

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

bakalářské kombinované studium  
2010 – 2013

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Martina Harzerová

**Problematika výuky žáků s kombinovaným postižením,  
projevy dítěte s kombinovaným  
postižením**

**Praha 2013**

**Vedoucí bakalářské práce:**  
Mgr. Milan Fleischmann

**COMENIUS UNIVERSITY PRAGUE**

Bachelor Combined (Part time)  
2010 - 2013

**BACHELOR THESIS**

Martina Harzerová

**Problems of teaching pupils with multiple impairment  
symptoms of a child with multiple disabilities**

**Prague 2013**

**The bachelor work supervisor:  
Mgr. Milan Fleischmann**

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Karlových Varech dne 26.2.2013

*Martina Harzerová*

## **Poděkování**

Chtěla bych poděkovat Mgr. Milanu Fleischmannovi za odborné vedení bakalářské práce, Mgr. Ivaně Harzerové za ochotu a pomoc při zpracování praktické části práce.

## **Anotace**

Tématem bakalářské práce je problematika výuky žáků s kombinovaným postižením, projevy dítěte s kombinovaným postižením.

Teoretická část zachycuje postupný historický vývoj péče o postižené jedince a jejich postavení ve společnosti. Nadále charakterizuje jedince s kombinovaným postižením a jednotlivé vybrané kombinované vady.

Jednotlivé kapitoly umožňují hlubší náhled na danou problematiku.

Praktická část je věnována kasuistice autistického žáka speciální třídy a jeho vývoji a speciálním vzdělávacím potřebám.

## **Klíčové pojmy**

- Autismus
- Defektivita
- Individuální vzdělávací plán
- Kombinované vady
- Mentální retardace
- Pervazivní vývojové poruchy
- Výchova a vzdělávání
- Socializace

## **Annotation**

The bachelor thesis aim is a problem of teaching students with a combined disabilities and symptoms of a child with a combined disabilities. The theoretical part of the work describe the gradual historical development of care for disabled people and their position in society. Continue to characterize people with combined disabilities and some selected combined defects.

Particular chapters allow a greater preview in the issue. The practical part of the work is focused on a case study of an autistic student of some special class, to his development and special educational needs.

## **Key words**

- Autism
- Defectivity
- Personal educational program
- Combined defects
- Mental retardation
- Pervasive evolutionary defects
- Upbringing and education
- Socialization

Úvod.....	8
1. Historický přehled v péči o mentálně postižené.....	9
1.1 Péče o duševně choré .....	10
1.2 Od kázní k léčebnám .....	11
1.3 „ Eutanazie “ – vraždění nemocných .....	12
2. Mentální retardace .....	14
2.1 Psychologická charakteristika lidí s mentálním postižením.....	18
2.2 Klasifikace mentální retardace .....	19
3. Kombinované vady.....	24
3.1. Individuální vzdělávací program.....	29
3.2. Somatopedie – tělesné vady .....	31
3.2.1 Klasifikace pohybových vad .....	32
3.2.1.1 Tělesné oslabení .....	33
3.2.1.2 Obrny centrální a periferní .....	33
3.2.1.3 Vady páteře.....	33
3.2.1.4 Dětská mozková obrna (DMO) .....	34
3.2.1.5 Těžší druh DMO má čtyři formy.....	35
3.2.1.6 Nespatické formy DMO .....	36
3.2.1.7 Rozštěp páteře .....	37
3.2.1.8 Epilepsie .....	38
3.3 Nové trendy v péči o tělesně postižené .....	39
3.4 Smyslové vady .....	39
3.5 Zrakové postižení, příznaky, zrakové vady.....	40
3.5.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením .....	41
3.5.2 Etiologie zrakových vad .....	43
4. Základní školy speciální.....	45
5. Autismus.....	47
5.1 Děti s autismem a rodiče .....	51
5.2 Od teorie k výchovně – vzdělávací intervenci .....	54
5.3 Řeč a jazyk .....	56
5.4 Sociální interakce .....	60
6. Kasuistika .....	64
6.1. Případová studie .....	64
6.1.1 Osobní anamnéza .....	65
6.1.2 Metody a formy práce .....	66
6.1.3 Obsahové rozvržení učiva .....	67
6.1.4 Hodnocení žáka .....	68
6.1.5 Spolupráce rodiny a školy .....	69
7. Závěr.....	70
Literatura .....	71

## Úvod

Občanské sdružení rodičů a přátel dětí s postižením Karlovy Vary, jehož jsem členkou, mi umožnilo se v reálném světě setkat s odlišnými lidmi a jejich potřebami, chováním a přístupem k životu. Zjistila jsem, že jsou to lidé velmi vstřícní, hodní, vděční za každý moment prožitkově strávený ve společnosti svých zdravých vrstevníků.

Ochotně a velmi ráda jsem proto konala svoji praxi v základní škole speciální, kde jsem měla možnost pracovat se zdravotně postiženými žáky a blíže poznat žáka s dětským autismem. Jeho komunikace, projevy chování, způsob života mě pobídly k hlubšímu poznání dětí se zdravotním postižením v souvislosti s povinnou školní docházkou.

Cílem mé bakalářské práce byla možnost si srovnat mé teoretické a praktické dosavadní znalosti o dětech s kombinovaným postižením v souvislosti s plněním školní povinné docházky.

V teoretické části jsem se zpočátku zaměřila na historii péče a vzdělávání postižených jedinců, klasifikaci mentální retardace a postupný rozvoj vzdělávání jedinců s různým zdravotním postižením. Více jsem specifikovala zdravotní postižení autismus, kde jsem charakterizovala zejména jeho projevy, příčiny a možnosti edukačního procesu.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje kasuistiku žáka s dětským autismem a jeho začleňování při výchovně vzdělávacím procesu v základní škole speciální. Zároveň sleduje adaptační a socializační posun ve vývoji žáka a jeho rodiny s možností další podpory v jeho vzdělávání. Vycházela jsem z metody pozorování, napodobování, předvádění, vizuální podpory, alternativní a augmentativní komunikace.

Chtěla jsem si ověřit, zda jedinec s dětským autismem a kombinovaným postižením, má všechny předpoklady dále se rozvíjet a vzdělávat ve skupině žáků s podobným postižením či ve zdravé společnosti.



# 1. Historický přehled v péči o mentálně postižené

V dnešní době si ještě mnozí z nás, z naší vyspělé společnosti, nedokážou představit, co pojem mentálně postižený znamená.

Lidé mentálně postižení, nebo chceme-li mentálně retardovaní, žijí v naší společnosti od pradávna. Ve středověku byl postoj k těmto lidem podle mého názoru pokrytecký. Osud těchto lidí byl ovlivněn dobou, tím kdo zrovna vládl nebo ekonomickou a kulturní situací. Jejich osud byl všelijaký.

Děti, které se narodily s postižením, byly ze začátku vyvrážďované, shozené ze skály, či ponechány u cest svému osudu. Na jiných místech zase děti využívali k těžkým pracím. Církev považovala postižené děti za zplozence ďábla, za posednuté a hojně je pronásledovala. Spousty postižených jedinců skončili v inkvizičních procesech nebo byli umučeni a zabíjeni.

Například ve starověké Mezopotámii bylo onemocnění považováno za zásah zlých démonů nebo bloudících duchů zemřelých. Takoví démoni nemocného uchvátili a vstoupili do jeho těla, takže byl „posedlý“. Například epilepsii způsoboval prý zlý démon Utukku. Řada nemocí byla proto v textech pojmenována jako „dotek určitého boha“ nebo „určitý bůh vztáhl svou ruku“. (Schott, 1994)

Přesouvání příčin onemocnění na zlé síly nebylo běžné jenom v Mezopotámii, ale ve všech starověkých civilizacích i dříve v pravěku. Nemocný člověk napadený démony se stal nečistým, byl nositelem nákazy. Prvním léčebným opatřením tedy bylo vyhánění zlých duchů z těla pacienta (exorcismus, rituální zařikávání). (Schott, 1994)

Zpočátku v péči o mentálně retardované převažovala morální a charitativní stránka. Vycházela z praktických potřeb pomoci osobám „sociálně“ zaostalým. (Dolejší, 1978)

U kláštera sv. Marie Betlémské se nacházelo oddělení pro choromyslné. Později z tohoto oddělení vznikl známý ústav pro choromyslné Betlémský (Bedlam nebo Bethlem hospitál). Vyhrazen pouze pro duševně nemocné byl Bedlam až v roce 1546. (Schott, 1994)

Ve španělské Valencii přibližně v roce 1552, což je o šest let později, byl založen páterem Gilbertem Jofrem první samostatný ústav pro choromyslné (špan. manicomio) v západní Evropě. Již od roku 800 se v muslimské oblasti nacházela speciální zařízení pro duševně choré, v této době v Evropě žádná taková zařízení nebyla. Muslimské národy, Arabové považovali duševní nemoc za Boží milost a nemocným stavěli útulky, zatímco na západě byli tito lidé, jak jsem se již zmiňovala na začátku této kapitoly, pokládáni za Bohem potrestané hříšníky. Byli nuceni žít jako tuláci, byli umisťováni do věznic, či útulků, domovů pro malomocné. Dokonce byli upalováni na hranicích jako čarodějnice. Ve středověku a v raném novověku byli duševně nemocní zpodobňováni v mnoha rolích. Často byli pokládáni za divoké bestie, které krvežíznivě napadají lidi, nebo za blázny, kteří, ač ozdobeni bláznovskou čepičkou, zjevují pravdu. (Schott, 1994)

Jinde se zase šílenství vysvětlovala tzv. „kamenem bláznů“, který musel být operativně odstraněn z mozku těchto lidí. Chirurgové často tento řez jen předstírali a pak ukazovali kameny, které údajně odstranili z hlavy pacienta. Na jarmarcích byli tito jedinci drženi v klecích a za poplatek předváděni jako atrakce. Teprve v 17. - 18. století postupně vznikala zařízení, která sloužila pro systematickou péči o duševně choré, ale často zde pobývali s nemocnými chudáky, tuláky a kriminálníky. Psychiatrie, tj. lékařská péče o duševně choré v moderním smyslu, vznikla až v 19. století. (Schott, 1994)

## **1.1 Péče o duševně choré**

Péče o duševně postižené, bylo po dlouhou dobu velmi špatně řešitelné téma. Byla to velmi smutná stránka vývoje civilizace. Duševně choří, ale klidní jedinci byli přijímáni do klášterních špitálů. Ale ani tady se o ně nějak obzvláště nestarali, tito jedinci byli ponecháni svému osudu. Jediné kladné co na tom spatřuji je, že byli chráněni před posměšky a ústrky ostatních obyvatel. Nezacházelo se s nimi nijak zvláště. Jejich postavení se nelišilo od postavení

vězňů. Byli zavíráni do cel, spoutáni řetězy a žili v naprosto nevyhovujících nehygienických podmínkách. Léčebným prostředkem pro ně byla káď se studenou vodou a důtky v rukou ošetřovatele. (Schott, 1994)

V šestnáctém století se někteří lékaři zabývali duševními chorobami. Švýcarský profesor Felix Plotter (1536-1614) jako první položil základy klasifikace duševních chorob. Johannes Weber (1515-1588) vystupoval proti nelidskému zacházení s duševně chorými. V sedmnáctém století se za francouzského absolutismu začal budovat nový druh nemocnic. Tyto nemocnice se staly pro jiné státy vzorem. Toto byl velký skok proti situaci, která panovala ve středověku, kdy duševní choroby byly pokládány za projevy posednutí ďáblem a podle toho s nimi bylo zacházeno. (Schott, 1994)

První samostatné ústavy pro duševně choré se objevily později (r. 1751 v Londýně, r. 1776 v Novgorodě, r. 1784 ve Vídni, r. 1790 v Praze). Řeholnice z řádu sv. Alžběty zřídily v Praze Na Slupi r. 1722 nemocnici určenou původně jen pro ženy klidné duševně choré. Na pokyn císaře Josefa II. Bylo r. 1783 zřízeno oddělení v nemocnici Milosrdných bratří oddělení pro duševně choré kněze. Roku 1784 byla pro muže vyhrazena celá špitální budova u sv. Bartoloměje. (Schott, 1994)

V Čechách se první samostatný ústav pro duševně choré otevřel až 1. listopadu 1790 a to v rámci pražské všeobecné nemocnice. (Schott, 1994)

Nesmíme zapomenout zmínit Johanna Heinricha Pestalozziho (1746 – 1827), který se zajímal o výchovu. V ústavech, které byly zřizovány pro opuštěné děti a sirotky, vychovával i děti zaostalé, převážně jen s lehčím mentálním postižením. (Schott, 1994)

## **1.2 Od kázní k léčebnám**

Okolo roku 1800 byla takzvaná péče o choromyslné jen podmíněně spojována s lékařstvím. Neměla teoretický základ ani spolehlivou a účinnou léčbu. Přístup k duševně chorým určovaly osvícenské ideje, které připouštěly omezování „nerozumných“ a „nesvobodných“. V některých nouzových případech se sklánělo k násilným opatřením pro jejich usměrňování. V tomto

období neměla péče o postižené lékařský základ. Teprve v roce 1800 se začala péče o choromyslné oddělovat od zařízení pro výkon trestu či od chudobinců.

Ve Velké Británii vznikaly budovy, které se nazývaly „panoptické blázince“, které byly zřízené podobně jako trestnice. Příkladem takového ústavu je Královský útulek pro náměsíčné (Royal Asylum for Lunatics) ve městě Glasgowě z roku 1810. (Schott,1994)

V Praze byl ústav pro choromyslné součástí Všeobecné nemocnice otevřené r. 1790. Pro ústav byla v areálu nemocnice postavena nová budova. Počet lůžek se v roce 1826 zvýšil pro psychiatricky nemocné adaptací augustiánského kláštera u sv. Kateřiny (v Kateřinské ulici v Praze 2). Od roku 1841 se na tomto místě konaly přednášky z psychiatrie pro posluchače lékařské fakulty. Jako první v celé rakouské monarchii je zde zahájil Joseph Gottfried Riedel (1803 – 1870). Byl odpůrcem drastických metod v zacházení s duševně nemocnými lidmi. Pražský ústav pro choromyslné tak byl průkopníkem úsilí o humanizaci psychiatrie. (Schott,1994)

### **1.3 „ Eutanazie “ – vraždění nemocných**

Na jaře 1939 byl zřízen při kanceláři Vůdce zřízen Říšský výbor pro vědecké podchycení těžkých dědičných chorob. Za tímto názvem se skrýval úřad, který organizoval vraždění postižených dětí.

Datoval se rok 1940, kdy začalo od ledna tohoto roku docházet k selekci „méněcenných pacientů“, kteří potom byli odesláni do „ústavů smrti, kde byli vražděni plynem. Vedení nacistického „programu eutanazie“ zřídilo právě k těmto účelům první organizační centrálu v berlínské Tiergartenstraße 4. Z toho vznikl neoficiální název tohoto zařízení - T4. Vznikly čtyři úřadovny, které měly za úkol následující:

- 1) Říšská pracovní správa léčebných a pečovatelských zařízení (Reichsarbeitsgemeinschaft Heil – und Pflgeanstalten), byla zodpovědná za výběr pacientů. Rozesílala dotazníky, podávala posudky a po zavraždění nemocného zařizovala všechny potřebné záležitosti.
- 2) Transport obětí do „ústavu smrti“ organizovala společnost s ručením omezeným s názvem Veřejně prospěšná přeprava nemocných (GEKRAT =

Gemeinnützige Krankentransport GmbH). Oběti byly přepravovány tajně autobusy nebo poštovními vlaky. Skla byla zamalována barvou, aby nebylo vidět dovnitř. Později se autobusy natíraly šedou barvou na ochranu proti leteckým útokům.

3) Veřejně prospěšná nadace pro ústavní péči (Gemeinnützige Stiftung für Anstaltspflege) byla právnickou osobou, zodpovědnou za hospodaření. Vyplácela mzdy zaměstnancům, kteří museli pocházet z „počestných poměrů“ a při nástupu do zaměstnání byli informováni o charakteru práce.

4) Finance měla na starosti ústřední čítárna (Zentralverrechnungsstelle Heil – Pfliegeanstalten).

V roce 1939 bylo zavražděno přes 1000 nemocných v tehdy obsazeném Polsku. V Německu byly rozesílány dotazníky, které měly sloužit k podchycení pacientů. Zpočátku existovaly v Německu čtyři „ústavy smrti“, kde byli nemocní vražděni ve „sprchách“ plynem. Do 24. srpna 1941 bylo na akci „T4“ zavražděno přes 70 000 lidí a dalších 30 000 bylo zaregistrováno příští oběti. Hitler tohoto dne akci navenek ukončil. (Schott, 1994)

Nacistický „program eutanazie“ vycházel z osobního Hitlerova rozkazu. Tento rozkaz platil po celou dobu války jako „právní“ podklad pro masové vraždění. Až do konce války vzniklo zhruba 30 dětských oddělení, ve kterých byly tyto děti vražděny. Zpravidla byly děti předávkovány některým z léků, aby smrt působila přirozeně. Některé oběti byly pitvány k vědeckým účelům.

Toto antihumánní počínání bylo jen dalším krokem v uplatňování rasových teorií a kampaní proti „méněcenným“ životům. (Schott, 1994)

## 2. Mentální retardace

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo.

Normální lidé a jejich představy o mentálně postižených jsou mnohdy velmi nejasné, jsou zahaleny záhadami, docela často i předsudky nebo obavami. Z toho to „neznámého“ pramení rozpačitý, nepřátelský postoj zdravých lidí k těmto mentálně postiženým. Stále ve společnosti existuje názor, že by tito lidé měli být odklizeni do specializovaných zařízení, aby nebyli ostatním na očích. (Švarcová, 2000)

Ivan Langer ve své knize o mentální retardaci uvádí, že: „*za postižené osoby se uvádějí takoví jedinci kteří mají nedostatek v některé životně důležité funkci, příp. u nichž některá z těchto funkcí chybí.*“ (Langer, 1996, st. 44). Dále uvádí, že se tito jedinci vyznačují znaky, které se dají rozdělit do dvou skupin. Do skupiny první jsou zařazeni jedinci s primárními znaky, které vyplývají ze samotného defektu, jako například nedostatek hybnosti v důsledku trvalého následku po úrazu, to znamená, že takovýto člověk je omezen z hlediska spíše fyzických faktorů. Druhá skupina má znaky ve změněné psychice, to jsou znaky sekundární. Rozdělení má význam pro výchovu, terapii a profesionální orientaci postižených. Velmi důležité je, ve kterém období došlo ke snížení nebo ke ztrátě funkce. U osob, které se s postižením narodily probíhá vývoj jinak než u osob jenž ke svému postižení přišli během svého života. U této druhé skupiny jsou dále důležitá i jednotlivá životní období ve kterých došlo k funkčnímu deficitu. Jako kritické se jeví předškolní období, kdy se formují základy vlastností osobnosti a charakteru a období dospívání, kde se objevuje zvýšená emotivita a přechodné vnitřní rozpory, které vplývají z potřeby imponovat druhému pohlaví ale i společnosti, objevují se sklony k sebelítosti sebecitu, touha napodobovat ideály. U jedinců s defekty daleko častěji dochází k duševním traumatům a tím i k postupné deformaci osobnosti ve vývoji. Projevuje se to nespokojeností se životem, jedinci duševně trpí a jsou

nešťastní, což může vést k utváření negativních vlastností například nenávisť vůči lidem dále závist, agresivita i submisivita. Přemíra péče o postiženého jedince může vyvolat ty samé negativní reakce uvedené již v předchozích řádcích. (Langer, 1996)

„*Ve výchovném procesu je nutné počítat se známou a ověřenou skutečností, že outsider a defektní jedinec nebývá akceptován skupinou, ba někdy bývají tito jedinci ze skupiny vylučováni. Podobně bývají izolováni i jedinci vysoce nadprůměrní (tzv. psychologický strop).*“ (Langer, 1996, st. 48)

Mnohdy je pro postiženého daleko vážnější uvědomění si defektu než samotný defekt. Prostřednictvím sociálního prostředí se ve vědomí postiženého člověka odrážejí negativní postoje lidí z okolí, tyto situace mohou způsobit úzkostné stavy, strach, agresivita. Jak jsme již uvedli, postižení jedinci mají nedostatek nějaké funkce. Mnohem horší ale je určit hranici této defektivy. Langer cituje ve své knize Miloše Sováka (1980), který chápe hranici defektivy ***jako narušení celistvosti osobnosti člověka čili poruchu, popř. vývojový nedostatek vztahů ke společnosti, tj. narušení vztahů k výchově, vzdělání, popř. k práci.*** Defektivitu dále chápe jako poruchu společenských vztahů.

Dále uvádí, že defektivita má vliv na celou řadu faktorů, například orgánové faktory, funkční a sociální faktory na vyšší nervovou soustavu. Krátkodobé nebo přechodné nedostatky nelze považovat za defektivitu. Defektivita nemusí být na první pohled viditelná (např. ztráta končetiny). Postižení jedinci mají narušenou celistvost osobnosti a vztahy ke společnosti. Podle Sováka spadají tyto problémy do defektologie ***jako nauky o defektním člověku, o příčinách, důsledcích, příp. o prevenci defektivy.*** (M. Sovák 1980 in Langer, 1996)

Je třeba také rozlišovat pojmy defekt a nemoc. Jak jsme se již zmiňovali, defekt znamená nějakou trvalou ztrátu, ale nemoc znamená pouze přechodnou ztrátu nějaké funkce. Nemoc může způsobit v některých případech i trvalou ztrátu některé funkce. Bývá to po následcích nějakých těžších nemocí, chorob a zhmoždění mozku. (Langer, 1996)

Mentálně postižení jedinci mají zvláštní postavení mezi ostatními postiženými jedinci. A to z toho důvodu, že jejich defekt se týká psychické oblasti, která u ostatních typů postižení nebývá primárně poškozena.

U mentálně postižených je těžší hledat kompletační složky než například u sluchově, zrakově postižených jedinců. Čím hlouběji je psychika postižena tím horší je hledání kompenzačních možností. U mentálně postižených jedinců je nutné hledat kompenzační faktory ve sféře manuální činnosti. U lehké mentální retardace se objevuje motivační složka, motivace učení, zaměření se do budoucna a možnost formovat nějaký životní cíl, i když konkrétní a zaměřený spíše na materiální oblast života. (Langer, 1996)

Jednou z dalších kapitol, u které bychom se měli pozastavit je citová deprivace u lidí s mentálním postižením. Deprivace souvisí s nedostatkem vlivu z okolního prostředí. Pokud chybí sociální podněty jedná se o tzv. kulturní deprivaci. Paradoxně může vzniknout i deprivace z přesytení sociálních podnětů, která může taktéž narušit psychický vývoj těchto jedinců. Zůstává-li žák na základní škole, jsou na něj kladeny vysoké nároky, často jsou mu do denního režimu vkládány další výukové hodiny pomocí doučování a tím více úkolů je na toto dítě kladeno. Nejvhodnější pro tohoto žáka je přeřazení do speciální školy. Protože přetěžování takového žáka nevede k žádným kladným výsledkům, naopak to zhoršuje jeho psychický stav. Žák si vytváří silný odpor k učení, v němž nemá úspěch. Je trvale duševně traumatizován v důsledku frustrace.<sup>1</sup> U dítěte se tak projevuje potřeba vyhnout se tomuto negativnímu stavu což vede k agresivitě a nenávisti spojené s odporem přizpůsobit se prostředí. Mohou se objevovat neurotické stavy, které jsou spojeny se strachem, úzkostí, bojácností, vědomím bezmocnosti, také asociálním chováním. Bezmocnost a agresivita může být zaměřena dovnitř tj. ke svému já

---

<sup>1</sup> Pojmy kompenzace, frustrace a stres spolu často souvisejí, Kompenzace je náhrada chybějící nebo nedostatečné funkce jinou náhradní funkcí. Frustrace je konfliktový úzkostný stav, který vzniká tehdy, když se subjekt snaží dosáhnout uspokojení nějaké potřeby, ale do s emu stává takové překážky, které jsou pro něho nepřekonatelné. Stres neboli psychická zátěž je stav prožívání starosti, úzkosti, napětí a strachu při dosahování uspokojování nějaké potřeby jako cíle jednání, přičemž tento cíl je vzdálenější a může být ještě dosažitelný v budoucnosti, příp. ve vědomí subjektu existuje naděje, že cíle bude někdy dosaženo. Podobně jako frustrace e u stresu staví do cesty překážky, ale cíl nebývá dosažitelný.



a nebo navenek (napadá své okolí, spolužáky, dospělé, ničí předměty apod.) Z toho vyplývá, že u mentálně postižených může z přetěžování psychickými úkoly k větší desintegraci osobnosti. Jeden z hlavních retardačních činitelů psychického vývoje se uvádí citová deprivace. Ta se projevuje tím, že dítě v raném věku citově strádá. Mezi dítětem a rodiči se nevytvářejí normální kladné citové vztahy. Největší úlohu zde má matka, která v raném období poskytuje dítěti pocit bezpečí, ochrany a také kladné citové vztahy. Pokud je dítě vychováváno v ústavu je vystavováno větší možnosti citové deprivace. Takové děti se citově váží na jiné osoby, učitelé, vychovatelé. (Langer, 1996)

U mentálně postižených je citová deprivace velmi nápadná. Což může mít příčiny nejen v rodině, v zanedbávající výchově v důsledku nízké sociální i mentální úrovně. Také má deprivace příčiny v kolektivu zdravých dětí, které postižené dítě přehlíží a dávají mu najevo svoji nadřazenost. U mentálně postižených stojí v pozadí rozumová deprivace. Dále se objevuje deprivace sensorická – snížená funkce některých analyzátorů, bývají mírně postiženy zrak, sluch, bývá také postižena jemná motorika prstů a rukou. (Langer, 1996)

V odstavcích výše jsme si uvedli obecnou charakteristiku osob s mentálním postižením. Dále se budeme věnovat psychologické charakteristice těchto jedinců a jejich možnou či nemožnou vzdělavatelností.

## 2.1 Psychologická charakteristika lidí s mentálním postižením

*„ Za postižené ve smyslu pedagogickém se považují všechny děti, mladí lidé a dospělí, kteří jsou v učení, sociálním chování, v komunikaci a řeči nebo v psychomotorických schopnostech tak omezeni, že jejich spoluúčast na životě ve společnosti je podstatně ztížena. Proto vyžadují speciálně pedagogickou péči. “ (Vernooij in Ellingern in Pipeková, Stein 2005)*

Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou nastat případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, nejde u nich o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností při celkovém zlepšení stavu sama odezní.

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku. (Švarcová, 2000)

Pojmy mentální postižení a mentální retardace, jsou ve většině odborné literatury používána jako synonyma. Na základě dohody představitelů mezinárodních organizací pro pomoc osobám s mentálním postižením se nedoporučuje užívat označení „mentálně postižený/mentálně retardovaný člověk“, které se považuje za neetické. Organizace Inclusion International, dříve známá jako Mezinárodní liga asociací pro osoby s mentálním handicapem (ISLMH), doporučuje užívat označení **člověk** (dítě, mladistvý) **s mentálním postižením** (s mentální retardací). Tím má být vyjádřeno, že retardace je pouze jedním z mnoha osobnostních rysů člověka. (Švarcová, 2000)

## 2.2 Klasifikace mentální retardace

V roce 1992 vstoupila v platnost 10. revize *Mezinárodní klasifikace nemocí*, zpracována světovou zdravotnickou organizací (WHO) v Ženevě. Podle této nové klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií:

- 1) Lehká mentální retardace
- 2) Středně těžká mentální retardace
- 3) Těžká mentální retardace
- 4) Hluboká mentální retardace
- 5) Jiná mentální retardace
- 6) Nespecifikovaná mentální retardace

Charakterizujme si nyní postupně všechny stupně mentální retardace podle knihy autorky Švarcové:

### 1) Lehká mentální retardace IQ 50 – 69 (F70)

*„V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.“*

*„Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.“*

*„Hlavní problémy se u nich projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.“ (Švarcová, 2000, s. 27)*

Některé jedince, kteří se pohybují na horní hranici lehké mentální retardace, je možné zaměstnat, ale práci která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti.

*„Obecně jsou behaviorální, emocionální a sociální potíže lehce mentálně retardovaných a z toho plynoucí potřeba léčby a podpory bližší těm, které mají jedinci s normální inteligencí než se specifickým problémům středně a těžce retardovaných. Organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců, u mnoha však příčiny dosud zůstávají neodhaleny.“ (Švarcová, 2000, str. 28)*

U lehké mentální retardace se v různé míře mohou projevit i přidružené chorobné stavy. Například autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování, tělesné postižení.

*„Tato diagnóza zahrnuje:*

- *Slabomyslnost*
- *Lehkou mentální subnormalitu*
- *Lehkou oligofrenii (debilitu)“*

*(Švarcová, 2000, str. 28)*

## 2) Středně těžká mentální retardace, IQ 35-49 (F71)

*„U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (sebeobsluhy) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.“ (Švarcová, 2000, str. 28)*

Dále Švarcová uvádí, že v dospělosti jsou středně mentálně retardovaní schopni vykonávat jednoduchou manuální práci. Úkoly by měly být pečlivě strukturovány. Samostatný život je v dospělosti takřka nemožný. Dokáží navazovat kontakt, zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách. U těchto jedinců jsou podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří dosahují vyšší úrovně v senzo-motorických dovednostech než v úkolech, které jsou závislé na verbálních schopnostech.

Zatímco někteří jsou velmi neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace.

*„Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulaci a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.“* (Švarcová, 2000, str. 29)

*„U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie.“* (Švarcová, 2000, str. 29)

*„Tato diagnóza zahrnuje:*

- *Středně těžkou mentální subnormalitu*
- *Středně těžkou oligofrenii (imbecilitu)“*

(Švarcová, 2000, str. 29)

### 3) Těžká mentální retardace, IQ 20 – 34 (F72)

Tato kategorie je velmi podobná středně těžké mentální retardaci, pokud se jedná o klinický obraz, organickou etiologii a přidružené stavy. Mnohem výrazněji jsou v této kategorii snížené schopnosti, které již zmiňujeme ve skupině F71. Jedinci, kteří jsou začleněni do této kategorie trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami.

U těchto osob jsou možnosti výchovy a vzdělávání velmi omezené. Podle Švarcové však zkušenosti ukazují, že *„včasná systematická péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.“*

„Tato diagnóza zahrnuje:

- *Těžkou mentální subnormalitu*
- *Těžkou oligofrenii“* (Švarcová, 2000, str. 29)

#### 4) Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Jedinci s tímto stupněm mentální retardace jsou velmi těžce omezeni ve schopnosti porozumět požadavkům, instrukcím nebo jim vyhovět. Většinou jsou imobilní nebo výrazně omezeni ve svém pohybu. Vyžadují stálou péči a stálý dohled a to i při svých základních potřebách. Možnosti edukace jsou velmi omezené. To stejné platí i pro možnosti jejich výchovy.

*„Chápání a používání řeči je přinejlepším omezeno na vyhovění jednoduchým požadavkům. Lze dosáhnout nejzákladnějších jednoduchých zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na domácích a praktických úkonech a sebeobsluze. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zraku a sluchu. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště typický autismus.“*

„Tato diagnóza zahrnuje:

- *Hlubokou mentální subnormalitu*
- *Hlubokou oligofrenii (idiocii)“*

(Švarcová, 2000, str. 30)

#### 5) Jiná mentální retardace (F78)

Používá se pouze tehdy, pokud je stanovení stupně mentální retardace nesnadné nebo nemožné pro přidružené poškození, u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

## 6) Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Užívá se tehdy, pokud není možno zařadit pacienta do jedné z výše uvedených skupin.

V dnešní době se pojem **postižený člověk** stále více nahrazuje jinými termíny jako například **znevýhodněný člověk**, **jedinec se speciálními potřebami**, a to z několika důvodů. Především nastal posun ve formálně – právním posuzování postavení postižených. Postižení nejsou pouze předmětem začleňování do společnosti, přispívající k její celkové rozrůzněnosti. Postižení nejsou jiní, mají pouze v různých fázích svého života své **specifické potřeby**. Obsah pojmu **postižený** se rozšířil. V návaznosti na anglo-americký termín (special educational needs) se dává v Německu od poloviny devadesátých let přednost pojmu speciální vzdělávací potřeby (sonderpädagogischer Förderbedarf) před pojmem postižení (Behinderung). (Pipeková, 2006, str. 99)

### 3. Kombinované vady

Každá společnost má ve své kultuře určité standardy, stanovuje si ideály odpovídající potřebám dané kultury. Pro zdravého člověka je přijímání takových to norem, potřeb v kultuře samozřejmostí. Kultura je tedy to co říká, jaké věci jsou normální a které ne, ovlivňuje posuzování společenských jevů včetně jednotlivých členů společnosti. To co je pro společnost normální, se v průběhu vývoje společnosti mění. Jsou mezi námi lidé pro které tyto věci takovou samozřejmostí nejsou. Některé projevy, které společnost nechápe, jsou považovány za abnormální. Bývá tomu tak hlavně v případech kdy jsou na první pohled nápadné a snadno upoutají pozornost. O jedincích s postižením obecně platí, že jsou vnímáni jako někdo cizí. Někdo, kdo se odlišuje od toho co je normální.

Trvalé zdravotní postižení v podobě poškození organismu, negativně ovlivňuje schopnost existence člověka, ovlivňuje vyvíjené aktivity vůči okolí. Vše vede k negativnímu vztahu postiženého k prostředí, což s sebou přináší problémy psychologického a sociálního charakteru.

Emocionální postoj společnosti k postiženým jedincům je různý. Nazveme ho ambivalentním, obsahuje pozitivní i negativní citová hodnocení. Mnohdy se postoje mění. Můžeme zde také hovořit o předsudcích, stereotypech. K některým druhům postižení se ve společnosti zafixovaly negativní postoje, které se jen velmi těžko překonávají. Negativní postoje brání integraci těchto lidí do společnosti. Společnost v postoji k postižením jedincům má tendenci ke generalizaci, vidět všechny stejně, bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, které bezpochyby existují i ve skupině lidí s postižením. Důsledkem generalizace je, že se již v minulosti vytvořil negativní pohled na osoby s kombinovanými vadami. Tato skupina lidí s velmi vážnými problémy stála i v pozadí speciální pedagogiky. (Ludíková, 2005)

Vztah k postiženým jedincům ve společnosti je tedy výrazem tolerance, respektování odlišností a individuality. To vše je výrazem vnitřní kvality člověka. Bude – li společnost schopná překročit stereotypy, předsudky a



konvence vůči postižením lidem, nebo takový to člověk vnímám pouze pod zorným úhlem postižení.

Kategorie osob s kombinovanými vadami je ještě dnes považována za nejméně probádanou oblast speciální pedagogiky. (Ludíková, 2005)

*„V současném pojetí speciální pedagogiky, které se vymezilo na základě změn jejího paradigmatu, má oblast péče o osoby s kombinovanými vadami již jasně definované postavení. Dřívější koncepce, která vycházela z teorie profesora Slováka (1986) o primárním a sekundárním defektu, je již dnes překonána, a na jedince u kterých se současně vyskytují dvě a více postižení, není nahlíženo tak, jako by se jednalo o pouhý součet postižení, kdy lze využít kombinace speciálních metod a přístupů podle jednotlivých postižení.“* (Ludíková, 2005, str. 8)

Nejde tedy jen o sumarizaci daných postižení, ale jedná se o novou kvalitu, která vyžaduje nová pojetí a to ve všech směrech (koncipování edukačního procesu po stránce metodické a obsahové). V České republice se používají pojmy vícenásobné postižení, kombinované postižení, kombinované vady, na tyto pojmy je nahlíženo jako na synonyma, a tak jsou také užívány. Anglicky mluvící země používají slovo multiple handicap, může být přeloženo jako vícenásobně postižený. V německém jazyce pracují s pojmem schwerstmehrfachbehinderung (do češtiny přeloženo jako těžké/vícenásobné postižení). Naši slovenští sousedi operují s pojmy viaceré chyby a viacnásobné postihnutie. (Ludíková, 2005)

Při vymezování jednotlivých kategorií nastávají problémy. Lidé s kombinovanými vadami jsou velmi heterogenní skupinou, velmi obtížně se určují společné faktory pro dělení do jednotlivých kategorií.

*„Lányiová uvádí dvě kategorie, kdy do první skupiny řadí ty jedince, u kterých dochází k vrstvení postižení. Toto pojetí tedy vychází z primárního postižení, na které se nabaluje sekundární postižení, jež vzniká z návaznosti na problémy, se kterými se jedinec s postižením setkává v kontaktu se společností. Druhou kategorií vymezuje jako skupinu jedinců s více primárními postiženími, přičemž připouští, že v těchto případech*

*dochází ne k sumarizaci důsledků jednotlivých postižení, ale ke vzniku nové kvality.*“ (Ludíková, 2005, str. 10)

Někteří speciální pedagogové preferovali rozdělení podle druhu postižení. Vycházelo se ze základu mentálního postižení, ke kterému se přiřazovala další postižení. Například Jesenský v rámci třídění používal princip dominantního postižení:

1. *„ Slepohluchoněmota a lehčí smyslové postižení*
  2. *Mentální postižení s tělesným postižením*
  3. *Mentální postižení se sluchovým postižením*
  4. *Mentální postižení s chorobou*
  5. *Mentální postižení se zrakovým postižením*
  6. *Mentální postižení s obtížnou vychovatelností*
  7. *Smyslové a tělesné postižení*
  8. *Postižení řeči se smyslovým, tělesným a mentálním postižením a chronickou chorobou.* „
- (Jesenský in Ludíková, 2005, str. 11)

Ludíková ve své knize uvádí i dělení podle Vančové, které se při kategorizaci osob s kombinovanými vadami snaží vycházet z projevů a jejich dopadů do edukačního procesu a do procesu socializace. Vančová tak specifikuje dvě kategorie, lehce a více násobně postižení. Do kategorie lehce vícenásobně postižení *„jsou zařazováni ti jedinci, kteří na základě výchovy a vzdělávání v běžných či speciálních školách jsou schopni relativně samostatně zvládat běžný život, integrovat se do společnosti, do daných životních podmínek i prostředí a dosáhnout průměrnou kvalitu života. Mohou získat jistou kvalifikaci a jsou tak připraveni na pracovní zařazení, např. formou podporovaného zaměstnání apod.*“ (Vančová in Ludíková, 2005, str. 12)

*„Pod kategorií těžce vícenásobně postižených jsou začleňováni ti jedinci s kombinovanými vadami, kteří na základě speciální výchovy a vzdělávání jsou samostatně schopni zvládat pouze základní nebo elementární praktické životní situace, neobejdou se bez výrazné pomoci.*

*Komunikační proces je narušen a je nutné ho budovat na principech alternativní a augmentativní komunikace. Používání speciálních pomůcek se u této skupiny jeví jako nevyhnutelné. Všechny aktivity se uskutečňují na bázi individuálního přístupu, kdy celý tým pracovníků, kteří jsou s postiženým v kontaktu, se snaží, aby klient dosáhl maximální míry socializace, i když s vědomím, že tito jedinci vyžadují různé modely speciální péče a podpory po celý život.“ (Vančová in Ludíková, 2005, str. 12)*

Etiologie vad je díky velké rozmanitosti této skupiny velmi rozmanitá. Nelze jednoznačně určit příčiny, ale lze říci, že je možné je hledat v celém vývoji člověka, přičemž nejtěžší vady mají počátek již v prenatálním období. Nejčastěji se vyskytující etiologické faktory jsou genetické informace, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, mechanická poškození, nutriční činitelé, psychické faktory, fetální alkoholový syndrom, Downův syndrom apod. (Ludíková, 2005)

Velmi důležité v procesu socializace osob s kombinovaným postižením je komplexnost služeb. Tyto služby by měly být zajištěny v průběhu celého života člověka. Klíčovou roli sehrává včasnost odborné péče a odpovídající legislativa. Dále do klíčových faktorů patří poradenská péče, vytvoření odpovídajících podmínek pro edukační činnost, včasná socializace a zamezení izolace od okolního prostředí, fungování různých zájmových aktivit, fungující spolupráce všech zúčastněných včetně klienta. (Ludíková, 2005)

*„S rozvojem osobnosti jedince s kombinovanou vadou je spjat i termín výchovná rehabilitace, kterou lze chápat jako souhrn speciálněpedagogických postupů – intervencí, které jsou zaměřeny na jeho optimální rozvoj a v konečném důsledku na jeho socializaci.“ (Ludíková, 2005, str. 13)*

Výchovně vzdělávací cíle jsou zaměřeny na vybavení klienta adekvátním množstvím poznatků, návyků a dovedností, aby byl schopen zapojit se do běžného života. Rehabilitační stránka je zamřena

na psychiku, pracovní a sociální sféru. Odstranit či zmírnit nedostatky orgánů pomáhá reedukační péče a její postupy, kompenzační se soustředí na rozvoj činnosti náhradních orgánů nebo funkcí. V současné době se ukazuje jak velký význam má edukace postižených jedinců. V dnešní postmoderní době je to nezbytnost, bez které by tito jedinci jen těžko existovali mezi námi. To objektivně poukazuje na nutnost speciální péče pro osoby s kombinovanými vadami. Cíl edukace těchto osob lze charakterizovat jako maximální snahu rozvoje osobnosti každého jedince. Při tomto procesu musí být respektovány individuální potřeby vyplývající z charakteru kombinované vady. Výchovně vzdělávací proces by měl být realizován individuálním vzdělávacím plánem (dále jen IVP). Měl by na něm spolupracovat celý tým odborníků podílejících se na edukaci daného jedince. IVP by měl vycházet z důkladné znalosti stavu jedince, měl by velmi kvalitně konkretizovat krátkodobé i dlouhodobé cíle výchovně vzdělávacího procesu. Dále by měl obsahovat velmi detailně speciální vzdělávací potřeby klienta a naplnění těchto potřeb. V rámci IVP by se měly dodržovat obecně speciálně pedagogické zásady. Mezi nejdůležitější patří zásada individuálního přístupu, kdy respektujeme osobnost klienta, jeho rysy. Dalšími zásadami jsou zásada komplexnosti, názornosti, reflexnosti, cílevědomosti, trvalosti. (Ludíková, 2005).

K naplněním cílů edukačního procesu u lidí s kombinovanými vadami nemůže nikdy dojít, pokud nedojde k rozvoji komunikace. Za jeden ze základních úkolů je vytvoření podmínek pro komunikační možnosti každého jednotlivce. (Ludíková, 2005)

### 3.1. Individuální vzdělávací program

Obecnější podstatné myšlenky spojené s použitím individuálního vzdělávacího procesu velmi dobře popisuje výňatek z pokynu Ministerstva školství mládeže a tělovýchovy (MŠMT):

*„Je v kompetenci ředitele školy, aby pro dítě se specifickými poruchami učení byl vypracován pro kterýkoliv předmět příslušnými vyučujícími individuální vzdělávací plán, který se může radikálně lišit od výuky v daném postupném ročníku, přitom však bude poskytovat dítěti v příslušných předmětech ucelené a dítětem zvládnutelné základy. Individuální plány mají charakter smlouvy mezi vedením školy, vyučujícím(i) a rodiči dítěte; vypracovávají se krátce a rámcově v písemné formě. Výsledky se hodnotí slovně. Tento postup lze uplatnit na základní i střední škole.*

*Ve výjimečných případech nezbytného opakování ročníku umožní individuální učební plán využívat učiva již osvojeného žákem jako základu, který je dále rozvíjen a doplňován.*

*Je nezbytné, aby všechna navrhovaná pedagogická opatření byla projednána s rodiči žáka a jejich souhlasný či nesouhlasný názor byl respektován.,, (Z pokynu MŠMT č.j. 23 472/92-21 k zajištění péče o děti se specifickými vývojovými poruchami učení v základních školách in Mertin, 1995, str. 50)*

IVP stanovuje postup pro vzdělávání postiženého dítěte a nápravy těchto obtíží.

*„Přes poměrně dlouhou dobu fungování individuálních vzdělávacích programů se nedaří odstranit některé problémy.“ (Pyl a kol. 1988 in Mertin, 1995)*

S IVP pracují ve větší míře spíše speciální pedagogové, často se jedná jen o administrativní nástroj, jak získat souhlas rodičů o umístění dítěte a poskytování konkrétních služeb. Při vytváření IVP se na jeho vytvoření podílejí zejména: třídní učitel, případně učitel daného

předmětu (českého jazyka, matematiky), podle potřeby spolu s dalšími pedagogy, možné je řešit vznik IVP s výchovným poradcem a dalšími jinými odborníky (s lékaři, zákonnými zástupci dítěte, pracovníkem pedagogicko-psychologické poradny). V určité fázi je nutné dotvořit IVP se samotným žákem. Individuální vzdělávací program schvaluje ředitel školy. Velmi důležitá v jeho obsahu je náprava dané poruchy. V IVP by mělo být zakotveno, které speciální pomůcky potřebuje žák k nápravě. Důležitá je také evaluační stránka a kontrola výsledků. Výsledky IVP lze hodnotit a kontrolovat různě (subjektivním posouzením – rodiče, dítě, žák, učitel). V hodnocení plnění IVP lze také využít didaktických testů, které vytvoří učitel. Individuální vzdělávací program by měl být pokládán za předběžný, dokud nebyl projednán se zákonnými zástupci žáka. IVP je nutné zachytit v písemné formě, slouží nejen pedagogovi, řediteli školy ale i inspektorovi, pro pedagoga v následujícím ročníku, pro pedagogicko – psychologickou poradnu. K sestavování IVP je nutné vynaložit velké množství času, pouze ve spolupráci všech osob lze dospět k účinnému čerpání finančních prostředků. (Mertin, 1995)

Mertin ve své knize uvádí, co by měl IVP obsahovat:

(Wiederholt, Hammill, Brown, 1983 in Mertin, 1995, str. 53)

„ 1. Vytyčení cílů

*Je důležité určit, co je nutno žáka naučit, k čemu má být doveden, jaké jsou cíle pro nejbližší období. Cíle je potřeba formulovat maximálně konkrétně. Nevhodné by byly obecné formulace, například zlepšit čtení, dávat pozor.*

2. Postup a jednotlivé kroky

*V individuálním vzdělávacím programu se objeví i postupy, které nejsou mimořádné nebo speciální, ale reagují na zásadu, že žák je třeba učit vždy látku na té úrovni, kterou ještě zvládá. Pak se uvede například u žáka třetího ročníku cvičení fonematického sluchu, neboť*

*právě nedostatečně rozvinutý fonemický sluch je příčinou potíží v diktátech. Ovšem tato cvičení patří k rutinně profesionálně dobře prováděného metodického postupu výuky čtení. Individuální vzdělávací program by se tedy neměl omezit například pouze na procvičování měkkých, tvrdých souhlásek, trénink sečítání a odečítání přes desítku, ale musí obsahovat i faktické speciální postupy.*

*3. Metody a materiály potřebné ke zvládnutí*

*4. Motivační aspekty vzdělání*

*5. Metody a termíny ověřování výsledků* „ (Biehler, Snowman, 1990 in Mertin, 1995, str. 53)

Dále se zaměříme na jednotlivá kombinovaná postižení.

### **3.2. Somatopedie – tělesné vady**

Nejprve si definujeme, co je to somatopedie. Somatopedie je vědní obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Název oboru je složený ze dvou latinských slova *soma* (tělo) a *paideia* (výchova). (srov. Kábele, 1992 in Vítková 2006).

Tento vědní obor vznikl v roce 1946. Může se zdát, že tento obor vznikl poměrně nedávno, příčinou bylo mínění, že lidí tělesně postižení, nemocní a zdravotně oslabení nebývají tak často postiženi smyslově a rozumově. V některých zemích se ze zmiňovaného důvodu somatopedie neřadí do speciální pedagogiky. Jako studijní obor připravuje somatopedie speciální pedagogy na profesi učitele speciální školy nebo speciální třídy a to ve školách běžného typu. Dále také na profesi vychovatele ve speciálních zařízeních, poradenského nebo vědeckého pracovníka. (Milichovský, 2010)

Dnes se používá spousta jiných označení, než jen somatopedie. Známe termíny jako pedagogika tělesně postižených, pedagogika tělesně a zdravotně postižených. V německy mluvících zemích se používají názvy jako ortopedagogika, rehabilitační pedagogika, pedagogika tělesně postižených. Anglicky mluvící země dávají přednost názvu edukace žáků s tělesným postižením (Education of Students with Fysical Disability) nebo edukace žáků se specifickými vzdělávacími potřebami.

(Education of Students with Speciál Education Needs, srov.Vítková 1994, str. 26).

Společným znakem osob s tělesným postižením je omezení pohybu. Co se týká tělesného postižení tak postihuje člověka v celé jeho osobnosti, to se týká motoriky, vnímání, kognice a emoce jsou od sebe neoddělitelné. Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození (Gruber, Lendl 1992, str. 267 in Vítková 1999).

Lidé s omezenou pohybovou schopností, jiným vnějším klinickým obrazem mají ztížené sebeuplatnění, seberealizaci v sociální interakci. Musí se jednat o dlouhodobý nebo trvalý stav, narozdíl od přechodného onemocnění. Ne každé tělesné postižení musí být nutně spojené s postižením. (Vítková in Pipeková, 2006)

### **3.2.1 Klasifikace pohybových vad**

Za tělesná postižení se považují přetrvávající nebo trvalé nápaditosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na poznávací, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození (Gruber, Lendl in Vítková 1999; Vítková 2003, 2004; Vítková in Pipeková, 2006)

Všechny pohybové vady mohou být různého stupně. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace. (Vítková in Pipeková, 2006)



### **3.2.1.1 Tělesné oslabení**

Mezi školní populací je až 70% lidí s touto diagnózou. Projevuje se zvýšenou únavností při chůzi, sezení nebo stání. S těmito obtížemi se pojí i potíže dýchacího systému a zaostávají významné svalové skupiny. Další příčinu můžeme hledat i ve změněném životním stylu dětí, v menší pohybové aktivitě popřípadě v její jednostrannosti. (Milichovský, 2010)

### **3.2.1.2 Obrny centrální a periferní**

Týkají se centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Liší se od sebe rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy (částečné ochrnutí) a plégie (úplné ochrnutí). (Vítková in Pipeková, 2006, str. 171)

### **3.2.1.3 Vady páteře**

Mezi vady páteře patří skolióza, skoliotické držení těla, zvětšená hrudní kyfóza (hyperkyfóza), zvětšená krční lordóza, zvětšená bederní lordóza, nedostatečné zakřivení páteře, vnitřní nebo vnější bočitost kolen, plochá noha.

- Skolióza je patologické vybočení páteře doprava nebo doleva. Vzniká například špatným držením těla při sezení, při nošení břemen. Zde může zasáhnout učitel úpravou sezení žáka při práci ve škole.
- Skoliotické držení páteře se projevuje nesymetrickým obrysem těla s různou výškou ramena a lopatek.
  - Zvětšená hrudní kyfóza (hyperkyfóza) jedná se o ohnutí hrudní části páteře, odstáté lopatky a sevřený hrudník mezi rameny.
  - Vnitřní nebo vnější bočitost kolen je spojena se špatným postavením hlezenních kloubů. Negativně ovlivňuje postavení dolních končetin a pánve vyvracení kotníků směrem dovnitř.
  - Plochá noha projevuje se poklesem nebo až vymizením nožní klenby v podélném nebo příčném směru. Nepříjemnosti tato

vada dělá při delší namáhavé chůzi, někdy činí potíže i v klidové poloze. (Milichovský, 2010)

#### **3.2.1.4 Dětská mozková obrna (DMO)**

Patří mezi závažná postižení. Příčiny DMO v **prenatálním** období, jedná se o všechny infekce matky v pokročilých fázích těhotenství, oběhové poruchy matky, které mají za následek nedostatečné okysličování plodu, zejména jeho mozku tak zvaná fetální hypoxie. V učebnici Milichovského se uvádí zarděnky, toxoplazmóza, opar, toxické vlivy některých chemických látek, dědičnost.

Dále pak v období **perinatálním** – jedná se o nedonošenost, přenošenost, těžké komplikované protražované porody. V období **postnatálním** – všechny infekce zejména do šesti měsíců, vždy se jedná o postižení nezralého mozku.

V průběhu prvního roku života dítěte se teprve utváří klinický obraz DMO a neurology se diagnostikuje jako centrální koordinační porucha (CKP) a centrální tonusová porucha (CTP). Pro dětskou mozkovou obrnu je typické hybné postižení, tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči. (Vítková, 2006)

Klasifikace DMO podle charakteru tonusové a hybné poruchy (*podle Lesného 1998*)

Spastické formy:

- Diparetická (paraparetická)
- Hemiparetická
- Kvadraparetická

Nespastické formy:

- Hypotonická

- Dyskinetická (extrapyramidová)

### 3.2.1.5 Těžší druh DMO má čtyři formy

Diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou, hypotonickou, někdy se uvádí další forma dyskinetická, dříve nazývána extrapyramidová (Monatová 1994; Pipeková, Vítková 1994; Kábele 1986; Lesný 1987; Šlapal 1996; Vítková in Pipeková, 2006 ad.)

**Forma diparetická** – charakteristické je natažení dolních končetin v kolenou a pozicích chodidel do tzv. plantární flexe (špičkami dolů). Manipulace s končetinami je proti odporu. Onemocnění se projeví většinou po 5. měsíci života dítěte, kdy je zvyšován nárok na pohyblivost. Nejčastější příčinou tohoto typu DMO je krvácení do mozku u nedonošených dětí. Psychický vývoj zůstává nepostížený. K „normální“ hybnosti může dojít včasnou rehabilitací. Velké pozitivum je shledáno v tom, že intelekt zůstává zachován, což později vede k urychlení rehabilitace. Dítě má taky dobrou prognózu ve školní docházce. (Milichovský, 2010)

**Forma hemiparetická** – spastická obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla, zpravidla s převážným postižením horní končetiny, která bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata tak, že postižený došlapuje na špičku. (Říčan, Krejčířová 1997 in Pipeková 2006)

Nejčastěji je příčinou zásobování části mozkové hemisféry krví při neprůchodnosti tepny či zánětu. Mozková tkáň bez dostatku živin odumírá a postupně v průběhu hojení se mění v podobě dutiny nebo jizvy. Tato porucha není zjištělná v novorozeneckém věku. (Milichovský, 2010)

*„Kognitivní kapacita těchto dětí bývá lehce subnormální (průměrné IQ 90), při postižení pravé mozkové hemisféry s převahou verbální složky. V případě postižení levé hemisféry asi polovina dětí v podstatě nejeví žádné známky kognitivní poruchy u druhé poloviny dětí bývá inteligence snížena – nejčastěji do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65) bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou.“* (Říčan, Krejčířová 1997 in Pipeková 2006)

**Forma kvadruparetická** – „*Spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin (pokud vznikla zdvojením formy diparetické) nebo horních končetin (pokud vznikla zdvojením formy hemiparetické). Ze spastických forem je zde vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji obecně prognóza nejméně příznivá.*“

(Vítková in Pipeková, 2006, str. 172)

Milichovský dodává, že projevy tohoto typu obrny jsou rozmanité, mění se od hypotonie ke spasticitě. Dále informuje, že nositelé tohoto typu mozkové obrny jsou závislí na svých rodičích a blízkých a to i lehkých forem. Jejich výchova se zaměřuje především na sebeosbluhu a samostatnost. Výchovná i vzdělávací činnost je nutná a účinná. (Milichovský, 2010)

#### **3.2.1.6 Nespastické formy DMO**

**Forma hypotonická** – „*Chabá obrna, zpravidla výraznější na dolních končetinách. Vyskytuje se v kojeneckém věku, později asi kolem 3. roku, se mění ve formu spastickou nebo dyskinetickou*

(Kapounek 1988 in Pipeková 2006).

S touto formou DMO se pojí značná porucha duševního vývoje. Samotná existence u těchto lidí je možná jen zřídka. Výchovnou péči a rehabilitační péči shledávají jako příjemnou. (Milichovský 2010)

**Forma dyskinetická** – „*(Dřívější název je forma extrapyramidová) vyznačuje se nepotlačitelnými mimovolenými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volní pohyb. Jsou to pohyby atetoické, choreatické, balistické nebo myoklonické.*“ (Vítková in Pipeková, 2006)

Ve své učebnici Milichovský uvádí, že tento typ DMO „*je spojen s vůlí nepotlačitelnými a nekoordinovatelnými pohyby, které narušují normální hybnost. Rozsah a podoba pohybů jsou proměnlivé, většinou jsou pohyby pomalé, tzv. červovité.*“ K poškození dochází vlivem velmi těžké novorozenecké žloutenky, když mozek není dostatečně zásobován kyslíkem, nebo krvácením do mozku. Intelkt bývá dobrý. Potíže činí nácvik řeči. Ve školní praxi v některých případech není možný ani nácvik jemných

motorických funkcí díky špatné pohyblivosti, týká se to hlavně psacích dovedností. Problém se dá řešit speciálně uzpůsobenými psacími stroji a dalšími rehabilitačními pomůckami. (Milichovský, 2010)

### 3.2.1.7 Rozštěp páteře

Tímto postižením trpí 9% tělesně postižených, vzniká v prvních čtyřech až šesti týdnech těhotenství.

*„Při tomto postižení se jedná o porušení uzávěru embryonální medulární trubice (na určitém místě chybí obratel a meziobratlová ploténka. Na tomto místě potom dojde k porušení obalu míšního nervu, míšního moku a kůže k ochraně).“* (Milichovský, 2010, str. 40)

Rozštěp páteře se může vyskytovat v různých formách:

- 1) **Spina bifida occulta** – *„Rozštěp páteře, stav, kdy obratlové oblouky páteře zůstávají otevřeny. Malá štěrbin, na vnější kůži lehké tvoření jizev a ochlupení, žádná funkční porucha.“* (Milichovský, 2010, s. 40)
- 2) **Meningokéla** – *„Vrozený výhřez mozkových a míšních plet. Vychlipování mozkové pleny s likvorovou tekutinou, mícha normálně vyvinuta, nedochází k žádným motorickým, senzorickým výpadkům.“* (Milichovský, 2010, str. 40,41)
- 3) **Meningomyelokéla** – *„Výhřez části míchy a jejich obratlů z páteřního kanálu. Vychlipování mozkové pleny s likvorovou tekutinou a současně výhřez míchy avšak s intaktním pokrytím kůže. Dochází k motorickým a senzorickým výpadkům s poruchami močového měchýře a konečníku.“* (Milichovský, 2010, str. 41)
- 4) **Myelokéla** – *„Výhřez míšní tkáně, výhřezové vyklenutí části míchy z míšního kanálu. Nazývá se otevřená spina bifida, mícha leží volně bez překrytí kůží. V souvislosti tím dochází k obrnám, poruchy funkce močového měchýře a konečníku.“* (Milichovský, 2010, str. 41)

### 3.2.1.8 Epilepsie

*„Závažnou neurologickou poruchou, jejíž příčiny, projevy a především výchovná opatření by měly být učiteli známi, je epilepsie. Epilepsie je chronické onemocnění provázené nervovými záchvaty, jež jsou způsobeny poruchami v činnosti mozku, v němž dochází k náhlým výbojům nervových buněk. Záchvaty jsou buď generalizované, kdy patologické výboje zasahují plošně celý mozek a v důsledku toho dochází k mnoha projevům, které vyústí až ke ztrátě vědomí s pádem na zem a následným tonicko-klonickým křečím.“ (Milichovský, 2010, str. 40)*

Příčiny epilepsie se velmi různí. Jde například o zánik tlumivých neuronů s těžším nárokem na přísun energie v podobě kyslíku a cukru. Nebo se jedná o příčinu složitými změnami v organismu kde převažují dráždivé látky které způsobuje chemismus organismu. Některé případy nemoci jsou řešitelné operací, pokud je známé ohnisko této nemoci v mozku a její příčina. (Milichovský, 2010)

V knize od Pipekové v kapitole, kterou zpracoval Jiří Vítek, se uvádí, že: *„Epileptický záchvat je přechodný stav, který obvykle trvá vteřiny až minuty, je vyvolaný funkční poruchou mozku, jejíž příčinou jsou abnormní a excesivní výboje korových neuronů. Tato porucha se projeví změnou vědomí, příznaky motorickými, senzitivními, sensorickými nebo vegetativními. Uvedené příznaky se mohou objevovat jednotlivě i v různých kombinacích během téhož záchvatu. Jejich charakter závisí na lokalizaci způsobu šíření výbojů.“ (Hladač, 2003 in Vítek in Pipeková, 2006)*

### 3.3 Nové trendy v péči o tělesně postižené

Mezi nové trendy v péči o tělesně postižené patří například canisterapie, hipoterapie, arteterapie.

1) Canisterapie – Při této terapii dochází k léčebnému kontaktu mezi psem a člověkem. Pes působí blahodárně na duši nemocných, opuštěných či starých lidí. Terapie má buď formu individuální nebo skupinovou. Na tuto terapii se využívá řada plemen psů. U nás se návštěv psů věnuje Canisterapeutická společnost.

2) Hipoterapie – Jedná se o formu fyzioterapie prostřednictvím koně. Tato terapie se zaměřuje na pohybové poruchy. Senzorické impulsy ze hřbetu koně cíleně působí na klienty s poruchou hybnosti nebo poruchou držení těla. Hipoterapie je významnou složkou v neurologii, ortopedii a v interním lékařství. Klient je v průběhu léčby kontrolován odborným lékařem.

Rozlišují se dva základní proudy: *terapie uměním* kde se klade důraz na léčebné účinky tvůrčího potenciálu a *artpsychoterapie* kde jsou výtvořky a výsledky tvorby psychoterapeuticky zpracovávány. (Milichovský, 2010)

### 3.4 Smyslové vady

#### Tyflopédie

Speciálně pedagogický obor, který se zabývá výchovou, vzděláváním a rozvojem osob se zrakovým postižením. Název tohoto oboru je tvořen z řeckého slova *oftalmos* – oko a *paidea* – výchova. Častým názvem tohoto oboru je v české republice užívaný pojem **tyflopédie**, tento název tvoří řecké slovo *tyflos* – slepý. Kategorii lidí se zrakovým postižením ale neprezentují jen lidé nevidomí. Což vedlo k terminologické změně směrem k oftalmopedii. V současnosti jsou

tyto dva názvy synonymy. (Květoňová – Švecová, 2000 in Pipeková, 2006)

Tyflopedie spolupracuje s přírodovědnými i společenskými obory jakými jsou například oftalmologie, pediatrie, neurologie, psychiatrie, pedagogika, filozofie, psychologie, sociologie. (Nováková in Pipeková, 2006)

### **3.5 Zrakové postižení, příznaky, zrakové vady**

Zrakové postižení znamená sníženou schopnost přijímat vizuální informace. Tato schopnost je ztížena, omezena. U nevidomých lidí je tato schopnost plně vyloučena. Člověk se zrakovou vadou je svým handicapem ovlivněn i po stránce psychického vývoje a tato vada ovlivňuje i celou jeho osobnost. Zároveň má úplné nebo částečné dopady na fyzický vývoj jedince.

Britská odbornice v oboru oftalmopedie sestavila po dlouholetých zkušenostech s vyučováním zrakově postižených žáků tři okruhy indikací, které mohou pedagogům pomoci rozpoznat zrakovou vadu žáka:

✓ Vzhled očí – zdravé oči jsou jasné a rovnovážně postavené. Symptomy prozrazující nějaké abnormality jsou následující – či slzí, jsou zakalené, zanícené, nebo krvavé. Dále pokleslá, zamhouřená víčka na jednom či obou očích, nechtěné oční pohyby – horizontální i vertikální směr. Mrkání nebo časté tření si očí při jasném světle může být u dětí symptomem. Dítě může v očích pociťovat neustále prach, nečistotu. (Nováková in Pipeková, 2006)

✓ Další příznaky – Dítě při četbě pohybuje spíše hlavou než očima, používá buď velmi krátkou, nebo dlouho čtecí vzdálenost. Při soustředění na vizuální podněty dítě často naklání hlavu, nebo se cítí



nepohodlně. Dítě má špatnou koordinaci pohybů, pohybuje se nešikovně, naráží do předmětů na boku nebo u nohou. Bojí se výšek a má špatnou rovnováhu, nezapojuje se do venkovních aktivit. Stává se, že žák nereaguje na dotazy nebo příkazy, dokud není osloven jménem. Při práci na blízko si zakrývá jedno oko nebo otáčí hlavu tak, aby se díval jedním okem. (Nováková in Pipeková, 2006)

✓ Příznaky při vyučování – většina vyjmenovaných symptomů se může objevit i u dětí bez zrakové vady. Špatná koncentrace žáka, nedokáže se soustředit po delší časový úsek. Dítěti dělají problémy úkoly, které se zaměřují na koordinaci oko – ruka. Objevit se mohou i problémy při psaní a čtení jako jsou například zaměňování písmen, velké mezery mezi slovy, písmo může být malé nebo svažující se, nedodrží řádky. Dítěti dělají problémy zápisy na tabuli a něco z tabule přečíst. Žák může číst pomalu a používá prst, aby udrželo oči na řádku. Při činnostech, které vyžadují, aby dítě mělo dítě zavřené oči, se může projevovat neklid a nezájem. (Nováková in Pipeková, 2006)

### **3.5.1 Klasifikace osob se zrakovým postižením**

Pro speciální pedagogiku je důležitá doba vzniku a příčina vzniku (etiologie) poruchy. Vady následně dělíme na vrozené a získané. Získaná vada působí, jako trauma mění situaci k horšímu. Tato varianta je subjektivně větší zátěží než vada vrozená, která pro dítě neznamena žádnou určitou ztrátu. Na druhé straně je vrozená vada větší zátěží pro psychický vývoj dítěte. Dítěti chybí určité zkušenosti, jeho rozvoj je pomalejší. Pro sebepojetí rodičů je ale lepší později získaná vada, protože nepůsobí takové znehodnocení rodičovského statusu. (Nováková in Pipeková, 2006)

Hledisko etiologické rozlišuje osoby se zrakovým postižením s poruchou orgánovou a funkční. Orgánová vada znamená, že porucha zasahuje zrakový orgán buď, jako celek nebo jeho jednotlivé části a nebo oslabuje výkon, pak se jedná o vadu funkční. *„Nejčastěji prezentovaným a důležitým kritériem pro vzdělávání je stupeň zrakové vady. Při této diferenciaci se vychází z vizuálních potenciálů člověka, především ze stavu vizu / zrakové ostrosti a zachovaného rozsahu zorného pole.“* (Nováková in Pipeková, 2006)

Stupně zrakových vad jsou následující:

- Slabozrakost
- Zbytky zraku
- Nevidomost
- Poruchy binokulárního vidění

V odborné literatuře můžeme zaznamenat dělení jen na tři základní kategorie: nevidomí, slabozrací a jedinci s binokulárními poruchami.

Slabozrakost – *„Je charakterizována jako nevratný pokles zrakové ostrosti na lepším oku pod 6/18 až 3/60 včetně. Nebo je zorné pole zúženo na 20 stupňů bilaterálně bez ohledu na centrální zrakovou ostrost. Z praktického hlediska je slabozrakost dělena do dvou stupňů – **lehká (do 6/60), těžká (pod 6/60 do 3/60 včetně)**. K problémům se sníženým vizem se přidružují problémy s poruchami zorného pole, objevují se skotomy (výpadky) v zorném poli.“* (Nováková in Pipeková, 2006, str. 232, 233).

Slabozrakost se také projevuje sníženou nebo zkreslenou činností zrakového analyzátoru obou očí a omezením a deformací zrakových představ. Úspěšné práci ve škole napomáhají speciální učební pomůcky, různé texty a učebnice se zvětšeným textem, zrakový výcvik. Zraková práce u těchto dětí je založena na zrakové hygieně, která je založena především na větší světelné intenzitě a využití kompenzačních pomůcek, jakou jsou různé druhy lup. (Nováková in Pipeková, 2006)

Nevidomost – „ *Je ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 až světlocit. Rozlišuje se nevidomost **praktická**, jež je vymezena poklesem zrakové ostrosti v rozmezí 3/60 až 1/60 včetně nebo jako poškození zorného pole v intervalu 5 – 10 stupňů a nevidomost totální. **Totální slepota (amaurosa)** nastává při poklesu centrální zrakové ostrosti pod 1/60 – světlocit, nebo se pohybuje mezi zachovalým světlocitem s chybnou projekcí a ztrátou světlocitu.*“ (Nováková in Pipeková 2006, s. 233)

Nevidomí lidé mají velké problémy se získáváním informací z okolního světa zrakovou cestou a převážně k tomuto využívají kompenzační smysly. Nevidomost ztěžuje samostatný pohyb a prostorovou orientaci. Speciálně – pedagogický proces je proto postaven tak, aby rozvíjel ostatní smysly. Ke čtení a psaní používají zrakově postižení lidé Braillovo písmo. Toto písmo se skládá z kombinací šesti bodů. Jednotlivá písmena tvoří vytlačení jednotlivých bodů. Pro psaní Braillova písma využívají nevidomé osoby Pichtův psací stroj. Celkem se tato abeceda skládá z 63 kombinací.(Nováková in Pipeková 2006)

### 3.5.2 Etiologie zrakových vad

„*V České republice je kolem 60 000 těžce zrakově postižených osob všech věkových kategorií, z toho 17 000 velmi těžce.*“ (Nováková in Pipeková 2006, str. 235)

Příčiny vad lze rozdělit podle vlivů prenatálních, perinatálních, postnatálních. Další skupinu tvoří zrakové vady získané během života.

U výskytu zrakových vad v období prenatálním hraje velkou roli dědičnost. Zejména u diagnóz jako je achromatopsie, aniridie, atrofie svalového nervu, degenerativní onemocnění sítnice, vrozeného šedého a zeleného zákalu, těžké krátkozrakosti a při zákalu rohovky. Ke vzniku retinopatie nedonošených může vést působení různých exogenních

faktorů tj. teratogenů už v průběhu gravidity, při porodu, či v časném období po něm. (Nováková in Pipeková, 2006)

*„ Teratogeny v podobě infekčních onemocnění mohou mít v průběhu prvních měsíců těhotenství za následek také vznik postižení celého očního bulbu apod.“* (Nováková in Pipeková 2006, str. 235)

## 4. Základní školy speciální

*„Z hlavního proudu školství se v tomto století systematicky vydělovaly děti, které neměly normální nadání, ale vzhledem k jejich postižení bylo třeba vzdělávat je jinými metodami (děti s vadami zraku, sluchu, řeči, tělesně postižené), eventuálně měly výrazně změněné nadání (děti mentálně postižené, děti nadané) a bylo třeba jim upravit množství látky. Speciální školy nabízejí svým žákům upravený vzdělávací program. V průběhu vývoje školských systémů je věnována stále větší a systematictější pozornost dětem s jemnými odchylkami ve vývoji.“* (Matějček in Mertin, 1995, str. 25)

Speciální školství má u nás již mnohaletou tradici. Pro péči o hluchoněmé vznikl v roce 1786 Ústav pro hluchoněmé v Praze v Hradčanech, v roce 1807 byl zřízen Ústav pro slepé dále ústavy pro tělesně postiženou mládež v roce 1889 (Vincentinum), 1910 v Liberci a Jedličkův ústav v Praze 1913. (Kábele in Mertin, 1995).

První, tehdy ještě s názvem pomocná škola, pro slabomyslné žáky byla otevřena v roce 1896. (Kábele in Mertin, 1995).

První dyslektické třídy vznikly teprve na přelomu padesátých a šedesátých let v Brně. Podobně na tom byly třídy pro děti trpící lehkou mozkovou dysfunkcí (dnes se již tento název nepoužívá, tuto poruchu charakterizuje zkratka ADHD), třídy byly zřízeny v roce 1964 – 1965 v Brandýse nad Labem. Až vyhláška o základních školách umožnila vznik speciálních tříd. *„Nejzávažnější změnu představuje vytváření předpokladů pro integraci postižených jedinců do hlavního proudu školství (mainstreaming). Plnou integraci postižených žáků mezi zdravé vrstevníky umožnily změny předpisů po roce 1989.“* (Mertin, 1995, str. 25)

Kategorie zdravotně postižený žák byla v našem školství jasně zakotvena. Určily se skupiny dětí, které do této kategorie spadají. Další změnou ve speciálním školství je, že se vytrácí pojem nevzdělavatelné dítě. Implicitně přijímáme, že každé dítě je vzdělavatelné. Co se týká

finančních prostředků pro školy, jsou přidělovány podle počtu a druhu postižených vyvolává potřebu nově definovat péči o tyto děti. Tento ekonomický princip a další nové přijímané předpisy rozšiřují hranice péče o postižené jedince (pedagogické, sociální, psychologické). Při plánování péče o postižené jedince mají ekonomické aspekty velmi významnou roli. V každé společnosti je určena míra prostředků na péči o postižené děti. Je logické, že zvyšování finančních prostředků umožní zkvalitnění diagnostiky a to povede k většímu zájmu učitelů, rodičů, aby dítěti byla přiřazena příslušná diagnostická kategorie. (Mertin, 1995)

Roku 1989 došlo v našem školství k rozšíření poradenských služeb pro postižené jedince a mládež, byla vytvořena síť speciálně pedagogických center při speciálních školách, pozvolně vznikají nestátní pedagogicko-psychologické poradny, školy spolupracují s více odborníky, do pomoci dětem se přidávají i různá občanská sdružení. (Mertin, 1995)

## 5. Autismus

Málo kdo ze široké veřejnosti znal v minulých letech tento název. Co si pod ním máme představit? Koho prezentuje? Jaké problémy se pod tímto zvláštním názvem skrývají? Pojďme si alespoň stručně, nejen na tyto otázky, odpovědět.

Odpověď na otázku: „*Co je to autismus?*“ musíme hledat hlavně v medicíně. „*Nejčastěji se používají kritéria Světové zdravotnické organizace ICD – 10 (International Classification of Disease, desátá verze) (WHO, 1987) a DSM – IV (Diagnostic Statistical Manual, verze čtyři, vydaná Americkou psychiatrickou asociací) (APA, 1994).* (Peeters, 1998, str. 9)

Zakladatelem autismu byl Leo Kanner (1894 – 1981), byl dětský psychiatr, autor osmi knih a více než třiceti odborných statí. Byl prvním redaktorem časopisu „*Journal of Autism and Childhood Schizophrenia.*“ V roce 1924 emigroval do USA, později zde získal státní občanství a studoval. Roku 1928 dostal příležitost vzdělávat se v oboru psychiatrie a získal stipendium. Začal se věnovat psychologickým principům zacházení s dětmi a bylo mu nabídnuto místo v Harriet Lane Children's Home pro postižené děti. Roku 1935 napsal vůbec první publikaci svého druhu v angličtině. (Vocilka, 1995, str. 7)

Autistické postižení je v DSM – IV definováno takto:

„*A. celkově zahrnuje šest symptomů skupin 1, 2 a 3, z toho nejméně dva symptomy skupiny 1, nejméně jeden symptom skupiny 2 a nejméně jeden symptom skupiny 3.*

*1. Kvalitativní postižení v sociálních vztazích je manifestováno nejméně dvěma následujícími prvky:*

*a) Výrazné postižení v používání různorodého neverbálního chování (oční kontakt, výraz obličeje, tělesné postoje, pozice a gesta) pro regulaci sociálních vztahů.*

- b) *Neschopnost rozvíjet vztahy s vrstevníky na odpovídající vývojové úrovni.*
- c) *Výrazné postižení v oblasti sdílení radosti s jinými lidmi.*
- d) *Deficit v sociálně – emočním chování.*

*2. Kvalitativní postižení v oblasti komunikace, projevující se nejméně jedním z následujících kritérií:*

- a) *Opoždění nebo úplná absence vývoje řeči (není doprovázeno snahou kompenzovat toto postižení gesty či jinými typy komunikace).*
- b) *Výrazné postižení ve schopnosti iniciovat nebo pokračovat v konverzaci s ostatními navzdory existenci adekvátní řeči.*
- c) *Stereotypní a repetitivní použití jazyka nebo idiosynkratického<sup>2</sup> jazyka.*
- d) *Dítě není schopno si spontánně hrát ani imitovat ve hře sociální situaci tak, aby to odpovídalo jeho věku,*

*3. Omezené, stále se opakující a stereotypní vzorce chování, které se manifestují alespoň jedním z následujících kritérií:*

- a) *Výrazné zaujetí při jeden nebo více stereotypních omezených zájmů, které je abnormální co do intenzity zaměření.*
- b) *Zřetelná nutková adherence<sup>3</sup> k nefunkčním rutinám nebo rituálům.*
- c) *Stereotypní motorické manýry (např. plácání, třepání prsty či rukama nebo pohyby celým tělem).*
- d) *Trvalé zaujetí pro určité části předmětů.*

---

<sup>2</sup> Idiosynkrasie je podle internetového slovníku cizích slov svérázný prvek v projevu jedince ; jeho chování ostře ho odlišující od ostatních jedinců; pudový odpor k něčemu, někomu; (med.) přecitlivělost, nesnášení některých léků  
<[http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi\\_slovo=idiosynkrasie&typ\\_hledani=prefix](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=idiosynkrasie&typ_hledani=prefix)>

<sup>3</sup> Adherence znamená přilnavost  
<[http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ\\_hledani=prefix&cizi\\_slovo=adherence](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=adherence)>



*B. Abnormální vývoj před dosažením třetího roku, který se manifestuje jako zpožděný nebo abnormální nejméně v jedné ze tří oblastí:*

*(1) v oblasti sociální interakce, užití jazyka odpovídá sociálnímu rozvoji dítěte v sociálním vývoji, (2) v oblasti jazyka používaného v sociální komunikaci, (3) v oblasti symbolické a imaginativní hry.*

*C. Nepoužívat pro Rettův syndrom, desintegrační poruchu v dětství a Aspergerův syndrom. „ (Peeters, 1998, str. 9, 10)*

Donedávna bylo podle epidemiologických výzkumů pět z deseti tisíc dětí postiženo autismem. Nyní se ale čísla vyšplhala na dvacet z deseti tisíc dětí a mládeže a to podle definice výchovně- vzdělávacích nikoli medicínské. (Peeters, 1998)

Autismus je zařazen do pervazivních vývojových poruch mezi mentální retardaci a specifické vývojové poruchy. Slovo pervazivní znamená, že bylo zasaženo něco hluboko v člověku. Zasahujete celou osobnost člověka. (Peeters, 1998).

Dalo by se říci, že dítě postižené autismem „zakoplo“ na prvním stupni svého životního schodiště. Některé z funkcí jsou zachovány (percepce vizuální, sensorická, motorická – zpěv, chůze.) ale tyto jednotlivé funkce nejsou integrovány. Autistické děti nechápou, že oni sami zpívají apod. Někteří z pozorovatelů těchto dětí trpících autismem tvrdí, že základem autistického vývoje je podvědomý strach. Jestliže se ocitne v situaci, kdy nemůže vyhovět požadavkům okolí, ve svém hlubokém strachu musí přeci něco dělat. Tyto děti mají zafixovanou odpověď „Ano“. Je to vlastně stereotypie v jejich chování, kterou vyvolávají situace, které navozují pocit strachu. (Novotná, 1998)

Dvojslovné pojmenování (pervazivní porucha) autismu je mnohem výřečnější, než samotný jednoslovný název – autismus, vystihuje mnohem lépe podstatu poruchy. Postižení mají celou řadu problémů v oblasti komunikace, sociálních vztahů, imaginace, mají těžkosti s pochopením toho, co vidí a slyší, pak slovo autistický znamená v omezeném slova smyslu „obrácený do sebe“. (Peeters, 1998)

U mentální retardace jsme si již řekli, že vývoj je pouze pomalejší, jeho mentální věk je nižší než věk chronologický. U vývojových poruch je vývoj pomalejší a zároveň jiný v některých oblastech schopností. „*Jestliže „kvalitativní postižení“ je přítomno ve více oblastech, hovoříme o „pervazivní vývojové poruše“.* (Peeters, 1998, st. 11)

„*Termínem kvalitativní postižení rozumíme skutečnost, že toto postižení není jen v pomalejším vývoji (jako u mentální retardace) nebo v sekundárním postižení (smyslové, motorické).*“ (Peeters, 1998, str. 11)

Nejdůležitější charakteristikou pervazivní vývojové poruchy je to, že dominantní postižení se skládá z poruch kognitivních funkcí (jazyka, motoriky a sociálních dovedností). Velmi důležité je, že autismus již není zařazen do skupin mentálních onemocnění, psychóz. Roku 1970 začal vycházet první časopis o autismu. Původně se jmenoval Autismus a dětská schizofrenie později byl název změněn na Autismus a vývojové poruchy. Termín *duševní choroba* označuje, že prvotní terapií je ta psychiatrická. Teprve po úspěchu psychiatrické léčby se věnuje pozornost nějaké speciální formě výchovy a vzdělávání. U pervazivních chorob je speciální vzdělávání prioritou. U autistů s nadprůměrnými intelektovými schopnostmi, kteří si uvědomují své postižení je psychiatrická léčba nevyhnutelná. Konfrontace s jejich bezmocností u nich vyvolává deprese, s kterými pomůže právě psychiatr specializovaný na autismus. Významný rozdíl je mezi duševní poruchou a duševním onemocněním, na jejichž konci stojí cíl aplikované terapie. Člověk, který je duševně nemocný byl někdy předtím „normální“. Cílem terapie tedy je, aby byla zase „normální“. U autismu je ale tato potucha nevratná, trvalá. Cílem terapie je, rozvíjet všechny schopnosti a tím připravovat jedince s autismem na dospělý život a co největší možnost integrace do společnosti. Díky této definici autismu, kterou psychiatrie potvrdila, mohou psychiatři daleko lépe pomáhat najít vhodný systém péče, poskytovat specializovanou péči. (Peeters, 1998)

## 5.1 Děti s autismem a rodiče

Je zřejmé, že pracovat s autistickým dítětem se musí co nejdříve. Jak tedy rozpoznat projevy autistického dítěte co nejdříve?

Mezi časné projevy autismu patří například, že se dítě nikdy nenaučilo sát z prsu, proto musely pít z lahve. Jakoby těmto dětem vyhovoval co nejmenší tělesný kontakt. Matky získávají pocit selhání, že nedovedou své dítě nakojit. Dalším a velice častým příznakem je, že se dítěti nelíbí dotek. Odmítá jakoukoli formu doteku, jakoby ztuhne, nechce se nechat chovat apod. Oční kontakt úplně chybí. Děti s autismem se neumí smát do věku 8 až 10 let, nebo naopak některé děti se smějí pořád, ale úsměv nemá význam komunikace. Dalším problémem je nespavost. Tyto děti jsou spokojené sami se sebou, ponechané v postýlce si hrají se svými prsty nebo s jedním předmětem (jejich hra je upnuta jen k tomu jednomu předmětu). Jejich způsob hry je stereotypní, například stále točí jen jedním kolečkem hračky. Věc se stává zesilovačem jejich uzavřenosti do sebe. Dále chybí schopnost sdílet pozornost k nějakému předmětu nebo jevu spolu s jinou osobou. Mnoho z těchto dětí se naučí chodit v pozdním věku, je to způsobeno jejich strachem, nechutí a nedostatkem vůle chodit. Z autistických dětí se velmi rychle stávají děti, které si podmaní rodiče, kteří pro ně udělají naprosto vše, jen proto, aby nenarušili jejich rituály, návyky a systémy. Narušení rituálů většinou vede k agresivní reakci. Proto je nutná včasná spolupráce s odborníky, institucemi, psychology a speciálními pedagogy. (Novotná, 1998)

Nutnou složkou spolupráce s rodinou je, aby si instituce vyjasnila názor, se kterým bude přistupovat při spolupráci s rodinou dítěte. Velkým problémem institucí bývá malý počet pracovníků odborného personálu. Velmi nutná je těsná spolupráce všech členů kolektivu a přesně vypracovaný pracovní rozvrh, což umožňuje spolupráci s rodinou. (Novotná, 1998)

*„Hranice možností pedagoga často prochází těžkou zkouškou a reakce mohou být různé:*

- 1) Jak bych reagoval, kdyby se rodiče chovali agresivně?*
- 2) Jak bych reagoval, kdyby rodiče po celou dobu návštěvy plakali?*

3) *Jak se zachovám, budou-li se rodiče vzájemně obviňovat?*“ (Novotná, 1998, str. 26)

Tyto a mnohé jiné otázky si pedagog klade velmi často. I jako profesionál nemusí umět vše, ale musí se umět opřít o své kolegy z jiných odborných odvětví. Nejvíce ze spolupráce s rodiči získáme, když se hned ze začátku postavíme k sobě jako rovní partneři. Respekt ke znalostem a zkušenostem toho druhého je nezbytný. Iniciativou mohou být schůzky s rodiči při kávě, kde se diskutují společné otázky a poslouchá se přednáška pozvaného odborníka. Dalšími momenty, které jsou přínosné pro rodiče, bývají návštěvy pedagoga v domácím prostředí. Tyto návštěvy většinou trvají hodinu a půl. Rodiče by také měli mít možnost zúčastnit se výuky, alespoň na půl dne. V situacích spolupráce s rodiči by mělo být zřejmé, že každý má svou roli. Pedagog by měl zůstat pedagogem a nezastávat funkci rodičů, vychovatele. Mohlo by to pro něj mít vážné důsledky. Proto se klade důraz na spolupráci s psychology, sociálními poradci, specializovanými rodinnými poradci atd. (Novotná, 1998)

Dalším spojovacím článkem, pomocníkem může být stanovení tzv. kontaktní osoby. V Dánsku tato praxe funguje již 20. let. Cílem práce této osoby není navázat citovou vazbu, ale zprostředkování nabídek z okolního prostředí. Úkolem takové osoby je zprostředkování důvěry dítěte pomocí struktury v jeho životě. Děti s autismem potřebují pozitivní zážitky v kontaktu s dospělými. Musí poznat dospělého člověka i v konfliktních situacích, jelikož z domova jsou většinou zvyklé, že se rodiče snaží těmto situacím předcházet. Pracovní úkoly kontaktní osoby jsou následující:

- „ zprostředkování jistoty a důvěry pro dítě
- blízký kontakt a spolupráce s rodiči
- praktické úkoly, jako je obnovování šatníku, transport dítěte apod.“ (Novotná, 1998, str. 22)

Kontaktní osoba musí znát své dítě co nejpodrobněji. Dalo by se konstatovat, že kontaktní osoba je advokátem dítěte, vždy zastupuje jeho zájmy při jakékoli spolupráci (s odborníky, rodinou). Na kontaktní osobu jsou

kladeny velké požadavky, proto je nutná pravidelná kontrola odborným poradcem. (Novotná, 1998)

Celá řada rad rodičům i těch samozřejmě dobře míněných, způsobí zmatek. Ani sami odborníci totiž nejsou někdy o autismu dostatečně informováni. Takoví specialisté nemohou rodičům nijak pomoci. Rodiče jsou nuceni chodit od jednoho odborníka k druhému. Hledají patřičné vysvětlení či radu. Někteří z rodičů si dokonce sami udělají diagnózu, je to velmi zoufalá situace. Někteří profesionálové se ve spolupráci s rodiči snaží o nápravu tzv. pokaženého dítěte. Pomoci se dá ale jen když je známa podstata problému, když ani profesionálové ani rodiče nerozumí „proč“ často to vzdají. (Peeters, 1998)

Nový přístup k autismu jasně hovoří o tom, že tyto děti se liší. Liší se od dětí s psychologickými problémy, od dětí s opožděným vývojem řeči, od dětí neslyšících. Autistické děti potřebují jiný způsob výchovy a péče, tradiční speciální výuka pro ně není dostatečně speciální. Péče, která tyto faktory nerespektuje, nevyhnutelně narazí na poruchy chování, kterým nebude rozumět. (Peeters, 1998, str. 16,17)

## 5.2 Od teorie k výchovně – vzdělávací intervenci

V péči o postižené jedince se setkáváme s pojmy, jako jsou léčení, výchova, výuka. Léčením se však nemyslí tělesné, ale psychické. (Novotná, 1998)

Pervazivní vývojová porucha – autismus potřebuje celoživotní specializovaná opatření. Poskytnout péči například člověku mentálně postiženému pouze do určitého věku a dále se mu již nevěnovat, je nemyslitelné.

Americký program TEACCH ( Treatment and Education Autistic and related Communication handicapped Children) slouží jako model pro rodiče i profesionály. Tento program je pro specialisty, pedagogy, rodiče určitým modelem. Je to výchozí bod pro kontinuitu péče o postižené bez rozdílu věku, hloubky postižení či inteligence. (Peeters, 1998, str. 17)

Vocilka ve své knize uvádí, že program TEACCH je zredukovaný soubor informací. Předkládá rámcový program školení, přednášek, seminářů, tak jak byl připraven Střediskem pro školení autismu, který vycházel z filozofie programu TEACCH. (Vocilka, 1995, str. 8)

Pojďme se teď ubrat směrem k učení a motivaci těchto dětí a k samotnému vzdělávání.

O dětech s autismem se obecně hovoří jako o dětech, které ke vzdělávání nemají moc kladný vztah, nemají motiv. Zaměřují se spíš na své stereotypy, jako jsou bizarní pohyby a naprosto ignorují své okolí. (Vocilka, 1995).

Práce s jedním autistickým dítětem vyžaduje velmi mnoho času. Optimální je poměr jedno dítě = jeden pedagog. (Novotná, 1998)

Motivace dítěte k činnostem hraje významnou roli. Mezi motivaci nemusí patřit jen sladkosti, které jsou oblíbené. Ale dítě, které nereaguje na tento motiv, musíme naučit na jiný způsob odměny. Můžeme jako odměny, které jsou pečlivě zahrnuté do výchovně-vzdělávacího plánu, použít lechtání, objímání, pochvalu, přestávku v práci nebo možnost se věnovat své oblíbené

hře. Někdy je možné využít i velmi neobvyklých prostředků jako je hudba, vibrující nebo blýskavé světlo, je možné dítěti na krátkou chvíli dovolit dělat jeho stereotypní činnost, kterou má rádo. Používáme ale tyto věci jako nástroj motivace jen v počátcích učení. Výsledky učení bývají lepší, jestliže je proces edukace integrován do celého řetězce, než kdyby probíhala izolovaně.

(Př. učíme-li dítě slovu dům, spojíme toto slovo s obrázkem domu. Jestliže dítě toto slovo zvládne, necháme ho chvíli si s obrázkem hrát. Slovo bublina, pokud se ho naučí, spojíme ho například s bublifukem.) Povzbuzující prostředky musí být spjaty se žádoucím chováním. Je vhodné stimuly obměňovat, používat více druhů. Vše musí mít řád a patřičnou strukturu. (Vocilka, 1995)

Struktura vzdělávání je velmi důležitá. Tím, že strukturu vytvoříme, podle které každý den postupujeme, zbavujeme tak dítě strachu. Dítě potřebuje dostatek času na každý úkol. Často se může zdát, že snaha pedagoga nemá žádné reakce od dítěte. Je potřeba vytrvat. Dítě někdy reaguje způsobem, který my za reakci nemusíme považovat. Aktivity artistického dítěte by měly být stavěny na rytmu. Rytmičké aktivity děti těší. Rytmem může dítě poznat, co zažívá jeho tělo, předmětů a osob kolem sebe. Snažíme se, aby poznalo svoje vlastní „tělesné já“. Například mezi rytmické aktivity může patřit hypoterapie, tedy jízda na koni. Děti tyto aktivity velmi těší a povzbuzují k sociálnímu kontaktu. Nejprve je potřeba začít s obrázkovou předlohou koní a stájí, pak je možné navštívit jezdeckou školu a nakonec se dítě může na koni svést. Tato a jiné aktivity staví na rozvíjení samostatnosti. Musíme zopakovat, že jedna osoba by měla mít na starosti jedno dítě. Pokud se podaří umožnit dítěti jakoukoli novou zkušenost, můžeme se přiblížit k dílčímu cíli. Čím je dítě starší, očekáváme od něho, že se naučí více a bude toho více zvládat, než skutečně dokáže. Ale samotné dítě si svoji situaci možná dokáže uvědomit a proto je ještě více frustrováno. Může docházet k častějším záchvatům strachu, které mohou přecházet až do agresivity. (Novotná, 1998)

Musíme dítěti pomoci pochopit okolní svět. Proto je nutné aktivity spojovat se symboly. Některým dětem chybí řeč, ale pomocí gest dokáží sdělit co si přejí. (Novotná, 1998)

*„Je dokázáno, že autisté mají velkou pasivní zásobu slov, spojenou se svými představami.“ (Novotná, 1998, str. 8)*

Další důležitou složkou je rychlost. Zdá se, že většině autistických dětí vyhovuje rychlejší tempo výkladu s krátkými pauzami. Je také vhodné věnovat se více tématům v jedné vyučovací hodině než pouze jednomu. Méně rigidní způsob je lepší a efektivnější. (Vocilka, 1995)

Naopak Novotná ve svém výtahu z knihy „Pedagogika – Autizmus“ od Bente Gad Johansenové uvádí, že: *„Například při práci s autistickým dítětem se nikdy nesmí pospíchat, znalostem je ho třeba učit po malých krůčcích, a vše, o co dítě projeví zájem, má svůj význam. Pedagog musí mít schopnost dítě vyslechnout, tím není myšlena slovní komunikace, vždyť u řady dětí s autizmem řeč chybí, ale umět je „vyslechnout“ jejich formou komunikace. Je nutné podporovat každý náznak iniciativy, kterou dítě projeví. Opět záleží na pedagogovi, jak je schopen pochopit i nepatrnou iniciativu dítěte. Například když dítě jde z vlastní iniciativy k oknu a otevře ho, je lepší chvíli snést trochu průvanu, než ihned jít a okno zavřít, a tím ukázat, že se nám jeho iniciativa nelíbí. Pedagog by nikdy neměl pracovat sám, ale v týmu odborníků. A samozřejmě spolupracovat s rodiči.“ (Novotná, 1998, str. 20,21)*

### **5.3 Řeč a jazyk**

Vývoj řeči je založen na úrovni citového vývoje. Každou iniciativu dítěte musíme podporovat. Znamená to, že se dítě chce pustit do něčeho neznámého. Dítě, pokud samo od sebe začíná formulovat slova, snažíme se ho podpořit dalšími věcmi, jako říkadly, rýmy, písničkami a vším co má formu a pravidla. Vývoj dítěte je pak závislý na tom, zda se podaří rozvinout schopnosti dítěte, které mu jdou nejlépe, tyto schopnosti pak zaměřit na pracovní úkoly. (Novotná, 1998)

Lidé s autismem nechápou symboliku řeči, mají specifické problémy s analyzováním abstraktní sluchové informace. U dětí s dysfázií používáme v komunikaci způsob, který je pro ně snazší (pomocí vizuálních pomůcek). Děti postižené vrozenou dysfázií nejsou postižené v oblasti analýzy sociálních



vztahů. Na druhé straně děti s autismem nemají problémy pouze ve slyšení za doslovnou informací, ale také ve vidění za danou informací. Proto jim také pomáháme vizuální podporou. (Peeters, 1998)

Vizuální podpora může lidi s autismem osvobodit od základních problémů (obtíže s abstrakcí, souslednost v čase). Theo Peeters ve své knize uvádí názorný příklad: „*Příklad, který uvádím, je vzpomínka na to, jak jsme se učili řídit auto. Pro děti s autismem je mytí stejně široký a vágní pojem, jako pro nás tenkrát byla myšlenka na řízení auta. Instruktor musí celý proces rozdělit do několika jednotlivých kroků a ty musíme provádět v určitém stanoveném pořadí. Zaprvé dát klíče do startéru, pak zapnout motor, pak nasměrovat auto správným směrem... Instruktor vysvětluje postup krok za krokem a my rozumíme jeho jazyku, jeho verbální instrukce slouží jako verbální podpora naší činnosti.*“ (Peeters, 1998, str. 76)

Jako kompenzace řady základních problémů, které s sebou přináší autismus, slouží augmentativní systémy, systémy vizuální podpory, které používáme jako prostředky osvobození. Shrňme je tedy:

„1) *Vše, co je abstraktní, lze učinit konkrétnějším pomocí obrázků, náčrtů, nebo předmětů, které jsou méně abstraktní a tedy méně odtažité od toho, co je viděno doslovně, což je základní problém lidí s autismem. Platí to všeobecně, nejabstraktnější úroveň není obvykle ta nejlepší, nejlepší je taková úroveň, na které se mohou pohybovat nezávisle.*“

2) *Tímto způsobem s postiženými můžeme komunikovat o věcech, které jsou jinak nepochopitelné. Pro ně je to skutečná komunikace. Mluvení je stříbro, ale zviditelnění věcí je zlato.*“

3) *Vizuální podpora je učí vyrovnávat se se změnou, činí jejich věci flexibilnější. Je snadnější přijímat změny, jestliže je můžeme vizuálně znázornit. Často to není samotná změna, které je problémem, je to nemožnost ji předvídat.*

4) *Vizuální pomoc zvýší úroveň nezávislosti.*

5) *Čím jsou postižení nezávislejší, tím méně selhávají v životě, tím menší problémy mají s chováním.*

6) *Čím méně stereotypní jsou vzorce chování, díky větší možnosti různorodých činností, tím se zdají lidé s autismem normálnější a tím větší je šance jejich společenské integrace.*

7) *To, že jsou při různých aktivitách méně závislí na ostatních, přináší jim různé výhody (pro některé učitele ne vždy přijatelné). Často závidí na pomoci určité osoby do té míry, že pokud tato osoba odejde nebo se změní prostředí, je to katastrofa. Jestliže dosáhnou pomocí vizuální podpory určité nezávislosti, pak si tyto vizuální pomůcky mohou vzít do nového prostředí a změna prostředí je méně šokující.*

8) *Občas jsou postižení „ztraceni v čase“. Jednotlivé zprostředkující kroky neřeší jen problém koncepce, ale současně problém následnosti, zařazení jednotlivých kroků do celkového rámce.*

9) *Tímto způsobem mohou mnozí uniknout hlavnímu problému, kterým je pasivita, jež často vyplývá z nedostatku pomoci, aby byli schopni seberegulace (jejich verbální paměť je nedostatečně rozvinuta).“ (Peetrs, 1998, str. 76,77)*

V dnešním výchovně vzdělávacím procesu oceňujeme snahu vyjádřit se, sama plynulost řeči je až druhotným znakem. Dříve tomu bylo jinak. Snažili jsme se o co nejzřetelnější výslovnost a odměňovali jsme pokaždé výkon, který musel být lepší než ten předchozí. Cílem je, aby dítě chtělo komunikovat. Významné studie v této oblasti pochází od Koegela a jeho kolektivu spolupracovníků, kteří vyvinuli Návod pro učení přirozenému jazyku

( The Natural Language Teaching Paradigm) dále jen NLTP. V tomto programu je ukázáno, že pro dítě lze nalézt celou řadu předmětů k manipulaci s nimi.

Dále lze využít různých podpůrných prostředků pro přirozenou oblast komunikace mezi dítětem a dospělým. NLTP integruje vyučovací proces do vzájemných vztahů mezi učitelem a dítětem. Práce Koegela a jeho spolupracovníků dokázala, že se s pomocí programu NLTP zvýší jazykové schopnosti, ale také nepotlačí nevhodné destruktivní chování dítěte. Techniku NLTP mohou využít i rodiče, kteří si musí osvojit čtyři základní principy:

- 1) Povzbuzovat dítě ke komunikaci a to za každou cenu
- 2) Rodiče se musí naučit, jak se zapojit do hry dítěte a jak využít stimulujících prvků.
- 3) Obměňování prvků ve hře zaměřené na jedno téma.
- 4) Důležitým momentem je, aby rodiče dovolili dítěti spoluvytvářet hru. (Vocilka, 1995)

Důležitý také je výběr hraček pro postižené děti se zaměřením na autismus. Hra je člověku přirozený proces a to již od doby kdy samo lidstvo existuje. Ve hře se člověk snaží rozumět okolnímu světu, tvoří mezilidské vztahy. Hra je spontánní činnost se svobodným sebeuplatněním. Má svůj řád, není libovolnou činností, probíhá v určitém čase a vymezeném prostoru, má pravidla. Výrazně se hra uplatňuje v dětství, zejména do šesti let věku. Dětská hra je závislá na materiálních podnětech – hračkách. Důležité jsou hračky, které odpovídají fyzickému vývoji a celkové úrovni a podněcují tak všestranný vývoj dětí. Těchto aspektů by si měli být vědomi nejen rodiče, ale i pedagogové, kteří hračkami vybavují školu. (Vocilka, 1995)

Hraje si každé dítě, zdravé, či postižené. Hra je pro nemocného člověka naprosto nezastupitelná, vyrovnává jeho duševní stav. Hračky u dětí s postižením slouží jednak k volné hře a také jsou využívány lékařem, vychovatelem a jako léčebný prostředek. Děti s mentálním postižením si

hrají v průměru méně než zdravé děti. Postižené děti si hrají stereotypně, jejich hry se neobměňují. Děti nenavazují s předmětem žádné vztahy. Obtížný bývá přechod od her funkcionálních ke hrám úlohovým. Důležité je, aby se dítě naučilo říkat „já“, potom může napodobovat formy chování ostatních. Dalším faktorem pro postižené děti a jejich hru je výběr hračky. Co se týká materiálu volíme hračky z látek (pocit tepla). Používání hraček postiženými dětmi klade větší nároky na trvanlivost hraček.

(Vocilka, 1995)

Děti s poruchami zraku potřebují hračky, které co nejvěrněji napodobují obraz skutečnosti (tvar, barva, hmatová mnohostrannost). Děti poruchami sluchu využívají velmi široké škály hraček pro děti zdravé. Specifickou funkci zde plní hračky se zvukovými podněty (umožňují rozvíjet sebenepatrnější zbytky sluchu). Děti s poruchami řeči potřebují hračky podporující správné dýchání a podněcující k vyjadřování. Hra je využitelným prostředkem i pro děti s poruchami chování (zlozvyky, bojácnost, sociální maladaptace). (Vocilka, 1995)

U dětí s autismem využívám například závěsné hračky. Tyto hračky vzbuzují nejprve vizuální zájem, později se dítě samo podílí na činnosti s nimi. Dále využíváme obrázkové knížky, moderní technologie jako je iPad, tablet, notebook kde se dají pro děti nahrát speciální vzdělávací programy, se kterými si autistické děti velmi rády hrají. K rozvíjení řeči pomůže telefon. Pro motoriku jsou vhodné stavebnice, lego, barevné dřevěné kostky a podobně. (Vocilka, 1995)

Většina dětí trpících pervazivní vývojovou poruchou autismem, neumí najít souvislosti mezi věcmi. Mají pocit, že většina věcí, jenž se jim v životě dějí, jsou neočekávaná náhoda. Tuto náhodu nemohou ovlivnit. (Peetrs, 1998)

## **5.4 Sociální interakce**

Slovo autismus ještě stále působí u veřejnosti zmatek. Mnozí si syndrom autismu pojí se syndromem uzavřenosti. Přesto, kdo čte definici

autismu pečlivě, dojde k závěru, že uzavřenost není nezbytností v charakteristice autismu. Mnozí lidé s autismem trpí tím, že jsou „sami“. Osamělost autistů je něco jiného, něco co přesahuje emocionální význam tohoto slova tak jak jej známe. (Peeters, 1998)

Autističtí lidé mají obtíže „se čtením“ emocí, intencí<sup>4</sup> a myšlenek. Ve většině případů jsou tito lidé tzv. myšlenkově slepí nebo sociálně slepí. Nemají nebo mají jen velmi málo rozvinutou schopnost uvažovat o myšlení druhých lidí. Jsou pravým opakem psychotiků, kteří vidí myšlenky a záměry úplně za vším, autisté neberou na vědomí ostatní, což je spíše problém kognitivní inflexibility. (Peeters, 1998)

Novotná ve svém výtahu z knihy Bente Gad Johansenové uvádí příběh paní Bente: „ *K mému odbornému zázemí patří soužití s chlapcem, těžce uzavřeným vůči jakémukoliv kontaktu, s těžkými problémy ve výuce, a s minulostí, prožitou v devíti různých ústavech do jedenácti let. Pak žil u nás doma po dobu pěti let. Tento chlapec mě naučil to, co se nedá nastudovat z knih. Během těch pěti let, plných požadavků a konfliktů, jsem se naučila znát sama sebe jako osobnost a jako pedagoga, a hlavně jsem poznala své vlastní hranice. Časem jsem chlapce naučila mluvit tak, že mi mohl povědět myšlenky, které ho ovlivňovaly, a kterým říkám „začarovaný kruh“. Podle mých zkušeností je důležité tento kruh odhalit, abychom porozuměli těm, kdo jsou uzavřeni do sebe, a jsou plni následujících pocitů:*

*STRACH – nepochopitelný a zdánlivě neodůvodněný, ale pro člověka, žijícího ve své uzavřenosti, je závažnou součástí jeho života plného bolesti.*

*CHAOS – vnitřní silná difuznost, kde chybí přehled, a chaos spolu se strachem převeze moc nad osobností.*

*CHYBĚJÍCÍ SMYSL PRO REALITU – ochromující pocit, nepochopitelný, který poznáváme podle chování, v reakcích násilí, buď proti sobě*

---

<sup>4</sup> Intence – tvůrčí záměr, úmysl, cíl

Dostupné z: [www:< http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intence>](http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/slovo/intence)

*nebo jiným.*

*SLABOST EGA – vlastní já je velmi oslabené. Tyto pocity, převládající v osobnosti, jsou příčinou, že svět je chápán zkresleně, nerealisticky a vzbuzuje strach. V tomto začarovaném kruhu posiluje jeden negativní pocit druhý. Je potom pochopitelné, že si dítě samo nalézá „únikové ventily“, jako jsou mánie, rituály a bizarní nápady a chování.“ (Novotná, 1998, str. 10, 11)*

Již rané sociální interakce jsou odlišné. Paradoxně sociální vztahy, které jsou pro zdravé děti radostné a uspokojivé, přináší pro autisty jistou hrozbu. Hrozba přináší dítěti podráždění a vyvolává pocit izolace jako jistou formu obrany. Tyto reakce má za následek rozdílná biologická výbava dítěte s autismem spojená s rozdílným kognitivním stylem. To je důvod toho, že dítě reaguje podle okolního prostředí divně na podněty mazlení, úsměvu, očního kontaktu, vyjádření náklonnosti pomocí slov. Poruchy komunikace, sociálních vztahů a představivosti jsou spolu často provázané. (Peeters, 1998)

Zhruba před dvaceti lety zavedly dvě ženy Lorna Wignová a Judith Gouldová rozdělení dětí s autismem do podskupin. Podskupiny jsou tři: 1) uzavření 2) pasivní a 3) aktivní, ale zvláštní. Děti, které byly hodnoceny jako uzavřené, měly problémy s chováním, což svědčilo o jejich malém sociálním uvědomění. Problémy se u nich projevují nekontrolovatelným vztekem, kousáním, bitím, škrábáním, sebepoškozováním, bezcílným bloumáním, vřeštěním, pliváním či špiněním věcí, stereotypní chování – pozorování pohybu prstů, mávání pažemi, kývání tělem sem a tam. Děti patřící do druhé skupiny, tedy pasivní děti se chovají obvykle velmi dobře, dokud není nijak narušena jejich denní rutina, které důvěřují. Hra se skládá z lehké nápodoby hry jiných dětí. Postrádá spontánnost. Děti ze třetí skupiny aktivní ale zvláštní, mají širokou škálu sociálně motivovaných problémů. Problémy jsou spojeny s nedostatkem sociálního vědomí. Mnohé

z těchto dětí dávají přednost opakujícím se činnostem (stavění imaginárních silnic, mostů, hry na „něco“). Opakující se činnosti bývají později nahrazeny abstraktnějšími zájmy. Je jasné, že toto rozdělení nesmíme brát doslovně, protože děti mohou být doma např. aktivní, ale zvláštní a ve škole pasivní. (Peeters, 1998)

L.Wignová učinila ve své studii závěr: *„Děti s triádou postižení v oblasti komunikace, sociálních vztahů a představivosti se pravděpodobně rodí bez schopnosti a nebo jen s omezenou schopností porozumět a vytvářet normální druh specifických zvyků. Nemají také schopnost vnímat své okolí, uvědomovat si, že lidské bytosti jsou extrémně důležité a jsou to potencionální partneři v procesu sociálních interakcí, pro porozumění a používání verbální a neverbální komunikace a pro symbolickou „předstíranou“ hru. Typické repetitivní chování dětí s autismem možná nahrazuje rutinu a cílevědomou činnost.“* (Wignová in Peeters, 1998, str. 90)

## 6.Kasuistika

### 6.1. Případová studie

Rodinná anamnéza:

Jméno: Filip, 7 let

Postižení: středně těžké až těžké mentální postižení, opožděný vývoj řeči, dětský autismus

Sestra: Zuzana, 14 let

Matka: Hana, 37 let

Otec: Jiří, 42 let

Bydliště: Karlovarský kraj

Vývoj Filipa od jeho narození byl velmi odlišný na rozdíl od jeho sestry Zuzany. Filípek se jevil jako velmi neklidné plačící dítě. Nebyl pozorován oční kontakt ani reakce na řeč a jiné zvukové projevy rodičů. Jevil se velmi lekavým a úzkostlivým dojmem. Měl malý zájem o podněty ze svého okolí, jako například hračky, chrastidla, zvukové předměty, mluvená řeč.

V batolecím věku se začaly projevovat záchvaty křiku, vzteku. Byla vyzorována častější manipulace s prsty dítěte s točivými či hýbajícími se předměty, které Filipa uklidňovaly. S věkem dítěte bylo obtížné pracovat mimo jeho zaběhnutý a navyklý režim, každá změna, která se ho týkala ho přiváděla k záchvatovitým stavům, až do sebepoškozování. Rodina docházela na pravidelná neurologická a psychologická sezení, která postupně stanovila diagnózu dětský autismus.



Sama matka absolvovala kurz VOKS (výměnný komunikační systém), který rozšířil její vědomosti a umožňoval zlepšení komunikace se svým synem. Rodina si zvykala na zavedený pravidelný denní režim, podporovaný vizualizací a strukturovaným učením. Postupně rodina spolupracovala se speciálně pedagogickým centrem. Pracovala na domácím denním rozvrhu, který byl vytvořen pomocí piktogramů a znaků pro každý den v týdnu. Filip se postupně učil ukazovat v daném dnu, co ho čeká a co bude následovat. Naučil se tolerovat určité výjimky a malé změny. Velmi důležitým krokem matky v jeho dalším vývoji bylo předcházení jakéhokoli záchvatovitého stavu. Rodina upřednostňovala klidné a pohodové zacházení a jednání před křikem a hněvem.

### **6.1.1 Osobní anamnéza**

V 5 letech byl zapsán Filip do mateřské školy, kde mu byla dána k dispozici asistentka pedagoga. Za velké podpory rodiny a pedagogů Filip zvládal docházku do školky pomalým, ale přizpůsobivým tempem. Rodina nabízela školce materiální podporu v podobě pomůcek pro autisty (navlékadla, pexesa, skládanky, knížky s dinosaury apod.) Filip docházku do školky absolvoval dva roky po sobě z důvodu odkladu povinné školní docházky. Ve druhém roce školky se Filip začal pomalu orientovat pomocí piktogramů a znaků, posloupnosti denního režimu. Zlepšil mírně koncentraci pozornosti. Pedagogové pracovali na zmírnění projevů sebestimulačního chování. Filip se projevoval i kývavými pohyby, pobíháním po třídě a přilnutím k jednomu předmětu – dinosaři. Všichni se pokoušeli o to, aby se začal zajímat o další činnosti a předměty ve třídě školky. Velký hluk a rachot způsobovaly zacpání uší rukama. Filip vyžadoval klidnější prostředí a často se uchyloval na místo, kde bylo málo dětí. Docházku absolvoval čtyřikrát v týdnu zhruba po 3 hodinách denně. Komunikoval zlepšeným očním kontaktem, opakováním slov, mimikou a gesty. Prvkům denního režimu se byl schopen naučit. Po docházce do mateřské školy byl zapsán do základní školy speciální.

### 6.1.2 Metody a formy práce

Na základě vypracovaného odborného integračního posudku a zdravotního kombinovaného postižení byl Filip vřazen do základní školy speciální - prvního ročníku. Mezi podpůrná opatření jeho vzdělávání patří i přiřazení asistenta pedagoga a tvorba individuálního vzdělávacího plánu. Třída pracuje s omezeným počtem žáků (4 – 6) s dopoledním režimem, kterému Filip postupně přivyká a seznamuje se s novými spolužáky, kteří mají jinou kombinaci postižení. Spolupráce s rodiči je nadále nutná promyšlí se individuální postup při vzdělávání a vybírají se vhodné kompenzační pomůcky. IVP se zpracovává podle potřeb žáka s podporou augmentativní a alternativní komunikace. Po dohodě s rodiči se nespolehnáme pouze na vytvořený režim piktogramy a znaky ale zaměřujeme se na podporu řeči jinými dostupnými prostředky.

Mezi výchovně vzdělávací cíle patří zejména integrace žáka do kolektivu dětí v neznámém prostředí školy, zapojení Filipa do režimu třídy s minimální účastí na společných programech a projektech. Neméně důležitá je socializace žáka, kde upřednostníme účast na sebeobsluze (svlékání, oblékání oděvu, nazouvání a zouvání bot, hygienické návyky, stolování, úprava oděvu, příprava na vyučování, úklidové činnosti).

Vzdělávání Filipa probíhá podle nového školního vzdělávacího programu pro základní školu speciální – díl. 1. Vyučovací hodiny jsou uspořádány do bloků podle potřeb žáka, kde střídáme pracovní a odpočinkové chvíle s příhodnou pomůckou a materiály. Docházka do školy je upravena na doporučení odborných pracovníků na tři hodiny denně pod dobu pondělí – čtvrtek. Hlavním důvodem je kombinované zdravotní postižení žáka, nové prostředí a kolektiv, do kterého Filip dochází.

Vzdělávání je podporováno řadou kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, didaktických materiálů, které mu usnadňují výuku (rehabilitační míčkový bazén, gymnastické balóny, rehabilitační pytel, válenda k odpočinku, názorné materiály a pracovní listy, pomůcky na rozvoj jemné

a hrubé motoriky, počítačové výukové programy, logopedická cvičení, prostředky na podporu rozvoje porozumění řeči a slovní zásoby). Výuka je velmi zdárně podporována používáním nového komunikačního prostředku – iPadu. Filip aktivně ovládá výukové programy zaměřené na rozšíření učebních osnov podle IVP. Formou her doplňovaček, skládanek, grafomotoriky apod. Pracuje samostatně podle jednoduchých pokynů, procvičuje alternativní způsoby čtení, psaní a počítání a obohacuje poznatky předmětu věcné učení. Logopedická prevence probíhá i v rámci práce s iPadem, kde je možno utvořit speciálním programem skupiny žáků, předmětů z jeho okolí. U Filipa převládá globální metoda výuky čtení s poznáváním písmen abecedy.

Neméně důležitá je podpora pracovních a sociálních dovedností v rámci celého kolektivu třídy a zapojení do běžných dopoledních činností a tím zmírňování sebestimulačního chování Filipa. Pokládáme jednoduché a srozumitelné pokyny s jednoduchým a názorným výkladem. Využíváme strukturované učení a vizualizace a navykáme Filipa na individuální práci s asistentem pedagoga. Filip je nucen se postupně naučit tolerance k ostatním spolužákům, kteří mají různá kombinovaná postižení a individuální přístupy v hodinách výuky. Účastní se ranního a komunitního kruhu, v němž poznává jmenovitě spolužáky a přivyká na pravidelnější režim třídy.

Obsah individuálního vzdělávacího plánu, náplň učiva je zpracována na základě doporučení speciálně pedagogického centra, se kterým během školní docházky rodiče pravidelně spolupracují. Rodina s Filipem dojíždí i do organizace APLA, kde odborní poradci zpracují posudek na další vzdělávání žáka a doporučení pro třídního učitele. V případě zhoršení zdravotního stavu Filipa či nevyhovujícím IV plánu se rodiče obrací na psychiatry, psychology, neurology a jiné odborníky z řad lékařů.

### **6.1.3 Obsahové rozvržení učiva**

Zpracováno podle platného školního vzdělávacího programu přizpůsobeného psychickým a fyzickým možnostem a potřebám žáka. Mezi vyučovací předměty jsou zařazeny předměty:

- a) na podporu rozvoje komunikace - Čtení, Řečová výchova, Divadýlko
- b) na podporu rozvoje psaní – alternativní metoda psaní hůlkovým písmem – Psaní
- c) na podporu rozvoje matematických a geometrických vědomostí – předmět Matematika, Základy geometrie, Informatika
- d) předměty podporující poznávání okolního světa – Věcné učení, Výchova ke zdraví
- e) předměty rozvíjející estetické citění a vztah k umění – Výtvarná výchova, Hudební výchova
- f) předměty podporující fyzickou aktivitu žáků – Tělesná výchova
- g) předměty rozvíjející pracovní a sociální dovednosti – Pracovní výchova

Učební plán byl vytvořen na základě Rámcového vzdělávacího programu pro vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením – první díl.

#### **6.1.4 Hodnocení žáka**

U Filipa převažuje slovní hodnocení, které motivuje žáka a rodiče k dalšímu vzdělávání v základní škole speciální. Individuálně používáme motivační obrázky nálepky a jiné doplňkové předměty pro zvýšení motivace. Chválíme slovem a výsledky hodnotíme v žákovské knížce oblíbeným obrázkem dinosaura či razítkem. Konzultujeme IVP a vyhodnocujeme v každém pololetí úspěchy či neúspěchy Filipa. Do pracovních listů a sešitů si Filip sám nebo s dopomocí asistenta pedagoga nalepuje jeho nejoblíbenější obrázky se zvířaty.

### **6.1.5 Spolupráce rodiny a školy**

Rodina se velmi aktivně spolupodílí na vzdělávání Filipa, zajímá se o vypracovaný individuální vzdělávací plán a pravidelně konzultuje výsledky jeho práce s třídním učitelem a speciálně pedagogickým centrem. Speciální pomůcky na výuku rodiče Filipa zapůjčují do třídy, kde s nimi mají možnost pracovat ostatní žáci. Na programech a aktivitách třídy se účastní podle možností.

Spolupráce rodiny a školy plně přispívá k rozvoji žáka Filipa. S ohledem na jeho zdravotní postižení je vhodně integrován do skupiny žáků, kde se spolupodílí na dodržování dopoledního režimu třídy a pokračuje v dalším vzdělávání.

## 7. Závěr

Teoretická část mé bakalářské práce mi rozšířila vědomosti a poznatky o historickém vývoji zdravotně postižených jedinců. V současné době je věnována maximální péče a podpora lidem s handicapem jak v oblasti sociální tak vzdělávací. Neziskové organizace a spolky začleňují tyto skupiny obyvatelstva do volnočasových aktivit, sociálně terapeutických dílen, chráněných bydlení s danými potřebami.

Plnění školní docházky a dosažení základů vzdělání u žáků s autismem je další krok k jejich socializaci v dospělém světě lidí. Osvojení sociálních a pracovních dovedností některým z nich umožňuje začlenit se a být potřebným pro jiné. Rodina byla a bude stálou součástí těchto jedinců, pro které je nezbytnou součástí života a jistoty. Není sporné, aby naše společnost podporovala rodiny dětí a mladistvých s postižením a vždy jim umožnila vývoj a růst ve vlastní rodině.

Též jsem si potvrdila, jak důležité jsou volnočasové aktivity a podpora vztahů s institucemi a rodinou. Nedostatky jsem zaregistrovala v prvotních informacích a ranné péči u dětí, které se nevyvíjí běžným způsobem. Podporovala bych větší informační kanály z pozice pediatrů a jiných odborníků k časnému začlenění všech dětí s kombinovaným postižením do odpovídajícího institutu (školky, přípravné stupně základní školy speciální).

Bakalářská práce mě motivovala k dalším činnostem v občanském sdružení. Svě nově nabyté poznatky uplatním ve své další pedagogické praxi a následujícím magisterském studiu.

## Literatura

1. DOLEJŠÍ, Mojmír. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 2. dopl. upr. vyd. Praha : Avicenum, 1978. 190 s.
2. LANGER, S. *Mentální retardace: Etiologie,diagnostika, profesiografie,výchova*, 3.rd ed.; Kotva: Hradec Králové, 1996. ISBN 80-900254-8-X
3. LUDÍKOVÁ, L.; et al. *Kombinované vady*; Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc, 2005. ISBN – 80-244-1154-7
4. MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*, 1.st ed.; Portál: Praha, 1995. ISBN 80-7178-033-4
5. MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*; Univerzita Jana Ámose Komenského: Praha, 2010. ISBN – 978-80-7452-001-3
6. NOVOTNÁ, V., *Děti s autizmem a speciálně pedagogická péče o ně: Výběr z knihy "Pedagogika - autizmus"*. 1.st ed. Praha: Parta, 1998. 30 p. ISBN 80-85989-48-4.
7. PEETERS, T. *Autismus: Od teorie k výchovně-vzdělávací intervenci*, 1.st ed.; Scientia, spol. s r.o., pedagogické nakladatelství: Praha, 1998. ISBN 80-7183-114-X
8. PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*; Paido: Brno, 2006. ISBN – 80-7315-120-0
9. SCHOTT, H. *Chronik Verlag im Bertelsmann Lexikon Verlag*; Fortuna Print, spol. s.r.o.: Praha, 1994. ISBN – 80-85873-16-8

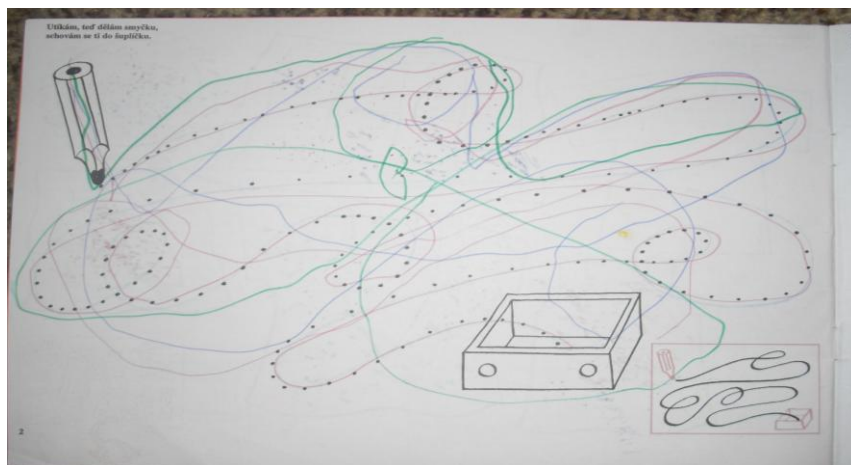
10. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*, 1.st ed.; Portál: Praha, 2001.  
ISBN 80-7178-506-7
  
11. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedie*. in Pipeková, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*: Brno. Paido, 2006. ISBN – 80-7315-120-0
  
12. VOCILKA, M. *Autismus a možnosti výchovné praxe*, 1.st ed.; Septima: Praha, 1995. ISBN 80-85801-58-2



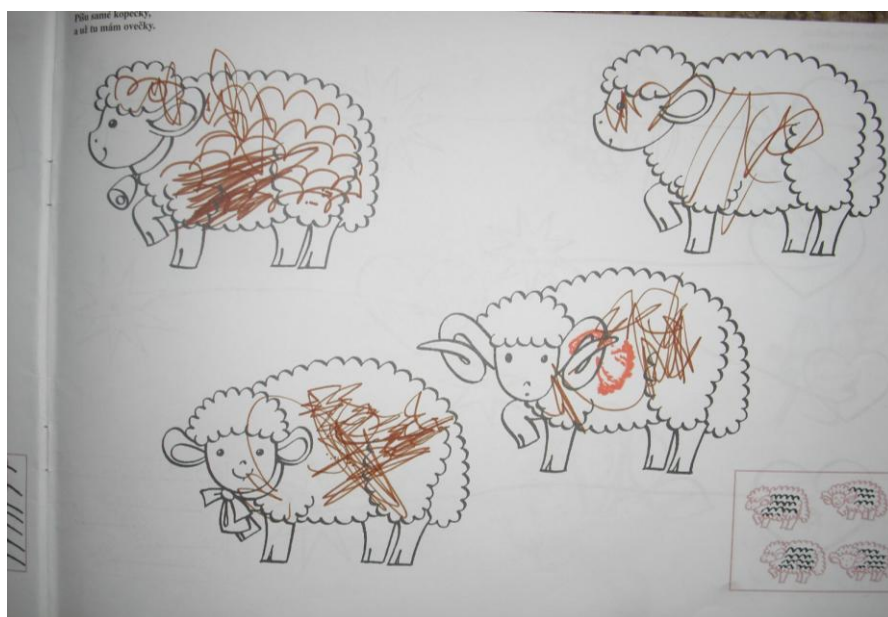
## Seznam příloh:

Obrázek 1: Filipovy pracovní listy .....	I
Obrázek 2: Filipovy pracovní listy .....	I
Obrázek 3: Procesní schémata, čištění zubů .....	II
Obrázek 4: Procesní schémata, péče o domácí zvíře.....	III
Obrázek 5: Globální forma čtení .....	IV
Obrázek 6: Věcné učení .....	IV
Obrázek 7: Znak do řeči .....	IV

**Obrázek 1: Filipovy pracovní listy**



**Obrázek 2: Filipovy pracovní listy**



Obrázek 3: Procesní schémata, čištění zubů



**Obrázek 4: Procesní schémata, péče o domácí zvíře**



**Obrázek 5: Globální forma čtení**



**Obrázek 6: Věcné učení**



**Obrázek 7: Znak do řeči**

## RODINA, LIDÉ A POVOLÁNÍ



**RODINA** ☺  
zaháknuté ukazováčky opiší půlkruh



**JÁ** ☺  
ukazováčkem dotek hrudi



**MATKA** ☺  
ukazováček opisuje oblouček od jedné tváře k druhé



**OTEC** ☺  
ukazováček se dotkne čela a potom brady



**BABIČKA** ☺  
otevřená ruka se zavírá a končí sevřená pod bradou



**DĚDEČEK** ☺  
na čele vyznačíme znak chlapec, potom se ruka svírá v pěst k bradě



**SESTRA** ☺  
dlaň od těla, pohyb ve směru šipky



**BRATR** ☺  
dlaň k tělu, pohyb ve směru šipky

**Bibliografické údaje**

**Jméno autora:** Martina Harzerová

**Obor:** 7506R002 – Speciální pedagogika – vychovatelství (Bc. SPPGV)

**Forma studia:** kombinované studium

**Název práce:** Problematika výuky žáků s kombinovaným postižením, projevy dítěte s kombinovaným postižením

**Rok:** 2013

**Počet stran bez příloh:** 70

**Celkový počet stran příloh:** 5

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 12

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

**Počet internetových zdrojů:** 0

**Vedoucí práce:** Mgr. Milan Fleischmann