které toto onemocnění částečně potlačí.

Novorozenecká žloutenka

Nejedná se o infekční původ žloutenky. Červené krvinky novorozence přežívají kratší dobu a po jejich zaniknutí se z nich uvolňuje žluté barvivo – bilirubin, který je odbouráván játry. Tato žloutenka se léčí modrým světlem. Vystupňovaná žloutenka může být u dětí při rozdílnosti krevních skupin nebo Rh faktoru (rizikem je matka se skupinou 0 nebo Rh negativní).

Otevřená tepenná dučej

Jedná se o spojku mezi dvěma hlavními cévami vycházejícími ze srdce (aorta a plicnice). Během nitroděložního života zde proudí krev, která obchází plíce, protože okysličení zajišťuje placenta. Po porodu dochází u donošeného dítěte k uzávěru této cévy. U nedonošených může dučej přetrvávat, více krve se pak vrací do plic, ty jsou oteklé a způsobují problémy s dýcháním. Také více krve protéká srdcem, pro které to znamená větší zátěž. Léčí se medikamentózně, ojediněle je nutné operativně tuto spojku podvázat.

Onemocnění CNS

Nedonošeným dětem se pravidelně kontroluje mozek pomocí ultrazvuku. Může nastat krvácení do mozku a to následkem křehkých cév, které neumí reagovat na změny průtoku a krevního tlaku v mozku. Nejčastěji k němu dochází v prvních dnech po porodu u dětí nejnižší váhové kategorie. Při nejlehčích formách dochází ke krvácení do

mozkových komor a následně ke vstřebání krvácení, prognóza je příznivá. Při těžších formách je zasažena mozková tkáň. V tomto případě nemá mozek reparační schopnost a dítě má do budoucna handicap. Dalším specifickým onemocněním mozku je cystická periventrikulární leukomalácie. Jedná se o postižení bílé hmoty mozkové, což je ta část mozku, kde procházejí nervové dráhy, které jsou odpovědné za hybnost. Následkem tohoto onemocnění může být dětská obrna.

Retinopatie

U nedonošených dětí může dojít k nadměrnému růstu cév na sítnici, odkud se rozrůstají do periferních oblastí. Příčinou může být např. dlouhodobá závislost na kyslíku nebo infekce. U nejlehčího stupně retinopatie dochází po určitém čase k úpravě, u vyšších stupňů je nutné přistoupit k operačnímu zákroku. Ojediněle operace není úspěšná a dítě má závažnou poruchu zraku.

Anemie (chudokrevnost)

Jde o snížený počet červených krvinek nebo nízkou hladinu červeného krevního barviva (hemoglobinu). Příčinou je nedostatečná tvorba nových krvinek v kostní dřeni. Dle závažnosti je nutné dodávat krevní transfuzi a podávat léky, vitamíny a železo.

Závažné komplikace, plynoucí především z nezralosti centrálního nervového systému, pak provázejí zejména novorozence s porodní váhou do 1000 g. S tíží nezralosti stoupá riziko zdravotních komplikací s nejistou prognózou, narůstá náročnost léčby, délka hospitalizace, ekonomické náklady. Musí se počítat s následky nezralostních komplikací jako postižení pohybových, psychických a smyslových funkcí a poruchy vývoje a růstu. Dnešní lékařství se snaží každého novorozence uchovat naživu, bez ohledu na možné následky těžké vady. Dlouhodobě je Česko v záchraně těchto dětí jednou z nejlepších zemí na světě, ale nedonošenců je už tolik, že vyvstal jeden z nejpalčivějších problémů – nedostatek finančních prostředků na kvalitní péči. Předseda neontologické společnosti a současně primář neonatologie v nemocnici U Apolináře Richard Plavka upozorňuje na nedostatek inkubátorů na jednotkách intenzívní péče. Prenatální centra sice díky grantovému programu nadace Charty 77 dostala dvanáct nových inkubátorů, avšak je jich potřeba desetkrát tolik. Dále dochází

k přetěžování kvalifikovaného personálu na speciálních odděleních a zároveň též k nedostatečnému finančnímu ohodnocení těchto pracovníků. Takže se mnohdy stává, že kvalifikovaný personál odchází za lépe placenou prací. Profesor Plavka zdůrazňuje, aby se tyto vážné nedostatky neopomíjely, protože právě tato specializovaná pracoviště, plně vybavená a s kvalifikovaným personálem jsou pro nedonošená miminka v prvních okamžicích života velmi důležitá a speciální péči potřebují na dlouhou dobu. Jejich hospitalizace trvá zhruba 60 až 100 dní. Uvádí, že v neonatologických centrech mají nedonošené děti větší šanci na přežití, až 85%. Mimo tato centra je to zhruba 65%. Profesor Plavka dále upozorňuje na skutečnost, že zatímco v roce 2000 se narodilo v České republice 5 277 miminek s porodní váhou nižší než dvě a půl kila, o devět let později už jich bylo 9 076. A 1400 miminek s hmotností pod 1500 g.

Česká neonatologická společnost potvrzuje vzrůstající počet předčasně narozených dětí a uvádí skutečnost, že právě v Praze a okolí se rodí nejvíce nedonošených dětí. V roce 2009 se narodilo v tomto regionu 30 tisíc dětí, z toho 2640 nedonošených (v roce 2000 jich bylo 1360). Dětí s hmotností pod dvě a půl kila bylo 2 200, s hmotností kolem kilo až kilo a půl jich bylo 215 a s hmotností pod jedno kilo jich bylo 225.

Je na místě položit si otázku, proč dochází ke vzrůstajícímu počtu nedonošených dětí. Příčin v dnešní době je mnoho. Ze strany matky je to špatná životospráva v těhotenství (kouření, drogy, alkohol), fyzická zátěž, stres, některá prodělaná onemocnění (infekce močových cest, vysoký krevní tlak, cukrovka, kardiovaskulární onemocnění),dále nízký věk rodičky (méně než 15 let), vyšší věk rodičky (více jak 35 let), též skutečnost, že stále více žen otěhotní jen díky umělému oplodnění a rodí se více vícerčat než dřív. Ze strany plodu jde především o ohrožení hypoxií (vzniká při nedostatečném přísunu kyslíku) a infekcemi při porodu.

Z tohoto důvodu jsou velice důležitá preventivní opatření:

l.Poradenská péče o těhotné.
2.Porodnická péče (předcházení možným porodním úrazům, infekcím – možnost poškození mozkové tkáně dítěte).
3.Péče o novorozence (řešení rozdílného Rh faktoru).

4.Péče kojenecká (včasná léčba infekčních a jiných chorob, např. opakované záněty středního ucha).
5.Různá očkování proti závažným infekčním onemocněním, pravidelné lékařské prohlídky, zdravotnická osvěta).

Důležitá je i prevence orgánových defektů. V rámci společnosti se snaží, aby dědičné choroby nevznikaly, aby se nepřenášely na potomstvo, aby dědičné odchylky postiženým neškodily. Významnou úlohu zde hraje genetické poradenství. Pravděpodobnost postižení dítěte lze poměrně přesně stanovit, a je-li riziko onemocnění dítěte větší než 10 %, nelze reprodukci doporučit.

Při zanedbání preventivní péče, ať už biologické (odstranění biologických příčin vzniku nemoci) či sociální (potlačení škodlivých okolností a rušivých sociálních, psychických vlivů) dochází ke skutečnosti, že se miminko narodí s určitou vadou, defektem (z lat.defectus = úbytek). Jedná se o tzv. vrozený defekt způsobený například rentgenovým či radioaktivním zářením, kouřením matky, závislostí matky na lécích, alkoholu, drogách. Mezi nejzávažnější defekty se řadí: *Downův syndrom.*
Vzniká následkem nadpočetného 47 chromozómu, jde o mentální retardaci projevující se menším vzrůstem, šikmým postavením očí, plochým kořenem nosu apod.

Fenylketonurie
Vrozená porucha metabolismu bílkovin

Fatální alkoholový syndrom (FAS)
Jde o důsledek působení alkoholu v prenatálním období. Dochází k duševní zaostalosti, deformaci tváře, vadám vnitřních orgánů.

Hypoxie
Vzniká při nedostatku kyslíku v prenatálním období, např. při těsném obtočení pupečníkové šňůry kolem krku.

Dětská mozková obrna (DMO)

Jedná se o postižení vývoje hybnosti v důsledku poškození mozku pod vlivem hypoxie. Abnormální svalový tonus přináší pohybově postiženému dítěti celou řadu omezení.

Kromě vrozených defektů mohou být i defekty získané během života. Jedná se o virové záněty mozku (encefalitida), bakteriální záněty mozkových blan (meningitida), různé úrazy mozku a poškození vlivem sociálního prostředí, v němž probíhá tělesný a duševní vývoj dítěte.

Podle charakteru se defekty člení na:

a) orgánové – vývojové vady (rozštěp rtu, defekty končetin) nemoc a následky (srdeční vada, obrna)

úrazy (deformace orgánu, poškození mozku)

b) funkční – porucha funkce organismu. Příčinami jsou nevhodné vnější vlivy prostředí, způsob výchovy. Jde o orgánové neurózy (srdeční a žaludeční) a psychoneurózy (fobie, poruchy spánku).

Životní i zdravotní perspektiva nedonošeného dítěte je velmi křehká. Krátce po porodu se málokdo odváží tvrdit něco s jistotou. Psychický stav ženy po předčasném porodu splňuje všechny charakteristiky krizové situace, rozvíjí se stres, a pokud nejsou vlastní copingové mechanismy ženy dostatečné a nedostane se jí odborné pomoci, dá se mnohdy i počítat s posttraumatickou stresovou poruchou či depresí. Bylo by proto nutné co nejdříve zapojit do celkové péče i školeného psychologa a personál, který bude rodinám vypomáhat ještě několik měsíců po propuštění z nemocnice. Bohužel „rodinnou“ domácí péči stát nepodporuje. Rovněž chybějí finanční prostředky na platy klinickým psychologům, kteří by měli být nedílnou součástí péče o rodinu s předčasně narozeným dítětem. Rodiče tak procházejí obrovským mixem pocitů, strachu, obav, že jejich dítě může být (nebo je) handicapované a zda mu budou potřebnou oporou a bude v jejich možnostech, poskytnout dítěti patřičnou péči.

Právě za účelem pomoci rodičům, kterým se předčasně narodilo miminko, došlo k založení Občanského sdružení Nedoklubko v červnu roku 2002 z iniciativy rodičů nedonošených dětí, jehož předsedkyní je Lenka Novotná. Toto sdružení zajišťuje pro rodiče cenné informace, hledá odpovědi na jejich dotazy, zprostředkovává kontakty jak s ostatními rodinami, tak s organizacemi specializujícími se na konkrétní problémy a celkově se jim snaží poskytnout co největší emoční podporu. Nedoklubko spolupracuje též s klinickými psychology a rodičům umožňuje konzultace. Dále poskytuje rodičům telefonickou informační a pomocnou linku, fungují i webové stránky, kde se rodiče mohou seznámit s veškerými akcemi, které sdružení pořádá. Přínosem jsou i pravidelná rodinná setkání nedonošených dětí. Pro všechny rodiče, kteří procházejí těžkým obdobím a často si nevědí rady, neboť jsou často jen minimálně informováni o vhodné péči pro své dítě, je spolupráce s tímto sdružením zásadní.

2. 4 Integrace a inkluze

Integrací rozumíme optimální přístupy a způsoby zapojení jednotlivce se zvláštními potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Integrace je určitým, kvalitativně vyšším stupněm adaptace jedince do společnosti. Takový člověk v ní dokáže bez problémů žít, cítí se být přijat a sám se s ní identifikuje.

Inkluzi je možné obecně chápat jako synonymum pojmu integrace. Mnozí ji však považují za její vyšší formu . Jedná se o dlouhodobý proces a znamená vytvoření diferencovaných podmínek různým dětem tak, že všechny – ač se svými schopnostmi mohou značně lišit – získávají prostředí, které je optimálně rozvíjí a přitom mohou pracovat ve společné, výkonově heterogenní sociální skupině. *[BARTOŇOVÁ, 2007,]*

Úspěšnost integrace závisí z velké části na samotném integrovaném jedinci. Nejde jen o to „někam člověka zaintegrovat“ za co nejnižší náklady bez toho, aby o to stál a přál si to. Je nutné položit si řadu otázek. Kolik lidí je opravdu spokojených? Jak poznáme, že spokojeni skutečně jsou? Kolik z nich se mohlo realizovat podle svých představ? Je nutné si uvědomit, že takový člověk opustí prostředí, ve kterém byl izolován a přichází do společenství a komunit ostatních lidí a nemusí nutně ze své

izolace vystoupit. Stává se, že dítě s mentálním postižením nedokáže se svými spolužáky v běžné třídě něco sdílet, povyprávět si nebo si zahrát nějakou hru a tím je izolováno od ostatních podobně, jako kdyby bylo zbaveno školní docházky a zůstávalo doma či v ústavu. Podstatou úspěšnosti tedy není zaintegrování co nejvyššího počtu lidí do institucí (škol, kroužků, pracovišť), nýbrž smysluplné začleňování člověka mezi ostatní lidi, které bude obohacující pro obě strany. *[ZEZULOVÁ, 2001,]*

Dalšími faktory ovlivňující úspěšnost integrace/inkluze jsou :

l. Rodina
2. Škola
3. Učitelé
4. Poradenství
5. Prostředky speciálně pedagogické podpory
6. Další faktory (organizace zdravotně postižených apod.)

Podívejme se na jednotlivé faktory podrobněji. Rodiče handicapovaného dítěte mají nesmírně náročnou životní situaci a mnohdy se dlouhou dobu neumějí vyrovnat se skutečností, že právě jejich dítě je postižené. Jde o to, aby rodiče tuto skutečnost přijali a zaujali konstruktivní přístup k realitě. Protože ve vztahu k integraci/inkluzi je velice důležité, aby své dítě maximálně podpořili a spolupracovali s odborníky.
[www.rodina.cz,1]

V každém případě je však nutná spolupráce všech zúčastněných, protože odborníci mohou od rodičů získat jedinečné informace o jejich dítěti a naopak rodiče od odborníků získávají přístup k objektivním informacím a radám. Je nutné brát na zřetel tu skutečnost, aby největší přínos z této spolupráce mělo právě dítě samotné.

Co se týče názorů rodičů na integraci/inkluzi, tak na jedné straně je skupina rodičů, kteří těžce nesou, že jejich dítě by nemělo navštěvovat běžnou školu. Z tohoto důvodu se snaží spolupracovat při začlenění svého dítěte mezi ostatní děti a aktivně se zapojují do procesu integrace/inkluze.

Na druhé straně stojí rodiče, kteří naopak usilují o umístění svého dítěte do specializovaného zařízení s tím, že právě tam se mu dostane nejlepší péče ve všech

směrech a to i za cenu toho, že leckdy musí vynaložit velké finanční částky například na dojíždění do takového zařízení či na uhrazení pobytu v internátě. [www.dobromysl.cz,8]

Pokud však rodiče projeví zájem o začlenění svého zdravotně postiženého dítěte do běžné školy ve své obci či blízkém okolí, vzejde právě od nich první impuls ke spuštění procesu integrace/inkluze. Rodiče by se v první řadě měli obrátit na speciálně pedagogické centrum ve svém kraji, které zajistí komplexní vyšetření a diagnostiku dítěte. Toto centrum poté podá návrh řediteli příslušné školy o začlenění zdravotně postiženého dítěte do vyučovacího procesu. Ředitel školy na základě doporučení takového centra rozhodne o přijetí či nepřijetí dítěte.

Ne vždy se však podaří spolupráci rodičů se školou uskutečnit. V některých případech nechtějí školy děti se zdravotním postižením přijímat, neboť se obávají komplikací. Právě tady pedagogům chybí odvaha, vstřícnost a ochota. A rada pro rodiče z jejich strany : Dejte dítě do speciální školy.

Právě dalším nepostradatelným faktorem v procesu integrace / inkluze je škola.

Pokud škola integrující děti se speciálními potřebami dokáže potřebám žáků vyjít vstříc a bude oceňovat rozdíly, stává se přirozeným prostorem pro nácvik sociálních dovedností a morálního chování všech dětí. Žáci bez speciálních potřeb jsou vedeny k tomu, aby se naučily komunikovat a pracovat se spolužáky, kteří mají speciální potřeby. Je třeba, aby byly vedeny k porozumění a toleranci, ke vnímání hodnoty rozdílů. Na druhé straně děti s vývojovými poruchami potřebují rozumět tomu, jak se mají chovat ve skupině. Škola se tak stává jednou z nejdůležitějších příležitostí pro sociální učení.

Je třeba připomenout, že učivo v běžných školách je bohatší a různorodější než ve speciálních školách. Je obsažnější a klade větší nároky na výuku základních školních dovedností, jako je čtení, psaní a počítání. Vyučuje se více předmětů, žáci se seznamují s různými aspekty kultury, historie, zeměpisu, přírodních věd. Na speciálních školách je výsledná úroveň znalostí nižší a neumožňuje žákům docílit ukončeného středoškolského vzdělání ani stejných příležitostí v životě.

Je na místě zdůraznit, že projekt školské inkluze je přijímán veřejností velmi pozitivně. Pryč je období, kdy se naše společnost styděla za své postižené spoluobčany a ti neměli možnost se v rámci ní realizovat. Je třeba zmínit i fakt, že kvalitní

spolupráce školy je s různými charitativními organizacemi, občanskými sdruženími i s podnikatelskými subjekty. [www.dobromysl.cz, 5]

Pedagogové jsou nedílnou součástí inkluzivního vzdělávacího procesu spolu s rodiči a managementem školy. Na základních školách je velice obtížné sestavit hned od počátku procesu inkluze kvalitní pedagogický tým učitelů se zaměřením na speciální školství. Je to běh na dlouhou trať. Ne vždy patřičné vzdělání, ale hlavně láska k dětem se všemi jejich problémy, pořádná dávka trpělivosti, taktu, zodpovědnosti a dalších povahových rysů musí být u lidí, kteří chtějí pracovat ve třídě se zdravotně postiženými dětmi. Obecně platí slogan „bude mnoho oslovených, ale málo vyvolených“.

Ohledně vzdělávání učitelů v oblasti budoucí práce s handicapovanými je trend takový, že ve většině zemí probíhá příprava budoucích učitelů běžných a speciálních škol odděleně. Pedagogové bez speciálního vzdělání v průběhu své kariéry navštěvují různé semináře a kurzy, aby získali co nejvíce informací a dostali se více do hloubky dané problematiky. Kromě pedagogů by se postupně na školách měly uplatnit profese, jako je školní psycholog, logoped, rehabilitační pracovník, asistent pedagoga.

Dalším důležitým faktorem jsou speciálně pedagogická centra. Jejich činnost je legislativně zakotvena ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. O poskytování poradenských služeb ve školských zařízeních.

Tato centra zajišťují komplexní diagnostiku dítěte (speciálně pedagogická a psychologická), dále konzultují se zákonnými zástupci, pedagogickými pracovníky, školou a zapůjčují kompenzační a rehabilitační pomůcky atd.

Centra mají krajskou působnost a podávají návrh na integraci konkrétního dítěte do konkrétní školy.

Mezi prostředky speciálně pedagogické podpory patří bezesporu činnost osobních asistentů. Takový člověk poskytuje fyzickou výpomoc handicapovanému dítěti. Náplní práce je pomoc dítěti s orientací po školní budově, při přesunech mimo budovu, s jednoduchou obsluhou a s přípravou pomůcek na vyučování. Cílem osobní asistence není vytvářet závislost, ale zprostředkovat klientovi rovný přístup k životním šancím, zlepšit kvalitu jeho života a dopomoci mu k reálně dosažitelné nezávislosti při sebeobsluze a vzdělávání. Jde o sociální činnost, bez omezení rozsahu, místa a času na základě dohody se zákonným zástupcem. Nejedná se o pedagogickou činnost. Osobní

asistent je velkou oporou zdravotně postiženému dítěti a měl by oplývat dostatečnou dávkou empatie, trpělivosti, ochoty a komunikativnosti. Takový člověk může být i rodinným příslušníkem. [www.dobromysl.cz, 7]

Pilířem školní integrace je asistent pedagoga. Takový člověk má pedagogické vzdělání a na škole pracuje na základě doporučení speciálně pedagogického centra nebo pedagogicko-psychologické poradny. Náplň práce asistenta stanoví ředitel školy a ten také koordinuje spolupráci s učitelem tak, aby vzdělávání žáka se zdravotním postižením probíhalo co nejúčinněji. Asistent je přítomen ve třídě po celou dobu vyučování, pracuje s dítětem podle IVP (Individuálně vzdělávací plán), má k dispozici potřebné pomůcky, je součástí týmu pro tvorbu IVP, účastní se všech schůzek, které se týkají integrovaného dítěte a účastní se pravidelných školení asistentů. *[ZELINKOVÁ, 2001,]*

Vzhledem k nedostatku finančních prostředků nemůže škola ve většině případů zajistit dopravu postižených dětí z domovů do školy a naopak, tudíž si rodiče odvoz zajišťují sami.

Dalšími prostředky speciálně pedagogické podpory jsou učební, kompenzační a rehabilitační pomůcky pro handicapované děti. Tyto si mohou školy zapůjčit od speciálně pedagogických center nebo peníze na jejich zakoupení získat v rámci nějakého projektu či grantu.

V neposlední řadě je nutné vyzdvihnout i důležitost vytvoření takových učebních plánů a osnov, aby vyhovovaly jak handicapovaným tak ostatním dětem. V případě potřeby je nutné začít s netradiční výukou, úpravou učebních témat, vytvořením nové struktury vyučovací hodiny a využíváním alternativní způsoby výuky. Třídu rozvrhnout tak, aby vznikl dostatečný prostor kolem pracovních stolků, židlí a byl vytyčen prostor pro relaxaci.

Mezi další faktory se řadí architektonické bariery. V minulosti tato otázka nebyla nikdy řešena a v současné době probíhá neustálý boj zdravotně postižených lidí za zlepšení přístupnosti veřejných míst.

Postoj k handicapovaným občanům byl v dřívějších dobách velmi rozpačitý až odmítavý, v posledních letech však zcela jistě pozorujeme změnu těchto postojů k lepšímu, zvláště pak u mladé generace. Za zmínku stojí připomenout i činnost nejvýznamnější a největší organizaci zdravotně postižených, a tou je Národní rada

zdravotně postižených, která se snaží odstraňovat psychologické bariéry mezi handicapovanými a ostatními občany.

Inkluze je v souvislosti se začleňováním osob se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním mezi další občany relativně novým pojmem. Začal se nejprve používat ve Velké Británii kolem roku 2000, nově je přejímán i v České republice. OSN přijala na konci roku 2006 úmluvu o právech osob se zdravotním postižením. Český stát je jedním ze zhruba stovky zemí, které úmluvu podepsaly.

Úmluva OSN o právech lidí s postižením

Je první mezinárodně právně závaznou normou pro tuto skupinu lidí a českým Parlamentem byla ratifikována 28.9.2009. Dne 12.února 2010 byla oficiálně vyhlášena ve Sbírce mezinárodních smluv pod číslem 10/2010.

Ústava České republiky v čl. 10 stanoví, že vyhlášené mezinárodní smlouvy, k jejichž ratifikaci dal Parlament souhlas a jimiž je Česká republika vázána, jsou součástí právního řádu. Po ratifikaci se musí postupně měnit legislativa, aby Úmluva byla dodržována.

Články Úmluvy garantují všem lidem s postižením stejná práva jako mají ostatní. Nejdůležitější články pro lidi s mentálním postižením jsou například: právo na nediskriminační přístup, přístup k informacím, komunikačním technologiím a službám, které musí být dostupné v přiměřené formě, aby umožnily postiženým lidem účastnit se všech oblastí života ve společnosti, právo na přístup k asistenci, kterou potřebují k uplatnění své právní způsobilosti, právo uzavřít manželství, právo na vzdělání v inkluzivním vzdělávacím systému, nebo právo se podílet na politickém a veřejném životě. [www.dobromysl.cz, 2]

Mnohem dříve byly formulovány a přijaty důležité listiny týkající se práv dětí, konkrétně Charta práv dítěte v roce 1959 a Úmluva o právech dítěte z roku 1989.

Dítě je považováno za plnohodnotnou lidskou bytost a je zdůrazňována rovnost příležitostí všech lidí včetně těch s postižením bez jakékoli diskriminace.

Rovnost příležitostí a základní práva a svoboda všem lidem bez rozdílu jsou ustaveny i v Listině základních práv a svobod (ústavní zákon č. 2/1993 Sb.) zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní či etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.

Sdělení č. 104/1991 Sb. o *Úmluvě o právech dítěte*

Je založena na čtyřech základních principech :

l. *Právo na přežití* – zaručuje zachování života a uspokojování základních potřeb dítěte.
2. *Právo na rozvoj* – umožňuje harmonický rozvoj dítěte, včetně práva na vzdělání, volný čas, svobodu myšlení a vyznání, rozvíjet své schopnosti a nadání.
3. *Právo na ochranu* – chrání dítě před násilím, všemi druhy zneužívání a zanedbávání a před sociálně patologickými jevy.
4. *Právo na účast* – umožňuje dítěti vyjádřit svůj názor ve všech záležitostech, které se ho týkají.

Další základní prameny, které upravují práva dítěte, jsou tyto:

Zákon č. 359/1999 Sb. o sociálně právní ochraně (zákon upravuje zásady sociálně právní ochrany dítěte, opatření a zařízení sociálně právní ochrany, poskytování ochrany pověřenými osobami).

Zákon o rodině č. 94/1963 Sb. (upravuje mimo jiné vztahy mezi rodiči a dětmi, zastupování dětí, rodičovskou zodpovědnost, sociálně-právní ochranu dětí).

2. 5 Rodina

Rodinu chápeme jako primární společenskou instituci, která se nesmazatelně podepisuje na rozvoji osobnosti každého jedince. Rodiče jsou za své dítě odpovědni, mají povinnost o něj pečovat a vychovávat, což také vyplývá ze zákona. Z hlediska společnosti je rodina chápána jako základní společenská jednotka, je primární skupinou,

do níž člověk vstupuje. Lze ji také charakterizovat jako instituci, která formuje osobnost, má závazné uspořádání a pravidla soužití. (Zákon o rodině č. 94/1963 Sb.). Rodina vytváří tzv. mikroprostředí a je základním činitelem demografického vývoje.

Rodina má tyto funkce:

biologicko-reprodukční:
-zabezpečuje udržení života početím a narozením potomka potřebnými podmínkami pro život a vývoj jedince
socializačně-výchovná:
-týká se zájmu o dítě a zajištění kvalitní péče o ně po stránce emotivní, fyzické, psychologické, sociálních návyků a také zahrnuje výchovu, vzdělání a porozumění
ekonomicko-zabezpečovací:
-zahrnuje povinnost starat se o děti, vytvářet jim hmotné zabezpečení
emocionální:
-je vázána na plně rozvinutého člověka, klade důraz na vytváření domova, klidného prostředí, harmonii ve vztazích, zájem o dítě

S funkcemi rodiny souvisí též pojem dysfunkce rodiny, což je narušená schopnost rodiny zajišťovat některou z jejích základních rolí, zejména ve vztahu k dítěti, jeho výchově a péči o ně.

Dítě, které přichází na svět, přináší rodičům nové zkušenosti, poznatky, citový vztah, společenský status, dává jim smysl života a také otevřenou budoucnost. Avšak narodí-li se dítě s postižením, nastává období konfrontace rodičů s touto skutečností a označuje se jako fáze krize rodičovské identity. Lze ji chápat jako reakci rodičů na skutečnost, že jejich dítě je jiné, jeho perspektiva a budoucnost je pro ně nejasná a život všech zúčastněných komplikovaný.

Zásadní vliv na způsob vyrovnávání se rodičů s postižením svého dítěte a také na postoj k němu má způsob sdělení informace o postižení dítěte odborníky. Tato zpráva by měla být sdělena oběma rodičům zároveň. Pokud jde o postižení, které je patrné hned po porodu, je nutné rodiče informovat v době, kdy je matka s dítětem ještě v porodnici. U postižení, která se projeví později, je nutno informovat rodinu ihned po potvrzení

diagnózy. Odborník by si měl udělat na rodiče čas a vysvětlit příčiny a podstaty postižení, objasnit alternativy s jejich výhodami i riziky a dát pak rodičům možnost volby, ale i naděje do budoucna. Důležité je také zapojit rodiče do procesu diagnostiky a terapie, což předpokládá přijetí rodičů jako rovnocenných partnerů.

Prožívání a chování rodičů dítěte s postižením se v průběhu času mění. Tyto projevy lze shrnout do následujících fází:

Fáze šoku a popření

Rodiče si nechtějí připustit tuto neblahou skutečnost. Odmítají ji. Nechtějí se smířit s existencí postižení svého dítěte.

Fáze bezmocnosti

Rodiče nevědí, co mají dělat, neumí situaci řešit. Prožívají pocit viny vzhledem k dítěti a pocity hanby k očekávaným reakcím ostatních lidí.

Fáze adaptace a vyrovnávání se s problémem

Tato fáze je charakteristická zvýšeným zájmem rodičů o další informace. Snaží se vyhledávat odborníky a pronikat tak více k dané problematice. Chtějí vědět, jaká je podstata postižení dítěte, touží mu lépe rozumět a pomáhat. Je však nutno podotknout, že rodiče často nejsou schopni informace racionálně zpracovat a negativní emotivní reakce se vztahují zvláště k předpokládané příčině postižení, kdy hledají viníka jak v rodině, tak i mimo ni. K vyrovnávání se s touto zátěží mohou využít obranných reakcí pasivních (umístění dítěte do ústavu, odchod jednoho z rodičů z rodiny) nebo aktivních (hledání pomoci u lékaře, často i agresivita vůči předpokládanému viníkovi). K jaké strategii zvládání zátěže se rodiče přikloní závisí na mnoha faktorech – zkušenosti rodičů, věk, vyzrálost, osobnostní vlastnosti, zdravotní stav, kvalita partnerského vztahu.

Fáze smlouvání

Jde o přechodné období, kdy rodiče již přijali postižení svého dítěte, ale snaží se získat alespoň malé zlepšení zdravotního stavu (například dítě bude částečně vidět),

Avšak v tomto období dochází k celkové únavě a vyčerpanosti pramenící z náročné péče o dítě. Je však obzvláště nutné, aby si rodiče udrželi dobrou tělesnou i duševní kondici, aby tak těžký úkol zvládli. Dítě potřebuje oporu a porozumění. Rodiče jej musí výchovně vést, mnohému je naučit, bojovat s překážkami, plánovat a vytvářet pro něj zábavu a potěšení. Stojí to mnoho práce, energie, odříkání, sebezapření a trvá to dlouhou dobu. Základní doporučení je jednoduché – péči o dítě rozdělit mezi jednotlivé členy rodiny. Je v zájmu dítěte, aby rodiče dbali na své zdraví a měli dostatek odpočinku.

Fáze realistického postoje

Rodiče postupně akceptují tu skutečnost, že jejich dítě je postižené a přijímají je takové, jaké je. Do této fáze však nemusejí dospět všichni rodiče. Dosažení této fáze je odrazovým můstkem pro zahájení etapy soužití rodiny, kdy rodiče přestávají pojímat postižené dítě jako neštěstí, ale začnou je brát jako životní úkol, tedy bezvýhradně přijmou dítě jaké je, respektují ho a přijmou identitu rodičů s postižením. Rodiče musí realisticky zvážit, jak dalece dokážou jeho potřeby zajistit, jak vydrží se svými silami, kdo a kdy jim bude v budoucnosti pomáhat. Je tu řada otázek, do jaké míry se bude dítě vzdělávat ve škole? Je možná kombinace výchovy v rodině s pobytem v denním stacionáři? Bude vhodnější ústavní umístění dítěte? Je možné mít další dítě? Všechny tyto otázky musí rodiče zodpovědně uvážit, protože se jedná zajištění co nejlepší budoucnosti pro své dítě.

Rodiče postižených dětí jsou zatíženi úzkostmi, napětím a nezvyklými pracovními a výchovnými nároky, jak je přináší péče o postižené dítě. Zvláště pro otce je to obrovská psychická zátěž. Úzkost přechází v pocit beznaděje a zoufalství. Tento stav může trvat u různých lidí různě dlouho. A pro mnohé otce se situace stává nezvladatelnou. Prožívají velikou úzkost a z ní často pramení určitá agresivita vůči někomu (většinou matce dítěte). Dochází i k vážným stavům deprese, kdy pomůže jen včasná psychiatrická pomoc. Rodiče hledají viníka v sobě navzájem (zkušenost však říká, že v naprosté většině případů není vinen nikdo). Dochází k narušení rodinného soužití a obviňování a agrese se stává živnou půdou pro nedorozumění a nesoulad, nakonec často i pro rozvod, což je právě to, čeho by se rodina s postiženým dítětem měla zvláště vyvarovat.

Je nutné zmínit, že následky odchodu otců od rodiny jsou nedozírné a mohou začínat u matek samých, neboť po spálení mostů jsou vystaveny veškerým možným rizikům od problémů s nezvládáním vedení domácnosti, péčí o postižené dítě, hmotným zabezpečením až po emoční problémy spojené s ohrožením osobní identity. Dítě ztrácí vše, co s druhým rodičem souvisí : hmotné statky, praktickou pomoc v nejrůznějších situacích, výchovné působení a citový vztah. *[MATĚJČEK, 2002,]*

Rodiče by měli vzájemně sdílet požitky, posilovat a povzbuzovat se a být si navzájem oporou. Jedině tak mohou svému postiženému dítěti vytvořit harmonické a láskyplné prostředí. Vždyť právě láska a bezpečí jsou nejvýznamnější sociální potřebou dítěte a každý rodič by tuto potřebu měl bezvýhradně plnit.

Pomoc rodině

Rodiče, kterým se narodí postižené dítě, potřebují velkou pomoc a podporu od rodiny, příbuzných či známých, ale též od občanské společnosti s různými organizacemi a spolky, sdružujícími se lidmi se stejnými cíly. Velkým přínosem je setkávání se s rodiči podobně postižených dětí, hovořit s nimi, pobýt s nimi nějaký čas, předávat si vlastní poznatky a zkušenosti. Toto vše má nepochybně velký psychohygienický a terapeutický význam.

Významnou pomocnou úlohu hraje fungující zdravotní a sociální systém. Některá zařízení nabízejí rodičům postižených dětí pomoc ve formě respitních (krátkodobých) pobytů. Zajišťují pro děti pobyt a péči o ně, například v době nemoci rodičů nebo v době jejich dovolené. Je-li dítě těžce zdravotně postiženo, může být umístěno do některého z denních stacionářů, podle druhu a postižení dítěte. Zde je dítě vedeno pod dohledem odborníků k nácviku sebeobsluhy a k dovednostem nutným pro běžný život. Později se může připravovat na jednoduché pracovní úkony. Pobyt ve stacionáři lze velmi dobře kombinovat s výchovou dítěte v rodinném prostředí. Pokud se dítě obtížně adaptuje, je možné umístit je do zařízení s internátním pobytem od pondělí do pátku. Víkendy potom tráví dítě s vlastní rodinou.

Je však nutné si uvědomit, že jako pro běžnou populaci i pro zdravotně postižené je nejpřirozenější prostředí rodina. Je proto nutné vytvářet všechny podmínky pro to, aby rodiny nemusely své postižené děti dávat do ústavních zařízení. Cílem je všemi

dostupnými způsoby podporovat právo zdravotně postižených na rodinný život a na integritu své osobnosti. Opatření, kterým se toho dosáhne, je zvýšení podpory rodin s těžce zdravotně postiženými dětmi.

Velkým přínosem pro rodiče s postiženým dítětem je existence rané péče, která své služby nabízí od narození dítěte do věku sedmi let. Působí již 18 let a její pomoc využívá ročně až 600 rodin. Své služby nabízí zdarma. Tato společnost poskytuje tzv. mobilní péči – to znamená, že za dětmi a jejich rodinou dojíždí pracovník rané péče přímo domů. Výhodou tohoto přístupu je fakt, že děti ani jejich rodiče nejsou vytrženi z přirozeného domácího prostředí a ze své komunity.

Informace o poskytovatelích rané péče předá v daném regionu rodičům lékař (neonatolog, pediatr nebo specialista), sociální pracovník nebo další odborník, například psycholog. Rodina, která má o spolupráci zájem pak kontaktuje konkrétního poskytovatele rané péče, dojde k dohodě o podmínkách a průběhu služby.

Program rané péče je zaměřen na pomoc celé rodině. Rodičům poskytují odborníci výchovné, psychologické, odborné i sociální poradenství, pomoc při výběru vhodných metod práce s dítětem, zapůjčují pomůcky, hračky a odbornou literaturu, seznamují rodiče se stimulačními programy a technikami, vhodnou terapií pro dítě, nabízejí pomoc při prosazování svých práv a zájmů. Společnost se maximálně snaží o to, aby se rodiče mohli kompetentně a zodpovědně starat a vychovávat vlastní děti v rodinném prostředí.

V tomto kontextu je nutné připomenout i působnost občanských sdružení, která prosazují a hájí zájmy a práva občanů se zdravotním postižením a snaží se o co největší integraci těchto lidí do společnosti. Tato sdružení poskytují služby lidem se zdravotním postižením (školy, stacionáře, pečovatelská služba, osobní asistence, poradenství). Snad každý typ zdravotního postižení má zastoupení, pro jehož překonávání se lidé sdružili, ať už do svépomocných společenství poskytujících si vzájemnou podporu a pomoc, či do společenství dobročinných, pomáhajících nějaké skupině takto postižených lidí. Jde o sdružení vzniklá z občanské iniciativy a jsou nestátními organizacemi financovány z velké části státem prostřednictvím dotací.

Z nejznámějších jsou to: Česká rada humanitárních organizací, Česká národní rada zdravotně postižených, Sdružení pro ucelenou rehabilitaci postižených a další. Dále jsou

to organizace, specializující se na určité zdravotní postižení, jako například SONS – sdružení pro pomoc nevidomým a slabozrakým v ČR, SNN – sdružení pro pomoc neslyšícím, FOKUS – sdružení pro lidi s psychickými potížemi, DUHA – integrace osob s mentálním postižením a další.

2. 6 Předškolní vzdělávání

Významnou součástí vzdělávacího procesu je předškolní vzdělávání v mateřských školách. Působení učitelek a vrstevníků a kladení výchovných požadavků na dítě vytváří specifické sociální prostředí, které je pro vývoj dítěte nesmírně důležité. Mateřská škola očekává, že si dítě bude postupně osvojovat pravidla, která jsou považována za důležitá pro začlenění jedince do společnosti. Mateřská škola je ideálním prostředím, kde lze podchytit případné problémy dítěte. Učitelka může podpořit rodiče a doporučit jim individuální postup. Rodina pak posléze může snáze přistupovat k výběru vhodné základní školy. Přijetí integrovaného dítěte do mateřské školy znamená zároveň přijetí rodiny do společenství rodin ostatních dětí. Pro úspěšnou integraci je potřebná příprava prostředí a spolupráce všech, kdo se na integraci budou podílet: děti, rodiče, pedagogové a ostatní zaměstnanci školy.

Handicapovaných dětí je podle informací Českého statistického úřadu v populaci kolem 3,7 %. Ty s mírnějšími potížemi mají větší šanci na integraci do běžné mateřské školy, pro ostatní existuje potom možnost docházet do mateřské školy speciální. Po celé republice je jich řada a mají různá zaměření podle typu vad – chodí do nich děti s problémy řečovými, sluchovými, zrakovými, tělesnými, mentálními, zdravotním oslabením či s více vadami.

Běžná i speciální mateřská škola mají své výhody i nevýhody. Ke kladům běžné MŠ určitě patří blízkost bydliště dítěte a začlenění do místní komunity obce a dále velké možnosti přirozeného sociálního učení od zdravých dětí, které je zvláště pro některá postižení, např. vady řeči, nezastupitelné. Naopak nevýhodou běžné školky pro dítě s postižením je většinou neexistence speciálně-pedagogické péče, rehabilitační péče, vysoký počet dětí ve třídě, nižší počet pedagogického personálu atd. Ze zákona se třída běžné mateřské školy má naplňovat do počtu 24 dětí a třída, ve které jsou integrovány děti se zdravotním postižením, maximálně do počtu 19 dětí, v závislosti na typu vady.

V dnešní době je však skutečnost taková, že vzhledem k vysoké porodnosti praskají všechny mateřské školy ve švech. Z tohoto důvodu nemají běžné mateřské školy ve většině případů o integraci zájem, a to i vzhledem k ekonomickým podmínkám (nižší přísun financí, neustále se zvyšující požadavky na vzdělání a kvalifikovanost, ochotu se dále vzdělávat) a k technickým podmínkám (vytvoření bezbariérových přístupů). V mnohých případech jsou tak rodiče, přestože mají o integraci mimořádný zájem, nuceni umístit své handicapované dítě do speciální mateřské školy.

Charakteristika dítěte předškolního věku

Předškolní věk je vymezen zhruba od tří do šesti let věku dítěte. Na začátku tohoto období dítě nastupuje do mateřské školy, na konci do základní školy. Dítě vyspívá po stránce tělesné, pohybové, intelektové, citové i sociální. Rozvíjí se manipulační schopnosti, přibývá svalová tkáň, dozrává mozek a zlepšuje se rychlost a pohotovost. Mezi čtvrtým a šestým rokem nastává rozvoj myšlení a vzrůstá jeho slovní zásoba. Postupně se učí formulovat své myšlenky a vyjadřovat své pocity. Zásadní psychickou potřebou pro tyto děti je hra. Ta je hlavním ukazatelem vývojové úrovně dítěte, umožňuje pozorovat případné vývojové zvláštnosti. Ve hře i vypravování se často uplatňuje i fantazie – živá a tvořivá. U dětí se projevuje potřeba kontaktu s vrstevníky, vyhledávají kamarády a spoluhráče. Projevují radost z poznání nové činnosti nebo ze získání nových zkušeností.

Velmi důležité v tomto věku je i vyjádření kresbou. V té se odráží pocity, přání, představy. Mezi psychology a pedagogy se již dávno ví, že kresba představuje „Královskou cestu“ do dětské duše. Kresba, podobně jako i ostatní chování člověka, zjevuje osobnost autora a jeho vztahy, podává sdělení o citovém a požitkovém světě dítěte. Dítě tu odhaluje obsahy, o nichž by se mu jinak nevypovídalo snadno, buď proto, že se mu ještě nedostává slov, anebo proto, že si neuvědomuje svůj stav. Užívá obrazů a symbolů, které tlumí syrovost nebo naléhavost obsahů a prožitků. Kresba takto tomu, kdo jí rozumí, např. zkušenému dětskému psychoterapeutovi, nabízí klíče k pochopení zašifrovaných problémů dítěte. Zajímavé a vypovídající jsou i kresby handicapovaných dětí, o kterých se v krátkosti zmíním. Například děti s vadou sluchu kreslí hřmotnou postavu s velkými ústy (jsou synonymem prostředku dorozumívání). Kresba

představuje skutečnost, že toto dítě špatně komunikuje s okolím. Motoricky postižené dítě (včetně dítěte s vrozenou poruchou pohybové soustavy) odmítá kreslit samo sebe, neboť si své postižení uvědomuje. Postupem času se svému handicapu přizpůsobuje a jeho obrázky se začínají podobat obrázkům tzv. normálních dětí. Kresby duševně postižených dětí jsou instinktivní, často jsou to spirály, čáry, ploty. Předměty obkresluje mnoha čarami, jeden od druhého odděluje, čímž dává najevo svůj pocit odtržení od světa. Grafický projev je primitivní.*[DAVIDO, 2001,]*

Pedagog v mateřské škole

Učitel v mateřské škole je osobnostně vyzrálý jedinec, který má kompetence k převzetí odpovědnosti za rozvoj dítěte, za podporování jeho potřeb a individuality. Vede děti k samostatnosti a dává jim důvěru v jejich schopnosti učit se a rozvíjet se. Dbá na to, aby se děti cítily po všech stránkách v pohodě, aby měly dostatek podnětů k učení a radosti z něho. Posiluje sebevědomí dětí a podporuje individualitu dítěte.

V mateřské škole je minimálně jeden pedagog, který má základy speciální pedagogiky, pokud chce mateřská škola integrovat. Další vzdělávání probíhá formou kurzů o integraci, které zajišťují Speciálně pedagogická centra a Pedagogicko-psychologické poradny. Zde se učitelé seznamují spíše s teorií, praktické rady získávají od zkušených odborníků, kteří s handicapovanými dětmi pracují.

Předškolní pedagog by měl být specializovaný odborník. V dnešní době je možnost studia Učitelství pro MŠ v bakalářském studijním programu, na nějž navazuje magisterské studium. Učitelky, které se chtějí věnovat dětem se specifickými vzdělávacími potřebami, mohou studovat bakalářský obor speciální pedagogika, kde se zaměřují i na konkrétní druh postižení. Také zde je možnost pokračovat v magisterském studiu. *[DYTRTOVÁ, 2009,]*

Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (RVP PV)

Jedná se o základní pedagogický dokument a je platný od roku 2003/2004. Je to veřejný dokument a vymezuje hlavní podmínky, požadavky a průběh předškolního vzdělávání. Představuje východisko pro tvorbu školních vzdělávacích programů.

Základní myšlenkou RVP PV je podpora individuality dítěte a respektování jeho možností. Tento program tvoří rámcovou strukturu pro přípravu školních nebo třídních vzdělávacích programů i pro děti, které mají speciální vzdělávací potřeby. Pro všechny děti jsou společné rámcové cíle a záměry předškolního vzdělávání.

RVP PV vymezuje druhy postižení dítěte a vymezuje podmínky pro vzdělávání těchto dětí. Děti mají podle druhu postižení právo na speciální pomůcky, přizpůsobení obsahu a formě vzdělávání. Mateřské školy by měly zajistit především bezbariérový přístup, vhodné kompenzační pomůcky, spolupráci s odborníky, asistenty, klidné a vlídné prostředí.

Dalším důležitým dokumentem v mateřských školách je Školní vzdělávací program (ŠVP)

Tento program si tvoří každá mateřská škola sama. Odpovědnost za jeho vypracování nese ředitelka MŠ a vytváří ho celý pedagogický sbor. Program má systematicky rozvíjet a podporovat schopnosti a dovednosti dítěte a naplňovat klíčové kompetence.

Každá třída si na základě tohoto programu zpracovává třídní vzdělávací plán, který je ředitelkou MŠ kontrolován a aktualizován.

Součástí Školního vzdělávacího programu by měl být i Individuálně vzdělávací plán pro dítě se specifickými vzdělávacími potřebami, na jehož vypracování se podílí učitel, asistent, garant z poradenské instituce, rodiče. Jedná se o týmovou spolupráci, protože efektivita integrace závisí na všech zúčastněných.

Je důležité si uvědomit, že nástup dítěte do předškolního zařízení je důležitým mezníkem v lidském životě a zařazení dítěte do kolektivního zařízení má proto nezastupitelný vliv na rozvoj jeho kompetencí. Každé dítě, i to handicapované, potřebuje vyrůstat v láskyplném prostředí a být obklopeno svými vrstevníky a to především v běžném prostředí. Nepodaří se sice změnit postižení dítěte, ani ho naučit perfektně dovednostem, které nemá osvojeny, ale může se mu zlepšit jeho život, může mu být vhodnou formou přiblížen svět, který ho obklopuje.

České školství prochází od roku 1989 řadou změn a reforem především v základním a středním školství. Kromě mateřských škol, které měly i před tímto obdobím mnohdy lepší úroveň než v západoevropských zemích. Byl vytvořen model několikastupňového studia, jenž byl aplikován u většiny studijních oborů, u nichž je možné kvalifikaci navyšovat.

Strukturální školství se ve své podstatě nezměnilo, je stále členěno na jednotlivé stupně škol, respektive úrovně vzdělávání – na předškolní výchovu, základní vzdělání, střední a vyšší vzdělání a vysokoškolské vzdělání – jak to podrobněji vymezuje mezinárodní norma pro klasifikaci vzdělávání ISCED (1999). K výrazným proměnám došlo uvnitř jednotlivých stupňů školy, například v délce vzdělávání v jednotlivých stupních (dnes na vysokých školách bakalářské, tj. kratší studium a magisterské, tj. delší studium), vznikly zcela nové druhy škol (například vyšší odborné školy) a typy vzdělávání (například distanční vzdělávání).

V současné době se ve školství hledají nové způsoby, jak cestu vzdělávání žákům usnadnit, zpříjemnit a hlavně zefektivnit. Je kladen především důraz na přístup k žákům, hledání cest partnerství mezi žáky a učiteli a umožnění rozvoje jednotlivých talentů. Za pozornost jistě stojí, že v mnohých školách je využívána *metoda Marie Montessori*, která je založena na teorii volného osobnostního rozvoje od nejranějšího věku, kdy se tvoří dětská individualita a v tomto období je základ všeho, čím může být člověk nadaný. Dále se ve školách pracuje podle koncepce *Waldorfská škola*, která pochází od německého filozofa Rudolfa Steinera a zdůrazňuje spolupráci s rodinou, klade důraz na vzdělávání dětí v co nejširším měřítku a podstatou je vychovat z dětí svobodné osobnosti s vlastním názorem. V neposlední řadě je nutné zmínit též program *Začít spolu*, který je v České republice realizován od roku 1994 v mateřských školách a od roku 1996 na prvním stupni základních škol. Zaměřuje se na individuální přístup k dětem, integrované učení hrou a činnostmi a klade důraz na spolupráci s rodinou. *[GARDOŠOVÁ, 2003,]*

Zásadní změna nastala ve vzdělávání dětí se specifickými potřebami (děti s tělesným nebo mentálním postižením a děti zdravotním či sociálním znevýhodněním). Zatímco před rokem 1989 byl celý systém nastaven k podpoře segregace a běžnou praxí

byla izolace řady dětí v ústavech a léčebnách, dnes naše společnost zaujímá k těmto dětem opačný postoj a snaží se o jejich začlenění, jak do vzdělávacího procesu, tak do běžného života.. [www.zrcadlo.blogspot.com,6]

Proces integrace, její podmínky a průběh vzdělávání dětí se specifickými potřebami je zakotveno ve školském zákoně (zákon č. 561/2004 Sb.). Tento školský zákon vymezuje okruh osob, kterými jsou děti se specifickými vzdělávacími potřebami. Konkretizuje zdravotní postižení, zdravotní a sociální znevýhodnění a určuje, kdo zajišťuje speciální vzdělávací potřeby dětí. Tento zákon podporuje propojení speciálního školství se školami běžného typu a významně posiluje individuální integraci dětí a žáků se speciálně vzdělávacími potřebami do běžných škol.

Vyhláškou MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se stanoví zásady a cíle speciálního vzdělávání. Stanovuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením, školy při zdravotnických zařízeních, typy speciálních škol, individuální vzdělávací plán, asistenta pedagoga, organizaci speciálního vzdělávání, zařazování žáků se zdravotním postižením do speciálního vzdělávání, počty žáků, péči a bezpečnost o zdraví žáků. Vymezuje podpůrná opatření, která jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření v podmínkách běžných škol.

Dětem a z nich vyrůstajícím dospělým jedincům s postižením nestačí pouze nastavit podmínky ve vzdělávacích institucích, ale i v ostatních společenských institucích, které lze z pozice státu ovlivňovat. Velmi důležitá je pomoc, která následuje po průchodu vzdělávacím systémem, tedy různé možnosti chráněného bydlení, práce v chráněné dílně, pomoc s hledáním zaměstnání a jiné asistenční služby.

3 PRAKTICKÁ ČÁST

3. 1 Statistika PnP v regionu

Handicapovaným dětem, kterým z důvodů dlouhodobého nepříznivého stavu osoby, je po uplynutí jednoho roku narození stanoven stupeň závislosti a následně přiznáván Příspěvek na péči, často jsou odkázány na pomoc jiné fyzické osoby. Legislativa rozlišuje čtyři stupně závislosti. Stupeň závislosti je vždy stanoven podle soběstačnosti a počtu úkonů každodenní pomoci jinou osobou. V evidenci města Brandýs nad Labem – St. Boleslavi a přidružených spádových obcí je Příspěvek na péči vyplácen podle tabulky č.1.

Rok narození	Stupeň závislosti			
	I.	II.	III.	IV.
1993	0	1	1	1
1994	0	0	0	0
1995	1	1	3	3
1996	2	1	0	1
1997	2	1	3	3
1998	1	1	3	1
1999	2	1	2	1
2000	3	0	0	0
2001	2	1	2	2
2002	4	0	1	2
2003	3	3	0	0
2004	1	0	3	0
2005	0	1	0	0
2006	0	0	0	0
2007	1	0	0	0
Příjemců celkem	22	11	18	14

Tabulka č. 1 : Počet jedinců se stupněm závislosti v jednotlivých letech.

Odbor sociálních věcí a zdravotnictví města Brandýs nad Labem- Staré Boleslavi vyplácí měsíční finanční prostředky ve výši 451 000 Kč podle uvedené tabulky č. 2.

Stupeň závislosti v tis. Kč				Celkem
I.	II.	III.	IV.	
3000	5000	9000	12000	29000
22	11	18	14	65
66000	55000	162000	168000	451000

Tabulka č. 2 : Měsíční vyplacená částka příspěvku na péči.

3. 2 Demografický vývoj

Každoročně v březnu proběhnou nové zápisy dětí do mateřských škol a vzhledem k nedostatku míst ve školkách tak rodiče opět čeká období nejistoty. Na přijetí dítěte do mateřské školy totiž nemají rodiče právní nárok s výjimkou posledního roku před zahájením povinné školní docházky. Samotný výběr je postaven na základě kritérií, jež určuje zpravidla zřizovatel MŠ, nebo jednotliví ředitelé školek. Ta jsou však mnohdy nevhodná a diskriminující.

Kapacita mateřských škol v regionu je trvale naplněna a vzhledem k naplněnosti se přednostně přijímají děti v posledním roce před zahájením povinné školní docházky a s odkladem povinné školní docházky. Pro předškolní zdravé i handicapované děti nejsou vytvořeny podmínky a podle výhledu nebude moci být uspokojena poptávka občanů po umístění dětí do zařízení mateřských škol.Tabulka č. 3.

Výhled 2008-2012							
Školní rok	Ročníky	3 leté	4 leté	5 leté	Celkem	Kapacita	Volná místa
2008/2009	2005-2002	146	116	171	433	505	72
2009/2010	2006-2003	164	146	116	426	505	79
2010/2011	2007-2004	168	164	146	478	505	27
2011/2012	2008-2005	184	168	164	516	505	-11

Tabulka č. 3 : Statistika kapacity mateřských školek v období 2008-2012.

3. 3 Ředitelky v MŠ

Ředitelky mateřských škol v regionu podporují celoživotní vzdělávání pedagogů. Pedagogům je nabízena struktura akreditovaných kurzů, přednášek a školení potřebných pro dané cíle a rozvoj jednotlivých MŠ. V některých MŠ si pedagog sám má možnost vyhledat vzdělávací kurz. Celoživotním vzděláváním prochází kromě pedagogů i ostatní personál, např. kuchařky se účastní školení o hygieně, školení zdravé výživy dětí, údržba školení o bezpečnosti práce.

Ani jedna MŠ ve městě nemá bezbariérový přístup, v dotazníkové akci města „Město bez bariér“ byly osloveny všechny MŠ. Město je zřizovatelem MŠ, zajišťuje finanční prostředky pro investice, materiální vybavení, metodické pomůcky, speciální hračky.

Silnou stránkou MŠ je pyramida tvořící vzájemnou komunikaci dítě, rodič, škola.

3. 4 Pedagogové v MŠ

Citace z dopisu paní P. Hnátové, maminky a předsedkyně občanského sdružení Cesta životem bez bariér :

„Integrace Lukáška do MŠ byl v našem případě maratón. Integrace není příliš samozřejmostí. MŠ není povinná, podle toho se také k nám učitelky (některé) chovaly.
Začnu vzpomínkou na jesle v Brně (dostudovávala jsem VŠ), tam Lukáška neměli rádi(nechtěli). Myslím, že ho strčili do postýlky a nechali ho tam celý den. Do té doby veselé a společenské dítě (nejspokojenější bez maminky) začal vždy před jeslemi brečet (skoro řvát).....Naštěstí se ke mně shodou okolností dostaly informace o stacionáři, kde si po chvíli Luky zvykl a byl spokojený až do tří let.
První školka v Čáslavi, kde Luky byl na 2hod týdně na zkoušku změnila ředitelku a rázem to bylo vše problémem, běhali jsme v Čáslavi od školky ke školce, paní ředitelka asi již stačila všechny informovat, že nemají handicapované dítě přijímat. Dověděli jsme se od jedné pedagožky: "Kdo by to dělal, dejte si ho do speciální školky"
Vyjednali jsme si schůzku s ředitelkou. Katastrofa, nestyděla se nám přečíst ustanovení, že do MŠ zařazují handicapované děti. Nás ovšem ne, nejsme "spádoví", vyjmenovala nám všechny, co mají přednost..... Ve spádové školce v Červených Janovicích byla integrace ovšem také velký problém poté, co měly sraz ředitelky MŠ z okr. Kutná Hora. Info se šíří rychle. Přestože jsem byla ochotná být ve školce po ruce (ne přímo ve třídě).
Na dokreslení - Luky má pouze tělesný handicap, do školky by šel bez plín a dokázal se sám najíst.....Potřeboval pomoci s oblékáním a vézt na procházce v kočárku.....
Našla jsem školku v Pardubicích - rehabilitační, byly tam namíchané zdravé a postižené děti. Luky si to tam nemohl vynachválit, moc se mu tam líbilo, bohužel je to daleko, já ani manžel jsme v Pardubicích nenašli práci, tak tam Luky chodil jen rok. Mezi tím jsem hledala MŠ "doma". Podařilo se mi nalézt vesnickou školku na Klukách (Kluky). Tak úžasný přístup a zájem jsme nikde jinde nepoznali. Lukáška jsem tam ráda denně vozila a jezdila pro něj. Přestože to byla malá školka a na procházku šla jedna paní učitelka (narozdíl od ostatních školek), šlo to.

Na závěr mi nezbývá než konstatovat, že integrace je vždy o lidech nikoliv o předpisech. To se mi potvrdilo i se ZŠ (Lukáška odmítli v jediné bezbariérové škole na okrese...)“

Druhá citace z dopisu paní Moniky Tannenbergerové, pedagoga a spoluautorky projektu, Nejlepší škola je inkluzívní.

„ Děkuji za Váš zájem i za to, že nad problematikou inkluze přemýšlíte. Co se týká předškolních institucí, tak mám stejný názor jako u základního vzdělávání. Všechny děti by měly být vzdělávány spolu, přinejmenším v předškolním ročníku. Přístupy zřizovatelů, vedení škol i některých pedagogů bývá opravdu někde často mírně řečeno odmítavý, ale na druhou stranu roste (i když pomalu:-/), počet škol, které se o rovnocenné vzdělání všech dětí dohromady zajímají a snaží se jej i aplikovat do praxe. Doufejme, že bude mít tato tendence stále vzrůstající charakter:-)“

3. 5 Vztahy ve společnosti

V době psaní praktické části Absolventské práce bylo napříč celým Českem velmi žhavé politické téma, týkající se platových podmínek lékařů „ Děkujeme odcházíme“. Neonatologická centra bez podpory finančních prostředků by nadále nemohla fungovat a bez lékařských odborníku tím pádem bylo zvýšené riziko předčasně narozených dětí, včetně péče o tyto děti. Každým dnem se více a více v mediích objevovaly alarmující zprávy. Komunikaci mezi politickou a lékařskou komunitou uzavřela vzájemná dohoda. Každý člověk si v životě vytváří svůj prostor, přeje si být úspěšný a vědomě stát na vrcholu co nejdéle. Často lidé žijí vedle sebe a ne spolu, v krizi se obvykle hledá viník, nikoliv řešení. Děti se umí jinak soustředit na hru. Reagují rychle a bezprostředně, jsou živé. Dětem pracují rychle oči, ruce, výrazy. Proto přirozenou cestou přijmou realitu zdravotně handicapovaného kamaráda daleko snadněji než dospělí.

3. 6 Analýza dotazníků

Analýza dotazníků/ rodič koresponduje s uvedenými tabulkami č.4 – 9, grafem č.1, poukazuje na velkou barieru o problematice handicapovaných hovořit. Rodiče ve velké míře využily v dotazníku kolonky komentář a často ve shodě odpovídaly:

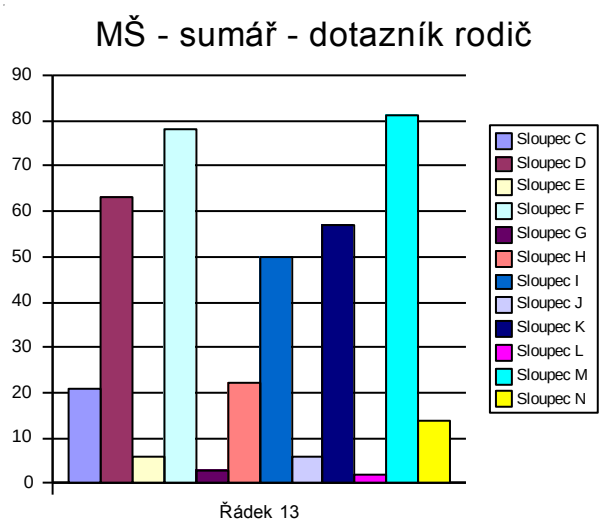
- záleží na míře handicapu dítěte
- záleží na míře podpory pedagogem
- záleží na personálním zajištění školy
- záleží na individuálním přístupu
- záleží na možnostech a vybavení školy
- záleží na vytvořených podmínkách škol

I ti rodiče, kteří nemají přímou zkušenost s handicapovaným dítětem, by uvítaly přijetí dětí s handicapem do mateřských škol, vidí v tom oboustranný přínos a obohacení dětí bez handicapu.

Mateřské školy – sumář- dotazník rodič

Číslo otázky	1			2			3			4		
MŠ	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
MŠ Dr.Beneše St.B.	3	4		7		1	3	1	6		7	2
MŠ Dvořákova St.B.	8	15	4	19	3	8	15	4	18	2	21	5
MŠ Chobotská B.n.L.	8	29	1	35		9	26	1	19		36	4
MŠ Pražská B.n.L.	2	11	1	13		2	5		10		13	1
MŠ Riegrova B.n.L.												
Miniškolka Lumpík		4		4		2	1		4		4	2
celkem	21	63	6	78	3	22	50	6	57	2	81	14

Tabulka č. 4 : Přehled počtu kladných a záporných odpovědí v dotazníku od rodičů.



Graf č. 1: Grafický přehled tabulky č. 4

MŠ Stará Boleslav – Dr.Beneše

30 dotazníků/rodič – návratnost – 7 tj. 23 procent

Číslo otázky	1			2			3			4		
resp.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
1	1			1			1	1	1		1	1
2		1		1					1		1	
3		1		1			1		1		1	
4		1		1					1		1	1
5		1		1					1		1	
6	1			1		1	1				1	
7	1			1					1		1	
celkem	3	4		7		1	3	1	6		7	2
V %	43	57		100	0	14	43	14	86	0	100	29

Tabulka č. 5: Přehled otázek z dotazníku v MŠ.

V mateřské škole Stará Boleslav – Dr.Beneše bylo rozdáno rodičům 30 dotazníku a z těchto dotazníků bylo 7 vráceno vyplněných.

MŠ Stará Boleslav – Dvořákova 1138

30 dotazníků/rodič – návratnost – 23 tj. 76,66 procent

Číslo otázky	1			2			3			4		
resp.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
1	1		1	1		1	1		1		1	
2	1			1			1		1		1	1
3	1			1			1		1		1	
4	1			1			1				1	
5	1		1	1		1	1		1		1	1
6		1		1			1		1		1	1
7		1		1			1		1		1	
8		1		1			1				1	
9		1		1			1				1	
10		1		1			1				1	
11		1		1			1		1		1	
12		1		1			1				1	
13		1		1			1		1		1	
14		1		1		1	1	1	1		1	1
15		1		1					1		1	
16		1	1	1		1			1		1	1
17		1				1			1		1	
18		1		1					1		1	
19		1			1	1		1	1		1	
20		1			1	1		1	1		1	
21	1		1	1		1		1	1		1	
22	1				1				1	1		
23	1			1			1		1	1		
celkem	8	15	4	19	3	8	15	4	18	2	21	5
V %	35	65	17	83	13	35	65	17	78	9	91	22

Tabulka č. 6: Přehled otázek z dotazníku v MŠ.

V mateřské škole Stará Boleslav – Dvořákova 1138 bylo rozdáno rodičům 30 dotazníku a z těchto dotazníků bylo 23 vráceno vyplněných. V této mateřské škole rodiče dětí byly aktivnější při vyplňování dotazníků.

MŠ Brandýs nad Labem – Chobotská 1757

60 dotazníků/rodič – návratnost – 37 tj. 61,6 procent

Číslo otázky	1			2			3			4		
resp.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
1		1		1					nevím		1	
2		1		1			1				1	1
3		1		1			1				1	
4		1		1			1				1	
5		1		1			1				1	
6		1				1			1		1	
7		1		1			1		1		1	
8		1		1		?					1	
9	1			1			1				1	
10		1		1			1				1	
11	1			1		1	1		1		1	
12	1			1			1				1	
13	1			1			1				1	
14	1		1	1		1			1		1	1
15		1		1			1				1	
16	1					1			1			1
17		1		1					1		1	
18		1		1					1		1	1
19		1		1		1	1		1		1	
20		1		1					1		1	
21		1		1		1	1		1		1	
22		1		1			1				1	
23		1		1			1				1	
24		1		1			1				1	
25		1		1		1	1		1		1	
26		1		1					1		1	
27	1			1			1		1		1	
28	1			1			1				1	
29		1		1			1				1	
30		1		1			1				1	
31		1		1		1	1	1	1		1	
32		1		1			1		1		1	
33		1		1		1		?	1		1	
34		1		1					1		1	
35		1		1			1		1		1	
36		1		1			1				1	
37		1		1			1		1		1	
celkem	8	29	1	35		9	26	1	19		36	4
V %	22	78	3	95		24	70	3	51		97	11

Tabulka č. 7: Přehled otázek z dotazníku v MŠ.

V mateřské škole v Brandýse nad Labem – Chobotská 1757 bylo rozdáno rodičům 60 dotazníku a z těchto dotazníků bylo 37 vráceno vyplněných. Zde jsem se

setkala s velmi kladným přístupem rodičů i pedagogů. Byla mi dána možnost pracovat samostatně s dětmi předškolního věku.

MŠ Brandýs nad Labem – Pražská 297

30 dotazníků/rodič – návratnost – 13 tj. 43 procent

Číslo otázky	1			2			3			4		
resp.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
1		1		1					1		1	
2		1		1			1				1	
3		1		1					1		1	
4		1		1		1	1		1		1	1
5	1			1					1		1	
6		1		1			1				1	
7		1		1			1				1	
8		1		1					1		1	
9	1		1	1		1	1		1		1	
10		1		1					1		1	
11		1		1					1		1	
12		1		1					1		1	
13		1		1					1		1	
celkem	2	11	1	13		2	5		10		13	1
V %	15	85	8	100		15	38		77		100	8

Tabulka č. 8: Přehled otázek z dotazníku v MŠ.

V mateřské škole v Brandýse nad Labem – Pražská 297 bylo rozdáno rodičům 30 dotazníku a z těchto dotazníků bylo 13 vráceno vyplněných. V této mateřské škole jsem měla možnost pracovat s dětmi.

Miniškolka Lumpík Brandýs nad Labem

10 dotazníků/rodič – návratnost – 4 tj. 40 procent

Číslo otázky	1			2			3			4		
resp.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
1		1		1		1	1		1		1	1
2		1		1					1		1	
3		1		1		1			1		1	1
4		1		1					1		1	
celkem		4		4		2	1		4		4	2
V %		100		100		50	25		100		100	50

Tabulka č. 9: Přehled otázek z dotazníku v MŠ.

Miniškolka Lumpík je soukromé zařízení, které nemá přiznán status mateřské školy. Je založena jako sdružení pomoci rodičům s dětmi.Bylo rozdáno rodičům 10

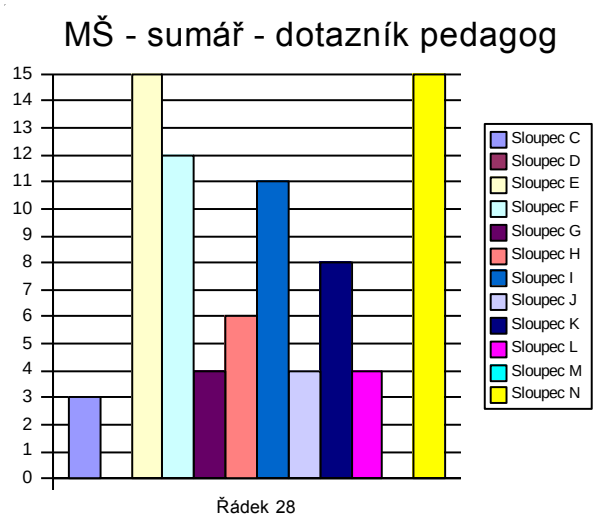
dotazníku a z těchto dotazníků byly vráceny 4 vyplněné. V této miniškolce jsem se setkala s velmi kladným přístupem pedagogů, měla jsem možnost pracovat s dětmi.Vedení miniškolky přistupuje k dětem s větší nabídkou kroužků než státní mateřské školy (kroužky – angličtina, zpívání, keramika, plavání atd.)
K výchově a vzdělávání dětí jsou zde uplatňovány moderní metody.

Analýza dotazníků - pedagog koresponduje s tabulkou č.10, grafem č. 2, pedagogové vypovídají, že je možná výchova a vzdělávání handicapovaných dětí v MŠ musí být vytvořeny určité podmínky pro individuální přístup. Vytvořily by se nové postoje ve společnosti, zvýšila by se tolerance a vztahy mezi dětmi.

Mateřské školy – sumář- dotazník pedagog

Číslo otázky	1			2			3			4		
MŠ	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.	ano	ne	kom.
MŠ Dr.Beneše St.B.			1	1				1				1
MŠ Dvořákova St.B.	1		5	6			6		3	2		5
MŠ Chobotská B.n.L.	1		6	2	4	4	3	3	3	1		6
MŠ Pražská B.n.L.			1	1					1			1
MŠ Riegrova B.n.L.												
Miniškolka Lumpík	1		2	2		2	2		1	1		2
celkem	3		15	12	4	6	11	4	8	4		15

Tabulka č. 10: Přehled počtu kladných a záporných odpovědí v dotazníku od pedagogů.



Graf č.2: Grafický přehled tabulky č.10

4 DISKUZE

Dvě třetiny osobnosti člověka se vytváří v období věku od tří do šesti let. *[MATĚJČEK, 2004,]* Je tudíž zcela normální a přirozené, aby v tomto období bylo běžné děti sdružovat a ne selektovat. Stát by měl být odpovědný a velké překážky a bariéry odstraňovat. Kultura národa se pozná jakou péči věnuje handicapovaným a starým lidem. Potažmo i morální kredit každého člověka se odvíjí od předem získaných nebo nabitých zkušeností. Je opravdu málo těch, kteří usilují o nápravu a změnu zajetých kolejí.

Při práci jsem postřehla i velký nezájem samotných ředitelek MŠ hovořit o problematice, narazila jsem také na odpor a nepřijetí ředitelkou v jedné MŠ. Nerozumím ani tomu, že komunikaci s pedagogy, nebo rodiči určuje ředitelka. V tu chvíli jsem si připadala v režimu před revolucí, kdy právo na svobodné slovo nebylo běžné. Vše vidím jako jeden základní problém.

Je tedy potřeba klást veliký důraz na předškolní vzdělávání v oblasti handicapovaných. Pro výchovu a vzdělávání je dáván velký prostor, bohužel ne každý z pedagogů tento prostor využívá k osvětě handicapovaných.

V rámci plánování rámcových školních vzdělávacích programů MŠ je možné vytvořit a zakomponovat problematiku inkluze. Pedagogové, kteří mají odborné znalosti týkající se speciální pedagogiky, často nemají možnost svoje vzdělání v rámci regionu MŠ uplatnit. Samotné děti navštěvující předškolní zařízení shodně vnímají na obrázcích handicapované dítě, jako člověka starého, například babičku, dědečka. Pokud se mu nabídne možnost hovořit o handicapovém dítěti, je tato skutečnost dítětem vnímána jako úraz dítěte, například zlomená ruka, noha. Popis handicapu při narození dítěte, žádné dítě v MŠ nezná, nezmiňuje se něm. Já sama nemám pedagogické vzdělání a při práci mi byl dán prostor pracovat s dětmi. Neuměla jsem však plně možnosti využít, nevěděla jsem, jak práci s dětmi uchopit. Dlouho jsem nerozuměla dceři, kterou děti provázely od malinka, byla jimi nadšená a obor vychovatelství předškolních dětí si zvolila za povolání. Při výběru tématu absolventské práce jsem sáhla po problematice handicapovaných dětí a rázem se propojilo studium sociálního pracovníka s prací dcery. V rodině pak probíhaly diskuze, někdy se názory shodovaly, někdy byly rozdílné.

ZÁVĚR

Hlavním cílem mé práce bylo zmapovat problematiku inkluze handicapovaných dětí do mateřských škol v regionu. Dílčím cílem bylo popsat vývoj a pohled na osoby s postižením, vysledovat možnosti výuky a vzdělávání dětí v předškolských zařízeních a vypracovat přehled těchto možností.

V mateřských školách na území regionu není na pozici ředitele či pedagoga zastoupen mužský vzor. Dle mého názoru takové zastoupení by bylo obohacením předškolního vzdělávání. Propojení návštěvy psychologa, návštěvy zřizovatele mateřských škol, zjištění několika informací z různých mateřských škol jsem dospěla k názoru, že pokud se cíleně nezmění legislativní přístup k problematice inkluze předškolských dětí, nenajde se pro v práci k danému tématu prostor v regionu. Je pro mě tudíž velkou otázkou, proč nemůže být vytvořeno místo pro umístění do mateřské školy handicepované dítě, když je evidovaný nulový počet handicapovaných dětí v roce 2008-2010 v regionu. Situace se kdykoliv může změnit i směrem nahoru a proto je třeba ke výše udanému přihlížet.

Domnívám, že moje práce by mohla být vodítkem pro ty, kteří budou rozhodovat o navýšení kapacity mateřských škol, pro ty, kteří budou rozhodovat o výstavbě nové mateřské školy a pro ty, kterým není lhostejný přístup k handicapovaným dětem v regionu.

Резюме

Я уже несколько лет работаю в социальной области с людьми с ограниченными возможностиями, у которых часто не удовлетворены все их потребности. На пути к удоблетворении потребностей этих людей им требуется помощи и поддержки. Надо их бести к самостоятельности, самообслужуванию и к независимости. В нашем обществе постоянно измениятеся взглад на людей с ограниченными возможностями.

Блогодаря трансформации социальних возникают нобые методы работы с этими людьми, которые живут долговременно в специализированных учреждениях.

По моему часто забывают решить проблему в её начале - с рождением ребёнка с ограниченними возможностиами, решить помощь психолога, социального работника в семье новопождённого.

Важную роль в начале играет определение диагноза и способностей ребёнка. Доступные статистики показывают, что к групе риска кроме матерей старшего возраста принадлежит всё больше матерей зависимых от алкогола, наркотиков, курящых.
Сегодя каждый третий ребёнок этих матерей рождается с каким - нибудь ограничением и ему нужная помощь.

Предложением моей выпускной работы, история моей семьи, история, которая заставляеть больше задумываться над проблемой.....и получать новые информации.
Источником моей работы были рабочие визиты и консультации и сотрудничество с дошкольными учреждениями, психологом, специальной школой и разговоры с родителями детей - инвалидов.

Bibliografie

Monografie

1.BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M., *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními potřebami*, Brno:, Paido, 2007, 247 s., ISBN 978-80-7315- 158-4.

2. DAVIDO, R., *Kresba jako nástroj poznání dítěte,* Praha : Portál, 2001, 208 s., ISBN 80-7178- 449-4.

3.DYTRTOVÁ, R., KRHUTOVÁ, M., *Učitel příprava na profesi,* Praha: Grada Publishing a. s., 2009, 121 s., ISBN 978-80-247-2863-6.

4.GARDOŠOVÁ, J., DUJKOVÁ, L., a kol., *Začít spolu,* Praha : Portál, 2003.

5.MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z., *Krizové situace v rodině očima dítěte,* Praha : Grada Publishing a. s., 2002, 128 s., ISBN 80-247-0332-7.

6.MATĚJČEK, Z., *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítětě,* 1. vydání, Praha : Grada Publishing a. s., 2004, 182 s., ISBN 80-247-0870-1.

7. ZELINKOVÁ, O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávácí program,* Praha : Portál, 2001, 207 s.

8. ZEZULOVÁ, E., *Speciální pedagogika-Úvod do problematiky,* dotisk 1. vydání, REPRONIS Ostrava, 56 s., ISBN 80-7638-017-3.

Internetové zdroje

1. http://www.rodina.cz/clanek942.htm
2. http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=719
3. http://www.cpapik.cz/modules/articles/ShowArticle.aspx?ID=24
4. http://www. ona.idnes.cz/rodi-se-vice-nedonosenych-deti-na-peci-o-ne-nejsou-
5. http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=2104
6. http://www.zrcadlo.blogspot.com/2010/01/integrace-deti-se-specifickymi.html
7. http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=426
8. http://www.dobromysl.cz/scripts/detail.php?id=1417
9. http://www.spmpcr.cz/cs/novinky
10. http://www.brandysko.cz/stranka-81.html

Přílohy

Seznam příloh

Příloha č. 1 - Řízený rozhovor s ředitelkou

Příloha č. 2 - Dotazník pro pedagoga

Příloha č. 3 - Dotazník pro rodiče

Příloha č. 4 - Obrázek – děti v MŠ

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv

Příloha č. 1 - Řízený rozhovor s ředitelkou

ŘÍZENÝ ROZHOVOR S ŘEDITELKOU MŠ

1. **Systém celoživotního vzdělávání v mateřských školkách:**
   - plán vzdělávání v mateřské škole

2. **Jakým způsobem je vedena podpora pedagoga na pracovišti:**
   - dostává nabídky ke vzdělávání
   - sám si vyhledává seminářem kurzy

3. Jsou vytvořeny podmínky pro přijetí handicapovaného dítěte do MŠ:
   - bezbariérový přístup
   - kapacita MŠ
   - dotazovalo se město při plánování bezbariérových přístupů MŠ
   - materiální vybavení
   - finanční prostředky

Příloha č. 2 - Dotazník pro pedagoga

DOTAZNÍK PRO PEDAGOGA

Jmenuji se Iva Šnaiberková, studuji VOŠ Mills,s.r.o., Čelákovice – obor sociální práce, dotazník bude podkladem pro absolventskou práci.

1. Jaký máte názor na integraci handicapovaného dítěte do mateřských škol?

2. Setkala jste se s problematikou umístění handicapovaných dětí v MŠ?

3. Máte nějakou praxi s handicapovaným dítětem v MŠ?

4. Zvládne handicapované dítě docházku, výchovu a vzdělávání v MŠ?

Děkuji za spolupráci a Váš čas věnovaný dotazníku.
Iva Šnaiberková

Příloha č. 3 - Dotazník pro rodiče

DOTAZNÍK PRO RODIČE

Jmenuji se Iva Šnaiberková, studuji VOŠ Mills,s.r.o., Čelákovice – obor sociální práce, dotazník bude podkladem pro absolventskou práci.

1. Máte ve své rodině nebo blízkém okolí handicapované dítě?

Ano Ne Komentář

2. Souhlasíte s umístěním handicapovaných dětí do mateřských škol?

Ano Ne Komentář

3.Zvládne handicapované dítě docházku, výchovu a vzdělávání v MŠ?

Ano Ne Komentář

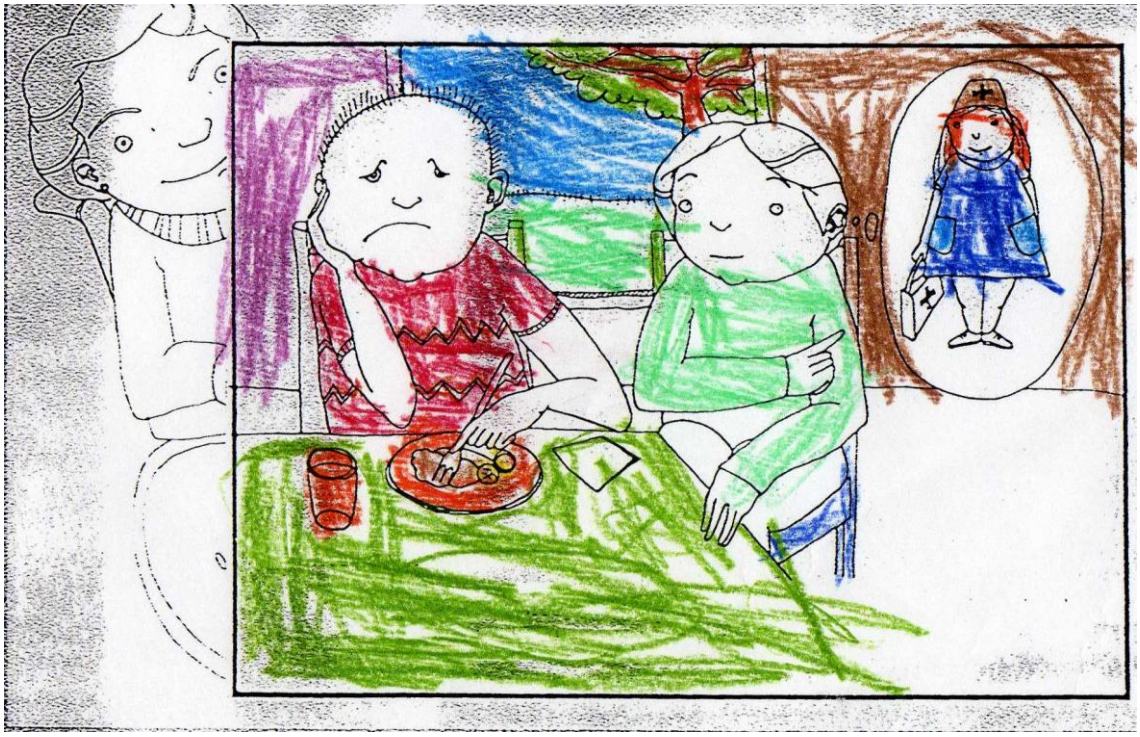
4.Vadila by Vám společná docházka Vašeho dítěte s handicapovaným dítětem v MŠ?

Ano Ne Komentář

Děkuji za spolupráci a Váš čas věnovaný dotazníku.
Iva Šnaiberková

Příloha č. 4 - Obrázek – děti v MŠ

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ

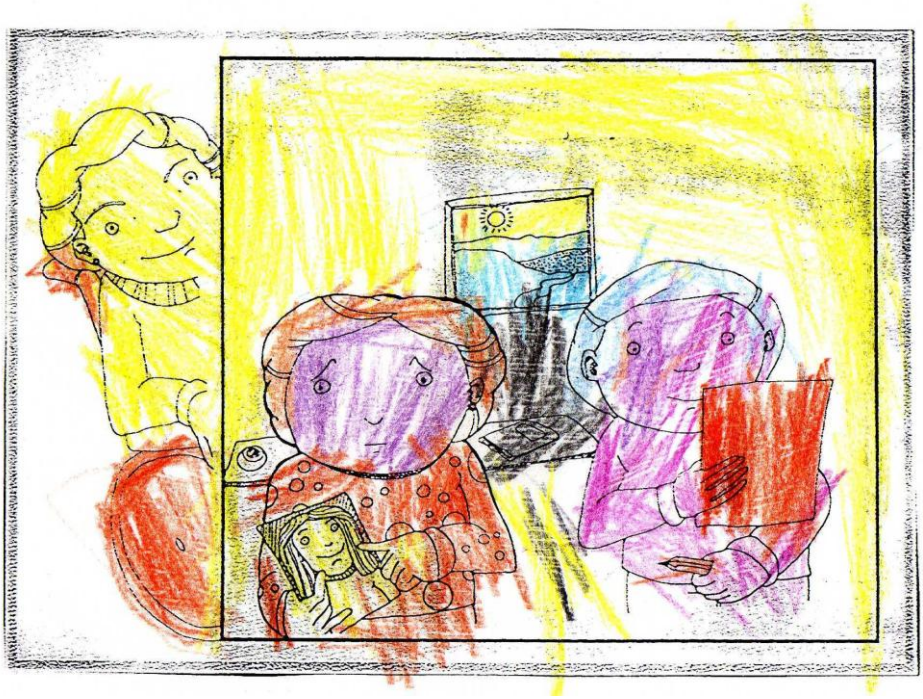


Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

ELIŠKA

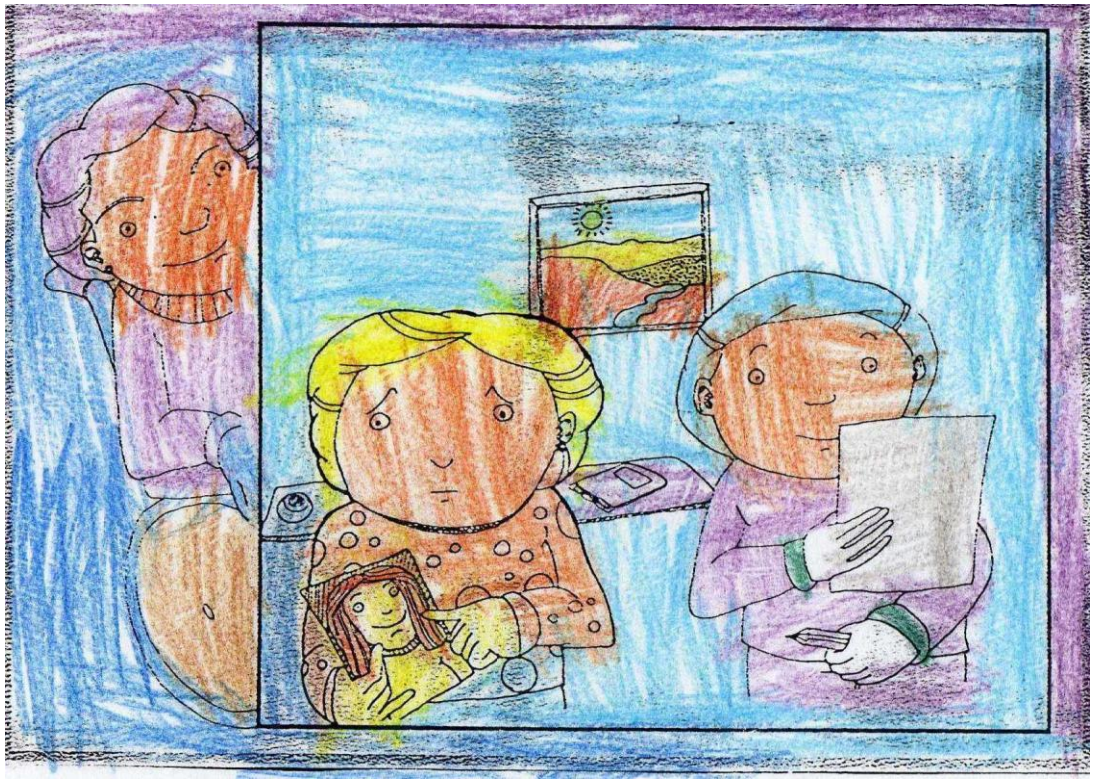


Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

ŠÁRKA

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

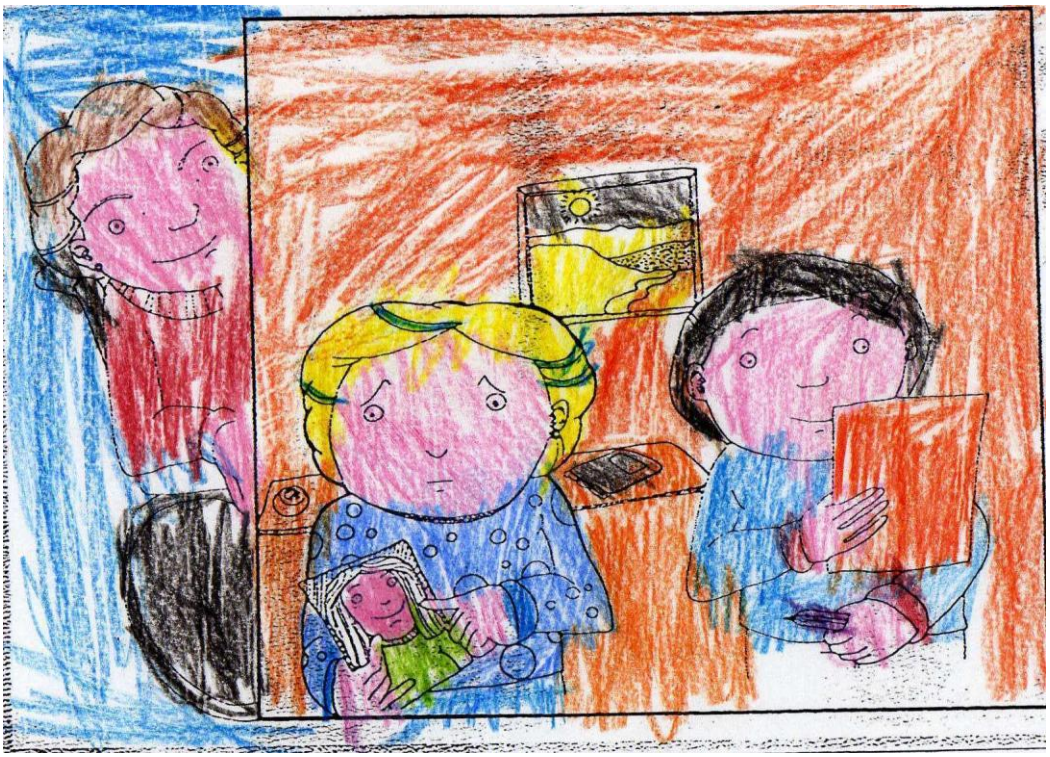
Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování



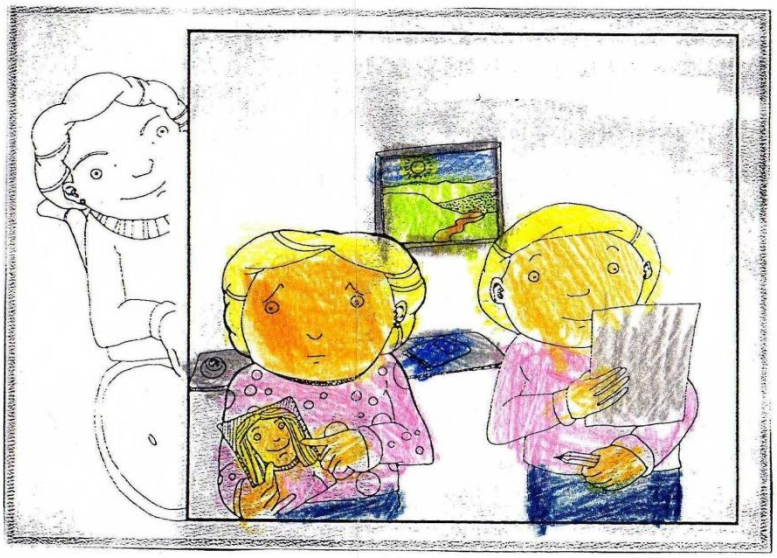
Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování



Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

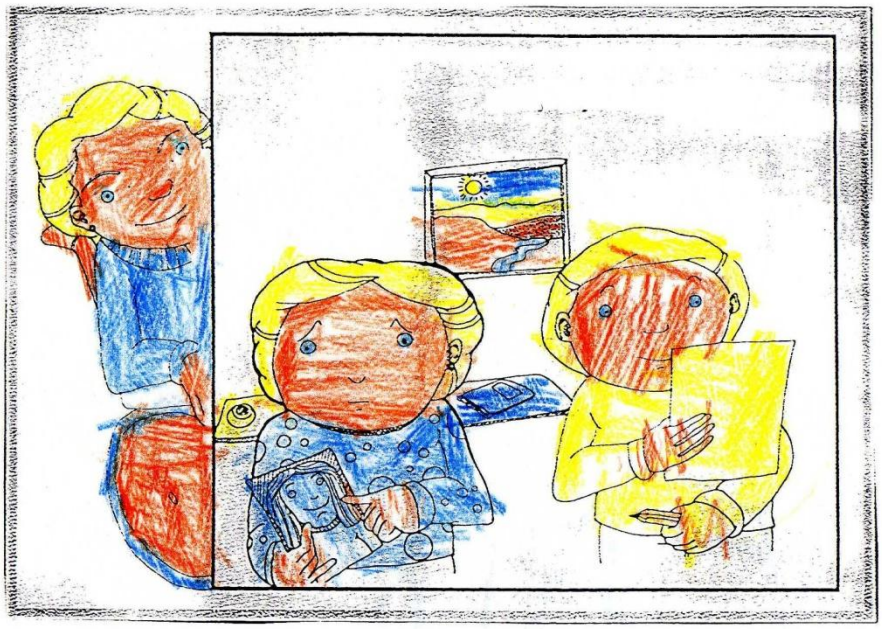


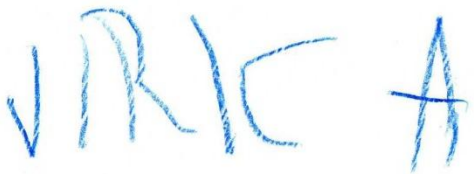
ČÁRKA

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

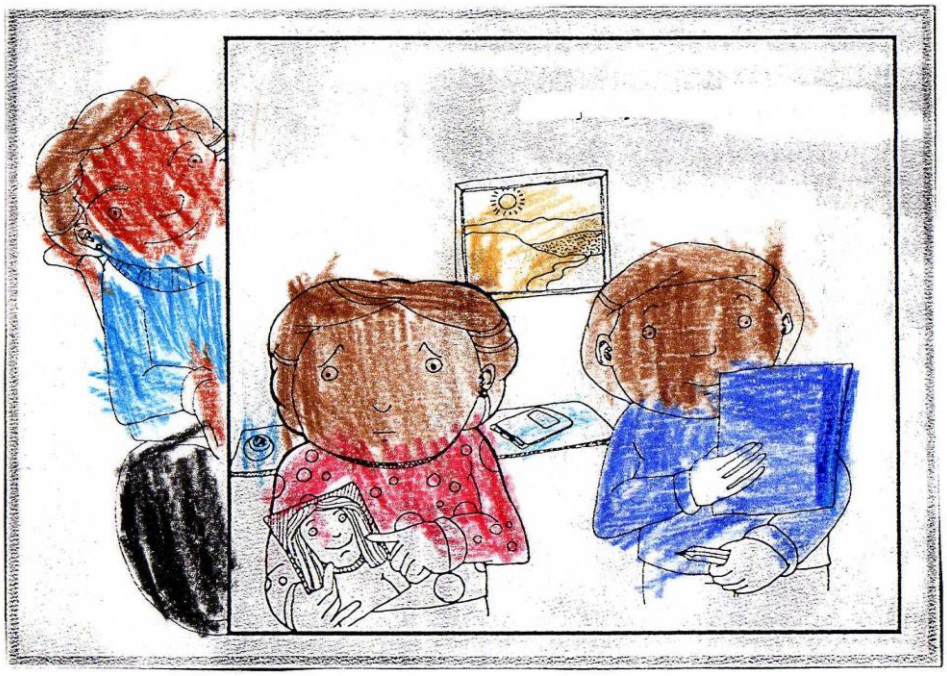
Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování





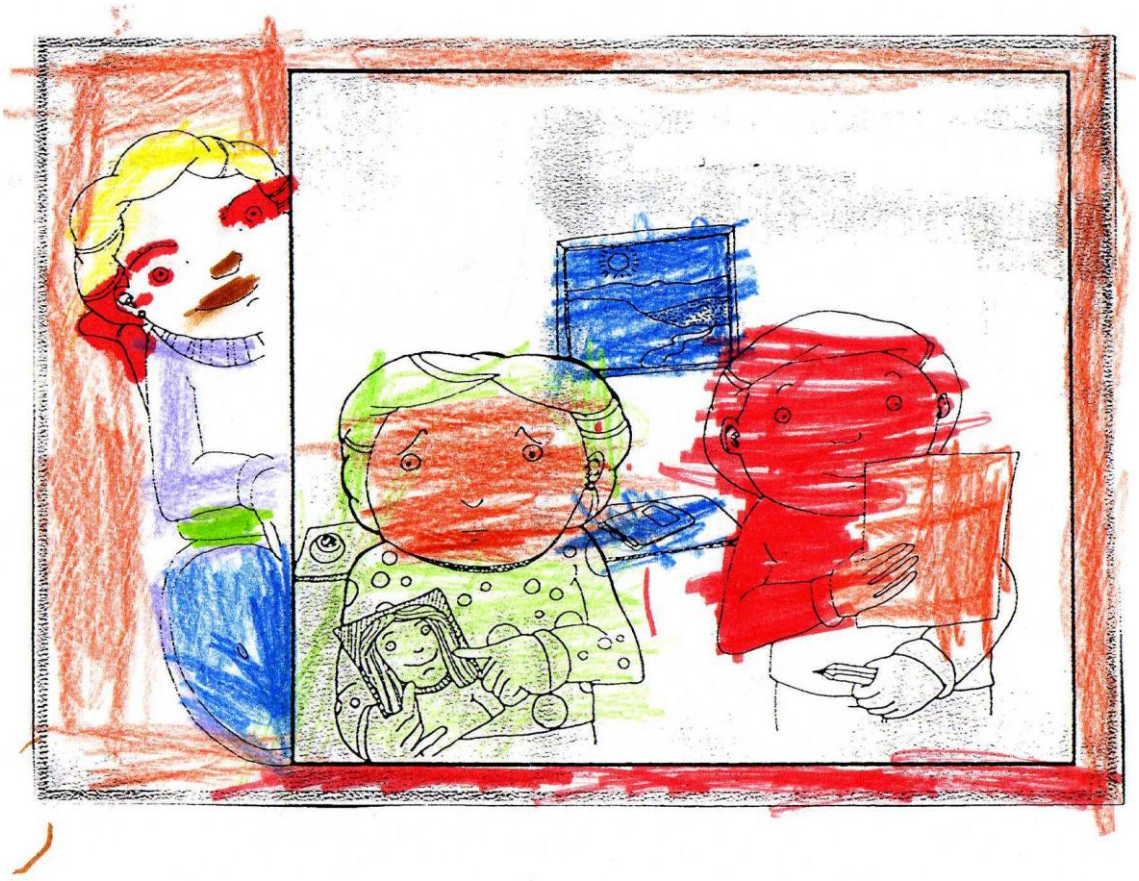
Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování



VOJTA

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování



Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 5 - Práce děti z MŠ - pokračování

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv - pokračování

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv - pokračování

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv - pokračování

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv - pokračování

Příloha č. 6 - Fotogalerie - soukromý archiv - pokračování