

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

Bakalářské/prezenční studium

2009-2012

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Barbora Holková

Integrované vzdělávání žáka s mentálním postižením

**Praha 2012**

**Vedoucí bakalářské práce:**

Mgr. Jana Janková

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Full-Time Studies

2009 - 2012

**BACHELOR THESIS**

Barbora Holková

Integrated education student with learning disabilities

**Prague 2012**

**The Bachelor Thesis Work Supervisor:**

Mgr. Jana Janková

## Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 11.3.2012

Barbora Holková

## Poděkování

Ráda bych poděkovala za vedení bakalářské práce a odbornou pomoc při jejím zpracování paní Mgr. Janě Jankové.

#### Anotace:

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou integrovaného vzdělávání mentálně postiženého jedince. Jsou zde popsány a objasněny pojmy související s mentální retardací, vzděláváním a integrací jako takovou. Práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Cílem praktické části bylo na základě kazuistiky desetileté Terezy, která se vzdělává na speciální základní škole, zjistit podmínky a možnosti integrace do normální základní školy.

#### Klíčové pojmy:

Asistent pedagoga, diagnostika, individuální vzdělávací plán, integrace, legislativní normy, mentální retardace, osobní asistent, pedagogicko-psychologická poradna, speciálně pedagogické centrum, vzdělávací plán, vzdělávání

## Anotation:

This thesis deals with the integrated education of mentally handicapped individuals. There are described and explained concepts related to mental retardation, learning and integration as such. The work is divided into theoretical and practical part. The aim of the practical part was based on case of ten years old Theresa, who is trained in special elementary school, find out the conditions and prospects of integration into normal school.

## Key words

Assistant teacher, diagnostics, individual education plan, integration, legislative standards, mental retardation, personal assistant, pedagogical-psychological counseling, special education center, training plan, training

## OBSAH

ÚVOD.....	9
<b>TEORETICKÁ ČÁST</b>	
<b>1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>10</b>
1.1 Psychologická charakteristika lidí s mentálním postižením.....	10
1.2 Etiologie mentální retardace .....	11
1.3 Prenatální příčiny .....	11
1.4 Perinatální příčiny .....	13
1.5 Postnatální příčiny .....	13
<b>2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>15</b>
2.1 Lehká mentální retardace, IQ 50–69.....	18
2.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49.....	19
2.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34.....	20
2.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 .....	21
2.5 Jiná mentální retardace .....	22
2.6 Nespecifikovaná mentální retardace .....	22
<b>3. DIAGNOSTIKA MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH.....</b>	<b>23</b>
3.1 Co je diagnostika .....	23
3.2 Historie diagnostiky osob s mentálním postižením .....	23
<b>4. HLAVNÍ OBLASTI A ÚKOLY DIAGNOSTIKY DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>26</b>
4.1 Diagnostické metody a postupy.....	26
4.1.1 Pozorování .....	26
4.1.2 Rozhovor .....	27
4.1.3 Dotazník .....	27
4.1.4 Test .....	28
4.1.5 Anamnéza .....	28
4.1.6 Studium pedagogické dokumentace .....	29

4.1.7	Experiment.....	29
4.1.8	Speciální diagnostické metody .....	30
<b>5.</b>	<b>VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....</b>	<b>31</b>
5.1	Vývoj vzdělávání jedinců vyžadujících zvláštní péči.....	31
<b>6.</b>	<b>LEGISLATIVNÍ NORMY UPRAVUJÍCÍ VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ, ŽÁKŮ A STUDENTU SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI .....</b>	<b>35</b>
<b>7.</b>	<b>ASISTENČNÍ SLUŽBY.....</b>	<b>37</b>
7.1	Asistent pedagoga.....	37
7.2	Osobní asistent .....	37
<b>8.</b>	<b>ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ.....</b>	<b>39</b>
8.1	Pedagogicko-psychologická poradna.....	39
8.2	Speciálně pedagogické centrum .....	40
<b>9.</b>	<b>INTEGRACE.....</b>	<b>42</b>
9.1	Integrace mentálně postiženého dítěte v MŠ.....	43
9.2	Integrace mentálně postiženého dítěte v ZŠ .....	43
<b>10.</b>	<b>INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN.....</b>	<b>46</b>
10.1	Postup při konstrukci IVP .....	46
<b>PRAKTICKÁ ČÁST</b>		
<b>11.</b>	<b>PŘÍPADOVÁ STUDIE.....</b>	<b>49</b>
11.1	Cíle a metody šetření .....	49
<b>12.</b>	<b>VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....</b>	<b>49</b>
12.1	Kazuistika .....	49
12.2	Vzdělávání Terezy .....	50
12.3	Škola, charakteristika školy .....	53
12.4	Školní rok 2011/2012 .....	54
12.5	Byla by integrace správnou volbou? .....	56
<b>ZÁVĚR.....</b>		<b>58</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY .....</b>		<b>60</b>



## ÚVOD

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila integrované vzdělávání mentálně postiženého žáka. Integrace je v současné době velmi diskutovaným tématem, ke kterému se vztahuje řada rozdílných názorů a pohledů. Ve vztahu k výchově a vzdělávání mluvíme o pedagogické integraci. Jde o začlenění dítěte se zdravotním postižením nebo sociálním znevýhodněním mezi majoritní skupiny zdravých spolužáků. Vzdělávání zdravotně postižených dětí je jednou z nejúčinnějších metod kompenzace důsledků postižení. Největší rozkvět v oblasti vzdělávání zdravotně postižených v České republice nastal po roce 1989 s nástupem demokracie a svobody, což se projevuje změnou postojů k dětem s mentálním postižením s důrazem na integrované vzdělávání.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části. Na část teoretickou a na část praktickou. Teoretická část je zaměřena na objasnění pojmů souvisejících s mentální retardací. Dále pak na vzdělávání mentálně postižených jedinců, kde není opomenuta ani legislativní stránka věci. Do vzdělávání patří i školská poradenská zařízení a asistenční služby. V posledních dvou kapitolách je popsána integrace a individuální vzdělávací plán.

Praktická část je zaměřena na problematiku integrace mentálně postiženého žáka. Cílem praktické části bylo na základě kazuistiky desetileté Terezy, která se vzdělává na speciální základní škole, zjistit podmínky a možnosti integrace do normální základní školy. Jako výzkumné metody byly použity analýza dokumentace, rozhovor a vlastní pozorování.

# TEORETICKÁ ČÁST

„Cesta, na níž se slabí stávají silnějšími, je táž jak cesta, na níž se silní zdokonalují.“

Marie Montessori

## 1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

### 1.1 Psychologická charakteristika lidí s mentálním postižením

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinnou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku. Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním, a demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.

K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku, které vedou k tomu, že vývoj, který dosud probíhal normálně, byl narušen, zastaven nebo zvrácen. Rozlišuje se demence celková, zasahující více či méně všechny rozumové schopnosti, a demence částečná, která postihuje jen některé složky intelektu. Pro demenci v dětském věku se někdy užívá také označení deteriorace (zhoršení, úbytek) rozumových schopností. U dětí na rozdíl od dospělých může být negativní vliv organického mozkového poškození určitým způsobem kompenzován progresivními silami vývoje, takže demence v dětském věku se nedá považovat za nevratný proces.

Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchově zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo

děti s vážným smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje.

Rovněž děti výchovně zanedbané, pokud z jakýchkoliv důvodů nejsou řádně vedeny, zaostávají ve vývoji za svými vrstevníky, osvojují si špatné návyky a nemají zájem se učit. Často vzniká dojem, že mají trvale porušeny poznávací procesy, a v důsledku toho se mnohdy zvažuje jejich přeřazení do speciálních škol. Zkušenosti ukazují, že při vhodném výchovném působení se takovéto děti mohou později vyvíjet zcela normálně.

Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou nastat případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. V důsledku toho může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo i zpomalení duševního vývoje. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, nejde u nich o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností po celkovém zlepšení stavu sama odezní.<sup>1</sup>

## **1.2 Etiologie mentální retardace**

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

## **1.3 Prenatální příčiny**

V prenatálním období působí celá řada vlivů, mezi nimiž hrají důležitou roli ty, které způsobují „familiární“ mentální retardaci, a sice vlivy dědičné. Do těchto vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické

---

<sup>1</sup> ŠVANCAROVÁ I., *Mentální retardace, vzdělávání, výchova, sociální péče*, Praha, Portál, 2006, S 24-25. ISBN 80-7178-821-X

poruchy), které postupně vedou k mentální retardaci, ale také to, kdy dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti, jedná se tedy o faktory reprezentující spodní část □Gaussovy distribuční křivky inteligence v populaci. Intelektové předpoklady narozeného dítěte nejsou však matematickým průměrem inteligence biologických rodičů, v tomto ohledu působí tendence tzv. regrese ke středu (tj. k průměru populace), kdy inteligence dítěte vysoce inteligentních rodičů je statisticky nižší než u rodičů, a naopak inteligence dítěte rodičů se subnormální inteligencí je zase vyšší. Z tohoto hlediska se jeví užitečným třídění druhů inteligence (a odtud i kognitivních stylů a stylů učení) podle profesora pedagogických věd na Harvardově univerzitě Howarda Gardnera na inteligenci jazykovou, hudební, logicko-matematickou, prostorovou, tělesně-pohybovou a intrapersonální.

Z kvalitativního pohledu převažujícím faktorem (a to nejen v prenatálním období, ale všeobecně pro vznik mentální retardace) jsou specifické genetické příčiny. Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy...) a jiné nikoliv, dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (genomové mutace). Do této kategorie spadá velká skupina (21% etiologií mentální retardace) recesivně podmíněných poruch zahrnujících většinu dědičných metabolických onemocnění typu fenylketonurie (jedná z mála příčin, kterou umíme včas diagnostikovat a speciální dietou eliminovat vznik mentální retardace), galaktosemie, homocystinurie, atd. Největší skupinou příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů zvláště pak tzv. trizomie (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) se svým nejznámějším a nejrozšířenějším reprezentantem – Downovým syndromem způsobeným trizomií chromozomu 21 (příčina 23% mentálních retardací).

Poměrně rozšířené jsou také změny v počtu pohlavních chromozomů např. trizomie (XXY) v případě Klinefelterova syndromu, těžká mentální retardace je spojena s Lesch-Nyhanovým syndromem atd.

Další skupinou prenatálních vlivů tvoří environmentální faktory a onemocnění matky v době těhotenství, kdy platí zákonitost, že čím dříve

k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte. Řadíme sem onemocnění matky zarděnkami, kongenitální syfilis, toxoplazmózu, otravy olovem a přímou intoxikaci embrya či plodu, ozáření dělohy, alkoholismus matky (fetální alkoholový syndrom), její nedostatečnou výživu apod.

Na vznik mentální retardace může mít vliv nedostatek plodové vody – oligohydromnion, dále vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie).

Objevují se názory, že i prenatální deprivace (např. silně nechtěné dítě) se může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného dítěte.

#### **1.4 Perinatální příčiny**

Perinatální encefalopatie (organické poškození mozku) bývá udávána jako příčina potíží, které se označovaly termínem lehká mozková dysfunkce (v případě drobného poškození mozku, kdy nedošlo k rozsáhlejší lézi jako např. u DMO – cerebrální parézy) a které asi v desetině až dvacetině případů způsobují i mentální retardaci.

K dalším perinatálním faktorům patří mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váda dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka – hyperbilirubinémie, při které bilirubin neodchází z těla a působí toxicky na nervovou soustavu (při nesouladu Rh faktor).

#### **1.5 Postnatální příčiny**

V době po narození může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku a zvláště v pozdějším období onemocnění vedoucí k deterioracím inteligence typu Alzheimerovy choroby, Parkinsonova choroby, alkoholové demence, schizofrenie, epileptické

demence apod. (při některých otravách např. barbituráty může dojít k „reverzibilní demenci“, kdy se stav časem opět upraví na normu).

Snížení intelektových schopností může zapříčinit i sensorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Takovéto prostředí se může podílet na poklesu inteligenčního kvocientu až o 20 (v komparativních studiích jednobuněčných dvojčat se objevuje pokles až o 40) bodů s tím, že pokud dojde včas k saturaci (nasycení) těchto potřeb, intelektový deficit se může upravit (proto nelze definovat mentální retardaci jako trvalou poruchu). Problém je v tom, že sociokulturní deprivací trpí především děti rodičů s nižším intelektovým potenciálem, takže dochází ke kumulaci patologických faktorů způsobujících především lehkou mentální retardaci<sup>2</sup>.

---

<sup>2</sup> VALENTA M., MULLER O., *Psychopedie, teoretické základy a metodika*, Praha, Parta, 2003, S 51-54, ISBN 80-7320-039-2

## 2. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Obecné definice zpravidla chápou inteligenci jako schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. V konkrétnějším vymezení chápou inteligenci např. jako „relativně konstantní strukturu ontogeneticky podmíněných schopností individua postihovat a vytvářet smysluplné, resp. funkční vztahy, od jednoduchých asociací na nejnižším stupni až po složité myšlenkové operaci na nejvyšším stupni.

V. Smékal vysvětluje inteligenci jako jednu z podmínek efektivní adaptace v náročných situacích a v kombinaci s tvořivostí jako předpoklad úspěšného zvládnání nových situací. Upozorňuje však, že využití daru inteligence závisí na tom, jak je osobnost v dané oblasti motivovaná, jaká k ní má vztah. Jde tedy vždy o těsné a vzájemné propojení schopností inteligence, tvořivosti a jiných stránek osobnosti., které fungují v těsné souvislosti.<sup>3</sup>

Psychologové se neshodují ani v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, či zda se jedná o komplex jednodušších schopností. E.L.Thordike rozlišoval tři základní druhy inteligence:

- 1) abstraktní inteligence – projevující se při verbálních a symbolických operacích
- 2) mechanická (praktická) inteligence – schopnost operování s předměty
- 3) sociální inteligence – schopnost komunikovat s lidmi

V současné době se rozlišují ještě některé druhy inteligence, například emoční a morální inteligence. Emoční inteligence se vyvozuje z úrovně plnění

---

<sup>3</sup> SMÉKAL V., *Pozvání do psychologie osobnosti*, Brno, Barrister & Principal, 2002, s. 302, ISBN 80-85947-80-3

sedmi základních požadavků z oblasti emocionální volní charakteristiky osobnosti: uvědomění si sebe samého, sebemotivace, vytrvalost, kontrola impulzů, regulace nálad, empatie a neděje nebo optimismus. Morální inteligence zahrnuje schopnost morálně uvažovat a morálně jednat. Snaha morálně jednat může směřovat ke dvěma hlavním cílům: uspokojení potřeby sebeúcty a projevení respektu vůči ostatním lidem.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádření úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100$$

Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Mezi nejznámější a stále uznávané patří klasifikace podle Wechslera vycházející z rozložení inteligence v americké populaci v první polovině 20. Století.



IQ	KLASIFIKACE INTELIGENCE	PROCENTA V POPULACI
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120-129	nadprůměrná	6,7
110-119	mírně nadprůměrná	16,1
90-109	průměrná	50,1
80-89	mírně podprůměrná	16,1
70-79	hraniční inferiorita	6,7
69- níže	slabomyslnost (mentální retardace)	2,2

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.

## 2.1 Lehká mentální retardace, IQ 50–69

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně. Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

**Tato diagnóza zahrnuje:**

- **slabomyslnost**
- **lehkou mentální abnormalitu**
- **lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu)**

**2.2 Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49**

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech senzorio-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří

se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

#### **Tato diagnóza zahrnuje:**

- **středně těžkou mentální abnormalitu**
- **středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu)**

### **2.3 Těžká mentální retardace, IQ 20–34**

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky významného poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální abnormalitu
- těžkou oligofrenii

#### **2.4 Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20**

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Postižení bývají inkontinentní a přinejlepším jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech.

Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

### **Tato diagnóza zahrnuje:**

- **hlubokou mentální abnormalitu**
- **hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii)**

## **2.5 Jiná mentální retardace**

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

## **2.6 Nespecifikovaná mentální retardace**

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS
- mentální abnormalitu NS
- oligofrenii NS<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> ŠVANCAROVÁ I., *Mentální retardace, vzdělávání, výchova, sociální péče*, Praha, Portál, 2003, S 27-32. ISBN 80-7178-821-X

### 3. DIAGNOSTIKA MENTÁLNĚ RETARDOVANÝCH

#### 3.1 Co je diagnostika

Diagnostiku můžeme chápat jako nauku o diagnostikování, tj. poznávání nějakého jevu z etiologického hlediska i z hlediska srovnávání s jinými jevy za účelem nějakého zásahu do diagnostikovaného jevu, přičemž zlepšujeme zlepšení nebo nápravu tohoto jevu. V oblasti školské se zaměřujeme při diagnostikování na zjištění typu osobnosti a její vlastnosti, a to buď u normálních nebo postižených jedinců, za účelem nápravy odstranění nevhodných vlastností nebo nedostatků, vhodného zařazení do škol, do výchovných zařízení a také do budoucího povolání. Diagnostika se zabývá vědeckým zkoumáním metod vhodných pro uvedené účely, tj. jejich výběrem, sestavováním a ověřováním.<sup>5</sup>

#### 3.2 Historie diagnostiky osob s mentálním postižením

Významnou osobností v oblasti diagnostiky byl bezesporu Edvard Séguin (1812-1880), zakladatel výchovné péče o slabomyslné, který zdůrazňoval nutnost soustavného pozorování žákovi osobnosti. Na základě své dlouholeté praxe poznatků získaných pozorováním jedinců s mentálním postižením zdůrazňoval nutnost zavádět do vzdělání těchto jedinců rozvoj oblasti motoriky (doporučoval tělesnou gymnastiku) a senzorického vnímání (Eisová 1983).

Alfred Binet (1857-1911) přináší do oblasti diagnostiky mentálního postižení novou dimenzi – hodnocení inteligence. Jeho snahou bylo odlišit děti schopné standardního vzdělávání od dětí s postižením. K tomuto účelu vytvořil

---

<sup>5</sup> LANGER S., *Mentální retardace, etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*, Hradec Králové, Kotva 1995. ISBN 80-900254-6-3

intelligenční testy, jejich kritériem bylo srovnání s průměrem výkonu odpovídajícího danému věku.

Výrazný posun v oblasti diagnostiky mentálního postižení je spojen se jménem Edgara Dolla (1915-1977), který v roce 1935 vytvořil „ Vineland Social Maturity Scale“ k hodnocení sociálně adaptivního chování jedinců s podezřením na mentální postižení (Biasini a kol. 2005)

Jiný pohled Přináší Karel Slavoj Ameling (1807-1884), který se zabýval i etiologií mentálního postižení, diagnostikou somatických abnormalit a vadami řeči. Ameling je první, který, začal zdůrazňovat rodinnou anamnézu a motivační diagnostiku.

Karel Herford (1871-1940) navázal na Amelingu tím, že zpřesnil a zdokonalil dokumentaci osob s mentálním postižením. Jeho důležitou zásluhou v oblasti diagnostiky bylo zavedení kazuistik, jež obsahovaly podrobné údaje i rodině, o charakteristice rodinného prostředí, rodokmeny, údaje o vzdělání, poznámky o schopnostech a dovednostech jedinců, a jejich pokrocích. Navíc dokumentoval také písemné projevy chovanců (Eisová 1983). Z hlediska diagnostiky a následné péče o žáky s mentálním postižením zdůrazňoval znalost dětské psychologie a experimentální pedagogiky a spolupráce odborníků- zvláště lékaře, psychologa, kriminologa, pedagoga, sociologa a sociálního pracovníka. Zastával názor, že podle somatických abnormalit nelze slabomyslnost určovat. Sám je autorem další z klasifikací mentálního postižení podle vzdělavatelnosti. Na základě této klasifikace dělil žáky s mentálním postižením na:

- schopné vzdělání a výchovy – debily
- schopné výchovy, ne však vzdělání – imbecily
- neschopné výchovy ani vzdělání – idioty.

Etiologii a diagnostice se věnoval stejně jako jeho předchůdci a Josef Zeman, který také zdůrazňoval nutnost spolupráce pedagoga a lékaře v pomocné škole.



Průkopníkem využití kresby v oblasti diagnostiky je Jan Mauer. Tento pedagog se zabýval dětskou spontánní kresbou jako jedním z diagnostických hledisek slabomyslnosti u dítěte. Došel k názoru, že z kresby dítěte se často dozvíme více než z rozhovoru a s jistotou můžeme i podle úrovně výtvarného projevu stanovit míru vzdělavatelnosti (Eisová 1983).

František Čáda je spoluzakladatelem Ústavu pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže (nyní Pedologický ústav hlavního města Prahy) Čáda zdůrazňoval nutnost úzké spolupráce lékaře a pedagoga jak při diagnostice a klasifikaci slabomyslnosti, tak při zařazování dětí s mentálním postižením do škol a ústavů podle stupně postižení (Eisová 1983).

Od 70. let minulého století se problematice diagnostiky mentálního postižení věnovali L. Mojžíšek, M. Sovák, S. Langer, J. Novotný, B. Blehová a mnoho dalších.

Diagnostika v dnešním pojetí plně koresponduje s jedním ze současných trendů speciální pedagogiky – dekategoriací. Dekategorizace znamená nezařazování jedinců s mentálním postižením do kategorií na základě diagnózy určitého postižení, důraz je kladen na důsledné naplňování individuálních specifických potřeb.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> ČERNÁ M. a kol, *Česká psychopedie, speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha, Karolinum, 2008, S 100-102. ISBN 978-246-1565-3

## 4. HLAVNÍ OBLASTI A ÚKOLY DIAGNOSTIKY DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Při práci s diagnostickými metodami a je třeba respektovat tyto principy:

- **Princip komplexnosti** – komplexní diagnóza je výsledkem týmového přístupu odborníků (lékař, psycholog, pedagog, sociální pracovník).
- **Princip všestrannosti** – vyplývá z předchozího principu a zdůrazňuje požadavek zachycení všech významných vlastností a znaků v globální diagnostice, což předpokládá co nejvšestrannější vyšetření jedince.
- **Princip dynamičnosti** – spočívá v tom, že se nevyšetřují jen aktuální schopnosti, ale především potencionální a perspektivní schopnosti člověka.
- **Princip modifikace** – znamená, že každou metodu je třeba je třeba přizpůsobit druhu a stupni postižení vyšetřovaného jedince. To představuje nutnost individuální přístupu, výběr optimálních metod a hledisko dlouhodobého sledování.<sup>7</sup>

### 4.1 Diagnostické metody a postupy

#### 4.1.1 Pozorování

Jde o soustavné a plánovité vnímání jevů a procesů, které směřuje k odhalení podstatných souvislostí a vztahů sledované skutečnosti. Diagnostické pozorování má přesně vymezený objekt, je vedeno určitou myšlenkou a zaměřeno k určitému cíli. Je přesně organizováno, probíhá podle stanoveného plánu a

---

<sup>7</sup> LANGER S., *Mentální retardace, etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*, Hradec Králové, Kotva 1995. ISBN 80-900254-6-3

pozorované jevy a procesy jsou přesně registrovány. Závěr pozorování tvoří analýza výsledků pozorování.

Pozorování můžeme dělit:

- podle vztahu objektu pozorování na *přímé* a *nepřímé*
- podle délky pozorování na *krátkodobé* a *dlouhodobé*

#### 4.1.2 Rozhovor

Tato metoda je charakterizována přímou sociální interakcí. Zkoumaná osoba je podněcována cílevědomými otázkami k verbálním informacím. Osobní kontakt umožňuje získání rozsáhlých, mnohdy i důvěrných informací. Soubor otázek musí tvořit souvislý celek, myšlenkově skloubený, směřující k určitému cíli.

##### **Rozhovor dělíme:**

- podle počtu účastníků na *individuální* a *skupinový*
- podle struktury otázek na *standardizovaný* a *nestandardizovaný*

Fáze rozhovoru:

- Úvodní fáze – navázání kontaktu, určení tématu a času, zajištění bezpečí zneužití informací
- Vedení rozhovoru – kladení připravených otázek
- Závěr – shrnutí poznatků, uvolnění atmosféry, doporučení dalšího postupu

#### 4.1.3 Dotazník

Dotazníková metoda je určena pro hromadné získávání údajů. Jde o písemnou formu kladení otázek a získávání odpovědí. Umožňuje v poměrně krátké době získat určité množství informací od většího počtu osob. Vyžaduje pečlivou teoretickou přípravu, zejména formulaci cílů. Z hlediska hypotéz se stylizují pečlivě jednotlivé otázky, které se postupně zaměřují na podstatné stránky zkoumaných jevů a procesů.

#### 4.1.4 Test

Test obsahuje vždy stejné úkoly pro všechny zkoumané osoby a má přesně stanoven způsob hodnocení výsledků. Testy umožňují statistické zpracování výsledků a jejich názorné vyjádření. Podstatnou vlastností testu je jeho validita (test měří to, co měřit má) a reliabilita (měří přesně a spolehlivě, při opakování dává stejné výsledky). Test je vždy navrhován, hodnocen, ověřován a interpretován podle předem stanovených pravidel.

Test dělíme na:

- Standardizované – jsou ověřeny na velkém počtu respondentů, pro práci s nimi jsou stanovena přesná pravidla
- Nestandardizované – jsou omezeny pouze na vybranou skupinu

#### 4.1.5 Anamnéza

Anamnestické metody se zaměřují na získávání životopisných dat jedince.

Anamnézu dělíme na:

- Rodinnou – Je zaměřena na zjišťování všech dostupných údajů o rodičích, prarodičích a sourozencích se zřetelem na možný vliv dědičnosti, výskytu chorob, patologických úchylek, vrozených vývojových vad, nadání, sklonu, výskyt laterality, specifických chorob apod.
- Osobní – Je pokračováním anamnézy rodinné. Zjišťuje údaje od prenatálního věku až po současnost. Zkoumá vývoj jedince, navazuje zpravidla na odborné lékařské a psychologické posudky.
- Anamnéza životního prostředí – Týká se zjišťování materiálních podmínek v rodině, vztahy mezi členy rodiny, způsob trávení volného času, hygienické a estetické podmínky života, míra vlivu okolí apod.

- Katamnéza – Zabývá se zkoumáním příčin opakovaného objevení nežádoucích jevů – recidivy.
- Školní anamnéza - zahrnuje hodnocení žákových projevů ve vztahu ke všem pedagogickým pracovníkům, případně institucím v minulosti

#### 4.1.6 Studium pedagogické dokumentace

Jde o rozbor žákových prací v písemné podobě (diktáty, slohové práce, laboratorní práce), výtvarné podobě, výrobků, záznamy rodičů i učitelů apod. Jde o práce za určitý časový úsek označované jako žákovské portfolio. Ke zpracování potřebných informací používáme kvalitativní a kvantitativní analýzu.

#### 4.1.7 Experiment

Experiment prověřuje v praxi efektivitu nově zavedených výchovně vzdělávacích opatření. Sleduje změny určitých faktorů v důsledku měnících se podmínek. Srovnávací pedagogický experiment je založen na srovnávání experimentální a kontrolní skupiny. Zjištění výchozí úrovně obou skupin slouží k určení vyrovnanosti obou skupin.

experiment dělíme:

- laboratorní – zkoumá jevy v záměrně uměle vytvořených podmínkách
- přirozený – probíhá v běžném pedagogickém prostředí

#### 4.1.8 Speciální diagnostické metody

*Sociometrické metody*- Používají se k zjišťování vztahů a jejich vývoje v rámci vybrané skupiny. Jako nástroje jsou zpravidla používány standardizované testy. Metoda se orientuje výrazně na kvantifikaci údajů a jejich vyhodnocování využitím statistiky. Kvantifikované údaje se převádějí na stanovené jednotky a ty hodnotí např. faktorovou analýzou. Tak se zjišťují statistické závislosti mezi proměnnými a tím se dospívá k interpretaci dat.

*Kazuistika* – Metoda umožňující zabývat se jediným vybraným případem, sledovat a analyzovat všechny vývojové projevy, zpracovat dostupné materiály, sledovat všechny možné souvislosti a vše kvalitativně analyzovat.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Doc. PhDr. FRIEDMAN ZDENĚK, CSc. - Úvod do pedagogické diagnostiky [online]. Dostupný z [http://www.ped.muni.cz/wtech/elearning/Pedag\\_diagnostika.pdf](http://www.ped.muni.cz/wtech/elearning/Pedag_diagnostika.pdf) [cit 2011-10-20]

## 5. VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKU S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

### 5.1 Vývoj vzdělávání jedinců vyžadující zvláštní péči

Zákonná péče o tělesně postižené, i když založená jen na charitativních přístupech k „mrzákům“ začíná rokem 1601 v Anglii. V pozdějších letech a v 18. století ovlivňovali život těchto lidí další počiny – např. ve Francii první ortopedické ordinace, ve Švýcarsku první léčebný ústav (r. 1770). 19. století a počátek 20. století jsou v této oblasti charakterizovány otevíráním ústavů pro tělesně postižené v Německu, Dánsku, Anglii, Rusku a Francii. Veškeré tyto skutky vznikaly z vlivu na tehdejší dobu pokrokových názorů, vyslovovaných zvláště lékaři a filozofy. Jejich úvahy přispívaly k zhumanizování postojů k tělesně postiženým. Známe je přínos J. A. Komenského o vztahu k postiženým.<sup>9</sup>

Začátky systematictější péče byly realizovány především v pečovatelských zařízeních. Na našem území v předstihu před dalšími evropskými státy.

- 1786 – vznikl jako první soukromý Ústav pro hluchoněmé (Dejvice)
- 1807 – v Praze byl založen slepecký ústav
- 1846 – zřízen Moravský zemský ústav pro výchovu nevidomých dětí v Brně
- 1858 – Ústav pro hluchoněmé v Litoměřicích
- 1871 – Ústav pro hluchoněmé v Českých Budějovicích

---

<sup>9</sup> HRUŠKA JIŘÍ a kol, Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením, septima, Praha 1995, s 13. ISBN 80-85801-47-7

- 1871 – Výchovný ústav pro slabomyslné (zvaný Ernestinum) v Budenicích u Slaného
- 1913 – Jedličkův ústav pro tělesně postižené v Praze

Péče o tělesně postižené děti ve specializovaných ústavech se s rozvojem pedagogické vědy postupně zkvalitňovala a již existující ústavy byly vybavovány nejrůznějšími pomůckami, což se promítalo i v učebních osnovách učitelských ústavů. Velmi včasné zavedení školní docházky znamenalo i péči o postižené. Nepočetná síť specializovaných zařízení nemohla ani z kapacitních důvodů pokrýt terénní požadavky, řada dětí nejen neměla speciální servis, ale ani nechodila do školy, zůstávala bez vzdělání. Situace se změnila až ve druhé polovině devatenáctého století, kdy byly prosazovány myšlenky velkého významu vzdělávání handicapovaných dětí.

Pomocné třídy a školy byly oficiálně určeny dětem slabomyslným. První byla zřízena v roce 1896 v Praze, začátkem 20. století pak nastal dílčí rozvoj, zařazování dětí do pomocné školy bylo podmíněno dvouletou neúspěšnou docházkou do školy obecné. Pokud se děti projeví jako schopnější, mohly přestoupit do veřejné školy běžného typu.

U počátků prvního ústavu pro mentálně postižené (v tehdejší odborné terminologii „pro idioty“) stal známý Karel Slavoj Amerling. „Vyučování“ v jeho ústavu bylo maximálně názorné a motivačně laděné, učivo bylo rozděleno do školy denní, týdenní, měsíční a roční. Učitelé měli k dispozici zpracovanou podrobnou metodickou pomůcku.

Koncem 19. století existovalo několik ústavů pro hluchoněmé děti- pražský ústav (založen v roce 1786) měl 120-130 chovanců v 5 českých a v 5 německých odděleních. Litoměřický ústav byl německý (diecézní). V ústavu pro hluchoněmé v Českých Budějovicích byla opět česká a německá oddělení, výchovně vzdělávací práci zajišťovaly školní sestry kongregace Horažďovické. Stejná situace byla i v diecézním (českém) ústavu v Hradci Králové. Pro Moravu a Slezsko existoval jeden utrakvistický (dvojazyčný) ústav v Brně.



První čítanku pro hluchoněmé žáky napsal Josef Beran, ředitel ústavu v Hradci Králové. Specializovaný ústav pro slepé děti byl v Praze zřízen v roce 1807 přičiněním profesora Aloise Klára a jeho syn pak vybudoval ústav na dnešním Klárově. Již výnos ministerstva vyučování a kultu z 6. července 1881 stanovil, že slepé děti nejsou podle zákona nijak zproštěny docházky do školy. Ústav i předváděl tzv. Braillovo písmo.

Po roce 1869 byla vyžadována docházka do školy i pro děti tělesně postižené. Spolek pro léčbu a výchovu rachitiků a mrzáků (založen 1908) inicioval vznik potřebného ústavu, který byl pak založen v roce 1913 (předsedou spolku byl lékař Rudolf Jedlička).

První vychovatelna pro mravně pokleslou mládež (dobová terminologie) byla otevřena v roce 1883 v Praze. V rámci ústavu byla zřízena obecná škola, starší chovanci se učili řemeslům. Byl zřízen tzv. „trestní oddíl“ pro útěkáře, za krádež či jiná těžší provinění (chovanci byli označeni žlutou výložkou a byli vyloučeni ze společných akcí). Druhá vychovatelna zahájila činnost v roce 1888, třetí v roce 1890 v Říčanech.

Legislativně byla otázka výchovných ústavů pro mládež ošetřena říšským zákonem z roku 1885 (odtud termín „polepšovací ústavy“). Ve smyslu tohoto zákona byly zřízeny dvě zemské polepšovny: chlapecká v Opatovicích u Pardubic, dívčí v Kostomlatech pod Milešovkou (tyto ústavy však měly spíše charakter trestní nežli výchovavací).

Dobová literatura jasně konstatovala, že jednou z nejtěžších povinností byla péče o propuštěné chovance, kterým měly ústavy napomáhat při návratu do normálního života (tato okolnost přináší řadu problémů dodnes). Sjezd českých účinků v roce 1894 v Příbrami konstatoval, že narůstá počet mladistvých tuláků a zločinců a požadoval vybudování potřebného počtu specializovaných zařízení.

Po vzniku samostatného československého státu v roce 1918 byla nadále věnována pozornost péči o postižené (významný sjezd učitelů v roce 1920). Zákon o pomocných školách (1929) zopakoval povinnost školní docházky pro postižené, avšak vzdělávání schopné. Bylo možno zřizovat tzv. kázeňské či kárné třídy, zřizovány byly i třídy závěrečné. Z kapacitních důvodů specializovaných zařízení a dílčí regionální nedostupnosti pro všechny postižené děti, docházelo zcela automaticky k tomu, co dnes nazýváme integrací. Počty dětí byly evidovány okresními školními výbory a školy počty přijatých „abnormálních“ dětí vykazovaly pro sestavení „katastru dětí abnormálních“. Tento katastr byl veden odděleně pro děti tělesně, duševně nebo mravně vadné.

I pro období po druhé světové válce bylo charakteristické, že absolutní počty žáků ve speciálních zařízeních stále rostly. Výrazně nejvíce dětí přitom navštěvovalo školy pro mentálně postižené. I když je faktem zlepšená diagnostika, nelze přehlédnout tendence nároků základní školy (nová koncepce) – při maximalistických požadavcích byla vyčleněna řada dětí, které nestačily překotnému tempu.

V roce 1948 byl vydán zákon o jednotné škole, zavedena povinná devítiletá docházka, tehdejší pomocná škola přejmenována na školu zvláštní a pro děti s těžkým postižením se zřídily při zvláštních školách tzv. pomocné třídy.

Oblast speciální školské péče byla zahrnuta pod název „Školy pro mládež vyžadující zvláštní péči“, došlo ke snižování počtu dětí ve třídách, speciálnímu upravení učebních plánů a osnov, byly vydávány speciální učebnice a pomůcky přímou výchovně vzdělávací práci zabezpečují speciální pedagogové.<sup>10</sup>

---

<sup>10</sup> PaedDr. SLOMEK ZDENĚK , katedra speciální pedagogiky, studijní text pro kombinovanou formu studia [online].2006 [2011-11-11]. Dostupný z <http://www.scribd.com/doc/54507141/Zdenek-Slomek-Zaklady-specialni-pedagogiky>

## **6. LEGISLATIVNÍ NORMY UPRAVUJÍCÍ VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ, ŽÁKŮ A STUDENTU SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI**

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami upravují v současné době tři základní právní normy:

### **1. zákon č. 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání**

Tento zákon upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství

### **2. Vyhláška č. 147/2011 Sb. ze dne 25. 5. 2011, kterou se mění vyhláška č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků mimořádně nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření. Vyrovnávacími opatřeními se rozumí využívání pedagogických, popřípadě speciálně pedagogických metod a postupů, které odpovídají vzdělávacím potřebám žáků, poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školních poradenských zařízení, individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga.

Podpůrnými opatřeními se rozumí využití speciálních metod, postupů, forem prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

**3. Vyhláška 116/2001 ze dne 15. dubna 2011, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**

Podmínkou poskytnutí psychologické nebo speciálně pedagogické poradenské služby je předání informace a písemný souhlas žáka nebo jeho zákonného zástupce. Žák, v případě žáka, který má zákonného zástupce, také jeho zákonný zástupce musí být školou nebo školským poradenským zařízením předem srozumitelně a jednoznačně informován o všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech poskytované poradenské služby. Dále musí být informován o prospěchu, který je možné očekávat, o právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znova.<sup>11</sup>

---

<sup>11</sup> vyhlášky ke školskému zákonu [online]

## 7. ASISTENČNÍ SLUŽBY

### 7.1 Asistent pedagoga

Úkolem asistenta pedagoga je pomoci dítěti při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti a pomoc při komunikaci s dítětem a rodinou. Ve většině škol je v podstatě „pravou rukou“ učitele. Praktická náplň jeho činnosti se však nedá přesně vymezit, v jednotlivých případech se liší dle aktuální potřeby. Ve většině škol dochází asistent na všechny hodiny. Věnuje se také přípravě na vyučování, často upravuje různé texty, přepisuje učebnice a vyrábí pomůcky. Jinde asistent do třídy nechodí a věnuje se přípravám na hodiny. Někdy chodí také na různé předměty různí asistenti. Důležité je vědět, že zodpovědnost za vzdělání žáka má třídní učitel, nikoli asistent.<sup>12</sup> Asistent pedagoga musí splňovat předpoklady pro výkon funkce pedagogického pracovníka, rozsah jeho přímé pedagogické činnosti je dán nařízením vlády č. 75/2005 Sb., o stanovení přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé pedagogické přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků, v rozsahu 20-40 hodin týdně.

### 7.2 Osobní asistent

Osobní asistent není zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy. Osobní asistent člověku s postižením pomáhá s činnostmi, které by vykonával sám, nebýt jeho postižení. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje. Služba obsahuje zejména pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o

---

<sup>12</sup> KOCHTOVÁ KLÁRA, VACHULOVÁ MARKÉTA, Integrace hezká (i těžká) práce, Integrace, o.s., 2010, S 10

vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> HOLÁ SOŇA , Integrace zdravotně postiženého žáka v systému základního školství, Národní institut pro další vzdělávání, Praha, 2006, S 14-15. ISBN 978-80-86956-26-8

## 8. ŠKOLSKÁ PORADENSKÁ ZAŘÍZENÍ

### 8.1 Pedagogicko-psychologická poradna

Tato poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků.

Standardní činností pedagogicko-psychologické poradny je (mimo jiné) individuální psychologická a speciálně psychologická diagnostika žáků s výukovými problémy, včetně specifických poruch učení, a žáků neprospívajících.

V praxi to znamená, že na pedagogicko-psychologickou poradnu je v hodné se obrátit především:

- v případě výskytu dílčích specifických obtíží projevujících se v určité oblasti vzdělávání při jinak dobrých výukových výsledcích
- v případě výskytu obtíží v oblasti pracovních dispozic
- v případě výraznějších globálních obtíží se zvládáním učebních nároků, jejichž nejčastější příčinou jsou globální omezení ve vývoji kognitivních schopností

Pedagogicko-psychologická poradna zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává pro školy a školská zařízení odborné posudky i návrhy opatření a následně zajišťuje metodickou pomoc při jejich realizaci

K nejčastěji navrhovaným opatřením patří:

- doporučení k zohlednění speciálních vzdělávacích potřeb v procesu výuky
- doporučení k individuální integraci v běžné třídě
- doporučení ke skupinové integraci
- doporučení k zařazení do školy s upraveným vzdělávacím programem
- provádí skupinovou nebo individuální psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku školní zralosti, dětí předškolního věku z důvodu nerovnoměrného vývoje

## 8.2 Speciálně pedagogické centrum

SPC poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Zajišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků, pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření.

Jednotlivá SPC se zaměřují vždy na určitý typ zdravotního postižení, následně pak mají stanoveny speciální standardní činnosti.

V rámci českého školského systému fungují:

- centra poskytující služby žákům s vadami řeči
- centra poskytující služby žákům se zrakovým postižením



- centra poskytující služby žákům se sluchovým postižením
- centra poskytující služby žákům tělesně postiženým
- centra poskytují služby žákům s mentálním postižením
- centra poskytující služby žákům s poruchami autistického spektra
- centra poskytující služby žákům s více vadami<sup>1415</sup>

---

<sup>14</sup> HOLÁ SOŇA , integrace zdravotně postiženého žáka v systému základního školství, Národní institut pro další vzdělávání, Praha, 2006, S 16-17. ISBN 978-80-86956-26-8

<sup>15</sup> OPEKAROVÁ DAGMAR, Kapitoly z výchovného poradenství, Univerzita Jana Amose Komenského, Praha, 2010. ISBN 978-80-86723-35-8

## 9. INTEGRACE

Slovník cizích slov vymezuje pojem „integrace“ jako sjednocení, scelení, splynutí, spojování ve vyšší celek, začlenění, zapojení. Pro integraci ve smyslu integrace žáka, studenta se speciálními vzdělávacími potřebami do běžného proudu školního vzdělávání je nejuvýstižnějším českým ekvivalentem termín „ZAČLENĚNÍ“

Integrací se rozumí začlenění žáka se zdravotním postižením nebo žáka zdravotně či sociálně znevýhodněného mezi majoritní skupiny zdravých spolužáků. Žák je vzděláván na základě odborné diagnostiky jeho speciálních vzdělávacích potřeb s využíváním speciálních učebních pomůcek, speciálních vzdělávacích postupů a vhodně zvoleného hodnocení.

Ačkoli metodicky i organizačně nejlépe je integrace propracována v oblasti školství, věnuje se jí i řada mimoškolních osvětových, kulturních a sociálních organizací a institucí, které si kladou za cíl integraci lidí se zdravotním postižením bez rozdílu věku do majoritní společnosti. Dle Ivanovové<sup>16</sup> je cílem pedagogické integrace zařadit, co nejvíce dětí s určitým typem postižení či znevýhodnění mezi zdravé vrstevníky a tím následně zamezit vzniku psychických bariér mezi jedinci s postižením a bez postižení. Pokud se podaří zařadit žáka s postižením do běžného školního kolektivu, dochází k posílení jeho sebevědomí, sebedůvěry i sociálně adaptačních schopností a dále k vytváření nezkresleného obrazu o jedinci s postižením u jedinců zdravých. Tento obraz se v dospělosti zhodnotí i v přístupu veřejnosti ke spoluobčanům se zdravotním handicapem.

Integrace – jak je definováno výše – představuje mnohdy velmi náročný proces, jehož úspěšnost je podmíněna řadou důležitých faktorů. Úspěšná integrace vyžaduje především odborně vyškolené, erudované a citlivé učitele a

---

<sup>16</sup> IVANOVÁ STANISLAVA, Integrace zdravotně postižených osob do společnosti, Praha, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, ústav informačních studií a knihovnictví, 2001, studijní rozborová zpráva

vychovatele, kteří budou mít zajištěny dostatečné podmínky pro možnost individuální práce se žákem se zdravotním postižením (např. formou snížení počtu žáků ve třídě nebo formou přidělení asistenta pedagoga) a dále zajištěno i dostatečné množství kvalitních speciálně reedukačních pomůcek. V některých případech se integrace neobejde bez stavebních úprav školní budovy.<sup>17</sup> V ČR se integrace začala prosazovat teprve po roce 1989. Nejprve běžné školy otevřely vzdělávání dětí se smyslovým a tělesným postižením, integrace dětí s mentálním postižením byla povolena v našem systému školství nejpozději.

### **9.1 Integrace mentálně postiženého dítěte v MŠ**

Pro dítě s postižením je neocenitelnou přípravou na co nejsamostatnější fungování v pozdějším životě, dává mu příležitost naučit se mnoha sociálním dovednostem. Integrace dítěte s handicapem je samozřejmě i ohromnou příležitostí pro rozvoj sociálního chování jeho spolužáků. Jako velmi přínosnou se ukazuje právě integrace do mateřské školy. Děti v tomto věku se učí především napodobou, velkým impulsem rozvoje je proto pro dítě s handicapem tedy již to, že dostává příležitost sledovat ostatní děti při sebeobslužných a herních činnostech a později se je pak pokouší napodobovat. Předškolní děti berou svět takový, jak se s ním seznamují, příliš se nepodivují nad odlišnostmi, proto i spolužáka s postižením přijímají velmi přirozeně jako součásti třídy a jsou tím velmi dobře připravovány na pozdější soužití s lidmi s handicapem.<sup>18</sup>

### **9.2 Integrace mentálně postiženého dítěte v ZŠ**

Pro úspěšnou integraci dítěte s mentálním postižením na ZŠ je vhodné učinit hned několik kroků. Předně je nutné kontaktovat školu, do které dítě

---

<sup>17</sup> HOLÁ SOŇA , Integrace zdravotně postiženého žáka v systému základního školství, Národní institut pro další vzdělávání, Praha, 2008, S 5-6. ISBN 978-80-86956-26-8

<sup>18</sup> JUCOVIČOVÁ D., ŽÁČKOVÁ H., BUDÍKOVÁ J., BARTOŠOVÁ B., ŠAUEROVÁ A., Individuální vzdělávací plán pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, D+H, S 79-80, ISBN 978-80-87295-00-7

nastoupí a sjednat si schůzku s budoucí integrující učitelkou a ředitelem školy. Je výhodou, když je již předem známá asistentka pedagoga a může se schůzky zúčastnit také. V počátku je důležité informovat paní učitelku o specifickém vývoji dětí s mentálním postižením, o způsobu myšlení, praceschopnosti, odolnosti vůči zátěži apod. Je také vhodné nabídnout škole potřebnou literaturu týkajícího se daného typu postižení. Na začátku školního roku, kdy dítě přichází nově do třídního kolektivu se vyplácí udělat schůzku s rodiči ostatních dětí a informovat je o tom, že ve třídě bude integrované dítě.

Děti na prvním stupni ZŠ odlišnost velmi dobře přijímají. Toto přijetí je snazší u dětí, jejich handicap je zjevný na první pohled. Velmi se osvědčuje vést děti ve třídě k iniciativě v sociálním kontaktu s integrovaným dítětem. Při porušení pravidel a nepřijatelném chování, kterému integrované dítě rozumí a je v jeho možnostech se mu vyvarovat, by nemělo mít žádná privilegia. Pro vlivné přijetí dítěte s mentálním postižením do třídního kolektivu je podstatné zejména pozitivní naladění paní učitelky, která integruje

Integrace dětí na druhém stupni s sebou přináší mnohá rizika:

- učitelé se ve třídě střídají podle jednotlivých předmětů
- vzrůstá náročnost učiva
- děti v době přestupu na druhý stupeň výrazně dozrávají sociálně, emočně i kognitivně, je to nelehké vývojové období, kdy se rozdíly mezi jednotlivými dětmi zvýrazňují a i přijetí odlišnosti je komplikovanější

V případě, že se integrace na druhém stupni podpoří a následně realizuje, je nutné seznámit všechny učitele vyučující v dané třídě se specifiky

vzdělávání konkrétního dítěte s mentálním postižením a naladit je na přijetí dítěte.<sup>19</sup>

---

<sup>19</sup> JUCOVIČOVÁ D., ŽÁČKOVÁ H., BUDÍKOVÁ J., BARTOŠOVÁ B., ŠAUEROVÁ A.,  
Individuální vzdělávací plán pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, Praha, D+H,  
2009, S 89-90, ISBN 978-80-87295-00-7

## 10. INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo žáka speciální školy.

Individuální vzdělávací plán vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením, popřípadě doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře nebo dalšího odborníka, a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálně vzdělávacích potřeb žáka.<sup>20</sup>

Zelinková uvádí:

„Individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kdo se podílejí na výchově a vzdělávání integrovaného žáka. Vzniká na základě spolupráce mezi učitelem, pracovníkem provádějícím reedukaci, vedením školy, žákem a jeho rodiči (zákonnými zástupci), pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra.“<sup>21</sup>

### 10.1 Postup při konstrukci IVP

Práce na IVP by vždy měla být společným dílem všech zúčastněných – svůj podíl by měl mít třídní učitel, učitelé jednotlivých předmětů, výchovný poradce, případně školní psycholog nebo speciální pedagog. Je-li to nezbytné, mohou spolupracovat i přizvaní odborníci z poradenských pracovišť nebo angažovaní rodiče, ale tvorba IVP je věcí a odpovědností školy. Odpovědnost

---

<sup>20</sup> [www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005.sb](http://www.msmt.cz/dokumenty/vyhlaska-c-73-2005.sb)

<sup>21</sup> ZELINKOVÁ O., Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program, Praha, Portál 2001, ISBN 80-7178-544-X

jejích zaměstnanců za tvorbu IVP by proto měla být jejím vedením jednoznačně stanovena

1. Základem IVP je audit, jehož součástí jsou i odborná vyšetření.

2. Na základě provedeného auditu analyzujeme vzdělávací cíle zvoleného vzdělávacího programu a rozhodneme, zda žák může tento vzdělávací program plnit. Není-li to možné, vybereme pro něj jiný.

3. V návaznosti na vybraný vzdělávací program vytvoříme individuální vzdělávací plán žáka. Ten může kopírovat běžně používaný učební plán, ale v této fázi můžeme dospět také k rozhodnutí o osvobození dítěte z výuky některého předmětu

4. V této fázi bychom se měli věnovat možnostem personálního zajištění výuky. Je nezbytné pověřit výukou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami učitele, kteří prošli alespoň krátkodobými kurzy vztahujícími se k příslušné problematice. Nezbytné je také vyřešit účast případného asistenta.

5. Po zvážení personální otázky rozhodneme o organizaci výuky. Jde zpravidla o volbu mezi zařazením žáka do běžné třídy nebo o vytvoření trvalých či dočasných skupin žáků s obdobnými problémy.

6. Formulujeme specifické cíle jednotlivých předmětů.

7. Zamýšlíme se nad formami a metodami výuky. Významné je také vědomí, že osvojované znalosti a dovednosti mají mít praktické uplatnění.

8. Vhodnou součástí konstrukce IVP je rovněž zvážení potřeby kompenzačních pomůcek, speciálních učebních pomůcek, učebnic a učebních textů a jejich včasné zajištění.

9. Nalezení efektivních forem komunikace s rodiči je základním předpokladem koordinovaného postupu školy a rodiny. Je nutné hledat partnerský vztah, jehož jednotícím prvkem je zájem dítěte.

10. Předposlední součástí konstrukce IVP je určení podílu žáka na jeho realizaci. Charakter tohoto vlivu musí odpovídat věku žáka a jeho individuálním možnostem.

11. Posledním krokem je plán finančního zajištění zvýšených nákladů spojených s výukou žáka a zabezpečením jeho vzdělávacích potřeb.

Takto sestavený IVP může mít různou formální podobu, která může být v průběhu vzdělávání žáka upravována a přizpůsobována proměnlivým podmínkám.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> KAPRÁLEK KAREL, Jak napsat a používat individuální vzdělávací program, Praha, Portál, 2004, S 41-42, ISBN 80-7178-887-2



# PRAKTICKÁ ČÁST

## 11. PŘÍPADOVÁ STUDIE

### 11.1 Cíle a metody šetření

Cílem praktické části bylo na základě kazuistiky desetileté Terezy zachytit problematiku vzdělávání mentálně postiženého žáka ve speciální ZŠ a zjistit zda by byla možná integrace. Mezi techniky výzkumu jsem použila analýzu dokumentace - roční plán rozvoje, skupinová schůzka rodičů ve škole, rozhovor s rodiči, vlastní pozorování, konzultace v SPC

## 12. VLASTNÍ ŠETŘENÍ

### 12.1 Kazuistika

Terezka se narodila před deseti lety. Narodila se do běžné rodiny, ve které se žádné závažnější onemocnění nevyskytlo. Narodila se jako poslední ze tří dětí. Matce bylo 38 let. Lékaři Tereze diagnostikovali CHS (centrální hypotonický syndrom), lehký mozečkový syndrom, psychomotorická retardace – svalová hypoxie, těžká vývojová vada řeči, nerogení močový měchýř – močový vývoj

*CHS* - Dětem, které trpí těmito potížemi, se někdy říká „hadrové panenky“. Přestože mají ochablé svaly, příčina jejich problémů není v pohybovém ústrojí, ale jedná se o poruchu neurologickou. Hypotonický syndrom se obvykle projevuje pomalejším motorickým vývojem dítěte, někdy ale může pozornosti rodičů unikat dlouhé měsíce.

Čím je vlastně způsoben? „Jako hypotonie se označuje stav, kdy dítě vykazuje známky nižšího svalového napětí. Obvykle se odlišuje svalová hypotonie periferní, spojená s poruchami periferních nervů nebo míchy, a hypotonie centrální, která je projevem narušené funkce mozku.

*Mozečkový syndrom* - jedná se o poruchu rovnováhy.

Tereza do 6ti let téměř nemluvila, proto se s ní rodiče učili znakovou řeč. Kolem sedmého roku začala sama od sebe mluvit. Chodí dvakrát týdně na logopedii. Rodičům se velmi osvědčila foniatrická klinika v Žitné ulici v Praze. Dále navštěvuje hipoterapii, canisterapii, chodí plavat atd. Dříve jezdila jen na vozíku. Nyní díky péči specialistů a rodičů chodí sama (ne na dlouhé vzdálenosti), má ráda stolní hry, počítačové hry a prohlížení knížek

## 12.2 Vzdělávání Terezy

- Mateřská škola, charakteristika mateřské školy

Tereza docházela od tří do pěti let do dětského rehabilitačního centra Lentilka v Pardubicích. Lentilka je příspěvková organizace a nestátní zdravotnické zařízení. Lentilka byla zřízena za účelem komplexní rehabilitační, logopedické, pedagogicko výchovné, speciálně pedagogické, ošetrovatelské a od dubna 2011 také ergoterapeutické péče dětem se zdravotním postižením. Prostředí školky je útulné a přizpůsobené dětem se zdravotním postižením. Mateřská škola má i svůj malý bazén, cvičebny fyzioterapie, cvičebny ergoterapie a ordinace logopedie.

Tereza docházela každý den do denního stacionáře, který je určen dětem od 1,5 do 3 let se zdravotním postižením (poruchy hybnosti, opožděný psychomotorický vývoj, narušená komunikační schopnost, poruchy autistického spektra – PAS), kterým je poskytována specializovaná péče ergoterapeutická, fyzioterapeutická, péče klinických logopedů a zdravotní péče na základě doporučení odborných lékařů a pod dohledem lékaře specialisty. Tereza chodila do třídy, kde bylo 10-12 dětí a 2 vychovatelky. Školka nabízí různé terapie a podpůrné terapie jako jsou:

- *Ergoterapie* – Ergoterapie je v Lentilce součástí péče o klienta a představuje jeho aktivizaci, nácvik soběstačnosti a zlepšení motorických a kognitivních dovedností. Ergoterapie je cvičení určitých

svalových skupin pomocí hravého výkonu. Snahou ergoterapie je zlepšení narušených funkcí. Na základě vyšetření zjišťuje ergoterapeut příčinu obtíží a navrhuje individuální ergoterapeutický plán, který respektuje zdravotní stav klienta, typ a stupeň postižení. Ergoterapie v Lentilce probíhá během pobytu dítěte v zařízení na pracovišti ergoterapeuta v tělocvičně nebo v prostorech jednotlivých oddělení. Ergoterapie probíhá individuálně, u dětí s podobnou diagnózou ve dvojicích, z důvodu lepší motivace. Dítě z mateřské školy využije službu ergoterapeuta 1x-4x týdně, dle indikace lékaře.

-

➤ *Fyzioterapie* – Fyzioterapie je terapeutický postup využívající různých forem energií (včetně pohybové) k léčebnému ovlivnění držení těla, bolesti a psychiky. Zajímá se zejména pohybovým systémem. Cílem fyzioterapie je zachování a obnova funkce pohybového systému. Mezi základní postupy patří postupy kinezioterapeutické. Kvalita fyzioterapie se podílí na konečném efektu práce řady medicínských oborů.

U dětí také závisí na spolupráci rodičů s fyzioterapeutem. Terapie probíhá denně nebo několikrát denně, proto se fyzioterapeut stává učitelem a rodič terapeutem v domácím prostředí. Při nástupu do mateřské školy je dítě vyšetřeno rehabilitačním lékařem za přítomnosti rodičů. Fyzioterapie probíhá v dopoledních hodinách. Postup fyzioterapie je konzultován s rodiči. Součástí fyzioterapie je také hipoterapie, která probíhá každý čtvrtek.

➤ *Logopedie* – Klinická logopedie se zaměřuje na celkový rozvoj komunikačních schopností, úpravu artikulace, rozvoj slovní zásoby, rozvoj jazykového citu a podporu verbálního vyjadřování. Je to obor zkoumající narušenou komunikační schopnost u člověka z hlediska jejích příčin, projevů, následků, možností diagnostiky, terapie i prevence.

Logopedie probíhá v mateřské škole v dopoledních hodinách na pracovišti logopeda. Dle individuálních schopností dítěte a z důvodu motivace

buď individuálně, nebo ve dvojicích. Logoped hodnotí vývoj úrovně řeči a komunikačních dovedností, volí speciálně logopedické postupy pro edukaci a reedukaci řeči. K rozvíjení komunikačních dovedností jsou používány moderní počítačové programy a speciální pomůcky (rotavibrátor, logopedické sondy, bzučák,...), komunikační systémy v rámci alternativní a augmentativní komunikace (např. VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém), které jsou vhodné zejména pro děti s výrazným opožděním expresivní složky řeči, mentálním nebo kombinovaným postižením. Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.

➤ *Canisterapie* – Je to podpůrná terapie využívající pozitivních interakcí mezi dítětem a psem. Prostřednictvím specifických canisterapeutických metod jsou rozvíjeny všechny složky psychomotorického a sociálního vývoje dítěte. Pracovní tým tvoří canisterapeutický pes, odborně vyškolený canisterapeut a speciální pedagog ze zařízení.

Canisterapie probíhá 1x týdně v individuální nebo skupinové formě. Při skupinové formě dochází terapeut se psem na oddělení, individuální forma probíhá v místnosti tomu určené.

➤ *Hipoterapie* – Hipoterapie je forma léčebné rehabilitace, která ke svým účelům využívá speciálně vycvičeného koně. Přenášením pohybu koňského hřbetu na lidské tělo dochází ke stimulaci centrálního nervového systému a dochází ke zlepšení v koordinaci pohybu, facilitaci posturoreflexních mechanismů, normalizaci svalového napětí, narušení patologických stereotypů, zlepšení rovnováhy, úpravě svalové dysbalance a pohybové symetrie, stimulačním působení na tvorbu a obnovu měkkých i tvrdých tkání, posílení kardiovaskulárního systému, stimulaci dýchacího svalstva.

➤ *Muzikoterapie* - Muzikoterapie je léčba hudbou a organizovanými zvuky. Je to záměrná a cílevědomá terapeutická

činnost působící na smyslové a nadsmyslové vnímání a prožívání. Muzikoterapie je buď poskytována v pasivní formě, která spočívá v naslouchání hře, zpěvu a zvukům, nebo v aktivní formě, při níž jsou děti vtaženy do terapie vlastním projevem – hrou na hudební nástroje, tancem, intuitivním zpěvem a vyjádřením svých nálad a pocitů.

➤ *Arteterapie* - Arteterapie je léčebný postup, který využívá výtvarného projevu jako hlavního prostředku poznání a ovlivnění lidské psychiky a mezilidských vztahů. Někdy bývá přiřazována k psychoterapii a jejím jednotlivým směrům, jindy je pojímána jako svébytný obor. Obvykle se rozlišují dva základní proudy, a to terapie uměním, v níž se klade důraz na léčebný potenciál tvůrčí činnosti samotné a artpsychoterapie, kde výtvořky a prožitky z procesu tvorby jsou dále psychoterapeuticky zpracovávány. Arteterapie probíhá pod odborným vedením formou arteterapeutických bloků přímo v Lentilce, které vede odborný lektor. Tyto činnosti jsou záznamem individuálního prožitku každého dítěte, čímž děti posilují své spontánní vyjádření, psychické uvolnění a radost z vytváření něčeho nového

Tereza má nejraději canisterapii a hiporetapii na které ráda dochází dodnes. Rodiče, ale s touto mateřskou školou nebyli spokojeni. Nelíbil se jim především přístup pedagogů k dětem a také vázla komunikace mezi mateřskou školou a rodiči. To byl asi hlavní důvod, proč Tereza už v pěti letech nastoupila do Základní školy Svítání.

### **12.3 Škola, charakteristika školy**

Do této školy chodí děti 1-5 ročníku s kombinovaným postižením. Cílem školy je v malém kolektivu a pomocí individuálního přístupu zvládnout požadavky základní školy, a pokud je to možné integrovat žáky v dalších ročnících do běžné základní školy. Škola také zajišťuje každodenní svoz dětí z místa bydliště. Škola má dále družinu a různé kroužky jako např. taneční

kroužek, keramický kroužek, kroužek stolního tenisu a další. Školné je 2500 Kč měsíčně a 100 Kč denně za asistenta. 2x ročně jsou ve škole „týmové schůzky“. Rodiče jsou s touto školou velmi spokojeni. Pedagogové jsou velmi vstřícní. Rodiče se aktivně podílejí na chodu školy.

Tereza dochází 2x týdně na logopedii - posilování orofaciální motoriky, dechová cvičení, rozvoj fonemického sluchu, fixace a automatizace hlásek CH, N, dvojhásky OU, eliminace hyátu a sykavek, prohlubování aktivní a pasivní slovní zásoby, podpora rozvoje jazykového citu a větné stavby, emocionálně přiměřené vyjadřování.

2x týdně na fyzioterapii - cvičení na velkém balónu, plavání, hipoterapie, rotoped, cvičí Vojtova reflexní terapie a synergická reflexní terapie

2x týdně na ergoterapii – nácvik krájení, mazání, věšení prádla, utírání nádobí, senzomotorická stimulace

Ve třídě je 8 dětí, 1 učitelka, 1 asistentka a 1 vychovatelka. Tereza se vzdělává dle vzdělávacího programu školy. Má také vytvořený individuální vzdělávací plán ve všech předmětech. Používá ve škole různé pomůcky, jako jsou počítač, didaktické hry, výukové programy na PC, obrázky, puzzle, doplňovačky, obrázkové knihy, encyklopedie.

#### **12.4 Školní rok 2011/2012**

*Vzdělávací program, ročník – Cestou necestou I, 3. ročník ZŠ*

*Závěry a doporučení odborného pracoviště – Výrazně nerovnoměrný vývoj intelektových složek v neprospěch verbálních, se závažnou poruchou řeči, kombinace dysfázie- dysartrie, kognitivní potenciál vyšší, ale s ohledem na vadu a s ohledem na osobnostní vzdor málo využitelný*

*Pedagogická diagnóza – Tereza se tento školní rok adaptovala na školu a školní režim bez větších obtíží. Ochota ke spolupráci je s občasnými výkyvy. Občas prosazuje svoje představy a přání, dá se ale lépe korigovat a motivovat k práci. Komunikace se stále zlepšuje.*

## Český jazyk a literatura

čte jednoduché texty s porozuměním, rozumí přiměřenému sdělení, zapamatuje si jeho smysl, zvládá jednoduché vyjadřování v běžných situacích, rozlišuje věta-slovo-slabika-hlávka, správně doplní ů-ú do slov, rozliší měkké a tvrdé souhlásky, správně doplní i-y, rozlišuje druhy vět, umí řadit slova podle abecedy, ovládá psaní předložek, zvládá psaní skupin bě-pě-mě, umí správně napsat a zdůvodnit spodobu na konci slova i uvnitř, porovnává významy slov a poznává slova příbuzná, osvojí si vyjmenovaná slova, vyhledá podstatná jména v textu, píše psacím písmenem, napíše tiskací tvary písmen, vypráví podle obrázkové osnovy, zná pojem poezie a próza

## Anglický jazyk

vyslovuje foneticky správně osvojovaná slovíčka, zná a používá anglické pozdravy, reaguje na základní pokyny, ovládá anglickou abecedu, orientuje se v základní slovní zásobě tématu rodina, zná a užívá správně osobní zájmena, časuje sloveso být, počítá 0-10, orientuje se ve slovní zásobě hračky, školní potřeby, správně časuje sloveso mít, orientuje se ve slovní zásobě barvy

## Matematika

sčítá a odčítá desítky, sčítá a odčítá do 20, sčítá a odčítá do 100, osvojí si zpaměti násobení a dělení přirozených čísel do 100, řeší jednoduché slovní úlohy pomocí sčítání, odčítání, násobení a dělení, sčítá a odčítá dvojciferná čísla do 100 s přechodem přes desítky, porovnává čísla do 1000, počítá s penězi, orientuje se v jednotkách délky, objemu, hmotnosti a času, rýsuje přímkou, označí bod, měří délky úseček, pozná a rýsuje s pomocí základní geometrické tvary, dbá na čistotu při rýsování

## Člověk a jeho svět

příroda na jaře, příroda v létě, práce a odpočinek, město Pardubice, Česká republika, orientace v čase, neživá příroda, živá příroda, lidské tělo

### Hudební výchova

zpěv lidových písní, doprovod na Orfovy hudební nástroje, poslech zvuků živé a neživé přírody, relaxační hudba, dechová cvičení, muzikoterapie

### Výtvarná výchova

malba, kresba, zapouštění barev, práce s přírodním materiálem, koláže, kresba tuší, stříhání, trhání, lepení, zná zásady bezpečnosti a chování při Vv, rozvíjí svou manuální zručnost a fantazii, rozvíjí schopnost pracovat ve skupině na společné práci, při práci udržuje pořádek a po skončení práce uvede své pracovní místo do původního stavu

### Tělesná výchova

dodržuje pravidla bezpečného chování, zvládá základní povely, zvládá osvojované pohybové aktivity na úrovni svých pohybových předpokladů, jedná v duchu fair play, má radost z přirozeného pohybu

## 12.5 Byla by integrace správnou volbou?

Integrace u Terezy by určitě možná byla, ale pouze s osobním asistentem. Osobní asistent na rozdíl od asistenta pedagoga není zaměstnancem školy. Pomáhá dítěti s úkoly, které díky postižení nezvládne, pomáhá mu pohybovat se po škole, pomáhá mu s cestou do školy, ze školy atd. To znamená, že zatímco osobní asistent je „k ruce“ tomu konkrétnímu dítěti, asistent pedagoga je asistentem učitele nikoliv dítěte. Některé školy si získají osobního asistenta, ale je to spíš výjimka a rodiče si musejí sehnat asistenta sami. K základním podmínkám integrace patří připravenost a ochota všech zúčastněných. Velmi záleží nejen na tom, zda je škola ochotna přijmout integrovaného žáka, ale také na ochotě jednotlivých pedagogů a jejich osobní snaze pomoci. Také ne všichni učitelé jsou odborně vyškoleni, aby znali potřeby žáků se zdravotním postižením. Pro mnohé z nich by to určitě znamenalo účastnit se alespoň nějakého kurzu. S Terezou by to bylo o to složitější, že má kombinované postižení a někteří pedagogové by se toho mohli



zaleknout. Pro rodiče by proto bylo velmi složité najít ochotného a trpělivého pedagoga, který by vyhověl vzdělávacím potřebám Terezy. Také si myslím, že i v dnešní době přetrvávají předsudky vůči dětem ze zdravotním postižením ze strany rodičů zdravých dětí. Dalším problémem integrace v běžných základních školách je velký počet žáků ve třídách. Učitel, který má ve třídě okolo 26 dětí, by se nemohl Tereze dostatečně věnovat. Nakonec by se Tereza učila o samotě se svým osobním asistentem odloučená od kolektivu, což je přesný opak toho, o čem by integrované vzdělávání mělo být a čeho chceme integrací dosáhnout. Z těchto všech důvodů se rodiče Terezy rozhodli pro praktickou základní školu. Tereza chodí do třídy s dětmi, které mají podobné postižení, je tedy mezi svými. Cítí se tam dobře a má tam kamarády. Je v rukou odborníků, kteří znají její speciální potřeby a přizpůsobí se jejímu tempu učení. Rodiče jsou rádi, že se takto rozhodli.

## ZÁVĚR

Integrace – začlenění žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním do běžného vzdělávání zaznamenává v posledních letech kvalitní posuny. Kromě oblasti školství se integraci věnuje i řada mimoškolních, kulturních a sociálních organizací. Mohou to být například různé zájmové činnosti, víkendové a táborové pobyty.

Integrované vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami může být prospěšné jak pro integrované žáky, tak pro jejich spolužáky, kteří se přirozeným způsobem učí přijímat a chápat jinakost. Integrovaný žák také není odtržen od zdravé společnosti, ve které se bude pohybovat po většinu života. Jsou ale i děti, pro které integrace vhodná není, jak se potvrdilo na příkladu Terezy v praktické části práce. Pro Terezu, která má kombinované postižení, by nebylo snadné najít školu, kde by mohla být integrována a která by vyhověla jejím potřebám. Nejde jen o stránku praktickou, ale také o stránku finanční. Pro tyto děti jsou školy speciální a školy praktické. Tyto školy mají zkušený pedagogický personál, který zná potřeby žáka a dokáže jim vyhovět. Školy jsou také dostatečně materiálně vybavené. Využívají různé rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky, mají speciální učebnice a speciální didaktické materiály.

Při speciálních školách jsou zřizována pedagogicko psychologická centra zastupovaná speciálním pedagogem, psychologem a sociálním pracovníkem. Všechny děti se zdravotním postižením musí projít vyšetřením v tomto centru nebo v pedagogicko psychologické poradně, které posoudí, zda je integrace vhodná nebo je lepší žáka zařadit do speciální či praktické školy. Integrovaní žáci poté docházejí do speciálně pedagogických center každý rok, kde je jim ve spolupráci se školou a rodiči vypracován individuální vzdělávací plán, podle kterého se na škole vzdělávají. Individuální vzdělávací plán může mít různou formální podobu, která může být v průběhu vzdělávání žáka upravována a přizpůsobována proměnlivým podmínkám.

O tom, zda dítě bude integrováno, mají vždy poslední slovo rodiče dítěte. Měli bychom vědět, že každé dítě je osobnost a proto musíme vždy vycházet z potřeb a předpokladů daného jedince.

## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY A ZDROJŮ

ČERNÁ M. a kol, *Česká psychopedie, speciální pedagogika osob s mentálním postižením*, Praha, Karolinum, 2008. ISBN 978-246-1565-3

Doc. PhDr. FRIEDMAN ZDENĚK, CSc. - *Úvod do pedagogické diagnostiky* [online]. Dostupný z [http://www.ped.muni.cz/wtech/elearning/Pedag\\_diagnostika.pdf](http://www.ped.muni.cz/wtech/elearning/Pedag_diagnostika.pdf) [cit 2011-10-20]

HOLÁ SOŇA , *Integrace zdravotně postiženého žáka v systému základního školství*, Národní institut pro další vzdělávání, Praha, 2008. ISBN 978-80-86956-26-8

HRUŠKA JIŘÍ a kol, *Komplexní systém výchovně vzdělávací péče o děti a mladistvé s tělesným postižením*, septima, Praha 1995. ISBN 80-85801-47-7

IVANOVOVÁ STANISLAVA, *Integrace zdravotně postižených osob do společnosti*, Praha, Univerzita Karlova, Filozofická fakulta, ústav informačních studií a knihovnictví, 2001, studijní rozborová zpráva

JUCOVIČOVÁ D., ŽÁČKOVÁ H., BUDÍKOVÁ J., BARTOŠOVÁ B., ŠAUEROVÁ A., *Individuální vzdělávací plán pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami*, Praha, D+H, 2009. ISBN 978-80-87295-00-7

KAPRÁLEK KAREL, *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*, Praha, Portál, 2004. ISBN 80-7178-887-2

KOCHTOVÁ KLÁRA, VACHULOVÁ MARKÉTA, *Integrace hezká (i těžká) práce*, Integrace, o.s., 2010.

LANGER S., *Mentální retardace, etiologie, diagnostika, profesniografie, výchova*, Hradec Králové, Kotva 1995. ISBN 80-900254-6-3

OPEKAROVÁ DAGMAR, *Kapitoly z výchovného poradenství*, Univerzita Jana Amose Komenského, Praha, 2010

PaedDr. SLOMEK ZDENĚK , katedra speciální pedagogiky pedagogiky, studijní text pro kombinovanou formu studia [online].2006 [2011-11-11]. Dostupný z <http://www.scribd.com/doc/54507141/Zdenek-Slomek-Zaklady-specialni-pedagogiky>

SMÉKAL V., *Pozvání do psychologie osobnosti*, Brno, Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3

ŠVANCAROVÁ I., *Mentální retardace, vzdělávání, výchova, sociální péče*, Praha, Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X

VALENTA M., MULLER O., *Psychopedie, teoretické základy a metodika*, Praha, Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2

ZELINKOVÁ O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*, Praha, Portál 2001, ISBN 80-7178-544-X

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

*Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)*

*Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*

*Vyhláška 116/2001 ze dne 15. dubna 2011, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Barbora Holková

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** prezenční

**Název práce:** Integrované vzdělávání žáka s mentálním postižením

**Rok:** 2012

**Počet stran:** 49

**Celkový počet příloh:** 0

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 13

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 6

**Vedoucí práce:** Mgr. Jana Janková