

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Pedagogická fakulta

**Komplexní podpora žáků s poruchou autistického spektra na základní škole
v kontextu speciální pedagogiky**

Diplomová práce

Mgr. Dana Bartlová

Olomouc 2020

Vedoucí práce: Mgr. Hana Karunová, Ph.D.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Komplexní podpora žáků s poruchou autistického spektra na základní škole v kontextu speciální pedagogiky vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Hany Karunové, Ph.D. a citovala jsem všechny použité zdroje.

V Olomouci 5.12.2020

Mgr. Dana Bartlová

Poděkování

Děkuji Mgr. Haně Karunové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, trpělivost a ochotu při zpracování mé diplomové práce.

Obsah

Úvod.....	6
1. Teoretická východiska poruch autistického spektra	7
1.1 Základní terminologie a srovnání poruch autistického spektra versus pojem pervazivní vývojové poruchy.....	7
1.1.1 Terminologie	7
1.1.2 Mezinárodní klasifikace nemocí	8
1.1.3 Diagnostický a statistický manuál.....	9
1.2 Etiologie vzniku poruch autistického spektra a specifika daného jedince	10
1.2.1 Spektrum PAS – klasifikace dle MKN-10.....	11
1.2.2 Autistická triáda	13
1.3 Přidružené poruchy a onemocnění	17
2 Základní škola a její role v péči o žáka s poruchou autistického spektra.....	19
2.1 Možnosti vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami v českém školském systému – základní vzdělávání.....	20
2.2 Specifika integrace žáka s poruchou autistického spektra na základní škole...	21
2.3 Specifika výchovy a vzdělávání žáků s poruchou autistického spektra na základní škole speciální	26
2.3.1 Cíle vzdělávání na základní škole speciální.....	27
2.3.2 Speciálně pedagogické metody	28
2.3.3 Význam komplexní péče – ucelená rehabilitace jako součást výchovně vzdělávacího procesu v kontextu speciální pedagogiky	30
2.3.4 Terapeutické přístupy využívané pro žáky s PAS v rámci ucelené rehabilitace v prostředí Základní školy speciální.....	32
3 Lidské zdroje – personální komplexní podpora žáků s poruchou autistického spektra	33
3.1 Psychologové, psychiatři a terapeuti	33
3.2 Pedagogičtí pracovníci a jejich role v podpoře žáků s poruchami autistického spektra	34
3.3 Pracovníci v sektoru sociálních služeb a nestátním sektoru.....	37
3.4 Pracovníci ve zdravotnictví a jejich úloha při práci s cílovou skupinou.....	39
3.5 Další spolupracující odborníci.....	40
3.5.1 Logopedická péče.....	40
3.5.2 Zdravotní tělesná výchova – fyzioterapeut	41
3.5.3 Bazální stimulace	42
3.6 Význam rodiny	42
3.6.1 Fáze vyrovnání se s postižením.....	43
3.6.2 Výchovné styly rodiny	44
3.7 Týmová spolupráce odborníků ve školní praxi	45
4 Metodologická východiska kvalitativního výzkumu	47
4.1 Cíle výzkumu a způsob sběru a vyhodnocování dat, kasuistika	47
4.2 Charakteristika výzkumného souboru	49
4.3 Sběr dat a práce s datovým materiálem.....	49
4.4 Průběhu rozhovorů, stručná charakteristika dotazovaných.....	50
4.4.1 Rozhovor s vyučující A.....	50
4.4.2 Rozhovor s vyučující B.....	50
4.4.3 Rozhovor s vyučující C.....	51
4.4.4 Rozhovor D – logopedie	51
4.4.5 Rozhovor E – fyzioterapie	51

4.5	Analýza a interpretace získaných dat	52
5	Případové studie žáků s poruchou autistického spektra – integrace a komplexní přístup.....	55
5.1	Případová studie žáka, Tomáš	55
5.2	Případová studie žáka, Pavel	62
5.3	Případová studie žáka, Adam	68
5.4	Případová studie žáka – Ivan.....	76
6	Závěry výzkumného šetření.....	81
7	Závěr	83
8	Seznam použité literatury	85
9	Přílohy	88

Úvod

Posláním učitele je provázet děti na cestě k poznání, nalézat cesty, jak dosáhnout pokroku a umožnit tak svým žákům žít v budoucnu spokojený, úspěšný a šťastný život. Když se ve školské praxi setkáme s žákem, který má stanovenou diagnózu v oblasti poruch autistického spektra, můžeme předpokládat, že výchova a vzdělávání tohoto dítěte bude cestou namáhavější, náročnější na naši přípravu, vědomosti, trpělivost, vynalézavost, použité metody a také sociální schopnosti. Výsledek v závislosti na míře postižení může, ale také nemusí odpovídat vynaloženému úsilí.

Téma komplexní podpory žáků s poruchou autistického spektra (dále PAS) v prostředí základní školy speciální mě provází již mnoho let a vnímám snahu škol o neustálé zlepšování poskytovaných „služeb“. K napsání práce mě vedly pozitivní i negativní zkušenosti v této oblasti, které mě nutí k zamyšlení nad odborností, efektivitou a významem této školní péče pro rozvoj dítěte s PAS.

Současným trendem je, že činnost školy by měla být vystavěna na individuálním přístupu ke každému dítěti a jeho specifickým potřebám. Pro děti s PAS toto platí dvojnásob. Pojem komplexní péče je v kontextu problematiky dětí s PAS tedy třeba uchopit tak, aby byly, pokud možno co nejlépe, naplňovány "zvláštní potřeby" dětí a jejich rodin. V případě dětí s PAS se jedná jak o problematiku výchovně vzdělávací a speciálně pedagogické péče, tak i péče zdravotní a sociální, které je žádoucí koordinovat. Ve školním prostředí jsou děti s PAS zařazovány buď do speciálních autistických tříd nebo jsou integrovány do tříd Základní školy speciální (dále ZŠS), či běžné školy s asistentem pedagoga. Součástí péče na ZŠS pak mohou být i další podpůrné terapeutické metody, které jsou zařazovány s cílem rozvíjet žáka v mnoha dalších oblastech. Komplexní péče o žáky pak obnáší kombinaci různých metod výukových, terapeutických i rehabilitačních dle možností a angažovanosti konkrétní instituce – dítěti věnuje učitel, logoped, fyzioterapeut, žák dochází na bazální stimulaci, využívá snoezelen atd., k diskusi však zůstává efektivita a ucelenost tohoto procesu.

Struktura této práce vychází z potřeby seznámit čtenáře nejprve s charakteristikou a specifiky PAS, které jsou teoretickým východiskem pro pochopení volby konkrétních speciálně pedagogických metod využívaných školami s cílem naplnění komplexní podpory rozvoje dítěte. V praktické části je práce doplněna kazuistikami, které názorně demonstrují případy individualizované péče škol o jejich svěřence.

1. Teoretická východiska poruch autistického spektra

Poruchy autistického spektra jsou v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí řazeny mezi psychické poruchy. (<https://www.who.int>[online]. [cit. 2020-11-02]) Svým charakterem zasahují do všech oblastí vývoje a života člověka. Schopnosti a chování osob s diagnózou v autistickém spektru se tak navzájem velice liší a ve stupni postižení jsou pak vnímány velké rozdíly.

1.1 Základní terminologie a srovnání poruch autistického spektra versus pojem pervazivní vývojové poruchy

„Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osoba uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepřonikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emoci. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.“ Jim Sinclair (in Thorová, 2006)

Autismus je obtížně uchopitelné téma – jde o velice široké spektrum projevů chování a prožívání, které je specifické zřejmou absencí určujícího stereotypu. O problematice poruch autistického spektra (dále PAS) se v posledních letech vedou rozsáhlé diskuse, tématu je věnováno mnohem více pozornosti, než tomu bylo v minulosti. Ovšem i navzdory nejnovějším a dobře dostupným poznatkům o PAS se mezi laickou i odbornou veřejností stále šíří nepravdivé informace. *„Nedostatečné porozumění autismu a zveřejňování mýtů vede k tomu, že je závažnost autismu a těžká situace rodiny často zlehčována. Ačkoliv se celosvětové údaje o výskytu poruch autistického spektra v populaci shodují na 1–2 %, v České republice se stále můžeme setkat s názorem, že se jedná o módní diagnózu, kterou se rodiče snaží ospravedlnit nezvládnutou výchovu svých dětí.“* (Šporclová, 2018)

1.1.1 Terminologie

Terminologie poruch autistického spektra není jednotná, jak v ČR, tak v zahraničí se používají různé termíny. Asi nejznámější a rovněž nejpoužívanější je termín **autismus**, který zřejmě jako první použil americký psychiatr Leo Kanner (z řeckého autos – sám) a který zastřešuje celé spektrum závažných poruch vyvíjejícího se mozku. Tyto poruchy jsou nyní nověji označovány jako **pervazivní vývojové poruchy** (anglicky PDD

Pervasive Developmental Disorders) nebo **autistické spektrum** či **kontinuum** (ASD Autistic Spectrum Disorders)“ – česky **poruchy autistického spektra – PAS**. Termín poruchy autistického spektra zavedly autorky Lorna Wing a Judith Gould roce 1979. (Thorová, 2006)

Pervazivní vývojová porucha – termín pervazivní vymezuje poruchu jako tzv. vše pronikající, která záporně mění motorickou, emoční, volní, kognitivní, řečovou – tedy celou osobnostní a psychosociální úroveň člověka, což mu zabraňuje úspěšně se adaptovat ve společnosti. Slovo "pervazivní" znamená "všepronikající, všeprostupující", pervazivní porucha je tedy taková porucha, která zasahuje a ovlivňuje všechny oblasti života – osobní, sociální, rodinnou, vzdělávací i zaměstnání. (Šporclová, 2018)

V oblasti diagnostiky se setkáváme s termínem **autistická triáda**, který poprvé užila L. Wing, anglicky **triad of impairments**. V tomto termínu jsou zahrnuty tři hlavní oblasti, ve kterých se může objevit narušení funkce: komunikace, sociální interakce a imaginace. I přes velkou rozmanitost projevů můžeme u lidí s PAS nalézt několik společných prvků, na které by mělo být přihlíženo při diagnostice i následné péči. Tyto prvky se nemusí projevovat najednou, mohou mít různou intenzitu a být proměnné v průběhu času, vždy však vycházejí z **triády**. (Gillberg, Peeters, 2008)

V diagnostice se nejčastěji užívají kritéria **Mezinárodní klasifikace nemocí** Světové zdravotnické organizace (WHO), 10. revize – **MKN-10** (anglicky ICD International Classification of Diseases -10), ve Spojených státech amerických jsou to pak kritéria, která vydává Americká psychiatrická asociace (APA), stanovená **Diagnostickým a statistickým manuálem duševních poruch, DSM-5**. (Pastieriková, 2013)

1.1.2 Mezinárodní klasifikace nemocí

Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů je publikace ve formě číselníku, která kodifikuje systém označování a klasifikace lidských onemocnění, poruch, zdravotních problémů a dalších příznaků, situací či okolností. V kategorii F, která obsahuje duševní poruchy a poruchy chování je posuzována ve vztahu k podrobnější americké klasifikaci DSM (více níže). Dle MKN 10 jsou pervazivní vývojové poruchy charakterizovány kvalitativním porušením reciproční sociální

interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci. ([https://www.who.int\[online\]](https://www.who.int[online]). [cit. 2020-11-02]).

Hlavní okruhy klinických projevů – autistická triáda
([https://www.who.int\[online\]](https://www.who.int[online]). [cit. 2020-11-02]).

- deficity v sociálním chování,
- nedostatky ve verbální a neverbální komunikaci,
- omezené a repetitivní schéma chování i zájmů.

Do kategorie pervazivních vývojových poruch jsou v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí zařazeny tyto poruchy: ([https://www.who.int\[online\]](https://www.who.int[online]). [cit. 2020-11-02]).

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dezintegrační porucha v dětství
- F84.4 Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.9 Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

V praxi se nejčastěji setkáváme s diagnózami dětský autismus, atypický autismus a Aspergerův syndrom.

1.1.3 Diagnostický a statistický manuál

Diagnostický a statistický manuál – páté vydání (DSM-5) je aktualizací Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch z roku 2013. Jedná se o taxonomický a diagnostický nástroj vydaný Americkou psychiatrickou asociací (APA). Ve Spojených státech slouží DSM jako hlavní autorita pro psychiatrické diagnózy. V porovnání s MKN uvádí u poruch autistického spektra pouze „**dyádu** specifických příznaků" obsahující sociálně narušenou komunikační schopnost, která vznikla sloučením dřívějších jednotlivých oblastí komunikace a sociální interakce a druhá oblast se nazývá

imaginace a její obsah je shodný s oblastí, jež byla dříve pojmenována jako představivost. Poruchy autistického spektra nově zahrnují i Aspergerovu poruchu, dále dětskou dezintegrační poruchu a pervazivní vývojovou poruchu jinak nespecifikovanou. (Raboch, et. al.)

1.2 Etiologie vzniku poruch autistického spektra a specifika daného jedince

Podle dosavadních vědeckých výzkumů se v případě PAS jedná primárně o geneticky determinovanou poruchu. Odbornou veřejností je akceptován názor o neurobiologické podstatě autismu s vysokým podílem dědičnosti. Narušení strukturálních vývojových genů CNS (centrálního nervového systému) je příčinou funkčně-morfologické poruchy vývoje mozku, především na úrovni vytváření asociačních neuronálních okruhů. Dochází tak k nedostatečně funkčnímu propojování center pro zpracování sensorických, sociálních a emočních podnětů, což je pak příčinou oslabení integrativní funkce mozku s výsledným převažujícím selektivním nekontextuálním vnímáním a poruchou symbolizace. Vlivy prostředí jsou sekundární, jejich význam je spíše v oblasti přidružených poruch chování a emocí. (Šporclová, 2018)

Autismus tedy nelze lokalizovat na jedno místo v mozku, které by bylo zodpovědné za jeho vznik, ale jde spíše o porušení komunikačních a integračních funkcí mozku. Předpokládá se, že pokud existuje různorodost v projevech, musí existovat i variabilita v příčinách (multifaktoriální příčiny). Zatím nebyl identifikován samostatný gen, zodpovědný za vznik autismu, s velkou pravděpodobností jde tedy o různý počet genů, které se pak v různé míře podílí na vzniku poruchy. Tyto geny utvoří genetickou predispozici ke vzniku poruchy autistického spektra, která pak v kombinaci s dalšími vlivy určuje, zda dojde ke vzniku autismu a jaká bude závažnost poruchy. Dá se tak předpokládat, že psychologické rizikové faktory ovlivňují etiologii autismu jen velmi výjimečně a studie nepotvrdily žádné spojení mezi autismem a kvalitou výchovy, případně frekvencí stresujících zážitků. (Thorová, 2006)

1.2.1 Spektrum PAS – klasifikace dle MKN-10

Dětský autismus

Tvoří jádro poruch autistického spektra. Pro tuto poruchu jsou charakteristické výrazné problémy v sociálně komunikačním chování, pro stanovení této diagnózy je nezbytná přítomnost plně vyjádřených symptomů a obtíží ve všech klíčových oblastech (sociální interakce, komunikace a stereotypní chování). Stupeň závažnosti této poruchy bývá různý, od mírné formy (málo symptomů) až po těžkou (více symptomů). (Thorová, 2006)

Až ve dvou třetinách případů se pojí autismus s mentální retardací. Lidé s autismem a mentální retardací pak potřebují doživotně dopomoc ze strany okolí. K autismu se často přidružuje také problémové chování různé intenzity – někteří lidé s PAS pouze s nelibostí reagují na náhlé změny v denním režimu, mají určité rituály, u jiných se objevují velmi závažné poruchy chování, například sebepoškozování, agrese vůči okolí, destruktivní chování. (Hrdlička in Hort et al., 2008)

Atypický autismus

Je označením pro diagnózu, v níž nebývají zcela naplněna diagnostická kritéria závazná pro dětský autismus, ačkoliv abnormní vývoj je zaznamenán ve všech oblastech diagnostické triády. Sociální dovednosti u osob s atypickým autismem bývají méně narušeny, než tomu bývá u dětského autismu, u některých dětí nejsou přítomny stereotypní zájmy či pohybové stereotypie. (Hrdlička in Hort et al., 2008)

Americký diagnostický manuál (DSM-IV) nepoužívá termín atypický autismus, ale užívá termín „pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná“ (Pervasive Developmental Disorder Not Otherwise Specified, PDD-NOS). Vzhledem k lepší kvalitě sociálně komunikačního kontaktu bývají tyto děti často diagnostikovány v pozdějším věku, často také při odborném vyšetření obdrží mylnou diagnózu (ADHD, vývojová dysfázie, sémanticko-pragmatická porucha řeči), případně jsou projevy v chování dítěte vágně označovány jako autistické rysy. (Pastieriková, 2013)

Aspergerův syndrom

V roce 1944 jej popsal vídeňský pediatri Hans Asperger zvláštnosti v chování pozorovaných pacientů – specifické sociální interakce, zvláštní způsob vyjadřování, motorickou neobratnost, ulpívavé zájmy. Avšak teprve na začátku 90. let 20. století se Aspergerův syndrom (dále AS) stal mezinárodně uznávanou diagnostickou kategorií, která náleží do skupiny pervazivních vývojových poruch. (Gillberg, Petrs, 2008)

Stěžejní pro stanovení diagnózy jsou, stejně jako u autismu, potíže v komunikaci a sociálním chování. Základním problémem v sociálním chování je odlišné vnímání sociálních vztahů, nedostatek intuice, neschopnost porozumět vlastním pocitům i emocím druhých lidí v sociálním kontextu, někteří lidé mívají také vyhraněné, specifické zájmy. Děti s Aspergerovým syndromem se na první pohled od vrstevníků neliší, nicméně v delším kontaktu s dítětem je patrný odlišný způsob jednání a myšlení. Okolí vnímá především diskrepanci mezi nadprůměrnými znalostmi z určité oblasti a nezralým sociálním a emočním chováním. (Vosmik, Bělohlávková, 2010)

Tyto děti mohou být ostatními označovány za drzé, nevychované, rozmazlené, neadekvátní reakce jsou přičítány na vrub málo důsledné výchovy. Situace, ve kterých se ostatní lidé bez potíží orientují, mohou být pro člověka s Aspergerovým syndromem zdrojem nejistoty a napětí. Lidé s AS si svou odlišnost uvědomují, což může mít za následek úzkostné stavy, deprese, někdy také problémové chování (afektivní záchvaty, verbální či fyzická agrese, destruktivní chování nebo naopak výrazná pasivita, odmítání činností a podobně). (Vosmik, Bělohlávková, 2010)

U osob s Aspergerovým syndromem je intelekt v pásmu normy, rozumové schopnosti se pohybují v oblasti podprůměru, až vysokého nadprůměru. Také vývoj řeči nebývá u osob s Aspergerovým syndromem narušen, verbální schopnosti bývají často nadprůměrné. (Thorová, 2006)

Rettův syndrom

Jde o neuro vývojové genetické onemocnění vázané na X chromozom, které se projevuje téměř výhradně u dívek. V běžné populaci se vyskytuje s udávanou prevalencí 1:10 000. Rettův syndrom je jedinou z poruch autistického spektra, kterou lze prokázat genetickým vyšetřením, v klasické podobě postihuje téměř výhradně pouze dívky.

Přidruzeny jsou poruchy v motorickém vývoji, obvyklý je těžký mentální handicap. Typický je normální vývoj do 6–24 měsíců, poté regres a ztráta manuálních a verbálních dovedností. Syndrom je charakteristický stereotypními pohyby rukou typicky připomínající „mytí“, dívka není schopna ruce účelně používat. Postupně se redukuje sociální zájmy a schopnosti, dívky mají problém se žvýkáním potravy. Je zpomalen růst hlavy a později se vyvíjí ataxie trupu a skolióza, velmi často je přidružena epilepsie. (Hrdlička, Komárek, 2004)

Dezintegrační porucha

Dítě s touto poruchou se vyvíjí běžně do druhého až čtvrtého roku věku. Poté je zaznamenána změna v chování, ztráta již nabytých dovedností v několika oblastech vývoje (sociální chování, komunikace, hra, sebeobsluha a podobně). Typicky je stav doprovázen ztrátou zájmu o okolí, stereotypním motorickým manýrováním a porušenou sociální interakcí a komunikací. (Thorová, 2006)

Jiná pervazivní vývojová porucha

Vývoj dítěte je narušen do hloubky v několika oblastech, ale nejsou splněna kritéria pro stanovení diagnózy poruchy autistického spektra. (Pastieriková, 2013)

Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná

Vývoj dítěte je atypický, dítě je však příliš malé nebo na nízké vývojové úrovni, proto nemůže být stanovena přesnější diagnóza. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize (2018), jde o kategorii poruch, u kterých není možné zařazení do ostatních kategorií v rámci oddílu F84 z důvodu nedostatku informací nebo protichůdných nálezů.

1.2.2 Autistická triáda

Poruchy autistického spektra jsou celoživotní, některé projevy s věkem mizí, jiné se zase mohou objevit. Projevy jsou patrné již v raném věku dítěte a obtíže v jádrových oblastech přetrvávají celoživotně. Někteří dospělí lidé s poruchami autistického spektra jsou v životě poměrně dobře adaptováni, mají zaměstnání, vlastní rodinu, vystudují vysokou školu; lidé se závažnějším stupněm postižení potřebují celoživotní asistenci v každodenním životě, nejsou schopni samostatného života. (Šporclová, 2018)

Jak bylo uvedeno výše, pro všechny poruchy autistického spektra jsou společně tři deficitní oblasti vývoje, které souhrnně nazýváme autistická triáda. V diagnostických kritériích se hovoří o kvalitativním narušení sociální interakce, kvalitativním narušením komunikace a omezených, opakujících se stereotypních způsobů chování, zájmů a aktivit. Poruchy autistického spektra jsou diagnostikovány na základě sledování a popisu chování právě v těchto oblastech. (Čadilová et al.,2012)

Sociální interakce a sociální chování

„Já vás lidi nemám rád, když se přiblížíte, mám z toho jen potíže.“ (Patrik, 14 let, AS)

U dětí s PAS se setkáváme s celou škálou sociálního chování, která má dva extrémní póly. Pól osamělý, kdy se dítě při každé snaze o sociální kontakt odvrátí a protestuje, a pól extrémní, nepřiměřené sociální aktivity, kdy se dítě s PAS snaží navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí sociální normy, dotýká se lidí a hledí jim upřeně do obličeje a hodiny vypráví o věcech, které je nezajímají a obtěžují. (Thorová, 2006)

Obtíže v oblasti sociální interakce jsou příčinou výrazně narušené schopnosti přiměřeně užívat neverbální chování v různých sociálních situacích, což se projevuje v postoji těla, používání gest, mimiky, očního kontaktu. Dalším doprovodným jevem je neschopnost, nebo snížená schopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím na dosaženou vývojovou úroveň. Děti s autismem mají sníženou nebo až minimální schopnost spontánně sdílet emoce s ostatními – radost, mít potěšení ze společné činnosti a zájmů, chybí jim schopnost sdílené pozornosti. Obvykle je přítomna nedostatečná schopnost sociální a emocionální empatie, jejímž důsledkem je např. neochota i neschopnost přijímat a účastnit se jednoduchých sociálních hříček a her, preference činnosti o samotě, nebo naopak pro okolí zvláštní a nepřijatelná sociální aktivita. (Čadilová et al.,2012)

Ve věku dvou až tří let bývá u dítěte s autismem abnormální vývoj v oblasti sociálních vztahů zcela zřejmý. Dítě se nezajímá o jiné lidi, zvláště ne o děti. Může, ale nemusí se jim vyhýbat, může, ale nemusí být úplně uzavřené a odtržené od světa. Může kontaktovat jiné lidi, ale jen, když něco chce. Jako hlavní problém se nyní jeví nedostatek vzájemnosti. (Gillberg, Petrs, 2008, str. 27)

Komunikace

„Máma chce, abych mluvil, když mluvím, chce abych nemluvil blbosti, tak mám tedy mluvit, nebo nemám?“ (Martin, 11let).

V oblasti komunikace mají děti s PAS často velmi různorodé a závažné problémy. Vývoj jejich řeči bývá odlišný od vývoje řeči intaktních dětí. Může být nerovnoměrný, nebo opožděný, u některých dětí se řeč nevyvine vůbec. Problémy lze pozorovat v oblastech jak neverbální komunikace (lidé s poruchou autistického spektra nerozumí gestům, mimice, nemají pro ně komunikační charakter), tak i expresivní (verbálního vyjadřování) a receptivní složky řeči (porozumění). (Čadilová et al.,2012)

Nedostatky ve verbální komunikaci děti s PAS většinou nemohou kompenzovat jiným alternativním způsobem komunikace (mimikou, gesty a jinými neverbálními prostředky). V případě, že se u dítěte řeč vytvoří, musí si smysluplnou komunikaci cíleně a systematicky osvojovat. Často zaznamenáváme nápadné odchylky ve vývoji řeči s mnoha abnormalitami (echolálie, neologismy, odchylky prozodie a intonace, pedantickou a formální formulaci obsahu, doslovné chápání). Narušena bývá také schopnost iniciovat nebo udržet smysluplnou konverzaci s ostatními, objevují se opakované a stereotypní vzorce řečového projevu, nebo také vlastní žargon. Schopnost komunikace postrádá spontánnost a pestrost přiměřenou věku dítěte, sociálně funkční úroveň komunikace tedy neodpovídá očekávané vývojové úrovni. (Thorová, 2006)

Problémy v komunikaci, a z nich vyplývající obtíže v předvídatelnosti dalšího dění, vyvolávají v dítěti úzkost a pocit chaosu, a s tím souvisí i problémy v oblasti sociálního chování. Pro mnoho lidí s poruchou autistického spektra je chování ostatních lidí jen obtížně čitelné. Frustrace z nefunkční komunikace je u nich velmi častá a patří také mezi nejčastější vnitřní spouštěcí podněty agresivního chování. (Čadilová, Žampachová, 2008)

Představitost – omezené a repetitivní schéma chování i zájmů

„Velice mě baví sledovat předpovědi počasí. Porovnávám teploty na celém světě. Rád také navštěvuji knihovny a internet, abych sbíral informace na toto téma.“ (Thorová, 2006, str.115)

Poslední oblastí autistické triády je oblast narušené schopnosti představivosti. Nedostatky v této oblasti se projeví u předškolních dětí především ve způsobu hry a používání hraček. Dítě má v souvislosti s narušenou schopností představivosti jen omezený potenciál v oblasti rozvoje imitace a symbolického myšlení, čímž je ovlivněn rozvoj hry jako základního stavebního kamene učení. (Thorová, 2006)

Hra dítěte s PAS má často stereotypní charakter, nápadné je výrazné zaujetí pro jednu nebo více činností, které je svojí intenzitou, nebo předmětem zájmu považováno okolím za abnormální. Hračky děti s PAS nepoužívají funkčně, často ke hře využívají různé, i podivné předměty. Charakter činnosti je ulpívavý a dítě lpí na specifických, nefunkčních rituálech a rutinní činnosti. (Čadilová et al., 2012)

Nedostatečná představivost vede k tomu, že řada dětí s PAS se obtížně vyrovnává se změnami, reakce na drobné změny mohou mít až panický charakter, jako je např. změna polohy nábytku, změna trasy ze školy apod. Tyto problémy souvisí především se sníženou adaptabilitou, nižší flexibilitou myšlení a chování. Děti mají potíže vyplnit volný čas samostatnou a funkční aktivitou, u některých dětí se objevuje stereotypní a opakující se motorické manýrismy, jako je třepání či kroutivé pohyby rukama, komplexní specifické pohyby celým tělem, zraková či zvuková autostimulace. (Thorová, 2006)

Nespecifické rysy v chování

U dětí s PAS se často vyskytují také nespecifické rysy, které nejsou součástí diagnostických kritérií autistické triády, avšak často výrazně ovlivňují chování dětí a mohou způsobovat potíže při intervenci:

- nerovnoměrný a opožděný profil kognitivních schopností,
- odlišnosti v motorickém vývoji a projevech,
- snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty, fascinace pohybem (roztáčení hraček, otvírání a zavírání dveří, sledování různých otáčejících se předmětů),
- neobvyklé reakce na smyslové podněty – percepční poruchy (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřené reakce na vůně a chutě) nepřiměřené emocionální reakce (bezdůvodný pláč nebo

smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích),

- problémy s chováním (snížená schopnost koncentrace, agresivita, sebezraňování),
 - problémy se spánkem, s jídlem,
 - specifické zájmy – intenzita, nepřiměřenost věku,
 - nepřiměřená emoční reaktivita – úzkostnost, výbuchy zlosti, pasivita.
- (Thorová, 2006)

1.3 Přidružené poruchy a onemocnění

„Autismus zřídka přichází sám“ (Gillberg, Peeters, 2008)

PAS se mohou pojít s jakoukoliv jinou poruchou nebo onemocněním. Některé poruchy se vyskytují s PAS mnohonásobně častěji než u běžné populace. Výsledky různých studií ukazují, že např. mentální retardace je v různých stupních spojena s autismem ve 30–70 % případů. (Šporclová, 2018)

V předškolním věku ještě nehovoříme v řadě případů přímo o přidružených poruchách a onemocněních, ale o opožděném či nerovnoměrném vývoji kognitivních dovedností, o potížích s aktivitou a pozorností, o motorické neobratnosti, opožděném vývoji řeči apod., kdy případná diagnostika probíhá před nástupem do školy. Dle Šporclové (2018) se autismus pojí s jinými psychiatrickými diagnózami významně častěji než v běžné populaci. Udává, že 60–70 % lidí s PAS má nejméně jednu komorbidní psychiatrickou diagnózu. Často je přidružena úzkostná porucha, s věkem roste také riziko deprese. Rovněž poruchy jako ADHD, vývojové poruchy řeči, poruchy nálad a úzkostné poruchy mohou zhoršovat celkový dopad autismu a významně ovlivnit schopnost člověka samostatně fungovat.

U dětí s PAS se setkáváme také s různými zdravotními obtížemi. Ve 20–40 % případů byla prokázána epilepsie. Asi dvě třetiny dětí s PAS vykazují poruchy spánku – potíže s usínáním, poruchy střídání spánku a bdění, snížená potřeba spánku a také časně buzení. Poruchy spánku významně ovlivňují proces učení i terapeutické postupy. Mezi časté potíže patří rovněž poruchy funkce trávicího systému, např. chronická zácpa, zadržování stolice nebo naopak průjmy nadýmání. Tyto obtíže mohou souviset s problémy s přijímáním potravy – nadměrnou vybíravostí, jídelními rituály, omezeným

jídelníčkem. U dětí s PAS se častěji v porovnání s intaktní dětskou populací vyskytují poruchy funkce imunitního systému – různé typy alergií – atopický ekzém, astma a chronické zánětlivé aktivity. (Thorová, 2006)

Specifické motorické dysfunkce a jejich dopad na fyziologii těla

Motorická neobratnost u dětí s PAS má diagnostický význam pouze u Gillbergových kritérií Aspergerova syndromu (Gilberg, 2000). V praxi se setkáváme u dětí s poruchou autistického spektra s různými typy vývoje motoriky a také s různou úrovní motorických dovedností. Dle Thorové (2006) se udává, že zhruba 50 % dětí s AS a 67 % dětí s vysoce funkčním autismem má problémy s motorikou.

Abnormity motorického vývoje:

- opožděný vývoj motoriky může být pro rodiče prvním signálem, že něco není v pořádku, jde především o hypertonii, nebo naopak hypotonii,
- častým problémem je koordinace pohybů jak v oblasti jemné, tak i hrubé motoriky, může být diagnostikována i centrální porucha koordinace,
- vývoj motoriky je v předškolním věku v pořádku, ale nekoresponduje s opožděným vývojem mentálních funkcí,
- vývoj motoriky je opožděný, ale odpovídá mentálnímu věku – je v souladu s celkovou úrovní fungování dítěte,
- nerovnoměrný vývoj motoriky – celkově se jeví dítě jako neobratné, ale v nemá potíže se zautomatizovanými pohyby – zaváže si tkaničky, plave atd., ale selhává ve vývojově jednodušších motor. činnostech – nepostaví kostky na sebe, nenají se správně lžící,
- abnormální projevy v motorice – repertoár zvláštních pohybů – třepání a kroucení prsty, manipulace s předměty – autostimulační funkce, redukce úzkosti a nervozity,
- zvláštnosti v celkové pohyblivosti – chůze po špičkách, různé postury těla – skolióza a zvláštní držení těla, přetrvávající hypotonie, nebo hypertonie. (Thorová, 2006)

Abnormity v motorickém vývoji mohou vést k poškození správného vývoje pohybového aparátu a vzniku trvalých obtíží vyžadujících odbornou péči.

2 Základní škola a její role v péči o žáka s poruchou autistického spektra

„I v případě dětí s autismem, podobně jako v případě žáků s jiným typem postižení, existují neustálé diskuse o tom, zda mají být vzdělávány integrovaně s intaktními vrstevníky, nebo v segregovaných podmínkách. Neexistuje žádný optimální model, který by byl jednoznačně vhodný pro všechny osoby s autismem. Důležité je vycházet z individuálních charakteristik a zvláštností každého jedince s autismem.“ (Pastieriková, 2013, str. 83)

Dle zákona 561/2004 Sb. je základní vzdělávání povinností pro každé dítě v ČR. Realizuje se v oborech Základní škola a Základní škola speciální. Cílem základního vzdělávání je vytvoření základů pro celoživotní učení. Základní vzdělávání se uskutečňuje na základní škole, škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona, na nižším stupni víceletých gymnázií a konzervatoří. Základní vzdělávání lze na prvním i na druhém stupni uskutečňovat také formou individuálního vzdělávání. Základní vzdělávání v ČR zahrnuje primární a nižší sekundární vzdělávání, které trvá 9 let, což odpovídá 9 letům povinné školní docházky (obvykle od 6 do 15 let). Úspěšným ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání získává žák stupeň základního vzdělání.

Téměř 90 % populace nabývá základního vzdělání na základní škole s následující strukturou:

- první stupeň (primární úroveň) zahrnuje 1.–5. ročník
- druhý stupeň (nižší sekundární úroveň) zahrnuje 6.–9 ročník

Některé školy nemají všechny ročníky, jsou tvořeny jen prvním stupněm.

Při základních školách se pro děti, jimž byl udělen odklad povinné školní docházky, mohou zřizovat přípravné třídy, které odpovídají pre-primární úrovni vzdělávání. ([https:// eacea.ec.europa.eu](https://eacea.ec.europa.eu) [online]. [cit. 2020-11-08]).

Hlavním legislativním dokumentem je Školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů (dále Školský zákon), který stanoví zásady a cíle vzdělávání, systém vzdělávacích programů, jimiž se má cílů dosahovat, a výchovně vzdělávací soustavu,

kteří je má realizovat. Základní kostru vzdělávacího systému v České republice tvoří mateřské školy, základní školy, střední a vysoké školy.

Do základní školy jsou přijímáni žáci, kteří dovršili šest let věku k 1. září příslušného školního roku. Dítě může být přijato do školy, je-li tělesně a duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to jeho zákonný zástupce. Není-li dítě v tomto věku pro školu přiměřeně zralé, může navštěvovat buď dále mateřskou školu, nebo přípravnou třídu.

2.1 Možnosti vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami v českém školském systému – základní vzdělávání

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“
(561/2004, §16, odst. 1)

Vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami je realizováno v rámci soustavy škol a školských zařízení. Zákonným zástupcům se nabízí pro jejich děti několik forem speciálního vzdělávání (viz níže).

V současnosti je kladen důraz především na inkluzivní vzdělávání ve smyslu společenského procesu, jehož cílem je podpora jedince tak, aby se mohl plně účastnit života společnosti (sociální inkluze) a měl přístup ke všem jejím zdrojům (zaměstnání, bydlení, volnočasové aktivity atd.). Inkluze je tedy proces, který přesahuje oblast vzdělávání.

Žáci s PAS mohou být na ZŠ vzděláváni:

- formou individuální integrace do třídy základní školy (ZŠ),
- formou skupinové integrace – zařazením do specializovaných tříd pro žáky s PAS,

- formou individuální integrace do školy zřízené pro žáky s jiným zdravotním postižením,
- formou skupinové, nebo individuální integrace na základní škole speciální (ZŠS),
- formou individuálního vzdělávání v domácím prostředí,
- kombinací integrace do kolektivu a individuální práce s pedagogem mimo prostor třídy. (Šporclová, 2018)

2.2 Specifika integrace žáka s poruchou autistického spektra na základní škole

Integrace osob s PAS je v současnosti velmi často skloňovaným tématem, které má i v řadách školských profesionálů řadu příznivců, ale také odpůrců. Integraci obecně chápeme jako začlenění jedince s postižením do skupiny lidí bez postižení. Možnosti integrace nejsou neomezené a míra začlenění člověka s postižením do společnosti lidí bez postižení závisí na mnoha okolnostech, na stupni jeho intelektu, samostatnosti a závislosti na pomoci druhých lidí.

Jak uvádí J. Průcha (2009, s. 104, s. 107), inkluzivní vzdělávání je takové vzdělávání, které začleňuje všechny děti do běžných škol. *„Podstatou je změněný pohled na selhání dítěte v systému, resp. selhání vzdělávacího systému v případě konkrétního dítěte. Při neúspěchu je třeba hledat bariéry v systému, který není dostatečně otevřený k potřebám jednotlivce. Integrované vzdělávání zahrnuje přístupy a způsoby zapojení žáků se SVP do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. V zahraničí rozšířeno, od počátku 90. let se postupně uplatňuje v ČR. Má různé stupně od oddělených speciálních tříd na běžné škole po individuální zařazení žáky do běžné školní třídy. Názory odborníků speciální pedagogiky, učitelů, rodičů na integrované vzdělávání zdravotně postižených žáků jsou v některých aspektech rozporuplné, převládají tendence k posilování integrovaného vzdělávání.“*

Integraci tedy obecně chápeme jako formu začlenění jedince s postižením do skupiny lidí bez postižení. Možnosti integrace nejsou neomezené a míra začlenění člověka s postižením do společnosti lidí bez postižení závisí na mnoha okolnostech, na stupni jeho intelektu, samostatnosti a závislosti na pomoci druhých lidí.

Pokud se rodič rozhodne pro vzdělávání svého dítěte v běžné škole, je mu optimální forma integrace doporučena odborníky při vyšetření ve speciálně pedagogickém centru, či pedagogicko psychologické poradně.

Jak bylo uvedeno výše, vzdělávání žáků s PAS se uskutečňuje v souladu s platným zněním školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, kde oblast vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je zpracována v §16, který je dále upraven ve vyhlášce č. 27/2016 a to včetně tzv. podpůrných opatření, která jsou koncipována za účelem umožnit školám přizpůsobit obsah, strukturu i formu vzdělávání pro konkrétního žáka – upravit očekávané výstupy, využívat speciální metody a postupy ve výuce, opatřit kompenzační pomůcky, nastavit individuální vzdělávací plán, přidělit pro žáka asistenta pedagoga. Podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti jsou podpůrná opatření rozdělena do pěti stupňů. Podpůrná opatření prvního stupně uplatňuje škola nebo školské zařízení nezávisle na doporučení školského poradenského zařízení, druhý až pátý stupeň mohou školy poskytovat pouze na základě doporučení školského poradenského zařízení. Formy podpůrných opatření jsou popsány v příloze vyhlášky.

Dalším legislativním dokumentem je vyhláška č. 197/2016 Sb., kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, která definuje činnost poradenských zařízení a nabízí výčet poradenských služeb, které mohou participovat na úspěšnosti integrace konkrétního jedince.

Výhody integrace

- dítě je žákem běžné, spádové či jiné školy v místě bydliště,
- ocitá se v prostředí, které svou náročností odpovídá běžnému životu,
- nedochází k segregaci (vyloučení dítěte) ze společnosti, reálný kontakt s vrstevníky,
- v oblasti socializace je to průprava na budoucí studium, zaměstnání, dospělý život,
- kvalitnější vzdělávání v důsledku vyšších nároků v běžném prostředí,
- intaktním dětem se setkávají s jinakostí, učí se toleranci, respektu k odlišnostem a pomoci handicapovaným,

- dochází ve větší míře k oboustranné komunikaci a spolupráci rodičů se školou,
- individuální přístup vede učitele k dalšímu sebevzdělávání, zařazení speciálních výukových metod a postupů.

Nevýhody integrace

- prostředí je pro dítě náročné – hlučnost, chaos, pohyb, množství sociálních impulzů,
- specifické potřeby dítěte nemusí být saturovány v dostatečné míře,
- vyšší míra zátěže může vést ke stresu a úzkosti, obavám ze selhání,
- nedostatečná odbornost pedagogů v oblasti speciální pedagogiky a jejich (ne) zkušenost s problematikou PAS,
- ve třídě s větším počtem žáků je menší možnost adekvátně aplikovat individuální přístup,
- může dojít k odmítání integrovaného žáka intaktními spolužáky, odmítavý a negativní postoj k žákovi s postižením mohou zaujmout také rodiče ostatních dětí,
- intaktní žáci mohou negativně hodnotit výhody spolužáka s postižením, vytváří se mezi nimi odstup či nenávisť a závist, nebezpečí šikany. (Vosmik, Bělohávková, 2010)

Školský zákon (Zákon 561/2004 Sb.), o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů říká, že pokud odborné pracoviště doporučí vzdělávání žáka formou integrace na běžné základní škole a jedná se o školu tzv. spádovou, je škola povinna jej přijmout. Rodiče mají možnost oslovit i jiné základní školy dle svého výběru a diskutovat s nimi přijetí dítěte k plnění základní školní docházky. Na straně školy je pak rozhodnutí, zda integraci zvládne.

Úspěšnost integrace žáka s PAS je podmíněna schopností pedagogů uplatňovat kombinaci speciálně pedagogických postupů, alternativních metod a modifikovaných metod používaných ve vzdělávání běžné populace. Zvýšenou pozornost musí škola věnovat nejen rozvoji rozumových schopností a stanovení vzdělávacích cílů, ale také rozvíjení účinné obousměrné komunikace, orientačních dovedností, sociální komunikace atd., za účelem budoucí komplexní sociální integrace. (Šporclová, 2018)

Podmínky pro úspěšnou integraci na straně školy – přizpůsobení školy potřebám dítěte

- vytvořit vhodné podmínky pro učitele – další vzdělávání, dostatek času na konzultace, plánování,
- jednotný přístup, společné nastavení cílů a forem práce,
- zajištění vhodných pomůcek a materiálů na základě doporučení poradenského zařízení,
- upravit počet žáků ve třídě,
- přizpůsobení učiva – vypracování a participace na plnění individuálního vzdělávacího plánu,
- účelné a informované používání speciálních učebních metod a pomůcek, proškolení personálu,
- personální opatření – zajištění asistenta pedagoga – dle doporučení poradenského zařízení,
- zabezpečení speciální pedagogické péče – přítomnost speciálního pedagoga – individuální nácvikové hodiny,
- úzká spolupráce s rodiči a odborníky – spolupráce na tvorbě IVP, konzultační hodiny,
- snaha vytvořit vstřícné prostředí umožňující vzdělávání všech dětí ve škole, pracovat s žakovským kolektivem, věnovat pozornost postoji intaktních žáků k přítomnosti spolužáka s PAS.

Po celou dobu integrace musí škola a rodiče dítěte počítat s možností, že mohou nastat výukové i výchovné problémy, jež mohou vyplývat z rozporu mezi tím, co žák a jeho rodina očekává od vzdělávacího procesu a velikostí handicapu nebo z nedostatečné motivace na straně žáka, ale také na straně školy. Takové selhání s sebou může nést neprospěch, potřebu léčby medikamenty, narůstající negativismus, agresivní, nebo sebedestruktivní chování dítěte, nebo naopak pasivitu. (Vosmik, Bělohávková, 2010)

Přesto si na tomto místě dovoluji tvrdit, že základním předpokladem úspěšné integrace je informovaný a empatický učitel, ochotný podívat se na problém z různých úhlů a hledat řešení. Učitel musí být seznámen se specifiky PAS a dále se v této problematice vzdělávat.

Individuální vzdělávací plán

Základním stavebním kamenem úspěšné integrace a inkluzivního přístupu k dítěti s PAS na základní škole by měl být pečlivě a v dostatečném rozsahu zpracovaný individuální plán (dále IVP). Ne všichni žáci s PAS jej nutně potřebují, ale pro pečující a vzdělávající kolektiv je tento plán podkladem k systematické a cílevědomé práci. Je oporou pro pedagoga, východiskem i zpětnou vazbou a odrazovým můstkem pro realizaci potřebných změn v průběhu výchovně vzdělávacího procesu. Podrobnosti ke vzdělávání za využití individuálního plánu stanoví § 3 a § 4 vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve znění pozdějších předpisů. Individuální vzdělávací plán je koncipován na základě školního vzdělávacího programu příslušné školy a východiskem pro jeho nastavení jsou závěry speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením. Součástí by také měla být doporučení registrujícího praktického lékaře pro děti a dorost nebo odborného lékaře, případně dalšího odborníka. IVP by měl být konzultován se zákonným zástupcem žáka. Je závazným dokumentem, který definuje speciální vzdělávací potřeby žáka.

Obsahem IVP dle vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve znění pozdějších předpisů jsou:

- údaje o cíli vzdělávání žáka, časovém a obsahovém rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky vzdělávání, o volbě pedagogických postupů, způsobu zadávání a plnění úkolů, formě hodnocení,
- údaje o obsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče,
- závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření,
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby, kteří se budou podílet na práci se žákem a rozsah jejich práce, případně potřeba organizace vzdělávání,
- seznam kompenzačních, učebních a rehabilitačních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, které jsou nezbytné pro výuku žáka,

- určení pedagogického pracovníka, který bude spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka se školským poradenským zařízením,
- návrh na případné snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává,
- předpokládaná potřeba navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků poskytovaných ze státního rozpočtu.

Individuální vzdělávací plán by měl být vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však jeden měsíc po nástupu nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb. IVP je možné doplňovat a upravovat dle potřeby v průběhu celého školního roku. Školské poradenské zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu a poskytuje žákovi, škole i zákonnému zástupci žáka poradenskou podporu. V případě nedodržování stanovených opatření informuje o této skutečnosti ředitele školy.

2.3 Specifika výchovy a vzdělávání žáků s poruchou autistického spektra na základní škole speciální

Speciální základní školy (dále ZŠS) jsou určeny dětem se speciálními vzdělávacími potřebami dle paragrafu 16 odst. 9 zákona č.561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů.

Na základních školách speciálních je poskytováno vzdělávání žákům se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žákům se souběžným postižením, s více vadami a autismem. (výjimkou nejsou ani jedinci z dolního pásma lehkého stupně). (Valenta, Müller 2013).

V porovnání s běžnými základními školami ZŠS využívají odlišné organizační formy vzdělávání a obsah výuky. Vzdělávání je tak přizpůsobeno žákům se sníženou úrovní rozumových schopností, s psychickými zvláštnostmi, nedostatečnou úrovní koncentrace pozornosti a s nízkou úrovní rozvoje volných vlastností. Učivo je redukováno na osvojení základních vědomostí a dovedností v jednotlivých vzdělávacích oblastech a vzdělávacích oborech, prakticky zaměřených činností a pracovních dovedností. Součástí vzdělávání za ZŠS může být přípravný stupeň, který má vlastní vzdělávací program. (Šporclová, 2018)

„Vzdělávání v základní škole speciální má deset ročníků a člení se na první stupeň a druhý stupeň. První stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem, druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem.“ (561/2004, §48, odst. 2)

V souladu se školským zákonem (561/2004) ve znění pozdějších předpisů je vzdělávání na základních školách speciálních realizováno podle školních vzdělávacích programů (dále ŠVP), které jsou vytvářeny a upravovány v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem (dále RVP) pro obor vzdělání základní škola speciální (RVP ZŠS). Školní vzdělávací programy ZŠS jsou koncipovány s cílem rozvíjet schopnosti žáků a umožnit jim přístup k dalšímu vzdělávání a zařazení do praktického života.

Celý proces zdárného rozvoje dítěte s PAS na ZŠS závisí na nastavení spolupráce mezi dítětem, jeho rodiči, učiteli a dalšími participujícími odborníky, kdy účinný postup předpokládá znalost výchovně vzdělávacích metod, správné a pečlivé provedení pedagogické diagnostiky, ze které se vyvodí závěry pro praxi, a znalost speciálních reedukačních, kompenzačních a rehabilitačních postupů. (Šporclová, 2018)

2.3.1 Cíle vzdělávání na základní škole speciální

Obecně lze říct, že cílem výchovně vzdělávacího procesu je rozvíjet psychické a fyzické schopnosti a předpoklady žáků se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením a vybavit je takovými vědomostmi, dovednostmi a návyky, které jim umožní, aby se v maximální možné míře zapojili do společenského života. Základním předpokladem rozvoje žáka na ZŠ speciální je individuální přístup. (Valenta, Müller 2013)

Cíle vzdělávání:

- vybavit žáky triviem základních vědomostí a dovedností v oblasti čtení, psaní a počítání,
- maximální možný rozvoj psychických a fyzických schopností a předpokladů,
- osvojení základních hygienických návyků,
- rozvoj sebeobsluhy a pracovních dovedností,

- umožnit maximální možné zapojení žáka do společnosti – budování schopnosti vytvářet vztahy, dovednosti komunikovat a formování společensky přijatelných povahových vlastností. (Valenta, Müller 2013)

2.3.2 Speciálně pedagogické metody

V průběhu výchovně vzdělávacího procesu žáků s PAS se používají jak metody obecně didaktické (které je třeba individuálně přizpůsobit), tak metody a postupy speciálně pedagogické, a to v závislosti na schopnostech a možnostech dítěte s PAS a na stupni jeho mentálního postižení. Správně vedená edukace těchto žáků je dle řazena mezi neúčinnější terapie v procesu jejich socializace s cílem zapojení do intaktní společnosti. V kontextu základní školy speciální lze tedy hovořit o využití metod reedukace, kompenzace a rehabilitace. (Čadilová, Žampachová, 2008)

Uplatnění těchto metod závisí především na:

- míře symptomatiky PAS konkrétního dítěte
- úrovni jeho poznávacích procesů
- úrovni rozvoje motoriky
- psychických vlastnostech

„Mluvíme-li o speciálně pedagogické metodě, můžeme ji v nejobecnější rovině popsat jako speciálně pedagogický přístup, respektive plánovaný postup k dosažení cíle, kterým je úspěšný rozvoj dítěte. V komplexní intervenci u dětí s PAS jde o multidisciplinární přístup řady odborníků (speciální pedagogové, psychiatři, psychologové, behaviorální terapeuti, logopedi, rehabilitační a sociální pracovníci). Speciální pedagogové se nemohou spoléhat na obecně popisované metody, které jsou využívány při reedukaci u dětí s handicapem, ale je třeba, aby využívali metody z oborů, které se problematikou PAS rovněž zabývají (logopedi, terapeuti, rehabilitační pracovníci, psychologové apod.“ (Čadilová, Žampachová, 2008 str. 75)

V oblasti reedukace nalezneme takové speciálně-pedagogické metody, které rozvíjejí nebo upravují porušené funkce a činnosti. V rámci kompenzace se snažíme o posílení a rozvoj těch funkcí, které jsou v pořádku. Pro vzdělávání žáků s poruchami autistického spektra ve školních zařízeních byl vytvořen v České republice speciální výchovně vzdělávací program – Strukturované učení. (ibid.,2008)

Strukturované učení

Jde o metodiku výchovy a vzdělávání žáků s PAS, která se zaměřuje na změnu vnějších i vnitřních podmínek chování a učení a vychází z tzv. TEACCH programu (Treatment and Education of Autistic and related Communication Handicapped Children, Terapie a vzdělávání dětí s autismem a dětí s příbuznými poruchami komunikace, pozn. autorky). (Čadilová, Žampachová, 2008)

Základem programu je individuální přístup, aktivní generalizace dovedností (prostupnost školního a domácího prostředí), úzká spolupráce s rodinou, integrace dětí s autismem do společnosti, přímý vztah mezi ohodnocením a intervencí, pozitivní přístup i k dětem s problematickým chováním, aktivní snaha o pedagogickou intervenci vedoucí ke zlepšení chování. Program TEACCH klade důraz na tři základní principy: individualizace, strukturalizace a vizualizace. (Thorová, 2006)

Principy strukturovaného učení:

- **Individualizace** – dítě s autismem je samostatná osobnost, z hlediska individuálního přístupu je zapotřebí zjistit úroveň v jednotlivých vývojových oblastech dítěte, zvolit vhodný typ systému komunikace podle stupně schopnosti abstraktního myšlení, sestavit individuální výchovně vzdělávací plán a v případě potřeby zvolit vhodné strategie řešení problémového chování
- **Strukturované prostředí** – struktura prostředí, ve kterém se dítě s autismem pohybuje, mu pomáhá v prostorové orientaci a dává mu odpověď na otázku kde, vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním a nabízí tak dítěti „jistotu“. Strukturalizace je také nezbytná při uspořádání pracovního místa.
- **Vizuální podpora** – dítě s autismem nedokáže organizovat svou činnost v čase, čas je abstraktní, a tedy jen velmi těžko uchopitelný pojem. Svoji neschopnost předvídat události a dávat věci do souvislostí si pak obvykle kompenzuje rituály a rutinním chováním. Pokud informace předáváme člověku s autismem ve vizuální podobě, zmírňujeme jeho nedostatky v komunikačních, paměťových a abstraktních schopnostech. Vizualizovaný denní program dává lidem s autismem odpověď na otázku kdy, pomáhá s orientací v čase, pomáhá odlišovat od sebe jednotlivé

aktivity a vede k větší samostatnosti. Typy vizuální podpory jsou: konkrétní předmět (3D rozměr), fotografie, barevné obrázky, piktogramy, nápisy, psané rozvrhy, diář.

- **Motivace** – jako způsob ovlivňování chování má při práci s lidmi s PAS klíčovou roli. Pokud najdeme dostatečně motivační stimuly a vytvoříme funkční motivační systém, pak dokážeme předcházet problémům v chování. Motivační stimul (odměna) musí ihned následovat po splnění požadovaného úkolu. Formy odměn jsou: materiální odměna, činnostní odměna, sociální odměna. (Patieriková, 2013)

2.3.3 Význam komplexní péče – ucelená rehabilitace jako součást výchovně vzdělávacího procesu v kontextu speciální pedagogiky

Základní školy speciální v rámci komplexní péče o žáka s PAS sledují nejen výchovně vzdělávací cíle v užším kontextu, ale snaží se přispívat k co největší soběstačnosti a nezávislosti žáka, ke zkvalitnění jeho života. Dle možností konkrétní školy je proto žákům věnována komplexní koordinovaná péče v duchu uceleného systému rehabilitace, jejímž cílem je maximálně možný rozvoj tělesných, duševních a sociálních schopností jedince.

V pojetí ucelené (též komprehenzivní, komplexní) rehabilitace není rehabilitace chápána pouze jako zdravotnická aktivita, ale jako interdisciplinární obor, který zahrnuje také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou péči. Podle definice OSN jde o „proces, při kterém má koordinované a kombinované uplatnění lékařských, sociálních, výchovných a pracovních opatření umožnit občanům se zdravotními obtížemi pozvednout se na co nejvyšší možnou funkční rovinu a plně se zařadit do společnosti“.

Ucelená rehabilitace se dle Jankovského (2006), dělí na rehabilitaci léčebnou (též zdravotní, jejíž součástí je také rehabilitace psychologická), pracovní, pedagogickou a sociální.

Léčebná (zdravotní) rehabilitace může být ve školách realizována formou

- fyzioterapie – léčebná tělesná výchova a rehabilitační metody,

- ergoterapie – nácvik denních činností, nácvik sebeobsluhy, rozvoj motoriky a smyslových funkcí, zooterapie (canis terapie, hipoterapie), expresivní terapie (dramaterapie, muzikoterapie, arteterapie) apod.

Pracovní rehabilitace je zaměřená na přípravu pro budoucí pracovní uplatnění žáka. Dle zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů, zahrnuje v prostředí škol profesní přípravu a poradenství.

Pedagogická rehabilitace je realizována v celém procesu výchovy a vzdělávání s cílem dosažení co nejvyššího stupně socializace formou přípravy na život a povolání, rozvoj schopností a soběstačnosti.

Pedagogická rehabilitace zahrnuje prostředky:

- pedagogická diagnostika – vytváření a realizace individuálních vzdělávacích plánů ve spolupráci s pracovníky školských poradenských zařízení,
- reedukace – zaměřené na úpravu, nápravu a opravu narušených funkcí, orgánů nebo chování, zaměřuje se na oblast vzdělávání, výchovy a co nejvyššího stupně socializace,
- kompenzace – aktivity zaměřující se na náhradu snížené či chybějící funkce nebo orgánu,
- edukace – uplatňování adekvátních výchovných a vzdělávacích metod, postupů, forem při respektování individuálních potřeb rehabilitované osoby,
- stimulace – aktivity směřující k zapojení co nejvíce smyslů: multisenzorická stimulace, využití bazální stimulace.

Sociální rehabilitace v rovině školy vychází ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů a vyhlášky č. 505/2006, ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení zákona. Jedná se především sociální službu – osobního asistenta, který doprovází dítě do školy a zajišťuje jeho základní potřeby.

Socioterapie – na základě účinných metod a technik práce s žákem, které socioterapie nabízí, lze smysluplně pracovat na jeho cílech, rozvíjet jeho sociální kompetence a napomáhat tak k jeho sociálnímu začlenění.

2.3.4 Terapeutické přístupy využívané pro žáky s PAS v rámci ucelené rehabilitace v prostředí Základní školy speciální

Terapii definuje Müller (2014) jako záměrné a cílevědomé upravování narušené činnosti organismu nejrůznějšími prostředky podle druhu terapie.

„Terapeutické přístupy lze obecně vymezit jako takové způsoby odborného a cíleného jednání s člověkem jež směřují odstranění či zmírnění nežádoucích potíží nebo odstranění jejich příčin k jisté prospěšné změně.“ (Valenta, Müller, 2013, str.127)

Ve školské praxi jsou různé terapeutické přístupy zařazovány s cílem rozšířit nabídku školy v péči o žáky s postižením a zvýšit tak nejen kvalitu péče o svěřené žáky, ale rovněž prestiž školy a její konkurenceschopnost na pomyslném trhu škol. Škála nabízených aktivit je pestrá a školy vycházejí především z potřeb svých žáků a specifik jejich postižení. Na realizaci se podílí nejen personál školy (s odpovídající kvalifikací), ale rovněž externí odborníci. Podle využívaných prostředků se pak setkáváme s různě poskládaným spektrem terapeutických metod, které obecně můžeme roztrdit na následující základní skupiny:

- pracovní a činnostní terapie,
- psychomotorické terapie,
- expresivní terapie,
- terapie s účastí zvířete (zooterapie). (ibid.,2013)

3 Lidské zdroje – personální komplexní podpora žáků s poruchou autistického spektra

Včasnost a správnost diagnostiky autismu je prvním krokem na dlouhé a mnohdy trnité cestě dítěte a jeho rodiny. Právě díky včasné diagnóze a následně správně organizované komplexní péči se může dítě vyhnout řadě potíží, které by jinak mělo ve školce, ve škole a později v dospělém životě. Podmínkou je začít co nejdříve. Na této odborné a velmi náročné péči se podílí mnoho kvalifikovaných pracovníků z různých oborů. (Thorová, 2006)

3.1 Psychologové, psychiatři a terapeuti

Diagnostika PAS je v kompetenci dětského psychiatra nebo klinického psychologa. Důraz je kladen na zkušenosti odborníků, kteří se s touto problematikou setkávají každodenně a s diagnostikovaním mají zkušenosti, protože při neznalosti problematiky poruch autistického spektra se může stát, že je dítěti stanovena chybná diagnóza. Základem správné diagnostiky je kvalitní pozorování, které je založeno na dobré znalosti obvyklých projevů poruch autistického spektra a porovnání konkrétních projevů dítěte (Krejčířová 2003).

V případě dětí s PAS se po stanovení diagnózy dostávají se ke slovu dvě základní terapie:

- farmakoterapie – využívá jak klasických, tak nejmodernějších léčiv ovlivňujících kladně duševní stav pacientů. Zároveň se snaží eliminovat vedlejší účinky léků na pacienta jejich vhodnou individuální volbou, eventuálně užitím lékových kombinací. Hlavním důvodem podávání léků u dětí s PAS může být nutkavé chování a rituály, které omezují nebo zabraňují dítěti fungovat, agresivní chování (kousání, štípání, bití, rozbíjení věcí), sebepoškozování (bouchání hlavou, kousání, škrábání se). Dále se léky ovlivňují projevy hyperaktivity a často se léky snižuje úzkostnost dítěte, nebo upravuje výrazně narušený spánek. Cílem farmakoterapie je tedy zlepšení celkového fungování dítěte v rodině i ve škole, zlepšit jeho vnímání sociálních signálů, pomoci ve vytváření přiměřených reakcí na okolí, prostředí, lidi. Farmakologická léčba může být kombinována s některou z forem psychoterapie. (Šporclová, 2018)

- psychoterapie – dosahuje efektu pomocí vztahu, slova a činu, směřuje k dosažení, obnovení, rozvoji či udržení kvality života klientů tak, aby mohli žít život subjektivně spokojený, a to především v aspektech osobních, zdravotních, sociálních a pracovních. Psychoterapie obvykle probíhá mezi psychoterapeutem a jeho klientem (individuální psychoterapie), klienty z jedné rodiny (rodinná terapie), případně skupinou klientů (skupinová psychoterapie). Psychoterapeut je absolvent minimálně bakalářského studia jakéhokoliv humanitního oboru a psychoterapeutického výcviku. Psychoterapeut nemusí, ale může být psycholog. (Vymětal, 2010). Cílem psychoterapie osob s PAS je dosažení optimálního rozvoje osobnosti a odstranění nebo zmírnění psychického či fyzického utrpení.

Spolu s psychologickou a psychiatrickou péčí mají vliv na rozvoj dítěte také podpůrné terapie pod vedením školených terapeutů, absolventů akreditovaného studijního programu v rámci prohlubování odborné kvalifikace v souladu se zákonem 563/2004 Sb.: (arteterapie, canisterapie, muzikoterapie aj.).

Školní psycholog pak vykonává činnosti poradenské, konzultační, diagnostické i metodické s cílem bořit předsudky a maximálně podpořit úspěšnost integrace dítěte. Pracuje se žáky, pedagogy i rodiči, spolupracuje se specializovanými školskými a dalšími poradenskými zařízeními, zejména pedagogicko-psychologickými poradnami, dále se zařízeními a institucemi zdravotnickými a sociálními, s orgány státními i nestátními s organizacemi péče o děti a mládež. (Šporclová, 2018)

3.2 Pedagogičtí pracovníci a jejich role v podpoře žáků s poruchami autistického spektra

„Pedagogickým pracovníkem je ten, kdo koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálně-pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu; je zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy, nebo zaměstnancem státu, nebo ředitelem školy, není-li k právnické osobě vykonávající činnost školy v pracovněprávním vztahu nebo není-li zaměstnancem státu. Pedagogickým pracovníkem je též zaměstnanec, který vykonává

přímou pedagogickou činnost v zařízeních sociálních služeb.“ (zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících)

Přímou pedagogickou činnost, a tedy i výchovu a vzdělávání žáků s PAS mohou dle výše citovaného zákona na základní škole vykonávat:

- učitel/ka,
- vychovatel/ka,
- speciální pedagog,
- psycholog,
- pedagog volného času,
- asistent pedagoga.

Pedagogičtí pracovníci mají v inkluzivně orientovaném školství nelehkou úlohu, která před ně klade bez ohledu na typ školy velké množství náročných úkolů. Při vzdělávání žáků s PAS je hlavním předpokladem úspěšné školní práce připravenost a ochota zúčastněných pedagogických pracovníků věnovat se právě této problematice. Celkové klima školy by mělo být vstřícné a otevřené. Ředitel školy má poskytnout maximální oporu svému personálu a zajistit vhodné podmínky pro přijetí žáka s PAS. Tato pomoc musí jít napříč školou a zahrnout všechny zúčastněné pedagogické pracovníky a rovněž ostatní personál školy. (Slowík, 2016)

Pro účel této práce jsou následně vymezeny z řad pedagogických pracovníků kategorie učitel a asistent pedagoga.

Kvalitní práce učitele je založena především na komunikaci nejen s žáky, jejich rodiči a ostatními kolegy, ale také participujícími odborníky – psychology, psychiatry, pracovníky PPP a SPC. Dalším předpokladem úspěšného zvládnutí celého procesu je schopnost učitele pracovat s heterogenní skupinou. Tyto kompetence nemá každý učitel a odvíjí se z jeho osobnostního ladění, předchozí praxe, schopnosti prohlubovat své vzdělání a přizpůsobit se individuálním potřebám žáků. Učitel musí umět využívat různé metody a formy práce, které reagují na potřeby dítěte s ohledem na jeho vývoj. (Bartoňová, 2009)

Kompetence učitele obecně potřebné v přístupu k žákům se speciálními vzdělávacími potřebami:

- používání reedukačních metod a postupů, kompenzačních pomůcek,
 - vytvářet pozitivní klima třídy,
 - umět rozpoznat skutečné vědomosti, znalosti a dovednosti žáka (znalost speciálně pedagogické diagnostiky),
 - vycházet z toho, v čem je žák úspěšný a motivovat ho k práci ve výuce,
 - vysvětlit žákovi, v čem spočívají jeho potíže,
 - zamezit stresujícímu prostředí, citlivě vnímat reakce žáka,
 - dodržovat platné zákony a vyhlášky,
 - zaměřit se na systematickou spolupráci s rodinou,
 - zajistit základní podmínky a speciálně pedagogický přístup v rámci integrace žáka,
 - spolupráce s výchovnými poradci a poradenským pracovištěm.
- (ibid.,2009)

Úspěšnost práce pedagoga je podmíněna také prací s kolektivem třídy, kde je třeba přistupovat k řešení problémů celkově a nevymezovat integrovaného žáka jako zdroj obtíží.

Novela Školského zákona platná od září 2016 ve znění pozdějších předpisů, podporuje začleňování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol, (tzv. novela o inkluzivním vzdělávání) zdůrazňuje význam profese asistenta pedagoga.

V současnosti jsou rozlišovány z pohledu vyhlášky č. 27/2016 Sb., ve znění pozdějších předpisů, dvě úrovně odbornosti asistentů pedagoga – podle nich je odlišeno i požadované vzdělání:

- pro přímou pedagogickou činnost ve třídě, ve které jsou vzděláváni žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, nebo ve škole s integrovanými žáky musí mít asistent pedagoga střední vzdělání s maturitou a odpovídající pedagogické vzdělání (SŠ, VOŠ nebo VŠ zaměřenou na pedagogiku nebo alespoň kvalifikační kurz pro asistenty pedagoga);

- pro nižší úroveň činnosti – pomocné výchovné práce ve škole nebo školském zařízení – stačí asistentovi pedagoga střední vzdělání s výučním listem nebo dokonce i jen vzdělání základní, podmínkou je absolvování kvalifikačního kurzu pro asistenty pedagoga.

Asistent pedagoga je žákovi přidělen na určitý počet hodin, nebo na celé vyučování. Měl by se dítěti stát především oporou a průvodcem školním světem, který je pro ně plný podnětů a sociálních nástrah. Je však nápomocen také jeho spolužákům, kteří mají ve třídě plán pedagogické podpory – tedy žákům, kteří nemají zdravotní znevýhodnění, ale třeba pracují pomalejším tempem, jsou emočně přecitlivělí, mluví cizím jazykem, ale i dětem s nadáním. (Teplá, 2015)

Schopnosti a předpoklady asistenta pro práci s žáky s PAS:

- základní znalosti o PAS a pochopení pro jejich specifika,
- odborné znalosti odpovídající činností, které bude vykonávat,
- empatie a schopnost porozumět příčinám specifického chování,
- schopnost komunikovat s rodiči žáka,
- schopnost pracovat pod vedením učitele a umět se poučit z rad zkušenějších (asistentů i pedagogů) i ze svých vlastních chyb,
- trpělivost a schopnost být dostatečně důsledný a organizovaný – tedy čitelný pro žáka s PAS. (ibid.,2015)

Pedagogičtí pracovníci, kteří pracují s žáky s PAS, mohou kontaktovat krajského koordinátora pro oblast autismu a konzultovat s ním problémy týkající se speciálních vzdělávacích potřeb konkrétního žáka.

3.3 Pracovníci v sektoru sociálních služeb a nestátním sektoru

Služby sociální péče mají dle platné legislativy (níže) pomoci osobám s PAS zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, cílem je podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy to vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Sektor sociálních služeb je legislativně upraven Zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (dále ZSS), ve znění pozdějších předpisů a vyhláškou č.505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení tohoto zákona a dalšími předpisy.

Sociální služby patří do pilíře sociální pomoci. V ZSS jsou definovány jako činnost nebo soubor činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začleňování nebo prevence sociálního vyloučení. Povinnost zajistit odpovídající sociální služby mají ze zákona kraje. Ty se mají postarat o dostupnost těchto služeb osobám v nepříznivé sociální situaci na jejich území. Osoby s PAS potřebují v závislosti na míře postižení širokou škálu podpory (od nulové např. v případě Aspergerova syndromu po 24hodinovou). Potřeby uživatelů s PAS tak lze zpravidla v přiměřené míře uspokojovat v rámci existujících služeb pro osoby s postižením. Obtíže jsou se zajištěním vhodné služby pro uživatele se závažnými poruchami chování, zejm. projevy agrese a autoagrese.

Sociální služby dle ZSS ve znění pozdějších předpisů, zahrnují:

- sociální poradenství,
- služby sociální prevence,
- služby sociální péče.

V rámci poradenství pracovníci radí především v oblasti komunikace, navazování a udržení zdravých vztahů, bydlení a zaměstnání. Usilují o zmírnění sociální izolace a negativních důsledků sociální a emoční zátěže u lidí s poruchou autistického spektra, jejich rodin a blízkých.

Sociální služby můžeme dle místa poskytování rozlišit na:

- terénní služby,
- ambulantní služby,
- pobytové služby.

Poskytovatelem sociální služby, je osoba, která má k této činnosti oprávnění plynoucí z registrace poskytovatelů sociálních služeb. Poskytovateli jsou jak příspěvkové organizace státu a veřejných samospráv, tak nestátní neziskové organizace, či jednotlivé fyzické osoby a v neposlední řadě Ministerstvo práce a sociálních věcí.

Sociální služby mohou být poskytovány za plnou, nebo částečnou úhradu, nebo bez úhrady. Typy sociálních služeb jsou v zákoně vyčteny taxativně a jednotlivé sociální služby pak dále definovány v rozsahu základních činností.

Zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, uvádí povinnost poskytovatelů zajišťovat služby pouze pracovníky odpovídající kvalifikace a splňujícími povinnosti zákona.

Tyto podmínky v ZSS (§ 115) se vztahují na následující skupiny pracovníků:

- sociální pracovníci,
- pracovníci v sociálních službách,
- zdravotničtí pracovníci,
- pedagogičtí pracovníci,
- další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby,
- dobrovolníci.

Pracovník v sociálních službách má v náplni práce přímou obslužnou péči o svěřené osoby, pečovatelskou a výchovnou nepedagogickou činnost – tedy službu osobní asistence. Součástí může být pomoc při vytváření pracovních návyků nebo volnočasových aktivitách zaměřených na rozvíjení osobnosti. Především jde o pomoc při osobní hygieně, oblékání či stravování. Dětem a žákům školy pomáhá při zapojení do předškolních, školních i mimoškolních aktivit, rozvíjet zájmy, žít v přirozeném prostředí. (Krejčířová, Treznerová, 2013)

Sociální pracovník oproti tomu vykonává sociálních šetření, sociálně právní poradenství, sociální prevenci, poskytování krizové pomoci atd. Jedná se často o analytickou, metodickou a koncepční činnost v zařízeních poskytujících služby sociální péče. (ibid.)

3.4 Pracovníci ve zdravotnictví a jejich úloha při práci s cílovou skupinou

Děti s PAS stejně tak jako ostatní potřebují zajistit základní zdravotní péči. Na tu mají nárok dle Zákona č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (Zákon o zdravotních službách). Jejich práva jsou dále doplněna o právo

dorozumívat se způsobem pro ně přijatelným a používat vhodných dorozumívacích prostředků.

V první linii nalezneme dětského praktického lékaře, který je většinou prvním, komu se rodiče na preventivních prohlídkách svěří, že ve vývoji jejich dítěte pozorují nějaké abnormality. Dětský lékař buď vysloví podezření a odešle rodiče na nejbližší klinické pracoviště nebo provede screeningové vyšetření. Současně je třeba vyloučit některá onemocnění a poruchy, jejichž důsledkem mohou být projevy podobné autismu (sluchové vady, řečové vady, neurologická onemocnění, metabolické a genetické poruchy). Specialisté z daného oboru se zkušeností i s diagnostikou autismu se obtížně hledají a odborné vyšetření se potom stává problémem. (Thorová, 2006)

Obecná povědomost o ošetření lidí s PAS není u zdravotnického personálu vždy na dobré úrovni. Již jsou pracoviště, na kterých se setkávají tito lidé se vstřícným přístupem, ale většinou je obtížné najít lékaře, který bude obeznámen se specifiky PAS a současně kompetentní v oblasti odbornosti. Náročnost ošetření pacienta s PAS je vysoké právě pro soubor všech symptomů, které tvoří diagnózu. (Čadilová, Žampachová 2012)

Ačkoli jsou děti s autismem velice specifickými pacienty, využívají u nich lékaři postupy stejné jako u zdravých dětí. Musí je však přizpůsobit individuálním potřebám a komunikačním schopnostem konkrétního pacienta. Velkou roli hraje dostatek trpělivosti a při neúspěchu dobrá vůle hledat nové cesty, schůdné pro dítě, pro rodiče i ošetřující personál.

3.5 Další spolupracující odborníci

Mnoho základních škol, a především základních škol speciálních se snaží v rámci komplexní péče pro děti s PAS, a nejen pro ně zařazovat služby dalších odborníků, kteří svou péčí přispívají ke zdárnému vývoji dítěte. V nabídce škol tak můžeme najít služby nejčastěji logopeda a fyzioterapeuta.

3.5.1 Logopedická péče

Žákům s narušenou komunikační schopností, s vadami výslovnosti je poskytována podpora z oblasti logopedie (reedukace a kompenzace řečových poruch) na základě legislativy, konkrétně metodického doporučení č. j. 14 712/2009-61 k zabezpečení logopedické péče ve školství. Péči poskytují odborníci s odpovídající

odbornou kvalifikací vymezenou § 18 zákona 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících, tedy pedagogové se specializací v této oblasti. Aby mohla být logopedická péče co nejkvalitnější, je třeba, aby byla zahájena včas. Vhodné období k zahájení logopedické péče se liší v závislosti na diagnóze. Zahrnuje prevenci, diagnostiku, logopedickou terapii a poradenskou činnost. Logopedická péče ve škole může být poskytována formou skupinové i individuální péče. Dětem ve speciální škole může být logopedická péče poskytována i denně. (Klenková, Treznerová, 2006)

Děti s PAS v závislosti na symptomatice mohou mít díky svému odlišnému chápání světa velké potíže rozumět a používat mluvenou řeč. Protože nedokážou srozumitelně vyjádřit své potřeby a přání, jsou nespokojené, nervózní a často i agresivní. K podpoře rozvoje jejich komunikačních schopností se používá systém alternativní a augmentativní komunikace (náhradní formy komunikace) určený žákům, kteří nemohou své potřeby vyjádřit slovy. Jedná se např. o komunikační systém VOKS, piktogramy, symboly, fotografie, předměty, mimiku, gesta, cílené pohledy očí. Metoda se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat poruchy a postižení u dětí se závažným postižením řeči. (Thorová, 2006)

3.5.2 Zdravotní tělesná výchova – fyzioterapeut

Cílem zdravotní tělesné výchovy je odstranit pohybové a funkční nedostatky organismu, upevnit správné držení těla a vytvořit správné pohybové návyky. Některé základní školy speciální realizují zdravotní TV pod vedením fyzioterapeuta, který se žákům věnuje v pravidelném rozvrhu. Fyzioterapie se zabývá diagnostikou, léčbou a prevencí poruch pohybového systému organismu.

U žáků s PAS se nejedná pouze o vadné držení těla, ale o celkové narušení pohybových stereotypů. Důsledkem může být skolióza, chronické bolesti pohybového aparátu, především páteře, a následné degenerativní změny a porušení struktur páteře.

Vadným držením těla je přitom myšleno zkrácení či oslabení určitých svalových skupin, které spolu pak vytvoří nevhodné držení těla – předsunuté držení hlavy a ramen, odstáté lopatky, překlopení pánve vpřed, vtočené špičky apod.

Fyzioterapeut patří mezi vysokoškolské zdravotnické pracovníky, kteří se zabývají diagnostikou a terapií pohybových poruch a léčí tyto stavy nefarmakologicky.

Používá ve svých léčebných postupech různé metodiky pohybové léčby, fyzioterapeutické postupy. Při sestavování plánu terapie se vychází ze symptomů primárního onemocnění, které se promítají do pohybového systému a mohou tak způsobit funkční poruchu pohybových funkcí (poruchy motoriky, snížená kvalita provedení pohybu, snížení svalové síly, ovlivnění rozsahu pohybu, změny měkkých tkání atd.) či bolestivé stavy.

3.5.3 Bazální stimulace

S fyzioterapií úzce souvisí bazální stimulace. Cílem bazální stimulace je podpora individuálního vývoje dětí. Je určena těm, kteří mají narušenou nebo omezenou schopnost vnímání, komunikace a pohybu. Bazální stimulace je konceptem používaným v oblasti speciální pedagogiky i ošetrovatelské péče. Klade velký význam na dotek, který je uplatňován v technikách polohování, masáží nebo rehabilitačního cvičení.

U dětí s PAS vede použití této metody k stimulaci vnímání tělesného schématu, poznávání vlastního těla, redukci stavů neklidu a hyperaktivity, navození celkového tělesného uvolnění.

3.6 Význam rodiny

Pro rodiče, jejichž dítěti je stanovena diagnóza PAS, začíná dlouhé a velice náročné životní období. Přijmout takovou skutečnost není vůbec jednoduché a rodiče prochází mnoha zvraty, které oscilují mezi nadějí a bezmocností, provází je vytrvalý strach z budoucnosti. Pozornost se samozřejmě upíná na dítě a jeho potřeby, je však důležité si uvědomit, že také rodiče v tuto chvíli potřebují odbornou pomoc, psychologickou, která jim usnadní přijetí nové situace, ale rovněž pomoc s orientací v problematice PAS, v oblasti sociálních služeb, dostupných lékařských službách a také vzdělávacích zařízeních. (Thorová, 2006)

Významnou roli hraje reakce blízkého okolí (širší rodiny, přátel, sousedů) a také prostředí místní komunity. Podpora širší rodiny je velice důležitá, jak v rovině psychické, tak i praktické. Naopak, pokud někdo v rodině diagnózu znevažuje, bagatelizuje a svaluje potíže dítěte na nevalné výchovné schopnosti rodičů, nebo navrhuje naprosto nevhodné výchovné postupy, situaci rodičům jen komplikuje. Také nadměrná péče o dítě, kterou v rodině většinou na sebe bere matka, vytvoření velmi silného pouta s dítětem a pocit, že

dítě nemůže bez ní být, není správná a může způsobit i rozpad manželství. K úspěšnému fungování rodiny je třeba naplňovat potřeby všech jejích členů – manželů i sourozenců postiženého dítěte. Někdy se v důsledku péče o handicapované dítě na potřeby zdravých sourozenců zapomíná, naopak se od nich často očekává víc, než jsou schopni splnit. (Čadilová, Žampachová 2012)

Po sdělení diagnózy se začíná v rodině odvíjet různě dlouhé a pro každou rodinu specifické období od počátečního šoku po přijetí daného stavu. Thorová (2006) upozorňuje na skutečnost, že níže uvedené fáze mohou probíhat v různé intenzitě a rodina nemusí nutně projít všemi stádii.

3.6.1 Fáze vyrovnání se s postižením

Thorová (2006) uvádí, že v první fázi prochází rodina šokem a velkým stresem. Období těsně po sdělení diagnózy s sebou nese vysoké citové zatížení, rozrušení, úlek, ohromení. Rodiče se mohou chovat iracionálně, snažit se o popření či vytěsnění diagnózy, bagatelizaci stavu. Nebezpečná je „víra v zázrak“, kde hrozí, že rodina bude podstupovat s dítětem různé alternativní způsoby léčby, kde jim nezodpovědní léčitelé slibují úplné uzdravení.

V další fázi se dostávají obranné psychické a tělesné reakce, které s sebou nese bolest, žal, zklamání, úzkost. Přichází hledání viníka, vzájemné sebeobviňování rodičů, snížená schopnost sebeovládání, deprese až agresivita. V této fázi rodiče potřebují především fakta, která jim pomohou ztotožnit se s danou skutečností. Dle Vosmika a Bělohávkové (2010) mohou postoje rodičů v této fázi komplikovat výchovně-vzdělávací proces ve škole.

Fáze adaptační je obdobím, kdy se dle Thorové (2006) rodiče se začínají ptát, jak oni sami mohou pomoci, seznamují se s podstatou přesné diagnózy a reálnou prognózou. Začínají spolupracovat na koordinaci činnosti jednotlivých odborníků. Vosmik a Bělohávková (ibid.) však uvádí, že období deprese a negativních emocí se mohou v závislosti na dalším vývoji dítěte vracet. Pokud rodiče přijmou situaci, v poslední fázi dle Thorové (2006) odeznívá deprese a roste snaha racionálně se starat o dítě. Přichází aktivní vyhledávání pomoci, setkávání s ostatními rodiči stejně postižených dětí a spolupráce s odborníky. Odborná pomoc by se měla dotýkat nejen matky a otce, ale také sourozenců. Toto stádium může nastat, ale také nemusí.

Znalost výše uvedených skutečností je velmi důležitá také pro pracovníky ve školství. Při jednání s rodiči žáků s PAS se setkají s různými přístupy rodiny k výchově a vzdělávání jejich dítěte, přičemž se mohou lišit i přístup matky a přístup otce a to diametrálně. (Vosmmik, Bělohlávková, 2010)

3.6.2 Výchovné styly rodiny

Od reakce na sdělení diagnózy se v rodině postupně rozvíjí různé strategie pro výchovu a běžný rodinný život. Členové rodiny nemusí být ve svém postoji a názorech na výchovu dítěte s PAS i jeho sourozenců jednotní. Dle Vágnerové (2004) může rodina zaujmout níže uvedené postoje k výchově dítěte:

Protekcionistická výchova – dítě je vzhledem ke svému postižení podceňováno, nedostává přiměřené kompetence, rodina mu dává nadměrnou a nepřiměřenou péči – dělá za něj i to co by dítě zvládlo samo.

Perfekcionistická výchova – rodina ve snaze o maximální rozvoj, klade na dítě nadměrné nároky s cílem je stimulovat k překonávání handicapu a vlastní stigmatizace.

Realistická výchova – dítě je rodinou přiměřeně a citlivě motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje, zároveň však rodiče respektují hranice omezení vyplývající z jeho postižení.

Pedagogická intervence tak zahrnuje nejen znalost specifik PAS, schopnost správně zvolit a aplikovat vhodné konkrétní formy a metody vzdělávání dítěte, ale rovněž schopnost jednat citlivě a profesionálně s rodinou žáka. (Vágnerová, 2004)

„Rodič se pro školu musí stát členem týmu, partnerem pro zainteresované pedagogy. Rodič je ten, který zná své dítě nejlépe a již před nástupem do školy má s řešením řady problémů zkušenosti, které může pedagogům předávat.“ (Žampachová, Čadilová, 2012, s.76)

3.7 Týmová spolupráce odborníků ve školní praxi

Odborníci věnující se osobám s PAS se dlouhodobě snaží nacházet, vytvářet a zdokonalovat přístupy, které by u osob s autismem zaznamenaly pozitivní přínos nejen při vzdělávání, ale zlepšily celkovou kvalitu jejich života. (Pastieriková, 2013, s.89)

Pouze týmová práce může zajistit dobré podmínky pro výchovu a vzdělávání integrovaného žáka s PAS. Hlavní oporou pro práci učitelů se tak stává SPC, případně pracovníci PPP. Práci poradenského pracoviště zaměřeného na problematiku PAS definuje Vyhláška č. 72/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Ve vyhlášce jsou vyjmenovány standardní činnosti společné všem SPC a standardní činnosti SPC poskytujícího služby žákům s PAS, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením vzdělávajícím tyto žáky.

Činnosti centra směřují ke třem subjektům:

- služba cílená na klienta – zahrnuje psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku a také individuální intervence zaměřené na školní i domácí prostředí,
- služba cílená na zákonného zástupce – zahrnuje konzultační návštěvy v rodině nebo v poradenském zařízení, konzultace k individuální intervenci, zařazení žáka do vhodného typu školského zařízení i přednášky a kurzy pro rodiče,
- služba cílená na školy a školská zařízení, které tyto žáky vzdělávají – cílem je podpora pedagogických pracovníků a pracovníků v přímé péči, je zajišťována prostřednictvím metodických návštěv, přednášek a kurzů, metodických a kazuistických seminářů.

Ve školách, kde jsou integrováni žáci s PAS tvoří tým pedagogové, asistenti pedagoga a členové spolupracujícího SPC – speciální pedagog a psycholog. Pokud má škola školní poradenské pracoviště, pak se členem týmu stává školní speciální pedagog či školní psycholog. Vzájemná spolupráce by měla být založena na pravidelném kontaktu a komunikaci členů týmu. Předmětem konzultací jsou vzdělávací a výchovné potřeby žáka, stanovení vhodných forem postupů a metod k jeho úspěšné cestě školní docházkou. Nedílnou součástí spolupráce se pak stávají konzultace s rodiči, případně za

účasti žáka. Pedagog informuje rodiče o zvolených postupech a metodách a jejich očekávaném vlivu na vzdělávání a chování dítěte. Rodiče mohou se školou sdílet své postřehy z domácí práce žáka a vyjadřovat se k navrženým opatřením ve škole. Aby byla spolupráce rodiny, školy a dalších odborníků funkční a oboustranně prospěšná, je nezbytné komunikovat o všech problémech otevřeně a scházet se v pravidelných intervalech.

4 Metodologická východiska kvalitativního výzkumu

V další části práce se budu věnovat kvalitativnímu rozboru čtyř případových studií žáků, kteří měli příležitost čerpat a profitovat v různém měřítku ze současné nabídky dvou typů základních škol. Zajímá mě, jaké možnosti školy využívají v rámci komplexní péče a její vliv na rozvoj dítěte s autismem.

4.1 Cíle výzkumu a způsob sběru a vyhodnocování dat, kasuistika

Hlavními cíli výzkumné části této práce je popsat podmínky a komplexnost školní integrace vybraných dětí s PAS na běžné základní škole a na základní škole speciální. Na základě stanovení výzkumného cíle si klademe tyto výzkumné otázky:

1. Jsou oba typy škol schopny vytvořit vhodné podmínky pro integraci dětí PAS?
2. Jakým způsobem se komplexnost nabízené péče odráží na úspěšném vývoji žáka?
3. Jaký je význam proinkluzivního postoje personálu školy?

Výzkum bude prováděn pomocí kvalitativních metod a vychází rovněž z dlouhodobého pozorování autorky této práce. Zkoumaný vzorek obsahuje čtyři případové studie.

Dílní cíle plynoucí z šetření:

- popsat nabídku škol při integraci žáků s PAS,
- definovat význam proinkluzivního postoje personálu školy,
- popsat vliv spolupracujících odborníků na vývoj a školní úspěšnost žáka.

V rámci sběru dat byly využity techniky:

- přímé pozorování dítěte v obou typech základních škol,
- volný rozhovor s pedagogickými pracovníky,
- analýza pedagogické dokumentace.

Z výše uvedených metod sběru dat budou vytvořeny případové studie.

Kvalitativní výzkum má za cíl hlubší porozumění zkoumané skutečnosti. Používá se v případech, kdy by kvantitativní výzkum nebyl pro dané účely vhodný a nelze jej proto pro řešení výzkumného problému použít. Kvalitativně orientované výzkumy

vycházejí zejména z fenomenologie, která klade důraz na subjektivní aspekty jednání lidí. (Chráska, 2007)

Jednotná definice kvalitativního výzkumu v podstatě neexistuje, jde o velice široký pojem, který v sobě skrývá rozsáhlou škálu přístupů. Nelze také jednoznačně stanovit fáze takového výzkumu, protože analýza dat a jejich sběr může probíhat současně, výzkumník může během sběru dat vyhodnotit, zda nepoloží v dalším kole rozhovorů jinou otázku a podobně. Záměrem výzkumníka, který provádí tento typ šetření je rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.“ (Švaříček, R., Šed'ová, K., 2014). Kvalitativní výzkum zahrnuje různé přístupy (techniky a metody) ke zkoumání jevů, s cílem podrobné analýzy dat, nikoliv kvantifikací.

Jak bylo uvedeno výše, tématem této práce je komplexní zhodnocení integrace konkrétních osob s PAS, jejich speciální potřeby a nároky ve vzdělávacím procesu. Případové studie jsou proto sestaveny na základě kvalitativního průzkumu, který vychází z metod dlouhodobého pozorování, rozhovoru s pečujícími osobami a studia a analýzy spisové dokumentace. Jména sledovaných osob byla smyšlena v zájmu zachování anonymity.

Pozorování je základní metodou šetření, která připouští určitý subjektivní pohled. Umožňuje sledovat vznik, průběh a změny určitých proměnných. Využití dlouhodobého pozorování umožňuje poznat zvláštnosti sledovaného jedince a specifika jeho adaptace na prostředí.

Studium spisové dokumentace a její analýza je zdrojem získání anamnestických údajů s vysokou mírou objektivity na základě informací z oblastí lékařské, sociální, soudní, psychologické a pedagogické. Je doplněno o vlastní stanoviska v kombinaci s informacemi získanými využitím dalších metod. Je podkladem pro zpracování kasuistik.

Případová studie se věnuje popisu konkrétních případů. Anamnestické údaje případové studie vychází ze znalosti spisové dokumentace dítěte, obsahem je anamnéza rodinná, osobní a sociální. Součástí jsou rovněž výsledky psychologických vyšetření, pozorování – popis sledované problematiky, závěr – vymezení vlivu komplexního přístupu na výzkumný soubor. Informace získané studiem dokumentace a pozorováním jsou v zájmu ochrany osobních dat anonymní. (Bartlová, 2011).

4.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor se skládá ze čtyř žáků s PAS zařazených do dvou typů základních škol – ZŠ a ZŠS. Tito žáci byli vybráni cíleně v souvislosti s typem zařazení a také s přihlédnutím k možnosti dlouhodobého přímého pozorování jejich vývoje a vlivu konkrétního přístupu, a to v řádu 10 let. Ve 2 případech jde o žáky Základní školy speciální, kteří mají mentální postižení vymezeno v pásmu těžké a středně těžké mentální retardace. 1 žák byl primárně diagnostikován v pásmu lehké mentální retardace, ale vzhledem k symptomatice PAS integrován ve třídě ZŠS. 1 žák je zařazen do Základní školy, s intelektem v pásmu normy. Pro účely výzkumu byli osloveni a požádáni o souhlas zákonní zástupci žáků, dále formou volných rozhovorů pedagogický personál a vedení škol, na kterých se žáci vzdělávají. V případových studiích jsou vypsány pouze základní informace z rodinné a osobní anamnézy, jména žáků byla změněna, vynechány byly identifikační údaje a informace, které nejsou pro účely této práce podstatné.

4.3 Sběr dat a práce s datovým materiálem

K naplnění výše uvedených cílů jsem využila osobního dlouhodobého systematického pozorování všech žáků z výzkumného vzorku, znalost jejich pedagogické dokumentace, výstupy z jejich výchovy a vzdělávání a rovněž informace, které v průběhu času vyplynuly z konzultací s rodiči.

V dalším kroku jsem oslovila pedagogy a spolupracující odborníky, kteří participovali na vzdělávání a osobním rozvoji těchto žáků – učitelky, logopeda a fyzioterapeuta. Pro účely rozhovorů jsem měla připraven seznam otázek (viz příloha č. 1 a 2), pořadí a formu jsem pak přizpůsobila situaci během rozhovoru. V průběhu rozhovorů jsem si pořizovala se souhlasem dotazovaných písemné poznámky. Mezi pedagogy byly paní učitelky ze ZŠS a ZŠ, z nichž jedna se specializuje na práci s žáky s poruchami autistického spektra, a druhé dvě učí ve třídách, do kterých byli posléze zařazení moji žáci s PAS. Vycházela jsem z osobní znalosti jejich postoje k inkluzivnímu vzdělávání a z toho, že své žáky velmi dobře znají, ale zároveň mají odlišný přístup k problematice PAS.

4.4 Průběhu rozhovorů, stručná charakteristika dotazovaných

Rozhovory s respondenty probíhaly v klidném prostředí a s dostatečným časovým prostorem.

4.4.1 Rozhovor s vyučující A

Paní A je zkušenou pedagožkou, své profesi se věnuje 27 let, z toho 15 let pracuje s žáky s PAS, vede třídu pro žáky s autismem. K původnímu vzdělání – učitel 1. stupně si doplnila v rámci DVPP oblast vzdělávání žáků s PAS. Dlouhodobě spolupracuje s PPP na částečný úvazek také v oblasti poradenství pro školy. V průběhu rozhovoru byla velice vstřícná a otevřená. Problematiku PAS ovládá, s dětmi pracuje ráda a hledá další možnosti, jak je rozvíjet. Dokázala vymezit pozitiva i negativa práce ve třídě, kde je celkem 7 žáků s PAS a středně těžkým a těžkým mentálním postižením. Velmi oceňuje přístup vedení školy ke komplexní péči, vybavení třídy v rámci strukturovaného učení a pestrou škálu pomůcek. Škola dětem nabízí také bazální terapii, fyzioterapii a logopedickou péči, ráda se třídou využívá nový Snoezelen. K inkluzivnímu vzdělávání se přiklání, ale zdůrazňuje, že jen s ohledem na specifika každého jednotlivce a jeho potřeb.

4.4.2 Rozhovor s vyučující B

Paní B pracuje ve školství 17 let, je učitelkou 2. stupně ZŠ. Na rozhovor přistoupila ochotně s tím, že má ve třídě žáka s PAS (kazuistika 5.3 Adam) a vnímá, že se její vztah s chlapcem postupně vyvíjí a naráží na různá úskalí. Paní učitelka si je vědoma, že jí chybí vzdělání v oblasti PAS, snažila se doplnit si informace samostudiem a opírá se také o pomoc zkušenější kolegyně. Jen obtížně připouští možnost, že Adam přes svoji inteligenci nerozumí sociálnímu kontextu situací a z rozhovoru vyplývá, že není spokojena s jeho postojem ke školní práci a pedagogům. Je toho názoru, že by se měl chlapec umět přizpůsobit, stejně to bude v životě potřebovat. Vedení školy paní učitelka požádala o školení v oblasti PAS a těší se, že jí to pomůže chlapci porozumět. Spolupracuje s PPP a také s psychiatrickou a logopedkou chlapce je v kontaktu. Její postoj k inkluzivnímu vzdělávání je rozpačitý.

4.4.3 Rozhovor s vyučující C

Paní C učí na základní škole, její praxe je 21 let a celou dobu pracuje na prvním stupni ZŠ. K rozhovoru přistupovala velmi rezervovaně, byla stručná a působila nervózním dojmem. V posledních třech letech měla ve třídě dva roky žáka s poruchou pozornosti a hyperaktivitou a následně v nové třídě chlapce s Aspergerovým syndromem (kazuistika Ivan 5.4). Živě reagovala na dotaz k inkluzi a jejímu významu, neztotožňuje se s myšlenkou společného vzdělávání a vnímá především komplikace, které vyvstávají pro učitele a rovněž zpomalení práce s ostatními žáky. Vedení školy jí umožnilo proškolení v oblasti PAS, ale nevnímá je jako přínos. Spolupráci s dalšími odborníky neiniciovala a omezila se na nezbytně nutnou komunikaci s PPP.

4.4.4 Rozhovor D – logopedie

Slečna D má za sebou 5 let logopedické praxe, kterou vykonává na ZŠS a ZŠ. Byla velice vstřícná a problematika PAS ji zajímá. V rámci své práce má v péči děti s různými typy postižení, z toho 12 žáků s PAS. Aktivně se snaží spolupracovat s pedagogy, méně se jí daří navazovat spolupráci s rodinami dětí. Dále se vzdělává a je vidět, že má vhlad do specifik PAS a vypracované individuální strategie pro práci s těmito žáky. Spolupracuje s paní učitelkou, která ve škole nabízí bazální terapii a společně plánují některé lekce pro děti. S třídními učiteli organizuje hodiny v rámci řečové a hudební výchovy. Postoj vedení školy vnímá jako kladný, ale uvítala by větší časovou dotaci pro práci s dětmi, v současné době může realizovat maximálně 30 minut/ týden na žáka. Tento požadavek by však při velikosti školy vyžadoval ještě jednoho logopeda na plný úvazek.

4.4.5 Rozhovor E – fyzioterapie

Pan E je ve speciálním školství nováčkem, pracuje druhým rokem v ZŠS. Vzděláním není pedagog, vystudoval fyzioterapii. Před tím pracoval v učilišti jako mistr odborného výcviku. Stará se o 5 tříd ZŠS, kde vede zdravotní TV a dále se také věnuje individuálně vybraným žákům, se kterými dělá nápravná cvičení. Váží si přístupu vedení školy, které pro účely fyzioterapie vybavilo malou cvičebnu. K rozhovoru přistupoval otevřeně a snažil se co nejlépe popsat problémy, se kterými se potýká právě u žáků s PAS, kterých má ve své péči 12. Přiznává, že postupuje víceméně intuitivně, pokud se mu nedaří dítě zvládnout, odvede je zpět do třídy. Vlastní neznalost problematiky však

nevnímá jako zdroj potíží, nepovažuje za nutné se v této oblasti vzdělávat. Dle jeho názoru by mu prospěla větší pomoc od kolegů, kteří žáky učí a znají je. To však není možné z časových důvodů skloubit. Rodiče do fyzioterapie zapojit nezkoušel a nepovažuje to za podstatné. V případě péče o Tomáše (případová studie 5.1) se spojil s jeho ošetřujícím lékařem a pracuje s chlapcem dle jeho instrukcí.

4.5 Analýza a interpretace získaných dat

Na tomto místě předkládám analýzu a shrnutí získaných informací, tak jak vzešly z uvedených rozhovorů a doplněných o konkrétní citace ze záznamu respondentů.

Vzdělání oslovených pracovníků ve školství s přihlédnutím k potřebám žáků s PAS významně ovlivňuje jejich postoj a vnímání své práce s těmito dětmi. V postoji většiny pedagogů ze zkoumané skupiny bylo možno najít obavy a nejistotu. Shodně zmiňovali potřebu dalšího vzdělávání a náročnost přípravy na práci s dítětem s PAS. Problematiku PAS definují jako komplikovanou a obávají se, zda budou umět zvládat problémy, které takové dítě do třídy přinese. Jen těžko se bez potřebných znalostí dokážou připravit na potřeby dětí a přizpůsobit jim podmínky.

„Pro mě je naprosto nečitelný, nevím, co si chce těmi vulgarismy vynutit, je dost chytrý na to, aby pochopil, že to nemá říkat.....dám třídě úplně jednoduché zadání a on nic, sedí, kouká, nepracuje a když ho napomenu nadává mi, že jsem mu nic neříkala.“ (uč. B)

„Jak mám cvičit s někým, kdo se nesnaží napodobit jednoduchý pohyb, snažím se já, předvedu a pak abych to za něj odcvičil. Bojí se mě, nechce, abych se ho dotýkal, nedívá se na mě, místo toho pozoruje okno.“ (fyzioter. E)

„Nikdy toho nebudu vědět dost, děti mě vždycky nějak překvapí, než se poznáme, trvá to půl roku, ale to mě na mojí práci právě baví.“ (uč. A)

„Překvapilo mě, jak hezky reagují, když najdu tu správnou motivaci. Používám obrázkový rozvrh lekcí, mám vždy připravenou odměnu a děti hned mnohem lépe pracují.“ (logop.D)

„Věděla jsem, že s ním přijdou potíže a také přišly. Byl jak neřízená střela. Nerespektoval základní pravidla, nevydržel sedět, skákal mi do řeči. Tloukl ostatní děti,

když si chtěl vynutit pozornost. Chtěl, abych mu pořád odpovídala, otázky opakoval stále dokola, dokud nedostal odpověď.“ (uč. C)

Přístup škol k integraci žáků s PAS se může lišit, nicméně z uvedeného vzorku vyplývá, že pokud má škola zájem, je schopna zajistit svému personálu kvalitní podmínky k práci, umožnit další vzdělávání svých pracovníků a pomoci připravit pedagogům i žákům vhodné prostředí. Vedení oslovených respondentů z obou typů škol bylo vstřícné a mělo zájem na vytvoření personálních, materiálních a dalších podmínek pro práci s dětmi s PAS. Na ZŠS byla navíc nabídka obohacena o terapie a odbornou péči mimo běžný vzdělávací režim.

„Mám radost, že Tom může chodit na bazálku i logo, prospívá mu to a moc se těší, vždy je nadšený, když je objeví na režimu dne. S cvičením je to horší, tam se mu moc nechce, ale jinak by asi nerehabilitoval vůbec.“ (uč. A)

„Scházíme se všichni vždycky nad individuálem a je to dost přínosné, probrat postřehy z více úhlů pohledu.“ (uč.B)

„Ředitelka mi nabídla peníze na pomůcky a nějaké školení, ale nejela jsem a pomůcky nebyly potřeba, problém byl v chování.“ (uč. D)

Postoj dotazovaných pedagogů k otázce inkluzivního vzdělávání byl rozdílný a vycházel z osobních zkušeností, ale všichni shodně poukazovali na individuální přístup a jeho význam v posuzování každého případu zvlášť. Paní učitelky ze základní školy byly v názoru na zařazení žáků s PAS do běžných tříd vyhraněnější, více jim šlo o práci třídy jako celku a vnímaly zařazení dítěte s postižením jako zátěž, pro kterou bude práce učitele komplikovanější.

„Inkluze bude ještě oříšek, učitelé na to nejsou dostatečně připraveni, chybí jim odborné znalosti, a tak se nedivím, že se někteří staví negativně. Přesto si myslím, že má smysl na tom pracovat, jen to nebude pro všechny, dítě s PAS, mentálním postižením, afekty a EPI záchvaty si neumím na základní škole představit, tomu je líp u nás.“ (uč. A)

„Nemyslím, že je to pro každého, mělo by se to posuzovat hodně opatrně a také ne každý učitel chce takto pracovat. Také je potom těžké skloubit práci třídy. Ale na druhou stranu si myslím, že pokud se inkluze podaří, je přínosem pro obě strany. Aspoň se zdravé děti naučí vnímat, pomáhat a tolerovat.“ (uč.B)

„Máme síť speciálních škol, kde jsou lidé, kteří tu práci chtějí dělat a pak ji dělají dobře, ale za mě na základce ne, tedy s mentálním postižením ne. Je to pak příliš náročné a ostatní děti doplácují na to, že učitel se musí mnohem víc věnovat tomu dítěti, které stejně nikdy nezvládne tolik co ostatní. A když pracuje s asistentem ostatní to jen ruší.“
(uč.D)

Na základě rozboru rozhovorů lze konstatovat, že učitelé a další odborníci, kteří pracují s žáky s PAS potřebují pro svou práci kvalitní základy ve znalosti problematiky PAS a zázemí, které jim poskytne vedení školy. Předpokladem úspěchu je kolektivní a komplexní přístup, dostatečné sdílení informací a kladný vztah k dítěti s postižením. Je to proces náročný na přípravu učiva, postupu i prostředí, a ne každý učitel je ochoten jej přijmout za svůj.

5 Případové studie žáků s poruchou autistického spektra – integrace a komplexní přístup

Následující případové studie byly vybrány pro účely této práce na základě specifčnosti a rozmanitosti v rozsahu autistického spektra. Vybraní žáci jsou vzděláváni na základní škole a na základní škole speciální. Jejich diagnózy ovlivnily zařazení do vzdělávacího proudu a jsou vhodnou součástí prezentovaného výzkumu.

5.1 Případová studie žáka, Tomáš

Jméno dítěte: Tomáš

Rok narození: 2005

Diagnóza: Dětský autismus F 84.0, kombinované postižení – kongenitální skolióza, mentální postižení ve středním pásmu

5.1.1. Osobní anamnéza

První těhotenství, vícečetné-bratr, matka v těhotenství závislá na návykových látkách. Perinatální komplikace, porod před termínem, sekci, dlouhodobě hospitalizován na JIP. Raný psychomotorický vývoj probíhal s výrazným opožděním, nedošlo k rozvoji řeči, chlapec pouze vyluzuje různé zvuky – křičí, houká, hlasitě se směje. Motorický vývoj rovněž výrazně opožděn, chůze od tří let s pomocí, výrazná pohybová nemotornost a omezení pohybu vzhledem k deformitě páteře – zde v pěti letech proveden chirurgický zákrok, dlouhodobě korzet. Od pěti let chodil do mateřské školy při ZŠS, adaptoval se bez problémů. Pravidelně rehabilitoval dva roky po operaci.

5.1.2. Rodinná anamnéza

Otec: neveden

Matka: 27 let, dlouhodobě nezaměstnaná, vzdělání – s výučním listem.

Sourozenci: bratr a sestra

Chlapec byl spolu s bratrem v pěti letech odebrán matce a svěřen do péče prarodičů. Prarodiče spolupracují se školou i lékaři, snaží se chlapci v rámci svých

možností zajistit dobrou péči. Rodina se nachází dlouhodobě ve finanční tísní a její možnosti jsou omezené. Matka se střídavě snaží o spolupráci s prarodiči i se školou, ale není zatím schopna vyřešit své osobní problémy.

Sourozenci: Chlapec má bratra dvojče, který má lehké mentální postižení, další diagnostika u něj nebyla provedena – rodina jej považuje za zdravého, nicméně vykazuje odchylky v psychosociálním vývoji. Sestra, o 10 let mladší, v péči matky, zdráva.

5.1.3. Z diagnostických vyšetření

Psychologická vyšetření: v šesti letech-posouzení školní zralosti: chlapec apatický, nenavazuje oční kontakt, stereotypní pohyby a činnosti, absence řečového projevu, negativistický při pokusu o kontakt a navození činnosti, která není v jeho zájmu. Odloučení od blízkých osob snáší dobře.

Grafomotorika-nesprávný úchop tužky v pěsti, nekoordinované doteky tužkou na papír, výrazné obtíže ve vizuomotorické koordinaci. Základní geometrické tvary roztrídí podle barev, nikoli tvaru, základní barvy na požádání podá, matematické představy a konkrétní počtářské schopnosti nelze prokázat. V pracovní činnosti vykazuje obtíže – vadí mu odpoutávání pozornosti od jeho zájmu. V průběhu vyšetření reaguje na komunikační symboly.

Aktuální úroveň mentálních schopností odpovídá pásmu středně těžké mentální retardace. Doporučeno bylo zařazení chlapce do základní školy speciální, vypracování individuálního vzdělávacího plánu, doporučeno vyšetření na PAS.

Další psychologické a psychiatrické vyšetření bylo provedeno na základě doporučení v 6 letech a 8 měsících, Apla Praha, kde byl Tomášovi diagnostikován Dětský autismus.

5.1.4. Školní docházka

Chlapec nastoupil do základní školy speciální v místě bydliště. Zařazen byl do třídy, ve které se nachází 7 žáků, dva žáci s PAS a ostatní s různými typy kombinovaného postižení. Prostředí školy znal již ze školky, která sídlí ve stejné budově, adaptace mu nečinila potíže.

Při školní práci byl převážně pasivní ve všech činnostech byl veden asistentem pedagoga, nebo výrazně negativistický, měl problémy plnit zadané úkoly. V prostředí učebny se orientoval dobře, nicméně byl patrný zvýšený psychomotorický neklid, ulpívání na stereotypních činnostech a pohybech těla, které nechtěl opustit kvůli nabízeným aktivitám. Se spolužáky nenavazoval žádný kontakt, pedagogický personál využíval pro splnění svých přání.

Pro Tomáše byl vypracován ve spolupráci s SPC individuální vzdělávací plán a zavedena strukturovaná výuka. Jeho výkony se ve strukturovaném režimu zlepšily, začal pracovat. Postupně vznikl obrázkový komunikační systém ve formě knihy a Tomáš si mohl říct o splnění svých potřeb a přání. Spontánně se pak tímto způsobem rozšiřovala jeho pasivní i aktivní slovní zásoba. Naučil se písmena abecedy, umí zpaměti slova, která potřebuje a dokáže jejich podobu vyřukat na počítači. Nejde však o čtení.

Od čtvrtého ročníku Tomášovy školní docházky se dětem ve škole cíleně věnují logoped, fyzioterapeut, pro vybrané žáky byla zahájena bazální terapie a plavecký výcvik. Tomáš se všech těchto aktivit začal pravidelně zúčastňovat.

Nyní je v sedmém ročníku, nemá problémy s přijímáním nových činností, reaguje klidně, přetrvává pasivní ladění jeho osobnosti. Zlepšil se v neverbální komunikaci a částečně navazuje oční kontakt, především, když chce splnit nějaké přání. Stále není schopen pracovat samostatně a dokončit úkol, potřebuje pomoci s oblékáním a při jídle.

5.1.5. Spolupráce s rodinou

Zařazení Tomáše do ZŠS prarodiče brali jako správné rozhodnutí a zprvu se aktivně snažili spolupracovat. Byl jim vysvětlen způsob práce s chlapcem, seznámili se s nastaveným komunikačním systémem i strukturovanou výukou. Vždy se snažili poskytnout chlapci vše co škola nabízí, ale potřebné strategie a nácviky doma neprováděli. Babička to vysvětlovala tak, že doma si s Tomášem rozumí po svém, nechávají ho v klidu a nevedou ho k dalšímu rozvoji, protože by byl negativistický.

V následujícím zjišťování úrovně jednotlivých oblastí vývoje se zaměřením na vliv poskytované komplexní péče. Budu vycházet z přímého pozorování dítěte při učení, zájmových činnostech, ale také při sebeobsluze, hře a dalších aktivitách.

5.1.6. Výchovně vzdělávací proces:

Na počátku školní docházky, v sedmi letech chlapec nebyl schopen pracovat jinak, než pod vedením asistenta či pedagoga. Myšleno je přímé vedení ruky a pohybu. Nebyl schopen o nic požádat, spokojenost i nespokojenost vyjadřoval zvuky. Vlivem tělesného postižení byl nucen často odpočívat, lehal si a usínal. Neměl zaveden žádný komunikační systém, rodina saturovala jeho základní potřeby na základě zkušenosti. Dokázal se sám najíst rukou, s příborem potřeboval pomoci, taktéž s osobní hygienou. Projevovaly se u něj výrazné stereotypní manýrismy – pohupování na špičky, cucání a okusování prstů, drbání se ve vlasech.

Konkrétní opatření školy:

- nastavení IVP,
- nastavení komunikačního systému,
- konzultace s pracovníky SPC, PPP a rodinou,
- asistent pedagoga ve třídě.

V oblasti zrakového vnímání je chlapec zaměřen na vnímání detailů, vnímání celku je pro něj obtížné. Nenavazuje oční kontakt, vždy se dívá stranou. Zajímají ho lesklé, třpytivé podněty, rád sleduje z okna auta na silnici. Při práci rukama nesleduje očima činnost, nechá se vést.

Sluchové vnímání – Tomáš má velmi citlivý sluch, rád poslouchá melodické zvuky nižší intenzity. Poznává zvuky hudebních nástrojů, přiřadí k nim obrázek. Občas si při poslechu hudby brouká, ale rytmus ani melodii nenapodobí. Nemá rád hlasité nemelodické zvuky, nesnáší zvýšený hlas, reaguje afektivně a křičí.

V oblasti kognitivní a sociální má chlapec výrazné obtíže. Zpočátku nechápe význam spolupráce, soustředí se pouze na činnosti svého zájmu. Po zavedení strukturovaného režimu velmi rychle pochopil princip práce – odměna. Pozornost je však nekonstantní a výrazně zaměřená pouze na dosažení odměny, nikoliv na kvalitu výkonu. Učí se rozumět slovům chyba a oprav se. Jeho pracovní tempo se nedá přesně definovat, pasivně čeká na předložení zadání a úkol splní pouze s dohledem. Je velice citlivý na změny, ale pokud jsou vymezeny pomocí obrázkového rozvrhu dne, přijme je

Ve čtení a psaní se mu výrazně nedaří, učí se a pozná jednotlivá písmena a hlásky, ale nerozumí smyslu. V grafomotorických cvičeních selhává na nedostatečném očním kontaktu s prací a velice volném úchopu tužky bez přítlaku. V matematice se naučil znát číslice a do pěti přiřadit správný počet předmětů. Sestaví číselnou řadu do 10. V ostatních předmětech se bez pomoci dospělých neprojevuje. V hudební výchově rád poslouchá klavír a někdy mechanicky používá Orffův instrumentář.

Motoricky je Tomáš i vzhledem k tělesnému handicapu neobratný, má omezenou pohyblivost v hrudní oblasti páteře. Jen obtížně koordinuje cíleně činnost rukou, tužku drží nesprávně a příliš volně. Tužku bere často střídavě do obou rukou, přesto více preferuje pravou. Při práci na papíře se výrazně projevuje jeho neschopnost vizuomotorické koordinace. Neumí se samostatně obléknout, potřebuje pomoci s mytím rukou, při obsluze na toaletě a při jídle. Jí rukama a s menší pomocí také lžící, příbor používat nezvládne.

Tomášovi vyhovuje klidné a tiché prostředí, je velmi pohodlný a pasivní. Velmi rád má babičku, vždy se směje, když pro něj přijde do školy. Děti ve třídě ignoruje, staví se k ostatním zády – chce podrábat. Je velmi citlivý na hluk, který vede k stupňující se nervozitě až afektu, kdy Petr křičí a tluče se rukama do hlavy.

V oblasti receptivní Tomáš rozumí základním a jednoduchým slovním pokynům, které se týkají jeho obsluhy a potřeb. Reaguje na své jméno a jména členů rodiny. Zná názvy předmětů a zvířat – přiřadí správný obrázek. Umí vybrat správný symbol z nabídky písmen a čísel. Expresivní složka řeči zcela chybí, Tomáš vyluzuje pouze zvuky – vyjádří tak nespokojenost nebo radost.

Komplexní přístup školy spočíval v zahájení spolupráce s odborníky z SPC, pedagogy a rodinou. Tomovi byl na začátku školní docházky nastaven individuální vzdělávací plán (dále IVP) a strukturovaný vzdělávací program. Třídě byl přidělen asistent pedagoga. Hlavním cílem připraveného IVP bylo rozvolnění a zjednodušení obsahu výuky, přizpůsobení výukových forem a metod potřebám chlapce,

Cíle strukturovaného programu – vytvoření denního rozvrhu pomocí fotografií, následně piktogramů a nakonec slov – struktura času, vytvoření komunikačního kanálu. Struktura pracovního místa – systém předkládání úkolů a činností, struktura prostoru, tedy členění prostoru třídy dle aktivit.

Hlavním úkolem asistenta pedagoga bylo podpořit Tomášovu integraci mezi žáky ve třídě, pomáhat mu v procesu výchovy a vzdělávání a vzhledem k fyzickému handicapu také se sebeobsluhou.

V průběhu školní docházky se postupně Tomáš zapojil i do dalších aktivit z nabídky školy:

Školní logopedka věnovala každý týden Tomovi půlhodinu, ve které se po domluvě s třídní učitelkou a SPC zaměřila na rozvoj používání systému alternativní a augmentativní komunikace (náhradní formy komunikace), komunikační systém VOKS, piktogramy, symboly, fotografie, předměty, mimiku, gesta, cílené pohledy očí. Součástí logopedické péče byl nácvik porozumění řeči, stimulace porozumění aktivní řeči, pragmatické využívání již vzniklých řečových schopností a komplexní stimulace komunikační schopnosti a řečového rozvoje.

Jednou za čtrnáct dní Tomáš cvičil pod vedením fyzioterapeuta, který celý postup konzultoval s ošetřujícím odborným lékařem chlapce. Cvičení bylo zaměřeno na komplexní a rovnoměrný rozvoj svalových skupin s ohledem na handicap chlapce.

Každý týden docházel Tomáš po dobu dvou let na hodinu bazální terapie s cílem stimulace chlapcova vnímání tělesného schématu, poznávání vlastního těla, redukce stavů neklidu a hyperaktivity, navození celkového tělesného uvolnění. Rozvíjena byla také jeho schopnost senzorycké integrace (tedy schopnost třídit a organizovat smyslové informace), která je klíčová pro vývoj a učení.

5.1.7. Porovnání schopností chlapce na konci sledovaného období

Na konci sledovaného období bylo Tomášovi 15 let. V oblasti zrakového vnímání se u něj projevil posun, začal krátkodobě navazovat oční kontakt, především v komunikačních situacích – pokud něco žádá. Jeho pozornost a schopnost soustředit se na práci se prodloužila, lépe svou činnost kontroluje zrakem a je pečlivější v provedení. Na sluchové vjemy je stále citlivý, nicméně již nedochází k projevům autoagrese. Sám si pouští oblíbenou hudbu a pak se zaujetím poslouchá.

Také kognitivní a sociální schopnosti se podařilo rozvinout, Při vyučování je chlapec soustředěnější, vydrží pracovat v řádu dvaceti minut a zvládne již samostatně zahájit činnost a pracovat na úkolech, jejichž schéma dobře zná.

Čtení a psaní Tom nacvičuje na základě IVP, zlepšil své grafomotorické dovednosti – dokáže vést čáru podle vzoru, vybarvit ohraničenou plochu, napíše své jméno hůlkovým písmem. Nadále přetrvává chybný úchop tužky a malý přítlak. Čte globální metodou, víme s jistotou, že správně identifikuje známá slova, ale vzhledem k přetrvávající absenci řečového projevu je čtení na úrovni receptivního porozumění. V počtářských dovednostech se Petr výrazněji neposunul, umí třídit do skupin dle kategorií, správně sestaví číselnou řadu do 20, ale čísla porovnat nedokáže.

Tomáš stále pracuje svým pomalým tempem, potřebuje korekci a dohled dospělé osoby, často odpočívá, činnosti samostatně nevyhledává. Zlepšil se více v jemné motorice. Dokáže lépe manipulovat s předměty, postaví věž z kostek, umí navlékat větší korále, spojit dílky stavebnice, rád pracuje s modelínou – válí, hněte. V hrubé motorice se vzhledem k handicapu nic výrazněji nezměnilo.

V oblasti chování dokáže lépe zvládat situace, které dříve vedly k afektu. Umí klidněji přijmout změnu, snáší lépe hluk kolem sebe. Naučil se s pomocí obrázků dát najevo nespokojenost, bolest, radost. Protože může využít komunikační kanál ve formě piktogramů v komunikační knize, je pro něj snadnější požádat o jídlo a pití, nebo oblíbenou věc, knihu atd.

Daří se postupně rozšiřovat pasivní slovní zásobu chlapce. Tomáš se naučil porozumět a přiměřeně reagovat v běžných sociálních situacích. Umí upoutat pozornost v případě potřeby bez křiku. Rozumí významu běžných a jednoduchých slovních pokynů. V řečovém projevu se chlapec snaží o nápodobu některých, pro něj významných slov. Projev je však natolik nezřetelný a nesrozumitelný, že jej pochopí jen osoby nejbližší.

5.1.8. Shrnutí

V průběhu Tomášovy školní docházky se mu v základní škole speciální dostalo péče pedagogické, logopedické, ale i terapeutické. Na jeho prospěchu participovalo mnoho odborníků, kteří se společně zasadili o to, aby se Tomášovi lépe žilo, aby lépe komunikoval, rozuměl sociálním situacím, zdokonalil se v motorice a v neposlední řadě získal nové dovednosti a vědomosti. Pokrok, kterého Tom dosáhl lze považovat za úspěch, protože došlo k jeho rozvoji ve všech sledovaných oblastech. Zásadním úspěchem je pak jeho schopnost komunikovat a dorozumět se alespoň v oblasti svých potřeb prostřednictvím AAK.

5.2 Případová studie žáka, Pavel

Jméno dítěte: Pavel

Rok narození: 2006

Diagnóza: Dezintegrační porucha F 84.3, mentální postižení v těžkém pásmu

5.2.1. Osobní anamnéza

První těhotenství, bez komplikací, porod spontánní. Raný psychomotorický vývoj se jevil v normě do tří let, kdy nastala výrazná regrese, nástup mentální retardace a autistického chování. U chlapce se dle sdělení rodičů nejprve objevil psychomotorický neklid a potíže se spánkem. Často měl záchvaty vzteku bez zjevného důvodu, začal ztrácet zájem o oblíbené činnosti a sociální kontakt, horšil se jeho řečový projev a postupně i sociální dovednosti a návyky, zájem o sociální kontakt se zúžil na plnění vlastních potřeb. Po řadě lékařských vyšetření byla diagnostikována Dezintegrační porucha. Stav se posléze upravil a došlo k částečné obnově schopností, nicméně ve snížené kvalitě, při vyšetření bylo diagnostikováno lehké mentální postižení a v 6 letech a 3 měsících Pavel nastoupil školní docházku v přípravném ročníku na základní škole praktické. V 8 letech však došlo k dalšímu regresi s obdobným scénářem. Negativní vývoj se zastavil v pásmu těžkého mentálního postižení. Motorický vývoj byl zpočátku v normě, chodit začal ve třinácti měsících. Vlivem regresi došlo k změně pohybových vzorců, objevily se pohybové stereotypy – mávání rukama, pobíhání na špičkách, poskakování, abnormální držení těla při chůzi. Do mateřské školy nechodil.

5.2.2. Rodinná anamnéza

Otec: narozen 1980, zdravý, vzdělání – vyučen s maturitou

Matka: narozena v roce 1981, zdráva, vzdělání – s výučním listem

Sourozenci: bratr, o pět let mladší, zdravý.

Rodina je úplná, s péčí o děti, a především o Pavla rodičům výrazně pomáhají prarodiče, na které se chlapec vždy těší. Otec je pro chlapce oporou, se školou komunikuje a spolupracuje. Matka se však od chlapce distancuje, téměř veškerou péči přenechává otci, sama se věnuje mladšímu synovi.

5.2.3. Z diagnostických vyšetření

Psychologická a psychiatrická vyšetření:

Ve 3 letech a 6 měsících diagnostika dezintegrační poruchy, psychiatrické vyšetření – bližší informace chybí.

V 5 letech a 9 měsících – posouzení školní zralosti v SPC: chlapec byl při vyšetření neklidný, hyperkinetický, oční kontakt není konstantní, stereotypní pohyby rukou, řečový projev překotný s nesprávným slovosledem, negativistický při prvním pokusu o kontakt a navození činnosti. S pomocí otce spolupracuje, úkoly plní rychle, až překotně. V oblasti grafomotoriky – nesprávný úchop tužky, samostatně čará, kresba postavy se nedaří, obtíže ve vizuomotorické koordinaci. Základní geometrické tvary určí, barvy zná, má základní představu o množství, zvládne orientaci v prostoru. Aktuální úroveň mentálních schopností odpovídá pásmu lehké mentální retardace.

Doporučen byl: odklad školní docházky, následně zařazení do základní školy praktické, vypracování individuálního vzdělávacího plánu a přidělení asistenta pedagoga.

Rediagnostika v 8 letech a 3 měsících na podnět rodiny a školy: regres dovedností, ztráta zájmu o sociální kontakt, výrazný propad v oblasti komunikace – repetitivní opakování jednoho slova, echolálie, dezorientovaný, úzkostný, přecitlivělost na hluk a ostré světlo, porucha vyměšování. Intelekt v pásmu středně těžkého mentálního postižení. Nasazena antidepresiva. Doporučeno změnit vzdělávací program a chlapce zařadit do ZŠS

Vyšetření ve 12 letech konstatovalo intelekt v pásmu těžkého mentálního postižení, doporučeno změnit vzdělávací program na program rehabilitační.

5.2.4. Školní docházka

Chlapec nastoupil v šestém roce nejprve do přípravného ročníku základní školy praktické, kde prosperoval velmi dobře. S pomocí asistenta pedagoga se učitelům dařilo rozvíjet jeho schopnosti, a protože byl úspěšný, rodiče se rozhodli chlapce integrovat do běžné základní školy v místě bydliště. Dle dostupných informací si zpočátku vedl velmi dobře, měl asistenta pedagoga a učivo prvního ročníku zvládal.

V druhé polovině prvního ročníku se začaly objevovat obtíže se zpracováním úkolů, byl nesoustředěný, začal přecitlivěle reagovat na hluk ve třídě a objevovaly se stále častěji tendence k afektům, při kterých křičel, tloukl se do hlavy a utíkal pryč. Situace kulminovala dopravní nehodou, kdy chlapec nereagoval na volání rodičů a vjel pod auto.

Utrpěl těžký úraz a léčení se protáhlo na rok. Poté byl rediagnostikován a na základě výsledků vyšetření zařazen do vzdělávacího programu pro ZŠS. Zde se vzdělával ve třídě pro žáky s autismem.

5.2.5. Spolupráce s rodinou

Vyrovnat se s průběhem vývoje symptomatiky u chlapce bylo pro rodiče velmi těžké. Matka se postupně uzavřela a se školou přestala úplně spolupracovat. Otec se i nadále aktivně podílí na vzdělávání syna a snaží se spolupracovat s odborníky z řad pedagogů a dalších.

V následujícím textu se zaměřím na vliv poskytované komplexní péče, budu vycházet z přímého pozorování dítěte při učení, zájmových činnostech, ale také při sebeobsluze, hře a dalších aktivitách:

5.2.6. Výchovně vzdělávací proces na ZŠS

V devíti letech chlapec nastoupil na ZŠS a pracoval zde pod vedením zkušené paní učitelky, která se dlouhodobě věnovala vzdělávání žáků s autismem. Třídě byl přidělen jeden asistent pedagoga na šest žáků s PAS.

Z konkrétních opatření školy na základě doporučení SPC bylo přikročeno k:

- nastavení IVP – strukturovaná výuka,
- nastavení komunikačního systému – komunikační kniha,
- pravidelným konzultacím s pracovníky SPC, PPP a rodinou,
- asistent pedagoga ve třídě.

Výše uvedené bylo podpořeno z nabídky školy po dohodě s rodiči:

- logopedickou péčí v rozsahu půl hodiny za týden,
- bazální terapií – 1 hodina týdně,
- fyzioterapie – 1 hodina za čtrnáct dní.

5.2.7. Vývoj chlapce v průběhu školní docházky do základní školy speciální

V devíti letech, na počátku docházky do ZŠS byl chlapec ještě schopen spolupracovat, chápal systém strukturované výuky, řídil se psaným režimem dne. Reagoval na slovní pokyny, úkoly plnil na uspořádaném místě částečně i samostatně. Byl schopen písemného projevu na úrovni popisu, dokázal přečíst krátký text a s názorem počítat v oboru do dvaceti. S pedagogickým personálem komunikoval, vyjádřil slovně své přání. Postupně však docházelo k prohlubování jeho symptomatiky, jak již bylo uvedeno výše a nedařilo se udržet úroveň jeho schopností a dovedností.

V deseti letech vlivem regresu začíná být překotný při práci na zadaných úkolech, již téměř ve všech činnostech musí být veden asistentem pedagoga, samostatně nezvládá plnit zadané úkoly. V prostředí učebny se orientuje dobře, ale při cestách na toaletu nebo oběd ztrácí směr a dříve známou cestu není schopen nalézt. Problém mu začíná dělat časový rozvrh dne, snaží se sundat a přemístit karty s činnostmi, aby mohl jet domů. Postupně i přes úsilí pedagogů, pravidelný trénink a podporu logopeda ztrácí dříve nabyté dovednosti ve čtení, psaní i počítání. Často se uchyluje k stereotypům, které se projevují jako bezúčelné listování v knize, trhání novin na miniaturní kousíčky, pobíhání v kruzích, repetitivní opakování stále stejného slova. Se spolužáky nenavazuje žádný kontakt, občas se pokusí v rozčilení někoho uhodit.

Denní režim je postupně redukován až na fotografie a klesající úroveň komunikace je kompenzována komunikační knihou. Ta se Pavlovi stává oporou, nosí ji stále při sobě, prohlížení stejných obrázků mu přináší klid.

Ve dvanácti letech se začínají dostavovat intenzivní a časté ataky agresivního chování, chlapci byla nasazena vyšší dávka antidepresiv. Během výuky často usíná, nebo je naopak neklidný, nevydrží na místě a nedaří se mu plnit úkoly.

Z terapeutické nabídky dostupné ve škole chlapec využívá služby logopeda, fyzioterapeuta a chodí na bazální terapii. Od těchto aktivit je však nakonec upuštěno, protože změny prostředí a přítomnost dalších osob prohlubují úzkostné stavy, nástup panického afektu a agresivní výpady, které začínají mířit proti personálu i spolužákům.

V oblasti motoriky se prohlubují koordinační deficity, Pavel již není schopen pracovat s tužkou nebo štětcem, nerespektuje hranice ploch, selhává vizuomotorická

koordinace. Nedokáže se samostatně obléknout, potřebuje pomoci s mytím rukou i při obsluze na toaletě. Jí rukama nebo lžící, s dopomocí asistenta.

Pavel potřebuje klidné a konstantní prostředí, jinak je velmi neklidný, ostře reaguje na každou změnu. Vadí mu intenzita osvětlení, leká se nových zrakových i sluchových vjemů. Při pobytu v tělocvičně pobíhá z jednoho rohu do druhého a postupně se stimuluje až k afektu. Při vycházkách ho lekají zrakové i sluchové vjemy nad rámec běžného provozu, je nutné jej vést, aby v panice neutekl.

I přes intenzivní logopedickou podporu se Pavlův řečový projev nepodařilo udržet, jeho řeč ztratila komunikační funkci a omezuje se na zvuky a izolovaná slova, která si vybavuje, stereotypně opakuje, ale nevyužívá jejich obsah k funkční komunikaci. Z nabídky AAK využívá jen několik fotografií, které nosí ukázat, pokud chce o něco požádat. Když může, obslouží se sám a jiné osoby nevyhledává. Zcela přestává správně používat režim dne, strhává chaoticky všechny fotografie.

Pavel rozumí základním slovním pokynům, které se týkají jeho obsluhy a potřeb. Reaguje na své jméno a jména členů rodiny. Zná názvy předmětů a zvířat, které si rád prohlíží v knize a stále dokola opakuje jejich názvy.

Komplexní přístup školy zahrnoval především spolupráci s odborníky z SPC, PPP, pedagogy a rodinou., logopedickou a terapeutickou péči (fyzioterapie a bazální terapie). Pavlovi byl na začátku školní docházky do ZŠS nastaven individuální vzdělávací plán (dále IVP), který byl následně několikrát upraven a strukturovaný vzdělávací program. Ve třídě byl již před příchodem Pavla asistent pedagoga.

Hlavní cíle IVP se postupně měnily, v první fázi šlo o udržení a rozvoj chlapcových dosavadních schopností a znalostí, ale vzhledem k postupnému regresu, musel být také IVP výrazně upraven ve smyslu zjednodušení obsahu výuky a přizpůsobení výukových forem a metod potřebám chlapce.

Cíle strukturovaného programu

- vytvoření fotografického denního režimu,
- vytvoření komunikační knihy,
- struktura pracovního místa – systém předkládání úkolů a činností,

- struktura prostoru – členění prostoru třídy dle aktivit,
- struktura času – obrázkový režim dne.

Úkoly asistenta pedagoga

- pomoci Pavlovi při výuce a při přípravě na výuku,
- monitorovat a korigovat chování chlapce ke spolužákům,
- posléze také pomoc při sebeobsluze a pohybu během vyučování.

V rámci logopedické péče se školní logopedka věnovala každý týden Pavlovi půl hodiny, ve které se po domluvě s třídní učitelkou a SPC zaměřila nejprve na udržení pragmatické roviny a komunikačního významu řeči, posléze v důsledku regresi na rozvoj používání systému alternativní a augmentativní komunikace.

Fyzioterapeut se snažil jedenkrát za čtrnáct dní s Pavlem cvičit, cvičení bylo zaměřeno na podporu hrubé motoriky a komplexní, rovnoměrný rozvoj svalových skupin, které se vlivem motorických stereotypií zkracovaly. S fyzioterapií měl Pavel od začátku velký problém, samostatně nebyl schopen cvičit ani s názorným předvedením pohybu a zároveň nedokázal akceptovat fyzický kontakt s fyzioterapeutem. Po mnoha pokusech a následných afektech bylo od fyzioterapie upuštěno.

Jedenkrát týdně docházel Pavel na hodinu bazální terapie s cílem stimulace chlapcova vnímání tělesného schématu, poznávání vlastního těla, redukce stavů psychosomatického neklidu a navození celkového tělesného uvolnění. Pavel chodil do terapeutické místnosti zprvu nerad, ale nakonec akceptoval alespoň relaxační aktivity – relaxační lůžko a míčový bazén. Metody bazální terapie byly tedy uplatněny pouze v omezeném rozsahu.

5.2.8. Shrnutí

Pavel prodělal v průběhu školní docházky regres, který se promítl do všech oblastí jeho osobnosti a v důsledku vedl k výrazné ztrátě schopností a dovedností, které chlapec původně měl. I přes soustředěnou týmovou spolupráci a zapojení rodiny i širokého spektra odborníků se nepodařilo a nebylo možné jít směrem ke zlepšení stavu. Z pohledu komplexní péče bylo Pavlovi nabídnuto vše, co konkrétní ZŠS nabídnout mohla a význam týmové spolupráce tak není umenšen ani tím, že u chlapce nedošlo k posunu směrem k lepšímu.

5.3 Případová studie žáka, Adam

Jméno dítěte: Adam

Rok narození: 2003

Diagnóza: Dětský autismus F 84.0, mentální postižení v pásmu lehkého mentálního postižení, po rediagnostice v pásmu normy

5.3.1. Osobní anamnéza

Třetí těhotenství, rizikové z důvodu vyššího věku matky – porodila chlapce ve 46 letech, průběh jinak bez komplikací, porod v termínu, poporodní nález v normě.

Raný psychomotorický vývoj: velice neklidné, plačtivé miminko, problémy s kojením, od půl roku měla matka podezření, že vývoj neprobíhá zcela normálně, zdálo se jí, že chlapec není kontaktní, obávala se, že neslyší, pediatr neshledal nic výrazně abnormálního, radil vyčkat. Ve věku dvou let již bylo patrné, že vývoj je nestandardní, Adam neměl zájem o druhé lidi, nenavazoval konstantně oční kontakt, nehrál si s dětmi ani s dospělými, bavilo ho rovnat kostky do řad, fascinován byl počítači, sociální hříčky ignoroval. Nesnesl na sobě oblečení, vypravit se ven a obléknout ho znamenalo afekt. Vyžadoval stále stejné jídlo, k snídani jogurt, k obědu samotný řízek, večer špagety se sýrem. Na změny reagoval afektem, tloukl hlavou o zem a hlasitě křičel, napadal matku.

Vývoj řeči byl jen mírně opožděn, první slova začal říkat v druhém roce, měl však obtíže s porozuměním sociálnímu kontextu řeči, verbální vyjadřování bylo nepřiměřené věku a bez výraznější intonace. Obtíže se projevovaly také v oblasti neverbální komunikace, mimika chlapce byla výrazově omezená, chlapec nepoužíval gesta.

Motorický vývoj probíhal normálně, Adam byl celkem obratný, především, pokud šlo o jeho zájmy, matka udávala jen mírné potíže s jemnou motorikou, a to především v oblasti vizuomotoriky.

Problémy v oblasti hygieny a sebeobsluhy spočívaly v neochotě chlapce tyto činnosti vykonávat, nechtěl se mýt, ani si čistit zuby, ale při vhodné motivaci si nechal říct, na toaletu si požádal vždy.

5.3.2. Rodinná anamnéza

Otec: narozen 1962, dělník, vzdělání – s výučním listem

Matka: narozena 1957, vzdělání středoškolské s maturitou.

Sourozenci: dospělý bratr z prvního manželství matky, zdráv

Rodina je neúplná, Adamův otec odešel, když byly Adamovi 2 roky a založil novou rodinu, k chlapci se od té doby nehlásí. Matka se o chlapce stará zcela sama, prarodiče mají zdravotní omezení a spolupracují jen v případě, kdy nelze situaci řešit jinak. Matka se nachází dlouhodobě ve finanční tísní, pracuje na částečný úvazek z domova. Se školou spolupracuje výborně, snaží se chlapci zajistit vše, co je v jejích silách. Její postoj je však velice protektivní, chlapec má vypracovány strategie, jak s matkou manipulovat.

5.3.3. Z diagnostických vyšetření dostupných škole

Dětský lékař odeslal chlapce ve 2,5 letech na psychologické vyšetření s podezřením na PAS, provedená diagnostika nález potvrdila. V rámci rané péče chodil Adam na nácviky komunikace a sociální interakce. V pěti letech byl přijat do mateřské školy, kde se však neadaptoval a matka na docházku rezignovala. V souvislosti s nezdařeným přechodem do MŠ se u chlapce objevilo noční pomočování a potíže se spánkem – obava usnout. Ošetřující psychiatr mu nasadil antidepresiva. V šesti letech dostal odklad školní docházky a v 7 letech nastoupil do ZŠS jako integrovaný žák se vzdělávacím programem pro základní školu praktickou.

Psychologická a psychiatrická vyšetření konstatovala:

1. v šesti letech-posouzení školní zralosti: chlapec neklidný, nespolupracující, oční kontakt pouze účelový, řečový projev zaměřený na používání vulgarismů, ulpívá na vlastních tématech. Pokus o odloučení od matky vede k afektu – válí se po zemi, křičí a svléká si oblečení. Vyšetření rozloženo do více dnů. Při dalších návštěvách spolupracuje lépe. Aktuální úroveň mentálních schopností odpovídá pásmu lehké mentální retardace.

Doporučení: zařazení do základní školy praktické, vypracování individuálního vzdělávacího plánu.

2. Z vyšetření, které proběhlo v 10 letech vyplývá posun ve všech sledovaných oblastech se závěrem hraniční pásmo lehkého mentálního postižení.

3. vyšetření ve 12 letech – závěr konstatoval posun do oblasti normy a doporučena byla změna vzdělávacího programu na program pro základní vzdělávání.

5.3.4. Školní docházka

Chlapec nastoupil do základní školy tehdy ještě praktické a speciální v místě bydliště. Byl integrován do třídy ZŠS, a to především v důsledku symptomatiky PAS. Dle sdělení matky chodil do školy nerad, začal se opět pomočovat v noci, nespolečně, nespál. Matka byla do školy volána několikrát do týdne, aby si chlapce vyzvedla, protože personál nezvládal jeho afekty. Ve třídě nebyla pro chlapce zavedena žádná opatření, nebyl vypracován IVP. Po dvou letech docházky se matka rozhodla odstěhovat a změnit školu. Nové škole bylo na požádání zasláno slovní hodnocení chlapce, kde jeho bývalá třídní učitelka uvedla, že se za dva roky nenaučil psát, ani číst, počítá do pěti, je agresivní a nezvladatelný.

Při zahájení docházky v nové škole byl Adam zařazen opět do třídy ZŠS jako integrovaný s programem ZŠ tehdy praktické, třídu vedl pedagog zaměřený na práci s žáky s PAS, ve třídě byl asistent pedagoga a dalších šest žáků, všichni se středně těžkým mentálním postižením, tři z nich s diagnózou v oblasti PAS.

5.3.5. Spolupráce s rodinou

Zařazení Adama do nové školy iniciovala matka. Sama se zasadila o pohovor s třídní učitelkou ještě před nástupem chlapce do školy a chlapec se v přípravném týdnu přišel podívat na prostředí školy a třídy. V průběhu školní docházky matka spolupracovala, snažila se být škole nápomocná a bylo organizováno několik setkání matky, třídní učitelky a pracovníků SPC.

V následující části studie se zaměřím na průběh výchovně vzdělávacího procesu v nové škole, přijatá opatření a postupy a jejich vliv na prospívání dítěte.

5.3.6. Výchovně vzdělávací proces

V devíti letech nastoupil Adam do nové školy. Zpočátku byl negativistický, argumentoval, že školu nenávidí a učitelky jsou ... výrazy, které používal nelze publikovat. Nechtěl přijímat žádné úkoly, dle jeho názoru nemá smysl ve škole něco dělat. Spolužáky ignoroval a nazýval je hlupáky, tituloval vulgárními výrazy. K učitelům se choval nepřátelsky, ale byl ochoten k rozhovorům o věcech, které ho zajímaly – války a prostředí počítačových her.

Konkrétní opatření školy vycházela ze závěrů vyšetření a šlo tedy především o

- nastavení IVP,
- vybudování komunikačního kanálu především na bázi získání důvěry chlapce,
- pravidelné konzultace s pracovníky SPC, PPP a matkou,
- potřebu asistenta pedagoga ve třídě,
- logopedickou péči – podpora sluchového vnímání, analýza a syntéza slov, větné konstrukce.

Z pedagogického pozorování následně vyplynulo, že Adam byl v oblasti zrakového vnímání citlivější k detailům, nenavazoval konstantní oční kontakt, dění sledoval koutkem oka. Při práci se projevovaly mírné obtíže v oblasti vizuomotorické koordinace. Sluchové vnímání – Adam byl citlivý na hluk, měl potíže při vnímání komunikace v hlučnějším prostředí, vadily mu ostré zvuky. Reagoval útekem, nebo křikem, zacpával si uši. Potíže se projevily také při výuce čtení v oblasti sluchové analýzy a syntézy, kterou začal nacvičovat se školním logopedem.

Kognitivní a sociální schopnosti chlapce byly oslabeny, Adam neviděl žádný význam ve spolupráci s učiteli, distancoval se od školní práce., Proto se třídní učitelka zaměřila na budování atmosféry důvěry ve vztahu k chlapci a nastavení motivačního prostředí. Chlapci byl dán prostor ke komunikaci o tématech jeho zájmu. Touha po těchto rozhovorech se pak stala prvním motivačním prvkem ke splnění školních úkolů.

Počáteční školní diagnostikou bylo také zjištěno, že zná všechna písmena abecedy a umí je napsat hůlkovým písmem. V matematice bez problému sčítal a odčítal pamětně v oboru do sta, orientoval se na číselné ose, selhával v úsudkových úlohách. Prokázal, že dokáže hovořit o mnoha tématech z oblasti historie, zajímal se o války a osobnosti. Fascinace historií byla využita jako motivace ke čtení, chlapec se naučil číst velice rychle v encyklopediích s cílem dozvědět se co nejvíce o svých oblíbených tématech.

Rozvoj grafomotorických dovedností byl zanedbaný, úchop tužky nesprávný – příliš nízko a špetkový, ruka nebyla uvolněná. Psaní tvarů hůlkových písmen zvládal ve formě opisu, tvary písmen napodoboval nepřesně, nedodržel správný směr tahu a velikost. Výchovné předměty nenáviděl, v hudební i tělesné výchově mu vadily hlasité zvuky, nedělal rozdíl mezi zvukem a hlukem, vyhledával tiché prostředí. Výtvarnou výchovu akceptoval v případě, že dostal svolení kreslit dle svého zájmu, kresba byla velice strohá a plochá, pracoval výhradně obyčejnou tužkou, odmítal používat barvy.

Adam sám inicioval sociální interakci vždy jen v omezeném rozsahu, za účelem splnění svých přání. Se spolužáky kontakt nenavazoval vůbec, naopak se jim aktivně vyhýbal. Preferoval komunikaci s dospělými osobami ve známém prostředí a situačním kontextu. Velmi doslovně chápal vysvětlované sociální situace, neakceptoval sociální normy, chyběla mu schopnost sdílet pocity a reciproce.

Adam byl v oblasti hrubé motoriky mírně neobratný, potíže měl hlavně s koordinací náročnějších pohybů v tělesné výchově, byl úzkostný při pohybu vyžadujícím rovnováhu, nerad běhal. V jemné motorice se projevovala zhoršená schopnost manipulace s drobnými předměty, potíže mu činilo používání příboru a stříhání nůžkami. V oblasti sebeobsluhy byl schopen se obléknout, zapnout zip i knoflíky, ale nedokázal a odmítal se naučit zavazování tkaniček.

V chování Adama se projevovala výrazná frustrace v reakci na změny a neporozumění sociálním situacím, která přecházela od úzkosti po agresivitu nejprve verbální (vulgarismy) a posléze (ne však vždy) ve fyzický výpad směrem na osobu, která v té chvíli byla podle něj iniciátorem problému. Během afektu křičel, byl nenávistný „*všechny lidi jsou svině, všichni mě nenávidí, chtějí mě zabít, matka mě dělá naschvály, je neschopná... atd.*“. Pomáhalo mu odejít s učitelkou na klidné místo mimo třídu, kde se vyplakal, nechal se obejmout a hladit. S časovým odstupem byl pak schopen rozboru

a vysvětlení situace a přistoupil na hledání možnosti jiného, společensky přijatelného řešení.

Výrazný rozdíl v receptivní a expresivní složce řeči byl zdrojem mnoha afektů. Adam nedokázal klíčovat neverbální signály a emoce v obličeji jiných osob, a to vedlo k neporozumění základnímu významu probíhající situace. Ostatní zase jen těžko chápali, že míra porozumění komunikaci je u chlapce výrazně nižší než jeho vyjadřovací schopnosti, protože Adam se slovně vyjadřoval obsahově správně, jen s občasnými agramatismy. Nerozuměl však společenskému významu komunikace, což vedlo k verbální dezinhibici jeho komunikace a potížím se zahájením a ukončením konverzace.

Komplexní přístup školy zahrnoval především spolupráci s odborníky. Ve spolupráci s SPC, pedagogy a matkou byl Adamovi na začátku školní docházky nastaven individuální vzdělávací plán a strukturovaný vzdělávací program. Třídě byl přidělen asistent pedagoga. Do péče o chlapce se zapojil logoped a mimo školu psychiatricka, ke které docházel na terapie a která úzce spolupracovala s matkou i se školou. V rámci zdravotní tělesné výchovy začal cvičit pod dohledem fyzioterapeuta, který se zaměřil na rozvoj jeho motorických dovedností.

Hlavním cílem IVP v prvním roce po nástupu do nové školy bylo na základě výstupů z předchozí ZŠS zjednodušit obsah výuky, přizpůsobit výukové formy a metody potřebám chlapce a posílit jeho sociální a komunikační kompetence. Od druhého roku školní docházky (tedy od třetího ročníku) se naopak začala náročnost obsahu učiva zvyšovat.

Cíle strukturovaného programu vedly k vytvoření denního rozvrhu pomocí fotografií (od třetího ročníku postupně nahrazeno psaným režimem) a tedy k podpoře orientace v činnostech a struktuře času, vytvoření komunikačního kanálu. Struktura pracovního místa byla založena na systému předkládání úkolů a činností, struktura prostoru pak na členění prostoru třídy dle aktivit.

Asistentka pedagoga měla za úkol podpořit Adamovu školní úspěšnost a jeho integraci mezi žáky ve škole

5.3.7. Porovnání schopností chlapce na konci sledovaného období, ve věku 12 let

Zrakového vnímání se u Adama zlepšilo, lépe se soustředí na práci, dokáže vnímat celek a určit detaily, ze kterých se skládá. Jeho pozornost a schopnost soustředění se prodloužila. Pokud s někým komunikuje, navazuje stabilní zrakový kontakt. Na sluchové vjemy je stále citlivý, lépe však ovládá své emoce a neuchyluje se k fyzické agresivitě. Verbální agrese s použitím vulgarismů přetrvává, ale i zde je posun k lepšímu, chlapec pochopil, že toto chování není společensky přijatelné a snaží se ovládat. Začíná poslouchat hudbu, líbí se mu klidné klavírní melodie, ale také rocková hudba, dokonce pokouší o tanec. Velmi se zlepšil v oblasti sluchové analýzy syntézy, čte plynule a s porozuměním přiměřené texty.

Velký progres byl zaznamenán v oblasti kognice, Adam pochopil význam slova spolupráce, podařilo se u něj vytvořit pracovní návyky a vštípit mu chuť hledat informace. Proto se rychle naučil číst i psát a vede si dobře také v matematice. S těmito schopnostmi se začal rychle posouvat v plnění výstupů vzdělávání a po posledním vyšetření mu byl změněn vzdělávací program. Adam byl pak integrován do třídy pro žáky s LMP. Pracoval nadále s IVP a asistentem pedagoga a rozšíření učiva zvládl.

Přetrvaly obtíže s hrubou motorikou, je neobratný a má potíže s koordinací pohybů, rychle se unaví. Je úzkostný při pohybu vyžadujícím rovnováhu, nerad běhá. V jemné motorice se zlepšila schopnost manipulace s drobnými předměty. V oblasti sebeobsluhy je schopen se obléknout, zapnout zip i knoflíky, ale stále se nenaučil zavazovat tkaničky, raději si kupuje boty na suchý zip. Dokáže si připravit něco jednoduchého k jídlu a zvládá malý nákup v obchodě.

Adam se naučil lépe zvládat sociální a komunikační situace, které dříve byly zdrojem afektu a agrese. Pochopil a respektuje, že společnost má určité normy chování a vyžaduje jejich dodržování, přesto u něj přetrvává nadměrné užívání vulgarismů. Přijmout změnu dokáže s velkým sebezapřením téměř v klidu, pokud má změna pro něj logické opodstatnění. Nadále nesnáší hluk kolem sebe. Začal být citlivý k času, nesnáší nedochvilnost a nerad někde čeká. Při pohybu mezi lidmi chodí vždy s čepicí staženou směrem do obličeje, známé osoby pozdraví pouze pokynutím ruky. Trpí obavou, aby nebyl před spolužáky směšný, nesnáší své chyby a je třeba s ním v tomto směru taktně

pracovat. V nové třídě si vytvořil dva vztahy, které preferuje, jedná se o klidnější chlapce, ochotné bavit se s ním na téma válek a válečných her. Jen obtížně si buduje vztahy s novými učiteli, hůře snáší jejich střídání v průběhu výuky, nicméně zadané úkoly plní.

Adam má i nadále potíže s neverbálními signály osob, ale tím, že zlepšil svou komunikaci v sociálních situacích dokáže se nyní zeptat, upřesnit si dojem. Nadále však doslovně vnímá význam slov a vět a sociální kontext mu často uniká, nerozumí nadsázce a ironii. Expresivní složku řeči se daří rozvíjet, Adam se vyjadřuje lépe, napravil za pomoci logopeda chybnou výslovnost hlásek, přetrvává nedostatečné porozumění společenskému významu komunikace a strnulá intonace a melodie jeho řečového projevu.

5.3.8. Shrnutí

V průběhu Adamovy školní docházky se mu v základní škole speciální v rámci integrace dostalo péče pedagogické, logopedické, ale i terapeutické. Na jeho prospěchu a postupu participovalo mnoho odborníků, kteří jej společnými silami dovedli až k branám běžné základní školy. Adam tak dostal šanci věnovat se svým zálibám, naučil se chovat přiměřeněji v sociálních situacích, dokonce navázal vrstevnický vztah, a především může jeho vzdělávací cesta pokračovat dál. Na základní škole se adaptoval a přesto, že mu zcela nevyhovuje prostředí větší třídy, méně struktury a časté střídání pedagogů prospívá velmi dobře a jeho výsledky mnohdy předbíhají dovednosti jeho spolužáků.

5.4 Případová studie žáka – Ivan

Jméno dítěte: Ivan

Rok narození: 2012

Diagnóza: Aspergerův syndrom F 84.5

5.4.1. Osobní anamnéza

První těhotenství, bez komplikací, porod v termínu. V ranném psychomotorickém vývoji matka neudává žádné abnormality, později si začala uvědomovat, že téměř nereagoval na sociální hříčky a sociální odkazování, do jednoho roku se jí však zdál vývoj v normě. V druhém roce se objevilo závažné autoagresivní chování – tloukl hlavou o zem, opakovaně upadal do afektů, zdánlivě bez příčiny, křičel, válel se po zemi, tyto stavy přetrvaly do počátku školní docházky, pediatr doporučil důslednější přístup ve výchově.

Vývoj řeči byl mírně opožděn, ve dvou letech první slova, pak se velmi rychle rozmluvil, řečový projev byl zvláštní strnulou intonací.

Chlapec byl celkově motoricky neobratný, měl potíže s navazováním zrakového kontaktu a sociálních vazeb. Místo hry dával přednost mechanickému řazení věcí do dlouhých řetězců a zkoumal je očima v neobvyklých úhlech. V jídlu byl silně výběrový, vyžadoval pevné uspořádání předmětů na stole. Jen s obtížemi se přizpůsoboval změnám, nesnášel výměnu oblečení, nové předměty v domácnosti, změny trasy při jízdě autem. Ve čtyřech letech již dokázal poznat všechny dopravní značky, zajímal se o křovinořezy a traktorové sekačky, dokázal věrohodně napodobovat jejich zvuky a fascinovaně si je prohlížet desítky minut. Sám se učil písmenka, vytrvale listoval v knihách. V pěti letech sám začal číst. Když nastoupil do školky k afektům se přidružilo také agresivní chování vůči dětem, napadal je, kousal a škrábal. Učitelky si s ním nevěděly rady, děti se ho bály. Nejklidnější byl, když jej ponechali stranou o samotě, vydržel si prohlížet knihy a stavět dopravní značky a silnice. Školky vystřídal celkem tři. Až na pobídku jedné z učitelek v poslední školce se matka obrátila na klinického psychologa s žádostí o posouzení chlapcova vývoje.

5.4.2. Rodinná anamnéza

Otec i matka zdraví, oba absolventi střední školy, rodina neúplná, otec se odstěhoval a v současné době se nepodílí na péči o chlapce. Sourozence chlapec nemá. Do péče se zapojují prarodiče a také nový přítel matky.

5.4.3. Z diagnostických vyšetření

Psychiatrické vyšetření: v pěti letech a šesti měsících byl Ivanovi diagnostikován hraniční nález směrem k PAS, při vyšetření byl chlapec pasivní, rigidní, ale schopný spolupráce, jeho oční kontakt byl nedostatečný, strnulá mimika, stereotypní pohyby prsty rukou, řečový projev odpovídal věku, narušená schopnost metakomunikace se strnulou intonací a setrvalé ulpívání na specifických tématech, nedostatečné začlenění sociálních a emočních projevů. Sebeobslužné dovednosti v normě, odloučení od blízkých osob snášel dobře.

5.4.4. Školní docházka

Chlapec nastoupil do základní školy v místě bydliště, ve třídě bylo celkem dvacet žáků. Škola byla předem seznámena s jeho diagnózou a vedení školy zajistilo proškolení paní učitelky v oblasti PAS. Paní učitelka se snažila se situací vypořádat, ale předem se obávala neúspěchu. S obavou očekávala obtíže v chování a výuce. Na školní systém se Ivan adaptoval velmi rychle.

Při školní práci se ve všech činnostech snažil dodržovat pokyny učitelky, byl však výrazně negativistický, pokud došlo ke změně, nebo nepředpokládané situaci. Často měl obtíže s porozuměním zadání, skákal učitelce do řeči. Paní učitelka začala psát domů poznámky typu: je zmatený a nevnímá, jedné zkratkovitě, vzteká se pro maličkost, ubližuje kamarádům. Do zprávy pro PPP uvedla že chlapcovo chování narušuje práci třídy a spolužáci se ho bojí.

V prostředí učebny i školy se Ivan rychle a dobře zorientoval. Se spolužáky se snažil navazovat kontakt, avšak neobratně – upozorňoval na sebe strkáním a křikem, jeho chování bylo sociálně nepřiměřené věku a intelektu. Pokud děti nerespektovaly jeho scénář hry, nebo nereagovaly podle jeho představ velmi rychle přešel do afektu a někdy spolužáky i fyzicky napalá. Ivan měl obtíže při uplatňování konvenčních pravidel,

nechápal kontext některých situací, nerozpoznával správně, co je ještě přijatelné a co zlé. Obsah učiva zvládal s lehkostí, nepotřeboval zvláštní dopomoc se školní prací.

5.4.5. Spolupráce s rodinou

Maminka se chlapci velice věnuje a důsledně se snaží spolupracovat se školou. Otec se do záležitostí kolem syna nevměšuje. Prarodiče pomáhají s domácí přípravou a vyzvedávají chlapce ze školy. Třídní učitelka matku několikrát pozvala na konzultaci mimo termín řádné třídní schůzky za účelem řešení chování chlapce. Maminka se vždy dostavila a snažila se společně se školou hledat řešení.

5.4.6. Výchovně vzdělávací proces

Na počátku školní docházky docházelo u chlapce k afektům způsobeným neznalostí školních poměrů, osob a prostoru. Brzy se však zorientoval a afektů začalo ubývat. Rizikovým prostředím zůstala školní družina, kde se scházelo více dětí z různých tříd a také trávení velkých přestávek. Do školní práce se Ivan zapojil stejně dobře jako ostatní děti, učivo si osvojoval přiměřeně k věku. K řešení byla tedy především otázka eliminace problémového chování ve vztahu ke spolužákům a nácvik prosociálních dovedností.

Konkrétní opatření školy v rámci komplexního přístupu se týkala

- konzultace potřeb chlapce s pracovníky SPC, PPP a rodinou,
- proškolení třídní učitelky v oblasti PAS,
- zapojení školního psychologa.

Hlavní cíle – zvládnutí učiva v rámci ŠVP, navození správné interakce s vrstevníky – posílení sociálních a komunikačních kompetencí.

5.4.7. Porovnání situace a adaptace chlapce na konci sledovaného období

Ivanovi je devět let a má za sebou druhou třídu. Úspěšně zvládl učivo druhého ročníku, rád čte a nerad píše, velice ho baví matematika. Slabší výkony podává ve

výchovných předmětech, bojuje s tělocvikem, kde je nemotorný a také výtvarná výchova ho nebaví. V oblasti vzdělávání nepotřebuje zvláštní podporu.

Po celou školní docházku ho však provází problémy ve vztazích se spolužáky a některými učiteli. Ivan nedokáže identifikovat, kdy to ostatní myslí vážně a kdy si dělají legraci, obtížně odlišuje pravdu a lež, upřímnost a manipulaci. Proto se dostává do konfliktů, které jej mnohdy přivádějí k zuřivosti. V rámci přešetření v PPP mu byla v polovině druhé třídy upravena diagnóza a potvrzen Aspergerův syndrom.

Ve vztahu ke spolužákům Ivan velice stojí o to, aby se mohl mezi děti začlenit, přidat se ke hře v družině, nebo na školním dvoře. Jeho způsob, jak iniciovat kontakt však není pro děti sociálně přijatelný. Pokud je chce Ivan na sebe upozornit, strčí je, nebo plácne. Zapojení do hry signalizuje rozházením toho, co si ostatní vytvořili. Při pohybových hrách se snaží strhnout na sebe pozornost křikem nebo strkáním. Některé děti se Ivana straní, jiné mají tendenci jej provokovat, aby se pak mohly bavit jeho vztekem. Pokud Ivan někoho uhodí, má vždy velice racionální důvody, proč to udělal, při rozboru situace ví přesně, které chování už bylo za hranou. Zpětně dokáže vyvodit, jak se měl zachovat správně, aby situaci vyřešil. Ve třídě má jednoho spolužáka, se kterým si rád povídá – mají společné zájmy v oblasti strategických vojenských her, celkově lépe vychází s holčičkami.

Třídní učitelka v první třídě ani po proškolení (v rozsahu pouze 16 hodin) nerozuměla příčinám Ivanova chování. Měla za to, že je dost chytrý a musí tedy poznat, že se chová nevhodně. Se třídou se sice snažila pracovat, ale vše postavila na tom, že ostatní musí být moudřejší a držet se od Ivana stranou, když tolik zlobí. Při konzultacích s ředitelem školy a rodinou vždy uváděla Ivana jako hlavní zdroj problémů ve třídě. Prokazatelně nedokázala přistupovat k chlapci individuálně, měla mu za zlé, že jí narušuje výuku a prezentovala tento názor i před rodiči dětí. Pedagogové, kteří učili Ivana v jiných předmětech se k problému stavěli neutrálně, s chlapcem problémy nemají.

Od druhé třídy měl Ivan novou paní učitelku a té se podařilo navázat s chlapcem velmi hezký vztah. Paní učitelce se postupně dařilo upravovat vztahy ve třídě. Pracuje dlouhodobě jak s Ivanem, tak s kolektivem dětí. Její činnost se zaměřuje také na strukturalizaci prostředí i činností, aby se Ivan cítil jistě a klidně. Třída si sama vytvořila psaný a kreslený systém pravidel chování. V již rituální chvílce povídání se často věnují

rozboru sociálních situací, paní učitelka využívá ilustrace a kreslené příběhy. Její otevřený přístup se příznivě promítá do klimatu třídy, děti se postupně učí zpracovávat situace a emoce, vztah k Ivanovi je ve třetím ročníku otevřenější a pozitivnější. Ivan má nadále problémy s emoční reaktivitou, ale snížila se podstatně četnost nepřiměřených fyzických ataků.

Do řešení situace se zapojila také školní psychologka a poskytuje pravidelnou podporu třídě jako týmu formou spoluúčasti na skupinových sezeních, spolupracuje na vytváření vhodných strategií s třídní učitelkou a je k dispozici rovněž rodičům Ivana a dalším pedagogům, se kterými konzultuje otázky vhodného vedení dítěte. Ivanovi se věnuje také individuálně, v rámci tréninku sociálních situací a interakcí.

Protože hlavně v první třídě docházelo k fyzickým atakům Ivana na spolužáky, jejich rodiče se pochopitelně začali zasazovat o bezpečí svých dětí. Ivan se pro ně stal problémem číslo jedna, a jeho přítomnost ve škole považovali za velice diskutabilní. Někteří rodiče si vyžádali schůzku s ředitelem školy, kde bylo hlavním tématem, zda je přítomnost chlapce ve třídě adekvátní vzhledem k diagnóze, proč nemá asistenta pedagoga a zda je vedeno řešení situace s matkou chlapce. Situaci řešil ředitel školy pohovory se stěžovateli a školním psychologem, rozbořením celé situace, včetně osvětlení postupu a dalších opatření školy.

5.4.8. Shrnutí

V průběhu Ivanovy školní docházky se mu v základní škole v rámci inkluzivní péče věnuje školní psycholog, škola spolupracuje s PPP a vede otevřený rozhovor s rodinou chlapce i rodinami jeho spolužáků. Ve vztahu k diagnóze nemá Ivan obtíže v oblasti vzdělávání, ale o to větší potřebuje pozornost v oblasti sociální. Škola a spolupracující odborníci se snaží budovat u něj i jeho spolužáků správné sociální vazby a návyky.

6 Závěry výzkumného šetření

Hlavními cíli výzkumné části této práce bylo popsat podmínky a komplexnost školní integrace vybraných dětí s PAS na běžné základní škole a na základní škole speciální. Dílčími cíli pak přiblížit možnosti nabídky škol při integraci žáků s PAS a její vliv na rozvoj žáka, definovat význam proinkluzivního postoje personálu školy a popsat vliv spolupracujících odborníků na vývoj a školní úspěšnost žáka.

Prostřednictvím výše uvedených technik kvalitativního výzkumného šetření byly zpracovány odpovědi na stanovené výzkumné otázky:

Výzkumná otázka č. 1: Jsou oba typy škol schopny vytvořit vhodné podmínky pro integraci dětí s PAS?

Všichni sledovaní žáci byli zařazeni ke vzdělávání na základě odborného vyšetření v PPP. Tomuto vyšetření předcházelo rovněž vyšetření za účelem stanovení diagnózy. Z uvedených studií je patrné, že důvody vedoucí k zařazení do konkrétního typu školy a vzdělávacího programu byly opodstatněné a vedly k stanovení správného závěru. V závislosti na symptomatice PAS a aktuálních možnostech chlapců při vstupu do školy lze konstatovat, že všichni byli zařazeni adekvátně. Ve školním prostředí třem z nich bylo vytvořeno prostředí, které od začátku přispívalo k jejich pozitivnímu rozvoji. U dvou chlapců však došlo na počátku vzdělávacího procesu k setkání s pedagogy, kteří neměli dostatečně osvojenou problematiku PAS a nedokázali správně navodit pozitivní adaptaci chlapců na školní prostředí. Oba chlapci pak nebyli schopni těžit z ostatních výhod, které jim školy mohly nabídnout a školní prostředí vnímali negativně.

Výzkumná otázka č. 2: Jakým způsobem se komplexnost nabízené péče odráží na úspěšném vývoji žáka?

Z uvedených studií vyplývá, že základní školy mohou spolupracovat s dalšími odborníky, a především základní školy speciální zařazovat do svého programu také terapie, které ovlivňují výchovně vzdělávací proces dítěte a napomáhají tak příznivě rozvoji schopností a dovedností. Efektivita této spolupráce však závisí nejen na schopnostech žáka, ale rovněž na intenzitě kontaktu s terapeutem. Pokud škola nabízí fyzioterapii, logopedickou péči atd., měla by jít směrem k rodičům také informace o frekvenci a délce jednotlivých lekcí.

Výzkumná otázka č. 3: Jaký je význam proinkluzivního postoje personálu školy?

Na základě porovnání případových studií a výstupů z rozhovorů lze vyvodit závěr, že postoj personálu školy k dítěti s PAS je klíčovým předpokladem úspěchu. Tento úspěch je samozřejmě individuální ve smyslu maximální možné míry rozvoje žáka, ale mám zde na mysli především závislost profesionálního, proinkluzivního a empatického postoje směrem k vytvoření kladných a stimulujících podmínek výchovy a vzdělávání. Především na případové studii Adama a Ivana lze vyvozovat změnu, kterou s sebou přinesl postoj nových pedagogů. U obou chlapců pak došlo k posunu a rozvoji především v sociální oblasti, u Adama pak i k obrovskému skoku v oblasti vzdělávání. Škola se pro ně stala místem stimulujícím, nikoliv deprimujícím.

7 Závěr

Tato práce byla napsána na základě studia i mnohaletých osobních školních zkušeností s výchovou a vzděláváním dětí s PAS. Cílem bylo vystihnout význam a specifika správného zařazení dítěte s PAS do vzdělávacího systému. Rodiče dítěte s PAS stojí v období volby školní docházky před nelehkým rozhodnutím. Základní školu vybírají na základě diagnostického doporučení odborníků i vlastních kritérií, která jsou zajisté ovlivněna také vzdělávací nabídkou školy a její komplexností. Základní školy speciální mají ve vzdělávací nabídce zařazenu pestrou škálu terapií, spolupracují s odborníky a specialisty. Na běžných základních školách se učitelé učí vnímat význam inkluze s pracovat s žáky s různými specifiky vzdělávacích potřeb.

V první řadě by všem mělo jít o dítě a jeho celkový harmonický rozvoj. Očekávání a ambice rodičů by neměly být vyšší než možnosti dítěte, protože v takovém případě dochází k velkému zklamání na straně dospělých, které pociťuje především dítě. To se pak s velkou pravděpodobností projeví na jeho chování a psychickém stavu. Na straně školy pak musí být profesionalita a ochota přistupovat k dětem s autismem otevřeně a vstřícně. Pedagogové, kteří učí žáky s PAS by měli mít odpovídající vzdělání, podporu vedení školy, a především být pozitivně nakloněni práci s těmito dětmi.

Příchod do školy je novou životní etapou pro dítě i celou rodinu, dítě se zde začíná nejen vzdělávat, ale také socializovat ve vztahu k ostatním (cizím) lidem. Neadekvátní volba školy, nebo nevhodný a neprofesionální přístup personálu mohou v případě dětí s PAS znamenat naprosté selhání. Základním principem vzdělávání žáků s PAS musí být individualizace. Děti s PAS mají velmi různorodé symptomy a variabilita projevů je široká, proto má jejich výchova a vzdělávání zahrnovat pedagogy do detailů propracovanou individuální volbu metod a postupů, ale také individuálně upravené prostředí, komunikaci, motivaci a vizualizaci. Jen tak budou tyto děti v rámci svých možností prospívat a rozvíjet se.

Anotace kvalifikační práce

Jméno a příjmení:	Mgr. Dana Bartlová
Ústav:	Ústav speciálně pedagogických studií
Vedoucí práce:	Mgr. Hana Karunová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Komplexní podpora žáků s poruchou autistického spektra na základní škole v kontextu speciální pedagogiky
Název v angličtině:	Comprehensive support for pupils with Autism Spectrum Disorder in primary school
Anotace práce:	V diplomové práci jsou zpracována témata výchovy a vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra s přihlédnutím k možnostem současného školského systému ČR. V teoretické části jsou popsány stěžejní symptomy a znaky poruch autistického spektra. Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je na konkrétních příkladech popsat vzdělávací nabídku českého školství ve vztahu k žákům s autismem a osvětlit význam a vliv komplexního přístupu v rámci ucelené rehabilitace na školní úspěšnost a zdárný rozvoj těchto dětí.
Klíčová slova:	autismus, poruchy autistického spektra, žák s poruchou autistického spektra, specifika přístupu, výchova a vzdělávání, integrace, terapeutický přístup, ucelená rehabilitace, spolupracující odborníci, kasuistika
Anotace v angličtině:	The diploma thesis deals with the topics of education and training of children with Autism Spectrum Disorder, taking into account the possibilities of the current school system in the Czech Republic (CZR). The theoretical part describes the main symptoms and signs of Autism Spectrum Disorders. The main goals of the presented qualitative research are to describe, on specific examples, the offer and possibilities of the educational system in CZR in relation to pupils with Autism; and also to highlight the importance of a complex approach including a comprehensive rehabilitation and its impact on school success and successful development of these children.
Klíčová slova v angličtině:	autism, autism spectrum disorder, pupil with autism spectrum disorder, specific approach, education and training, integration, therapeutic approach, comprehensive rehabilitation, cooperating experts, case studies
Rozsah práce:	84 stran
Jazyk práce:	Český jazyk

8 Seznam použité literatury

BARTLOVÁ, D. *Aspekty adaptace dítěte s autismem na školní prostředí*. Olomouc, 2011. Diplomová práce. Univerzita Palackého, vedoucí práce doc. PaedDr. Marcela Musilová PhD.

BARTOŇOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání žáků se sociálním znevýhodněním*. Brno: Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-5103-4

ČADILOVÁ, V., THOROVÁ K., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb – část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2012. ISBN 978-80-244-3054-6.

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5.

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Metodika práce se žákem s poruchami autistického spektra*. 2012. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3309-7.

GILLBERG, CH., PEETERS, T. *Autismus – zdravotní a výchovné aspekty*. Praha: Portál, 2008. 124 s. ISBN 978-80-7367-498-4.

HORT, V. et al. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál, 2008. 498 s. ISBN 978-80-7367-404-5.

HRDLIČKA, M., KOMÁREK, V. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-813-9

JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-725-4730-5.

KLENKOVÁ, J., TREZNEROVÁ, I. *Logopedie: narušení komunikační schopnosti, logopedická prevence, logopedická intervence v ČR, příklady z praxe*. Praha: Grada, 2006. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1110-2.

KREJČÍŘOVÁ, D. *Diagnostika poruch autistického spektra*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 2003.

KREJČÍŘOVÁ, O., TREZNEROVÁ, I., *Sociální služby: jak efektivně zavést pozici asistenta pedagoga ve školách*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3692-0.

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018 [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2018 [cit. 2020-11-02]. ISBN 978-807-4721-687.

MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-802-4741-727.

PASTIERIKOVÁ, L. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3732-3.

PROCHÁZKA, R., KREJČÍŘOVÁ, D., VÁGNEROVÁ M. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Vyd. 2. Praha: Grada, 2014. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.

RABOCH, J., HRDLIČKA, M., MOHR, P., PAVLOVSKÝ P., PTÁČEK, R. ed. *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum, 2015. ISBN 978-80-86471-52-5.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, 2016, 168 s. ISBN 978-80-271-9426-1.

ŠPORCLOVÁ, V. *Autismus od A do Z*. V Praze: Pasparta, 2018. ISBN 978-80-88163-98-5.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0644-6.

TEPLÁ, M. *Asistent pedagoga: jak efektivně zavést pozici asistenta pedagoga ve školách*. Praha: Verlag Dashöfer, 2015. ISBN 978-80-87963-15-9.

THOROVÁ, K. *Poruchy autistického spektra: dětský autismus, atypický autismus, Aspergerův syndrom, dezintegrační porucha*. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-736-7091-7.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualizované a rozšířené vydání. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VOSMIK, M., BĚLOHLÁVKOVÁ, L. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: Možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-687-2.

VYMĚTAL, Jan. *Úvod do psychoterapie*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2667-0.

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádí zákon o sociálních službách

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

Zákon č. 435/2004 Sb., *Zákon o zaměstnanosti*

Zákon č. 108/2006 Sb., *Zákon o sociálních službách*

Zákon č. 563/2004 Sb., *Zákon o pedagogických pracovnících*

Online zdroje

Eurydice [online]. [cit. 2020-11-08]. Dostupné z: https://eacea.ec.europa.eu/national-policies/eurydice/content/single-structure-education-integrated-primary-and-lower-secondary-education-7_cs

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, desátá revize [online]. [cit. 2020-11-02]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf>

9 Přílohy

Příloha č. 1 Okruhy otázek k rozhovorům – učitel

1. Základní informace – vzdělání, délka praxe
2. Předpoklady pro výchovu a vzdělávání žáků s PAS
3. Postoj vedení školy k výchově a vzdělávání žáků s PAS
4. Potřeba dalšího vzdělávání v oblasti PAS a formy
 - Samostudium
 - Školení
 - DVPP
5. Nabídka školy – terapie, odborná logopedická péče atd.
6. Komplexní přístup – vzájemná spolupráce kolegů a odborníků
7. Přínos komplexního přístupu pro žáka
8. Postoj k inkluzivnímu vzdělávání

Příloha č. 2 Okruhy otázek k rozhovorům – logoped, fyzioterapeut

1. Základní informace – vzdělání, délka praxe
2. Zkušenosti s žáky s PAS
3. Počet žáků s PAS v péči a časová dotace na žáka
4. Hlavní cíle v péči o žáka s PAS
5. Překážky ze strany dítěte
6. Spolupráce s vedením školy
7. Spolupráce s pedagogy a dalšími odborníky
8. Zázemí pro práci – budova školy, prostor, vybavení
9. Spolupráce s rodiči – jejich zájem o výsledky