

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky a logopedie

Role speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků v základní škole speciální

Bakalářská práce

Autor: Bc. Barbora Janderová
Studijní program: B 7506 Speciální pedagogika
Studijní obor: Výchovná práce ve speciálních zařízeních
Vedoucí práce: PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.

UNIVERZITA HRADEC KRÁLOVÉ
Pedagogická fakulta
Akademický rok: 2014/2015

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Barbora Jandrová**
Osobní číslo: **P12483**
Studijní program: **B7506 Speciální pedagogika**
Studijní obor: **Výchovná práce ve speciálních zařízeních**
Název tématu: **Role speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků v základní škole speciální**
Zadávající katedra: **Katedra speciální pedagogiky**

Zásady pro vypracování:

Bakalářská práce se zaměří na představení specifík profesce speciálního pedagoga v zařízení pro jedince s mentálním postižením. V teoretické části bude přiblížen systém vzdělávání jedinců s těžkou mentální retardací. Budou definovány jejich potřeby a možnosti vzdělávání, prostředky pedagogické i sociální rehabilitace. Podrobně budou přiblíženy specifické činnosti, které speciální pedagog při edukaci této cílové skupiny realizuje, jeho spolupráce s asistenty, rodiči žáků a dalšími členy týmu. V praktické části bude realizováno kvalitativní výzkumné šetření. Za pomoci metod rozhovoru a pozorování bude zmapována výchovná činnost speciálního pedagoga, jeho příčné výchovné působení, výběr metod, vedení aktivizačních terapií, s cílem posoudit nároky této profesce.

Rozsah grafických prací:
Rozsah pracovní zprávy:
Seznam odborné literatury:

Vedoucí bakalářské práce: **PhDr. Miroslava Javorská, Ph.D.**
Katedra speciální pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce: **20. února 2014**
Termín odevzdání bakalářské práce: **26. března 2015**

doc. PhDr. Pavel Vacek, Ph.D.
děkan

I.S.

doc. PhDr. Tibor Vojtko, Ph.D.
vedoucí katedry

dne

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala (pod vedením vedoucího bakalářské práce) samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 24. 3. 2015

.....

Bc. Barbora Janderová

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Miroslavě Javorské, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce a za cenné rady během zpracování. Děkuji také své rodině, zejména manželovi, mamince a prarodičům za velkou podporu během studií.

Anotace

JANDEROVÁ, Barbora. *Role speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků v základní škole speciální*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové, 2015. 84 s. Bakalářská práce.

Bakalářská práce je zaměřena na náplň práce speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Teoretická část se zabývá vymezením těžké mentální retardace, dále možnostmi vzdělávání takto postižených jedinců, jako jsou předškolní vzdělávání, vzdělávání základní i další možnosti vzdělávání těžce mentálně postiženého jedince. Další kapitola je věnována speciálnímu pedagogovi a asistentovi pedagoga, kteří pracují s žáky mentálně postiženými. Teoretická část je zakončena terapeutickým přístupem speciálních pedagogů, který se často využívá při práci s žáky s těžkou mentální retardací.

Empirická část analyzuje práci speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. V empirické části byly využity dvě kvalitativní metody, a to pozorování a interview. Cílem práce bylo zjistit, jakou roli představují speciální pedagog a asistent pedagoga při výuce žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální.

Klíčová slova: těžká mentální retardace, základní škola speciální, speciální pedagog, asistent pedagoga, terapie.

Annotation

JANDEROVÁ, Barbora. *Role of a special teacher and an assistant teacher in education of pupils in elementary special school*. Hradec Králové: Faculty of Education, University of Hradec Králové, 2015. 84 pp. Bachelor Degree Thesis.

The bachelor thesis is focused on the job of special education teacher and assistant teacher in the education of students with severe mental retardation in primary special school. The theoretical part deals with the definition of severe mental retardation, further education opportunities of individuals handicapped like that, such as preschool education, basic education and further training opportunities of severely mental individuals. Another chapter is devoted to a special teacher and assistant teacher who work with mentally handicapped pupils. The theoretical part is finished by therapeutic approach of special education teachers which is often used for children with severe mental retardation.

The empirical part analyzes the work of a special education teacher and an assistant teacher in the education of students with severe mental retardation in primary special school. In the empirical part, there were used two qualitative methods - observation and interview. The aim was to determine which role a special education teacher and an assistant teacher present for pupils with severe mental retardation in primary special school.

Keywords: severe mental retardation, special school, special education teacher, teaching assistant, therapy.

Obsah

| | |
|--|-----------|
| ÚVOD..... | 1 |
| 1 JEDINEC S MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 3 |
| 1.1 SPECIFIKA A PSYCHICKÉ POTŘEBY OSOBNOSTI JEDINCE S MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 5 |
| 1.2 VYMEZENÍ TĚŽKÉ MENTÁLNÍ RETARDACE | 7 |
| 1.3 ETIOLOGIE A DIAGNOSTIKA TĚŽKÉ MENTÁLNÍ RETARDACE | 8 |
| 1.4 KOMUNIKACE S JEDINCEM S TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ..... | 10 |
| 1.5 JEDINEC S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM | 12 |
| 2 SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ JEDINCŮ S TĚŽKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ.. | 15 |
| 2.1 RANÁ PÉČE A PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ | 16 |
| 2.2 ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ | 18 |
| 2.3 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ..... | 19 |
| 2.4 SOCIÁLNÍ SLUŽBY POSKYTUJÍCÍ VZDĚLÁVACÍ ČINNOST | 20 |
| 3 SPECIÁLNÍ PEDAGOG A ASISTENT PEDAGOGA V ZÁKLADNÍ ŠKOLE SPECIÁLNÍ..... | 22 |
| 3.1 SPECIÁLNÍ PEDAGOG..... | 23 |
| 3.2 ASISTENT PEDAGOGA..... | 28 |
| 3.3 VZDĚLÁVACÍ OBLASTI A KLÍČOVÉ KOMPETENCE ŽÁKA PODLE RVP | 30 |
| 3.4 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ ZÁSADY, METODY A PROSTŘEDKY | 33 |
| 3.5 SPOLUPRÁCE SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA S RODIČI A DALŠÍMI SUBJEKTY..... | 35 |
| 4 TERAPEUTICKÝ PŘÍSTUP SPECIÁLNÍHO PEDAGOGA | 38 |
| 4.1 EXPRESIVNÍ TERAPIE..... | 39 |
| 4.2 ANIMOTERAPIE | 41 |
| 4.3 ERGOTERAPIE | 42 |
| 4.4 PODPŮRNÉ SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ METODY..... | 43 |

| | |
|--|-----------|
| 5 VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ..... | 47 |
| 5.1 CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY | 47 |
| 5.2 VÝZKUMNÉ METODY | 49 |
| 5.3 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO MÍSTA A VZORKU | 51 |
| 5.3.1 Výzkumné místo | 51 |
| 5.3.2 Výzkumný vzorek | 55 |
| 5.4 ANALÝZA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ | 56 |
| 5.5 SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ A DISKUZE | 70 |
| ZÁVĚR..... | 79 |
| SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY | 81 |
| SEZNAM POUŽITÝCH INTERNETOVÝCH ZDROJŮ | 83 |
| SEZNAM PŘÍLOH..... | 84 |

Úvod

Mentální postižení patří mezi nejpočetnější postižení vůbec. Lepší zdravotnická i celková péče o těhotné ženy a o novorozeňata přispívá k růstu počtu osob s mentálním postižením ve světě i v České republice. Mentální retardace, často jako dominantní postižení, se může projevit jako sekundární postižení u mnoha diagnóz, jako je například autismus nebo schizofrenie. Je proto důležité, aby o tuto skupinu lidí byl stále větší zájem z hlediska medicíny, psychologie a samozřejmě pedagogiky, která je pro tuto bakalářskou práci nejdůležitější. Bakalářská práce se více zaměřuje na konkrétní stupeň mentální retardace, a to na těžký stupeň mentálního postižení, který se v mnoha případech pojí s dalšími vadami. Speciálně pedagogická péče je proto o tyto jedince specifická a podstatná.

Mentálním postižením se zabývá řada autorů. Z předních českých špiček je to například Iva Švarcová, Milan Valenta nebo Marie Černá. Z těch zahraničních můžeme jmenovat Hodappa nebo Buracka. Většina autorů se však zabývá mentálním postižením, respektive retardací, obecně. Klasifikace, etiologie, specifika jsou velmi často pojímány jako společné pro celkovou mentální retardaci. Těžká mentální retardace je vymezována jako kategorie podobná středně těžké mentální retardaci, kde je snižena úroveň rozumových schopností, porucha motoriky a další přidružené postižení (Švarcová, 2003; Vágnerová, 2012; Valenta, Müller, 2003 a jiní). Mentální postižení proniká do celé osobnosti a je důležité přistupovat ke každému stupni mentální retardace individuálně, zejména v oblasti výchovy a vzdělání, kde autoři již konkretizují potřeby pro jednotlivý stupeň mentální retardace.

Speciální pedagog a asistent pedagoga jsou, kromě rodinných příslušníků, lidmi, kteří jsou s mentálně postiženými žáky v každodenní interakci. Jejich role je nezastupitelná, ale pro mnohé také neznámá. Práce speciálních pedagogů a asistentů pedagoga s žáky s těžkou mentální retardací je specifická. Liší se přístupem k žákům, cílem výchovně vzdělávacího procesu, činnostmi s žáky i metodami, jak žáky vychovávat a vzdělávat. Lidé s těžkou mentální retardací jakožto lidé pro majoritní skupinu zcela zvláštní potřebují specifickou péči, kterou jim nabízí speciální školy.

Pokud se poohlédnu za svým studiem na vysoké škole, žádná praxe na mně nezanechala tolik stop a tolik otázek, jako právě praxe ve speciální škole, ve třídě specializované na žáky s těžkou mentální retardací a kombinovaným postižením. Můj velký obdiv nese práce speciálního pedagoga a asistentů pedagoga u takto postižených dětí. Těžká mentální retardace je víceméně posledním, nejtěžším stupněm mentálního postižení, které se ve speciálních školách vyskytuje. Hluboká mentální retardace se zde vyskytuje jen zřídka a péči o tyto osoby přebírají jiné instituce. Zadání bakalářské práce bylo tedy jasné. Analyzovat a interpretovat specifickou roli speciálních pedagogů a asistentů pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací.

Teoretická část se zabývá jedincem s těžkou mentální retardací, systémem vzdělávání osob s tímto postižením, teoreticky jsou také vymezeny role a nároky profese speciálního pedagoga v základní škole speciální. Poslední segment teoretické části tvoří kapitola věnující se konkrétní oblasti práce speciálního pedagoga, která je velmi často využívána u žáků s těžkou mentální retardací, a to oblastí terapií.

Praktická část obsahuje výzkumné šetření, které bylo provedeno v základní škole speciální ve třídách specializovaných na žáky s těžkou mentální retardací. Pro výzkumné šetření byla zvolena kvalitativní cesta, použity byly dvě metody - pozorování a interview, a to se speciálními pedagogy a asistenty pedagoga.

Cílem této práce bylo analyzovat roli speciálního pedagoga a asistenta pedagoga v základní škole speciální při edukaci žáků s těžkou mentální retardací.

1 Jedinec s mentální retardací

Speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá jedinci s mentálním postižením, též také s mentální retardací¹, se nazývá psychopedie. Psychopedie v širším pojetí je vykládána jako interdisciplinární obor příbuzný čtyřem hlavním disciplínám, a to pedagogice, psychologii, sociologii a medicíně. V užším pojetí se psychopedie tváří jako speciálně pedagogická disciplína, zabývající se o edukaci jedinců s mentálním či jiným duševním postižením a zkoumající formativní a informativní vlivy na tyto jedince. (Valenta, Müller, 2003, s. 4-5)

Pojem mentální retardace pochází z latinských slov „mens“ (mysl, duše) a „retardare“ (opozdit, zpomalit) (Slowík, 2007, s. 109). Mentální retardace souhrnně označuje snížení úrovně rozumových schopností. Vybraná literatura hovoří také o snížené inteligenci. Nejznámější metodou, jak vyjádřit úroveň inteligence člověka, je Sternův inteligenční kvocient (IQ), který vyjadřuje vztah mezi mentálním věkem a věkem chronologickým. Pokud se tyto dva věky mezi sebou vydělí a výsledek vynásobíme stem, získáme úroveň IQ jedince. Právě díky výslednému inteligenčnímu kvocientu můžeme jedince zařadit do různých mentálních kategorií. (Švarcová, 2003, s. 27-29)

Následující tabulka (Renotíerová, Ludvíková, 2006, s. 35) porovnává počet jedinců s mentálním postižením s jedinci s jiným zdravotním postižením. Uvedené údaje ukazují, že mentální postižení patří mezi nejpočetnější postižení v České republice.

| Typ postižení | Počet obyvatel celkem |
|--|------------------------------|
| | 10 287 789 |
| Zrakové postižení, z toho těžce zrak. Postižení | 58 640 16 460 |
| Sluchově postižení, z toho neslyšící | 97 734 14 917 |
| Poruchy řeči | 58 640 |

¹ Mentální postižení a mentální retardace se v současné české psychopedii používají jako synonyma. Samotný syndrom je pak nazýván mentální retardace. (Černá, 2009, s. 75).

| | |
|--|-------------------|
| Mentální postižení | 294 231 |
| Vady pohybového ústrojí, z toho vozíčkáři | 294 231 33 950 |
| Diabetici | 519 533 |
| Duševně nemocní | 97 734 |
| Epileptici | 136 828 |
| Psoriatici | 195 468 |
| Celkem | 1 818 366 |

Tabulka 1: Výskyt jednotlivých typů zdravotního postižení na celkový počet obyvatel ČR

Lidé s lehkou mentální retardací se pohybují v pásmu IQ 50 - 69, jsou schopni uvažování na úrovni dětí středního školního věku. Nejsou však schopni uvažovat abstraktně, mají problémy se čtením a psaním. Vzdělání nejčastěji získávají v praktické nebo speciální škole. V dospělosti mohou dosáhnout s menší oporou a dohledem samostatnosti. Do této kategorie spadá největší procento mentálně postižených jedinců, a to až 80%.

Středně těžká mentální retardace s IQ v rozmezí 35 – 49 se u člověka projevuje myšlením podobným myšlení předškolního dítěte. Učení je limitováno na mechanické podmiňování. Důležitou roli sehrává mnohočetné opakování. Zvládají běžné návyky i jednoduché dovednosti. Navštěvují především speciální školy a přesto, že potřebují trvalý dohled, mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony.

Těžká mentální retardace vypovídá o IQ 20 – 34. V dospělosti osoby s tímto stupněm mentálního postižení rozumějí pouze základním souvislostem a uvažují na úrovni batolete. Omezení je v oblasti řeči a jejich učení je značně limitováno. Jsou závislí na péči ostatních. Časté je také kombinované postižení.

Hluboká mentální retardace je kategorie, do které řadíme jedince s IQ 0 – 19. Zde většina jedinců trpí kombinovaným postižením. Reagují na libost či nelibost, poznávací schopnost se téměř nevyvíjí a nemají ani základy řeči. Jsou celkově závislí na péči jiných osob (Fischer, Škoda, 2008, s. 97 – 98). Dle Bendové a Zikla (2011, s. 16) se můžeme dále setkat s jinou mentální retardací (nelze přesně stanovit u jedince intelektové schopnosti kvůli přidruženému postižení) a nespecifikovanou mentální retardací (mentální

postižení je prokazatelné, ale pro nedostatek informací nemůžeme jedince zařadit do jiné kategorie).

1.1 Specifika a psychické potřeby osobnosti jedince s mentální retardací

Lidé s mentálním postižením jsou častokrát považováni za jakési přerostlé děti a s touto představou k nim někteří nepostižení přistupují. Mentálně handicapovaný dospělý je však skutečně dospělý (Slowík, 2007, s. 117). Je nutné ještě podotknout, že u mentální retardace nejde jen o prosté časové opoždění duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny. Postižené dítě nelze automaticky přirovnávat k mladšímu „normálnímu“ dítěti, protože nedochází pouze ke kvantitativním ale i ke kvalitativním změnám (Valenta, Müller, 2003, s. 39). S mentálně postiženým jedincem bychom tedy měli zacházet adekvátně podle jeho biologického věku, tak jak bychom zacházeli s jedincem bez handicapu.

Primárním specifikem mentální retardace je kognitivní proces, který můžeme pro lepší přehled rozdělit na poznání bezprostřední (smyslové) a zprostředkované (myšlení a řeč). **Smyslová percepce**, pamětní fixování a aktivování pamětních stop, je obsahem první signální soustavy, zabezpečuje ji soustava analyzátorů a vychází z orientačně – pátracího nepodmíněného reflexu. Obsahem bezprostředního vnímání jsou počítky, vjemy a představy. Bezprostřední vnímání je vždy výběrové, a to na základě individuální zkušenosti. U zdravého dítěte je proces utváření zkušeností rychlý, u dětí s mentálním postižením je proces pomalý a probíhá s odchylkami (Valenta, Müller, 2003, s. 39). Jsou známy některé zvláštnosti percepce u mentálně postižených jedinců (Rubinštejnová, 1973 in Valenta, Müller, 2003, s. 39 – 40):

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání;
- nediferencovanost počítků a vjemů (tvarů, předmětů, barev);
- nedostatečné prostorové vnímání a inaktivita vnímání;

- snížená citlivost hmatových vjemů;
- nedostatečný proces analýzy v korové části proprioceptivního analyzátoru vedoucí ke špatné koordinaci pohybu;
- pro akustický analyzátor charakteristická opožděná diferenciací fonémů a jejich zkreslení;
- nedokonalé vnímání času a prostoru.

Tyto nedostatky percepce jsou velice závažné. Poměrně úspěšně se však překonávají díky speciálně pedagogickým metodám a přístupům.

Myšlení mentálně postiženého žáka je zatíženo přílišnou konkrétností. Je neschopno vyšší abstrakce a generalizace, přesnosti a správnosti v procesu analýzy i syntézy. Myšlenky jsou předávány pomocí slov, pomocí řeči, která je u mentálně retardovaných jedinců často deformována. **Paměť** mentálně postižených jedinců je také specifická. Tyto jedinci si nové poznatky osvojují velmi pomalu a je zapotřebí mnohočetné opakování. Naučené rychleji zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně. Vědomosti neumí používat v praxi. Jejich paměť je spíše mechanická. **Pozornost** souvisí s bezprostředním vnímáním a poznáním. Mentálně postižený žák je schopen udržet pozornost mnohem kratší dobu než jeho intaktní vrstevník. Po soustředění musí následovat relaxace. (Valenta, Müller, 2003, s. 40 – 42)

Charakteristickým znakem v projevech chování mentálně retardovaných jedinců je **zvýšená emocionalita**. V některých případech se stává jakousi specifickou formou kompenzace deficitu racionální složky osobnosti. Také **spontánnost** a **otevřenost** těchto jedinců je specifická svou rozmanitostí. Jedinci s mentálním postižením bývají také vysoce **sugestibilní**, čímž se stávají snadno zneužitelnými. (Slowík, 2007, s. 118)

Jedinci s mentálním postižením vykazují mnohem více specifických rysů. V jejich chování zaznamenáváme i vyšší stupeň agresivity, který může vycházet právě z toho, že nemohou plnohodnotně vyjádřit své potřeby, myšlenky a jejich zvýšená emocionalita se pak projevuje v agresivním jednání. U těchto jedinců jsem také zaznamenala citovou labilitu, časté střídání nálad, které vedlo až k úzkostným stavům.

Mentálně retardovaný jedinec má stejné psychické **potřeby** jako jiní lidé. Tyto potřeby jsou však různým způsobem modifikovány. Platí, že čím je člověk závažněji

mentálně postižen, tím je saturací svých potřeb závislejší na okolí. Ke klíčovým potřebám mentálně postiženého jedince patří (Vágnerová, 2012, s. 295-296):

1. Potřeba stimulace – přiměřený přísun podnětů pro psychický vývoj jedince.
2. Potřeba učení – tendence porozumět v mezích svých možností nejbližšímu okolí.
3. Potřeba citové jistoty a bezpečí.
4. Potřeba seberealizace – ovlivněna mírou mentálního postižení.
5. Potřeba životní perspektivy.

Uspokojení všech potřeb bývá obtížné. Jedinci s mentálním postižením to sami nedovedou a jejich okolí, zatížené samotnou péčí o ně, považuje tyto potřeby za zátěžové.

1.2 Vymezení těžké mentální retardace

Podle Švarcové (2003, s. 31) je těžká mentální retardace v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci. Hlavním rozdílem je, že u jedinců s těžkou mentální retardací se velice často setkáváme s přidruženými vadami. Obvyklé je postižení kombinované, kdy jedinci trpí značným stupněm poruchy motoriky. Vágnerová (2012, s. 302) ve své publikaci o těžké mentální retardaci uvádí, že uvažování těchto jedinců lze srovnat s myšlením předškolního dítěte, které nerespektuje vždy pravidla logiky. Verbální projev bývá značně chudý. Jsou schopni osvojit si běžné návyky, především v oblasti sebeobsluhy. Pokud pracovní úkon nevyžaduje přesnost či rychlost, mohou tito jedinci vykonávat i jednoduché práce. Lidé s těžkou mentální retardací potřebují celodenní trvalou péči. Valenta a Müller (2003, s. 45) pak popisují těžkou mentální retardaci jako výrazné opoždění psychomotorického vývoje, které je patrné už v předškolním věku. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, jejich potrava musí být speciálně upravena, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Dodávají také, že jedinci s těžkou mentální retardací trpí velmi často poruchami chování v podobě stereotypních pohybů, her s fekáliemi, sebepoškozování, afektů a agrese. Světová zdravotnická organizace WHO řadí mentální retardaci do skupiny poruch duševních a poruch chování. Tato skupina nese označení F00 – F99, těžkou mentální retardaci pak najdeme v F72.

Jak již bylo řečeno, člověk s těžkou mentální retardací se vyznačuje zejména sníženou rozumovou schopností a také postižením motoriky. Dle uvedených definic lze konstatovat, že projevy těžké mentální retardace jsou u všech jedinců podobné, avšak ne stejné. Důležité je prostředí, péče a stimulace. Jedinec s IQ 20 – 34 je v nejlepších případech způsobilý naučit se hygienickým návykům, samostatně se najíst nebo se obléct. V lepších případech je jedinec schopen si „říct“ o pomoc, ale jsou i tací, kteří samostatní nejsou. Tady je pak nutná intenzivní péče v oblasti hygieny i v oblasti uspokojování základních fyziologických potřeb. Řeč je založena na bázi jednoduchých slov, které se vyskytují u batolat. Slova jsou také nahrazena skřeky, výkřiky. Řeč ale nemusí být vyvinuta vůbec. Na jevy (bolest, libost, teplo, chlad) kolem sebe reagují pozitivně či negativně. Učení je tedy značně limitováno, je převážně mechanické, založené na neustálém opakování.

Ne všichni jedinci trpící těžkou mentální retardací musejí být nehybní, ale autonomní chůze bývá vzácná. Pokud od dětství intenzivně pracujeme s hrubou motorikou, do které spadá především chůze, můžeme docílit toho, že se jedinec bude schopen přesouvat na krátké vzdálenosti sám nebo s malou oporou druhé osoby. Nejčastěji v takovémto případě pomáháme jedinci vstát ze sedu na nohy. Pokud se pravidelně s hrubou motorikou nepracuje, může se jedinec stát zcela imobilní.

1.3 Etiologie a diagnostika těžké mentální retardace

Mentální retardace je vrozená. Děti se tedy již od narození nevyvíjejí správným směrem². Mentální retardace je trvalá. Nelze vyléčit, lze však stimulovat pomocí výchovných, výukových a terapeutických vlivů. Příčinou vzniku mentální retardace je poškození centrální nervové soustavy (CSN). Toto poškození může vzniknout různým způsobem. Její etiologie se projevuje kvalitativně i kvantitativně v klinickém obrazu (závažností postižení a převažujícími symptomy). Je to multifaktoriálně podmíněné postižení. Etiologie mentální retardace je založena na genetické podmíněnosti,

² Na druhé straně máme demenci, která vzniká v pozdějším věku.

teratogenních faktorech i na postnatálním poškození mozku. (Vágnerová, 2012, s. 289 – 292)

Genetická podmíněnost mentální retardace

- Odlišný počet (Downův syndrom – trisomie 21. chromozomu) nebo struktura (syndrom kočičího křiku – delece 5. chromozomu) autozomů.
- Odlišný počet nebo struktura pohlavních chromozomů (syndrom lomivého X).
- Onemocnění způsobené genovou poruchou (poškození mozku patologickými metabolity – neléčená fenylketonurie).
- Polygenně podmíněné omezení intelektového vývoje (malý počet funkčních genů potřebných k rozvoji mentálních schopností).

Teratogenní faktory

- Faktory fyzikální (ionizující záření, porodní poškození mozku, nedostatek kyslíku).
- Faktory chemické (některé léky, alkohol, drogy).
- Faktory biologické (viry, mikroby – virus zarděnek).

Postnatální poškození mozku

Spadá sem poškození mozku vzniklé přibližně do 1,5 - 2 let. Je tedy obtížné odlišit primární postižení od později vzniklé stagnace vývoje.

- Zánětlivé onemocnění;
- úraz;
- otrava.

Mentální retardace se promítá komplexně do celé lidské osobnosti. Komplexní přístup musí mít i diagnostika. Valenta a Müller (2003, s. 55 - 57) uvádějí, že na procesu diagnostiky by se měly podílet týmy z oborů medicíny (pediatr, psychiatr, neurolog), psychologie, speciální pedagogiky a sociální práce. Hlavním úkolem diagnostiky mentální retardace je odlišit ji od jiných podobných vad – od smyslové vady (hlavně poruchy sluchu), poruchy řeči (především vývojové dysfázie a mutismu), ADHD, ADD, psychické či kulturní deprivace, syndromu týraného či zneužívaného dítěte, jiných duševních poruch typu pervazivní vývojové poruchy, dětské schizofrenie a dalších. Jistou roli v diagnostice sehrává také rodina, respektive rodiče.

1.4 Komunikace s jedincem s těžkou mentální retardací

„Komunikace patří k nejvýznamnějším prostředkům socializace i enkulturace člověka a řeč již tradičně bývá označována za nástroj myšlení, a proto je narušená komunikace vždy značným psychosociálním problémem jedince i jeho prostředí.“ (Valenta, Müller 2003, s. 174) Komunikace se uskutečňuje pomocí verbálního nebo neverbálního projevu. Verbální komunikace je postavena na písmu či řeči a stává se tak dominantnější variantou komunikace v interakci u lidí. Větší hodnotu a srozumitelnost udává druhý typ komunikace, a to komunikace neverbální, která je realizována dorozumívacími prostředky neslovní povahy. Využívá se gest, postojů těla, mimiky, pohledů do očí, vzdáleností, tónů hlasu, kvality hlasu a způsobů mluvení. (Neubauerová, In Dlouhá, 2013, s. 61)

Jedinci s těžkou mentální retardací komunikují převážně na pudovém podkladě. Naučí se nanejvýš jen několik špatně artikulovaných slovních výrazů, nepřesně používaných. Někdy nemluví vůbec. Možný je také výskyt echolálie, kdy jedinci opakuji slyšené zvuky, ale smyslu nerozumějí. Časté jsou i poruchy polykání. (Neubauerová, In Dlouhá, 2013, s. 63)

Komunikace u této skupiny může probíhat za pomoci křiku, vlastních neologismů, skřeků, škrábání, bouchání ukazování. Převažuje neverbální komunikace, které však porozumí často jen blízké osoby. K podpoře a kompenzaci komunikace byly proto vytvořeny různé systémy augmentativní a alternativní komunikace. Podle Valenty a Müllera (2003, s. 179) **augmentativní**, jakožto podporující a rozšiřující komunikace zlepšuje komunikační proces u osob s určitou schopností orální řeči či předpoklady pro ni. **Alternativní** komunikace pak zasahuje tam, kde schopnosti ani předpoklady pro orální řeč nejsou - nahrazuje orální řeč. V každém případě se ale snažíme upřednostňovat komunikaci augmentativní před alternativní. V literatuře se ještě můžeme setkat s takzvanou „totální komunikací“. V tomto případě se využívá všech dostupných komunikačních prostředků (např. neverbální komunikace, odezírání, kreslení a psaní, zpěvu, znaků, ikon, piktogramů a podobně). Alternativní a augmentativní systémy lze různě dělit. Janovcová (2004, s. 15 – 18) uvádí dělení systémů následující:

- systémy bez pomůcek – patří sem nonverbální komunikace (pohledy, mimika, gestikulace);
- systémy s pomůckami – fotografie, předměty, symboly;
- jiné systémy – nové technologické pomůcky (elektronické pomůcky s hlasovým systémem).

Určení vhodnosti komunikačního systému závisí na řadě okolností. V případě jedinců s těžkou mentální retardací zohledňujeme především individualitu, rozumové schopnosti, vnímání, porozumění řeči. Důležitým hlediskem se také stává somatický stav jedince – úroveň motoriky, schopnost se pohybovat, ukazovat. Určitou roli hraje i sociální prostředí, ve kterém se jedinec nachází, a s ním související zkušenost jedince s komunikačními systémy. V praxi je možné se setkat s využitím kombinací více komunikačních systémů.

Komunikačních systémů existuje celá řada. Pro jedince s těžkou mentální retardací jsou vybrány pouze ty, které se nejvíce používají. Valenta a Müller (2003, s. 180 - 189) popisují konkrétní komunikační systémy následovně: **Dosa-metoda a snoezelen** – Dosa metoda respektuje tzv. bazálně dialogický princip. Pomocí této metody lze komunikovat i s velmi těžce mentálně postiženým jedincem. Dosa představuje pohybovou komunikaci, komunikaci těla. Autoři této metody jsou přesvědčeni, že tělo těžce mentálně postiženého jedince nám může sdělovat své myšlenky a komunikovat tak s námi. Dosa vychází ze zkušeností japonských psychologů studujících hypnózu. Aby tato metoda byla účinná, je třeba zajistit dobré podmínky, ke kterým patří mimo jiné klidné utěšující a uzavřené prostředí. Optimální prostředí nejen pro Dosa-metodu je **SNOEZELEN**. Jedná se o uzavřenou místnost s vodním lůžkem, příjemným barevným osvětlením, relaxační hudbou i s nabídkou čichových vjemů. Jde o odpočinkovou místnost, kde dochází ke stimulaci klientů. **Piktogramy**³ nejsou nic jiného než obrázky, které zastupují jeden věcný význam a zpodobňují ho bez vazby na řeč. Piktogramy zastupují kromě základních jevů (rodiny, těla, věci osobní potřeby) také vlastnosti, předložky, počítání, dny v týdnu, měsíce. Nutností je používání stejných symbolů ve škole i doma. **Referenční předměty** představují trojrozměrné symboly. Jednotlivé jevy zastupujeme

³ Náročnějším komunikačním systémem a obdobou piktogramů je Bliss, který se kvůli své abstraktnosti často nevyužívá u jedinců s těžkou mentální retardací.

symbolizujícím předmětem (talíř = čas svačiny, bubínek = hudební výchova). **Makaton** staví na standardizovaných znacích, které jsou doplněny orální řečí či speciálními symboly. Slovník makatonu obsahuje 350 znaků. **TTT systém** (Znak do řeči) není tak vysoce standardizovaný jako makaton. Je více flexibilní, jedná se o otevřený systém přirozených znaků, který lze podle potřeb jedince upravovat.

1.5 Jedinec s kombinovaným postižením

Jedinec, který trpí těžkou mentální retardací, se často podotýká i s dalšími přidruženými postiženími. Nejčastěji to bývá pohybový handicap – omezená jemná i hrubá motorika, porucha mluvidel, postižení hybnosti dolních, horních končetin či narušená lokomoce. Mezi další přidružené zdravotní postižení u jedinců s těžkou mentální retardací patří smyslové postižení, epilepsie i narušená komunikační schopnost. Kombinace postižení nemusí být pouze duální, přidružených vad může být u jednoho jedince vícero. Spojitost můžeme také najít u vztahu mezi úrovní IQ a počtem přidružených poškození (viz tabulka 2 – Vztah mezi úrovní IQ a počtem připojených poškození, Ludíková, 2005, s. 37), stejně tak se může objevit kombinace lehkého postižení s jiným těžkým postižením.

| Počet přidružených poškození | Stupeň IQ | | | | |
|------------------------------------|-----------|---------|---------|---------------|-----------|
| | 68 – 85 | 52 – 67 | 36 – 51 | 20 – 35 | 20 a méně |
| 0 | 47,0 % | 47,7 % | 46,5 % | 34,4 % | 19,3 % |
| 1 | 33,2 % | 30,2 % | 29,5 % | 30,6 % | 31,5 % |
| 2 | 12,5 % | 13,9 % | 15,6 % | 20,3 % | 23,8 % |
| 3 | 5,0 % | 5,6 % | 6,3 % | 9,8 % | 16,0 % |
| 4 a více | 2,0 % | 2,6 % | 3,1 % | 4,9% | 9,4 % |
| Dohromady | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Tabulka 2: Vztah mezi úrovní IQ a počtem připojených poškození

Kromě termínu kombinované postižení se v literatuře můžeme setkat s terminologií, jako jsou vícenásobné postižení, kombinované vady, přidružené poškození nebo připojené poškození. „Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomaticky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele.“ (Černá, Novotný, Zemková, 1982, in Renotierová, Ludvíková, 2006, s. 303).

Jedinci s kombinovaným postižením představují nezanedbatelnou část populace; jejich výskyt se neustále zvyšuje. Vyznačují se mimořádnou heterogeností a variabilitou příznaků. Etiologie bývá nejasná. Příčiny mohou vzniknout v jakékoliv vývojové etapě. Nejtěžší kombinovaná postižení však pravděpodobně vznikají na základě prenatálních příčin. K nejčastějším etiologickým faktorům lze zařadit: genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitele, mechanické poškození, vlivy sociálního a materiálního prostředí, psychické faktory, trauma a podobně (Renotierová, Ludvíková, 2006, s. 303-304).

Mentální postižení vstupuje nejčastěji do kombinace s jinými postiženími a je v nich zpravidla nejzávažnějším symptomem. Na tomto tvrzení se shoduje řada autorů: Vašek (1999), Hardman, Drew, Egan (1996), Vančová (2001) aj. Mentální postižení se nejčastěji kombinuje s postižením somatickým, smyslovým, s narušenou komunikační schopností.

Mentální postižení v kombinaci se somatickým postižením

Lze říci, že čím hlubší mentální postižení, tím je větší pravděpodobnost přítomnosti i somatického postižení. K nejčastějším patří především kombinace mentálního postižení s DMO a epilepsií. Vyskytují se také formy získané, často následkem úrazů nebo následkem nádorů či diabetické retinopatie. U jedinců s těžkou mentální retardací se odhaduje, že jedné třetině byla diagnostikována DMO a nejméně 25% osob s mentálním postižením trpí záchvatovými stavy, přičemž u jedinců s těžkou mentální retardací je procento lidí s epilepsií nejzřetelnější. (Ludvíková, 2005, s. 41 – 43)

Mentální postižení v kombinaci se smyslovým postižením

Kombinace mentálního postižení a smyslového postižení představuje různorodé spektrum možností různě závažných vad. Variabilita je dána nejen různou strukturou, typem a hloubkou mentálního a smyslového postižení, ale také etiologií postižení a dobou jeho vzniku. Opět se mohou kombinovat různé stupně mentální retardace s různými stupni a formami zrakového, sluchového či duálního postižení. Problém kombinace mentálního a smyslového postižení tkví v komunikaci, kdy se musí použít alternativní (augmentativní) systém komunikace, který odpovídá rozumovému potencionálu jedince. (Ludíková, 2005, s. 46 – 48)

Mentální postižení v kombinaci s narušenou komunikační schopností

Důsledky mentální retardace jsou pro vývoj řeči velmi významné. Narušený vývoj řeči je jedním z nejcharakterističtějších příznaků mentální retardace. Nejčastěji se vyskytuje dyslalie, huhňavost, breptavost a dysartrie. Dalšími zatěžujícími faktory vývoje řeči jsou nedostatečná schopnost porozumění, hodnocení a rozhodování. (Ludíková, 2005, s. 38 – 39)

Pokud se však zaměříme na jedince s těžkou mentální retardací, musíme počítat s naprostou nemluvností. Jak již bylo řečeno (viz kapitola 1.4), tyto jedinci komunikují na pudovém základě a jejich vývoj řeči často zůstává na úrovni výkřiků a skřeků. Využívají spíše neverbální komunikace.

2 Systém vzdělávání jedinců s těžkou mentální retardací

Velmi dlouhou dobu se péče o těžce mentálně postižené lidi pojila pouze s tělesnou péčí (poskytování ubytování, jídla, hygieny) a vůbec se nepomýšlelo na jejich rozvoj a vzdělání. Tyto děti, které jsou většinou ležící, trpí nedostatkem stimulace a pro nedostatek podnětů u nich nedochází k rozvoji vyšších psychických funkcí. To znamená, že jejich mentální postižení se nejen stabilizuje, ale navíc se prohlubuje. Zahraniční zkušenosti některých progresivních zařízení ukazují, že i tyto lidi je možno určitým způsobem rozvíjet. Každý sebemenší pokrok v jejich vývoji představuje zlepšení jejich života, a právě proto se hranice „vzdělanosti“ neustále posunují směrem k uznávané možnosti vzdělávání lidí se stále závažnějšími formami postižení. V našich podmínkách je však vzdělávání lidí s těžkým a hlubokým postižením nedostatečně zajišťováno. (Švarcová, 2003, s. 106)

Ztotožňuji se s názorem, že i těžce mentálně postižené dítě by mělo být vzdělávané. V žádném případě předem nemůžeme určit, zda edukace u takového dítěte bude efektivní či nebude. Důležité však je, že vzdělávání vede nejen k rozvoji jedince, ale také k uspokojení jeho sociálních potřeb. Čas strávený ve škole vede jedince k uspokojení potřeby „někam patřit“, žáci získávají větší pocit bezpečí a mnoho stimulů, které ve škole proudí, se pozitivně promítají do jejich života. Interakce se školním prostředím život žáka obohacuje. I jedinec s těžkou mentální retardací má proto právo na vzdělání.

Školní věk je pro žáky se speciálně vzdělávacími potřebami obdobím potřeby zajistit žákům speciálně pedagogickou podporou v různé míře, což platí i pro žáky s těžkým a kombinovaným postižením, pro které slouží různé formy institucionální podpory (Vítek, Vítková, 2010, s. 138):

- **Podpora ve škole pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami** – žáci s těžkým postižením se vyučují ve školách pro žáky s tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením většinou ve speciálních třídách pro žáky s těžkým postižením nebo se souběžným postižením více vadami.

- **Podpora v základní škole speciální** – speciální škola pro žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, pro žáky se souběžným postižením více vadami a pro žáky s poruchou autistického spektra (PAS).
- **Individuální vyučování** – poskytuje se doma podle individuálních potřeb na základě školského zákona č. 561/2004 Sb. o jiném způsobu plnění povinné školní docházky.

2.1 Raná péče a předškolní vzdělávání

Nejen psychologové poukazují na to, že mezi nejdůležitější období života člověka patří první tři roky. V tuto dobu dochází k celkovému vývoji každého jedince. Člověk s těžkou mentální retardací prochází výchovným a vzdělávacím procesem celý život. Díky službám rané péče se do tohoto procesu mohou zapojit zdravotně postižené děti ihned po narození.

Podle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách je **raná péče** terénní nebo ambulantní služba, která je poskytována dítěti ve věku do 7 let a rodičům dítěte, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Tato služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Raná péče provádí následující činnosti:

- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkovávání kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Valenta a Müller (2003, s. 253) konkretizují služby a programy rané péče. Péče o mentálně postižené dítě by měla zahrnovat: včasnou diagnostiku dítěte, včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte, poradenství a vzdělávání pro rodiče, půjčování pomůcek a odborné literatury, terénní práci v rodině, zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace,

respitní pomoc rodinám, instruktáže a zácvik dalších pracovníků pomáhajících profesí, tranzit dítěte do výchovně – vzdělávacího systému.

Sociální služba raná péče je poskytována ve střediscích rané péče. Dle definice rané péče můžeme usoudit, že střediska poskytují komplexní péči dítěti a rodičům dítěte, které je zdravotně postižené. Pracovní složení kolektivu středisek rané péče je proto velice pestré, zahrnuje speciální pedagogy, psychology, sociální pracovníky, logopedy a další odborníky, jako jsou například terapeuti.

Na ranou péči navazuje možnost institucionalizované předškolní výchovy. U dětí s mentálním postižením ji lze realizovat ve speciální mateřské škole, v běžné mateřské škole nebo ve speciální třídě při mateřské škole. Obecně platí, že v jakémkoliv z těchto zařízení mají být plněny cíle informativně – formativní (výchova rozumová, řečová, tělesná, pracovní, mravní a estetická), diagnostické, respitní, reedukační, kompenzační a rehabilitační (Valenta, Müller 2003, s. 253).

Děti s těžkou mentální retardací zpravidla navštěvují **mateřskou školu speciální** nebo speciální třídu při mateřské škole. Stejně jako u vzdělání základního, s takto postiženými žáky nepočítáme s integrací do běžné mateřské školy, neboť běžné mateřské školy nenabízejí specializovanou péči o těžce mentálně postižené dítě jako mateřská škola speciální. Jako součást speciálních mateřských škol pro mentálně postižené děti bývají zřizovány **speciálně pedagogická centra** (SPC), která poskytují poradenské služby nejen rodičům postižených dětí, ale také školám nebo školským zařízením pro mentálně postižené. Podle Švarcové (2003, s. 60 – 62) jsou SPC specifické v tom, že se orientují pouze na jedno určité postižení. Pravidelně a dlouhodobě spolupracují s postiženým dítětem až do ukončení školní docházky. Služby poskytují buď ambulantně v centru, nebo ve škole či v rodině. Protože se opět jedná o poskytování komplexních služeb (depistáže, evidence dětí, speciálně pedagogické a psychologické diagnostiky, integrace, profesní orientace, podpory vzdělání, půjčování kompenzačních pomůcek atd.), pracovní tým tvoří široká škála odborníků (speciální pedagog – psychoped, psycholog, sociální pracovník, další odborníci).

2.2 Základní škola speciální

Pokud se zaměříme pouze na naši cílovou skupinu, tedy na děti s těžkou mentální retardací, tak přejdeme rovnou k základní škole speciální. Integrace do běžné základní školy s takto těžkým mentálním postižením stejně jako vzdělávání v základní škole praktické jsou v tomto případě bezpředmětné.

Základní škola speciální, dříve základní škola pomocná, má deset ročníků a člení se na první a druhý stupeň. První stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem a druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem. Základní školu speciální navštěvují žáci, kteří se svou sníženou rozumovou schopností nemůžou vzdělávat ani v běžné škole ani v praktické základní škole. Těžiště práce základní školy speciální spočívá ve výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností, na vytváření návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě, k dosažení maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na druhých osobách. (Ficher, Škoda, 2008, s. 103 – 104)

Zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění nového zákona č. 49/2009 Sb. ze dne 18. 2. 2009 (dále jen „školský zákon“), je do systému vzdělávací soustavy zavedena instituce **přípravný stupeň** základní školy speciální. Přípravný stupeň umožňuje nezbytnou přípravu na vzdělávání dětí s těžším stupněm mentálního postižení, postižením více vadami a autismem. Přípravný stupeň respektuje vývojové zvláštnosti dětí před nástupem k povinnému vzdělávání. Je tříletý a je určený pro děti s těžkým postižením od pěti let. Podle školského zákona je v přípravném stupni základní školy speciální zajištěna podpůrná služba asistenta pedagoga. (Vítek, Vítková, 2010, s. 125)

V základních školách speciálních bývají zřizovány takzvané **rehabilitační třídy**. Rehabilitační třídy jsou orientovány na vzdělávání žáků s těžším stupněm mentální retardace. V rehabilitační třídě je vzděláváno malé množství žáků, konkrétně to jsou čtyři až šest žáků s těžkým mentálním postižením. Kvůli těžkému stupni mentální retardace tyto děti mají i jiné závažné poruchy, proto jsou žáci umístováni do rehabilitačních tříd, kde je o ně pečováno s tou nejvyšší odborností. Speciální pedagogové v těchto třídách dbají

na rozvoj psychiky, na rozvoj tělesných funkcí, zejména motoriky, a kromě vzdělávací péče je žákům poskytována i intenzivní rehabilitační péče (Ficher, Škoda, 2008, s. 104).

2.3 Individuální vzdělávání

Pokud se dítě kvůli těžší formě mentálního postižení nemůže vzdělávat ani v základní škole speciální, je pro něho vypracován individuální vzdělávací plán. Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných se individuální vzdělávací plán stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.

Individuální vzdělávací plán obsahuje informace o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování péče, údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, vyjádření o potřebě dalšího pedagogického či jiného odborníka, seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků (nad rámec prostředků státního rozpočtu) a závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

Individuální vzdělávací plán je vypracován před nástupem žáka do školy, nejpozději měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu je zodpovědný ředitel školy, vypracovává se ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem. Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů. V případě nedodržování stanovených podmínek je o této skutečnosti informován ředitel školy.

Smyslem individuálního vzdělávacího plánu je respektování speciálních vzdělávacích potřeb jedince a možnost vzdělávat se s jakýmkoliv stupněm mentálního postižení. (Černá, 2009, s. 169)

2.4 Sociální služby poskytující vzdělávací činnost

Sociální služby jsou tvořeny velkým množstvím institucí s různorodou náplní práce. Jejich cílem je pomoc a podpora při sociálním začleňování jedince v nepříznivé sociální situaci a také prevence sociálního vyloučení. Cílem služby je podporovat soběstačnost klienta, setrvání či návrat do běžného prostředí, zachování běžného životního stylu nebo přiblížení se k němu, podpora rozvoje klienta směřující ke zlepšení jeho schopností vést samostatný život. Cílová skupina sociálních služeb je tvořena lidmi, kteří se nachází v nepříznivé sociální situaci. Jsou to například lidé s nepříznivým zdravotním stavem, lidé v krizové sociální situaci, lidé ze sociálně znevýhodňujícího prostředí nebo lidé, kteří kvůli svému vyššímu věku ztratili některé schopnosti (ztráta schopnosti sebeobsluhy, omezení pohybu apod.). (Bendová, Zikl, 2011, s. 123)

Podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (s. 110) sociální služby zahrnují:

- sociální poradenství;
- služby sociální péče (např. osobní asistence, denní stacionář, domov pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba, chráněné bydlení);
- služby sociální prevence (raná péče, tlumočnické služby, azylové domy, krizová pomoc).

Sociální služby rozlišujeme podle poskytování místa na služby pobytové (klienti jsou ubytovaní přímo v zařízení), ambulantní (klienti za službami dochází do zařízení) a terénní služby (služba dochází za klientem do jeho přirozeného prostředí).

Mezi sociální služby, které poskytují svým klientům výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti patří:

- osobní asistence;

- podpora samostatného bydlení;
- odlehčovací služby;
- centrum denních služeb;
- denní stacionáře;
- týdenní stacionáře;
- domovy pro osoby se zdravotním postižením;
- chráněné bydlení;
- raná péče;
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež;
- sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi;
- sociální rehabilitace.

Osobní asistence je terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu vyššího věku, chronického onemocnění či zdravotního postižení. Jejich situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Kromě výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti je náplní práce osobního asistenta pomáhat při zvládnání běžných úkonů (oblékání, svlékání, prostorová orientace, přesun na vozík, na postel apod.), pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění stavu nebo pomoc při zajištění chodu domácnosti.

Centra denních služeb a **denní stacionáře** poskytují ambulantní služby. Stacionáře poskytují větší míru pomoci. Lidé s mentálním postižením využívají převážně jejich služeb. Děti s mentálním postižením mohou docházet do stacionářů již před zahájením školní docházky, ale zejména do nich nastupují po ukončení školy (jedná se hlavně o děti se středně těžkým a těžkým mentálním postižením).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou převážně určeny lidem se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením. Dítě žijící v domově se musí samozřejmě vzdělávat a chodit do školy. Některé domovy mají zřízenou školu přímo v budově.

Odlehčovací služby jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby. Jejich cílem je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek. Služba může mít různou podobu, od několikahodinové jednorázové služby přes nabídku pobytu na několik hodin v průběhu týdne až k tzv. respitní péči (Bendová, Zikl, 2011, s. 127 – 130).

3 Speciální pedagog a asistent pedagoga v základní škole speciální

Základní škola speciální poskytuje vzdělání nejen mentálně postiženým žákům, ale také žákům se smyslovým postižením, s postižením somatickým, s kombinovaným postižením a žákům s jiným handicapem. Faktem však zůstává, že nejpočetnější skupinu žáků základních škol speciálních tvoří právě děti s mentálním postižením. Tabulka 3 uvádí počty žáků v základní škole speciální (Vítek, Vítková, 2010, s. 136).

| Druh postižení | Počet žáků v ZŠS a přípravném stupni ZŠS |
|----------------------------|--|
| Mentální postižení | 2 661 |
| Sluchové postižení | 3 |
| Zrakové postižení | 2 |
| Vady řeči | 7 |
| Tělesné postižení | 19 |
| Kombinace postižení | 1 893 |
| Vývojové poruchy | 9 |
| S lékařskou dg. Autismus | 380 |
| Počet žáků celkem | 4 974 |

Tabulka 3: Počet žáků v základní škole speciální v roce 2005/2006

Z tabulky 3 je patrné, že jedinci s mentálním a kombinovaným postižením nejvíce potřebují odbornou speciálně pedagogickou péči, kterou jim nabízejí kvalifikovaní speciální pedagogové v základních školách speciálních.

Cílem edukačního působení speciálních pedagogů u žáků s těžkým mentálním postižením, kombinovaným postižením je (RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, 2008, s. 72 – 73):

- vést žáky k osvojení základních hygienických návyků a činností týkajících se sebeobsluhy;

- rozvíjet pohyblivost žáků a snažit se o dosažení co nejvyšší možné míry jejich samostatnosti a orientace ve vztazích k okolí;
- vést žáky k rozvíjení komunikačních dovedností využíváním systémů alternativní a augmentativní komunikace;
- rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat s blízkými osobami a vykonávat jednoduché úkony;
- vést žáky k vytváření pozitivních vztahů ke spolužákům a k začlenění do kolektivu;
- připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako samostatné osobnosti;
- vytvářet u žáků potřebu projevovat pozitivní city;
- rozvíjet žákovu pozornost, vnímavost a poznání.

3.1 Speciální pedagog

Pedagog, ať už učící na běžných školách nebo pedagog speciální, je jeden z činitelů vyučovacího procesu. Společně s učivem a žákem tvoří základní tři činitele vyučovacího procesu, kteří jsou propojeny interakcí.

Podle zákona č. 563 (2004, s. 372) o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů speciální pedagog získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd

a) zaměřených na speciální pedagogiku,

b) zaměřených na pedagogiku předškolního věku, na přípravu učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy nebo na přípravu vychovatelů a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou, nebo

c) studiem oboru pedagogika a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou.

Speciální pedagog se může členit podle kariérního stupně do následujících pěti skupin (vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků, s. 401 - 403):

1. Kariérní stupeň (11. platová třída) – základní činností speciálního pedagoga jsou **kontaktní činnosti** zaměřené na jedince a skupiny dětí, žáků a studentů se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji. Provádění **speciálně pedagogických nápravných, edukačních, reedukačních kompenzačních činností** s jedinci i skupinami dětí, žáků nebo studentů. **Speciálně pedagogické poradenství** v oblasti nápravných, edukačních, reedukačních kompenzačních postupů, prevence poruch chování, negativních jevů v sociálním vývoji a v oblasti vzdělávací dráhy a vedení programů prevence sociálně patologických jevů. Příprava a odborné vedení speciálně pedagogických výchovkových, preventivních, vzdělávacích a dalších programů **osobnostního rozvoje**. Etopedické, logopedické, somatopedické, psychopedické, tyflopédické a další **specializované vyšetření žáků**, studentů nebo klientů se zdravotním postižením a **provádění nápravy** nebo psychoterapeutických činností zaměřených na **odstraňování nebo zmírnění** poruch učení a chování. Zpracovávání programů integrace a inkluze se speciálními vzdělávacími potřebami.
2. Kariérní stupeň (12. platová třída) – provádění **komplexní speciálně pedagogické diagnostiky**, náročných nápravných, reedukačních a kompenzačních činností s dětmi, žáky, studenty nebo klienty se zdravotním postižením a náročného **speciálně pedagogického poradenství** při řešení problémů ve vývoji a vzdělávání dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením ve škole a v rodině. Metodická a koordinační činnost v oblasti speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb ve školství. Samostatná aplikace logopedických, etopedických, somatopedických, psychopedických, tyflopédických a dalších **diagnostických postupů a metodik stimulace, edukace, reedukace, kompenzace a aplikace vzdělávacích činností** s dětmi, žáky, studenty a klienty se speciálními vzdělávacími potřebami a poskytování **specializované péče** osobám se zdravotním postižením a znevýhodněním speciálně pedagogickými metodami nebo rehabilitačními metodami a ve spolupráci a v návaznosti na jiné

odvětví. **Tvorba koncepce vyučování prostorové orientace a samostatného pohybu** zrakově postižených podle akreditovaných vzdělávacích programů.

3. Kariérový stupeň (12. platová třída) – činnosti srovnatelné s činnostmi speciálního pedagoga 2. kariérového stupně. Oproti požadovanému jednomu roku praxe u 2. kariérového stupně jsou zde požadovány dva roky praxe.
4. Kariérový stupeň (13. platová třída) – **tvorba zásadních koncepcí systému speciálně pedagogických preventivních a poradenských služeb** ve školství a **sestavování prognóz** včetně případového poskytování nejnáročnějších speciálně pedagogických služeb (speciálně pedagogické diagnostiky), **tvorba a uplatňování nových speciálně pedagogických metod**. Požadovány tři roky praxe.
5. Kariérový stupeň (13. platová třída) – totéž jako u 4. kariérového stupně. Požadovaný počet roků praxe je pět.

Valenta a Krejčířová (1997) přibližují typologii speciálního pedagoga k typologii běžného učitele. Podle charakteru převažujících didaktických metod můžeme vytvořit **typ verbálně působícího pedagoga** (preferuje verbalismus), **abstraktně působícího učitele** (preferuje zásady, podstatu, schéma) a **typ názorně zaměřeného učitele**, který tíhne k metodickému prakticismu, spíše k praxi než k podstatě a zobecnění. Speciální pedagog by měl tíhnout k poslednímu typu učitele. Názorně zaměřený speciální pedagog lépe žákům nejen s mentálním postižením představí učivo konkrétně na příkladech. Žáci tak mají větší šanci učivo pochopit a vštípit si ho do paměti. U žáků s těžším mentálním postižením speciální pedagog využívá pouze metody názorné (obrázky, fotografie, piktogramy apod.). Žáci s mentální retardací nejsou schopni abstraktního myšlení, čili druhý typ učitele není vhodný. Typ verbálně působícího pedagoga opět není vhodný pro speciálního pedagoga. Žáci s mentálním postižením nedokážou dlouhou dobu udržet svou pozornost a pouze verbální výuka by tak ztrácela podstatu.

Speciální pedagog by měl mít určité predispozice, vlastnosti, které vedou k dobře odvedené práci ve speciální škole. Speciální pedagog má velmi náročné zaměstnání, i proto by toto zaměstnání měl dělat pouze určitý typ člověka. „Obecně lze říct, že základními komponenty úspěchu práce ve škole jsou empatie, schopnost naslouchat, spolupráce, týmovost.“ Speciální škola se neobejde bez vzájemné spolupráce, dojednávání společných cílů, stanovení zakázek a jejich vyhodnocování. Ve škole velmi těžko uspěje pracovník v roli nadřazeného experta, který vyšetřuje, diagnostikuje své okolí a udílí rady. Lepší

alternativou je vnímání sebe sama jako dalšího odborníka, který skrze svůj profesní základ doplňuje a rozšiřuje pohled dalších odborníků ve speciální škole. Vztahy na pracovišti se odráží ve vztazích mezi pracovníky a klienty. Důležitou osobnostní kvalitou je přiměřené sebepojetí a schopnost adekvátní sebereflexe. Stabilita v sebehodnocení umožňuje člověku přiměřeně zpracovávat křivdy. Další důležitou vlastností speciálního pedagoga je tvořivost a hledání nových cest, ať již v konkrétních metodikách a postupech, tak ve způsobu komunikace a spolupráce. Speciální pedagog se od běžného učitele liší především tím, že se musí zamýšlet, co se v dítěti děje, když učí, a co mu v učení brání. Na základě těchto poznatků by měl být speciální pedagog schopen použít vhodnou metodu učení, která žákovi se speciálně vzdělávacími potřebami nejvíce pomůže. (Kucharská, Mrázková, Wolfová, Tomická, 2013, s. 44 – 47)

Podle vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních (2014, s. 165) jsou standardní činnosti školního speciálního pedagoga depistážní, metodické a koordinační.

Depistážní činnosti školního speciálního pedagoga:

- Vyhledávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich zařazení do speciálně pedagogické péče.
- Diagnostické a intervenční činnosti (péče o žáka/žáky se speciálními vzdělávacími potřebami).
- Diagnostika speciálních vzdělávacích potřeb žáka (shromáždění údajů o žákovi, včetně anamnézy osobní a rodinné), analýza získaných údajů a jejich vyhodnocení.
- Vytyčení hlavních problémů žáka, stanovení individuálního plánu podpory v rámci školy a mimo ni (druh, rozsah, frekvence, trvání intervenčních činností).
- Realizace intervenčních činností, tj. provádění, eventuelně zajištění krátkodobé i dlouhodobé individuální práce se žákem (speciálně pedagogické vzdělávací činnosti, činnosti reedukační, kompenzační, stimulační), provádění, eventuelně zajištění speciálně pedagogické vzdělávací činnosti, činností reedukačních, kompenzačních, stimulačních se skupinou žáků, participace na vytvoření individuálního vzdělávacího plánu (v kooperaci s třídním učitelem, učitelem odborného předmětu, s vedením školy, se zákonnými zástupci žáka, se žákem a s ostatními partnery podpůrného týmu uvnitř i vně školy), průběžné vyhodnocování účinnosti navržených opatření, dle potřeby navržení a realizace úprav, úpravy

školního prostředí, zajištění speciálních pomůcek a didaktických materiálů, zabezpečení průběžné komunikace a kontaktů s rodinou žáka (se zákonným zástupcem), speciálně pedagogické poradenské intervence a služby pro žáky, zákonné zástupce a pedagogické pracovníky školy, participace na kariérovém poradenství – volba vzdělávací cesty žáka – individuální provázení žáka, konzultace s pracovníky dalších poradenských zařízení.

Metodické a koordinační činnosti

- Příprava a průběžná úprava podmínek pro integraci žáků se zdravotním postižením ve škole – koordinace speciálně pedagogických poradenských služeb na škole.
- Kooperace se školskými poradenskými zařízeními a s dalšími institucemi a odbornými pracovníky ve prospěch žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Participace na vytváření školních vzdělávacích programů a individuálních vzdělávacích plánů s cílem rozšířit služby a zkvalitnit péči o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Metodické činnosti pro pedagogické pracovníky školy - specifika výuky a možnosti žáků dle druhu a stupně zdravotního postižení, návrhy metod a forem práce s žáky, jejich zavádění do výuky, instruktáže využívání speciálních pomůcek a didaktických materiálů.
- Koordinace a metodické vedení asistentů pedagoga ve škole.

Profese speciálního pedagoga skýtá mnoho výhod i nevýhod. Jako výhody lze jmenovat rozmanitost, tvořivost, smysluplnost, individuální a emočně příjemný kontakt s žákem, spolupráci s odborníky, široký záběr, který vyvolává potřebu práce na sobě, důraz na vlastní aktivitu a samostatnost. Nevýhody mohou být v podobě nejistoty ve financování, nevyjasněnosti v používání diagnostických materiálů, novost profese, která vyvolává nejasná očekávání, a horší možnost profesního sdílení. (Kucharská, Mrázková, Wolfová, Tomická, 2013, s. 51 – 52)

Další nevýhodou profese speciálního pedagoga je možný syndrom vyhoření, který se nejvíce vyskytuje u pomáhajících profesí. Speciální pedagog proto musí svou práci brát s nadhledem. Musí být trpělivý, psychicky odolný a také mít stabilní sociální zázemí.

3.2 Asistent pedagoga

Asistent pedagoga byl pro mnohé pedagogické pracovníky u nás po dlouhou dobu pouze ideou. Teprve až od roku 2004, na základě velmi dobré zkušenosti s profesí asistenta pedagoga západoevropských států, se i u nás zřídila tato profese.

Asistent pedagoga je (podle zákona č. 563/2004 Sb.) pedagogický pracovník. Je to zaměstnanec školy a pracuje buď v běžné škole, kde je začleněn žák (příp. žáci) se speciálními potřebami, nebo ve škole speciální. Na rozdíl od osobního asistenta⁴ není asistent pedagoga „k ruce“ pouze žákovi, ale je vedle učitele dalším pedagogickým pracovníkem, který pomáhá zajišťovat plynulý chod výuky a spolupracuje s učitelem (Uzlová, 2010, s. 43).

Asistent pedagoga musí mít určité předpoklady k výkonu tohoto zaměstnání. Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů určuje odbornou kvalifikaci asistentů pedagogů. Asistent pedagoga musí vykazovat odbornou kvalifikaci:

- vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd;
- vyšším odborným vzděláním získaným studiem v akreditovaném vzdělávacím programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu pedagogických asistentů nebo sociální pedagogiku;
- středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu pedagogických asistentů;
- středním vzděláním s výučním listem získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání a studiem pedagogiky nebo

⁴ Osobní asistence (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) je sociální terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

- základním vzděláním a absolvováním akreditovaného vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného zařízením dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků.

Finanční ohodnocení asistentů pedagogů je hluboko pod průměrnou mzdou v České republice. Je proto obtížné zajistit kvalifikovaného asistenta. Na místa pedagogických asistentů bývají nejčastěji přijímáni lidé se středoškolským vzděláním, kteří si během zaměstnání doplňují potřebné akreditované kurzy. O práci asistentů se také zajímají čerství absolventi vysokých škol, kteří však po určité zkušenosti odcházejí na jiná pracovní místa. Dobře se v roli asistentů pedagoga osvědčují maminky po mateřské dovolené. (Uzlová, 2010, s. 44)

Kromě odborné kvalifikace musí mít asistent pedagoga také jisté osobnostní předpoklady. Práce asistenta pedagoga vyžaduje motivovaného člověka. Tento předpoklad ztěžuje již zmíněné nedostatečné finanční ohodnocení. K základním charakteristikám asistenta pedagoga patří komunikativnost, kreativita, tvořivost, flexibilita, schopnost týmové práce, spolehlivost, trpělivost, vstřícnost, empatie a laskavost, ale také důstojnost a odpovědný přístup (Uzlová, 2010, s. 45).

V praxi se často můžeme setkat s jinou náplní činností asistenta pedagoga než je jeho činnost dána vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Pedagogové využívají pracovní síly asistenta pedagoga neadekvátně a zejména ve speciálních školách jsou činnosti asistentů pedagoga zaměňovány s činnostmi osobního asistenta. Podle zmíněné vyhlášky č. 73/2005 Sb. jsou hlavními činnostmi asistenta pedagoga:

- pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází;
- pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí;
- pomoc žákům při výuce a při přípravě na výuku;
- nezbytná pomoc žákům s těžkým zdravotním postižením při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání.

3.3 Vzdělávací oblasti a klíčové kompetence žáka podle RVP

V souladu s novými principy kurikulární politiky, zformulovanými v Národním programu rozvoje vzdělávání v České republice (tzv. Bílé knize) a zakotvenými v zákoně č. 561/2004 Sb., se do vzdělávací soustavy zavedl nový systém kurikulárních dokumentů. Kurikulární dokumenty jsou rozděleny do dvou úrovní - státní a školní. Do státní úrovně patří Národní program vzdělávání a rámcové vzdělávací programy (RVP). Školní úroveň je zastoupena školními vzdělávacími programy (ŠVP), které si každá škola vytváří sama. RVP jsou vytvořeny jednotlivě pro každý obor vzdělání (RVP PV – rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání, RVP ZV – Rámcový vzdělávací program pro základní školy, RVP ZV-LPM – Rámcový vzdělávací program upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením, **RVP ZŠS - Rámcová vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální**, RVP G – Rámcově vzdělávací program pro gymnázia, RVP GSP – Rámcový vzdělávací program pro gymnázia se sportovní přípravou, RVP OV – Rámcově vzdělávací program pro odborné vzdělávání, RVP SV – Rámcový vzdělávací program pro střední vzdělávání v praktické škole, ostatní RVP). (RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, 2008, s. 5)

Pro účel této bakalářské práce jsou následující informace vybrány pouze z RVP pro obor vzdělávání základní škola speciální (díl druhý, RVP pro obor vzdělání základní škola speciální, 2008, s. 70 - 100). RVP ZŠS se rozděluje na dva díly. První díl RVP ZŠS se zabývá vzděláváním žáků se středně těžkým mentálním postižením, druhý díl vzděláváním žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami.

Vzdělávací oblasti

Vzdělávací oblasti pro žáky s těžkým mentálním postižením, případně s kombinovanými vadami, jsou rozděleny do pěti hlavních oblastí, které lze spojovat a vyučovat v blocích. Důležité je, aby speciální pedagog působil na žáky komplexně, a to zejména na jejich tělesný a duševní vývoj, a maximálně respektoval jejich individuální potřeby. Vzdělávací oblasti se rozdělují následovně:

- Člověk a komunikace;
- Člověk a jeho svět;
- Umění a kultura;

- Člověk a zdraví;
- Člověk a svět práce.

Oblast *Člověk a komunikace* umožňuje žákům najít a rozvíjet vhodnou formu komunikace s okolím. Nemusí být využívána řeč ani psané slovo. Jsou hledány a využívány různé formy augmentativní a alternativní komunikace, které žákovi nejvíce vyhovují. Tato oblast obsahuje dvě vzdělávací části - **rozumovou výchovu** a **řečovou výchovu**. Rozumová výchova je tematicky rozdělena na okruhy: *Rozvíjení poznávacích schopností*, *Rozvíjení logického myšlení a paměti* a *Rozvíjení grafických schopností*. Řečová výchova zahrnuje tematický okruh *Rozvíjení komunikačních dovedností*, který vede žáky k rozvoji slovní zásoby, řečových schopností a k dorozumívání.

Člověk a jeho svět pomáhá žákům poznávat své okolí a utvářet si k němu citový vztah. Žáci si osvojují vhodné chování a jednání. Tato oblast se realizuje pomocí oboru **smyslová výchova**, která systematicky procvičuje zrakové, sluchové, čichové, chuťové a hmatové vnímání, vizuomotoriku a prostorovou orientaci. Tento vzdělávací obor je členěn do tematických okruhů: *Rozvíjení zrakového vnímání*, *Rozvíjení sluchového vnímání*, *Rozvíjení hmatového vnímání*, *Prostorová a směrová orientace*, *Rozvíjení čichového a chuťového vnímání*.

Umění a kultura provází žáky po celou dobu povinné školní docházky. Přispívá ke kultivaci osobnosti žáků, působí na jejich chování, posiluje sebevědomí a rozvíjí jejich estetické cítění. Vzdělávací oblast se realizuje pomocí **hudební výchovy** a **výtvarné výchovy**. Hudební výchova vytváří u žáků kladný vztah k hudbě, rozvíjí jejich hudebnost a podporuje schopnost hudbu emocionálně prožít. Výtvarná výchova se zaměřuje na rozvoj tvořivosti žáka. Pomáhá vyjadřovat emoce a dává průchod přirozené aktivitě a fantazii žáka.

Člověk a zdraví učí žáky základním poznatkům, které mohou využívat v každodenním životě. Rozvíjí fyzické i psychické schopnosti, pohybové dovednosti i sociální adaptaci. Vzdělávací oblast se realizuje ve vzdělávacích oborech **pohybová výchova**, **zdravotní tělesná výchova** nebo **rehabilitační tělesná výchova**. Pohybová výchova je zaměřena na zvládnutí základních pohybových dovedností a rozvíjení pohybové kultury. Zdravotní tělesná výchova aktivně rozvíjí hybnost žáků, správné držení těla nebo

zvyšuje tělesnou zdatnost. Rehabilitační výchova přispívá k rozvíjení hybnosti žáků s nejtěžším postižením a tím současně rozvíjí i jejich rozumové schopnosti.

Člověk a svět práce zahrnuje pracovní činnosti, které vedou žáky k získání základních pracovních dovedností a návyků. Vzdělávací oblast je realizována pomocí vzdělávacího oboru **pracovní výchova**, která je zařazena do celého základního vzdělávání již od prvního ročníku. Oblast je rozdělena na tematické okruhy: *Sebeobsluha, Práce s drobným materiálem, Práce montážní a demontážní, Pěstitelské práce, Práce v domácnosti*.

Klíčové kompetence žáka

Speciální pedagog při edukaci žáků s těžkým mentálním postižením a kombinovanými vadami utváří a rozvíjí klíčové kompetence u každého jednotlivce. Jedná se o elementární kompetence, které vedou k lepší integraci těchto jedinců. K vytvoření nebo rozvíjení klíčových kompetencí přispívá kromě pedagoga, asistenta pedagoga či ostatních školských pracovníků také vzdělávací obsah, metody i forma práce. Mezi základní klíčové kompetence, které se rozvíjením (utvářejí) u jedinců s těžkým mentálním postižením a u jedinců s kombinovanými vadami patří:

- **Kompetence k učení** – žák rozumí jednoduchým pojmům, znakům, symbolům a je schopen je užívat; pozná a rozlišuje základní piktogramy; pozná tiskací písmena; napodobuje různé předvedené pohyby a činnosti; používá učební pomůcky.
- **Kompetence k řešení problémů** – žák řeší známé situace na základě nápodoby či opakování; chápe a plní jednoduché příkazy; orientuje se v okolním prostředí; orientuje se v časovém režimu dne; překonává pocity strachu.
- **Kompetence komunikativní** – žák poznává známé osoby a dorozumívá se s nimi verbálními nebo neverbálními formami komunikace; reaguje na své jméno; reaguje na jednoduché pokyny, vyjadřuje souhlas či nesouhlas; vyjadřuje své potřeby, pocity apod.
- **Kompetence sociální a personální** – žák si uvědomuje svou osobu prostřednictvím svého těla; zná členy své rodiny; rozlišuje pohlaví; spolupracuje apod.

- **Kompetence pracovní** – žák zvládá nejjednodušší úkony sebeobsluhy a základy osobní hygieny; podílí se na jednoduchých praktických činnostech apod.

Schopnost vytvořit nebo rozvíjet klíčové kompetence je velice náročná. Aby speciální pedagog či jeho asistent mohl pracovat s klíčovými kompetencemi žáka, je zapotřebí včasná intenzivní péče o postiženého jedince – dostatek stimulů od blízkého okolí. Důležitost vytvoření a rozvíjení kompetencí tkví také v rozsahu těžké mentální retardace – těžká mentální retardace nemusí představovat u všech jedinců stejné symptomy. Klíčové kompetence tedy u některých žáků nemusí být rozvinuty, ale ani vytvořeny. Jde o zcela individuální záležitost.

3.4 Speciálně pedagogické zásady, metody a prostředky

Valenta a Krejčířová (1997, s. 38-42) hovoří o pěti základních zásadách – zásadě názornosti, přiměřenosti, soustavnosti, trvalosti a uvědomělosti a aktivity žáků. Aby edukační proces byl co nejefektivnější je zapotřebí se těmito základními zásadami řídit. Jsou to osvědčené zásady, které pomáhají pedagogům i žákům ve vzdělávacím procesu – pedagogům pomáhají lépe učit učivo a žákům lépe se učivo naučit.

Zásada názornosti je pro žáky základních škol speciálních nejdůležitější. U žáka využíváme co nejvíce smyslových analyzátorů. Používáme nejrůznější pomůcky: obrázky, piktogramy, fotografie, video, symboly apod. **Zásada přiměřenosti** počítá s různým postižením, věkem žáka i s jinými okolnostmi, které zasahují do edukačního procesu. Vybírá takový obsah učiva, takové didaktické metody, pomůcky, které žákům vyhovují a odpovídají jejich rozumovým schopnostem. **Zásada soustavnosti** vede pedagoga tak, aby žákům předával vědomosti, dovednosti a návyky v ucelené soustavě. Učivo tak nemá nahodilý charakter a navazuje na sebe. **Zásada trvalosti** souvisí s předchozí zásadou. Poznatky, které tvoří ucelenou strukturu je možno uchovávat po delší dobu. Na základní škole speciální se především dbá na trvalosti základních dovedností a návyků, které se u žáků s těžkou mentální retardací musí neustále procvičovat. **Zásadou uvědomělosti a aktivity žáků** se rozumí, že povinností pedagoga je vést žáky k uvědomělému osvojování

nových poznatků, protože tak jedině jsou schopni je uplatnit v praxi. Důležitá je úvodní motivace a seznámení žáka s obsahem vyučování.

Velice náročné v edukačním procesu je vybrat správnou speciálně pedagogickou metodu. Vašek (1996, s. 98) uvádí tyto speciální metody zprostředkovávání informací v edukačním procesu:

- vícenásobné opakování informace;
- nadměrné zvýraznění informace;
- zapojení více kanálů k přijímání informace;
- optimální kódování;
- intenzivní zpětná vazba;
- algoritmizace obsahu edukace.

Při výběru metody by měly být východiskem speciální pedagogická diagnostika, znalost rodinného prostředí a možné podpory z jejich strany, doporučení dalších odborníků a uvědomění si vlastních reálných možností při realizaci metody. Mezi činitele, které ovlivňují zvolení dané metody, patří: místo realizace, počet žáků ve třídě, věk žáků, různost a stupně postižení žáků, aktuální stav žáka, materiální zázemí (pomůcky) i počet pedagogů a asistentů pedagogů. (Opatřilová, 2005, s. 28 – 29)

Speciálně pedagogická péče vyžaduje také určité zázemí, určité materiální a technické prostředky. V případě speciálně pedagogické edukace jsou některé prostředky, pomůcky nezbytné. Existuje různé dělení pomůcek, které slouží ke kompenzaci. U těžce a postižených a jedinců s kombinovaným postižením je rozdělujeme na instrukční média (média textová, optická, akustická, audiovizuální, plastická, kombinovaná a multimediální), technické prostředky (prostředky edukační, diagnostické, stimulační, korekční, komunikační, lokomoční, sebeobslužné, kompenzační a rehabilitační) a speciální pomůcky (některé kompenzační, rehabilitační a ortopedické pomůcky). Na edukaci má také vliv celé prostředí. Je potřeba edukační prostředí upravit. Nesmíme opomíjet bezbariérovost nebo bezpečnost. Možné členění kompenzačních pomůcek vykazuje následující tabulka (Opatřilová, 2005, s. 29 -31):

| | |
|--|--|
| Na sebeobsluhu | stolování (držáky příborů, talířů, sklenic), oblékání (zapínače knoflíků, navlékač ponožek), osobní hygiena (sedačky do vany); |
| Na vzdělávání | držáky na tužky, speciálně upravená klávesnice, upravená myš, upravená lavice, lehátka; |
| Na pracovní činnosti | držáky pracovního náradí, pákové nůžky, skládací podavače, pracovní deska s hroty; |
| Na rozvoj pohybových dovedností | krauler, rotátor, berle, hole, pomocné schody; |
| Vozíky | podle velikosti a tvaru (pro děti, dospívající, dospělé), podle způsobu pohonu (kola, trojkolky, mechanické, elektrické), podle možnosti skladování (skládací, pevné), podle konstrukce (velká a malá kola); |

Tabulka 4: Možné členění kompenzačních pomůcek

3.5 Spolupráce speciálního pedagoga s rodiči a dalšími subjekty

Vítek a Vítková (2010, s. 130) uvádějí, že je potřeba, aby škola podporovala medicínsko-terapeutická opatření. Základní škola speciální by tedy měla být vybavena pracovištěm pro fyzioterapeuty a pro rehabilitační pracovníky. S tímto tvrzením naprosto souhlasím. Pokud má být žákům poskytována speciálně pedagogická péče, musí být speciální i v tomto ohledu – zapojení více odborných oborů ve prospěch žáka.

Speciální pedagog působí komplexně a všestranně. Komplexnost a všestrannost spatřuji ve spolupráci s dalšími odborníky, které mohou žákům s postižením pomoci. Pokud se jedná o žáky s těžkou mentální retardací a o žáky s kombinovaným postižením, tak by spolupráce měla být nejužší se zdravotnickými institucemi a se školskými poradenskými zařízeními. Kucharská, Mrázková, Wolfová a Tomická (2013, s. 89) přibližují spolupráci speciálního pedagoga s ostatními odborníky v následujícím schématu:

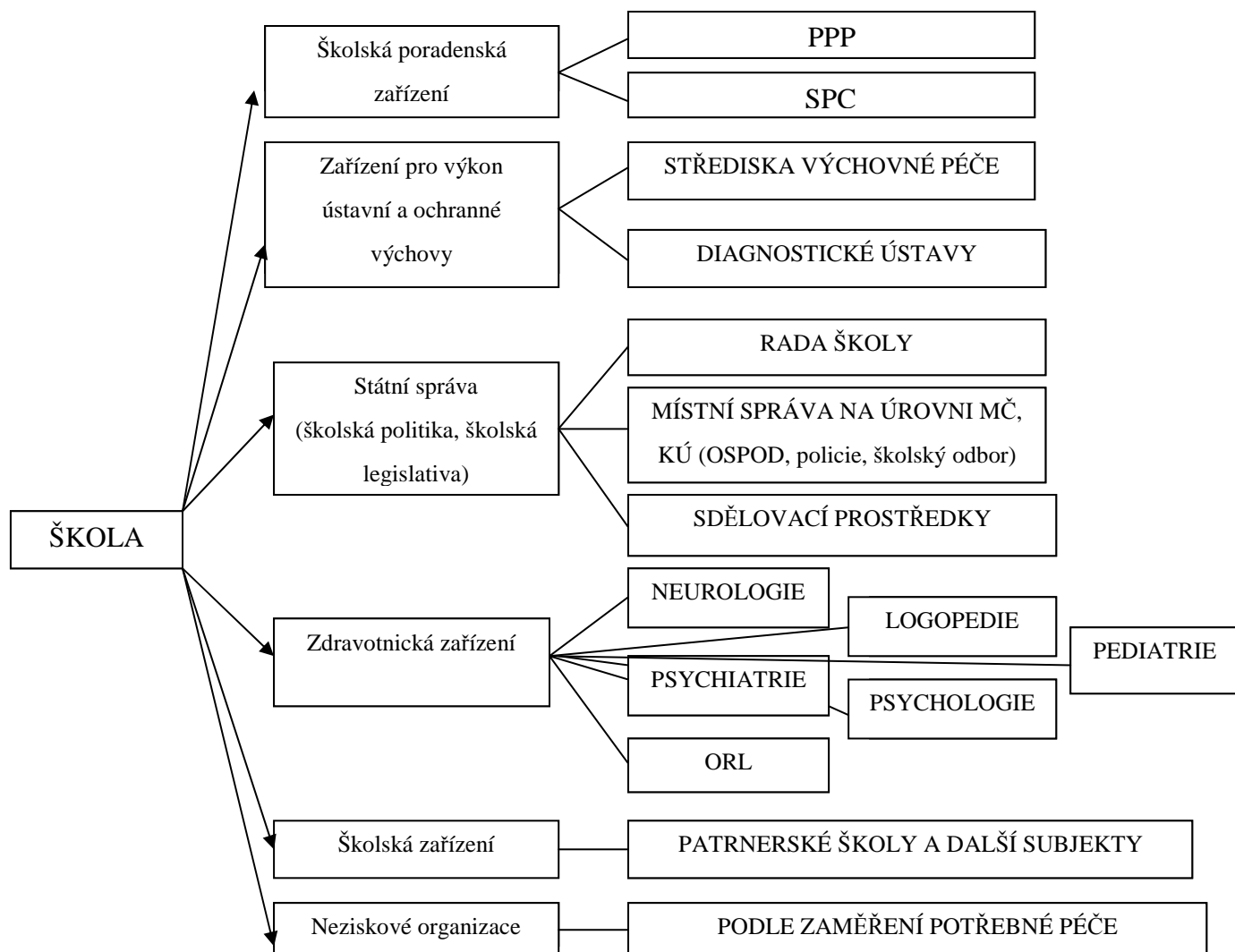


Schéma 1: Partneri škol

Školská poradenská zařízení, do kterých řadíme především pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogické centra (SPC) se podílejí na vzdělávacím procesu dětí, žáků i studentů. Cílem speciálního pedagoga i pracovníků PPP je nalézt optimální vzdělávací i výchovnou podporu žákům. PPP na základě analýzy žáka doporučuje směr vzdělávání. Speciální pedagog poté doporučení přijímá a vzdělávání tímto směrem uskutečňuje. SPC spolupracují se speciálním pedagogem v rámci péče o žáka se speciálními vzdělávacími potřebami. Zejména se jedná o jedince se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. SPC napomáhají převážně při individuální integraci žáka ve škole.

Střediska výchovné péče (SVP) spolupracují se speciálními pedagogy, pokud se u žáka objeví porucha chování. Pracují na odstranění, nebo alespoň na zmírnění nežádoucích negativních jevů u žáků spojené s jejich chováním.

Spolupráce speciálního pedagoga s místní správou představuje široký rozměr oblastí možné spolupráce. Může se jednat například o granty, které jsou pro školy nezbytné a díky nimž může škola zajišťovat materiální i nemateriální potřeby důležité pro kvalitní péči o žáka. Spolupráce může také tkvět v preventivních opatřeních, zapojení žáků do místní komunity nebo ve vytvoření možných pracovních míst pro žáky s různým omezením či postižením.

Důležitá je také spolupráce speciálního pedagoga a zdravotnických institucí. Podle Kucharské a kol. (2013, s. 97) zdravotnická zařízení nejsou příliš zvyklá na spolupráci se školou, což je pro speciální pedagogy nevýhodou. Například spolupráce speciálního pedagoga a pediatra, neurologa nebo psychiatra je pro komplexní speciálně pedagogickou péči o žáka podstatná. V praxi se nejčastěji můžeme setkat v komunikační interakci speciálního pedagoga a logopeda nebo psychologa, kteří na mnoha základních školách speciálních pracují či sem pravidelně docházejí.

Neziskové nestátní organizace, do kterých můžeme zařadit spolky (občanská sdružení), ústavy (obecně prospěšné společnosti) nebo nadace, také pozitivně přispívají v péči o žáky ať už o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami nebo o žáky (děti) se sociálním znevýhodněním. Napomáhají těmto dětem efektivně využívat volný čas i s přípravou do školy. Speciální pedagog by měl být schopen rodičům doporučit fungující organizaci a dále s pracovníky organizací spolupracovat (co je potřeba žáka doučit, v jakém předmětu žák nejvíce chybuje, komunikační schopnost, nácvik dovedností apod.).

Spolupráce, která ve schématu 1 není vyznačena a pro žáky s těžkou mentální retardací je velice hodnotná, je spolupráce speciálního pedagoga a terapeutů. Školní třídy (rehabilitační třídy) s žáky s těžkou mentální retardací jsou na terapiích založeny. Nejčastější spolupráce speciálního pedagoga je s fyzioterapeutem, terapeutem expresivních terapií či animoterapeutem.

4 Terapeutický přístup speciálního pedagoga

Současná speciální pedagogika v edukačním procesu využívá u žáků podpůrné terapeutické metody. Terapie zásadně provádějí terapeuti, ale prvků jednotlivých terapií mohou využívat všichni, kteří v dané oblasti mají zkušenosti (kurzy, praxe apod.) a chtějí svým přístupem napomoci daným žákům, studentům či klientům. Jak již bylo řečeno, u žáků s těžkou mentální retardací se terapiemi zabývají speciální pedagogové a jejich asistenti denně.

Terapeutický přístup lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, které směřují od odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně (např. v prožívání, chování, fyzickému výkonu). Význam termínu terapie s řecko-latinským původem odkazuje na léčení, ošetřování, starání se, pomáhání, cvičení. (Müller, 2005, s. 13)

Terapie řadíme do **léčebné rehabilitace**, která je dle Jesenského (1995) významnou složkou **rehabilitace ucelené**. Je zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a také na eliminaci následků zdravotního postižení. Do léčebné rehabilitace lze zařadit fyzikální terapie (masáže, elektroléčbu, léčbu světlem, léčbu teplem apod.), léčebnou tělesnou výchovu (tělesné cvičení, Vojtovu metodu, metodiku manželů Bobathových apod.), ergoterapii, animoterapii a další specifické terapie (arteterapii, muzikoterapii, psychoterapie apod.). Další složkou ucelené rehabilitace je **sociální rehabilitace**, která napomáhá člověku přijmout své postižení a v maximální možné míře se integrovat do společnosti. Sociální rehabilitace uplatňuje metody reedukace (rozvoj poškozené funkce a zbytkových schopností), kompenzace (náhrada postižené funkce jinou nepoškozenou funkcí) a akceptace (přijetí života s postižením). **Pedagogická složka** ucelené rehabilitace se prolíná s prostředky rehabilitace léčebné, sociální i pracovní. Pedagogická rehabilitace dbá na výchovu a vzdělání jedinců se zdravotním znevýhodněním či postižením pomocí speciálních metod a záměrně působí pedagogicko psychologickými prostředky ve smyslu reedukace. Čtvrtá složka ucelené rehabilitace je **pracovní rehabilitace**, která napomáhá při pracovní přípravě (získávání vědomostí,

dovedností, návyků, kvalifikací), při pracovní integraci i při uplatnění v pracovní činnosti. (Jankovský, 2001, s. 16-29)

4.1 Expresivní terapie

Expresivní terapie využívají uměleckých prostředků s cílem pozitivně změnit prožívání, chování. Do této skupiny terapií řadíme arteterapii v užším slova smyslu, muzikoterapii, dramaterapii (dramatické, divadelní postupy - rozvoj tvořivosti, komunikace) teatroterapii (uměleckou činnost pod vedením režiséra – uměleckou přípravu, naučení divadelní hry, přípravu kulis apod.) a psychodrama (dramatickou improvizaci, kdy jedinec dramatizuje své zážitky, přání, postoje, fantazie) (Bendová, Zikl, 2011, s. 105 - 106). U žáků s těžkou mentální retardací využíváme z expresivních terapií převážně arteterapii a muzikoterapii, které si blíže představíme. Ostatní zmíněné expresivní terapie se kvůli své náročnosti u těchto žáků nevyužívají.

Arteterapie v užším slova smyslu znamená léčbu výtvarným uměním. V širším slova smyslu se pojem arteterapie využívá ve smyslu léčby uměním hudby, poezie, prózy, divadla, tance a výtvarného umění. Arteterapii můžeme rozdělit na dvě hlavní skupiny. Na arteterapii receptivní a aktivní a na arteterapii individuální a skupinovou. (Šicková, In Müller, 2005, s. 47 - 60)

Receptivní arteterapie je pasivní forma arteterapie. Jedná se o vnímání výtvarného umění, o vnímání estetického cítění. Receptivní arteterapie se využívá při relaxačních technikách. Aktivní arteterapie naopak využívá aktivní činnosti žáků. Individuální forma arteterapie se koná pouze v interakci terapeuta a jednoho žáka/klienta. Této formy se využívá v případě například agresivních nebo hyperaktivních žáků. Ve školách se více využívá skupinové arteterapie, kdy se žáci terapie zúčastní ve skupině. Žáci kreslí, malují, čmárají, stříhají, modelují pomocí různých výtvarných pomůcek a metod. Rozvíjí se tak jejich tvořivost, vnímání. Mnozí autoři uvádějí, že arteterapie využívá prvků psychoterapie, protože ovlivňuje psychiku zúčastněných. Podle Šickové (In Müller, 2005, s. 69-70) k cílům arteterapie patří uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, poznání vlastních

možností, motivace, svoboda při experimentování, rozvoj fantazie, nadhled, celkový rozvoj osobnosti, vnímání a přijetí druhých lidí, navázání kontaktu, kooperace, komunikace apod.

Muzikoterapie patří mezi nejstarší terapie vůbec. Lidé od pradávna používali hudbu k terapii. Muzikoterapie využívá prvků hudby, jako je melodie, rytmus, harmonie nebo barva zvuku. Muzikoterapii definuje Kantor (in Müller, 2005, s. 169) jako „léčení nebo pomoc člověku hudbou“. Muzikoterapie je hojně využívána nejen u žáků s těžkou mentální retardací, ale i u žáků s jiným stupněm mentální retardace, u žáků s autismem, tělesným postižením, smyslovým postižením, duševním onemocněním, terminálním onemocněním aj. Má široké využití (využívá se také u intaktní společnosti) a žáci mají tuto terapii v oblibě. Muzikoterapii můžeme rozdělovat na (Kantor in Müller, 2005, s. 173-183):

a) **aktivní** – žáci se přímo zapojují do terapie. Při aktivní muzikoterapii využíváme hudebních nástrojů (oblíbené jsou bubny nebo vlastnoručně vyrobené nástroje), hlasu (zpěvu, pokřiků, skřeků – dle možností) i vlastního těla;

b) **receptivní** – **pasivní** muzikoterapie; žáci hudbu pouze vnímají, poslouchají. Rozlišujeme hudbu improvizovanou muzikoterapeutem a reprodukovanou. Využití můžeme hudby „živé“ i reprodukované.

V muzikoterapii nezáleží na hudebním nadání žáků ani na stupni postižení. Opět se můžeme setkat s formou individuální nebo skupinové muzikoterapie. Cíle muzikoterapie dle Kantora (in MÜLLER, 2005, s. 185-186) jsou: rozvoj vnímání a pozornosti, rozvoj jemné i hrubé motoriky a senzomotoriky, práce s emocemi žáka (kontrola impulzivního jednání, práce s agresí, zvýšení sebevědomí aj.), zlepšení sociálních interakcí, pozitivní ovlivnění chování, zlepšení komunikace, podpora vědomostí a školních dovedností, využití v relaxaci a ve volnočasových aktivitách.

Pomocí arteterapie i muzikoterapie může speciální pedagog více nahlédnout do prožívání žáků a využít tyto terapie jako diagnostickou pomůcku.

4.2 Animoterapie

Animoterapie, též také zooterapie spadá do psychoterapeutických metod, které jsou stále více využívány při výchově a vzdělání žáků s těžkou mentální retardací. Animoterapie poskytuje terapii skrze zvířata. Nejčastěji se jedná o psy - canisterapie, koně – hipoterapie, kočky - felinoterapie. Oblíbení bývají také hlodavci (králíci, křečci, morčata, činčily apod.) K pasivní animoterapii můžeme využít rybičky, želvy, ještěry nebo plazy. Animoterapie poskytuje kromě emočního zážitku také rozvoj motoriky, komunikace, sociálního chování i možnost polohování dítěte (canisterapie) či fyzioterapie (hypoterapie).

Hipoterapie je terapie, při které využíváme vhodné stavby těla a povahy koně. Podle Dudkové (in MÜLLER, 2005, s. 279- 286) je hipoterapie jednou z komplexních terapií (fyzioterapie, psychoterapie, socioterapie), která se dá použít při každém druhu i stupni postižení. Působí tedy na jedince pozitivně v oblasti tělesné, duševní i sociální. Jezdění na koni podporuje vývoj tělesného vnímání i rovnováhu. Pohyb koně blahodárně ovlivňuje svalové napětí a jeho nenapodobitelná stavba těla učí žáky k efektivnějšímu pohybu celého těla. Hipoterapii můžeme členit následovně:

- Hiporehabilitaci – nejdůležitější aspekt je fyzioterapie. Hiporehabilitaci využívají žáci s poruchami držení těla (skoliózy, ortopedické vady apod.), rovnováhy, koordinace, hybnosti. Žáci s těžkou mentální retardací tedy využívají nejčastěji právě hiporehabilitaci. Jezdec je stimulován trojrozměrným pohybem koně. Pohybové impulzy stimulují páteř žáka, který reaguje zapojením zádových svalů, vzpřímí se a prohloubí dech. Pohyb koně také napomáhá k uvolnění spasticity. Hiporehabilitace se provádějí na doporučení lékaře.
- Léčebné pedagogicko-psychologické ježdění – jedná se o psychoterapii a socioterapii pomocí koně. Toto ježdění je určené pro psychiatrické žáky, které jsou v péči speciálních pedagogů. Kůň koriguje psychické a fyzické příznaky vyvolané duševní chorobou, poruchami chování a slouží i při výuce mentálně retardovaných žáků. Žáci plní samostatné úkoly dané terapeutem ve stáji, v jízdárně, v sedle nebo mimo sedlo koně. Tento typ hipoterapie bývá prováděn skupinovou formou.

- Sport handicapovaných a rekreační ježdění – napomáhá při integraci jedince do společnosti. Umožňuje také některým soutěžit i se zdravými jezdci. Nejznámější disciplínou pro handicapované je paradrezura. Ježdění se však může omezit jen na rekreační ježdění, které má také pozitivní vliv na jedince.

Canisterapie je další forma animoterapie, která je u žáků s těžkou mentální retardací hojně využívána. Canisterapie využívá při terapiích psů. Pes napomáhá v různých oblastech (při navození kontaktu, celkovém rozvoji, aktivizaci, stimulaci, motivaci) a je efektivní u širokého spektra cílových skupin žáků (u tělesně a zdravotně postižených, mentálně postižených, smyslově postižených, dětí s autismem, dětí s poruchami komunikace, dětí s poruchami chování, intaktní společnosti apod.). Existují dvě základní metody canisterapie: AAA metoda (Animal Assisted Activities) – metoda, která nemá specifické cíle, jedná se o aktivity, které vyplývají ze spontaneity psa a žáka, a AAT metoda (Animal Assisted Therapy), která se naopak vyznačuje záměrnou, plánovitou a cílevědomou intervencí. Canisterapie disponuje dvěma formami a to individuální (preferována u imobilních žáků, relaxační terapie) a skupinovou (spíše u mobilních žáků, aktivní terapie). (Vrbová in Müller, 2005, s. 288 - 290)

Pro žáky s těžkou mentální retardací je canisterapie účinná v mnoha ohledech. Pes těmto žákům napomáhá při komunikaci, orientaci, zprostředkovává vztah se světem, pozitivně působí na jejich prožívání, nabízí podmínky k aktivizaci, celkově působí na jejich tělesný rozvoj, pomáhá žákům s nácvičkou sebeobsluhy a hygieny. Pes také uvolňuje napětí žáků i možné agresivní chování.

4.3 Ergoterapie

Další terapií využívanou u žáků s těžkou mentální retardací je **ergoterapie**. Ergoterapie je terapie, která nabízí aktivní pomoc lidem v jakémkoliv věku s jakýmkoliv postižením, které omezuje jejich samostatnost. Cílem ergoterapie je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti jedince (Dočkal in Müller, 2005, s. 253). U žáků s těžkou mentální retardací v základních školách speciálních je ergoterapie zaměřena

na nácvik sebeobsluhy v oblastech oblékání, hygieny, stravování, používání toalety, přesunu z místa na místo apod. Dále se ergoterapie u těchto žáků soustřeďuje na jejich tělesné postižení. Cvičí se úchopy – prstové, s pomocí dlaně, pomocí jiné částí těla apod. Ergoterapie může mít mnoho podob. U žáků s těžkou mentální retardací může ergoterapie vypadat následovně:

- Práce s modelínou – modelování postav, zvířat, věcí;
- práce s keramikou;
- kreslení, malování, další výtvarné činnosti – cvičení úchopu tužky, štětce;
- rozvoj hrubé motoriky – chůze, vstávání, sedání, házení a chytání míče;
- vaření v cvičných školních kuchyních;
- nácvik sebeobsluhy.

4.4 Podpůrné speciálně pedagogické metody

Snoezelen MSE (Multi – Sensory Environments), též také „bílá místnost“, „šedá místnost“ aj. je pro následující podpůrné speciálně pedagogické metody vhodné prostředí. Podle zahraničních zdrojů (What is Snoezelen MSE?, 2015, [online]) Snoezelen MSE obsahuje speciální výběr sensorických zařízení a jiných materiálů, které mohou pomoci klientům přizpůsobit své reakce na různé smyslové stimuly a podpořit tak jejich vzdělávání a terapeutické cíle. Pojem Snoezelen byl definován v Holandsku po roce 1970. Zakladateli se stali Jan Hulsegge a Ad Verheul. Původně byla tato místnost vytvořena pro lidi s mentální retardací. (History, 2015, [online]) V českém prostředí je Snoezelen označován jako multifunkční místnost, ve které se využívá světelných, zvukových efektů, hudby nebo aroma, přičemž tyto stimuly působí na smysly žáků, které se díky těmto efektům aktivizují i zklidňují (Hájková, Příplatová, 2009, s. 137). Kromě světelných, zvukových, hudebních či aromatických efektů je Snoezelen vybaven vodním lůžkem, případně trampolínou, závěsnou síťovou houpačkou, polštářky, deky, vibračními pomůckami, hmatovými pomůckami, hračky, pomůckami na masáže apod. Podle Opatřilové (2005, s. 127) je podstatou Snoezelenu:

- umožnění hlubokých diferencovaných a izolovaných pocitů a vjemů;
- uvědomění si vlastního těla a smyslových zážitků;
- stav relaxace v příjemné poloze;
- poskytnutí strukturovaných podnětů, ze kterých si jedinec sám vybere;
- dobrovolnost;
- důraz na hodnotu volného času a zotavení;
- udržení mezilidského kontaktu k těžce postiženým;
- celostní pohled.

Chirofonetika je poměrně mladá metoda, která se využívá nejen u žáků s těžkou mentální retardací, ale i u dalších jedinců, kteří mají problémy s řečí (autistů, lidí po cévní mozkové příhodě, lidí s DMO apod.). Chirofonetika je souhra vyslovení hlásky a masážního tahu. Masážní tak napodobuje vzdušné proudění, vznikající v dutině ústní při artikulaci hlásek. Pro lepší představení přidávám konkrétní příklad chirofonetiky (Co je Chirofonetika, 2015, [online]): „Vyslovujeme-li např. hlásku L, pak se špička jazyka pozvedá směrem nahoru a dotýká se jednoho určitého bodu za horními řezáky. Vzduch proudí kolem obou stran jazyka a vystupuje z úst jakoby ve dvou ramenech. Na těle existuje místo, které odpovídá tomuto bodu v dutině ústní. Nachází se mezi lopatkami, přibližně na místě čtvrtého hrudního obratle. Proto táhneme hlásku L tak, že obě dlaně obkružují tento bod a tah vybíhá na paže.“ Při chirofonetice se využívají olejíčky nebo mastě. Ideální poloha žáka je na břiše, tahy se provádějí na zádech, nohách či pažích. Chirofonetika trvá asi patnáct minut a pro svou účinnost by měla být prováděná každý den.

Bazální stimulace je podle Marie Vítkové (in Müller, 2005, s. 223 - 225) pedagogicko-psychologická aktivita, která se snaží nabídnout jedincům s mentálním postižením a s více vadami možnosti pro vývoj jejich osobnosti. Bazální stimulace poskytuje žákům základní, elementární nabídku podnětů, které oni sami nejsou kvůli svému postižení schopny přijímat. Přisun podnětů je podstatný pro vývoj jedince. Bazální stimulace je zásadní u žáků s těžkou mentální retardací z pohledu vnímání sebe sama (vlastního těla) i okolí (školní třídy, snoezelenu apod.), což je u této cílové skupiny obtížné. Základní princip bazální stimulace je zjištění, že pomocí těla můžeme jedince uvést do reality. Důležitý je také požadavek holistického přístupu, při kterém se vychází z předpokladu, že použitými metodami a přístupy můžeme ovlivnit celého člověka.

Existuje mnoho stimulů, které žákům s těžkou mentální retardací poskytujeme. Vítková (in Müller, 2005, s. 227 - 230) uvádí: somatické podněty (pomocí těchto podnětů, které se týkají celého těla, lze docílit pozitivní zkušenosti s vlastním tělem, s vlastní postavou, s hranicemi a místy kontaktu vzhledem ke světu; základní somatická zkušenost se vyvíjí dotykem), vibrační podněty (používají se vibrační pomůcky, které při přiložení po délce těla navodí intenzivní pocit v nosných částech těla a kloubech), vestibulární podněty (jedná se o pomalé kolébové pohyby podél a napříč celou osou těla – pohyby na terapeutickém válci, velkém míči apod.; vestibulární podněty jsou dobré pro informace o poloze v prostoru, působí na stabilitu držení těla a normalizují tonus.), čichové a chuťové podněty (je dobré využívat pachy, vůně i chutě nevšední, při čichové stimulaci se využívají např. aromalampy), sluchové a zrakové podněty (u těchto podnětů je důležité intermodální propojení; žáci s těžkou mentální retardací mají problém se spojením zpracování sluchových a zrakových podnětů; je dobré propojit např. hudbu s tancem, dotykem apod.), komunikační a sociálně-emocionální podněty (důležitá je raná komunikace, mimika, zbarvení hlasu apod.).

Orofaciální stimulace je bodová masáž obličeje pomocí tahů a tlaků na určitých bodech (na čele, v okolí očí, oblasti nosu, na horním a spodním rtu, bradě). Lze využít pomůcky, jako jsou štětce s různou hustotou a hrubostí štětin, žínky nebo vibrační a masážní pomůcky. Základní orofaciální stimulace se však provádí pouze za pomoci prstů a rukou pedagoga (asistenta pedagoga, terapeuta). Mohou se použít také aromatické oleje nebo mastě, které mohou působit jako čichové podněty. Orofaciální stimulace má vliv na uvědomění si vlastního těla, respektive části těla – hlavy, obličeje, tahy a tlaky v okolí nosu mají vlídný dopad na lepší čichové vjemy, masáž v oblasti rtů působí na zmírnění salivace i na celkovou aktivizaci úst (pro příjem potravy, pití z hrnku, komunikaci apod.). U žáků s těžkou mentální retardací se orofaciální stimulace provádí i při relaxaci a uvolnění obličeje.

Polohování dle Opařilové (in Bendová, Zíkl, 2011, s. 118) slouží v rámci výchovně-vzdělávacího procesu žáků s mentálním a kombinovaným postižením k zajištění vhodné polohy jedinců při edukaci (práce u speciálního stolu, u PC, ve vertikalizačním stojanu, vsedě v polohovacím vaku, na zemi v různých polohách s využitím polohovacích

klínů apod.) nebo k relaxaci (poloha hnízdo, mumie z pohledu bazální stimulace). Polohování má i preventivní charakter – prevence vzniku dekubitů apod.

Masáže jsou další podpůrnou praktikou prováděnou u žáků s těžkou mentální retardací. Masáží rozumíme sestavu jemného a citlivého masírování lidského těla, která stimuluje a zlepšuje krevní oběh, působí na správné držení těla, stimuluje pokožku i jednotlivé nervy a jejich zakončení, ovlivňuje svalstvo a dokáže vyvolat i kloubní změny, které podporují pohybový aparát (Opatřilová, 2005, s. 135). Některé masáže mohou provádět i zaškolení speciální pedagogové a jejich asistenti. Jedná se např. masáž v oblasti břicha žáka, která směřuje k lepšímu trávení, masáž rukou, již zmiňovaná orofaciální masáž apod. Žáci s těžkou mentální retardací trpí omezením hybnosti, což má velký vliv na jejich svalstvo, pohybový aparát i na zhoršené trávení. Masáže napomáhají k somatické reedukaci žáka.

Míčkování je masáž s pomocí softtenisových (případně jiných) míčků. Míčky tlakem koulíme po těle žáka. **Kartáčování, žínkování** jsou metody, při kterých používáme různé kartáče, štětečky, žínky z jemného materiálu, z hrubého materiálu, nahřívací apod. a působíme na kůži žáka hlazením, tlakem, tahem. Obě tyto metody mají vliv na uvědomění si vlastního těla, aktivizaci svalstva a kůže nebo mohou sloužit jako relaxační technika.

5 Výzkumné šetření

Výzkumné šetření odpovídá na základní otázku: „*Jaká je role speciálního pedagoga a asistenta pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?*“ Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativní formou za použití metod pozorování a interview, a to se speciálními pedagogy a asistenty pedagogů v základní škole speciální v Hradci Králové.

5.1 Cíl a výzkumné otázky

Hlavním cílem praktické části bakalářské práce bylo zjistit, jakou roli představují speciální pedagog a jeho asistent při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Tato práce se tedy zaměřuje pouze na speciální pedagogy a asistenty pedagoga, kteří pracují s žáky s těžkou mentální retardací, případně kombinovaným postižením, se kterým se těžká mentální retardace mnohdy pojí.

Dílčím cílem bylo zjistit, zda speciální pedagog a asistent pedagoga plní totožnou roli při edukaci žáků s těžkou mentální retardací, nebo jsou jejich role odlišné, případně zjistit, v čem odlišnosti spočívají.

Druhým dílčím cílem bylo zjistit, jaké terapie se nejčastěji využívají při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální.

Výzkumné otázky vyplývají z cíle výzkumného šetření. Hlavní výzkumnou otázku jsem ztotožnila s cílem výzkumného šetření. Hlavní výzkumná otázka (HVO) zní následovně:

- **HVO – Jakou roli představují speciální pedagog a asistent pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?**

Hlavní výzkumná otázka byla sestavena v obecném charakteru. Jedná se o zastřešující otázku, která byla takto zvolena se záměrem vytvořit hlavní oblasti rolí, které speciální pedagog a asistent pedagoga provádí při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Z hlavní výzkumné otázky vyplývají dílčí výzkumné otázky (DVO 1-6), které zní následovně:

- **DVO 1 – Jaké jsou nejčastější činnosti konané speciálním pedagogem a asistentem pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?**

První dílčí otázka je zaměřena na činnosti konané s žáky s těžkou mentální retardací, které jsou prováděné minimálně jednou týdně a patří mezi základní pravidelné činnosti. Cílem této dílčí otázky je vytvoření seznamu nejčastějších činností ve školní třídě s žáky s těžkou mentální retardací.

- **DVO 2 – Jaká je náplň práce speciálního pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?**

Druhá dílčí otázka analyzuje náplň práce speciálního pedagoga ve třídě s žáky, kteří mají těžkou mentální retardaci. Cílem druhé dílčí otázky je vytvořit jednotlivé oblasti, kterými se speciální pedagog zabývá, a tyto oblasti analyzovat.

- **DVO 3 – Jaká je náplň práce asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?**

Třetí dílčí otázka analyzuje náplň práce asistenta pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací. Cílem třetí dílčí otázky je vytvořit jednotlivé oblasti, se kterými se asistent pedagoga zabývá, a tyto oblasti analyzovat

- **DVO 4 – Jaké terapie se využívají v rámci edukace žáků s těžkou mentální retardací?**

Čtvrtá dílčí otázka zjišťuje, jaké terapie se využívají v rámci edukace žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální.

- **DVO 5 – S kým spolupracuje speciální pedagog v rámci komplexní péče o žáky s těžkou mentální retardací?**

Pátá výzkumná otázka se zabývá komplexní péčí o žáky s těžkou mentální retardací a zjišťuje, s jakými dalšími odborníky spolupracuje speciální pedagog.

- **DVO 6 – S jakými odborníky spolupracuje asistent pedagoga?**

Šestá výzkumná otázka se týká spolupráce asistenta pedagoga a odborníků, kteří se podílejí na komplexní péči o žáky s těžkou mentální retardací.

5.2 Výzkumné metody

Pro výzkumné šetření jsem zvolila kvalitativní přístup. Pomocí kvalitativního přístupu je možno získat detailnější a komplexnější informace o daném zkoumaném jevu. Z tohoto důvodu jsem dala přednost kvalitativní formě výzkumného šetření. Díky kvalitativnímu výzkumnému šetření jsem se stala součástí edukačního procesu žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální a mohla jsem tak proniknout do jádra zkoumaného jevu. Podle Gavory (2010, s. 186) je zvolený přístup založen na zkušenostech a vlastním úsudku výzkumníka. Cílem je pak porozumět lidem, událostem v jejich životě. Výzkum s kvalitativním přístupem se zaměřuje hlavně na ověřování vztahů mezi proměnnými nebo na zjištění, jakým způsobem se proměnné k sobě vztahují. Nemusí proto být předem stanovené hypotézy a výzkumný projekt, který je závislý na teorii. Kvalitativní výzkum je induktivní, výzkumník tak začne pátrat až po nasbírání dat. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 13 - 14) Používanými metodami v kvalitativním výzkumu jsou: pozorování, interview, analýza produktů člověka. Pro výzkumné šetření jsem zvolila dvě metody, a to pozorování a interview.

Pozorování patří k nejtěžším metodám sběru dat v kvalitativním výzkumu. Pozorování můžeme dělit do několika kategorií: podle toho, zda je výzkumník během výzkumu v interakci s pozorovanými, nebo není, ho lze dělit na zúčastněné/nezúčastněné; podle toho, zda se výzkumník ocitá přímo ve zkoumaném terénu, nebo pouze sleduje záznamy ze zkoumaného terénu, dělíme na přímé/nepřímé; podle toho, zda při pozorování hledáme odpověď na předem vymezené a určené jevy, nebo nemáme předem vymezené a určené jevy zkoumání, rozlišujeme pozorování strukturované/nestrukturované; podle toho, zda výzkumník přichází do výzkumného terénu otevřeně jako výzkumník, nebo svou identitu utajuje, hovoříme o otevřeném/skrytém pozorování. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 144 - 146)

Zvolila jsem pozorování zúčastněné, přímé, strukturované a otevřené. Pozorování se stalo pro toto výzkumné šetření hlavní metodou sběru dat. Cílem pozorování je deskriptivní zachycení dané situace. Umožňuje pochopit celý kontext, ve kterém se dané situace odehrávají, což je důležité pro pochopení výzkumného problému. Pozorování není

závislé na teoretické literatuře a dovoluje tak výzkumníkovi být otevřený vůči problémům. Díky pozorování je výzkumník schopen zachytit rutinní situace. (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 143 - 144) Nevýhodami pozorování zůstávají jistá míra subjektivního pohledu výzkumníka, která však souvisí s celým kvalitativním přístupem, a také časová náročnost.

Pro zápis pozorování jsem si před vstupem do výzkumného terénu vytvořila záznamový arch (viz obrázek 1).

| | Pondělí | úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|-------------|---------|-------|--------|---------|-------|
| 8:00–8:30 | | | | | |
| 8:30–9:00 | | | | | |
| 9:00–9:30 | | | | | |
| 9:30–10:00 | | | | | |
| 10:00–10:30 | | | | | |
| 10:30–11:00 | | | | | |
| 11:00–11:30 | | | | | |
| 11:30–12:00 | | | | | |
| 12:00–12:30 | | | | | |

Obrázek 1: Záznamový arch

Záznamové archy jsem si připravila samostatně pro pozorování speciálních pedagogů i pro pozorování asistentů pedagoga. Záznamové archy jsou rozděleny na dny v týdnu a na půlhodinové intervaly, do kterých jsem během pozorování zaznamenávala činnosti speciálních pedagogů a jejich asistentů ve třídách s žáky s těžkou mentální retardací. Vyplněné záznamové archy jsou k dispozici v příloze 4 (speciální pedagog a asistent pedagoga třídy A), příloze 5 (speciální pedagog a asistent pedagoga třídy B), příloze 6 (speciální pedagog a asistent pedagoga třídy C). Metoda pozorování byla použita ve třech třídách s žáky s těžkou mentální retardací v základní škole speciální, přičemž v každé třídě byl zaznamenáván do archu jeden speciální pedagog a jeden asistent pedagoga. Časový harmonogram pozorování byl následující:

1. Pozorování třídy A: březen 2014
2. Pozorování třídy B: září 2014
3. Pozorování třídy C: prosinec 2014

Interview, jako druhá použitá výzkumná metoda, se stala metodou doplňující. Interview potvrdila moje subjektivní získaná data z hlavní metody zkoumání – pozorování, nebo naopak vypořádané jevy vyvrátila, respektive tyto jevy zpřesnila a uvedla je na pravou míru. Interview jsem k pozorování přidala z důvodů jiného pohledu na subjektivní pozorované skutečnosti, a tím jsem správnost výsledků výzkumného šetření stvrdila.

„Interview v kvalitativním výzkumu se liší od tradičního (kvantitativního) interview několika rysy. Cílem interview je zjistit, jak osoby interpretují svět kolem sebe, jaké významy připisují důležitým událostem ve svém životě.“ (Gavora, 2010, s. 201) Interview se častěji používá ve formě nestrukturované. Ve výzkumném šetření jsem však využila i druhé možnosti – interview polostrukturované a předem jsem si vytvořila oblasti otázek pro respondenty. „Výzkumník má k dispozici rámcové otázky, ale nadržuje se jich pevně. Přizpůsobuje je podle vyvíjejícího se obsahu interview.“ (Gavora, 2010, s. 202)

Interview byla provedena se třemi speciálními pedagogy a třemi asistenty pedagoga, kteří se zabývají edukací žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Zaznamenání interview proběhlo za souhlasu respondentů písemnou formou v prosinci 2014. Vzor rozhovorů se speciálními pedagogy je k nahlédnutí v příloze 7. Vzor rozhovorů s asistenty pedagoga je k nahlédnutí v příloze 8.

5.3 Charakteristika výzkumného místa a vzorku

5.3.1 Výzkumné místo

ZÁKLADNÍ ŠKOLA SPECIÁLNÍ

Základní škola speciální je určena neprospívajícím žákům na běžné základní škole, žákům s mentálním postižením a žákům s kombinovaným postižením (tělesným postižením, smyslovým postižením, autismem, psychickým onemocněním, narušenou komunikační schopností, epilepsií, poruchami chování apod.). Základní škola speciální

poskytuje svým žákům komplexní odbornou péči – výchovně vzdělávací, logopedickou, fyzioterapeutickou, rehabilitační, terapeutickou i relaxační.

Budova školy disponuje devíti třídami, logopedickou pracovnou, snoezelenem, rehabilitačními místnostmi, keramickou dílnou, místností pro pedagogickou rehabilitaci, tělocvičnou, cvičnou kuchyní, dílnami, odbornou počítačovou učebnou, společenskou místností, jídelnou s vlastní kuchyní, která žákům zajišťuje stravu po celý den. Škola má také vlastní venkovní prostory. V celé budově můžeme zaznamenat příjemnou, klidnou atmosféru, kterou vylepšují i domácí mazlíčci, jako jsou želvy, činčily, králíci apod.

Cílem školy je pomocí specifických výchovných, vzdělávacích terapeutických a rehabilitačních metod poskytovat žákům se zdravotním postižením komplexní péči, vybavit je souborem základních klíčových kompetencí, zejména sebeobslužnou kompetencí, a připravit je na profesi. Cílem školy je také pomoc žákům s integrací do společnosti.

TŘÍDA A, TŘÍDA B, TŘÍDA C

Třída A je určena žákům s těžkou mentální retardací a žákům s kombinovanými vadami. Ve třídě je celkem šest žáků a tento počet by neměl být nikdy překročen. Třidu tvoří žáci:

- Žák 1 – 17 let, hluboká mentální retardace + středně těžké pohybové postižení
- Žák 2 – 18 let, těžká mentální retardace + středně těžké pohybové postižení
- Žák 3 – 16 let, těžká až hluboká mentální retardace + těžké pohybové postižení + zvýšená agresivita
- Žák 4 – 28 let, hluboká mentální retardace + středně těžké pohybové postižení
- Žák 5 – 17 let, těžká mentální retardace + autismus
- Žák 6 – 16 let, hluboká mentální retardace + středně těžké pohybové postižení

Edukační proces řídí speciální pedagožka, asistují tři asistentky pedagoga, tj. jedna asistentka pedagoga na dva žáky. Ideální situace by nastala, pokud by každý žák měl jednoho asistenta pedagoga. Edukace je zaměřena na sebeobsluhu žáka, terapie, rehabilitaci. Žáci se pohybují chůzí s podporou, při delších trasách na vozících. Komunikace je u dvou žáků verbální (základní slova, vyslovení potřeby, souhlas, nesouhlas), u žáků ostatních je komunikace neverbálního charakteru (mimika, gesta,

skřeky, výkřiky). Třída A využívá alternativní či augmentativní komunikaci (piktogramy, fotografie, Makaton). Je vybavena kompenzačními pomůckami a speciálním nábytkem pro terapie – matrace, houpačka, žíněnky, speciální lavice apod. Specifické je také rozdělení třídy na dvě části: na část edukační, kde se nacházejí lavice jako v běžné školní třídě, a na část odpočinkovou, která slouží pro relaxaci i pro některé terapie (viz obrázek 2).



Obrázek 2: třída A

Třída B je určena pro žáky s těžkou mentální retardací a souběžným těžkým postižením pohybovým (vozičkáři). Ve třídě jsou celkem čtyři žáci:

- Žák 1 – 18 let, DMO, těžká mentální retardace, paraplegie dolních končetin, vozičkář
- Žák 2 – 14 let, vývojová vada, angel syndrom, epilepsie, vozičkář
- Žák 3 – 15 let, DMO, těžká mentální retardace, kvadruparéza, vozičkář
- Žák 4 – 16 let, těžká mentální retardace, epilepsie, paraplegie dolních končetin, vozičkář

Edukační proces řídí speciální pedagog, asistenci podává jeden asistent pedagoga (zejména zvedání žáků, přemisťování) a jedna asistentka pedagoga (zejména přebalování, hygiena žáků). Edukace je zaměřena na sebeobsluhu žáka a na somatickou oblast žáka (fyzioterapie, polohování, terapie, léčebná tělesná výchova apod.). Žáci třídy B se pohybují zejména na vozících. Komunikace probíhá částečně verbálně, částečně neverbálně (piktogramy, fotografie, jiný komunikační systém). Třída je vybavena kompenzačními pomůckami a specifickým nábytkem pro vozičkáře (viz obrázek 3).



Obrázek 3: třída B

Třída C je určena žákům s těžkou mentální retardací a autismem. Ve třídě je celkem pět žáků:

- Žák 1 – 13 let, těžká mentální retardace, PAS
- Žák 2 – 15 let, těžká mentální retardace, PAS
- Žák 3 – 13 let, středně těžká mentální retardace, PAS, epilepsie
- Žák 4 – 17 let, středně těžká mentální retardace, PAS, tělesné postižení
- Žák 5 – 14 let, těžká mentální retardace, PAS, tělesné postižení

Edukační proces řídí speciální pedagožka. Speciální pedagožce asistují dvě asistentky pedagoga. Třída je přizpůsobena žákům s těžkou mentální retardací a poruchou autistického spektra (přesné rozvrhy, pravidelnost, stereotypnost). Komunikace v této třídě je verbální (základní slovní spojení, jednoduché věty), komunikaci doplňují také augmentativní systémy (piktogramy, fotografie, obrázky), například obrázek 4 znázorňuje denní nabídku stravy. Třída C je zaměřena na sebeobsahu žáka a na trivium.



Obrázek 4: Jídelní lístek znázorněný obrázky

5.3.2 Výzkumný vzorek

SPECIÁLNÍ PEDAGOŽKA A, SPECIÁLNÍ PEDAGOG B, SPECIÁLNÍ PEDAGOŽKA C

Speciální pedagožka A – třída A, praxe 21 let ve speciálním školství, vzdělání: vysokoškolské (učitelství ve speciálních školách), poskytování poradenství ve středisku rané péče, kurzy: koncept bazální stimulace, muzikoterapie (hra na kytaru, tibetské mísy, bubny), chirofonetika, orofaciální stimulace.

Speciální pedagog B – třída B, praxe 2 roky ve speciálním školství, vzdělání: vysokoškolské (učitelství ve speciálních školách). Kurzy: koncept bazální stimulace, orofaciální stimulace, práce s vertikalizačním stojanem.

Speciální pedagožka C – třída C, praxe 7 let, vzdělání: vysokoškolské (speciální pedagogika). Kurzy: komunikační systém Makaton. Ve školní družině plní činnost hlavní vychovatelky (řídí činnosti konané ve školní družině, vytváří program).

ASISTENTKA PEDAGOGA A, ASISTENT PEDAGOGA B, ASISTENTKA PEDAGOGA C

Asistentka pedagoga A – třída A, asistence jednomu žákovi (TMR, kombinované postižení – tělesné postižení, agresivita), praxe 7 let ve speciálním školství, vzdělání: vysokoškolské (bakalářský program, zdravotní sestra).

Asistentka pedagoga B – třída B, asistence pro dva žáky (těžká mentální retardace, tělesné postižení), praxe 1 rok ve speciálním školství, vzdělání: středoškolské (výuční list, mimo obor speciální pedagogika), kurz pro asistenty pedagoga.

Asistentka pedagoga C – třída C, asistence pro dva žáky, praxe 5 let ve speciálním školství, vzdělání: středoškolské (maturita, mimo obor speciální pedagogiky), kurz pro asistenty pedagoga.

5.4 Analýza výzkumného šetření

Výzkumné šetření bylo provedeno kvalitativním přístupem za pomoci dvou metod – pozorování a interview. Tato podkapitola analyzuje získaná data jak z pozorování, tak z interview. Následná analýza a interpretace získaných dat z výzkumného šetření souvisí se stanovenými dílčími výzkumnými otázkami a pokouší se na ně odpovědět. Pro kvalitnější analýzu a přehlednou interpretaci dat jsem zvolila systém, který rozebírá každou výzkumnou otázku samostatně, tzn., že každá výzkumná otázka má vlastní analýzu. Hlavní výzkumná otázka bude analyzována až posléze a odpověď bude uvedena v následující podkapitole.

1. Jaké jsou nejčastější činnosti konané speciálním pedagogem a asistentem pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?

Činnosti konané speciálním pedagogem a asistentem pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací jsem pozorovala po celé tři týdny ve třídě A, B i C. Činnosti jsem poté porovнала a vybrala pouze ty, které se nejčastěji opakují a to bez ohledu na to, v jaké třídě bylo pozorování provedeno, protože se všechny tři třídy specializují na těžkou mentální retardaci. Podobnosti jsem našla již druhý výzkumný týden ve třídě B. Poslední týden pozorování ve třídě C jsem opět zpozorovala shody v činnostech speciálního pedagoga i asistenta pedagoga této třídy a tříd A i B, mohla jsem tak odpovědět na první dílčí výzkumnou otázku.

Před samotným výzkumným šetřením jsem si prostudovala rozvrhy hodin všech zkoumaných tříd. Všechny tři rozvrhy hodin byly postaveny na stejném principu. Školní den je podřízen žákům, jejich aktuálnímu zdravotnímu stavu i celkovému psychickému a fyzickému rozpoložení. Výuka obsahuje dva hlavní bloky:

- a) První výukový blok – příchod dětí, převlékání (sebeobsluha, samostatnost), individuální práce (rozvoj poznávacích schopností, komunikačních dovedností, cvičení motoriky apod.), poslech pohádek, práce s počítačem, rozumová a řečová výchova, smyslová výchova, pracovní a výtvarná výchova, hygiena, přebalování.

- b) Druhý výukový blok – polohování, pedagogická rehabilitace, bazální stimulace, snoezelen, tělesná výchova, terapie, hudební výchova, pracovní a výtvarná výchova, hygiena, stolování, přebalování, samostatnost.

Po celý den jsou podle potřeby zařazovány odpočinkové a relaxační aktivity. Vždy je respektován stav žáka, tzn., že ne vždy je rozvrh hodin dodržován. Během vyučování také dochází žáci na různé podpůrné aktivity – masáže, fyzioterapie, rehabilitace, jiné terapie, které neprovádí speciální pedagog ani asistent pedagoga. V příloze 9 je vložen jeden konkrétní rozvrh hodin.

Rozvrh hodin obsahuje tyto vyučovací předměty:

RŘV – rozumová a řečová výchova

Sv – smyslová výchova

Pvv – pracovní a výtvarná výchova

PRTv – pohybová a tělesná výchova

Hv – hudební výchova

Tr - terapie

Oficiálně začíná rozvrh hodin každý den v 8:00 hodin a končí v 11:40 hodin, jeden den v týdnu v 12:35 hodin. Prakticky se však tyto časové úseky prodlužují a to podle toho, jak rychle či pomalu se žáci naobědvají, v kolik si pro ně rodiče přijdou nebo v kolik hodin se ve škole otevře školní družina, kam někteří žáci po obědě chodí. Často se tedy stává, že ještě okolo 13. hodiny jsou žáci se svým pedagogem a asistenty pedagoga ve třídě. Pro lepší představu, jak vypadá den žáka s těžkou mentální retardací v základní škole speciální, jsem vytvořila konkrétní sled událostí u dvou žáků.

Běžný školní den Sára, 16 let (třída A)

7:40 – příchod do školy, přezutí, převléknutí;

8:00 – 8:30 - ranní kruh: přivítání se s paní učitelkou, asistenty, spolužáky, přivítání dne oblíbenými písněmi;

8:30 – 9:00 – procvičování jemné motoriky – hmatová květina, hrací kniha;

9:00 – 9:30 – fyzioterapie, reflexní masáž;

9:30 – 10:00 – hygiena, přebalení, svačina;
10:30 – 11:00 – snoezelen (zraková stimulace);
11:00 – 11:30 – tvoření vánočního přání pro rodiče (obtisky ruky);
11:30 – 12:00 – hygiena, přebalení, oběd;
12:00 – 12:30 – přesun do školní družiny;
12:30 – 13:00 – fixované sezení v lavici, předčítání knihy;
13:00 – 13:30 – relaxace v polohovacím pytli;
14:00 – 14:30 – hygiena, přebalení, přezutí, převléknutí, odchod domů (školní odvoz).

Běžný školní den Žaneta, 16 let (třída B)

7:30 – příchod do školy, přezutí, převléknutí;
8:00 – 8:30 - ranní kruh: přivítání se s panem učitelem, asistenty, spolužáky, poslech písni na PC;
8:30 – 9:00 – bazální stimulace (snoezelen);
9:00 – 9:30 – házení a chytání míče;
9:30 – 10:00 – hygiena, přebalení, svačina;
10:30 – 11:00 – polohování;
11:00 – 11:30 – orofaciální stimulace;
11:30 – 12:00 – hygiena, přebalení, oběd;
12:00 – 12:30 – přezutí, převléknutí, odchod domů (příchod matky).

Nejčastějšími činnostmi při edukaci žáků s těžkou mentální retardací jsou dle třítydenního pozorování tříd A, B, C následující:

Ranní kruh, přivítání – ranním kruhem a přivítáním žáků začíná každý školní den. Speciální pedagog přivítá žáky podáním ruky a s přáním hezkého dne. Součástí ranního kruhu bývá přivítání nového dne písničkami (hra na hudební nástroj, poslech písni z PC apod.).

Smyslová stimulace – smyslová stimulace probíhá nejčastěji ve snoezelenu. Může však být zařazena i do hry nebo jiné aktivity. Smyslovou stimulaci provádí speciální pedagog i

asistent pedagoga za pomoci světelných tyčinek, světýlek, blikajících míčků, zvukových efektů, optických vláken apod.

Říkadla (rytmizace) – žákům jsou předčítána říkadla nebo básně. Zdatnější žáci opakují některá slova, nebo sami slova doplňují pod vedením speciálního pedagoga.

Poslech pohádky – poslech pohádky z počítače nebo jsou pohádky předčítány asistentkou pedagoga, bývá často ke konci vyučování, například po obědě.

Stolování - nácvik stolování. Zdatnější žáci před svačinou či obědem otírají lavice a dávají ostatním žákům ták, kam se jídlo pokládá. Důležité je, aby žáci věděli, že je čas na jídlo a také kde je správné místo pro stravování.

Sebeobsluha – sebeobsluha je pro tuto cílovou skupinu velice podstatná. Nácvik oblékání, svlékání, mytí rukou před jídlem a po toaletě, česání, zapínání svetru, bundy, obouvání, zouvání, používání příboru, lžice, pití z hrnku, udržování čistoty, úklid hraček apod. Sebeobsluha je součástí téměř všech aktivit při vyučování i mimo něj. Při nácviku sebeobsluhy pomáhá žákům zejména asistent pedagoga.

Nácvik toalety – pod dohledem asistenta pedagoga žáci nacvičují hygienické návyky a toaletu. Zpravidla před svačinou, obědem a o přestávkách žáci chodí s oporou asistenta pedagoga na toaletu a do umývárny mýt si ruce.

Bazální stimulace – kromě klasické bazální stimulace, která je prováděna žákům zejména ve snoezelenu, zařazují speciální pedagogové do konceptu bazální stimulace také:

- houpání – prostorová stimulace, síťová (příp. jiná) houpačka;
- bazální stimulaci zklidňující – zejména při relaxaci;
- taktilní stimulaci – dotekové povzbuzování; kromě samotného doteku se používají pomůcky: rukavice z různého materiálu (obrázek 5), míčky s různým povrchem (obrázek 6), jiné pomůcky pro taktilní stimulaci (obrázek 7);



Obrázek 5: Rukavice pro taktilní stimulaci



Obrázek 6: Míčky pro taktilní stimulaci



Obrázek 7: Jiné pomůcky pro taktilní stimulaci

- orofaciální stimulaci – stimulace pomocí tahů a tlaků určitých bodů na obličeji; náznak tahů a tlaků obličeje jsou k nahlédnutí v příloze 10;
- polohování mumie – poloha, při které žáky zabalíme do deky; cílem této polohy je u žáka dosáhnout toho, aby vnímal hranice svého těla; relaxační poloha.

Pedagogická rehabilitace – z pedagogické rehabilitace speciální pedagogové využívají následující činnosti:

- chůze – nácvik a posílení chůze patří mezi každodenní činnosti;
- lezení – v rámci tělesné výchovy;
- polohování – každodenní činnost, používají se polohovací vaky, polštáře, žíněnky, molitanové kostky a klíny, pásy pro zafixování žáka, psi, apod.;
- schody – nácvik chůze do schodů, v rámci tělesné výchovy;
- překážky – v rámci tělesné výchovy jsou při nácviku chůze dávány žákům do cesty překážky, které musí zdolat;

- taktilní chodníček – náznak chodníku, který má po určitých vzdálenostech jiný povrch (hrubý, jemný, hladký apod.), žáci po něm chodí bez přezůvek;
- házení a chytání míče;
- cvičení s rehabilitačním míčem;
- vertikalizační stojan – žáci jsou do něj umisťováni s cílem zlepšit jejich zdravotní stav (pozitivní ovlivnění trávení, prokrvení, odlehčení těla žáka apod.); pro žáky málo imobilní, zcela imobilní; díky vertikalizačnímu stojanu je žák po určitou dobu v přirozené poloze (ve stoje);
- motomed – přístroj připomínající rotoped s tím rozdílem, že žáci nevykovávají pohyb z vlastní vůle, nýbrž za ně pohyb vykonává stroj.

Kuličkový bazén – žáci jsou v rámci léčebné tělesné výchovy umisťováni do nafukovacího bazénu, který je naplněn plastovými kuličkami. Dochází zde ke stimulaci zrakové, k procvičení jemné motoriky, ke hře i k relaxaci.

Fyzioterapie – cvičení, Vojtova metoda, reflexní cvičení, protahování, hydromasážní vana. Fyzioterapie je zásadně prováděna pod vedením fyzioterapeutky.

Relaxace s masážemi – nejčastějšími místy na těle pro masáže jsou u těchto žáků záda, šíje, obličej a břicho (pro lepší trávení). Masáže provádějí asistenty pedagoga. Využívají se olejíčky, mastičky, míčky určené pro masáže, žínky aj.

Muzikoterapie – téměř každodenní činnost u těchto žáků. Může být pasivní – pouhý poslech hudby, nebo aktivní – zapojení žáků (bubínky, triangel, rolničky). Hudba může být reprodukována, nebo živá. Některé nástroje se mohou s žáky vyrobit. Při muzikoterapii můžeme využít také vlastní tělo. Muzikoterapii vede speciální pedagog; asistenti pedagoga pomáhají žákům při aktivitě. Jako muzikoterapii můžeme označovat i poslech tibetských mís, které kromě zvukových efektů produkují vibrace.

Canisterapie – terapie se psy se provádí jednou za týden (případně za čtrnáct dní) zpravidla pod vedením canisterapeuta. U této cílové skupiny se terapie zaměřuje na polohování, jemnou a hrubou motoriku.

Jiná animoterapie – hypoterapie, felinoterapie.

Chirofonetika – pod vedením speciálního pedagoga. Provádí se jednou za týden. Jedná se o souhrn masážního tahu a vyslovení hlásky.

Snoezelen – u této cílové skupiny se dbá na to, aby každý žák každý den navštívil „bílou místnost“. Žáky doprovázejí asistenti pedagoga nebo speciální pedagog. Ve snoezelenu se provádí řada činností: bazální stimulace, chirofonetika, relaxace, stimulace zraková, zvuková i čichová (aromaterapie), míčkování, masáže, hry, orofaciální stimulace, polohování, vibrace, olejíčkování apod.

Pracovní a výtvarná činnost – malování, kreslení, modelování, práce s hlínou, vaření, tvoření.

Odborná masáž – u žáků, kteří masáže potřebují – částečně imobilní, imobilní. Odborné masáže v tomto zařízení provádí (nevidomý) masér.

Práce s žáky s těžkým mentálním nebo kombinovaným postižením je zcela individuální. Je založena na terapiích a nácvičku sebeobsluhy. Pokud se nejedná o skupinovou terapii, jsou činnosti s těmito žáky individuální – každý žák má jiný program: někteří žáci mají první hodinu fyzioterapii, někdo odchází na terapii do snoezelenu, jiní mají masáže, ostatní procvičují jemnou motoriku apod. Výuka je založena na potřebách každého jedince.

2. Jaká je náplň práce speciálního pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?

Odpověď na tuto dílčí otázku jsem hledala pomocí metody pozorování i v interview se speciálními pedagogy. Po třítydenním pozorování jsem vytvořila devět základních, byť hlavních oblastí, které vystihují náplň práce speciálního pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací. Tyto oblasti se postupem výzkumného šetření měnily. Například po týdenním výzkumném šetření jsem vytvořené oblasti nazvala: výchovnou, vzdělávací, terapeutickou, odbornou, podpůrnou. Po ukončení výzkumné metody

pozorování byly oblasti, které vystihují náplň práce speciálního pedagoga, pojmenovány následovně: výchovná, vzdělávací, terapeutická, poradenská, kreativní, administrativní, diagnostická, komplexní, organizační.

Tento výčet základních oblastí práce speciálního pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací nebyl však konečný. Zlom a znovuoaktuálnost oblastí nastává po interview se speciálními pedagogy, podle nichž nelze u této cílové skupiny oddělovat složku výchovnou a vzdělávací. S ostatními oblastmi zcela souhlasili. Žádnou ze zmiňovaných oblastí by nevyjmuli ani žádnou nepřidali, protože cílem této výzkumné otázky je nalézt oblasti základní a hlavní. Konečné oblasti, které vystihují náplň práce, potažmo i roli speciálního pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací jsou:

- a) administrativní;
- b) diagnostická;
- c) komplexní;
- d) kreativní;
- e) organizační;
- f) poradenská;
- g) terapeutická;
- h) výchovně – vzdělávací.

Tyto oblasti nejsou řazeny dle důležitosti vzestupně ani sestupně. Důležitost jednotlivých oblastí nelze vyjádřit.

Administrativní oblast je povinná pro speciální pedagogy. Ačkoliv se liší od předešlých oblastí v tom, že nesouvisí s přímou prací s žáky, speciální pedagogové se shodují na tom, že u administrativy stráví okolo 1-2 hodin denně, což je relativně dlouhá doba, a proto tuto oblast zařazují mezi hlavní oblasti speciálního pedagoga. Mezi důležité administrativní dokumenty, na kterých se speciální pedagog podílí, patří: třídní kniha, třídní výkaz, vysvědčení, plán osobního rozvoje, minimální preventivní program, plán a hodnocení terapií, zápisy z aktivit, individuální vzdělávací plány nebo projektové dokumenty.

Diagnostická oblast je nejvíce patrná při nástupu žáka do školy a na začátku školního roku. Diagnostika žáků je však důležitá i během školního roku, protože u žáků s těžkou mentální retardací dochází často k výkyvům zdravotního stavu. Při nástupu žáka

do školy speciální pedagogové zjišťují tělesný a zdravotní stav (vývoj) žáka, okolnosti, které vedly ke vzniku postižení, psychické a sociální aspekty žáka, informace čerpají ze zpráv a doporučení od lékařů, psychologů a logopedů. Poté se diagnostikuje stupeň rozvoje dovedností, schopností a návyků (hygieny, sebeobsluhy, samostatnosti) žáka a také úroveň jemné a hrubé motoriky. Na začátku školního roku se některé oblasti diagnostikují znovu. Diagnostika žáka je nezbytnou součástí náplně práce speciálního pedagoga, díky správné diagnostice speciální pedagog řídí výchovně vzdělávací proces a může k jednotlivým žákům přistupovat individuálně.

Komplexní oblast. Pod touto oblastí se skrývá všestrannost speciálního pedagoga a související spolupráce s dalšími odborníky, kteří se podílejí na edukaci a podpoře žáka s těžkou mentální retardací. Při výzkumném šetření jsem si nemohla nevšimnout všestranných odborných činností a spolupráce speciálních pedagogů s jinými odborníky. Speciální pedagogové konzultují s fyzioterapeuty, rehabilitačními pracovníky, logopedy, psychology, maséry a terapeuty (především animoterapeuty) a doporučené techniky aplikují při výchovně vzdělávacím procesu na žáky. Komplexnost speciálních pedagogů zaručuje pozitivní vliv na žáky.

Kreativní nebo také tvořivou oblast jsem do tohoto výčtu časem přidala, protože bez kreativního myšlení se speciální pedagog neobejde. Z rozvrhu hodin je patrné, že žáci mají tři vyučovací hodiny týdně předmět Pvv – pracovní a výtvarná výchova. Právě v tomto předmětu je důležité, aby speciální pedagog projevil svoji kreativitu i fantazii. Vypozorované aktivity v rámci tohoto předmětu jsou: tvoření vánočních přání, vaření (sladkých toustů, těstovinového salátu, palačinek apod.), tvoření s tiskátky z brambor, vyrábění dárků pro rodiče z hlíny atd.

Organizační oblast se týká řízení a organizace nejen výuky, ale i celé třídy. Do této oblasti můžeme zahrnout též nepřímou práci, tj. přípravu na další vyučovací hodinu nebo na další vyučovací den. Vytvoření harmonogramu vyučování a přípravy zaberou speciálním pedagogům asi 1 – 2 hodiny z pracovní doby.

Poradenská oblast speciálního pedagoga je zaměřena především na rodiče žáků. Probíhá nepravidelně, především před vyučováním, nebo po vyučování. Podle speciálních pedagogů se rodiče nejčastěji radí o podpůrných opatřeních pro své děti, o nových technikách či terapiích, které mohou dopřát svým dětem i doma mimo vyučování.

Mnoho rodičů absolvovalo například kurz chirofonetiky pod vedením jednoho z respondentů tohoto výzkumného šetření. Poradenská činnost mezi speciálním pedagogem a rodičem žáka probíhá také z důvodů častého onemocnění žáka, přičemž se tyto dvě strany radí o tom, zda je dobré žáka dále posílat do školy, nebo přistoupit k jinému řešení (domácí vzdělávání, ústavní vzdělávání apod.). V neposlední řadě se speciální pedagogové s rodiči žáků radí při tvorbě a obnově individuálního vzdělávacího plánu.

Terapeutická oblast je pro žáky s těžkou mentální retardací podstatná. Jedním z hlavních pilířů jejich vyučování jsou terapie. Terapie jsou také oficiální součástí rozvrhu hodin. Jedná se samozřejmě o terapie, které má speciální pedagog oprávnění vykonávat (na základě absolvování kurzu, workshopu, získání osvědčení apod.). Mezi nejvíce využívané terapie patří: muzikoterapie, orofaciální stimulace, chirofonetika, bazální stimulace, snoezelen, canisterapie. Podle rozvrhu hodin probíhají terapie dvě vyučovací hodiny týdně, prakticky se však terapie konají denně.

Výchovně – vzdělávací oblast zahrnuje téměř všechny činnosti speciálního pedagoga směřem k žákům. Do této oblasti jsem zařadila následující činnosti: říkadla (rytmizace), poslech pohádky, stolování, sebeobsluhu (nácvik oblékání, svlékání, osobní hygiena, pití z hrnku, pití pomocí brčka, přijímání potravy apod.), nácvik toalety, podporu samostatnosti. Podle tázaných speciálních pedagogů výchovně vzdělávací role speciálních pedagogů u žáků s těžkou mentální retardací má čtyři hlavní etapy:

- přípravu programu do jednotlivých hodin;
- organizaci vyučování;
- konzultaci s asistenty pedagoga o následující činnosti, změnách, posunech;
- hodnocení činností.

Takto probíhá výchovně – vzdělávací oblast každý vyučovací den. Pokud bych měla vyjádřit časový horizont vyhraněný pro tuto oblast tak sdílím názor speciálních pedagogů, kteří tvrdí, že výchovně – vzdělávací oblast probíhá po celé vyučování.

3. Jaká je náplň práce asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?

Před vstupem do terénu, při stanovení výzkumných otázek, jsem sdílela ten názor, že náplň práce asistenta pedagoga a speciálního pedagoga bude velice podobná a bude se navzájem prolínat. Počítala jsem tedy s tím, že stanovené oblasti budou stejné jak pro speciálního pedagoga, tak pro asistenta pedagoga a tyto oblasti budu jen porovnávat a hledat rozdíly. Během pozorování jsem však nacházela podstatné rozdíly mezi rolí speciálního pedagoga a rolí asistenta pedagoga. Došla jsem tedy k názoru, že oblasti, které vystihují náplň práce asistenta pedagoga, musím vytvořit nové, odlišné, protože roli speciálního pedagoga nelze srovnávat s rolí asistenta pedagoga.

Hlavní oblasti, které vystihují roli asistenta pedagoga a zároveň určují náplň jejich práce, jsem stanovila následovně:

- a) asistenční;
- b) kompenzačně – podporující;
- c) terapeutická;
- d) výchovně – vzdělávací.

Ačkoliv jsem stanovila pouze čtyři oblasti, musím podotknout, že asistenti pedagoga jsou během pracovní doby velice zaneprázdnění a také z odpovědí speciálních pedagogů je patrné, že by bylo ideální, kdyby každý asistent pedagoga asistoval pouze u jednoho žáka. Bohužel finanční situace nedovoluje toto řešení a v praxi se můžeme setkat s tím, že i v případě žáků s těžkou mentální retardací asistuje asistent pedagoga u dvou a více žáků.

Asistenční oblast zahrnuje hlavní část náplně práce asistenta pedagoga. Jedná o asistenci ve dvou rovinách:

- asistence žákovi a
- asistence speciálnímu pedagogovi.

Asistence žákovi spočívá, dle interview s asistenty pedagoga a pozorování jejich činností, v podpoře žáka v úkonech, které není žák sám schopen vykonávat. Je to především asistence při uspokojování základních potřeb žáka. Asistent pedagoga asistuje žákům s těžkou mentální retardací zejména při uspokojování potřeby:

- fyziologické – asistence při přijímání stravy, pití, přebalování, udržování hygieny (salivace, mytí rukou, otírání úst, nosu);
- psychické – motivace při edukaci, podpora, pozitivismus;

- sociální – interakce s žáky, s okolím, rozvoj komunikačních dovedností;
- vzdělávací – příprava pomůcek, podpora.

Asistence speciálnímu pedagogovi je poskytována opět na úkor žáka. Speciální pedagog úkoluje asistenta pedagoga (při terapiích, při edukaci, při přípravě na vyučování apod.), který se následně řídí pokyny speciálního pedagoga.

Kompenzačně – podporující oblastí jsem pojmenovala oblast, která zahrnuje všechny činnosti, při nichž asistent pedagoga kompenzuje újmy a omezení žáka. Pokud je žák imobilní, asistent pedagoga pomáhá s náhradou klasického pohybu chůzí, pohybem žáka na vozíku, ležením či jiným pohybem, na který by speciální pedagog ani žák sám nevystačil při přesunech, na vycházkách, výletech apod. Další příklad, kdy jde o kompenzačně - podporující oblast, lze zmínit tehdy, pokud žák nemůže sám přijímat potravu a asistent pedagoga nahrazuje klasické přijímání potravy ústy, například stravou pomocí pegu. Při některých výtvarných činnostech kompenzuje asistent pedagoga žákům ruce a vkládá do úst štětce, pastelky apod. a zároveň asistent pedagoga podporuje žáky při všech činnostech, při integraci nejen do společnosti, ale i při integraci do třídy, školy. Podporuje žáka ve dvou základních rovinách:

- v rovině fyzické – zdolání překážek;
- v rovině psychické – podpora jedince.

Terapeutická oblast je téměř stejná jako u speciálního pedagoga. Je však důležité, aby asistent pedagoga měl oprávnění terapii vykonávat (kurz, osvědčení). Mezi terapie, které asistenti vykonávají nebo u kterých asistují, patří: muzikoterapie, orofaciální stimulace, chirofonetika, bazální stimulace, snoezelen, canisterapie. Jedná se o každodenní činnost, u které asistent pedagoga stráví, stejně jako speciální pedagog, 2 – 3 vyučovací hodiny.

Výchovně – vzdělávací oblast bezesporu patří do náplně práce asistenta pedagoga. Asistent pedagoga je v každodenní interakci s žáky, kterým předává výchovné i vzdělávací prvky. Asistent pedagoga rozvíjí a podporuje smyslové vnímání žáka (poskytuje mu zrakové, sluchové vjemy), podporuje a učí žáka společenským a hygienickým návykům, podílí se na rozvoji jemné i hrubé motoriky, díky častým dotykům podporuje taktilní stimulaci žáka a v neposlední řadě rozvíjí komunikaci (neverbální i verbální).

Asistent pedagoga plní i další činnosti, které však nezařazují mezi zmíněné hlavní oblasti, protože vychází především z náplně práce speciálního pedagoga. Jsou to oblasti: administrativní (zápisy činností žáků – pro rodiče, zápisy do kroniky z akcí, informace rodičům o změnách, plánech – např. o změně, nebo zhoršení zdravotního stavu: nachlazení, epileptické záchvaty apod.); diagnostická (asistent pedagoga sleduje změny v chování žáka, projevy nemoci, zhoršení nebo zlepšení zdravotního stavu žáka, soustřeďuje se na jemnou a hrubou motoriku žáka, všímá si změn v komunikaci apod. Tyto změny hlásí speciálnímu pedagogovi, který případ prověří a rozhoduje, jak postupovat dál.)

4. Jaké terapie se využívají v rámci edukace žáků s těžkou mentální retardací?

Třídy s žáky s těžkou mentální retardací jsou postavené na terapiích, které se prolínají celým vyučovacím dnem. Jedná se především o individuální terapie, které řídí speciální pedagog, ale provádí je i asistenti pedagoga, kteří mají oprávnění je konat. V rámci hudební výchovy je zařazována i skupinová terapie, muzikoterapie.

Muzikoterapie ve třídě s žáky s těžkým mentálním postižením má mnoho podob. Využívá se formy aktivní, při které jsou žáci aktivně do terapie zapojeni hrou na bubny, triangly, na vlastní tělo, nebo zpívají, respektive vydávají různé zvuky, slova apod., či formy pasivní, která je zvolena tehdy, když jsou žáci unaveni nebo mají zhoršený zdravotní stav. Pasivní forma muzikoterapie probíhá formou relaxační. Žáci pouze naslouchají hudbě, aktivně se nezapojují do terapie. Muzikoterapii žáci mají ve velké oblibě, a proto je zařazována do výuky i mimo hudební výchovu, např. při ranním kruhu.

Canisterapie je další terapie, která využívá skupinovou formu. Canisterapii provádí externí terapeut, který ji chodí provádět přímo do třídy. Žáci jsou tak ve svém prostředí a terapie je tak účinnější. Terapie se psy je taktéž u žáků velice oblíbená. Časová dotace této terapie je pravidelně jednou za dva týdny jedna vyučovací hodina, což je velice omezený časový limit.

Bazální stimulace je individuální terapie, které se využívá u žáků s těžkou mentální retardací každý den. Bazální stimulaci provádí speciální pedagog i asistent pedagoga nejčastěji v prostředí snoezelenu. Do konceptu bazální stimulace zařazují také

orofaciální stimulaci, na kterou mají všichni pracovníci u žáků s těžkou mentální retardací povinný kurz.

Chirofonetika je opět často využívaná terapie u žáků s těžkou mentální retardací. Dle výzkumné metody pozorování chirofonetiku zařazují mezi nejčastější prováděné terapie vůbec. Chirofonetikou projde každý žák zhruba dvakrát týdně.

Ergoterapie je konána zejména v rámci předmětu Pvv – pracovní a výtvarná výchova. Jedná se o činnosti jako je práce s hlínou, vaření, výtvarné techniky apod.

Mezi **další podpůrné terapeutické techniky** patří masáže, taktilní stimulace, smyslová stimulace, vibrační stimulace, polohování. Tyto techniky jsou nejčastěji prováděny v prostředí snoezelenu.

5. S kým spolupracuje speciální pedagog v rámci komplexní péče o žáky s těžkou mentální retardací?

Speciální pedagog spolupracuje s dalšími odborníky z důvodu komplexní péče o žáka. Po konzultacích s odborníky prakticky aplikuje metody a techniky daného oboru a tím je žákovi zajištěna komplexní podpora. Z pozorování plyne, že speciální pedagogové jsou v každodenní interakci s **fyzioterapeutem**. Fyzioterapeut konzultuje se speciálním pedagogem zdravotní stav každého žáka, doporučuje polohy sezení žáka, pohybové aktivity, které jsou pro žáka aktuálně potřebné, doporučuje případné masáže jednotlivých partií těla – např. ztuhlé šíje.

V časté interakci je také s jinými terapeuty, zejména **animoterapeuty** – canisterapeuty, hipoterapeuty (dle programu). S canisterapeutem je speciální pedagog v interakci zpravidla v zimních obdobích, kdy terapie může probíhat v interiéru, a s hipoterapeutem v letních (jarních) měsících, protože terapie jsou venku. Animoterapeuti konzultují se speciálními pedagogy zdravotní a emoční stav žáka, na kterém posléze staví terapii.

Další spolupráce je mezi speciálním pedagogem a **logopedem**. Logoped konzultuje se speciálním pedagogem komunikační dovednosti žáka. Spolupracují na vytvoření vhodného komunikačního systému – alternativního nebo augmentativního. Logoped posléze doporučuje speciálnímu pedagogovi logopedické techniky, které by měl používat v rámci edukace.

Dle potřeby spolupracuje speciální pedagog také s **psychology, psychiatry**. Z interview se speciálními pedagogy vyplývá, že s těmito odborníky se setkávají a konzultují, pokud je u žáka zvýšená agresivita, nebo zjištěna porucha chování.

Z teoretického hlediska by bylo ideální, kdyby speciální pedagogové spolupracovali také s pediatri žáků. V praxi však pediatri se speciálními pedagogy nespolupracují téměř vůbec. Spolupráci pediatriů a speciálních pedagogů můžeme spatřovat pouze v tom případě, že pediatr napíše lékařskou zprávu o zdravotním stavu žáka a poskytne ji speciálnímu pedagogovi.

Speciální pedagog dále může spolupracovat s neurology, ortopedy, očními lékaři. Tato spolupráce je však dle potřeby žáka, nejedná se o pravidelné konzultace.

6. S jakými odborníky spolupracuje asistent pedagoga?

Asistent pedagoga podle výzkumného šetření spolupracuje zejména se **speciálním pedagogem**. Konzultuje s ním přípravu na další vyučování, výchovně – vzdělávací oblast, terapeutickou oblast, časový horizont aktivit, harmonogram výuky a řídí se jeho pokyny. S dalšími odborníky asistent pedagoga spolupracuje nepřímou, tj. prostřednictvím speciálního pedagoga, který asistentům předává potřebné informace o zacházení s žákem. Jedná se zejména o doporučení logopeda, fyzioterapeuta, animoterapeutů, psychologa, psychiatra a dalších lékařů. S těmito odborníky asistent pedagoga spolupracuje v přímém kontaktu, pokud spolupráci (asistenci) odborníci vyžadují. Spolupráce bývá tedy nepravidelná – není součástí hlavní náplně práce asistenta pedagoga.

5.5 Shrnutí výsledků výzkumného šetření a diskuze

Následující text rekapituluje výsledky výzkumného šetření a interpretuje konečné výsledky. Pro lepší orientaci ve výsledcích byla vytvořena daná schémata (příp. tabulky), která shrnují získané odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

○ **DVO 1 – Jaké jsou nejčastější činnosti konané speciálním pedagogem a asistentem pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?**

Činnosti konané speciálním pedagogem a asistentem pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální znázorňuje tabulka 5. V tabulce je také znázorněna činnost jiných odborníků, kteří se podílejí na edukaci žáků s těžkou mentální retardací. Činnosti odborníků byly do tabulky zařazeny z důvodu časté (každodenní, pravidelné) spolupráce s žáky i speciálními pedagogy. Mezi jiné odborníky řadím fyzioterapeuty, canisterapeuty, jiné animoterapeuty, maséry. Nutné je také podotknout, že bazální stimulace zahrnuje následující činnosti: houpání, bazální stimulace zklidňující, taktilní stimulace, orofaciální stimulace, polohování mumie.

Pedagogická rehabilitace zahrnuje činnosti následující: chůze, lezení, polohování, schody, překážky, taktilní chodníček, hod a chytání míče, cvičení s rehabilitačním míčem, vertikalizační stojan, motomed.

| Činnost | Speciální pedagog | Asistent pedagoga | Jiný odborník |
|-----------------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Ranní kruh, přivítání | x | x | |
| Smyslová stimulace | x | x | |
| Říkadla (rytmizace) | x | x | |
| Poslech pohádky | x | x | |
| Stolování | | x | |
| Sebeobsluha | | x | |
| Nácvik toalety | | x | |
| Bazální stimulace | x | x | |
| Pedagogická rehabilitace | x | x | |
| Kuličkový bazén | | x | |
| Fyzioterapie | | | x |
| Relaxace s masážími | x | x | |
| Muzikoterapie | x | | x |
| Canisterapie | | | x |
| Jiná animoterapie | | | x |
| Chirofonetika | x | x | |
| Snoezelen | x | x | |
| Pracovní a výtvarná činnost | x | | |
| Odborná masáž | | | x |

Tabulka 5: Činnosti konané speciálním pedagogem, asistentem pedagoga a jiných odborníků

o **DVO 2 – Jaká je náplň práce speciálního pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?**

Náplň práce speciálního pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací je specifická v přístupu k žákům i v cíli edukace. Cílem edukačního procesu u takto postižených žáků je výchova k co největší samostatnosti. Z výzkumného šetření vyplývá, že náplň práce speciálního pedagoga souvisí s následujícími základními oblastmi, které jsem během výzkumného šetření vytvořila:

výchovně – vzdělávací, terapeutická, poradenská, kreativní, administrativní, diagnostická, komplexní a organizační. Pro lepší orientaci náplň práce speciálního pedagoga zobrazuje schéma 2.



Schéma 2: Oblasti znázorňující náplň práce speciálního pedagoga

o **DVO 3 – Jaká je náplň práce asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací?**

Obdobně jako u speciálního pedagoga se odlišuje náplň práce asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací a asistenta pedagoga ve třídě s integrovanými žáky či s žáky ve speciálních školách s lehčím postižením. Práce asistenta pedagoga u takto těžce postižených žáků spočívá v asistenci speciálním pedagogům a hlavně v asistenci žákům. Asistence žákům probíhá všude tam, kde žák není schopen danou činnost vykonat sám. Kromě oblasti asistenční jsem vzhledem k výzkumnému šetření vytvořila další tři: výchovně – vzdělávací, terapeutickou, kompenzačně – podporující. Oblasti, které vystihují náplň práce asistenta pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací, zobrazuje schéma 3.

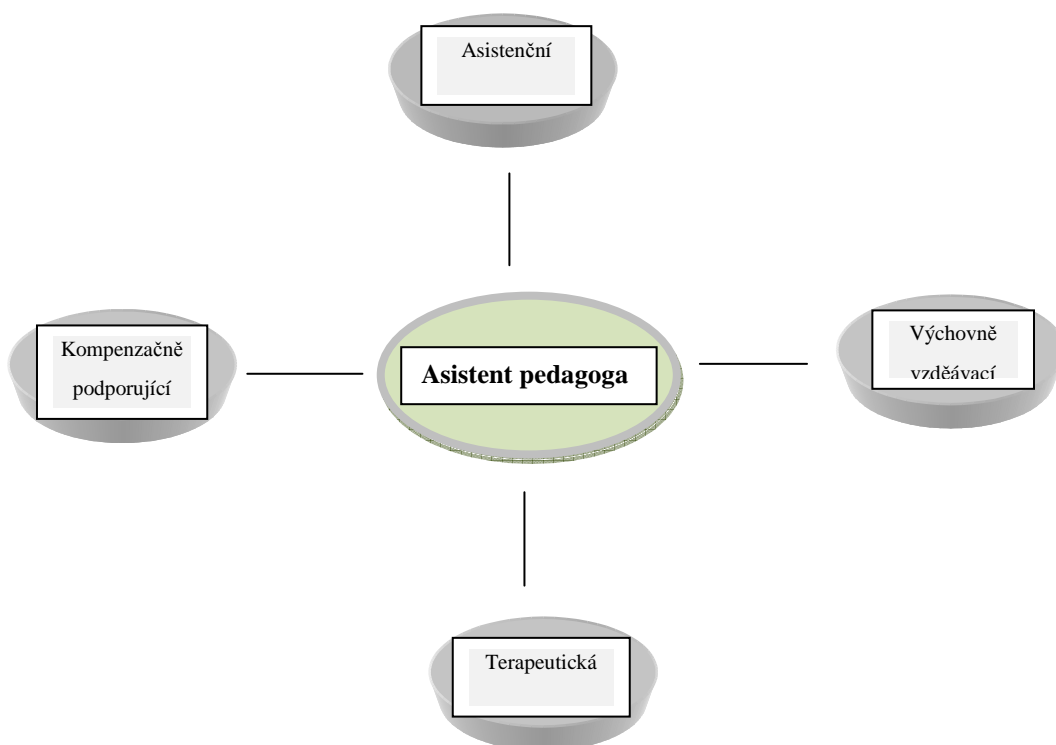


Schéma 3: Oblasti znázorňující náplň práce asistenta pedagoga

○ **DVO 4 – Jaké terapie se využívají v rámci edukace žáků s těžkou mentální retardací?**

U žáků s těžkou mentální retardací se terapie využívají každý den. Slouží jako podpůrné činnosti, které mají pozitivní vliv na jejich edukační proces. Schéma 4 zobrazuje nejčastější terapie, které se u těchto žáků používají v základní škole speciální.

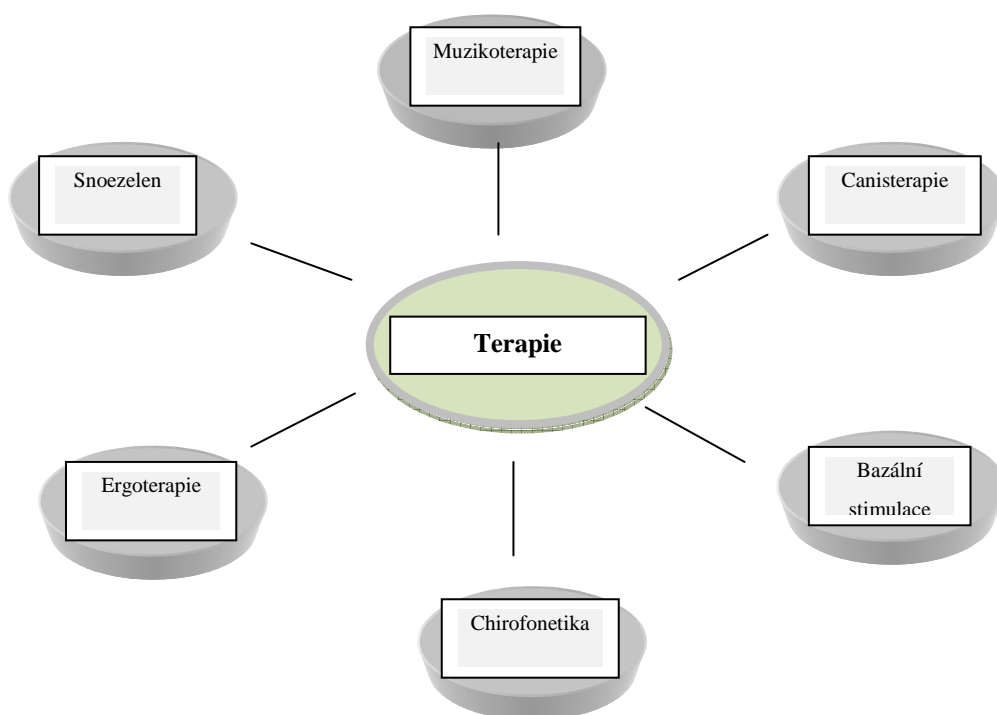


Schéma 4: Nejvíce používané terapie

o **DVO 5 – S kým spolupracuje speciální pedagog v rámci komplexní péče o žáky s těžkou mentální retardací?**

V rámci komplexní péče spolupracuje speciální pedagog s dalšími odborníky. Z hlediska péče o žáky s těžkou mentální retardací speciální pedagog nejvíce spolupracuje s fyzioterapeutem, animoterapeutem (canisterapeutem, hipoterapeutem aj.), logopedem, psychologem, psychiatrem a dalšími lékaři (pediatrem, neurologem, ortopedem, oftalmologem apod.) ve výjimečných situacích. Z výzkumného šetření však vyplývá, že spolupráce s těmito lékaři bývá pouze ojedinělá. Schéma 5 graficky znázorňuje spolupráci speciálního pedagoga a dalších odborníků.

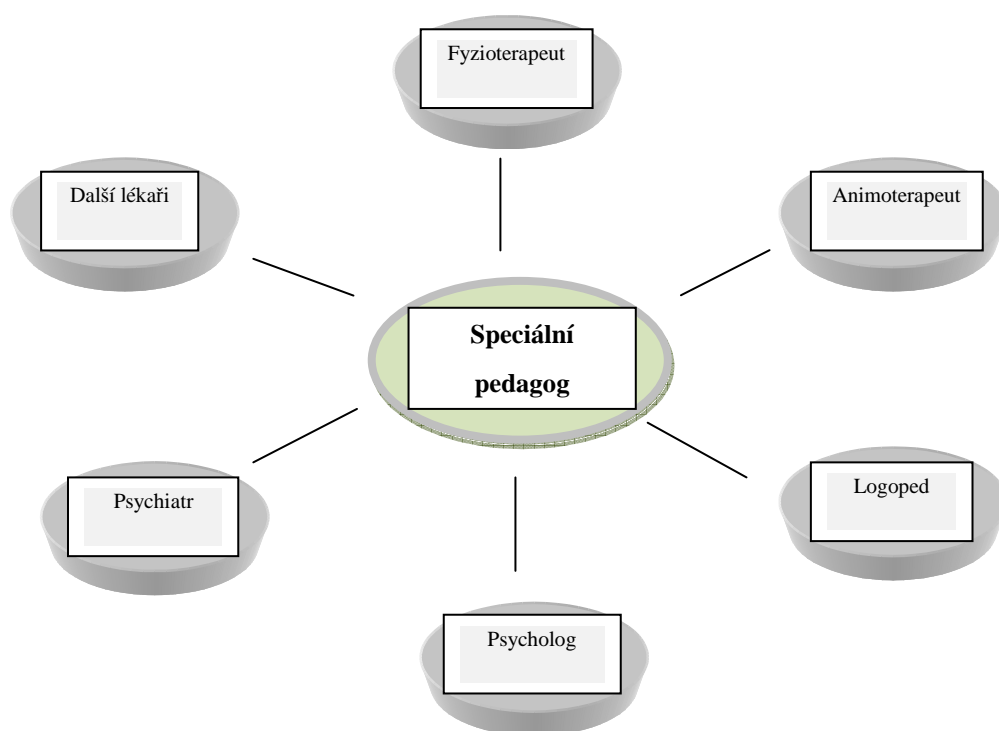


Schéma 5: Spolupráce speciálního pedagoga a dalších odborníků

o **DVO 6 – S jakými odborníky spolupracuje asistent pedagoga?**

Podle výzkumného šetření spolupracuje asistent pedagoga převážně se speciálním pedagogem. S dalšími odborníky (fyzioterapeutem, animoterapeutem, psychiatrem, dalšími lékaři, psychologem, logopedem) spolupracuje asistent pedagoga prostřednictvím speciálního pedagoga. Spolupráci asistenta pedagoga a jiných odborníků v rámci komplexní péče o žáky s těžkou mentální retardací znázorňuje schéma 6.

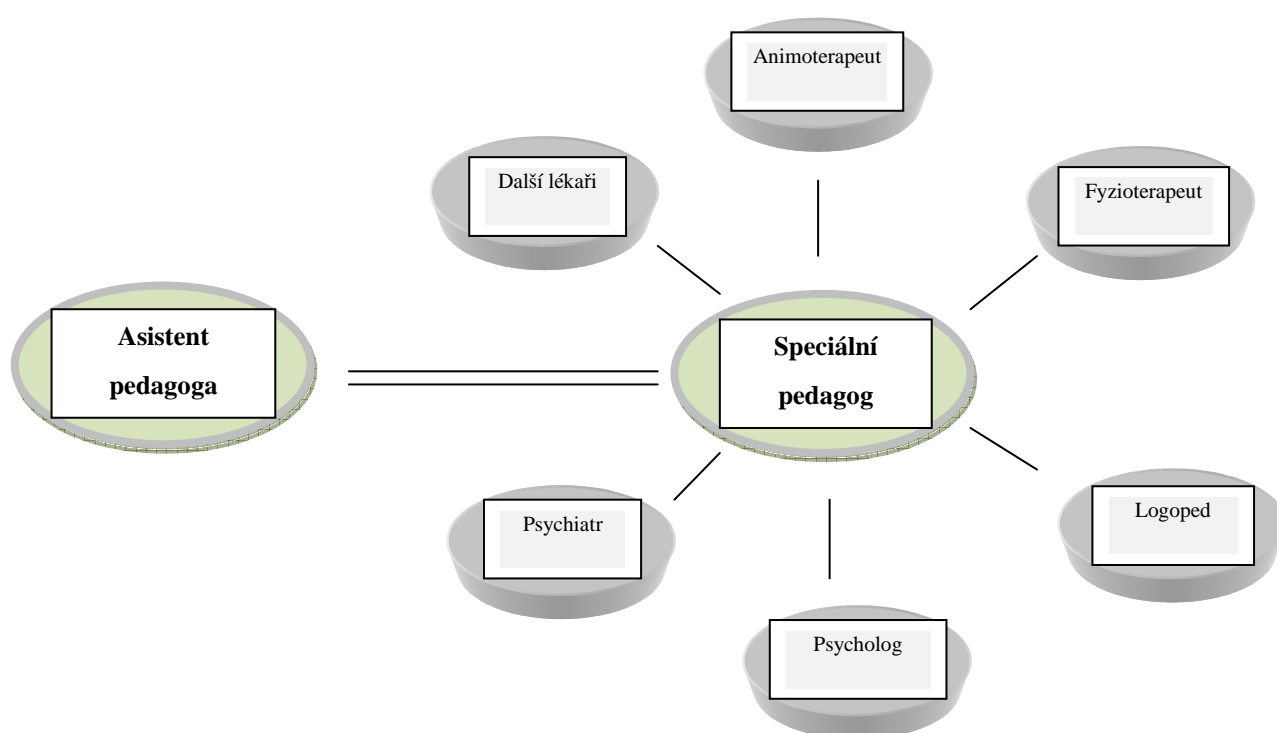


Schéma 6: Spolupráce asistenta pedagoga a dalších odborníků

Role speciálního pedagoga ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací je specifická a odlišná od role speciálního pedagoga u žáků s jiným (lehčím) postižením. Specifičnost edukačního procesu vyplývá ze specifických potřeb žáků s těžkou mentální retardací. Role speciálního pedagoga se musí těmto potřebám podřídit. Úloha speciálního pedagoga souvisí s náplní práce speciálního pedagoga, která byla díky výzkumnému šetření popsána v osmi základních oblastech. Můžeme tedy stanovit roli speciálního pedagoga a odpovědět na první část hlavní výzkumné otázky, která zní následovně: **„Jakou roli představují speciální pedagog a asistent pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?“**

Role speciálního pedagoga je rozmanitá, z výzkumného šetření je však patrné, že hlavní role speciálního pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací je výchovně – vzdělávací, terapeutická, poradenská, kreativní, administrativní, diagnostická, komplexní a organizační. Tyto základní, ale hlavní role speciálního pedagoga s sebou nesou také určité nároky profese, které byly v průběhu celé práce popisovány. Pokud tyto nároky shrneme a podložíme odbornou literaturou (např.: Kucharská, Mrázková, Wolfová, Tomická, 2013; Opatřilová, 2005; Vališová, 1978) můžeme diskutovat o nárocích kvalifikačních (vysokoškolské vzdělání v oblasti speciální pedagogiky), rozumových a psychických (schopnost rychlého rozhodování, emoční i rozumová inteligence, samostatnost, psychická odolnost, vyrovnanost), vyjadřovacích (srozumitelné ústní i písemné vyjadřování) a osobnostních (empatie, schopnost naslouchat, spolupráce s ostatními odborníky, rodiči žáků). Z mého pohledu bych tyto nároky profese obohatila také o schopnost vést lidi, v našem případě schopnost vést, úkolovat a spolupracovat s asistenty pedagoga a tím související nárok organizování (vyučování, aktivit, časový harmonogram). Dalším profesním nárokem je jistá míra fyzické zdatnosti a dobrého zdravotního stavu speciálního pedagoga.

Role asistenta pedagoga ve třídě specializované na žáky s těžkou mentální retardací je také specifická. Rozdílnost této role a role asistenta pedagoga v běžné třídě s integrovaným žákem či ve třídě s žáky s lehčím postižením, tkví opět ve specifičnosti těžké mentální retardace, která s sebou přináší specifickou péči o tyto jedince. Žáci s těžkou mentální retardací jsou žáci, kteří jsou postižení v oblasti rozumové (inteligenci), ale i v oblasti somatické. Právě z tohoto hlediska jsou u těchto žáků asistenti pedagoga

velice potřební. Z výzkumného šetření vyplývá, že role asistentů pedagoga souvisí se čtyřmi základními oblastmi, které vymezují jejich náplň práce. Díky těmto oblastem můžeme odpovědět na druhou část hlavní výzkumné otázky, která zní: „**Jakou roli představují speciální pedagog a asistent pedagoga při edukaci žáků s těžkou mentální retardací v základní škole speciální?**“ Role asistentů pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací jsou: asistenční, výchovně – vzdělávací, terapeutická, kompenzačně – podporující. Pokud se chce člověk stát asistentem pedagoga, jsou na něj kladeny určité profesní nároky. Literatura (Teplá, Šmejkalová, 2010 aj.), metodika (Valenta, Petráš, 2012 aj.) i legislativa (vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných; zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a změně některých zákonů aj.) v případě asistenta pedagoga poukazuje pouze na kvalifikační nároky (minimální základní vzdělání a absolvování akreditovaného vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného zařízením dalšího vzdělávání pedagogických pracovníků) této profese a také na určité osobnostní předpoklady (komunikativnost, kreativita, tvořivost, flexibilita, schopnost týmové práce, spolehlivost, trpělivost, vstřícnost, empatie a laskavost, důstojnost a odpovědný přístup), o kterých se ve své publikaci zmiňuje Uzlová (2010). Opět bych profesní nároky asistenta pedagoga rozšířila o schopnost plnit zadané úkoly speciálním pedagogem a zachovat tak jistou míru submisivity vůči speciálnímu pedagogovi i žákům. K nárokům profese bych ještě přidala fyzickou zdatnost a dobrý zdravotní stav.

Závěr

Speciální pedagog i asistent pedagoga má ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací nelehkou úlohu. Tito žáci jsou postižení v oblasti rozumové i somatické. Je to velice specifická skupina žáků, která vyžaduje dokonalou péči. Edukace je proto podřízena právě žákům. I samotná výuka se odvíjí od aktuálního stavu (zdravotního, emočního) žáka. Ačkoliv se pedagogové řídí předepsanými osnovami, rozvrh hodin nebývá zcela dodržován. Podle potřeby je školní den prokládán odpočinkem a relaxací žáků. Ve třídách specializovaných na žáky s těžkou mentální retardací se tedy aktivity a činnosti vyvíjejí pokaždé jinak. Bylo proto těžké stanovit u některých výzkumných otázek jasnou odpověď. V těchto třídách se využívá individuální přístup. Speciální pedagog i asistenti pedagoga musí tedy své žáky detailně znát. Mnohokrát za den rozpoznávají a diagnostikují jejich stav, náladu nebo fyzickou zdatnost. Poté následující aktivity zhodnotí a vyberou pro žáky tu nejlepší možnost. Diagnostiku a informace o stavu žáka předávají také dalším odborníkům (logoped, masér, fyzioterapeut apod.), kterým doporučují dané aktivity konat, nebo nekonat. Speciální pedagog a asistent pedagoga jsou pro žáky s těžkou mentální retardací víc než jen pedagogičtí pracovníci. Snaží se nejen o podporu žáka, ale využívají všechny možné prostředky k tomu, aby se zdravotní i emoční stav žáka zlepšil. Mnoho času věnují terapiím, rehabilitacím a nauce sebeobluhy. Pokud bych měla shrnout roli speciálního pedagoga a asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací, tak bych ji shrnula takto: jejich role je potřebná, nezastupitelná, obdivuhodná, ale náročná.

Bakalářská práce se členila na dvě části. První část tvořily teoretické informace vztahující se k mentální retardaci, respektive těžké mentální retardaci, systému vzdělávání žáků s těžkou mentální retardací, ke speciálnímu pedagogovi a asistentovi pedagoga a ke konkrétní oblasti hojně využívané u této cílové skupiny žáků, k terapiím. Cílem teoretické části bylo interpretovat informace o základních pojmech, které se pojí s výzkumným šetřením.

Praktická část obsahovala výzkumné šetření, které bylo provedeno ve speciální škole, ve třech třídách s žáky s těžkou mentální retardací. Použity byly dvě kvalitativní

metody a to pozorování a interview se speciálními pedagogy a asistenty pedagoga. Výzkumné šetření mělo za úkol odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

Cílem této práce bylo analyzovat roli speciálního pedagoga a asistenta pedagoga ve třídě pro žáky s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Z výzkumného šetření plyne, že jejich role zasahují do několika oblastí. Náplň práce speciálního pedagoga pramení z role administrativní, diagnostické, komplexní, kreativní, organizační, poradenské, terapeutické a výchovně – vzdělávací. Role asistenta pedagoga byla stanovena jako role asistenční, kompenzačně – podporující, terapeutická a výchovně – vzdělávací. Ačkoliv se může zdát, že role asistenta pedagoga je méně náročná, nároky na tuto profesi jsou velice podobné nárokům speciálního pedagoga, s tím rozdílem, že speciální pedagog by měl být vždy vysokoškolsky vzdělaný v oboru speciální pedagogiky a měl by mít schopnost řídit a organizovat. Asistentovi pedagoga, pokud absolvoval potřebný kurz určený pro tuto profesi, stačí základní vzdělání. Samozřejmostí jsou ale i další nároky. Asistent pedagoga musí splňovat osobnostní i fyzické předpoklady, které jsou právě podobné předpokladům k výkonu profese speciálního pedagoga.

Tato práce byla soustředěna na roli speciálních pedagogů a asistentů pedagogů ve třídách specializovaných na žáky s těžkou mentální retardací v základní škole speciální. Zaměřila jsem se na roli speciálních pedagogů a asistentů pedagogů u konkrétní skupiny žáků. Přínos této práce přikládám k tomu, že jsem vyjmula úlohu speciálních pedagogů a asistentů pedagoga z obecného charakteru a analyzovala jsem jejich práci u žáků s těžkou mentální retardací.

Seznam použité literatury

1. BENDO VÁ, Petra a Pavel ZIKL. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.
2. ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: Speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1565-3.
3. DLOUHÁ, Jana, Martin DLOUHÝ, Lenka NEUBAUEROVÁ, Zuzana SÝKOROVÁ a Martina DOSTÁLKOVÁ. *Úvod do psychopedie: učební text pro studenty bakalářských oborů speciální a sociální pedagogiky*. 2. Vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-807-4353-338.
4. FISHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
5. GAVORA, Peter. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. HÁJKOVÁ, Vanda (ed.) a kol. *Bazální stimulace, aktivace a komunikace v edukaci žáků s kombinovaným postižením*. Praha: Somatopedická společnost, 2009. ISBN 978-809-0446-403.
7. JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7.
8. JANOVCOVÁ, Zora. *Alternativní a augmentativní komunikace*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3204-9.
9. KUCHARSKÁ, Anna, Jana MRÁZKOVÁ, Renata WOLFOVÁ a Václava TOMICKÁ. *Školní speciální pedagog*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0497-8.
10. LUDÍKOVÁ, Libuše. *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1154-7
11. MÜLLER, Oldřich a KOL. *Terapie ve speciální pedagogice: Teorie a metodika*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

12. OPATRÍLOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.
13. *Rámcový vzdělávací program: pro obor vzdělávání základní škola speciální*. Praha: VÚP, 2008. ISBN 978-80-87000-25-0.
14. RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. *Speciální pedagogika*. 4. Vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9.
15. SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
16. ŠVARCOVÁ, Iva. *Mentální retardace: Vzdělávání, výchova, sociální péče*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-821-X.
17. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.
18. TEPLÁ, Marta a Hana ŠMEJKALOVÁ. *Základní informace k zajišťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením*. Praha: Institut pedagogicko - psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2010. ISBN 978-80-86856-66-7.
19. UZLOVÁ, Iva. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním: Praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.
20. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. Vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7.
21. VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.
22. VALENTA, Milan a Olga KREJČÍŘOVÁ. *Psychopedie: Kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejř, 1997. ISBN 80-902057-9-8.
23. VALENTA, Milan a Petr PETRÁŠ. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s mentálním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3380-6
24. VALIŠOVÁ, Jaroslava. *Speciální pedagog ve výchovně vzdělávacím procesu*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1974.

25. VAŠEK, Štefan. *Speciální pedagogická diagnostika*. Bratislava: SPN, 1996. ISBN 80-08-0256-3.
26. VÍTEK, Jiří a Marie VÍTKOVÁ. *Teorie a praxe v edukaci, intervenci, terapii a psychosociální podpoře jedinců se zdravotním postižením se zaměřením na neurologické onemocnění*. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-210-9.
27. Vyhláška o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků. In: č. 317/2005 Sb. Ostrava: Sagit, 2014.
28. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. In: č. 72/2005 Sb. Ostrava: Sagit, 2014.
29. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. In: č. 73/2005 Sb. Ostrava: Sagit, 2014.
30. Zákon o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů. In: č. 563/2004 Sb. Ostrava: Sagit, 2014.
31. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). In: č. 561/2004 Sb. Ostrava: Sagit, 2014.
32. Zákon o sociálních službách. In: č. 108/2006 Sb. Ostrava: Sagit, 2013

Seznam použitých internetových zdrojů

1. History. *Snoezelen: Multi-Sensory Enviroments* [online]. 2015 [cit. 2015-02-09]. Dostupné z: <http://www.snoezeleninfo.com/history.asp>
2. What is Snoezelen MSE?. *Snoezelen: Multi-Sensory Enviroments* [online]. 2015 [cit. 2015-02-09]. Dostupné z: <http://www.snoezeleninfo.com/whatIsSnoezelen.asp>
3. Co je Chirifonetika. MÍLKOVÁ, Eva a Petr MÍLEK. *Chirofonetika: Škola chirofonetiky v České republice* [online]. 2015 [cit. 2015-03-15]. Dostupné z: <http://www.chirofonetika.cz/cs/>

Seznam příloh

Příloha 1: Seznam tabulek

Příloha 2: Seznam obrázků

Příloha 3: Seznam schémat

Příloha 4: Záznamové archy - třída A

Příloha 5: Záznamové archy - třída B

Příloha 6: Záznamové archy - třída C

Příloha 7: Vzor rozhovorů se speciálními pedagogy

Příloha 8: Vzor rozhovorů s asistenty pedagoga

Příloha 9: Rozvrh hodin

Příloha 10: Tahy a tlaky orofaciální stimulace

Příloha 1: Seznam tabulek

Tabulka 1: Výskyt jednotlivých typů zdravotního postižení na celkový počet obyvatel ČR.

Tabulka 2: Vztah mezi úrovní IQ a počtem připojených poškození.

Tabulka 3: Počet počtu žáků v základní škole speciální 2005/2006.

Tabulka 4: Možné členění kompenzačních pomůcek.

Tabulka 5: Činnosti konané speciálním pedagogem, asistentem pedagoga a jiných odborníků.

Příloha 2: Seznam obrázků

Obrázek 1: Záznamový arch.

Obrázek 2: Třída A.

Obrázek 3: Třída B.

Obrázek 4: Jídelní lístek znázorněný obrázky.

Obrázek 5: Rukavice pro taktilní stimulaci.

Obrázek 6: Míčky pro taktilní stimulaci.

Obrázek 7: Jiné pomůcky pro taktilní stimulaci.

Příloha 3: Seznam schémat

Schéma 1: Partneři škol.

Schéma 2: Oblasti znázorňující náplň práce speciálního pedagoga.

Schéma 3: Oblasti znázorňující náplň práce asistenta pedagoga.

Schéma 4: Nejvíce používané terapie.

Schéma 5: Spolupráce speciálního pedagoga a dalších odborníků.

Schéma 6: Spolupráce asistenta pedagoga a dalších odborníků.

Příloha 4: Záznamové archy - třída A

a) záznamový arch speciálního pedagoga

| Pedagog A | pondělí | Úterý | středa | čtvrtek | Pátek |
|--------------------|--|--|---|---|--|
| 8:00–8:30 | Odchod do solné jeskyně | Ranní kruh, přivítání žáků | Ranní kruh, přivítání žáků | Ranní kruh, přivítání žáků | Ranní kruh, přivítání žáků |
| 8:30–9:00 | Příchod do solné jeskyně | Poslech pohádky na CD | Hra na kytaru, zpěv | Individuální hodina: práce s piktogramy | Indiv. hodina, bazální stimulace (žáci: masáže, rehab., snoezelen) |
| 9:00–9:30 | Řízení aktivit v solné jeskyni – hra, relaxace | Administrativa (žáci: individuální hodina – masáže, rehab., snoezelen) | Řízení tělesné výchovy – zadání úkolů asistentům | Řízení pohybových aktivit | Muzikoterapie – hra na kytaru, zpěv, rozdání žákům nástroje |
| 9:30–10:00 | Řízení aktivit v solné jeskyni – hra, relaxace | Chirofonetika | Chirofonetika | Chirofonetika | Řečová výchova – říkanky s piktogramy |
| 10:00–10:30 | Příchod do školy, organizace svačiny | Organizace svačiny | Organizace svačiny, administrativa | Organizace svačiny, administrativa | Organizace svačiny, mytí rukou žáků |
| 10:30–11:00 | Muzikoterapie – hra na kytaru, zpěv | Individuální hodina: rozvoj jemné motoriky | Řízení výtvarné výchovy – tvorba přáníček | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem | Taktilní stimulace: hmatová květina, vibrační pomůcky |
| 11:00–11:30 | Administrativa, přestávka | Snoezelen – bazální stimulace | Tibetské mísy | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem | Taktilní stimulace: míčkování |
| 11:30–12:00 | Zadání úkolů asistentům – individuální hodina | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny |
| 12:00–12:30 | Organizace oběda, administrativa, kontakt s rodiči | Školní družina | Školní družina | Školní družina | Školní družina |

b) Záznamový arch asistenta pedagoga

| Asistent A | pondělí | Úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|--------------------|---|--|---|---|--|
| 8:00–8:30 | Oblékání žáků, odchod do solné jeskyně | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků |
| 8:30–9:00 | Příchod do solné jeskyně – svlékání žáků | Poslech pohádky na CD, asistence žákům – otírání úst, nosu | Asistence žákům při hudební výchově | Individuální hodina: práce s piktogramy | Orofaciální stimulace |
| 9:00–9:30 | Hra s žáky (kostky, hudební nástroje) | Orofaciální stimulace | Cvičení s žáky na rehabilitačním míči | Chůze s žáky po taktilním chodníčku, hod míčem | Muzikoterapie – asistence žákům při hře na hudební nástroj |
| 9:30–10:00 | Hra s žáky, relaxace | Chirofonetika | Orofaciální stimulace | Snoezelen – masáž a olejčkování | Řečová výchova – říkanky s piktogramy |
| 10:00–10:30 | Příchod do školy, převlékání žáků, asistence žákům při svačině | Hygiena, asistence žákům při svačině | Hygiena, asistence žákům při svačině | Přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, asistence žákům při svačině |
| 10:30-11:00 | Muzikoterapie – asistence žákům při hře na nástroj | Plnění úkolů pedagoga: stavění komína z kostek | Asistence žákům při tvorbě přáníček | Canisterapie – asistence terapeutovi, žákům | Taktilní stimulace: práce s žákem a s hmatovou květinou. |
| 11:00-11:30 | Hygiena, přebalování žáků | Hygiena, přebalování žáků | Asistence pedagogovi: tibetské mísy | Canisterapie – asistence terapeutovi, žákům | Taktilní stimulace: vibrační podměty |
| 11:30-12:00 | Plnění úkolů pedagoga: prohlížení zvukové knihy s žáky | Asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě |
| 12:00-12:30 | Hygiena žáků, asistence žákům při obědě, převlékání žáků při odchodu domů | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků |

Příloha 5: Záznamové archy - třída B

a) záznamový arch speciálního pedagoga

| Pedagog B | pondělí | Úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|--------------------|--|--|--|--|---|
| 8:00–8:30 | Ranní kruh, přivítání žáků, kontakt s rodiči | Ranní kruh, přivítání žáků | Ranní kruh, přivítání žáků | Ranní kruh, přivítání žáků, kontakt s rodiči | Ranní kruh, přivítání žáků, kontakt s rodiči |
| 8:30–9:00 | Polohování, zadání úkolů asistentům | Rehabilitační cvičení – organizace | Organizace muzikoterapie – bubny | Polohování, zadání úkolů asistentům | Organizace tělesné výchovy |
| 9:00–9:30 | Administrativa, poslech písniček z PC | Rehabilitační cvičení – organizace | Doprovod žáků na fyzioterapii | Snoezelen – bazální stimulace | Indiv. hodina, bazální stimulace (žáci: masáže, rehab., fyzioter.) |
| 9:30–10:00 | Řečová výchova – vyslovování základních slov | Bazální stimulace | Snoezelen – vibrační podněty | Administrativa, poslech písní z PC | Smyslová stimulace |
| 10:00–10:30 | Organizace svačiny | Organizace svačiny | Organizace svačiny, administrativa | Organizace svačiny | Organizace svačiny |
| 10:30–11:00 | Doprovod žáka na fyzioterapii | Individuální hodina: taktilní stimulace | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem | Organizace vycházky | Orofaciální stimulace |
| 11:00–11:30 | Zadání úkolů asistentům – přebalování, hygiena žáků | Snoezelen – bazální stimulace | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem | Organizace vycházky, příchod do školy | Orofaciální stimulace |
| 11:30–12:00 | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny |
| 12:00–12:30 | Školní družina | Školní družina | Školní družina | Školní družina | Školní družina |

b) záznamový arch asistenta pedagoga

| Asistent B | pondělí | Úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|--------------------|---|--|---|---|---|
| 8:00–8:30 | Ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků |
| 8:30–9:00 | Plnění úkolů pedagoga při polohování | Rehabilitační cvičení – asistence žákovi při jízdě na rotopedu | Asistence při muzikoterapii žákům i pedagogovi | Polohování: plnění úkolů pedagoga při polohování | Cvičení, protahování na žíněnce |
| 9:00–9:30 | Asistence žákům při poslechu písniček z PC | Rehabilitační cvičení – protahování | Orofaciální stimulace | Masáže | Doprovod žáka do hydromasážní vany |
| 9:30–10:00 | Řečová výchova – vyslovování základních slov | Bazální stimulace | Polohování | Poslech písní z PC: asistence žákům | Smyslová stimulace |
| 10:00–10:30 | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině |
| 10:30–11:00 | Relaxace s žáky | Práce s žákem a taktilní knihou se srstmi zvířat | Canisterapie – asistence canisterapeutovi | Převlékání žáků, odchod na vycházku | Kuličkový bazén |
| 11:00–11:30 | Přebalování, hygiena žáků – mytí rukou | Orofaciální stimulace | Canisterapie – asistence canisterapeutovi | Vycházka, příchod do školy: převlékání žáků | Orofaciální stimulace |
| 11:30–12:00 | Asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě |
| 12:00–12:30 | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků |

Příloha 6: Záznamové archy - třída C

a) záznamový arch speciálního pedagoga

| Pedagog C | pondělí | úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|--------------------|---|--|--|--|---|
| 8:00–8:30 | Ranní kruh, přivítání žáků, představení aktivit | Ranní kruh, přivítání žáků, představení aktivit | Ranní kruh, přivítání žáků, představení aktivit | Ranní kruh, přivítání žáků, představení aktivit | Ranní kruh, přivítání žáků, představení aktivit |
| 8:30–9:00 | Řečová výchova: popis počasí venku, říkanky s piktogramy počasí | Práce s piktogramy – povolání | Administrativa, zadání úkolů asistentům | Poslech pohádky z PC | Rozvoj jemné motoriky |
| 9:00–9:30 | Počítání, povídání o domácích zvířatech – organizace | Řízení tělesné výchovy | Bazální stimulace | Řízení tělesné výchovy | Indiv. hodina, bazální stimulace (žáci: masáže, rehab., snoezelen) |
| 9:30–10:00 | Muzikoterapie – hra na bubny | Taktilní stimulace | Řečová výchova: říkanky | Bazální stimulace | Relaxace, relaxační hudba |
| 10:00–10:30 | Organizace svačiny | Organizace svačiny, administrativa | Organizace svačiny | Organizace svačiny, administrativa | Organizace svačiny |
| 10:30–11:00 | Příprava nových piktogramů | Poslech písniček, zpívání | Muzikoterapie: aktivní s žáky | Vaření s žáky ve cvičné kuchyni | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem |
| 11:00–11:30 | Bazální stimulace | Individuální hodina: síťová houpačka, kuličkový bazén | Výtvarná činnost: omalovánky | Vaření s žáky ve cvičné kuchyni | Canisterapie – spolupráce s canisterapeutem |
| 11:30–12:00 | Organizace oběda, administrativa, kontakt s rodiči | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny | Organizace oběda, kontakt s rodiči, přesun žáků do školní družiny |
| 12:00–12:30 | Školní družina | Školní družina | Školní družina | Školní družina | Školní družina |

b) záznamový arch asistenta pedagoga

| Asistent C | pondělí | úterý | středa | čtvrtek | pátek |
|--------------------|--|--|--|--|--|
| 8:00–8:30 | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků | Převlékání žáků, ranní kruh, přivítání žáků |
| 8:30–9:00 | Asistence při řečové výchově | Práce s piktogramy – povolání | Prohlížení knihy s žáky | Poslech pohádky z PC – asistence žákům | Stavení z kostek |
| 9:00–9:30 | Počítání, povídání o domácích zvířatech – asistence | Nácvik chůze | Bazální stimulace | Chůze po taktilním chodníčku | Doprovod žáka na masáž |
| 9:30–10:00 | Muzikoterapie – asistence žákům | Taktilní stimulace | Řečová výchova: říkanky | Bazální stimulace | Relaxace, relaxační hudba |
| 10:00–10:30 | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině | Hygiena, přebalování, asistence žákům při svačině |
| 10:30–11:00 | Hra s žáky | Poslech písniček, zpívání – asistence žákům | Muzikoterapie: asistence žákům při hře na nástroj | Vaření s žáky ve cvičné kuchyni | Canisterapie – asistence canisterapeutovi |
| 11:00–11:30 | Bazální stimulace | Individuální hodina: síťová houpačka, kuličkový bazén | Asistence žákům při omalovánkách | Vaření s žáky ve cvičné kuchyni | Canisterapie – asistence canisterapeutovi |
| 11:30–12:00 | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě | Hygiena, přebalování, asistence žáků při obědě |
| 12:00–12:30 | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků | Školní družina: asistence pedagogům při přemísťování žáků |

Příloha 7: Vzor rozhovorů se speciálními pedagogy

1. Jaká je Vaše náplň práce?
2. Jaké jsou nejčastější činnosti konané s žáky?
3. Jak byste charakterizoval/a svoji roli ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací?
4. Charakterizujte oblast výchovně – vzdělávací ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací.
5. Poskytujete poradenství rodičům žáků?
6. Jaké jsou nejčastější terapie, které u žáků praktikujete?
7. Lze u žáků oddělit oblast výchovnou a vzdělávací?
8. Spolupracujete s rodiči žáků?
9. S jakými odborníky nejčastěji spolupracujete?
10. Jaké máte administrativní povinnosti?
11. Jak vypadá spolupráce s asistenty pedagoga?
12. Pracuje asistent pedagoga s Vámi, nebo samostatně?
13. Úkolujete asistenta pedagoga?
14. V čem je odlišná náplň práce speciálního pedagoga a asistenta pedagoga?

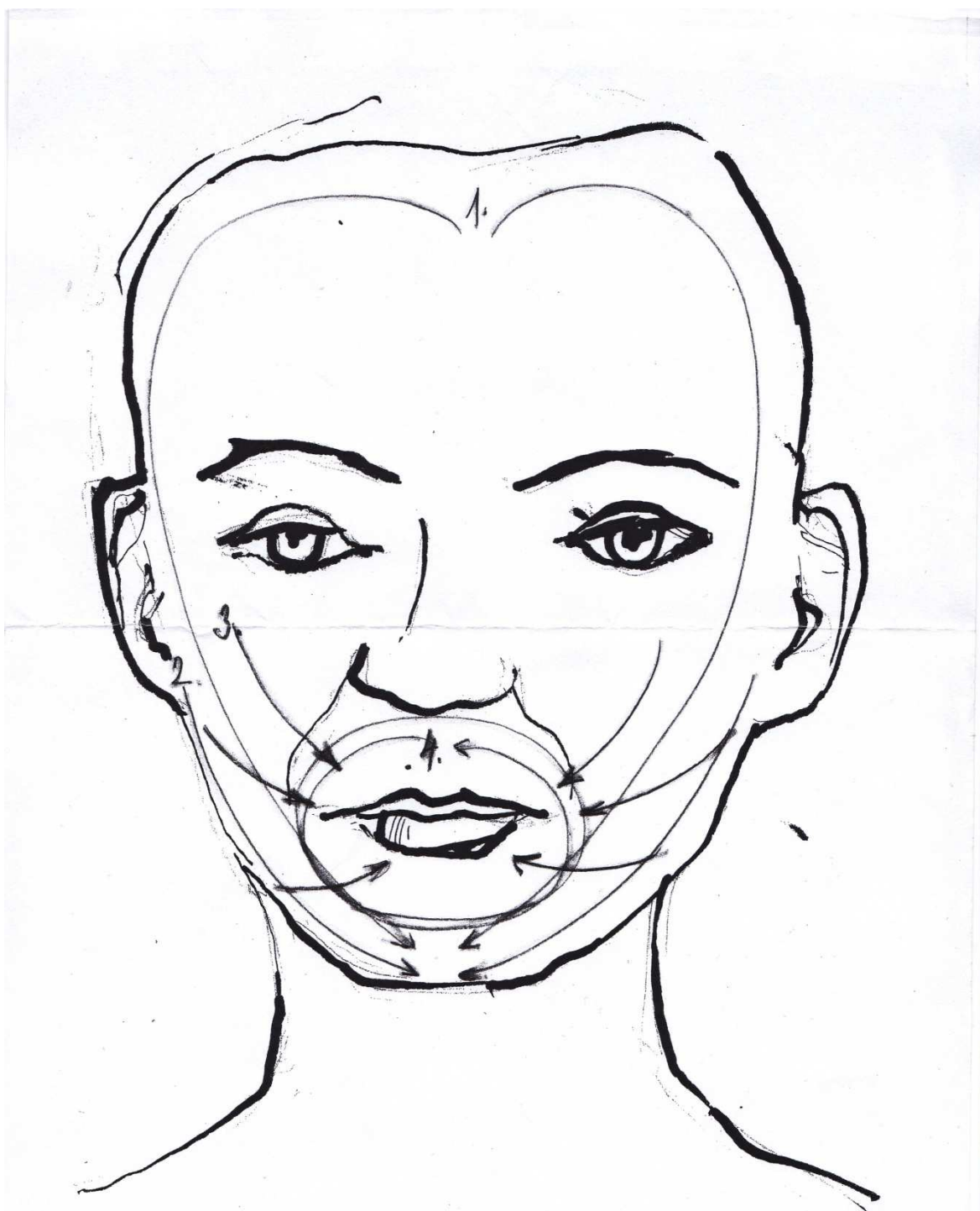
Příloha 8: Vzor rozhovorů s asistenty pedagoga

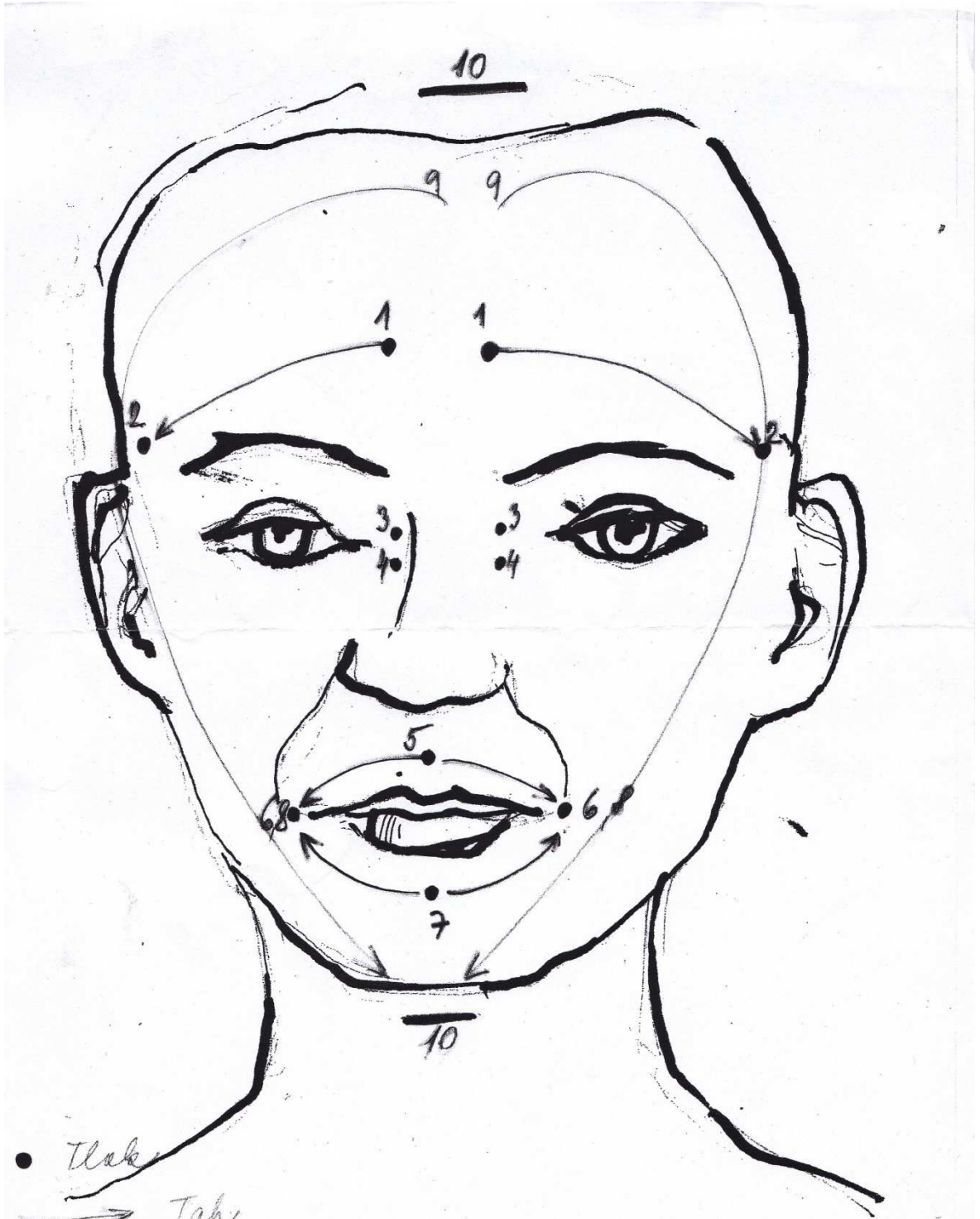
1. Jaká je Vaše náplň práce?
2. Jaké jsou nejčastější činnosti konané s žáky?
3. Jak byste charakterizoval/a svoji roli ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací?
4. Charakterizujte edukační proces ve třídě s žáky s těžkou mentální retardací.
5. Poskytujete poradenství rodičům žáků?
6. Provádíte terapie s žáky?
7. Lze u žáků oddělit oblast výchovnou a vzdělávací?
8. Spolupracujete s rodiči žáků?
9. Máte administrativní povinnosti?
10. Jak vypadá spolupráce se speciálním pedagogem?
11. Pracuje samostatně, nebo se speciálním pedagogem?
12. Úkoluje Vás speciální pedagog?
13. V čem je odlišná náplň práce speciálního pedagoga a asistenta pedagoga?

Příloha 9: Rozvrh hodin

| Základní škola a praktická škola | | 3.P | | 4 | | 5 | | 6 | | 7 | | 8 | |
|----------------------------------|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------|--|---|--|
| | | 1 8 ⁰⁰ - 8 ⁴⁵ | 2 8 ⁵⁰ - 9 ⁴⁵ | 3 10 ⁰⁰ - 10 ⁴⁵ | 4 10 ⁵⁰ - 11 ⁴⁵ | 5 11 ⁵⁰ - 12 ⁴⁵ | 6 12 ⁵⁰ - 13 ⁴⁵ | 7 13 ⁵⁰ - 14 ⁴⁵ | 8 14 ⁵⁰ - 15 ⁴⁵ | (učební plán) str. 13, 20, 21 | | | |
| P o | RŘv Kri (3.P) | Sv Kri (3.P) | Pvv Kri (3.P) | PRTv Kri (3.P) | | | | | | | | | |
| | RŘv Kri (3.P) | Sv Kri (3.P) | Pvv Kri (3.P) | PRTv Kri (3.P) | | | | | | | | | |
| S t | RŘv Kri (3.P) | Sv Kri (3.P) | Pvv Kri (3.P) | PRTv Kri (3.P) | Tr Kri (3.P) | | | | | | | | |
| | RŘv Kri (3.P) | Hv Hel (3.P) | PRTv Kri (3.P) | PRTv Kri (3.P) | | | | | | | | | |
| P á | RŘv Kri (3.P) | Sv Kri (3.P) | PRTv Kri (3.P) | Tr Kri (3.P) | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |

Příloha 10: Tahy a tlaky orofaciální stimulace





• tlak
 → tah

Zakoncim' - 3x vrtecko + protitlak 19. - obima