

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Eva Jungwirthová

**Klady a zápory individuální integrace dítěte
s LMP do běžné ZŠ**

Praha 2014

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

DIPLOMA THESIS

Eva Jungwirthová

**Plus and negatives of the individual integration
of the child with MMD into ordinary basic school**

Prague 2014

The Diploma Thesis Work Supervisor:
PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a uvádím v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Zelenči dne 13. března 2014

Eva Jungwirthová

Poděkování

Děkuji PaedDr. et Mgr. Haně Žáčkové za odborné vedení, poskytnutí cenných rad a laskavý přístup při realizaci této diplomové práci.

Dále bych ráda poděkovala všem pedagogům, kteří byli ochotni podílet se na výzkumném šetření a poskytli mi cenné rady a podněty.

Anotace

Diplomová práce se zabývá integrací žáků s mentálním postižením do základních škol. Stručně popisuje jedince s mentálním postižením, charakteristiku jeho osobnosti včetně jeho psychických odlišností. Zabývá se pojmem integrace, legislativním rámcem a činiteli ovlivňující úspěšnost školní integrace. Nastiňuje vzdělávací programy, podle kterých se žáci s lehkým mentálním postižením vzdělávají. Cílem diplomové práce je zjistit názory a postoje pedagogů vyučujících na základních školách na integraci žáků s mentálním postižením.

Poslední kapitola obsahuje výzkumné šetření a jeho zhodnocení. Praktická část analyzuje postoje pedagogů k integraci dítěte s lehkým mentálním postižením do běžné základní školy. Technikou dotazníku byly zpracovány a graficky znázorněny výpovědi pedagogů.

Klíčové pojmy

Asistent pedagoga, duševní poruchy, individuální vzdělávací plán, integrace, lehké mentální postižení, rámcové vzdělávací programy, sociální dovednosti, speciální vzdělávací potřeby, školní vzdělávací program, školská poradenská zařízení.

Annotation

The diploma thesis deals with the school integration of mentally affected pupils. It briefly describes individual with mental disability, the characteristics of his personality, including his mental differences. It deals with the integration concept, the legislative fra-mework and the factors influencing the success of school integration. It outlines the educational programs under which students with mild intellectual disabilities are educated. The aim of the thesis is to find out the attitudes and opinions of teachers, teaching in primary schools on integration of students with learning disabilities.

The last chapter contains research and its evaluation. The practical part analyzes the attitudes of teachers to integration of children with mild mental deficiency elementary school. A questionnaire was prepared and teachers' statements were graphically presented.

Key words

Framework educational programme, individual education plan, integration, mental disorders, mild mental disability, school counseling facilities, social skills, special educational needs, teaching assistant.

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA.....	1
ÚVOD.....	9
1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ NEBO MENTÁLNÍ RETARDACE?.....	11
1.1 Klasifikace mentálního postižení	14
1.2 Diagnostická kritéria.....	16
1.3 Etiologie	17
1.4 Charakteristika jedinců s lehkým mentálním postižením.....	19
2 Zdravotní poruchy související s mentálním postižením	23
2.1 Downův syndrom	23
2.2 Pervazivní vývojové poruchy.....	24
2.3 Fetální alkoholový syndrom (FAS).....	30
3 Duševní poruchy související s mentálním postižením.....	31
3.1 Psychotické poruchy	31
3.2 Afektivní poruchy	33
3.3 Úzkostné a neurotické poruchy	34
4 Integrace osob se zdravotním postižením.....	36
4.1 Školská integrace	37
4.2 Podmínky integrace.....	42
5. Současný systém vzdělávání dětí s lehkým mentálním postižením.....	59
5.1 Raná péče.....	61
5.2 Mateřské školy.....	62
5.3 Přípravné třídy	63
5.4 Plnění povinné školní docházky	64
Praktická část.....	69
6. Případová studie.....	69

6.1	Seznámení s případem.....	74
6.2	Společné začátky	75
6.3	Práce se žákem v hodinách	77
6.4	Rozvoj funkcí důležitých pro výuku psaní, čtení a počítání.....	80
6.5	Práce o přestávkách.....	81
6.6	Aktuální stav	81
7.	VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ.....	86
7.1	Vyhodnocení odpovědí.....	89
7.2	Závěr šetření a diskuze.....	100
	Závěr.....	103
	Seznam použitých zdrojů.....	106
	Seznam obrázků, grafů a tabulek.....	111
	Seznam příloh.....	112

ÚVOD

Po roce 1990 došlo v resortu školství k výrazným legislativním změnám týkajících se integrovaného vzdělávání žáků se zdravotním postižením v běžných školách, v průběhu těchto let se také změnil pohled na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. V oblasti vzdělávání se objevil ve společnosti požadavek svobodné vzdělávací cesty, tedy práva rodičů rozhodnout se, zda a jakým způsobem bude jejich dítě vzděláváno. Do této doby byly děti s těžkým zdravotním postižením výhradně vzdělávány ve speciálních školách, případně byly osvobozeny od povinné školní docházky. Klíčovým zákonem je tzv. „školský zákon“ (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění), který zdůrazňuje zásadu rovného přístupu každého občana ČR, včetně občanů se zdravotním postižením, ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace, respektování vzdělávacích potřeb jednotlivce a zásadu vzájemné úcty, respektu, názorové snášenlivosti, solidarity a důstojnosti všech účastníků vzdělávání (§ 2).

Současná koncepce vzdělávacího systému se přizpůsobuje požadavkům evropské společnosti a směřuje k myšlence společného vzdělávání všech dětí, což se projevuje snahou integrovat co největší množství žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, tedy i dětí s mentálním postižením, do hlavního vzdělávacího proudu. Z výše uvedeného vyplývá, že procesu integrace nic nebrání, přesto při realizaci procesu integrace dochází k jistým úskalím plynoucí z určitých specifik, jimiž se jedinci s mentálním postižením vyznačují a na straně druhé složitostí podmínek při začleňování a vzdělávání žáka.

Tato diplomová práce je zaměřena na individuální integraci žáků s mentálním postižením do základní školy běžného typu a posouzení kladů a záporů. Mentální postižení představuje závažné vzdělávací znevýhodnění a integrovat žáka, který se liší svými schopnostmi od intaktních žáků, přináší množství zvýšených požadavků na pedagogy. Nezbytnou podporou jsou školská poradenská zařízení, důležitou roli má zřízení funkce asistenta pedagoga s nutnou podporou kvalitně vypracovaného individuálního vzdělávacího plánu.

Předložená diplomová práce je členěna na část teoretickou a praktickou, práce je strukturovaná do šesti kapitol. První kapitola se zabývá teoretickými východisky a nabízí několik definic mentálního postižení z několika hlediska, součástí téže kapitoly je klasifikace a etiologie, uvedeny jsou i diagnostická kritéria, poslední subkapitola charakterizuje skupinu osob s lehkým mentálním postižením a zabývá se specifiky jednotlivých struktur osobnosti. Druhá kapitola je věnována zdravotním poruchám, které se pojí s mentální retardací. Problematikou psychických poruch se zabývá třetí kapitola.

Čtvrtá kapitola je věnována procesu integrace a inkluze, nabízí stručné srovnání obou pojmů. Závěrečná subkapitola analyzuje podmínky, které ovlivňují úspěšnost školské integrace. Zabývá se specifiky a individualitou žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, popisuje rodinu a rodinné prostředí, nastiňuje zásady výchovy a vliv výchovy na dítě s postižením.

Práce se dále zabývá osobností učitele a nároků, které jsou na něj kladeny. Pozornost je věnována i asistenci, charakterizuje funkci a náplň osobního asistenta a asistenta pedagoga. Práce se zabývá individuálním vzdělávacím plánem, uvádí pravidla pro tvorbu IVP a z toho plynoucí povinnosti školy spojené s tvorbou IVP. Dále jsou analyzována školská poradenská zařízení. Pátá kapitola se věnuje sociální službě rané péči a možnostmi vzdělávání dětí s lehkým mentálním postižením se zaměřením na legislativní rámec, upravený školským zákonem 561/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů s návaznými vyhláškami.

Cílem diplomové práce bylo provést výzkumné šetření za účelem zjištění postojů pedagogů k integraci žáků s lehkým mentálním postižením do základní školy hlavního vzdělávacího proudu. Zjistit v čem vidí přínos a v čem největší úskalí, jaké mají dosavadní zkušenosti s integrací žáků mentálně postižených a jaké aspekty jsou podle pedagogů potřebné pro úspěšnou individuální integraci a jaký typ vzdělávání preferují. Ke zpracování diplomové práce bylo čerpáno z dostupné odborné literatury. Výzkumné šetření je doplněno případovou studií žáka s lehkým mentálním postižením integrovaného do běžné základní školy.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ NEBO MENTÁLNÍ RETARDACE?

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov „mens“ a „retardare“. Mens lze přeložit jako mysl, duše a retardare jako opozdit či zpomalovat. Doslovným překladem by toto spojení znamenalo „opozdění (zpomalení) mysli.“ Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejen mentální schopnosti, ale „celou lidskou osobnost“ ve všech jejích složkách (Slowík, 2007).

Mentální retardace je souborné označení pro výrazně podprůměrnou úroveň obecné inteligence, kdy IQ je nižší než 70, projevující se od útlého věku a která způsobuje i poruchy přizpůsobování (Hučík, In: Lechta, 2010).

Jako zastřešující termín pro jedince s poruchami intelektu se v odborné terminologii začal více používat až po konferenci Světové zdravotnické organizace (WHO) v roce 1959 v Miláně. Tímto termínem se postupně nahrazovala celá řada relevantních pojmů např. duševní abnormalita, duševní opozdění, duševní úchylnost, intelektová abnormalita, mentální defekt, oligofrenie, slabomyslnost atd. (Müller, 2002).

Poprvé v roce 1977 byla definice mentální retardace uvedena v Terminologickém speciálně pedagogickém slovníku ve znění: „Pod heslem retardace se rozumí celkové snížení intelektuálních schopností osobnosti postiženého, které vzniká v průběhu vývoje a je obvykle provázeno nižší schopností orientovat se v životě.“ (Černá, 1985, s. 13; Müller, 2002, s. 9).

Za mentálně postižené osoby lze považovat takové jedince, u kterých dochází k celkovému snížení rozumových schopností, dále u nich dochází k nerovnoměrnému vývoji některých psychických vlastností a u těchto osob shledáváme v různé míře poruchy v adaptačním chování (Švarcová, 2006). „Mentální postižení lze charakterizovat jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku“ (Švarcová, 2006, s. 29).

Za zajímavou a nejvíce citovanou definicí mentální retardace je považována definice Dolejšího, která se snaží o komplexní vymezení mentální retardace. Dolejšího definici Müller ve své publikaci z roku 2001 dokonce nazývá nosnou (Dolejší In: Pipeková, 2006, s. 55), „*Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostacích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštlostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštlostech vývoje osobnosti.*“

Tabulka 1 - Přístupy k definování mentálního postižení¹

PŘÍSTUP	DEFINICE
Biologický	<i>Postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku</i>
Psychologický	<i>Primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy</i>
Sociální	<i>Postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci</i>
Pedagogický	<i>Snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů</i>
Právní	<i>Snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí)</i>

¹ Zdroj (Slowík, 2007)

Někteří autoři se snaží vymezit vztah mezi pojmy mentální retardace (zahrnující pojem oligofrenie) a demence. Zatímco mentální retardace je vztahována k období vzniku mentálního deficitu (prenatální, perinatální a raně postnatální období), je pro demenci charakteristické snížení nabytých mentálních schopností po druhém roce života a to v důsledku úrazu či vážné nemoci v pozdějším období, ale protože jsou projevy mentální retardace a demence v konečném důsledku podobné používá se nadřazeného pojmu mentální postižení (Valenta, Müller, In: Slowík, 2007).

Langer a Matulaye (In: Pipeková, 2006, s. 55) ji popisují následovně: *„Mentální retardace, oligofrenie čili slabomyslnost je nevyvinutost celé osobnosti s výrazným postižením rozumových schopností.“*

„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“ (Valenta, Michalík, Lečbych a kol, 2012, s. 31)

Mentální retardace je termín poměrně nejednoznačný s existencí mnoha definic a hledisek a to v závislosti na odborné či profesní orientaci jednotlivých autorů. Termín „lehká mentální retardace“ se více využívá ve zdravotnické terminologii a termín „lehké mentální postižení“ se spíše využívá ve školské terminologii. Ve většině předložených definic mentální retardace jsou uváděny snížené rozumové schopnosti a deficity v oblasti sociální přizpůsobivosti.

1.1 Klasifikace mentálního postižení

V České republice se od devadesátých let 20. století ke klasifikaci mentální retardace nejčastěji užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací s platností od roku 1992.

Mentální retardace je dle klasifikace (MKN 10) dělena na tyto stupně postižení:

- F70 - lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- F71 – středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- F72 – těžká mentální retardace (IQ 20-34)
- F73 – hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- F78 – jiná mentální retardace (stupeň nelze dle obvyklých metod spolehlivě určit pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, u osob s těžkými poruchami chování a u osob s autismem)
- F79 – nespecifikovaná mentální retardace (zjevná retardace, pro nedostatek informací nelze zařadit klienta do výše uvedených kategorií) stupeň nelze spolehlivě určit)

Kromě stupně mentálního postižení MKN-10 rozlišuje v kódu i postižené chování u těchto klientů (afekty vzteku, sebepoškozování atd.) a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení:

- 0 - Žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká mentální retardace bez poruch chování, diagnóza typická pro klienta s Downovým syndromem)
- 1 – výrazně postižené chování vyžadující intervenci
- 8 – jiná postižení chování
- 9 – bez zmínky o postižení chování

V návaznosti na výše uvedené postižené chování je nutné doplnit to, že starší psychopedická terminologie rozčleňuje chování osob s mentálním postižením z hlediska typu:

- Typ eretický - hyperaktivní, versatilní, neklidný
- Typ torpidní - hypoaktivní, apatický, netečný

Valenta (2012, s. 32) upozorňuje: *„že toto členění se do značné míry vztahuje k charakteru prostředí, ve kterém daný jedinec vyrůstá a které ho formuje. Může mít také úzkou souvislost s deprivací, frustrací a stresovými vlivy.“* Určitou slabinou rozdělení intelektových schopností do pásem je, že jednotlivá pásma nejsou spolehlivým ukazatelem skutečných intelektových schopností, spíše poukazují na podaný aktuální výkon, nikoli na její strukturu. Aktuální výkon může být ovlivněn strachem, neochotou spolupracovat. Svou roli může také sehrát vliv jiného prostředí. Uvedená pásma jsou dle Krejčířové (2006, s. 195) *„umělým členěním přirozeného kontinua a nemohou být proto definována s absolutní přesností.“*

Klasifikace podle druhu mentálního postižení (Hučík, 2010, s. 251):

- **Oligofrenie** je mentální retardace, která je způsobená organickým poškozením mozku v prenatálním, perinatálním a postnatálním období (Vágnerová, In: Lechta, 2010). Je chápána jako opoždění psychického vývoje na dědičném a vrozeném podkladě. Charakteristické pro oligofrenii jsou globálně snížené intelektové schopnosti.
- **Demence** dochází k rozpadu nebo postupnému úpadku už nabytých intelektových schopností, které se mohou rozpadat i nerovnoměrně. Vzniká po druhém roce života dítěte (např. důsledkem úrazu).
- **Výchovná zanedbanost** bývá zapříčiněna exogenními faktory, především nedostatečně podnětným prostředím, ve kterém dítě žije. Vždy se jedná podle Franioka (In: Lechta, 2010) *„o dlouhodobou výchovnou a sociální zanedbanost, kdy nejsou rozvíjeny psychické funkce v takové míře, aby odpovídaly věku dítěte s postižením.“*

1.2 Diagnostická kritéria

Nejužívanějším diagnostickým kritériem pro klasifikaci mentálního postižení je selhání v komplexním inteligenčním testu, kdy výsledek testu je vyjádřený inteligenčním kvocieniem, který je nižší než 1,5 směrodatné odchylky od průměru (Krejčířová, 2006)². Pro komplexní diagnostiku mentální retardace však nestačí jen slabý výsledek v inteligenčním testu, ale také v selhávání a v plnění k věku přiměřených očekávání ve svém sociálním prostředí, k tomuto účelu je možno užít škály sociální adaptability (Valenta, Michalík, Lečbych, 2012).

Švarcová k tomu dodává: „Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální.“ (2006, s. 38).

Při posuzování a stanovení mentálního postižení je tedy nutné brát v úvahu úroveň rozumových schopností a strukturu těchto schopností, stupeň a schopnost sociability, podrobné klinické zhodnocení chování, tělesný vývoj dítěte, zdravotní stav v současnosti i minulosti, úroveň komunikačních dovedností, úroveň sebeobsluhy, zrakovou a sluchovou percepci, úroveň koncentrace pozornosti, řeči, paměti, motivaci, prostorovou a pravolevou orientaci, úroveň motoriky, grafomotoriky atd. (Švarcová, 2006).

Diagnostická vodítka dle MKN-10:

Inteligenci je třeba vymezovat pomocí značného množství více méně specifických dovedností, které se zvláště u osob s mentální retardací mohou vyvíjet nesouměrně a pak je těžké osoby s mentálním postižením kategorizovat do skupin. Stanovení intelektuální úrovně musí vycházet ze všech dostupných informací včetně klinických nálezů, adaptačního chování a to s ohledem na kulturní zázemí jedince a nálezů psychometrických testů.

Pro stanovení diagnózy musí být přítomna snížená úroveň intelektových funkcí, která má za následek sníženou schopnost přizpůsobení se denním požadavkům běžného sociálního prostředí. Uvedené úrovně IQ jsou jen vodítkem a neměly by se používat rigorózně z hlediska problémů transkulturní validity.

² Někteří autoři používají „snížený inteligenční kvocient“

IQ by mělo být stanoveno standardizovanými, individuálně aplikovanými inteligenčními testy determinovanými místními kulturními normami (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Diferenciální diagnostika nám slouží k rozlišení některých poruch, které mohou mít stejné příznaky, ale různé příčiny. Tyto vady a poruchy je nutné od sebe vzájemně odlišit a dle jejich charakteru se upraví přístup a podmínky edukace (Bendová, 2011). Valenta doslova uvádí, že *„v diferenciální diagnostice jde především o diferencování mentální retardace od retardace zapříčiněné deprivací, v důsledku smyslového postižení, specifickými poruchami řeči, dílčími neuropsychickými dysfunkcemi, poruchou autistického spektra či jinou duševní poruchou.“* (Valenta, 2012, s. 42)

Cílem diagnostiky dětí s mentálním postižením je stanovení úrovně mentálních schopností, celkového stupně vývoje a vyzdvižení pozitivních stránek osobnosti (Valenta, 2012). Podle Krejčířové (In: Bendová, 2011, s. 70) *„není cílem diagnostiky poukázat na to, co dítě nezvládá, v čem selhává, co neumí, ale vyzvednout jeho silné stránky, popsat aktuální úroveň rozvoje jeho dílčích schopností, dovedností a znalostí.“*

1.3 Etiologie

„Podrobnými studiemi bylo prokázáno, že mentální retardace nemívá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností vrozených a enviromentálních faktorů.“ (Zvolský, 2003, s. 157) Na vzniku mentálního postižení se většinou nepodílí jen jedna příčina, ale ke vzniku může vést celá řada různorodých faktorů. Většinou jde o interakci mezi genetickými, neurobiologickými a vnějšími faktory, které se vzájemně prolínají, podmiňují a vzájemně na sebe spolupůsobí. Výzkum příčin vzniku mentálního postižení není zdaleka ukončen a Matulay k tomu dodává: *„Všechny známé i předpokládané příčiny mentální retardace vyvolávají necelou čtvrtinu této poruchy“* (In: Švarcová, 2006, s. 62). Což znamená, že zhruba 80% případů má neznámý původ.

Výjimku v etiologii mají specifické genetické poruchy, u kterých lze jednoznačně určit příčinu (Slowík, 2007). Jde o skupinu syndromů, které jsou zapříčiněny

změnou počtu chromozomů, narušením struktury chromozomů nebo jsou způsobené genovou mutací. K nejčastěji vrozeným syndromům patří Downův syndrom (1:700 až 1500 narozených dětí), Klinefelterův syndrom (1:1000 narozených dětí), Syndrom fragilního X chromozomu (prevalence 1:1200 mužů a 1:2000 žen) a Trizomie chromozomu X (1 : 1000 narozených dětí), (Valenta, Müller, 2012).

Příčiny mentálního postižení bývají kategorizovány různě. Literatura nabízí několik podob klasifikací dle různých hledisek členění, některá upřednostňuje časové hledisko doby vzniku, čímž je období prenatální, perinatální a postnatální. Dále se odborná literatura zmiňuje o postižení vrozeném a získaném. Tato práce se soustředí na nejčastěji uváděnou klasifikaci etiologických faktorů podle Penrose a na kategorizaci podle Langerera.

Klasifikace dle Penrose:

- *Endogenní (genetické, dědičné)*
 1. Dávné, které jsou způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách předků.
 2. Čerstvé, což jsou spontánní mutace.
- *Exogenní (vliv prostředí)*
 1. Vzniklé v raném těhotenství, dochází k poškození vajíčka v časně fázi těhotenství.
 2. Vzniklé v pozdním těhotenství, intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita.³
 3. Intranatální, abnormální porod.
 4. Postnatální, nemoci či úrazy v dětství a nepříznivý vliv výchovy.

Odlišným příkladem dělení může být již výše uvedené **dělení Langerera**, který ve své publikaci člení příčiny na vrozené a získané.

- *Vrozené*
 - 1 Příčiny před porodem, což jsou příčiny dědičné, chromozomální a v době gravidity.
 - 2 Příčiny kolem porodu.

³ Autor pod pojmem inkompatibilita pravděpodobně míní inkompatibilitu RH-faktoru

- *Získané*
 1. Biologické během života.
 2. Sociální, což zahrnuje rodinnou, školní a mimorodinnou a mimoškolní výchovu.

Za nejčastěji uváděné příčiny se uvádějí následky infekcí v prenatálním (např. toxoplazmóza, zarděnky, cytomegalovirus) a postnatálním období (např. zánět mozku), intoxikace matky a plodu (např. toxemie matky, otrava olovem, alkoholismus matky), následky úrazů mozku mechanickým poškozením při porodu nebo následky fyzikálních vlivů zejména hypoxie u novorozenců. Poruchy látkové výměny, výživy a růstu (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza, fenylketonurie), makroskopické léze na mozku jako jsou novotvary a degenerace. Svou měrou se také podílí nemoci, které jsou způsobeny nespecifikovanými prenatálními a jinými vlivy, anomálie chromozomů (např. Downův syndrom), nezralost, duševní poruchy, psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek) a jiné nespecifické etiologie. (Švarcová, 2006).

1.4 Charakteristika jedinců s lehkým mentálním postižením

V pásmu lehké mentální retardace se nacházejí jedinci s IQ mezi 50 – 69 (F70), což u dospělých osob odpovídá mentálnímu věku 9-12 let. Tato skupina zahrnuje nejvíce osob mezi mentálně postiženými. Uvádí se, že tuto skupinu tvoří 4/5 ze všech mentálně postižených. Vyskytuje se zhruba u 2,60% populace (Švarcová, 2006). *„Nejčastější příčinou vzniku lehké mentální retardace je organický původ, který je tvořen určitou genetickou transmisí a nepříznivými zevními vlivy, jako sociokulturní deprivace, ekonomickým nebo fyzickým strádáním a nedostatkem stimulace.“* (Pipeková, 2006, s. 65).

Psychomotorický vývoj bývá opožděný a omezený. Dosahování pohybových mezníků v prvním roce (sezení, lezení a chůze), jsou nejčastěji jen mírně opožděné, v osvojování prvních slov se mnohdy přibližují k intaktním (tj. děti bez zdravotního postižení či znevýhodnění) dětem. První viditelné problémy se dostavují okolo druhého roku, kdy zdravé dítě ovládá cca 50 slov (dle Gesselovy vývojové škály).

Dokáže se většinou domluvit, ukáže, co chce, chodí, chápe hru s dospělými, dokáže si hrát paralelně, udržuje čistotu a má širokou škálu emočních projevů. (Malá, 2000). U lehkého mentálního postižení tomu tak není, mentálně postižené dítě zaostává za dětmi intaktními.

Druhým výrazným mezníkem je období šesti let a nástup do školy. Vágnerová (2005, s. 364) ve své publikaci dodává, že *role školáka přináší žákům s mentálním postižením značnou zátěž, protože nároky školy s větší jednoznačností vymezí všechny nedostatky takového dítěte*. Dětem s mentálním postižením je většinou umožněn odklad školní docházky o 1-2 roky, kdy jsou schopny zvládnout alespoň základní sociální a výukové požadavky (Vágnerová, 2005).

Ve školním procesu většinou selhává, od dítěte se očekává řešení složitějších úkolů a situací. Selhávání je viditelné zejména v oblastech abstrakce a logického usuzování. Úroveň myšlení je závislá na kvalitě a kvantitě ostatních poznávacích procesů. Nedostatky jsou patrné v analýze i syntéze, dedukci i indukci, generalizaci, analogii, srovnávání, klasifikaci i strukturalizaci. Myšlení bývá méně pružné a ulpívavé, je nepřesné a bez rozlišení podstatného.

Fischer vysvětluje ulpívavé myšlení *„Jako obranu před subjektivně nesrozumitelnými, novými a neznámými podněty, které jsou jim nepříjemné a mohou vyvolávat různé obavy“* (Fischer, 2008, s. 96). Převládá myšlení konkrétní a názorné. Jakabčic a Požár (In: Lechta, 2010) poukazují na nedůsledné myšlení s tendencí ke stereotypnímu myšlení. Fischer shledává myšlení jako zjednodušené, omezené a vázané na konkrétní skutečnost (Fischer, 2008).

Paměť je slabší a mechanická, u některých jedinců naopak může být tato schopnost na relativně dobré úrovni. Za problematické se považuje logické zapamatování. U dětí s mentálním postižením je paměť narušená ve všech fázích a to od fáze vštěpování do paměti, přes zapamatování, uchovávání v paměti až k vybavení. Nové informace si osvojují pomaleji, proto potřebují mnoho opakování. Taktéž rychleji zapomínají.

Učení je do značné míry ovlivněno sníženou rozumovou kapacitou, vyšší výkon podávají děti, které mají relativně dobrou úroveň koncentrace, krátkodobou

mechanickou paměť, prostorovou orientaci a senzomotorickou orientaci (Jakabčic, Požár, In: Lechta, 2010). Vágnerová (2005) poukazuje na skutečnost, že děti s mentálním postižením se učí „*mechanicky a asociačním způsobem.*“ Proces učení je časově náročnější, s nutným častým opakováním, a vyžaduje více trpělivosti. Aby bylo učení efektivní, je nutné nové informace předávat ve srozumitelné a ve zjednodušené podobě, které dítě porozumí.

Samotná potřeba učit se a poznávat je na rozdíl od intaktních dětí slabší. Dle autorky Krejčířové (2006, s. 198) *se mohou u jedinců s mentálním postižením vyskytnout „i specifické vývojové poruchy učení (dyslexie, dysgrafie), tj. schopnost naučit se číst, psát nebo počítat může být výrazně nižší, než odpovídá očekávání vzhledem k celkové mentální kapacitě. Specifické poruchy učení jsou mezi dětmi s lehkou mentální retardací dokonce častější než v běžné populaci, protože mívají společný etiologický podklad v časném organickém postižení CNS.“*

Autoři nejsou v řešení této problematiky jednotní a autorka se spíše přiklání k názoru autorek (Jucovičová, Žáčková 2004, s. 11), které podmiňují specifické vývojové poruchy učení přiměřeným intelektem: *„Specifické vývojové poruchy učení bývají definovány jako neschopnost naučit se číst, psát a počítat pomocí běžných metod za průměrné inteligence a přiměřené sociokulturní příležitosti. V současné době se děti s touto problematikou také označují jako žáci se speciálními vzdělávacími potřebami, což jejich problematiku vystihuje svým způsobem nejlépe, protože kromě reedukace jejich poruch je často nutné i použití jiných výukových metod, speciálních pomůcek a způsobů hodnocení a klasifikace.“*

Celou situaci navíc mohou zkomplikovat potíže v oblasti sociální. A to, pokud je jedinec emočně a sociálně nezralý, hůře se přizpůsobuje ve školním prostředí a není schopen přijmout a dodržovat stanovené pravidla a normy. Schopnost adaptivního fungování a plnění sociálních požadavků významně ovlivní případný zvýšený neklid, či emoční labilita nebo naopak pasivita. V tomto období se propast mezi dětmi intaktními a postiženými prohlubuje. Z těchto důvodů je pro ně velmi složité a obtížné zvládnout školní vzdělávací program běžné základní školy. Důležitá je správná volba školy, ve které se dítě bude vzdělávat. Vždy je třeba respektovat možnosti a specifické vlastnosti dítěte. Obecně dětem prospívá

výchova a vzdělávání zaměřená na rozvoj dovedností a praktických činností, které mohou potom uplatnit v zaměstnání.

Emoční prožívání a způsoby reagování jsou v závislosti na příčině mentálního postižení narušeny. Ve většině případů jde o zvýšenou dráždivost a větší pohotovost k afektivním reakcím či k mrzuté náladě. Nedostatečná kontrola a ovládání vlastních emocí spojená s koncentrací na přítomnost vede k preferenci takového jednání, které přináší bezprostřední uspokojení. Neschopnost ovládat vlastní emoční prožívání vede k méně přiměřenému reagování. I jedinci s mentálním postižením mají své psychické potřeby a touhu je mít uspokojené. Vzhledem k snížené kapacitě rozumových schopností nedokážou odložit potřebu uspokojení a mají tendenci uspokojovat své potřeby ihned a bez zábran. Neuspokojením se dostávají do frustrace a na ni reagují většinou stereotypně (Vágnerová, 2005).

Většina dětí s mentálním postižením dosáhne schopnosti užívat řeč v každodenním životě a udrží konverzaci. Verbálně mohou selhat v případech, kdy se dostanou do nepředvídatelné řečové situace. Řeč může být i gramaticky správná, ale těžko formulují svoje myšlenky do slov. Slovní zásoba není tak bohatá a je ovlivněna úrovní intelektu. V pasivním slovníku je poměrně dost slov, která znají, ale ve verbálním projevu je nepoužívají. Jsou schopny částečně užívat i abstraktní pojmy, ale ke generalizaci často ani nedospějí. Komunikují s využitím jednoduchých vět i souvětí. Ve čtení mají mnohdy obtíže v orientaci v delším textu, nedostatky se objevují i ve čtení s porozuměním (Bendová, Zíkl, 2011).

Profesní příprava je podle Pipekové (2006) většinou realizována na praktických školách nebo se mohou za určitých podmínek vyučit na odborných učilištích. Zde získají výuční list pro určitou manuální činnost (jsou pro ně určeny programy pro střední odborné vzdělávání, tzv. E – obory, ve kterých pomocí zácviku zvládnou vykonávat jednoduché pracovní činnosti, např. zahradnické, kovářské, kuchařské, knihařské a farmářské práce atd.) a zařadit se na trh práce. V dospělém věku většina z nich dosáhne úplné samostatnosti v péči o sebe a v praktických dovednostech. Pro nedostatek kritického uvažování potřebují v nových a složitějších životních situacích podporu, pomoc a radu (Matějček, 2001).

ZDRAVOTNÍ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Tato kapitola se zaměřuje na popis vrozených poruch či nemocí pojící se s mentálním postižením, které mohou samy o sobě či v různé kombinaci znevýhodnit jedince do té míry, že nemůže plně samostatně žít a je odkázán v menší či větší míře na pomoc druhých. Jedná se především o specifické genetické poruchy, nejvýznamnějším představitelem této skupiny je Downův syndrom, pervazivní vývojové poruchy, kde budou zmíněny autismus a Rettův syndrom a posledním popsáním syndromem bude fetální alkoholový syndrom vznikající následkem nadměrné konzumace alkoholu matky v průběhu těhotenství.

2.1 Downův syndrom

Downův syndrom je genetická porucha, která vzniká následkem nadpočetné části 21. chromozomu, tzv. trizomie. Charakteristické pro jedince s Downovým syndromem je, že každá buňka v jejich organismu obsahuje jeden chromozom navíc, takže místo obvyklých 46 chromozomů jich má 47 chromozomů. Děti již při narození, důsledkem nadpočetného chromozomu, mají odlišný fyzický vzhled a stavbu těla, v odborné literatuře se uvádí termín tzv. fyziognomické zvláštnosti (Švarcová, 2006).

Ke specifickým rysům všech jedinců s Downovým syndromem je patrna odlišnost ve tvaru hlavy. Hlava je oproti ostatním dětem menší a zadní část hlavy plošší, v přední části hlavy jsou nedostatečně vyvinuté obličejové kosti a menší nos. Oční víčka jsou úzká a šikmá, ve vnitřním koutku očí bývá kožní řasa (tzv. epikantus), uši jsou níže posazené a menší. Ústa jsou poměrně malá a jazyk je zvětšený (tzv. makroglosie). Krk bývá poněkud mohutnější. Ruce a chodidla jsou malá s kratšími prsty, na dlani mají příčnou rýhu a mezeru mezi prvním a druhým prstem. Osoby s Downovým syndromem dosahují v dospělosti menšího vzrůstu (Švarcová, 2006).

Downův syndrom se pojí s mentálním postižením a rozumové schopnosti dosahují různého stupně v rozmezí od pásma lehké až po těžké mentální postižení. K Downovu syndromu se můžou přidružovat další psychické, fyzické a smyslové postižení. Zejména se jedná o sluchové vady, vrozené srdeční vady, zaznamenaný je zvýšený výskyt leukemie, epilepsie, Alzheimerova porucha atd. (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

2.2 Pervazivní vývojové poruchy

Pervazivní vývojové poruchy závažným a komplexním způsobem poškozují psychický vývoj jedince. Důsledkem jsou omezené možnosti ve vzdělávání, snížená společenská seberealizaci a ztížené zařazení do společnosti. (Thorová, 2007).

Podle MKN-10 jsou do skupiny pervazivních vývojových poruch zahrnuty tyto diagnostické kategorie:

- F84.0 Dětský autismus
- F84.1 Atypický autismus
- F84.2 Rettův syndrom
- F84.3 Jiná dezintegrativní porucha v dětství
- F84.4 Hypeaktivní porucha spojená s mentální retardací a stereotypními pohyby
- F84.5 Aspergerův syndrom
- F84.8 Jiné pervazivní vývojové poruchy
- F84.0 Nespecifikovaná pervazivní vývojová porucha (Lechta, 2010)

Ve světě se rozšířil a v současné době je běžně používán termín poruchy autistického spektra (autistic spectrum disorder, ASD) u nás používána zkratka PAS. Společným jmenovatelem poruch spadající pod poruchy autistického spektra, jsou problémy v tzv. triádě vývojových oblastí. (Thorová, 2007)

„V rámci poruch autistického spektra se tak setkáváme s lidmi s různou jazykovou vybaveností (nemluvící, mající obtíže s vyjadřováním i se slovní zásobou), s různými intelektovými schopnostmi (s mentální retardací, podprůměrnými či ostrůvkovitými schopnostmi, s nerovnoměrným vývojem) i s různým stupněm zájmu o sociální

kontakt (aktivní, pasivní, neteční, fixování na blízké osoby, s provokativním i sociálně neúnosným chováním)“ (Thorová, 2007). Mentální retardace se vyskytuje jen u některých forem PAS.

Mezi často vyskytující formy PAS patří tzv. autismus. Pojem autismus poprvé použil v roce 1911 americký psychiatr E. Bleuler a užil termín „stažení se do sebe“ a poruchu popsal jako „tendenci k sociální izolaci“ (Lechta, 2010). V roce 1943 ji poprvé jako specifickou poruchu popsal americký psychiatr Leo Kanner.

Nejčastější komorbidní poruchou je mentální retardace, která se vyskytuje zhruba u dvou třetin autistů. Ačkoliv většina studií udává intelektové postižení v pásmu středně těžké až těžké mentální retardace, jedná se o široké spektrum úrovně postižení od hluboké mentální retardace u těžkého autismu až po pásmo průměrného, někdy dokonce i lehce nadprůměrného intelektu u Aspergerova syndromu. Hodnoty IQ jsou relativně stabilní, liší se však nevyvážeností v jednotlivých testových položkách od postižení u neautistických retardovaných dětí; z výsledků lze předpovídat prognózu dalšího vývoje postižení.

U 5 až 10 % autistů se v předškolním věku objevuje syndrom „autismus savant“, projevující se nápadnými schopnostmi (např. hudební nebo výtvarné nadání, nadprůměrné matematické schopnosti, mimořádná mechanická paměť), které jsou v rozporu s celkovou úrovní postižení. Jen minimum autistů ale dokáže takových schopností využívat v běžném životě, většina se svými dovednostmi totiž zachází zcela nefunkčním způsobem.⁴

Výskyt a příčiny vzniku autismu

Údaje o četnosti výskytu dětského autismu se pohybují v určitém rozmezí, 2-20 dětí na 10000, které je dáno přísností použitého kritéria. Autismem jsou mnohem častěji postiženi chlapci než dívky, v literatuře je udáván poměr 4-5:1.

Autismus vzniká jako důsledek „*organického poškození mozku*“ (Vágnerová, 2004, s. 318), ale jeho etiologie není jednoznačně vymezena. Je dost pravděpodobné, že

⁴ <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/detsky-autismus-159241>

se může vytvořit různými způsoby a na jeho vzniku se může podílet více faktorů. Není podmíněn sociokulturně, četnost výskytu je v různých zemích obdobná.

Krejčířová (2008) ve své publikaci předkládá, že mezi odborníky je obecně přijímán předpoklad, že příčinou autismu je souhra faktorů organických (vnější negativní vlivy, které zasahují vyvíjející se CNS plodu s největší pravděpodobností v raných stádiích těhotenství) a faktorů hereditárních (genetická podmíněnost=dispozice, potvrzeno u jednovaječných dvojčat, shoda u nich byla 60-95%).

Moderní teorie tvrdí, že autismus vzniká až při kombinaci několika těchto faktorů, tzv. multifaktorálně. Někdy se hovoří o tzv. biologickém základu autismu, což znamená, že v mozku při zobrazovacích technikách jsou zjištěné abnormality mozkové kůry a to ve frontálních a jiných lalocích a mezi jednotlivými částmi mozku se vytváří menší počet funkčních spojení. Dále se poukazuje na neurochemické odlišnosti v CNS. U postižených je zjištěna porucha serotoninerárního a dopaminergního systému. (Krejčířová, 2008)

Diagnostická kritéria

Základem diagnózy autismu je především kvalitní pozorování, které je založeno na dobré znalosti obvyklých projevů této poruchy v jednotlivých etapách vývoje, na porovnání konkrétních projevů dítěte s očekávanou sociální a komunikační kompetencí s ohledem na mentální úroveň. Na místě je vždy interdisciplinární spolupráce, na níž se podílí psycholog, pediatr, neurolog, dětský psychiatr, logoped, foniatr, rehabilitační pracovníci a speciální pedagogové. Nezbytná je rodinná anamnéza, protože u některých jedinců je pro autismus genetický základ (Krejčířová, 2008).

V prvních 6 - 9 měsících života dítěte jsou odchylky v chování dítěte jen nespecifické. Po 9. měsíci života dítěte lze vyjádřit podezření na autistický vývoj, ale s jistotou může být potvrzena diagnóza až po druhém roce života. Projevuje se buď od dětství, nebo v raném věku (do 36 měsíců). Porucha určitých mozkových funkcí způsobí, že dítě nedokáže správným způsobem vyhodnocovat informace (senzorické, jazykové). Lidé s autismem pak mívají výrazné potíže

ve vývoji řeči, ve vztazích s lidmi a obtížně zvládají běžné sociální dovednosti (Krejčířová, 2008).

K diagnostice autismu jsou pak využívány všeobecně uznávané a rozšířené především dva diagnostické systémy – diagnostická kritéria vydaná Světovou zdravotnickou organizací MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize z roku 1992, v ČR platnost od roku 1993) a kritéria vydaná Americkou psychiatrickou asociací DSM-IV v roce 1994 (Gillberg, Peeters 2003; Hrdlička, Komárek 2004; Thorová 2006).

Mezi diagnostickým manuálem používaným v Evropě (MKN-10) a manuálem používaným v Americe (DSM-IV), jsou některé odlišnosti. V podstatě se však shodují na třech zásadních oblastech postižení mozku, která jsou pro PAS typická. Je to tzv. „triáda narušení“ (Triad of Impairments)⁵.

TRIÁDA problémových oblastí společná pro PAS⁶:

- Sociální interakce a sociální chování.
- Komunikace.
- Představivost, zájmy, hra.

Sociální interakce – Výrazně narušená schopnost přiměřeně užívat neverbální chování v různých sociálních situacích (týká se postoje těla, gest, mimiky, očního kontaktu).

- Neschopnost vytvářet vztahy s vrstevníky s přihlédnutím na dosaženou vývojovou úroveň.
- Malá schopnost spontánně sdílet s ostatními radost a zájmy, mít potěšení ze společné činnosti (chybí sdílená pozornost).
- Nedostatečná schopnost sociální a emocionální empatie (př. nezúčastní se jednoduchých sociálních hříček, preferuje činnosti o samotě, ostatní lidi může využívat jako pomocníky nebo „mechanické pomůcky“).

⁵Tento název v sedmdesátých letech poprvé použila britská psychiatrička Lorna Wing.

⁶<http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu>

Komunikace – Opožděný vývoj řeči nebo se řeč nevyvine vůbec. Dítě se nesnaží tento nedostatek kompenzovat jiným alternativním způsobem komunikace (např. mimikou, gesty).

- U dětí, které mají vyvinutou řeč, je výrazně postižená schopnost iniciovat nebo udržet smysluplnou konverzaci s ostatními.
- Stereotypní a opakující se používání řeči nebo vlastní žargon.
- Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni.

Představivost, zájmy, hra – Nápadně výrazné zaujetí pro jednu nebo více činností, které je abnormální buď svojí intenzitou, nebo předmětem zájmu (např. astrologie, meteorologie, statistika, dopravní prostředky).

- Zjevné ulpívání na specifických, nefunkčních rituálech a rutinní činnosti, odpor ke změnám (mladší děti mohou mít velmi bouřlivé reakce na drobné změny jako je např. změna záclon, změna polohy jídelního stolu, vyžadování stále stejné cesty...)
- Stereotypní a opakující se motorické manýrování (třepání či kroutivé pohyby rukama a prsty nebo komplexní specifické pohyby celým tělem).
- Nepřiměřeně dlouho trvající zaujetí částmi předmětů nebo těla.

Nespecifické rysy dle DSM-IV, vydaná APA 1994 (vyskytují se často u dětí s PAS, ale nejsou součástí diagnostických kritérií):

- Nerovnoměrný profil kognitivních schopností (např. hyperlexie).
- Problémy s užíváním jazyka a jeho gramatickou strukturou, užívání 3. osoby („on“) místo 1. osoby („já“).
- Upřednostňování periferního zrakového vnímání před přímým pohledem.
- Snížená schopnost imitace pohybů, nachýlená chůze či chůze po špičkách, tleskání, luskání prsty.
- Fascinace pohybem (roztáčení hraček, otvírání a zavírání dveří, fén či jiné otáčející se předměty).

- Neobvyklé reakce na smyslové podněty (hypersenzitivita na zvuky, světla nebo doteky, nepřiměřené reakce na vůně a pachy).
- Nepřiměřené emocionální reakce (bezdůvodný pláč nebo smích, střídání nálad, afekty, úzkost, absence strachu v nebezpečných situacích).
- Problémy s chováním (dyskoncentrace, agresivita, sebezraňování...)
- Problémy se spánkem, s jídlem.

Rettův syndrom – je geneticky podmíněná neurovývojová porucha, za jejíž příčinou se nachází mutace genu MECP2 (methyl – CpG- binding protein) na okraji raménka chromozomu X⁷. Mutace tohoto genu je prokázána asi u 80 % případů vzniku Rettova syndromu a u zbylých 20% jsou splněna klinická kritéria Rettova syndromu, ale tato genetická anomálie není potvrzena. Rettův syndrom v klasické podobě postihuje zejména dívky, u chlapců stejná mutace genu způsobuje těžkou encefalopatii, což způsobí, že plod nepřežije, či záhy po porodu chlapec umírá (Thorová, 2007). Celosvětově se tento syndrom vyskytuje v poměru 0,7 – 1 : 10 000 narozených děvčat.

Jak je již výše uvedeno, jedná se neurovývojovou poruchu, která je doprovázená těžkým neurologickým postižením a postihuje somatické, motorické i psychické funkce. Jedná se onemocnění vrozené, i když první příznaky se objevují mezi 6. – 18. měsícem a to po období normálního psychomotorického vývoje. Za stěžejní symptomy se považuje zhoršení kognitivních schopností, ataxie (přestřelující pohyby) a ztráta účelných pohybových schopností rukou. Symptomy jsou u dívek různorodé, existují lehčí i těžší varianty Rettova syndromu. Diagnostická kritéria Rettova syndromu podle MKN-10 a podle DSM-IV se v podstatě neliší (Thorová, 2007).

Diagnostická kritéria dle MKN – 10 i DSM-IV pro Rettův syndrom:

- Normální prenatální a perinatální vývoj
- Prvních šest měsíců normální psychomotorický vývoj
- Normální obvod hlavičky po narození

⁷ Kolektiv autorů, Rettův syndrom, s. 6

V období 5. – 48. měsíce je zaznamenáno:

- Zpomalení růstu hlavičky.
- Ztráta již naučených volných pohybů ruky doprovázená stereotypními pohyby horních končetin (např. tzv. mycí nebo kroutivé pohyby rukou).
- S nástupem poruchy ztráta sociálních dovedností, schopnost sociální interakce se opět vyvine později.
- Obtíže s koordinací pohybů hrudníku a chůze.
- Opoždění a porucha expresivní i receptivní složky řeči doprovázená těžkou psychomotorickou retardací.

2.3 Fetální alkoholový syndrom (FAS)

Fetální alkoholový syndrom (FAS) je syndrom, který se projeví u dítěte matky, která v době těhotenství užívala vyšší dávky alkoholu. Přičemž množství alkoholu, které je nezbytné pro vznik tohoto syndromu není přesně stanovené, ale předpokládá se, že i malé dávky mohou přispět ke vzniku FAS. Fetální alkoholový syndrom se projevuje množstvím vrozených defektů postihující psychomotorické funkce a somatickou oblast. Fetální alkoholový syndrom má spektrum příznaků, které jsou závislé na dávkách alkoholu, časovém úseku a na citlivosti tkání matky a dítěte (Thorová, 2007).

Mezi charakteristické symptomy patří růstový deficit v prenatálním a postnatálním období, dysfunkce centrální nervové soustavy a kraniofaciálními malformacemi (změny v oblasti hlavy, tváře a dutiny ústní). U zhruba ¼ dětí s FAS byla diagnostikována mentální retardace a některé studie uvádějí spoluvýskyt FAS s poruchami autistického spektra (Nanson, 1992; Aronson, Hagberg, 1997, In: Thorová, 2007).

DUŠEVNÍ PORUCHY SOUVISEJÍCÍ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

U mentální retardace se může projevit celé spektrum psychických poruch. Na základě zkušeností i výzkumů jak uvedli Deb a Weston (In: Čadilová a kol., 2007, s. 55) je „riziko výskytu psychického onemocnění dokonce 3-4krát vyšší než u populace bez mentální retardace“. Na zvýšení tohoto rizika se podílejí faktory biologické (genetická predispozice, poškození mozku, smyslové nebo fyzické postižení), ale hlavně faktory sociálně psychologické, týkající se prostředí, ve kterém dotyčný klient žije. Podle Durecové (2007, s. 55) se jedná zejména o prostředí, „které ne vždy poskytuje optimální podporu lidem, kteří jsou silně znevýhodněni a zranitelní.“ A dále pokračuje „Místo toho je vystavuje dalším zbytečným stresorům.“ Za ony stresové události autorka považuje necitlivou separaci od blízkých lidí, omezování či dokonce odpírání základních lidských práv, nedostatek soukromí, institucionalizace, časté stěhování, změny životních podmínek a zvyklostí, nedostatek soukromí a nedostatečnou kontrolu nad svým životem, negativní interakce se sociálním okolím atd. (Durecová, 2007).

3.1 Psychotické poruchy

Schizofrenie je závažná duševní porucha, která je řazena mezi psychotické poruchy. Typické pro tuto poruchu je narušení vztahu jedince k realitě, vztahu k sobě samému a k vnějšimu světu. U schizofrenie dochází k narušení intelektového, emočního, osobnostního i sociálního vývoje jedince, je spojena s dezorganizací (rozštěpem) a zhoršenou koordinací jednotlivých funkcí. U jedinců se projevují poruchy myšlení - bludy a poruchy vnímání – halucinace (Lečbých, 2012). U osob s mentální retardací se může vyskytovat až v 16 % případech, protože jak uvádějí Hoschl, Libiger, Švestka (In: Valenta, 2012, s. 47), působí jako tzv. „naroubovaná psychóza.“

U osob s mentálním postižením dochází k dezorganizovanému chování a k jednoduchým halucinacím. Mezi nejnápadnější příznaky patří náhlé změny v oblasti sociálního chování, což se projevuje plíživým stahováním z kontaktu, vyhýbáním se blízkým osobám. Častěji dochází k nepřiměřeným afektivním stavům (úzkosti a neodůvodněnému strachu), pozorované jsou bizarní motorické činnosti a dochází ke ztrátě již nabitých schopností. Někdy se vyskytuje i sebepoškozující se chování (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Schizofrenie začíná většinou až v pubertálním věku nebo později, vzácněji může dojít k časnému začátku v mladším školním věku a vyjímečně v předškolním věku. V české odborné literatuře byl koncem 19. století používán termín „*juvenilní demence*“ (Kučerová, Preiss, 2006, s.198). Mezi základní znaky schizofrenie v dětství (tzv. schizofrenie s časným začátkem) patří podle Malé (In: Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012):

- Abnormální pohyby a postoje, bizarní motorika - rituály, manýrování, hra bez pochopení funkce.
- Porucha integrace jednání - sociální stažení se, nevypočitatelnost v jednání.
- Dezorganizace v řeči - rozpad řečového vývoje, neologismy, neužívání řeči za komunikačním účelem.
- Poruchy myšlení a vnímání - fantazie podobné bludům, odklon od reality.
- Poruchy kognitivních funkcí - úpadek pozornosti, paměti, pozornosti, rigidita.
- Poruchy efektivit - silná anxieta, panické reakce, úzkostné raptý, záchvaty vzteku.
- Poruchy sociálních vztahů - neporozumění sociálním situacím.

V době adolescence se před propuknutím psychotické ataky objevují tzv. prodromální příznaky, které se manifestují jako malý zájem o druhé pohlaví, jedinec má sklon k sociální izolaci, je uzavřený, odtažitý, dochází k afektivním raptům, pozorovaná je snížená frustrační tolerance, objevuje se pokles ve školní činnosti, zhoršením prospěchu, zhoršený kognitivní výkon, impulzivita a pozvolná ztráta zájmů a radosti.

Příznaky v době adolescence se vztahují k níže uvedeným kategoriím (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012, s. 48):

- Poruchy myšlení a vnímání, kognitivní problémy, poruchy asociačního myšlení, ztráta komunikativního jazyka.
- Poruchy identity.
- Sociální stažení, strach.
- Anhedonie, deprese, ambivalence.

3.2 Afektivní poruchy

Afektivní poruchy zahrnují skupiny poruch vymezené v rámci MKN – 10 kapitolou F 30 – F 39. Jedná se o depresivní a manickou poruchu, bipolární afektivní poruchu, periodickou depresivní poruchu a trvalé poruchy nálady. U osob s lehkým mentálním postižením se afektivní poruchy často vyskytují, často jsou tito jedinci stíženi dysforickým laděním a pod tíhou sociálních nároků reagují depresivně (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Depresivní porucha – mezi typické znaky, které u dětí dominují, jsou symptomy spojené se somatickými příznaky, zejména si děti stěžují na bolesti břicha a hlavy. U osob s mentálním postižením je významný tzv. somatický syndrom depresivní poruchy, jejíž emoční prožívání je zpracováváno přes tělo projevující se časným ranním buzením, špatnou náladou, psychomotorickým útlumem, ztrátou chuti k jídlu a následně úbytkem na váze. Za další projevy lze považovat neklid, skleslá nebo smutná nálada, apatie, poruchy chování, agresivita, podrážděnost, snížená schopnost koncentrace, únava, pocit méněcennosti, snížená schopnost věřit si, pesimismus a rezonantní ladění (dráždivost a vzdorovitost). V raném věku je výskyt depresivní poruchy podmíněn emoční a podnětovou deprivací. U mladších dětí je výskyt často spojován s hereditární zátěží (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Manická porucha – jedná se o protipól k depresivní fázi. Manickou poruchu symbolizuje povznesená nálada s extrémně zvýšenou tělesnou i duševní aktivitou, ale na úkor účelovosti. Jedinec si dostatečně neuvědomuje důsledky svého jednání a konání. Dalšími symptomy jsou zkreslená sebedůvěra, zvýšený sexuální apetit,

snížená potřeba spánku atd. Někdy dochází v manické fázi k poruchám myšlení, zejména se jedná o velikášské a reformátorské bludy. Pro osoby s mentální retardací je mánie rizikovým faktorem k rozvoji schizofrenie (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Bipolární afektivní porucha – jedná se o poruchu, která je charakteristická střídáním fází manických a depresivních. První projevy mohou být pozorovány již v předškolním období, ale mívají odlišný klinický obraz, nápadná může být značná emoční instabilita. U malých dětí jsou patrné poruchy pozornosti a vyskytují se u nich rysy hyperaktivity. U prepubertálních dětí bývá porucha spíše chronická než epizodická. V době dospívání se dostavují klasické projevy, ale s rychlejším střídáním manických a depresivních period a s menší pravidelností (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

3.3 Úzkostné a neurotické poruchy

Jde o skupinu poruch, u kterých vystupuje do popředí patologický strach (fobie) a úzkost. U osob mentálně postižených bývají tyto poruchy často opomíjeny a také jsou zřídka diagnostikovány (Durecová, In: Čadilová a kol., 2007).

Separáční úzkostná porucha – do této diagnostické kategorie lze zahrnout děti, u kterých i nadále přetrvává separáční úzkost a to i v případě, že tento vývojový mezník (mezi 3 až 4 lety) nebyl překonán. U dětí s mentálním postižením je nutné brát v úvahu, že tyto děti mají obecně pomalejší vývoj a je tedy nutné posunout tuto hranici každému jedinci zvlášť a to v závislosti na jeho mentálním vývoji. V souvislosti s mentálním postižením se můžeme někdy setkat i s „*hyperprotektivní výchovou*“, která dítěti nedovolí osamostatňování a udržuje jej tak v separáční úzkosti (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Fobická úzkostná porucha – jedná se o poruchu vyznačující se silným intenzivním strachem, který nabývá takové patologické intenzity, že následně ovlivňuje zdravý vývoj dítěte. V předškolním období se často vyskytují různé fobie (strach ze zvířat, bouřky, tmy). Je to pro toto období typické a to z důvodu ne zcela jasného odlišení reality a fantazie. Většinou jde o strachy přechodného rázu, ale někdy se mohou stát základem pro celoživotní strach a fobie (Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

Lečbych (2012, s. 51) uvádí „že u dětí s mentální retardací je riziko pohotovější fixace fobie vzhledem k jejich vyšší závislosti na autoritě, sugestibilitě a zhoršeném kognitivním úsudku.“ Za klíčové považuje protipodmiňování a poukazuje na empatický a citlivý přístup.

Sociální fobie – druh fobie, při které mají jedinci strach hovořit na veřejnosti, bojí se kritiky. U osob s mentálním postižením se pojí se studem za projev a za řeč z důvodu artikulační problémů (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Panická porucha – charakteristické pro tuto poruchu je strach spojen s obavou o svůj život. Panickou porucha se dostavuje v epizodách po dlouhodobé zátěži a jako reakce na trauma. Panická porucha je spojená s masivními záchvaty úzkosti a je doprovázená zvyšující se intenzitou vegetativních symptomů.

Generalizovaná úzkostná porucha - hlavním rysem je trvalá generalizovaná úzkost, která není vázaná na konkrétní spouštěč jako u výše uvedených fobií, ale tyto děti mají chronicky zvýšenou hladinu difúzní úzkosti a jsou trvale v napětí. Mají oslabené sebevědomí, sebehodnocení, obávají se vlastního selhání a budoucnosti. U dětí s mentální retardací souvisí se sníženou odolností zvládat stresovou zátěž (Krejčířová, 2008). Durecová doplňuje „že důsledkem této emoční nepohody může dojít k agresivnímu chování a to i v situacích, které osoba s mentálním postižením zvládá bez problémů“ (In: Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007, s. 60).

Obsedantně – kompulzivní porucha - charakteristické pro tuto poruchu jsou nesmyslné a nutkavé myšlenky (obsese), které se člověku neustále a opakovaně vtírají do mysli proti své vlastní vůli a v jedinci způsobují úzkost a nutkavé akty (kompulze), které naopak pomáhají úzkost snížit či redukovat. Kompulze se nejčastěji vyskytují ve formě stereotypních rituálů. Nejběžnější rituály se vztahují k mytí rukou, sprchování, uklízení a neustálému přerovnávání věcí. Osoby s obsedantně – kompulzivní poruchou jsou natolik zaměstnávány svými myšlenkami a akty, jejichž důsledkem je vážné narušení jejich běžného života. U lidí s mentálním postižením se tato porucha častěji vyskytuje ve formě kompulzivního chování (Vitello, Spreat, Behar, In: Čadilová, Jůn, Thorová a kol., 2007).

INTEGRACE OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Pojem integrace lze chápat jako začlenění jedince do společnosti a zároveň naplnění jeho potřeb seberealizace a sebeuspokojení. Slovo integrace pochází z latiny a znamená „znovuvytvoření celku“. Jak uvádí Pipeková (1998, s. 29) *„Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné“*

Světová zdravotnická organizace WHO (1976) charakterizuje integraci jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na objektivně společenských vztazích. WHO nabízí odstupňování míry účasti v sociálně společenských procesech. Zahrnuje poměrně dosti širokou škálu společenských vztahů a jejich omezení v důsledku existence postižení. Tato klasifikace přináší následující stupně integrace (Michalík, 1999, s. 12-13).

Klasifikace podle stupně účasti na společenských vztazích dle WHO:

1. Sociálně integrovaný – plně se účastní všech společenských činností.
2. Účast inhibovaná – zahrnuje osoby, u nichž existence postižení vyvolává určitou nevýhodu, která znamená mírné omezení v plné účasti.
3. Omezená účast – osoby se neúčastní obvyklých společenských činností plně, jejich postižení negativně ovlivňuje např. manželství, sexuální život.
4. Zmenšená účast – v důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy - rodina, domov, pracoviště.
5. Ochuzené vztahy – zde je kladen důraz na omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendencí ke zlepšení.
6. Redukované vztahy – v důsledku postižení jsou jedinci schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či jednotlivci.

7. Narušené vztahy – jde o jedince, kteří nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny.
8. Společensky izolované – jde o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost. Půjde o specifické případy úplné segregace.

Z hlediska míry zapojení do společnosti rozeznáváme (Langer, 1995):

- Integrace – úplné zapojení jedince do společnosti.
- Adaptace – přizpůsobení, postižený jedinec je zapojen do společnosti, ale za určitých podmínek.
- Utilita – upotřebitelnost jedince ve společnosti za předpokladu, že je nad ním vykonáván pedagogický dohled.
- Inferiorita – nemožnost zapojit se do společnosti.

V Sovákovském pojetí je integrace pojímána jako nejvyšší stupeň socializace a Sovák (In: Michalík, 1999, s. 11) doslova uvádí⁸: „nejvyšším stupněm socializace je integrace jako *úplné zapojení individua stíženého vadou, u něhož byly důsledky vady zcela a beze zbytku překonány. Zatímco osoby stížené vadami smyslu a vadami tělesnými mohou dosáhnout nejvyšších stupňů socializace, osoby mentálně postižené zůstávají na nižších stupních, tj. utility, inferiority a adaptace.*“

4.1 Školská integrace

Úžeji nahlíží na termín integrace náš nejvýraznější teoretik Jesenský, v souvislosti s integrací používá termín školská integrace. Školskou integraci vymezuje jako „*dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací*“.(Jesenský, In: Valenta, 2007, s. 99).

⁸ Sovák publikoval v době, kdy nebylo takové povědomí o integraci.

Tuto myšlenku podporuje i definice Bürliho (1997), který školskou integraci charakterizuje jako „*snahu poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami, v co možná restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám*“ Bürli školskou integraci pojímá jako „*dynamický proces*“, který chápe jako nikdy nepevný stav (Bürli, In: Bartoňová, 2005, s. 210).

Jesenský pojímá školskou integraci jako aplikaci stupňů sociální integrace a Jesenského odstupňované pojetí se více soustřeďuje na potřebu úpravy vzdělávacího prostředí žáka (Jesenský, In: Michalík, 1999).

Stupně školské integrace podle Jesenského:

1. Plná integrace – v jakémkoli pedagogickém prostředí bez použití speciálních pedagogických pomůcek a s vysokým sociálním statutem.
2. Podmíněná integrace – v jakémkoli pedagogickém prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
3. Snížená integrace – vázaná na technické a jiné úpravy pedagogického prostředí, užívání speciálních pomůcek s mírně sníženým statutem.
4. Ohraničená integrace – v technicky upraveném pedagogickém prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s pravidelnou aplikací speciálních metod, se sníženým sociálním statutem.
5. Vymezená integrace – na upravené pedagogické prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6. Redukovaná integrace – na upravené pedagogické prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.
7. Narušená integrace – na upraveném prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů a při sníženém sociálním statusu.

8. Segregovaná edukace – v upravených podmínkách a s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů, s omezeným sociálním statutem.
9. Vysoce segregovaná edukace – ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění redukce integračních cílů a obsahů, s podstatně omezeným sociálním statutem.

Pedagogický slovník (Průcha, Mareš, Walterová 2009, s. 107) definuje „*integrované vzdělávání jako přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby*“.

V současnosti je snahou speciální pedagogiky pozitivní integrace zdravotně postižených žáků do běžného školského systému v České republice. Na pozadí historického pohledu na pedagogickou péči o osoby s postižením přichází Otto Speck (In: Bartoňová, 2005, s. 206) k závěru, „*že se dají rozlišit dvě cesty jak dosáhnout cíle v integraci osob s postižením: přímá cesta: společného života a učení a nepřímá cesta: speciální podpory*“ (In: Bartoňová, 2005, s. 206).

Nepřímá cesta speciální podpory, jež byla upřednostňována v historii léčebné a speciální pedagogiky, tvořila síť zvláštních a speciálních škol s odborným personálem, s malou skupinou se stejným druhem postižením, s vhodnými metodami a redukovánými učebními plány. „*Pozitiva speciální cesty jsou patrná především v prvních letech školní docházky. Žáci, kteří mají problémy se školními výkony, zažívají ve speciální škole úspěch, protože jsou podporováni v souladu se svými stávajícími možnostmi, a vyvíjí se tak u nich motivace k učení*“ (Bartoňová, 2005, s. 207). Nepřímá integrace je kritizována (srov. Homfeldt, 1996), protože speciální zařízení zesilují diskriminaci a stigmatizaci žáků s postižením.

Přímá cesta spočívá v tom, připravit děti s postižením a děti intaktní na společný život ve společnosti. Za problematické považuje Speck nízké sebehodnocení žáků s postižením, na rozdíl od speciálních škol začínají žáci s postižením včas realisticky srovnávat své výkony a možnosti (Speck, In: Bartoňová, 2005).

Vymezení pojmu inkluze

Nejdůležitějším pojmem v rámci přístupu ke vzdělávání je inkluze. Inkluze je často brána jako synonymum pojmu integrace, někteří ji však chápou spíše jako vyšší stupeň integrace, jakýsi vrchol integrace. Inkluzi lze pojímat jako „splnutí“ Školy by měly vytvořit unifikovaný systém vzdělávání všech žáků dohromady a to při zachování stejné úrovně kvality, ve vhodných věkových skupinách.

Inkluze se prosadila jako nový rozsáhlý koncept vedoucí k integraci. Aktuální význam inkluze vyplývá z pojmů „mainstreaming“ a inkluze v angloamerické jazykové oblasti. „*Inkluze se chápe jako integrace všech žáků do běžné školy a v důsledcích je spojena se zřeknutím se jakékoli formy etiketování žáků s transformací speciálních zařízení a speciální pedagogiky*“. (Bartoňová, 2005, s. 214).

Jedním z nejdůležitějších principů inkluze a inkluzivního prostředí je poznání, že všechny děti mají nějaké dary nebo nadání, které mohou být přínosem pro ostatní a jejich odlišnost obohacuje učení a vyučování. Inkluzivní prostředí je otevřené, tolerantní a respektující jinakost. Je místem, které nabízí dostatek podnětů pro rozvoj, vzájemnou komunikaci a kooperaci. Různorodost skupiny je zdrojem inspirace a obohacím pro všechny (Uzlová, 2010).

V Pedagogickém slovníku (2009, s. 85) je inkluzivní vzdělávání definováno jako: „*vzdělávání začleňující 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 jedince. Každé dítě má unikátní charakteristiku, zájmy, schopnosti a vzdělávací potřeby*“.

Inkluzivní škola vytváří přirozené a vhodné prostředí pro všechny děti bez rozdílu, je vystavěna na principu spravedlivých vzdělávacích příležitostí pro všechny. „*V inkluzivní škole se s odlišností počítá, je přijímána, respektována, a dokonce vítána jako dobrá zkušenost a přínos pro všechny. Setkání s odlišností přináší dětem důležité vybavení do budoucího života v podobě získání respektu k sobě i ostatním, schopnosti empatie, tolerance, ohleduplnosti a odpovědnosti*“ (Uzlová, 2010)

V nejširším slova smyslu lze inkluzi chápat jako charakteristiku kulturní společnosti, která respektuje a oceňuje odlišnosti a bojuje proti diskriminaci a předsudkům. Na jejímž životě se podílejí všichni bez rozdílu, každý člověk má v takové společnosti rovnocenné a rovnoprávné postavení. *„Inkluze se dá chápat jako stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný, takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje“* (Bazalová 2006, s. 7).

Přehledně vztah mezi integrací a inkluzí vymezuje (Kocurová, 2002, s. 17):

Tabulka 2 - Srovnání vztahu integrace a inkluze

Integrace	Inkluze
zaměření na potřeby jedince s postižením	zaměření na potřeby všech vzdělávaných
expertízy specialistů	expertízy běžných učitelů
speciální intervence	dobrá výuka pro všechny
prospěch pro integrovaného žáka	prospěch pro všechny žáky
dílčí změna prostředí	celková změna školy
zaměření na vzdělávaného žáka s postižením	zaměření na skupinu a školu
speciální programy pro žáka s postižením	celková strategie učitele
hodnocení studenta expertem	hodnocení učitelem, zaměření na vzdělávací faktory

4.2 Podmínky integrace

K tomu, aby žák byl vzděláván v hlavním vzdělávacím proudu na horní hranici svých možností a schopností a nikoli jen učiteli a spolužáky trpěň, je nutné splnit nezbytné podmínky, které vedou k úspěšné integraci (Švarcová, 2006). V odborné literatuře lze najít různé typy podmínek, které mají při správném plnění rozhodující význam pro úspěšnou integraci žáka. Těmito podmínkami je splnění materiálních, technických a legislativních požadavků. Nutným předpokladem je připravenost školy. Stěžejní je pozice učitele a nemalý vliv na konečný výsledek má bezesporu integrovaný žák a jeho rodič⁹.

Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace (Michalík, 1999):

- Žák
- Rodiče a rodina
- Škola
- Učitelé
- Poradenství a diagnostika
- Forma integrace
- Prostředky speciálně pedagogické podpory:
 - podpůrný učitel
 - osobní asistent
 - doprava dítěte
 - kompenzační a učební pomůcky
 - úprava vzdělávacích podmínek
- Další faktory:
 - Architektonické bariéry
 - Sociálně psychologické mechanismy
 - Organizace zdravotně postižených

⁹ Danou problematikou se úžeji zabývá Pavel Zikl (2011) a šířeji Jan Michalík (1999).

Žák

Předpokladem pro úspěšnou integraci žáka s mentálním postižením do běžné základní školy, je nutné posoudit míru využitelnosti zachované inteligence, která je dána nejen celkovou úrovní a strukturou, ale i schopností adaptace a schopností naplnit sociální požadavky. Hůře se bude integrovat dítě, které se nedostatečně kontroluje a ovládá, které vykazuje vysokou míru afektivity a emotivity, které ve stresových situacích selhává, dostává se do afektu, nebo je agresivní a pro okolí se stává nebezpečné (Bendová, Zikl, 2011).

Zároveň je nutné posoudit, jaké nároky by byly na žáka kladeny. Již samotná role školáka přináší značnou zátěž a je nutné si uvědomit, že při školní práci jsou kladeny nároky na oblasti, ve kterých se nedostatky projeví. Žáci s mentálním postižením mají, v závislosti na míře postižení, odlišné vzdělávací potřeby od intaktních žáků. Školní práci může také ovlivnit porucha pozornosti a vysoká míra unavitelnosti, pomalé pracovní tempo a slabá motivace (Vágnerová, 2005).

V neposlední řadě je to žák sám, který má právo vyjádřit svůj vlastní názor, zda je to i jeho přání. Váha jeho názoru by měla korespondovat jeho věku a vyspělosti (Michalík, 1999). Zároveň je také nutné posoudit do jaké míry je schopen adekvátně chápat a reálně proces integrace posoudit. Matějček k integraci dítěte s mentálním postižením poznamenává, že *„vždy je nutné hledat individuální řešení, zvolit prostředí, ve kterém se bude dítě cítit spokojeně a šťastně. Na prvním místě by měla platit zásada, že integrace by měla být ku prospěchu dítěte a neměla by vyhovovat nějakému ideálu či doktríně“* (Matějček, 2001).

Rodina

Právním rodičů je volba vzdělávací cesty pro jejich dítě. Někdy se rodiče rozhodují na základě svých přání a pocitů, někdy musí volit mezi dostupností např. spádové základní školy a základní školy praktické či speciální vzdálené několik desítek kilometrů od jejich bydliště.

Pro úspěšnou integraci je nezbytná spolupráce rodiny se školou a s učiteli. Rodina by měla být do procesu vzdělávání zapojena a spolupodílet se na výchovně vzdělávacím procesu. Úkolem rodiny bude účast na domácí přípravě, pro úspěšnou integraci bude také častá komunikace a úzká spolupráce se školou.

Rodinné prostředí

Nejpřirozenějším prostředím pro život a výchovu dítěte je jeho rodina, ve které vyrůstá. V rodinném prostředí mu jsou poskytovány takové hodnoty, jako jsou pocity bezpečí, jistoty a emocionální stability. Rodina dítěti zajišťuje základní biologické a tělesné potřeby, pečuje o celkový rozvoj dítěte po stránce tělesné, duševní a citové. Rodina ovlivňuje postoje, chování a osobnost dítěte. Pro optimální vývoj dítěte je důležité, aby mu v rodině byly poskytovány již výše uvedené hodnoty, ale také tolik potřebné stimulační podněty. Důležité je, aby se rodiče dokázali vyrovnat se všemi danými okolnostmi a zaujali ke svému dítěti pozitivní postoj. *„Nejideálnější postoj spočívá v umění brát a mít rád dítě takové, jaké je“* (Fischer, Škoda, 2008, s. 99).

Narození dítěte s postižením je pro rodiče velmi stresující a traumatizující situací. Pro rodiče znamená hluboký otřes a ztrátu očekávaných ideálů spojených se selháním rodičovských rolí a následnou ztrátou rodičovské identity. Reakce rodiny v takovýchto chvílích prochází několika fázemi od prvotního šoku a popření k vytvoření obranných mechanismů až po vyrovnání se s faktem nemoci (Vágnerová, 2004).

Fáze šoku a popření – představuje první reakci na prvotní informaci o tom, že dítě není zdravé. Tato reakce se dostavuje i v případech, že rodiče měli jakési neblahé tušení, pochybnosti (Matějček, 2001). Charakteristické je ohromení a šok, rodiče onu skutečnost zcela popírají. Rodičům se zhroutlí naděje a očekávání, rodina odmítá uvěřit diagnóze a její nezvratitelnosti, čekají na „zázrak“ nebo „probuzení ze zlého snu“ (Slowík, 2007, s. 34). Jak uvádí Vágnerová, v této době nechtějí rodiče slyšet nic o možnostech péče a výchovného vedení svého dítěte, protože se dosud nesmířili ani s existencí jeho postižení (Vágnerová, 2004).

Fáze bezmocnosti – Rodiče prožívají situaci, ve které se ještě nikdy neocitli. Nevědí, co mají dělat, jsou zmateni a pociťují pocity zklamání a bezmocnosti. Prožívají pocity viny a hanby, které jsou spojené s rodičovským selháním. Hledají, kde se stala chyba. Jejich prožívání může být ambivalentní, mají obavu z reakcí okolí, očekávají, že budou zavrženi, ale zároveň potřebují pomoci (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Fáze postupné akceptace a vyrovnávání se s problémem – rodina se učí přijímat skutečný stav věcí. Pro rodiče je ještě velmi těžké přistupovat k situaci reálným způsobem, ale projevují zvýšený zájem o další informace. Rodiče pátrají po příčině postižení a chtějí znát jeho podstatu. Dotazují se, jak pečovat o své dítě a jak ho vychovávat. I nadále rodiče prožívají negativní emoční reakce, jako jsou pocity smutku, deprese, úzkosti a strach a nezdědka přitom hledají viníky a dochází k obviňování sebe samého i druhého. V tomto období podle Slowíka (2007) záleží na mnoha faktorech, jakým způsobem se rodiče vyrovnají se zátěží. Zde existuje nejvyšší riziko rozpadu rodiny a z tohoto důvodu je důležitá pomoc a podpora, kterou zajišťuje blízké okolí (širší rodina, příbuzenstvo, přátelé), tak odborníci (lékaři, psychologové, speciální pedagogové, duchovní).

Fáze smlouvání – Charakteristické pro toto stadium je jakýsi přechodový můstek mezi předešlými fázemi, kdy rodiče byli vystaveni traumatu a nyní se ocitají spíše v dlouhodobém stresu, který je spojen s únavou a vyčerpáním. Rodiče již akceptují skutečnost, že jejich dítě je postižené, ale na tuto realitu pohlížejí s nadějí a s často s nereálnými nadějemi. Fakta vnímají selektivně a neúplně (Valenta, Michalík, Lečbych a kol., 2012).

Fáze smíření – Rodiče přijímají skutečnost, že jejich dítě je postižené a dítě přijímají takové, jaké je. Poslední fáze je charakteristická nejen tím, že rodiče akceptují skutečnost, ale také tím, že se rodiče začnou chovat přiměřenějším způsobem, mají reálnější plány a hledají ztracený životní smysl (Valenta, Michalík, Lečbych, kol., 2012). Soustředí se na optimální styl výchovy a zaměřují svou pozornost i na nepostižené sourozence. Ne všichni rodiče dojdou do této fáze, kdy dosahují realistického postoje – akceptují dítě takové, jaké je (Slowík, 2007).

Reakce rodičů ovlivňuje skutečnost, kdy a jakým způsobem se o postižení svého dítěte dozvěděli. Je proto nezbytné, aby tato skutečnost byla rodičům podána citlivým způsobem za podpory zdravotnického personálu. Matějček (2001, s. 67) se k výše uvedeným fázím a reakcím a postupu zdravotnického personálu vyjadřuje ve smyslu: „*Lékaři a všichni zdravotní pracovníci musí životní situaci takto postižených lidí samozřejmě respektovat a své chování, jednání a zvláště přímou komunikaci s nimi taktně přizpůsobit uvedeným fázím jejich prožívání.*“

Rodinná výchova

Výchova je „proces záměrného působení na osobnost člověka s cílem dosáhnout pozitivních změn v jeho vývoji s ohledem na jeho individuální dispozice, a stimulující vlastní snahu stát se autentickou, vnitřně integrovanou a socializovanou osobností. Součástí výchovy je i rodinná výchova, výchova společenských institucí a sebevýchova jako formování a utváření osobnosti“ (Průcha, Walterová, Mareš 1995, s. 257).

Výchovné styly

Výchova dětí s mentálním postižením je velmi namáhavá a pracná. Vědomosti, dovednosti a návyky se vytvářejí velmi pomalu a obtížně. Děti jsou nesamostatné a vyžadují pomoc i v činnostech, které již mnohem mladší intaktní děti zvládají. Protože se nedokážou samy zabavit, vyžadují neustálý dohled a pozornost dospělého. Každý vytvořený nácvik, každá nová zkušenost a nově osvojený poznatek znamená cestu k většímu osamostatnění (Švarcová, 2006). Při výchově je nutné postupovat opatrně, trpělivě a po malých krocích, nejenže výchova trvá často nepoměrně dlouho, ale také bývá doprovázena mnoha zvraty (Matějček, 2001). Mnoho odborníků chápe výchovu a vzdělávání osob s mentálním postižením jako „celoživotní proces“ (Fischer, Škoda, 2008, srov. Pipeková, 2006).

Výchovné postupy mohou být rodičů k dítěti s mentálním postižením různé, za nejdůležitější faktor se považuje přístup rodiče k dítěti a postoj, který k němu zaujme. Ony postoje nevznikají u rodičů nijak náhle, podle Matějčka souvisí s celým vývojem osobnosti vychovatele a jsou výsledkem jeho celého předchozího života. „V postojích se odráží vlastní zkušenosti z dětství, vztah k vlastním rodičům a ostatním vychovatelům, osobní systém hodnot, ale také všechny konflikty, úzkosti, jimiž ve vztahu k dítěti rodič prochází.“ (Matějček, 1992a, s. 60).

Langer navrhuje za nejpříjemnější výchovu, „výchovu vyžadující zásady chování, nepotlačování osobnosti dítěte a důsledný a jednotný výchovný styl uvnitř rodiny a mezi rodinou a školou.“ Na jedince podle Čápa silně působí zkušenosti s výchovou, kterou sám zažil v dětství. Někteří rodiče mohou brát jako samozřejmou tu výchovu, se kterou se setkali v dětství. Toto napodobování může být bezděčné,

nevědomé nebo méně uvědomělé. V důsledku toho může docházet ke značné setrvačnosti ve způsobu výchovy (Čáp, 1996).

Gillernová (2005) v rámci výzkumu způsobu výchovy sleduje, jak dítě vnímá emoční vztah rodičů k sobě a jak vnímá jejich takzvané výchovné řízení. To znamená, jaké na něj rodiče kladou požadavky, co od něj chtějí a očekávají a jak kontrolují plnění jejich požadavků. Autorka dělí výchovné styly:

- **Silné řízení** – na dítě je kladeno hodně požadavků, které jsou pak kontrolovány
- **Slabé řízení** – na dítě je kladeno málo požadavků a je málo kontrolováno jejich plnění
- **Rozporné řízení** – rodiče kladou na ně vysoké požadavky, ale málo je kontrolují

Někdy bývá obtížné najít pro rodiče optimální výchovný styl a na straně rodičů se objeví tendence k nevhodným výchovným postojům, které následně ve vývoji dítěte spíše překážejí a stávají se i výchovně nebezpečnějšími. Za výchovné postoje nesprávné či problematické považuje Matějček:

- **Výchova zavrhuje** - setkáváme se s ní spíše ve skrytých podobách. Jak uvádí Matějček (1992a, s. 62), k takovému typu výchovy dochází nejčastěji tehdy, když dítě rodičům již svou pouhou existencí připomíná jednomu či dvěma rodičům nezdar či hluboké zklamání. Dítě bývá často trestáno a omezováno. Péče o dítě je mechanická a bez účasti citů. V nejproblematičtějších případech může docházet k psychické deprivaci, při níž nejsou v dostatečné míře a v delším časovém období uspokojovány základní psychické potřeby.
- **Výchova zanedbávající** – vyskytuje se v dnešní době vzácně, pokud se s ní setkáme tak spíše v rodinách na nízké socioekonomické úrovni, ve skryté podobě a míra zanedbání má rozsah od lehkého výběrového (vztahující se k některým vývojovým potřebám) až po velmi hrubé a celkové. V současné podobě jsou děti ponechávány „samy sobě“ a žijí „volný život.“

- **Výchova příliš úzkostná** – rodiče na dítěti až nezdravě lpí, a to ze strachu, aby si neublížilo. Příliš je ochraňují a brání mu v činnostech, které se jim zdají nebezpečné, omezují dítě v jeho vlastní iniciativě a v sociálním vyspívání (Matějček, 2001).
- **Výchova rozmazlující** – rodiče rovněž na dítěti až nezdravě citově lpějí, zbožňují je a oceňují každý jeho přirozený projev a vývojový pokrok. Ze strachu aby se jim dítě neodcizilo nebo nezkazilo, si je snaží ponechat jen pro sebe a dítěti nedovolí, aby se společensky osamostatnilo.
- **Výchova perfekcionistická** – rodiče se až přepjatě snaží, aby dítě bylo co nejdokonalejší ve všem, co dělá nebo alespoň v oboru, který má pro rodiče nějakou hodnotu. Snaží se, aby bylo jejich dítě ve všem první, bez ohledu na to, zda má na úspěch reálné možnosti. Rodiče často nutí své děti do nepřiměřených výkonů, důsledkem soustavného přetěžování a stimulace bývá neurotizace dítěte.
- **Výchova protekční** – rodiče se taktéž snaží, aby dítě dosáhlo hodnot, které jsou pro další život pokládány za zvlášť „výhodné“ a „významné.“ Záleží jim jen na hodnotách, nikoli na způsobu, jakým jich dosáhnou. V tomto postoji jim nejde o dokonalost dítěte, ale o to, aby dostaly dítě tam, kde ho chtějí mít. Dítěti ve všem pomáhají a „odklízejí jim překážky z cesty“(Matějček, 2001, s. 29). Pro své postižené děti požadují různé úlevy a ohledy.

Fischer shrnul obecné zásady výchovy (Fischer, 2008, s. 99):

- Snažit se vychovávat své dítě co nejlépe s vědomím odpovědnosti jak k dítěti, tak i k sobě samému a ke společnosti.
- Věnovat pozornost poznatkům o vývoji a výchově těchto dětí.
- Dodržovat zásadu důslednosti při vyžadování požadavků. Jednotně by měli působit všichni členové rodiny a později i škola.
- Snažit se o vytrvalost při vyžadování a kontrole požadavků.
- Požadavky mají odpovídat mentální úrovni a unavitelnosti dítěte.
- Nesnažit se, aby dítě dosáhlo úrovně vrstevníků „za každou cenu“.

Forma pomoci rodině

Rodinná terapie je metoda, při které terapeut pracuje nejen s problémovým dítětem, ale i s celou rodinou. Rodinná terapie je prospěšná dětem a rodičům a to i v případě, pokud problém je na straně rodiče. Rodinnou terapii lze charakterizovat tím, že psychoterapeutická pomoc je zaměřena na proces navození prospěšných změn v narušeném, patologicky změněném či dysfunkčním rodinném systému prostřednictvím terapeutických postupů, které podporují pozitivní a konstruktivní tendence rodiny. Cílem je změna rodinného klimatu (Bartoňová, 2005).

Škola

V prvé řadě jde o podporu integrace vedením školy. Škola by měla přijmout organizační opatření, která vedou ke snížení žáků ve třídě, zajištění asistenta pedagoga nebo dalšího pedagogického pracovníka do třídy. Zajišťuje využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, dále kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek a speciálních učebnic a didaktických materiálů. Organizuje a podporuje další vzdělávání pedagogických pracovníků v dané problematice. Volí vhodnou formu integrace a zařazení integrovaného žáka do třídy (Bendová, Zikl, 2011).

Učitelé

Umožnit učitelům získávat speciálně pedagogické kompetence. Učitelé podílející se na výchově a vzdělávání by měli být seznámeni s problematikou integrovaného žáka, a ovládat speciálně pedagogické didaktické, kompenzační a reedukační metody potřebné k tomu, aby si žák osvojil potřebné vědomosti, dovednosti a návyky (Lechta, 2010). Učitel by měl mít k dispozici dostatek informací o žákově zdravotním stavu a o výsledcích psychologických vyšetření (Vágnerová, 2005).

Akceptovat a respektovat specifika žáka, zohledňovat poznávací schopnosti a nedostatky v psychomotorických dovednostech u dítěte s mentálním postižením. Vytvářet takové podmínky, aby žáci ve třídě akceptovali žáka s mentálním postižením, byli seznámeni s projevy a důsledky jeho chování a stali se mu partnery (Bendová, Zikl, 2011).

Při vzdělávacím procesu by měl postupovat podle žákova individuálního vzdělávacího plánu, na základě kterého by měl školní výkony žáka ohodnotit. Při výuce využívat adekvátní učebnice, didaktické pomůcky a uplatňovat specifické metody (metoda vícenásobného opakování, multisenzorický přístup atd.), formy a postupy. Taktéž využívat k žákovi individuální přístup a respektovat pomalejší pracovní tempo. Vést asistenta pedagoga, pokud je mu přidělen.

Ve výše uvedeném výčtu úkolů a činností spojených s integrací, které jsou kladeny na učitele, je dle názoru autora této práce opomíjeno, by měl být zásadní postoj učitele k integraci – zda jeví zájem, chuť a má dostatek motivace. Učitelova snaha by měla být podle Michálka (1999) také náležitě oceněna a vyzdvižena, např. formou finančního ohodnocení.

Diagnostika a poradenství

Diagnostický proces u osob s mentálním postižením je považován za nedílnou součást poradenského procesu. Klíčové poradenské aktivity, mezi které náleží diagnostika, jsou realizovány v resortech MŠMT, MZ, MPSV a MV. S ohledem na prostor a téma, kterým se tato diplomová práce zabývá, což jsou děti s mentálním postižením, se tato práce bude soustřeďovat na diagnostický proces a systém poradenství realizovaný v resortu MŠMT, což jsou „školská poradenská zařízení“ (Bendová, Zikl, 2011).

V resortu MŠMT systém školských poradenských zařízení zahrnuje speciálně - pedagogické centra (dále jen SPC) a pedagogicko - psychologické poradny (dále jen PPP). Vedle nich se rodina setkává s poradenskými službami poskytovanými centry rané péče a službami, které provozují organizace zdravotně postižených.

Pro školskou integraci jsou stěžejní SPC a PPP. Na komplexní diagnostice dítěte s mentálním postižením participují zejména pracovníci ze SPC, konkrétně SPC pro žáky s mentálním postižením, popř. SPC pro žáky s poruchami autistického spektra nebo SPC pro žáky s kombinovaným postižením, popřípadě pracovníci z PPP (Bendová, Zikl, 2011).

PPP se mohou taktéž podílet na diagnostické a poradenské činnosti, legislativně je možné využít těchto služeb, avšak na problematiku dětí s mentálním postižením

nejsou přímo orientovány a služby poskytují spíše pro děti a rodinné zástupce, kde z nějakého důvodu není možná intervence SPC, např. při dopravní nedostupnosti.

Vzhledem k tomu, že většina dětí a žáků s mentálním postižením jsou klienty SPC, bude další pozornost věnována SPC a rozsah činnosti PPP je přiložen v příloze A.

Speciálně pedagogická centra (SPC) pro žáky s mentálním postižením jsou školská poradenská zařízení, která poskytuje služby v souladu se zákonem č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění a v souladu s vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v platném znění.

SPC poskytuje bezplatně standardní poradenské služby na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení dětem, žákům, studentům (klientům), s mentálním postižením, popř. kombinovaným postižením, s poruchami autistického spektra. Některá SPC poskytují i služby rané péče a to klientům ve věku 0 – 3 roky, běžně klientům ve věku od 3 – 26 let a jejich rodinám. Služby také poskytuje školám a školským zařízením.

SPC tvoří základní odborný tým, který je složen z psychologů, speciálních pedagogů (většinou psychopedů) a sociálních pracovníků. Tým může být doplněn i o další odborné pracovníky. Podmínkou poskytnutí poradenské služby je písemný souhlas klienta (žáka), v případě nezletilého žáka písemný souhlas jeho zákonného zástupce. SPC pro žáky s mentálním postižením nabízí svým klientům dvojí služby, jednak standardní činnosti společné, poskytované všemi SPC a také standardní činnosti speciální, specifické pro tento typ center.

Standardní činnosti center¹⁰:

- Vyhledávání žáků se zdravotním postižením.
- Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická).

¹⁰ Standardní činnosti upravuje příloha č. 2 ve vyhlášce 72/2005 Sb.

- Tvorba plánu péče o žáka (strategie komplexní podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení apod.).
- Přímá práce s žákem (individuální a skupinová).
- Včasná intervence.
- Konzultace pro zákonné zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
- Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.).
- Krizová intervence.
- Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (podpora při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu).
- Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením.
- Zapůjčování odborné literatury.
- Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků.
- Ucelená rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky.
- Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do mateřských, základních a středních škol, instruktáž a úprava prostředí.
- Všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků se zdravotním postižením v duchu tzv. ucelené rehabilitace (využívání prostředků pedagogicko psychologických, léčebných, sociálních a pracovních), tj. zajištění komplexní péče zaměřené nejen na žáka s postižením, ale na celou jeho rodinu.
- Vedení dokumentace centra a příprava dokumentů pro správní řízení.
- Koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s poradnami a středisky výchovné péče.
- Zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.
- Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.
- Tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáka.

Standardní činnost speciální:

- Metodika cvičení pro děti raného věku, Strassmeier, Portage, vývojový screening.
- Smyslová výchova dětí předškolního věku s mentálním postižením.
- Rozvoj hrubé a jemné motoriky, nácvik sebeobsluhy a sociálních vztahů.
- Rozvoj estetického vnímání.
- Hudební činnosti, výtvarné a pohybové činnosti.
- Příprava na zařazení do výchovně vzdělávacího procesu.
- Rozvoj grafomotoriky, systematický rozvoj slovní zásoby, systematický rozvoj dílčích výukových funkcí.
- Logopedická péče se zaměřením na alternativní a augmentativní komunikaci, piktogramy, znak do řeči, komunikační tabulky, sociální čtení a počty.
- Netradiční formy výuky žáků s mentálním postižením.
- Nácvik prvního čtení a čtení hůlkového písma.
- Hůlková písanka; psaní hůlkovým písmem, využití počítače nebo psacího stroje.
- Alternativní formy čtení.
- Využití arteterapie a muzikoterapie.

Pedagogicko psychologická poradna

Činnost PPP je zaměřena zejména na komplexní psychologickou, speciálně pedagogickou a sociální diagnostiku, jejímž cílem je především zjištění poruch učení, příčin poruch chování, příčin dalších problémů ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání dětí a mládeže a individuálních předpokladů v souvislosti s profesní orientací žáků (Vítková, 2010).

PPP participují na vzdělávacím procesu, a to zvláště v těch případech, kdy je tento vzdělávací proces nějakým způsobem znesnadněn. Hlavní součástí činnosti PPP je přímá práce s dětmi a žáky škol a školských zařízení ve věku od 3 let do ukončení středního, resp. vyššího odborného vzdělání a s jejich rodiči, a to zejména formou individuální péče, ale i formou skupinové práce. Na základě doporučení PPP

je volena nebo upravována vzdělávací cesta žáků. Při vedení dětí a žáků PPP aktivně ovlivňují proces přijímání a upevňování poznatků, postojů a hodnotové orientace (volba vhodného učebního stylu, rodinná terapie apod.).

Poskytují kariérové poradenství, participují na činnostech v oblasti prevence rizikového chování u dětí a mládeže, napomáhají při rozvoji pedagogicko-psychologických kompetencí učitelů.

Pedagogickými pracovníky PPP jsou psychologové a speciální pedagogové, kromě nich se na odborných činnostech podílejí také sociální pracovníci. Činnost PPP se uskutečňuje zejména ambulantně a návštěvami pracovníků ve školách a školských zařízeních.

Jakožto školská poradenská zařízení jsou PPP zřizovány podle § 116 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů. Podrobně jsou pak vymezeny ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních v platném znění.

Individuální vzdělávací plán

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami se mohou v ČR vzdělávat v hlavním vzdělávacím proudu již od roku 1989. Pravidla pro tvorbu a zpracování individuálního vzdělávacího plánu (dále jen IVP) ukotvuje školský zákon č. 561/2004 Sb., v platném znění a podrobněji vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., v platném znění.

IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy a v případě žáků s mentálním postižením se pro tvorbu využívá i rámcového vzdělávacího programu s přílohou pro děti s lehkým mentálním postižením, ze závěrů speciálně pedagogických vyšetření a z vyjádření zákonných zástupců žáka.

Ředitel školy může povolit IVP s písemným doporučením školského poradenského pracoviště žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami. Ředitel školy pověří osobu, která vypracuje IVP, sám zodpovídá za zpracování a realizaci IVP, a svůj souhlas povrdí podpisem pod IVP.

IVP by měl být vypracován před nástupem dítěte do školy, nejdéle však jeden měsíc po nástupu do školy nebo zjištění jeho speciálních potřeb. Jelikož IVP není uzavřeným dokumentem, je možné do něj v průběhu roku vstupovat a dle aktuálního stavu může být upravován, doplňován a přizpůsobován možnostem dítěte. Individuální vzdělávací plán by měl být v průběhu každého pololetí ve spolupráci se školským poradenským zařízením (SPC, PPP) kontrolován a vyhodnocován (Jucovičová, Žáčková, Budíková, 2009).

Pověřený učitel zpracovává IVP ve spolupráci s poradenským pracovníkem, se zákonným zástupcem a s ostatními učiteli, kteří se podílejí na výuce žáka. Na druhém stupni se dle svých možností a vyspělosti podílí na tvorbě i žák sám. IVP je součástí dokumentace žáka. Rodič musí písemnou formou zažádat ředitele příslušné školy o vzdělávání dle IVP. V IVP jsou stanoveny povinnosti rodiče, v zásadě se jedná o povinnosti související s návštěvami příslušných odborníků, spolupráci při edukačním procesu, podílení se na domácí přípravě, v podávání informací o zdravotním stavu dítěte a pravidelnými konzultacemi s vyučujícími učiteli jejich dítěte. Po vypracování IVP rodič stvrzuje svým podpisem, že je seznámen s obsahem tohoto dokumentu.

Stěžejní částí IVP je obsah vzdělávání, konkrétní náplň vyučování a vymezení výukových cílů a stanovení postupů s při práci s žákem. Při tvorbě IVP by se mělo vycházet z aktuálních schopností a specifík dítěte a najít soulad mezi školním vzdělávacím programem a rámcovým vzdělávacím programem pro děti s lehkým mentálním postižením, popřípadě rámcovým vzdělávacím programem pro základní školu speciální, jednotlivé programy se mohou vzájemně prolínat. Vždy je nutné uvést v IVP podle kterého, případně jakých programů je žák vzděláván (Lechta, 2010).

Struktura IVP:

- Údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi včetně zdůvodnění.
- Údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, včetně případného prodloužení délky středního nebo vyššího odborného

vzdělávání, volbu pedagogických postupů, způsob zadávání a plnění úkolů, způsob hodnocení, úpravu plnění závěrečných zkoušek, maturitních zkoušek nebo absolutoria.

- Vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah, u žáka střední školy se sluchovým postižením a studenta vyšší odborné školy se sluchovým postižením se uvede potřebnost nezbytných tlumočnických služeb a jejich rozsah, případně další organizace vzdělávání.
- Seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek.
- Jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka.
- Návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává.
- Předpokládanou potřebou navýšení finančních prostředků nad rámec prostředků státního rozpočtu.
- Závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření.

Podpůrný učitel

V zahraničí se poměrně často využívá ve třídě přítomnosti dalšího pedagoga, tzv. podpůrného či druhého učitele, který může společně pracovat s učitelem, nebo pracuje se skupinou žáků mimo kmenovou třídu. Michalík (1999) vychází z rakouské úpravy, která umožňuje zařazení podpůrného učitele do třídy při integraci více než dvou žáků s postižením v běžné třídě. V naší legislativní úpravě nenajdeme zakotvení role podpůrného učitele, ale zároveň ji právní úprava nezakazuje. V našich podmínkách se pro tento účel někdy využívá pedagogických asistentů (Bendová, Zíkl, 2011).

Osobní asistent

Osobní asistent je fyzická osoba, která poskytuje péči klientovi v jeho přirozeném prostředí, a to dobrovolně nebo za dohodnutou finanční odměnu hrazenou z příspěvku na péči. Osobní asistent u dítěte se zdravotním postižením je člověk, který zajišťuje dítěti jeho potřeby a pomáhá mu zvládat běžné činnosti každodenního života. Jedná se zejména o pomoc při sebeobslužných činnostech, při hygieně, při stravování, ale také je mu nápomocen při doprovodu k lékaři, na rehabilitaci nebo do školy. Rovněž mu zprostředkovává kontakt s okolím. Rozsah a obsah poskytované péče se řídí potřebami a možnostmi dítěte a požadavkům rodičů. Sociální služba osobní asistence spadá do resortu MPSV (Hrdá, In: Uzlová, 2010).

Osobní asistent nepůsobí jen v domácím přirozeném prostředí, ale také může působit ve škole. I zde osobní asistent dopomáhá dítěti v činnostech jako je sebeobsluha a hygiena pokud to stav dítěte vyžaduje. Pomoc osobního asistenta ve škole zahrnuje, i dopomoc při přesunech po škole a mimo budovu školy, v pomoci při přípravě na vyučování, o přestávkách, ve školní družině a v jídelně. Snahou každého osobního asistenta by mělo být začleňování žáka mezi vrstevníky a umožnit mu orientaci ve školním prostředí (Uzlová, 2010).

Pracovní náplň osobního asistenta ve škole má podle Ivy Uzlové (2010) jistá specifika, která tkví ve spolupráci nejen se zákonnými zástupci, ale také navíc spolupracuje s učiteli a dalšími členy týmu, jež se podílí na začlenění žáka do školního prostředí a doslova uvádí: „ *Osobní asistent by měl být rovnocenným členem tohoto týmu a aktivně se zapojit do jeho práce. Řídí se potřebami dítěte, ale svou činnost koordinuje s činností učitelů*“. V některých případech nahrazuje osobní asistent činnost asistenta pedagoga ve výuce. Zde dochází k vyšším nárokům na kvalifikaci asistenta a kromě péče o žáka navíc vykonává činnost pedagogickou.

Asistent pedagoga

Asistentem pedagoga je podle zákona č. 563/2004 Sb. pedagogický pracovník, který působí ve třídě, kde je začleněn žák nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami. Na rozdíl od osobního asistenta je asistent pedagoga zaměstnancem

školy a vedle pedagoga dalším pedagogickým pracovníkem působícím ve třídě. Funkci asistenta pedagoga zřizuje ředitel školy se souhlasem krajského úřadu na základě § 16 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění, a v souladu s § 20 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů v platném znění, a s § 7 vyhlášky č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v platném znění.

Náplň asistenta pedagoga vychází z doporučení školského poradenského zařízení a řídí se potřebami konkrétního začleněného žáka. Po dohodě s pedagogem, který zajišťuje výuku, se může asistent spolupodílet na chodu výuky. Po předchozí domluvě se může věnovat i ostatním spolužákům, spolupracuje s učitelem i s ostatními pedagogy, kteří se spolupodílejí na výuce začleněného žáka. Zde je velmi žádoucí, aby i ostatní pedagogové byli seznámeni s pracovní náplní asistenta pedagoga a předešlo se tak případným problémům pramenících z dohadů, co je a co není povinností asistenta (Uzlová, 2010).

Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou dle § 7 vyhlášky č. 73/2005 Sb. v platném znění:

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

5.

SOUČASNÝ SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Po roce 1990 došlo v resortu školství k výrazným legislativním změnám týkajících se integrovaného vzdělávání zdravotně postižených do běžných škol. V průběhu těchto let se změnil pohled na žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Zpočátku se do běžného vzdělávacího proudu začali integrovat žáci se smyslovým a tělesným postižením. V rámci experimentu začaly koncem 90. let pilotní pokusy o integraci dětí s mentálním postižením do běžných tříd základních škol, po jeho vyhodnocení byla tato možnost legislativně zakotvena (Bartošová, In: Jucovičová, Žáčková, kol., 2009).

Klíčovým zákonem je tzv. „školský zákon“ (zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění). Tento zákon upravuje podmínky, organizaci a cíle, za kterých se výchova a vzdělávání ve školách a ve školských zařízeních uskutečňuje, dále vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob podílejících se na vzdělávání. Podle tohoto školského zákona jsou děti, kterým je nutné věnovat zvýšenou péči, označovány jako děti, žáci nebo studenti se speciálními vzdělávacími potřebami. Tito žáci mají z hlediska tohoto zákona právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám, v souladu s § 16 odst. 7. Mají také možnost současně při vzdělávání bezplatně užívat speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační pomůcky.

V souladu s § 16 odst. 1 školského zákona v platném znění je za dítě, žáka nebo studenta se speciálními vzdělávacími potřebami považován:

- Žák se zdravotním postižením (mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování).

- Žák se zdravotním znevýhodněním (zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžaduje zohlednění při vzdělávání).
- Žák se sociálním znevýhodněním (rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky).

Všechny tyto kategorie jsou tímto ustanovením vymezeny. Jedná se však o vymezení a definici pouze pro účely školského zákona. Dále je v zákoně stanoveno, že speciální vzdělávací potřeby jsou zjišťovány školským poradenským zařízením dle ustanovení (§ 116 odst. 5) a dále pak i vyhláškou 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a ve školských poradenských zařízeních v platném znění.

Školský zákon § 16 odst. 8 uvádí, vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, lze zřídit pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy.

Ředitel může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami zřídit funkci asistenta pedagoga (§ 16 odst. 9).

Speciální vzdělávací potřeby žáků jsou zajišťovány formou individuální integrace nebo formou skupinové integrace nebo ve škole samostatně určené pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Příslušné legislativní dokumenty, které se týkají vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami:

- Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, neboli „školský zákon“.
- Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.

- Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.

5.1 Raná péče

Zásadní roli ve vývoji dítěte znamenají první tři roky života. V období od narození do tří let dochází k rozvoji celé osobnosti, v oblasti mozku probíhají jak regresivní, tak progresivní procesy. Tyto kompenzační možnosti mozku jsou tak obrovské, že umožňují do jisté míry rozvinout náhradní mechanismy, které i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážné problémy, jsou schopny v určitém rozsahu přebrat nové úlohy. Pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte se v určitých oblastech mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit. Přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství.

Střediska rané péče je soustava služeb a programů poskytovaných ohroženým dětem a dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám zejména formou terénní práce. Služby poskytují dětem od narození až do věku tří let, ale může být poskytována až do sedmi let. Cílem rané péče je předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace. Služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými. Těžištěm této služby je zejména činnost přímo s dítětem, mezi další činnosti patří poradenství (Bendová, Zíkl, 2011).

Raná péče je terénní služba orientující se na celou rodinu. Většina jejich služeb je poskytována v přirozeném domácím prostředí dítěte, v prostředí kde se dítě cítí bezpečně a jeho chování je nejpřirozenější. Část služeb je poskytována ambulantně ve středisku.

Raná péče patří mezi služby sociální prevence¹¹. Služby rané péče jsou pak zajišťovány Středisky rané péče a to dle vyhlášky 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a poradenských zařízeních.

Obecné cíle rané péče dle Hradilkové (In: Sborník vybraných příspěvků z kurzu poradce rané péče, 2006)

- Zvýšit vývojovou úroveň ve všech postižených oblastech.
- Snížit negativní vliv postižení.
- Zmírnit dopad postižení dítěte na rodinu, ve které vyrůstá.
- Prevence druhotného postižení, institucionalizované péče a segregace.
- Nabídnout rodině a dítěti komplex služeb, které jsou zajištěny týmem odborníků (posilovat odvalu rodičů nést zodpovědnost za výchovu dítěte s postižením, spolu s rodiči hledat optimální cestu ke stimulaci dítěte, podporovat rodinu v posilování funkčních vazeb – pečovat o to, co funguje a o co se mohu opřít).
- Vytvořit podmínky sociální integrace.
- Snížit závislost rodiny na sociálních službách a posílit tak její kompetence, tím také snižovat riziko umístění dítěte do ústavního zařízení.

5.2 Mateřské školy

Na ranou péči navazuje institucionální výchova v předškolním zařízení, která je realizována v mateřské škole, mateřské škole speciální nebo ve speciální třídě při mateřské škole. Dítě s mentálním postižením může navštěvovat i jiný typ mateřské školy a to zejména pokud je u něj postižení kombinované. Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku od tří do šesti (sedmi) let, organizačně se dělí zpravidla do několika tříd. Obsah předškolního vzdělávání je realizován kurikulárním dokumentem Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání (dále jen RVP PV), v souladu s ním si mateřské školy vypracovávají a realizují své školní vzdělávací programy.

¹¹ Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. v platném znění.

Pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami se v mateřských školách uskutečňuje na základě školních vzdělávacích programů upravených podle speciálních potřeb dětí. Při vzdělávání dětí se speciálně vzdělávacími potřebami je potřebné obsah a podmínky vzdělávání přizpůsobovat jejich potřebám a možnostem.

Hlavním úkolem předškolního vzdělávání je podle RVP PV doplňovat rodinnou výchovu, nikoli ji nahrazovat, a zajistit dětem dostatek mnohostranných a přiměřených podnětů vedoucí k aktivnímu rozvoji a učení. Dalším nezbytným úkolem je rozvoj celé osobnosti, podporovat tělesný rozvoj a zdraví, spokojenost a pohodu, napomáhat mu v chápání okolního světa, motivovat je k dalšímu poznávání, naučit je žít ve společnosti ostatních a přibližovat mu normy a hodnoty naší společnosti (Švarcová, 2006).

5.3 Přípravné třídy

Někteří jedinci s mentálním postižením využívají možnosti přípravných tříd, které jsou zřizovány při základních školách a při základních školách praktických. Zřizovat přípravné třídy umožňuje základním školám školský zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění. Tyto přípravné třídy jsou sice určeny pro žáky sociálně znevýhodněné, ale tuto podmínku mnoho žáků s mentálním postižením také splňuje.

Obsah vzdělávání v přípravné třídě se řídí Rámcovým vzdělávacím programem pro předškolní vzdělávání (RVP PV) a je součástí školního vzdělávacího programu, vzdělávací obsah umožňuje, aby obsah vzdělávání odpovídal konkrétním potřebám a možnostem dětí zařazených do přípravné třídy. Hlavním úkolem je systematická příprava těchto žáků vedoucí k lepšímu vstupu do povinného vzdělávacího procesu a předcházení případným neúspěchům. Zařazení do této třídy není povinné a nepočítá se do povinné školní docházky. V přípravných třídách se pracuje podle RVP PV (Bendová, Zikl, 2011).

5.4 Plnění povinné školní docházky

Vzdělávání v České republice platí pro všechny žáky bez rozdílu, tedy i pro žáky se všemi stupni mentálního postižení. Povinná školní docházka začíná ve věku šesti let, odklad školní docházky je možný, žák musí nejpozději nastoupit do školy ve školním roce, ve kterém dovrší osmi let. Zákonní zástupci jsou povinni přihlásit dítě k plnění školní docházky nejpozději do 15. února roku, ve kterém má dítě zahájit povinnou školní docházku. Žák by měl ukončit školní docházku v sedmnácti letech, na žádost zákonného zástupce a se souhlasem ředitele je možné hranici posunout na 18 let. U žáků se zdravotním postižením je možné oddálit ukončení školní docházky až na hranici 20 let (Lechta, 2010).

U žáků se středně těžkým mentálním postižením a těžkým mentálním postižením, s více vadami a autismem může být docházka prodloužena se souhlasem zřizovatele školy až do 26 let. Období školního věku se u dětí s mentálním postižením prodlužuje v závislosti na úrovni postižení. Období povinné školní docházky se uskutečňuje v některém z níže uvedeném typu škol (Vyhláška 73/2005 Sb. v platném znění):

- Základní škola
- Základní škola praktická
- Základní škola speciální
- Třídy pro žáky se zdravotním postižením při základní škole,
- Základní škola určená pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení, formou individuální nebo skupinové integrace

Bartošová uvádí: „Při hledání vhodné vzdělávací cesty je nutné zvážit všechny možnosti, které se nabízejí - speciální školu (ZŠ praktická a ZŠ speciální, integraci v běžné ZŠ (individuální, skupinová), či integraci v jiném typu škol.“(In: Jucovičová, Žáčková a kol., 2009, s. 79)

Základní škola

U dětí s lehkým mentálním postižením se využívá zařazování do školy v blízkosti bydliště, tzv. spádovosti školy. Na tuto možnost pamatuje školský zákon v § 36.

Žák plní povinnou školní docházku na základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí, v němž má žák místo trvalého pobytu. Zákon pak označuje tuto školu za spádovou. Pokud zákonný zástupce zvolí jinou školu než spádovou, je povinen nahlásit tuto změnu řediteli spádové školy. Žák s mentálním postižením do základní školy může být zařazen podle § 3 vyhlášky č. 73/2005 Sb v platném znění. Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je upraveno vyhláškou č. 73/2005 Sb., v platném znění:

- formou individuální integrace,
- formou skupinové integrace,
- ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením,
- kombinací obou forem uvedených pod písmeny a) až c).

Vyhláška č. 73/2005 Sb., dále upřesňuje, že: *„individuální integrací se rozumí vzdělávání žáka v běžné škole nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení. Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám, a podmínkám škol“.*

Pipeková tuto problematiku shrnuje následovně: *„Současná legislativa zajišťuje povinnost vzdělávání všem osobám bez rozdílu. Školský systém upřednostňuje u žáků s mentálním postižením integrované vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, umožňuje i skupinové vzdělávání a segregované ve speciálních školách. Zákonní zástupci odpovídají za zvolení vzdělávací instituce pro své dítě, pro své rozhodnutí mohou využít systému školských poradenských zařízení. Oblast profesního a celoživotního vzdělávání je důležitá pro možnost pracovního uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce.“* (Pipeková, 2006, s. 101)

Lechta spatřuje jisté „zvláštnosti“ v integrativní edukaci žáků s mentálním postižením, podle něj je *„edukace žáků s mentálním postižením nemyslitelná bez maximálního zaangażovaného rodinného prostředí“*(Lechta, 2010, s. 260).

Žák by měl být celkem schopen plnit požadavky vzdělávacího programu, svým zdravotním stavem, chováním a projevy nenarušovat průběh vyučování a nevyžadovat nadměrnou pomoc a péči učitelů na úkor ostatních žáků. Bartošová shledává přínos integrace zejména ve zprostředkování kontaktu s vrstevníky, díky nimž se dítě s mentálním postižením učí správné vzory chování a jednání, učí se sociálním dovednostem, samostatnosti a sebeobsluze. Má více možností učit se běžným interakcím a zvládat různé sociální role. Sociální zkušenost nabytá v běžné škole je podle autorky „*prioritou*“ (Bartošová, In: Jucovičová, Žáčková a kol., 2009, s. 80).

Škola by měla splňovat podmínky:

- Učitel má ovládat speciálně pedagogické didaktické, kompenzační a reedukační metody potřebné k tomu, aby si žák osvojil potřebné vědomosti, dovednosti a návyky.
- Přidělit do třídy, kde se vzdělává více žáků se speciálními vzdělávacími potřebami dalšího pedagoga.
- Všichni učitelé, kteří se podílejí na edukaci žáka s mentálním postižením, musí mít dostatečné základy z pedagogiky mentálně postižených, spolupracovat s odborníky, speciálními školami.
- V edukaci žáka s mentálním postižením využívat formy vyučování zaměřené na individuální schopnosti žáka (Lechta, 2010, s. 261).

Základní škola praktická

Základní škola praktická umožňuje žákům s lehkým mentálním postižením pomocí speciálních výchovných a vzdělávacích prostředků a metod dosáhnout co nejvyšší úrovně znalostí, dovedností a osobních kvalit při respektování jejich individuálních zvláštností a možností. Konečným výsledkem výchovné a vzdělávací práce je příprava žáků na zapojení, v optimálním případě úplná integrace do běžného života (Švarcová, 2006).

Základní školy praktické si vytvářejí své školské vzdělávací programy (ŠVP) na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – přílohy upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Rámcový vzdělávací

program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP), je určen pro žáky, kteří nejsou schopny zvládat požadavky Rámcového vzdělávacího programu pro základní školy a to z důvodu snížené úrovně rozumových schopností. V tomto typu škol se realizuje převážně praktická příprava žáků. Obsah učiva i výstup je redukován. Hodnocení žáků je prováděno formou slovního hodnocení, nebo klasickou formou tj. klasifikace známkou či kombinací těchto forem. Základní škola praktická je členěna jako běžná škola na dva stupně, 1. stupeň (1. – 5. ročník) a 2. stupeň (6. – 9. ročník). Zařazení do tohoto typu škol je možné se souhlasem zákonného zástupce a na doporučení školského poradenského zařízení. Základním vzděláváním v základní škole praktické se dosahuje stupeň základní vzdělání.

Základní škola speciální

Základní škola speciální je určena pro žáky se středně těžkým, těžkým a hlubokým postižením, kteří se nemohou vzdělávat podle vzdělávacích programů běžné základní školy ani základní školy praktické. Těžištěm práce speciální školy spatřuje Fischer ve výchovné a vzdělávací činnosti zaměřené na poskytování elementárních vědomostí, dovedností, na vytváření návyků potřebných k uplatnění v praktickém životě (Fischer, 2008).

Učivo je redukováno na osvojení základních dovedností v jednotlivých vzdělávacích oborech, na praktické činnosti a pracovní dovednosti. Důraz je kladen především na kompetence komunikativní, sociálně – personální a pracovní. Učivo je přizpůsobeno pro žáky se sníženou úrovní rozumových schopností, psychických zvláštností, s nedostatečnou úrovní koncentrace pozornosti a nízkou úrovní volných vlastností (Lechta, 2010; Bartoňová, Vítková, 2007).

Dítě je možno vřadit do tohoto typu školy jen se souhlasem zákonného zástupce a na základě doporučení školského poradenského zařízení. Základní škola speciální trvá deset let a je rozdělena na dva stupně, první stupeň je 1. - 6. ročník a druhý stupeň je 7. – 10. ročník.

Školní vzdělávací program je sestavován na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (RVP ZŠS) a svým způsobem navazuje na RVP ZV-LMP.

Tento Rámcový vzdělávací program se člení na dvě části:

- Díl I. – vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením (tento díl nahrazuje dřívější osnovy pomocné školy)
- Díl II. – vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami (tento díl nahrazuje rehabilitační vzdělávací program pomocné školy).

Oba dva díly se zásadně liší v cílech, obsahu i očekávaných výstupech. Základním vzděláváním v základní škole speciální se dosahuje stupeň základy vzdělání.

Waldorfská praktická škola¹²

Waldorfská škola je představitelem alternativního a inovativního směru. Základní škola vyučuje podle vzdělávacího programu Waldorfská škola praktická. Je vstřícná pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. Východiskem waldorfské pedagogiky je tzv. Antroposofie, jedná se o filozoficko-pedagogickou koncepci, která specifickým pohledem nahlíží na potřeby rozvoje tělesné, duševní a duchovní stránky dítěte a mladého člověka.

Základy položil na počátku 20. století pedagog, spisovatel, filozof, sociální reformátor a umělec Rudolf Steiner (Tvrzová, In: Vališová, Kasíková, 2011). Celkové pojetí školního vzdělávacího programu vychází harmonizujícím způsobem vstříc potřebám vývoje osobnosti dětí a klade důraz na rozvoj dítěte v praktických a uměleckých oborech. Cílem vzdělávání Waldorfské školy je připravit dítě se speciálními vzdělávacími potřebami pro co nejsamostatnější budoucí život.

¹² www.sssjak.cz

PRAKTICKÁ ČÁST

6.

PŘÍPADOVÁ STUDIE

Datum šetření: prosinec 2013

Jméno: Adam

Datum narození: únor 2005

Diagnóza: F 90.0 Porucha aktivity a pozornosti, F 70 Lehká mentální retardace, F 98.0 Neorganická enuréza anamn. Výchovná problematika, nedostatečné vedení v rodině, emočně subdeprivovaný, výchovně velmi náročný, negativistický.

Rodinná anamnéza

Matka Renata narozená v roce 1978, má středoškolské ekonomické vzdělání. Léčí se s bipolární afektivní poruchou, pro kterou byla opakovaně v mládí hospitalizována v PL Bohnice. Po porodu relaps onemocnění, následkem kterého byla po propuštění z porodnice hospitalizována do PL Bohnice. Po propuštění z PLB zhruba po 1,5 roce se stýkala s dítětem v Klokánku 2 krát týdně. Od 4 let věku úprava styku s dítětem, matka má nárok setkávat se se svým synem v Dětském centru Paprsek, této příležitosti však nikdy nevyužila. V současnosti o syna stále nejeví zájem, z nového vztahu má dvě děti. Matka matky se také léčí s BAP.

Otec Jan narozen v roce 1968, má střední odborné vzdělání, vyučen v oboru strojní mechanik. Pracuje jako OSVČ, zdrav, nekuřák, alkohol požívá jen příležitostně, jeví se jako silně dominantní. V dětství diagnostikována epi-absence. Rodiče otce nežijí, matka otce zemřela na karcinom hrtanu, když mu bylo 10 let.

Otec zemřel náhle ve věku 65 let. Sourozence otec nemá. Bez psychiatrické zátěže. O syna se stará sám, žijí spolu ve společné domácnosti v rodinném domku v Praze, je samoživitel a finančně zajištěn.

Osobní anamnéza

Adam je z prvního těhotenství matky. Těhotenství probíhalo bez problémů, i když dle slov otce se v druhé polovině těhotenství objevovaly mezi rodiči rozepře, nejednalo se o výrazné potíže a drobné rozepře otec přisuzoval probíhajícímu těhotenství. V průběhu těhotenství matka vysadila léky, otec nebyl spraven ani o tom, že matka nějaké léky vůbec užívá nebo že by měla být léčena.

Porod byl v termínu, spontánní, probíhal fyziologicky, asi záhlavím a nekříšen, s porodní váhou 3300 gramů, délka 52 centimetrů. Postnatální adaptace byla bez potíží, nebyl kojený. Od 5 dnů svěřen do péče otce. Rodiče nebyli sezdáni. Do třech let věku se o Adama starala zaměstnankyně otce.

Psychosociální vývoj

Chlapec začal sedět bez opory kolem 9. měsíce, dlouho lezl, podle slov otce začal chodit asi v 15 měsících. Vývoj řeči byl opožděný, první slova začal používat až ve 2,5 letech, srozumitelně asi ve 3,5 letech (otec mu rozuměl). V tomto věku začal užívat v komunikaci jednoduché věty (dvojslovné). Chlapec měl dlouho pleny, asi do 4 let, noční pomočování trvalo téměř do šesti let, ojediněle zaznamenaná noční enuréza ještě v osmi letech. Od mala byl živější, pohyblivější a neklidnější.

Zdravotní anamnéza

Vzhledem k onemocnění matky nebylo možné zjistit předporodní, porodní a poporodní anamnézu. Chlapec neměl nikdy dietu, operaci či úraz, v pěti letech hospitalizován (3 dny na pozorování na infekčním oddělení ve FN Bulovka) pro celkovou slabost. Běžná nemocnost, jinak zdrav. Okusování nehtů.

Vzdělávací proces

Chlapec začal navštěvovat mateřskou školku ve 3,5 letech. Velmi těžko se adaptoval na nové prostředí, ve školce docházelo poměrně často ke konfliktům mezi ním a ostatními dětmi. Odmítal spolupracovat s učitelkami, nerespektoval pravidla, byl negativistický, nezvladatelný s tendencí k impulzivnímu, zkratkovitému jednání.

V lednu 2011 byl chlapci při zápisu do první třídy doporučen odklad školní docházky, důvodem byla školní nezralost. Při zápisu byla přítomna psycholožka z místní PPP, která otci navrhla, ať navštíví PPP z důvodu vyšetření školní zralosti. Otec s chlapcem v únoru 2011 navštívili PPP, ze zprávy vyplývá, že odklad školní docházky mu byl taktéž doporučen, společně s ním mu byla navržena další opatření. Opatření se týkala návrhu na návštěvu přípravné třídy a logopedickou intervenci. Na tyto dva návrhy otec nerefletoval.

Chlapec nadále navštěvoval mateřskou školu. Při druhém zápisu se stav oproti minulému roku nezlepšil, chlapec opět nebyl připraven pro vstup do první třídy. Ačkoli škola naléhala, aby otec opět navštívil PPP, otec už nikam jít nechtěl. V září 2012 Adam nastoupil do první třídy, problémy se dostavily ihned po nástupu do školy.

Ve vyučování nepracoval, dělal si, co chtěl, pokud ho paní učitelka vyzvala k nějaké činnosti, začal se chovat agresivně, dostával afektivní záchvaty, začal křičet a válet se po zemi. V průběhu vyučování neustále pobíhal po třídě a nerespektoval žádná pravidla. Stejně chování bylo zaznamenáno i ve školní družině, kde docházelo k fyzickým útokům nejen na spolužáky, ale už i na vychovatelky. Počátkem října byla uspořádána výchovná komise po incidentu, kdy Adam ohrožoval spolužáka s nůžkami v ruce, domáhal se tímto hračky spolužáka. Byla přijata výchovná opatření, všem dětem se odebraly nůžky a Adam musel být i o přestávkách pod pedagogickým dohledem. Po opakovaném naléhání třídní učitelky a výchovného poradce chlapec opět navštívil PPP.

Závěr z odborného posudku PPP zní (říjen 2012): „*V současné době se při školní práci Adama objevují výrazné výukové a výchovné obtíže, které znemožňují jeho optimální vzdělávání, mají negativní vliv také na jeho vrstevnické vztahy, ale již se projevují i projevy narušeného pozitivního sebepojetí a frustrace z čelení neustálého neúspěchu a výchovným přestupkům. Jedná se o chlapce se speciálními vzdělávacími potřebami, v současnosti také s projevy poruchy chování. Pro zmírnění obtíží, optimalizaci vzdělávání dítěte, ale zejména pro jeho další pozitivní osobnostní a sociální vývoj se jednoznačně jeví jako vhodné zařazení dítěte do speciální třídy s menším počtem dětí*“. Doporučeno bylo psychiatrické vyšetření. Výsledek inteligenčního testu nebyl relevantní pro nespokojenosti dítěte.

Chlapec nebyl schopen navázat kontakt, neustále poskakoval, pobíhal a ani na vyzvání se nedokázal na práci soustředit a adekvátně pracovat.

V lednu 2013 byl Adam hospitalizován na doporučení psychologa ze SPC Praha 5 k diagnosticko-léčebnému pobytu na oddělení dětské psychiatrie Thomayerovy nemocnice pro podezření na ADHD, nespolupráci ve škole a v SPC, nízkou frustrační toleranci s tendencí k agresivnímu jednání a narušenou koncentrací.

Objektivní nález při přijetí: *„negativistický, slovně odmítá odejít k vyšetření, testuje. Po chvíli limitaci zvládne bez problémů, nechá se vyšetřit, ale poskakuje, snaží se prosadit, směje se téměř všemu, PM neklid, nutno ho usměřňovat – lze to zvládnout slovně, ale nutno stanovit hranice a dodržet klidné pevné vedení. Projev jednodušší, infantilní. Forie v normě, bez tenze či úzkosti, porucha myšlení a vnímání nezjištěna. Výchovné problémy, nedostatečné vedení v rodině, projevy hyperaktivity.“*

Průběh: Adaptace na oddělení obtížnější, okamžitý nástup problematiky. Zpočátku patrný psychomotorický neklid, chlapec je výrazně negativistický, odmítá spolupracovat, nerespektuje autoritu, na druhé straně upoutává pozornost, testuje hranice, neustálé stížnosti, žaluje na ostatní děti, vulgární projev. Ve zdejší ZŠ spolupráce výrazně vázne, obtížně se získává ke spolupráci, nechce pracovat, je velmi nesamostatný, neúspěchem je výrazně frustrován, výsledky jsou slabé a neodpovídají školnímu zařazení. Během pobytu medikován Risperidonem.

Závěr z psychologického vyšetření z FN: *„Aktuální mentální výkon na spodní hranici v pásmu lehké mentální retardace. V klinickém obraze dominují projevy obdobné ADHD, ovšem spíše na emoční než na biologické bázi (psychomotorický neklid, kolísání pozornosti, zvýšená unavitelnost, narušená pragmatika řeči, snížená frustrační tolerance, obtíže sladit se s ostatními, socioemoční nezralost). Selhávání ve škole je také podmíněno nulovými pracovními návyky, negativistickým nastavením, ale i neznalostí sociálních norem. Selhává také mezi vrstevníky. Během pobytu mírné zlepšení ve spolupráci a socializaci ovšem stále neodpovídá očekávání. Infantilnost v projevu, výchovně velmi náročný, potřebuje dohled a usměřňování.“*

Závěr: Lehká mentální retardace, hyperaktivní projevy na basi narušeného attachmentu (diferenciální diagnostika) vs. biologicky podmíněné ADHD, nevedený, emočně subdeprivovaný, výchovně velmi náročný, negativistický.

Doporučení: Pravidelné kontroly v FN TN, pravidelné užívání medikace: Rispen. Zajistit dítěti výchovné vedení, dostatečnou stimulaci, emoční podporu a dohled. Nutné vyšetření a spolupráce se SPC (PPP) pro správné zařazení školní docházky- doporučujeme přeřazení dítěte do speciálního školství. Logopedická péče indikovaná. Vhodná rehospitalizace pacienta.

Ze zprávy PPP květen 2013. „*V současnosti je realizovaná výuka s pomocí osobního asistenta, kterého si otec hradí z vlastních finančních zdrojů. Od listopadu je zjevný pozitivní vývojový trend v oblasti pracovních návyků dítěte, vytrvalosti pozornosti a výkonové motivovanosti. Adam již také lépe snáší neúspěch a své emoční reakce při vyučování (vše s pomocí přísně individualizované výuky s osobním asistentem mimo prostor kmenové třídy). Stále je však nesamostatný a výukové nároky 1. ročníku prozatím nezvládá natolik, aby mohl postoupit do 2. ročníku.*“

V oblasti vrstevnických vztahů přetrvávají výrazné výchovné obtíže způsobené sníženou frustrační tolerancí, impulzivním a zkratkovitým jednáním s tendencí k agresivním řešením konfliktu. Tyto obtíže jsou navíc umocňovány sníženou schopností sladit se ostatními, podřídit se a suspektně i LMR. Výchovné obtíže jsou výraznější o přestávkách a zejména pak ve školní družině, kde většinou kulminují. Vzhledem ke komplikované rodinné anamnéze (otec je samoživitel) je návštěva školní družiny pro chlapce i otce nezbytná.

Adam bez problémů navazuje prvotní kontakt, je značně familiární, na předkládaných úkolech se zpočátku snaží spolupracovat, ale jeho pozornost se brzy odklání, vázaná na konkrétní podněty a jen za značného motivačního úsilí a s přemlouváním osobní asistentky úkoly dokončí. Vyžaduje vedení, dopomoc návodnými otázkami, samostatné práce není schopen, vážne samostatný logický úsudek, myšlení je konkrétní, vázané na konkrétní podněty. Rozložení výkonu v jednotlivých složkách je nerovnoměrné. Vyjadřuje se v krátkých větách, v řeči přetrvává dyslalie, artikulace místy zastřená. Neustále se dotazuje, kdy bude konec. Tempo práce je pomalé. V testu rozumových schopností chlapec dosáhl výkonu aktuálně odpovídající horní hranici lehkého mentálního postižení.

K seznámení asistentky pedagoga s otcem Adama došlo náhodně, otec se pak spontánně obrátil na asistentku se žádostí o poskytnutí odborného poradenství.

6.1 Seznámení s případem

Adam je žákem základní školy v Praze, navštěvuje první třídu, bylo u něj realizováno jedno odložení školní docházky. V únoru oslavil osmé narozeniny a žije a je vychováván pouze otcem. Otec koncem října navštívil PPP v Praze, z důvodu nezvladatelnosti, výchovných problémů a vzdělávacích neúspěchů. Závěr z tohoto vyšetření nebyl uspokojivý. Poradna shledala žáka hyperaktivním a k výsledku intelektu se nedokázala vyjádřit z důvodu nespolupráce Adama. Vydala doporučení snížit počet žáků ve třídě nebo přeřadit žáka do menšího kolektivu na jinou ZŠ.

Mezitím se problémy začaly hromadit. Jednalo se o problémy nejen výukové, ale zejména výchovné. Adam, se častěji dostával do konfliktů se spolužáky, začal jim nadávat, ohrožovat je nůžkami a paní učitelku nerespektoval jako autoritu. Paní učitelka se buď věnovala Adamovi a zbytku třídy zadávala samostatnou práci nebo se věnovala třídě, ale Adam v té chvíli nedělal nic, nebyl schopen samostatné práce. Jediným řešením, které se nabízelo, byl osobní asistent.

Při první schůzce s vedením školy, s výchovným poradcem a třídní učitelkou mi byly předloženy základní informace o školním prospěchu i o chování Adama. Situace se mi zdála vážná, ale po prvním dni s Adamem mi celá situace nepřišla pouze vážná, ale přímo „katastrofální.“ Adam se mi jevil jako „pohroma“, živel, který se snad nedá ani zvládnout, natož vychovat. Ve výuce neznal žádná dosud probraná písmena a číslice, neorientoval ve sčítání a odčítání v oboru do 4, natož aby poznal písmeno ve psané a tiskací formě. Jeho písanka byla celá „začmáraná“ a jediné, co se dalo rozluštit, bylo písmo paní učitelky. Nečetl, neslabikoval, probraná písmena neuměl napsat.

Pracovní návyky nebyly vytvořeny žádné, neměl osvojená pravidla společenského chování, a neovládal svoje chování a emoce. Jestliže projevoval nějaké emoce, vždy byly jen v negativním ladění jako je hněv, zlost, vztek, obviňování druhých a dosti často pociťoval pocity újmy. V průběhu hodiny pobíhal a chodil, vykřikoval, kdy se mu zachtělo, o nějakém hlášení se nedalo mluvit. Při každé příležitosti se dožadoval „Smajlíka“ nebo jedničky. Pokud mu nebylo vyhověno, vyžadoval konec hodiny a přestávku, vstal ze židle a začal křičet a „válet se“ na koberci.

Někdy rovnou odešel s výhružkami a sprostými slovy ze třídy ven. Při zadaném úkolu ani nezačal pracovat, protože se slovně ohradil, že to nezvládne. Po naléhání paní učitelky konstatoval: „*to dělat nebudu a nechci.*“ Jeho výuka do té doby vlastně neprobíhala, pro svůj negativismus, impulzivitu a afektivitu, nic neudělal, ve škole si maloval a hrál s Legem.

6.2 Společné začátky

První dny se mi stávalo, zejména na začátku vyučování, že v hodině nic neudělal, řešili jsme spolu „filozofická témata“ („*Svět je zlý, nikdo mě nemá rád, všichni jste zlí, ty jsi zlá, s ničím mi nepomůžeš, proč mi nepomůžeš, proč venku svítí slunce, at' nesvítí!*“), jenže hodina uplynula, začalo zvonit na přestávku a Adam se náhle „probral“, uvědomil si, že nic neudělal, že následně nedostane žádnou jedničku a tím se dostal do afektu.

Zpočátku jsem se dostávala do „úzké uličky“, každá má odpověď se stala námětem pro další konverzaci. Zkoušel na mě různé manipulativní techniky, od „tulících se“, k potřebě vzbudit ve mně potřebu ochranné náruče před okolním světem, postupně přecházející v „zastrašování“ přes „vydírání“ („*Tatínek ti nic už neudělá, já to tatínkovi řeknu, jak mi nepomáháš a biješ mě!*“) až k potřebě mě udeřit. Já i on jsme věděli, že jsou to jeho lsti a nástrahy, bylo třeba se mu postavit čelem a dát mu najevo, že tady jsem pánem já a ne on. Jeho potřeba křiku a agresivního jednání byla dosti vysoká. Důležité bylo nenechat se strhnout, zachovat klid a jednat klidně, ale pevně a důsledně. Časem pochopil, že se mnou takto nic nezmuže, že to na mě neplatí a postupně se nechal vést.

Dost často bylo a je nutné Adamovi vysvětlovat některé situace, protože není dostatečně připraven chápat některé sociální situace a často se proto dostává do konfliktu s ostatními spolužáky. Jeho chování je impulzivní a zvenčí se jeví jako agresivní. Při střetu se „brání“ útokem na spolužáky. Impulzivita se u něj projevuje ve chvílích, kdy není po jeho, když má pocit ohrožení anebo jen nezvládne situaci, ve které se octne. Pro příklad uvedu několik konkrétních situací: Jeho spolužák si hraje s panáčky z Lega, Adam po nich toužil a násilím si je vzal (tato situace si vyžádala nácvik, žáka jsem učila „*Chceš-li něco, zeptej se a popros!*“).

Několik žáků si o přestávce hrálo kopanou, Adam pocítil touhu být brankářem, ale to ostatní děti momentálně nechtěly, a tak Adam řešil situaci po svém: vrhl se mezi ně, vzal jim balón, děti ho chtěly nazpět a on zareagoval útokem. Těchto a podobných příkladů je mnoho, v podstatě jsem došla během praxe k názoru, že ho tyto situace nikdo nenaučil řešit a snad že je zatím ani nechápe.

Zvládání těchto afektivních stavů si vždy žádá můj okamžitý zásah. Adama vyvedu ven ze třídy a rychle spolu vejdem do pro nás připravené místnůstky, tam ho nechám „vykřičet“, „vyválet se“ na zemi a případně realizovat jiné činnosti, které potřebuje ke svému zklidnění. V době, kterou uznám za vhodnou, situaci v klidu probereme. Vždy když spolu rozebíráme jeho chování, zpočátku pasivně naslouchám a poté problém rozebereme. Na závěr si řekneme, jak by to mělo být správně a celou scénu si zahrajeme ve „správném duchu.“

V prvních týdnech jsem si někdy myslela, že se zklidnil, ale záhy po vstupu do třídy, se opětovně rozčílil, když zahlédl onoho spolužáka, se kterým měl konflikt. Někdy měl potřebu se po něm opětovně vrhnout, tak jsme si celou situaci zopakovali-odchod, zklidnění, probrání atd. Po čase jsem poznala, kdy se zcela zklidnil, kdy převzal kontrolu nad svým chováním a bylo možné ho navrátit do třídy. Následně se spolužákovi i omluvil. Někdy stačí mu říct „STOP“, když je Adam ode mě vzdálen více, mám k tomuto účelu dopravní značku STOP, kterou mu ukážu a slovně vydám pokyn.

Nevím, jak se chovat k takovým dětem, všechny publikace, které jsem přečetla, byly jen ilustrativní návod. Čím jsem se řídila, byla jen intuice, snaha Adama pochopit a vcítit se do jeho duše, která je tak nešťastná a zmatená. Stále se zajímám o tuto problematiku, mnohdy teď najdu v odborné literatuře právě to, co jsem nemohla najít, co jsem neuměla pojmenovat. S Adamem nám to „spolu jde“, pravděpodobně jsem jediný člověk, se kterým je schopen pracovat a podat výkon. Nevím, jestli mi to má lichotit.

Během několika málo dní jsem se zorientovala v potřebách Adama a začali jsme nastolovat pravidla. Bylo nutné si říci, co, kdy a jak se dělá. Jak se má připravit, jak se má chovat, co od něho očekávám, co by dělat neměl.

Je velmi těžké ho přimět k tomu, aby alespoň trochu pracoval ve škole, bylo nutné a je i nadále nutné ho motivovat. Vždy musí vědět, jakou odměnu dostane, k tomuto účelu nám posloužily samolepky se zvířaty nebo s autíčkem Blesk McQueen. Později jsem přistoupila ke kombinaci odměn, mohl si vybrat odměnu za vykonání náročnějšího úkolu Bleska McQueena, bonbon a můj úsměv. Zdálo se mi, že touží po úspěchu, po kladném hodnocení ve vyučování, jelikož zpočátku opravdu nedostával žádné Smajlíky natož jedničky. Přistoupila jsem k zavedení notýsku, do kterého jsem mu zapisovala veškerou jeho práci v kladném smyslu. Někdy tak „vyváděl“, že nebylo možné tam nic zapsat. Z tohoto důvodu jsem se s tatínkem domluvila, že nebude-li mít v notýsku zapsáno nic, znamená to, že měl svůj „špatný den“. Vždy jsem se snažila o pochvalu jeho práce. Adam má neustále ve zvyku říkat, že to neumí, nezvládne, že neví jak atd. Podpora v tomto ohledu byla „Zkus to a uvidíš“. Neříkala jsem záporná hodnocení typu: „To je špatně“, omezila jsem se na „umíš to lépe“, „příště se ti to povede lépe“. Časem jsem se zjistila, co a do jaké míry zvládá a tak jsem jen řekla „Já vím, že to umíš!“

6.3 Práce se žákem v hodinách

Před začátkem školního dne jsem se vždy zeptala třídní učitelky, co budou v hlavních vyučovacích hodinách českého jazyka a matematiky probírat. Připravila jsem si pomůcky, které jsem nosívala s sebou.

- Notýsek, do kterého jsem si zapisovala pokroky a chování a své nové postřehy.
- Modelína, bužírka a drátky, ze které jsme já i Adam modelovali probírané písmenko a číslici.
- Razítka s písmeny a číslicemi.
- Karty s číslicemi, které jsem mu zalaminovala.
- Trojbokou tužku - velmi dlouho jsme pracovali na správném úchopu psacího náčiní.
- Knížku, kterou jsme četli s dětmi o přestávce, ale také s Adamem v naší místnůstce (při únavě, po afektu, v době, kdy Adam nemohl již pracovat), CD s písničkami, pexeso, domino, hry.

- Logico.
- Pracovní listy s uvolňovacími cviky, s předčíselnými představami.
- Pracovní listy pro rozvoj dílčích funkcí v oblasti zrakového vnímání, sluchového vnímání, v oblasti prostorové orientace.
- Maxíka – stimulační program pro rovnoměrné posilování složky motorické, grafomotorické a percepční.
- Cvičení a různé pomůcky na procvičování paměti a pozornosti.
- KUPOZ – program pro rozvoj pozornosti (jen některá vybraná cvičení - je určen pro děti od 8 let s průměrným intelektem).
- Dobrou náladu.

Před každou vyučovací hodinou je nutné si říci, jaká hodina s vyučovacím předmětem bude následovat, co v ní budeme probírat a jaké pomůcky si má připravit na lavici. Před tím si vždy řekneme pár pravidel k výuce.

Pravidla jsou:

- Sleduj pokyn učitele.
- Dávej pozor.
- Snaž se pracovat v tichosti.
- Pracuj, jak nejlépe dovedeš.
- Po splněním úkolu následuje sladká odměna.

Samotná práce v hodině spočívala v tom, abych přiměla Adama, aby začal pracovat. S nutnou dávkou motivace začal pracovat, postupně jsem začala eliminovat podněty, které ho zneklidňovaly (neořezaná tužka, kterou i v průběhu hodiny musel ořezávat, protože ji lámal o sebe, o lavici; penál v odlišné poloze, chodící paní učitelka po třídě, napomenutý spolužák paní učitelkou; písanka, kterou zapomněl doma).

Více než kritika na Adama působí, „nachytat ho“, když je hodný, pochválit ho za správné chování, všimnout si, když poslouchá, když se sám připravuje na hodinu, když je pozorný ke spolužákovi, když poděkuje za nabídnutý bonbon. Oceňovat jeho snahu i za ne zcela dobře provedený úkol nebo přesun po budově. Najít příležitost k pochvale bylo víc než ho kárat a napomínat. Některé vrtochy

jsem přehlížela, např. vrtění se na židli, ošívání se, manipulování s perem, kývání nohou atd. V podstatě jsou to projevy jeho hyperaktivity a kdykoli jsem ho upozornila na to, co dělá, bylo to horší nebo se zhoršila jeho pozornost.

V případě přicházející únavy nechám Adama změnit činnost, je nutné u něj dosti často střídat činnosti a měnit je v závislosti na přicházející únavě. Písemné úkoly zaměním za čtení či vyprávění. Často se stává, že se začíná na židli vrtět, nahlas povídat, kroutit se a vyhledává pomůcky, se kterými by mohl něco dělat. Lehce se ho dotknu rukou na rameno, aby se uklidnil. V případě nutnosti ho vyšlu za paní ředitelkou s naléhavým dopisem nebo spolu vyjdeme na chodbu a nechám ho protáhnout tělo. Naší zásadou je pracovat krátce, ale častěji a po krocích.

Velmi se mi osvědčil multisenzorický přístup, ve kterém uplatňuji zapojení několika smyslů najednou. K tomuto účelu jsem mu vyrobila obrázky spojené s počátečním písmenkem. Práce s modelínou je také užitečná, sám si vyrobí příslušné probírané písmeno, „ošahá si ho“ a lépe si ho zapamatuje.

Adam často nenosil vypracované domácí úkoly, nejen on, ale ani otec se neorientovali ve směsi sešitů a v odkazech na určený domácí úkol. Často musel Adam zdůvodňovat, proč neudělal domácí úkol. Z tohoto důvodu jsem zavedla notýsek, do kterého mu zapisuji jednotlivé domácí úkoly. Mou snahou je, aby Adam převzal zodpovědnost za své úkoly a časem si je zapisoval sám.

Obzvláště „nešťastné“ jsou u Adama situace, kdy ve vyučování není řízen, je bez programu a hodina je plná prostojů nebo naopak ve třídě narůstá napětí či chaos. Je nutné ho zaměstnat nějakou aktivitou, i kdyby to mělo být jen rozdávání sešitů. Někdy mu dám za úkol napsat na tabuli číselnou řadu, jindy ho poprosím, aby zazvonil na zvoneček a žáci se tak dle vydaných pokynů paní učitelky zklidní atd. Někdy se těmito situacím není možné vyhnout a to když některý z Adamových spolužáků něco provede a je nutné, aby paní učitelka „pohovořila“ žákům do duše. V tom případě se musím omezit na pokyny „*Vydrž a naslouchej.*“ Ovšem i cizí zavinění někdy u něj vyvolá afekt, který je způsoben obranou, že „on to nebyl“, tak proč mu to paní učitelka říká.

6.4 Rozvoj funkcí důležitých pro výuku psaní, čtení a počítání

S Adamem pracuji od listopadu 2012 na rozvoji oblastí, ve kterých jsem shledala určité nedostatky, je proto nutné podpořit jejich rozvoj. V daném úseku od listopadu 2012 do června 2013 se nám osvědčil model individuálního přístupu, kdy větší část vyučování trávíme v naší místnosti a tam se snažíme vystavět základní stavební kameny, které mu tak chybí:

- Ve zrakovém vnímání dochází k oslabení zrakového rozlišování, dochází u něj k záměně písmen lišících se detailem, například záměny písmen „b“, „p“, „d“, pomalejší osvojování písmen a jejich zapamatování. Oproti vrstevníkům se zaměřuje na celek než na jednotlivé části, např. u kreseb, puzzle. Nedostatky v očních pohybech, zleva doprava, sledování řádků a posloupnost.
- Velká nepozornost, nestálá, nevýběrová pozornost, krátkodobá. Schopnost koncentrace u něho činí pouze 6 minut. Často střídá činnosti i hry o přestávkách, jeho pozornost je povrchní, počáteční motivace u něj brzy odchází, pokud začne nějakou činnost, dlouho u ni nevydrží a nedokončí ji. Aktivita při práci je u něj někdy „zbrklá“, chce to mít rychle za sebou, nebo naopak velmi pomalá, někdy jen povrchní. Dělá, ale nepracuje správně.
- Oslabení jemné motoriky a grafomotoriky, projevuje se zejména v osvojování tvarů písmen, v neplynulosti tahů při psaní, ve zvýšeném tlaku na podložku, v kolísání velikosti písma a sklonu písma. Celkově dochází ke snížené úpravě písemného projevu vedoucího až k nečitelnosti. Kresba je nepřiměřená k věku dítěte, v kresbě postavy je znázorněna hlava, trup, končetiny, ale znázorněno jednodimenzionálně. Úchop není špetkový.
- V oblasti řeči Adam vykazuje rozdíl mezi aktivní a pasivní slovní zásobou, více rozumí, ale méně se dokáže vyjádřit.
- Ve sluchovém vnímání se objevuje zájem o čtené pohádky, rád naslouchá a při kontrolních otázkách správně odpovídá. Při výkladu paní učitelky nevydrží, je to na něj příliš dlouhé a ne vždy zcela správně zachytí instrukci. Nechá se snadno vyrušit jakýmkoli zvukovými podněty. Ve sluchové

paměti se vyskytuje obtížné učení se básniček, písniček a říkadel. Správně vytleškává a rozlišuje slabiky ve slově.

- V prostorovém vnímání jsem shledala nedostatky, tyto nedostatky se odráží v pojmech jako je vpravo, vlevo, nahoře, dole, uprostřed, předposlední.
- V oblasti matematických schopností se mu daří porovnávání, dokáže pracovat s pojmy jako je stejně, méně a více. Dokáže seřadit několik prvků dle velikosti, ale nedokáže je pojmenovat, např. nejmenší, největší atd.
- V sociálních dovednostech je pro něj obtížné orientovat se ve vlastních pocitech, v sebeovládání, těžké je pro něj porozumět emocím a chování druhých, nerespektování základních pravidel společenského soužití a neschopnost vyrovnat se s vlastním nezdarem.
- Nutná reedukace hlásek „l, r“.

6.5 Práce o přestávkách

Většina Adamových konfliktů se odehrává o přestávkách a ve školní družině. Je proto nezbytné, abych s ním trávila i přestávky a sledovala a korigovala jeho chování. Někdy proběhne vše v pořádku, Adam si hraje se spolužáky na cokoli a ve třídě panuje pozitivní nálada. Někdy preferuje klid a přeje si, abych mu četla, většinou se tak děje o velké přestávce za účasti většiny třídy. Část přestávky tráví Adam pohybem, přiměji ho, aby se mnou šel na chodbu a tam si „zaskákal“ panáka či se šel proběhnout atd. Někdy se situace Adamovi vymkne z rukou a dochází k fyzickému násilí, v původní třídě se několikrát stalo, že někteří chlapci, sami mající problémy s chováním, ho provokovali. Což samozřejmě Adam „neustojí“ a začne se bránit slovními a fyzickými výpady.

6.6 Aktuální stav

Čte slabiky, slova a celé věty, při čtení má problém s písmenem „ch“. Někdy má tendenci dvojího čtení (zejména neznámého textu), proto používá ke čtení čtecí okénko. Se čtecím okénkem čte plynule. Porozumění obsahu čtenému je na velmi dobré úrovni. Rád čte spolužákům a chce být často zkoušen. Reprodukuje jednoduché říkanky a básničky. Každý týden se učíme básničku, kterou

před spolužáky ochotně a rád reprodukuje. Má rád čtené pohádky, plně se při nich koncentruje.

Při psaní písmen v písance je velmi pečlivý. Písmo je úhledné a čitelné (viz příloha E), dodržuje správný tvar písmen a sklon písma. Adam má velmi pěkně vypracované domácí úkoly v písance. Při psaní diktátů často zapomíná psát diakritická znaménka nad písmeny a ojedinele nenapíše na konci věty tečku. V písmu při diktátu nerozlišuje krátké a dlouhé samohlásky. K tomu, aby je správně rozlišil, potřebuje dané slovo několikrát zopakovat. V případě, že má ve psaném projevu chybu, 2x zopakují a ťuknu prstem na dané slovo. Často se rozzlobí, pokud při psaní, přepisu a opisu se mu nepovede napsat písmeno podle jeho představ nebo podle předlohy, je v tomto ohledu „perfekcionista“. Neustále se při psaní dotazuje, zda je to pěkné. Sebemenší kritika Adamova písma nebo chyba v písemném projevu (zejména diktáty) se stává podnětem ke zlosti.

Matematické schopnosti jsou oproti čtení a psaní slabší. Zvládá početní operace v oboru do 6, při sčítání a odčítání v oboru do 10 pracuje pomocí znázornění (počítadlo, kolečka, prsty). Velmi dobře porovnává čísla a soubory s počtem prvků 10 a umí vytvořit konkrétní soubor s daným počtem do 10. Rozklad čísla mu činí velké obtíže, dosud nechápe pojem číslo. Rozklady se spolu učíme pomocí barevných koleček.

Obtíže mu nadále činí číselná řada sestupně (od 10 k 0), vzestupně ovládá (od 0 do 10), ale při přerušení ve výčtu čísel nenaváže a musí zopakovat celou číselnou řadu od začátku. Velmi dlouho mu trvá, než si osvojí a zafixuje matematické operace v probíraném oboru. Z geometrických tvarů správně pojmenovává kruh, trojúhelník a čtverec. Otec mu každý den na odpoledne připraví zhruba 100 příkladů k procvičování.

Prvouka Adama velmi baví, projevuje o tento předmět zájem. Osvojil si znalosti z probíraných témat „Rodina“, „Roční období“ a „Orientace v čase“, pojmenovává hlavní části těla a poznává nejběžnější druhy domácích zvířat a přiřazuje správně i jejich mláďata (občas zaměňuje mládě ovce za kůzle). Pojmenovává nejběžnější povolání a pracovní činnosti.

V anglickém jazyce má osvojené znalosti číselné řady 0-20, číslici k pojmu přiřadit neumí. Zvládá z každého daného tématu (barvy, části těla, dopravní prostředky, zvířata a rodina) asi 60% oproti spolužákům, ale vysoce nad rámec vypracovaného IVP. Osvojil si přídavná jména – „happy“, „sad“, „good“, „bad“, „big“, „fine“ a „scared“. Dokáže přeložit slovesa „jump“, „go“, „walk“, „lay“, „eat“. Umí tvořit množné číslo.

Seznamuje se, osvojuje si pravidla slušného chování a snažíme se o jejich dodržování ve vyučování, o přestávkách, ale i na výletě nebo v divadle. V souvislosti s cestováním se projevil Adamův problém a ten tkví v cestování v metru. Cestu metrem jsem s ním podnikla 2x, jezdící schody v něm vyvolávají stres, proto raději volíme jiný druh dopravního prostředku. Učíme se uplatňovat hygienické návyky (konkrétně čištění zubů, do školy si proto nosí kartáček a zubní pastu), odměnou mu v tomto případě není bonbon, ale pusa na čelo, to má opravdu rád. Nadále pracujeme i při vyučování s odměnami. Připravila jsem mu namalovanou autodráhu o 25 polích a při každém splněném úkolu si mohl vymalovat jedno pole, později podle obtížnosti se mohl posunovat ze startovacího pole o 1-2 pole s autíčkem směrem k cíli. V případě, že má období velké vzdorovitosti (což jsou zhruba cykly po 3 týdnech a tento stav trvá po dobu několika dnů), nebo překročí dané hranice k dospělým, musí s autíčkem couvat o jedno pole vzad.

Doporučení

V současné době pracuji s Adamem každý den do 13. hodiny, trávíme spolu vyučování, přestávky a po vyučování spolu pracujeme na rozvoji kognitivních funkcí, na osobnostním rozvoji. Procvičíme probrané učivo a probíráme problematické chování a na závěr si shrneme úspěšné momenty z celého dne.

Adamovy rozumové schopnosti indikují režim speciálního školství. S otcem jsem probrala možnosti Adamova vzdělávání, tj. základní škola praktická nebo individuální integrace v běžné základní škole. Otec se rozhodl dát svému synovi šanci vzdělávat se v náročnějším vzdělávacím programu. Toto přání PPP a základní škola respektovala, i když z jejich pohledu vidí značné limity pro úspěšné vzdělávání.

Z mého pohledu je žádoucí, aby otec našel ke svému synovi cestu, v tomto ohledu by jim pomohla odborná psychoterapeutická pomoc, které se otec brání. Otec by měl začít chápat synovy potřeby, brát ohled na Adamova specifika, více Adama stimulovat a věnovat se mu. Adamovi by byla potřeba pomoci po stránce emoční a sociální. Zaujmout k němu vhodný přístup, který by měl spočívat v laskavém a trpělivém přístupu a přitom v pevném a důsledném vedení.

Role otce samoživitele je velmi náročná, nejenže musí finančně zajistit chod rodiny, ale také by měl do jisté míry nahrazovat matku. V měsíci květnu by měl Adam nastoupit do Thomayerovy nemocnice na oddělení dětské psychiatrie k rediagnostickému pobytu. Bylo by vhodné, aby zde byla realizována diferenciální diagnostika PAS, protože Adam má některé projevy chování, které mívají i děti s PAS.

Do budoucna bude muset otec s vedením školy řešit otázku vzdělávání, v tomto případě je perspektiva nejasná. Pokud otec bude i nadále upřednostňovat vzdělávání v běžné základní škole je vzhledem k diagnóze Adama nutné určit, podle jakého školského vzdělávacího plánu se bude Adam vzdělávat. Doporučuji pro 2. třídu opět vypracovat individuální vzdělávací plán tentokrát podle přílohy RVP ZP – LMP, s odpovídající redukcí a modifikací učiva.

Tento vzdělávací program umožňuje dosáhnout klíčových kompetencí pomocí rozložení učiva s ohledem na možnosti a schopnosti Adama. I nadále bude Adam při výchovně vzdělávacím procesu vyžadovat jistou míru podpůrných opatření (menší třídní kolektiv, individuální přístup, podporu a motivaci pro školní práci, posilování koncentrace pozornosti, rozvíjet verbální složku, trénovat paměť atd.) a to včetně asistenta pedagoga, bez kterého by to ve třídě nezvládl. Pokud zůstane na této škole, bude velmi záležet na vstřícnosti školy. Což se v současnosti jeví jako problematické ze dvou důvodů. Prvním je, že vedení školy není integraci nakloněno a zároveň žádná paní učitelka učící třetí třídu neprojevila zájem o Adama. Druhý důvod vyplývá z přístupu vedení školy, které se domnívá, že po druhém opakování ročníku na prvním stupni žák automaticky přechází do speciálního školství.

7.

VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

Hlavním cílem mého výzkumného šetření je posouzení zkušeností pedagogů s integrací žáků s LMP na běžných základních školách a zjištění názorů pedagogů na tuto integraci. K dalším cílům budou patřit zjištění, v čem vidí největší náročnost integrace a jaké může přinášet klady a zápory.

K naplnění cílů diplomové práce byly stanoveny následující hypotézy:

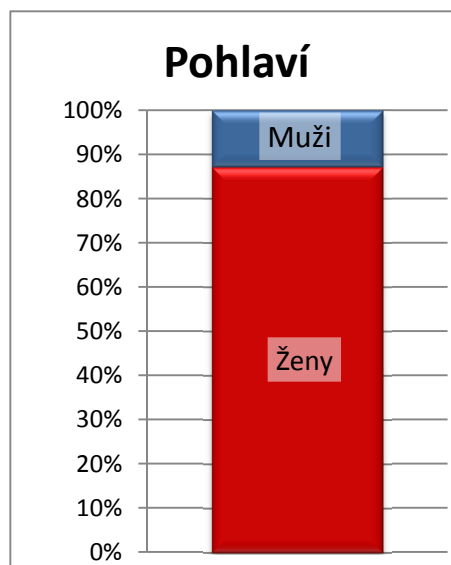
- H1) Většina pedagogů podporuje integraci žáků s LMP, ale pouze na 1. stupni základních škol
- H2) Mladší pedagogové se staví k integraci LMP pozitivněji
- H3) Pro děti s LMP je přínosnější integrace do běžné ZŠ než zařazení do speciální školy

Pro výzkumné šetření byly osloveny dvě základní školy v Praze. V jedné z nich pracuji jako asistent pedagoga žáka první třídy s diagnózou LMP. Výzkumné šetření bylo provedeno kvantitativní metodou pomocí dotazníkového šetření, kdy respondenty představovali pedagogové vybraných základních škol.

K přípravě dotazníku, k výběru škol a domluvě s řediteli těchto škol došlo v průběhu měsíce listopadu 2013. Vlastní výzkumné šetření pak probíhalo v měsících prosinec 2013 až únor 2014 a k vyhodnocení došlo během března 2014.

Dotazník byl pro zjištění co nejobjektivnějších informací anonymní a sestaven ze 7 uzavřených a 1 otevřené otázky (dotazník viz příloha B). Výsledky byly vyhodnoceny a pro názornost graficky zpracovány počítačovým programem Microsoft Excel. Respondenti byli předem informováni, že se otázky týkají integrace žáků s lehkým mentálním postižením do škol běžného typu a že získané údaje budou použity pouze pro zpracování diplomové práce. Při předání dotazníku jsem respondentům poskytla dostatečné informace, jak dotazník vyplnit. Rozdáno bylo 82 dotazníků, z toho se jich vrátilo 70 (návratnost činila 85,4%).

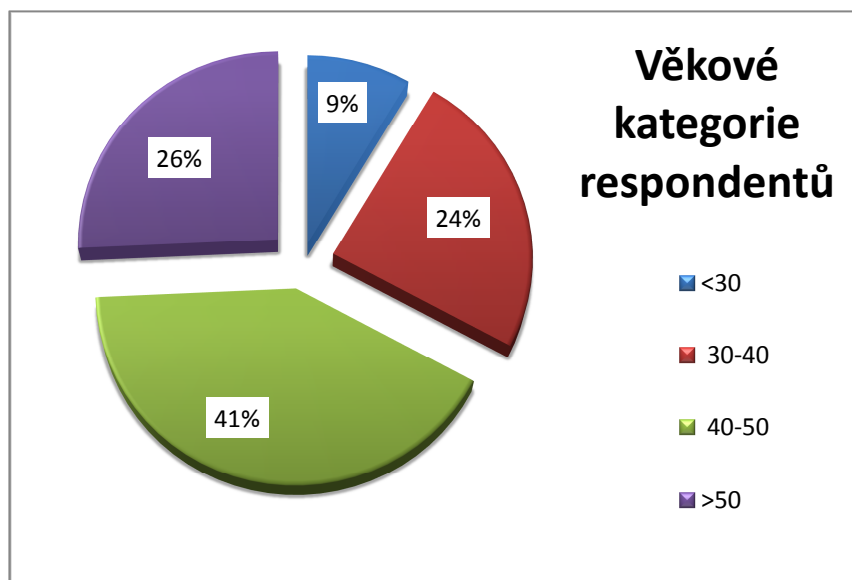
Výzkumného šetření se zúčastnilo 70 pedagogických pracovníků, z toho 64 žen a 6 mužů, což činí podíl žen ve výši 87% a příliš se neliší od aktuálního celorepublikového podílu žen v českých základních školách (84%). Věková struktura pedagogického sboru také přibližně odpovídá celorepublikovému rozložení, kdy je nejvíce zastoupena skupina ve věku mezi 40. a 50. rokem. V Německu a dalších státech západní Evropy je na základních školách nejvíce zastoupena skupina učitelů nad 50 let a vzhledem k vývoji posledních desetiletí se stejná situace dá očekávat i u nás¹³.



Graf 1: Podíl pohlaví u respondentů

Tabulka 3: Zastoupení respondentů dle věkových kategorií

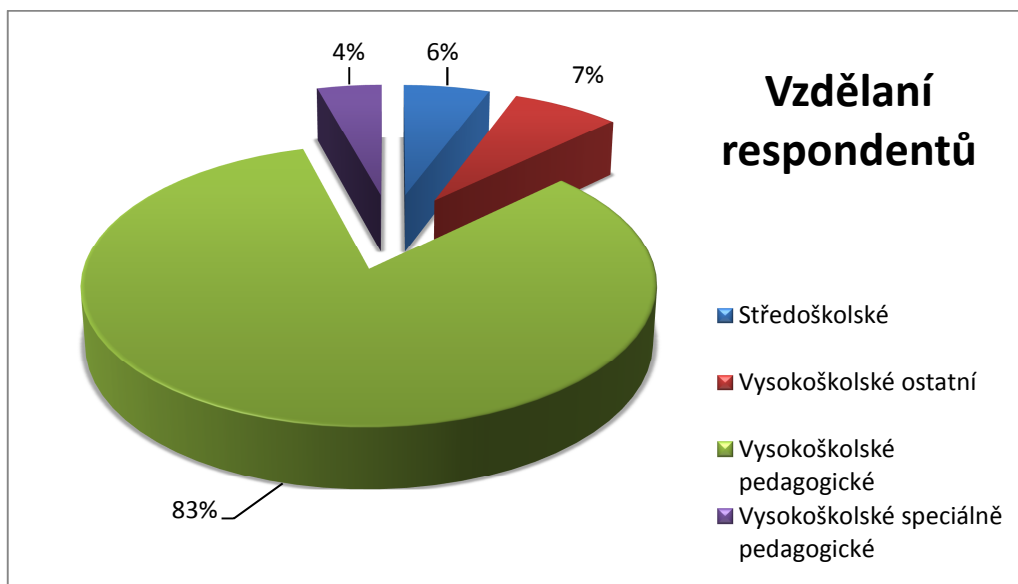
Věk	<30	30-40	40-50	>50	Z toho důchodci
Počet pedagogů	6	17	29	18	2



Graf 2: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty

¹³ <http://zpravy.ihned.cz/c1-55400550-evropskym-skolam-hrozi-nedostatek-ucitelu-upozornuje-studie-o-vzdelavani> / 13. 4. 2012

Z celkového počtu 70 zodpovězených dotazníků má celých 58 respondentů (83 %) vysokoškolské vzdělání pedagogického směru, 5 respondentů má vystudovanou vysokou školu jiného zaměření a pouze 3 mají vysokoškolské vzdělání zaměřené na speciální pedagogiku. Pouze 4 respondenti pak mají středoškolské vzdělání.



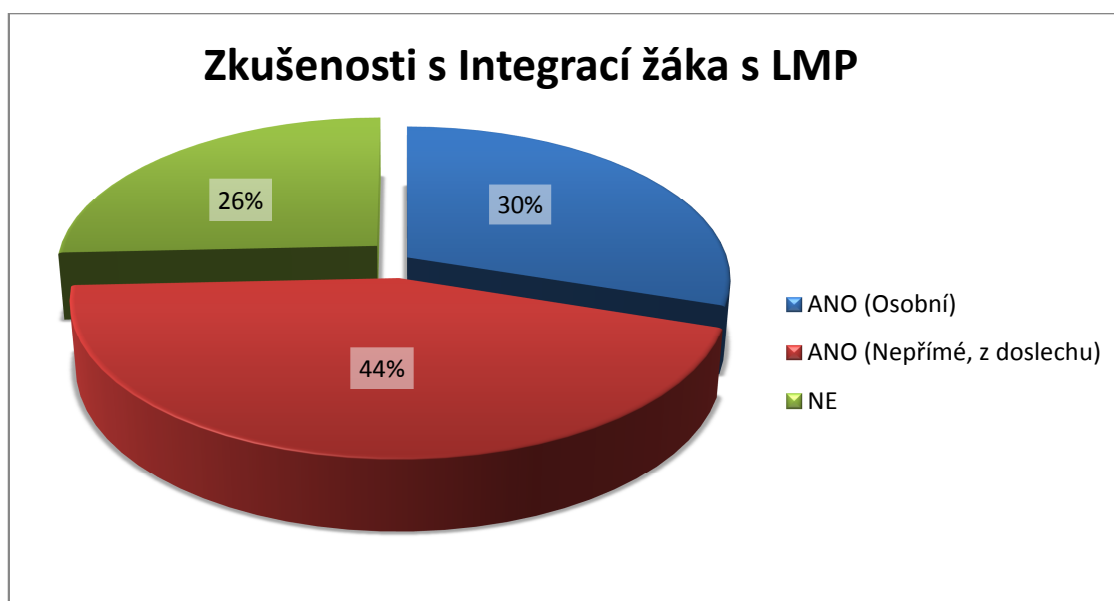
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů

7.1 Vyhodnocení odpovědí

Tabulka 4: Zkušenosti pedagogů s integrací

Otázka č. 1	Osobní zkušenost	Nepřímá zkušenost	Bez zkušeností
Máte zkušenosti s integrací žáka s lehkým mentálním postižením do běžné ZŠ?	21	31	18

První otázkou měla být zjištěna informovanost a zkušenost pedagogů s integrací a vzděláváním žáků s LMP. Jak je vidět z přiloženého grafu, 70% pedagogů již měla možnost se seznámit s touto integrací a to nepřímo (z vyprávění od kolegů) či již měla žáka s LMP ve své třídě. Tuto osobní zkušenost již měla téměř třetina pedagogů.



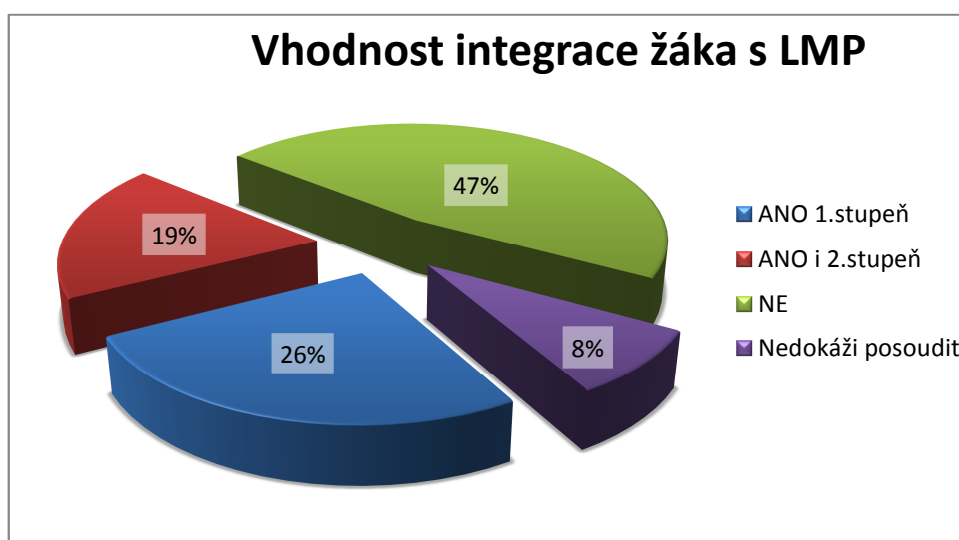
Graf 4 - Zkušenosti s integrací LMP žáků na ZŠ

Otázka číslo 2 zjišťuje názor učitelů na integraci LMP a její vyhodnocení vzalo v potaz i hypotézu č. 2, že mladší pedagogové jsou k integraci vstřícnější než starší generace.

Tabulka 5: Vhodnost integrace do běžné ZŠ

Otázka č.2 - Je dle vašeho názoru vhodná integrace dítěte s LMP do běžné ZŠ ?	ANO 1.stupeň ZŠ	ANO i 2.stupeň ZŠ	NE	Nedokáží posoudit
< 30 let	2	3	1	0
30-40	8	5	3	1
40-50	6	4	16	3
>50 let	2	1	13	2

Jak je vidět z následujícího grafu, téměř polovina pedagogů (45% ze všech, případně 48,5% z těch co vyjádřili svůj názor) si myslí, že je integrace dětí s LMP na základních školách vhodná, přičemž více jak čtvrtina všech respondentů podporuje tuto myšlenku jen na prvním stupni běžné základní školy. 47% pedagogů z vybraného vzorku si naopak myslí, že děti s takovým postižením vůbec do běžných škol nepatří a je pro ně vhodnější speciální školství (ZŠ praktické a ZŠ speciální). Zbývající respondenti (8%) pak nedokáží vůbec posoudit, jaký typ školy je pro tyto děti vhodnější.

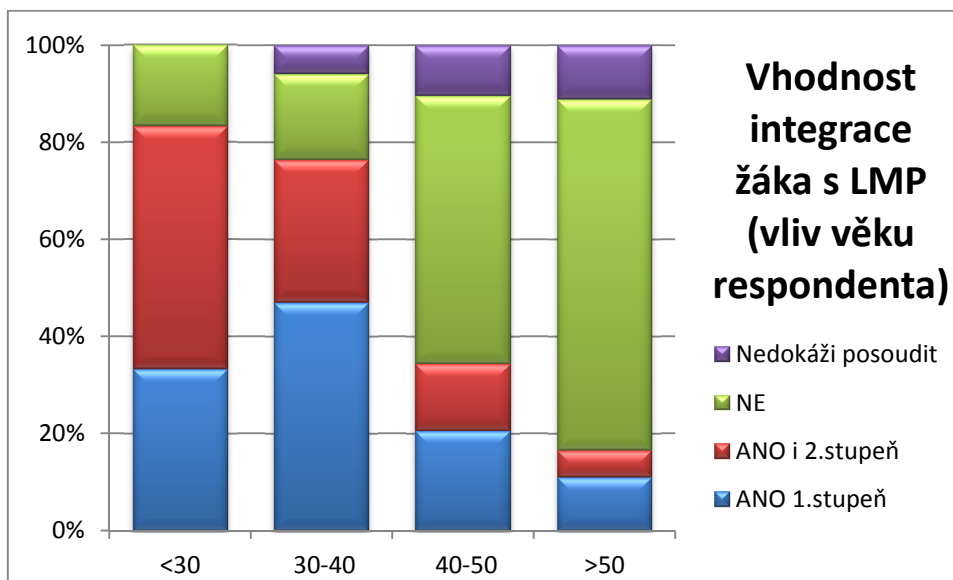


Graf 5 - Vhodnost integrace žáka s LMP

Zajímavější je pohled na graf č. 6, který zohledňuje i věk respondentů. S rostoucím věkem pedagogů se postupně snižuje kladný pohled na integraci. Jestliže ve skupině do 30 let je nesouhlasný názor zastoupen pouze jedenkrát (17% v dané věkové kategorii), u skupiny nad 50 let je to již 72%. V nejmladší skupině může být tak vysoký kladný výsledek způsoben i malým vzorkem a dá se očekávat, že by se ve větším vzorku našly i další nesouhlasné názory.

Tato otázka nám také pomohla odpověd' na hypotézu č. 1. Přestože integraci dětí s LMP podporuje téměř polovina respondentů, kteří vyjádřili svůj názor, činí jejich podíl na celkovém počtu jen 45%. Na základě odpovědí na otázku č. 2 lze tedy vyvodit, že hypotéza č. 1 nebyla potvrzena.

Hypotéza č. 2, naproti tomu potvrzena byla (H2: Mladší pedagogové se staví k integraci LMP pozitivněji). S rostoucím věkem pedagogů se opravdu snižuje procento těch, co si myslí, že je vhodná integrace tohoto typu postižení na základních školách. Ponechme nyní stranou, zda je to způsobeno jejich zkušenostmi, jejich postojem či nedostatečným speciálně pedagogickým vzděláním.

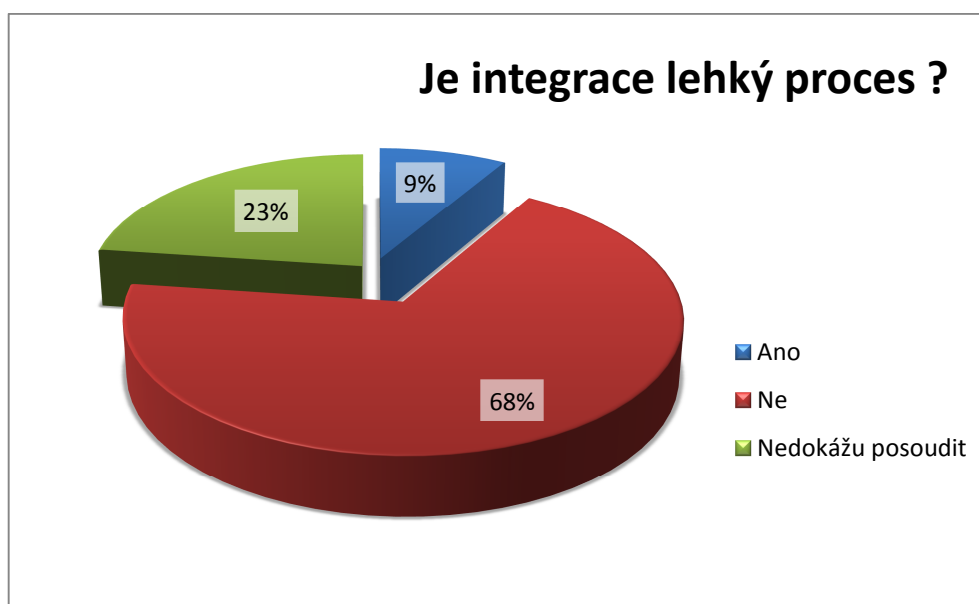


Graf 6 - Vhodnost integrace žáka s LMP (vliv věku)

Tabulka 6: Vytvoření podmínek pro integraci

Otázka č. 3	Ano	Ne	Nedokáži posoudit
Domníváte se, že vytvořit vhodné podmínky pro integraci je lehký proces?	6	48	16

Otázka číslo 3 přinesla jednoznačnou odpověď, že tvorba podmínek v procesu integrace není vůbec jednoduché. K tomuto názoru se přiklonilo téměř 70% pedagogů a vzhledem k významnému podílu nerozhodnutých se dá říct, že se jedná téměř o 90% těch, kteří mají na tuto otázku jasný názor.

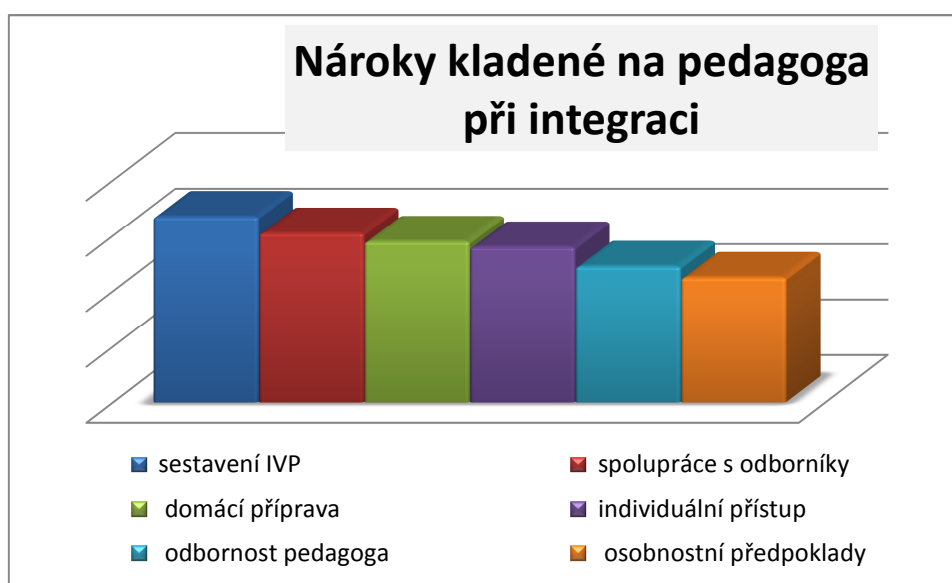


Graf 7 - Je integrace dítěte na ZŠ lehký proces

Tabulka 7: Nároky integrace na pedagoga

Otázka č. 4 - Jaké zvýšené nároky jsou při integraci kladeny na pedagoga ? (četnost odpovědí)	
sestavení IVP	67
spolupráce s odborníky	61
domácí příprava	58
individuální přístup	56
odbornost pedagoga	49
osobnostní předpoklady	45
žádné	0

Otázka číslo 4 pomáhá podrobněji rozvést předchozí otázku s důrazem na náročnost procesu integrace pro zodpovědného pedagoga. U respondentů se nejčastěji objevuje náročnost sestavení IVP (u 67 respondentů), nutná spolupráce s odborníky (61 respondentů) a nadstandardní domácí příprava (58 respondentů). Naopak jejich vlastní osobnostní předpoklady jako překážka jsou kladeny až na poslední místo (pouze u 64% respondentů).

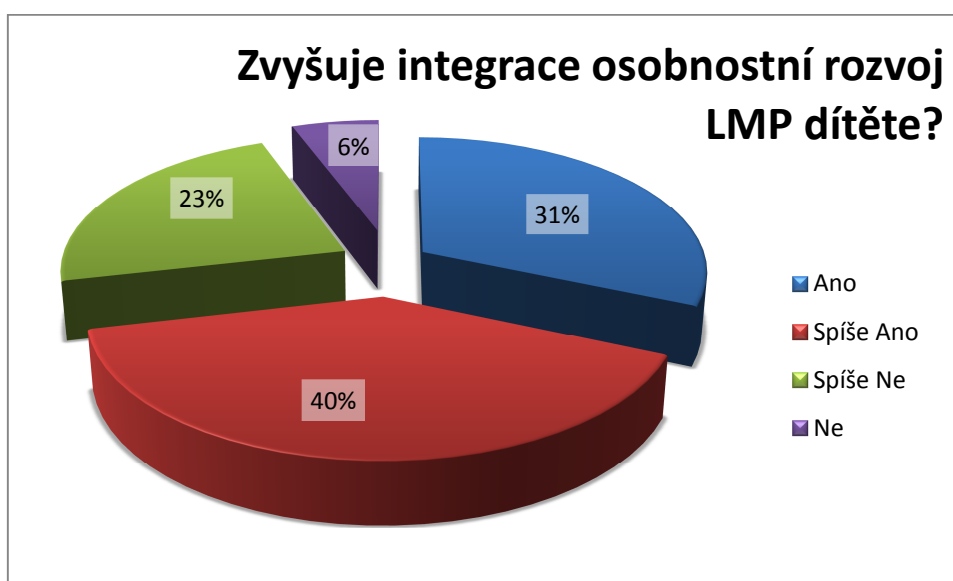


Graf 8 - Nároky kladené na pedagoga při integraci

Tabulka 8: Integrace = vyšší osobnostní rozvoj?

Otázka č. 5 (počet odpovědí)	Ano	Spíše Ano	Spíše Ne	Ne
Myslíte si, že integrovaní žáci dosahují vyššího osobnostního rozvoje?	22	28	16	4

I když se vyskytuje poměrně hodně odborných názorů na výukové pokroky dětí s LMP na běžných základních a speciálních školách, u názorů na jejich pokrok (sociální, psychický, komunikativní atd.) je to již jednoznačnější. Toto potvrdila i naše otázka v dotazníku, kdy kolem 70 % pedagogů přiznává kladný dopad integrace na osobnostní vývoj LMP dítěte. Skupina odmítající možný kladný dopad je jen ve výši 9 %.

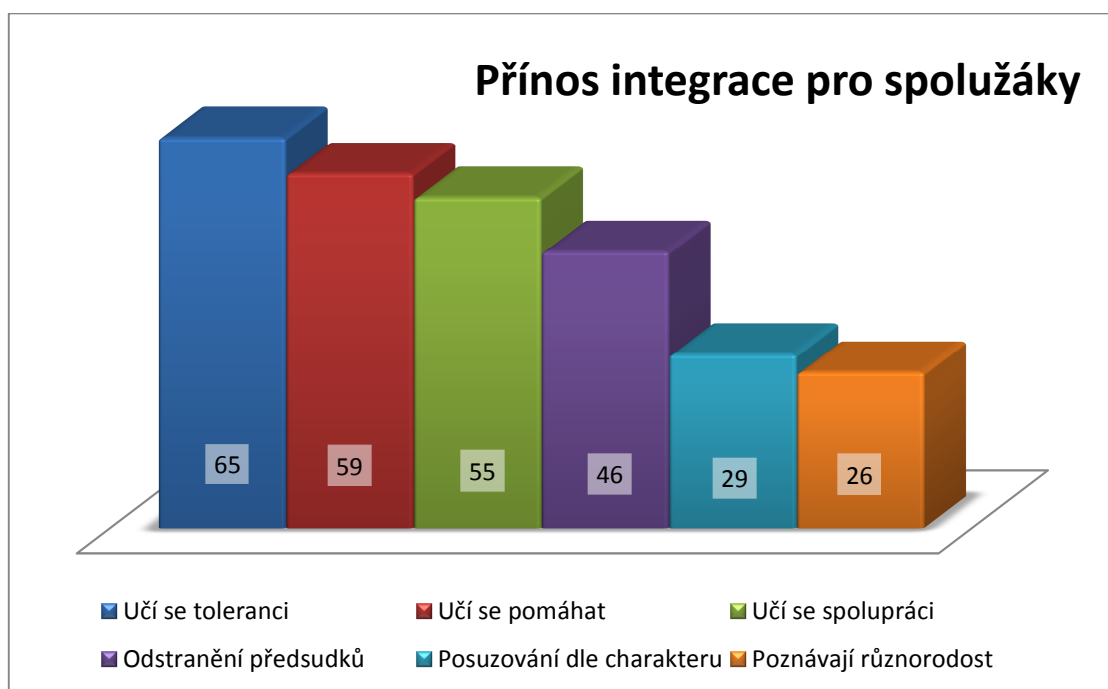


Graf 9 - Zvyšuje integrace osobnostní rozvoj LMP dítěte?

Tabulka 9: Přínos integrovaného žáka pro třídu

Otázka č. 6 - Jaký je přínos integrovaného žáka pro zbytek běžné třídy ? (četnost odpovědí)	
Učí se toleranci	65
Učí se pomáhat	59
Učí se spolupráci	55
Odstranění předsudků	46
Posuzování dle charakteru	29
Poznávají různorodost	26

Principem integrace žáka mentálně postiženého je začlenit ho do hlavního vzdělávacího proudu. Poskytnout mu společnou zkušenost se zdravými vrstevníky a přitom respektovat jeho speciální vzdělávací potřeby. Integrace by neměla být pouze jednosměrná a být prospěšná jen pro postiženého žáka, ale také pro jeho spolužáky. Z nabízených možností byly nejvíce zastoupeny odpovědi učení se toleranci, poznání různorodosti a učení se pomáhat.

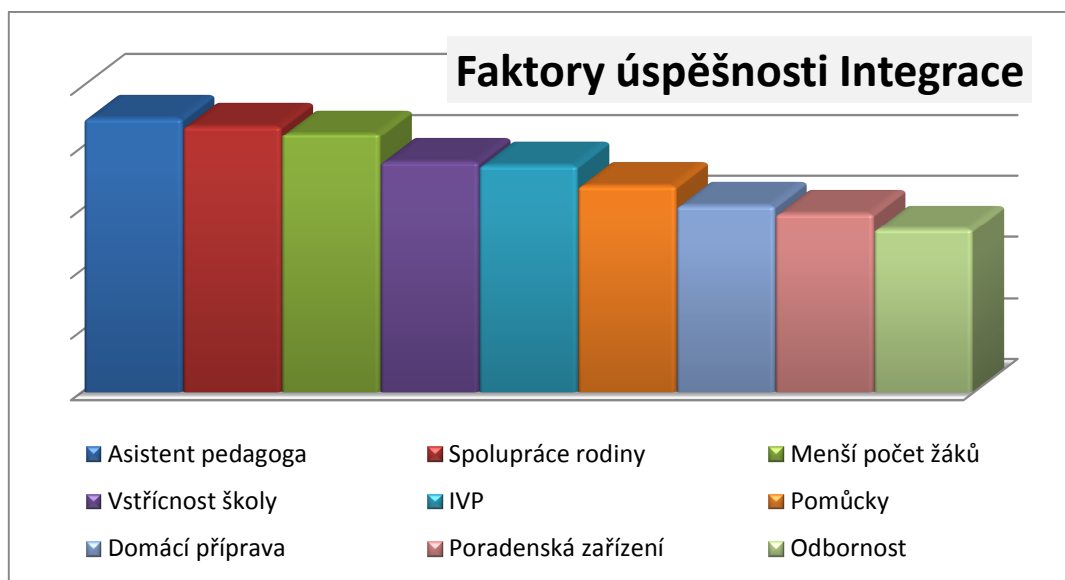


Graf 10 - Přínos integrace pro spolužáky

Tabulka 10: Faktory úspěšnosti integrace

Otázka č. 7 - Co je dle vašeho názoru nejdůležitější pro úspěšnou integraci ?	(počet bodů)	průměr
Zajištění asistenta pedagoga	449	6,4
Spolupráce rodiny	436	6,2
Snížení počtu žáků	423	6,0
Vstřícnost školy	377	5,4
Tvorba IVP	371	5,3
Učební a speciální pomůcky	338	4,8
Domácí příprava pedagoga	306	4,4
Spolupráce s poradenskými zařízeními	293	4,2
Speciálně pedagogická odbornost	267	3,8

Pro dotazované pedagogy by bylo při integraci LMP dítěte nejdůležitější dostupnost asistenta pedagoga ve třídě, dobrá spolupráce s rodinou a snížení počtu žáků ve třídě. Dále následuje vstřícnost školy, tvorba IVP a speciální učební pomůcky. Za nejméně důležité pak považují speciálně pedagogickou odbornost a spolupráci s poradenskými zařízeními. Zvláštní je pak malý důraz na domácí přípravu pedagoga, která by měla být běžnou i pro třídy bez integrovaných dětí a v otázce č. 4 byla zmíněna jako jedna z věcí, která klade zvýšené nároky na pedagogy.



Graf 11 - Faktory úspěšnosti integrace dítěte LMP

Tabulka 11: Klady a zápory integrace LMP

Otázka č. 8 - Klady a zápory integrace LMP? (četnost výskytu)			
KLADY		ZÁPORY	
Vyšší osobnostní rozvoj	28	Nižší úroveň a kvalita výuky	41
Zlepšení sociálního chování	26	Zvýšené nároky na pedagoga	37
Zlepšení spolupráce a tolerance	22	Učitel se nemusí dostatečně věnovat ostatním žákům	23
Dítě s LMP může být „taženo“ příkladem	18	Pocit méněcennosti na základě porovnání s ostatními	17
Odstranění stigmatizace	17	Časová náročnost	14
Lepší socializace	14	Chybějící finanční ohodnocení	13
Přímý kontakt s intaktními dětmi	13	Integrovaný žák ubírá pedagogovi hodně energie a psychických sil	10

Poslední osmá otázka v dotazníku je otevřenou otázkou. V této otázce měli respondenti možnost se sami otevřeně vyjádřit, co považují za klady i zápory integrace. U několika pedagogů nebyli odpovědi zcela spontánní a využili terminologii z dotazníku, konkrétně z otázky č. 6 (Jaký je přínos integrovaného žáka pro zbytek třídy?). Přínosné pro tuto práci je kvalitativní hodnocení integrace pedagogem. Odpovědi se s menšími obměnami opakovaly, mezi nejčastěji zmiňované klady převažoval vyšší osobnostní rozvoj integrovaného žáka, zlepšení sociálního chování, učení se toleranci a spolupráci.

Mnoho pedagogů shledávalo přínos zejména v oblasti sociální, poukazovali na možnost učení se sociálním interakcím. Děti se učí respektovat a osvojovat sociální normy a učí se žádoucímu chování pomocí správného vzoru, zároveň také mohou děti navázat mezi sebou kamarádský vztah, ke kterému by za jiných okolností nedošlo. Od počátku mají žáci integrovaní i žáci intaktní možnost učit se vzájemné spolupráci, toleranci a pomoci.

Žák s LMP může být více stimulován, motivován a může dosáhnout vyššího osobnostního rozvoje, může být vrstevníky tažen nahoru. Někteří pedagogové shledali přínos i sami pro sebe, který spatřují v nutnosti „neustrnout“ na zažitých modelech výuky a být neustále aktivní. Zároveň mohou zažívat pocit radosti a uspokojení z toho, když vidí, že se integrované dítě posouvá směrem nahoru.

Mezi nejčastěji zmiňované zápory poukazovali respondenti na sníženou kvalitu a úroveň výuky, zvýšené nároky na pedagoga a možný pocit méněcennosti pro integrovaného žáka.

Více jak polovina respondentů uvedla, že kvalita výuky je snížena. Někteří respondenti popsali i důvody, mezi často zmiňované důvody patří: vyrušování při hodině, nutnost usměrňování žáka, tempo výuky se přizpůsobuje žákovi s LMP, řešení konfliktních situací během vyučování (souvisí s nerespektováním sociálních norem), zhoršená komunikace s integrovaným žákem (déle trvá, než pedagog pochopí, co žák vlastně potřebuje), rozptylování ostatních dětí při práci a nutnost zvýšené motivace. V případě, že žák nestíhá, nudí se nebo nechápe, začíná vyrušovat (šáskuje, upoutává a strhává na sebe pozornost atd.) a to do takové míry, že naruší svým chováním chod a plynulost výuky, což má za následek snížení

úrovně výuky. Dalším argumentem pro snížení úrovně výuky je nemožnost zařadit do výuky atraktivnější připravené materiály.

V souvislosti s potřebami žáka je zmiňována potřeba individuálního přístupu pedagoga a potřeba zvýšené pozornosti věnované žákovi - i jiní žáci potřebují pozornost pedagoga a nemusí se vždy jednat jen o slabé žáky, kteří něčemu nerozumí, protože ve třídách se vyskytují i žáci bystří a mimořádně nadaní, kterým se pedagog taktéž musí věnovat např. při zadávání jiné obohacující látky.

Někteří respondenti shodně uvádějí, že práce se žákem jim ubírá mnoho psychických sil a nezbývá jim dostatek energie na ostatní děti ve třídě a na vlastní rodinu. Mezi další zápory, které respondenti uvedli - nedostatečná příprava škol, pedagogů, společnosti, nutnost komplexní reformy školství, nedostatečné podmínky pro integraci („takto se to prostě dělat nedá“), bez osobních a pedagogických asistentů by se integrace neobešla, nedostatek informací o integrovaném žákovi, nespolupracující rodina, ve vyšších ročních dochází k izolaci, k osamocení a možné šikaně z důvodu jiných zájmů dospívajících žáků. Časová náročnost na domácí přípravu, na organizaci vyučování a na administrativu (tvorba IVP, evidence).

Zajímavé byly názory respondentů na otázku financování integrace, ačkoli se žádná otázka k problematice financí nevztahovala. Jestliže jedni chápou proces integrace jako finančně náročný a zbytečný, někteří spatřují v integraci opak, tj. vnímají ji jako finančně méně nákladnou a to oproti nákladům vynakládaných ve speciálním školství. Někteří pedagogové také upozorňují na to, že není jejich práce s integrovanými žáky dostatečně finančně ohodnocena.

7.2 Závěr šetření a diskuze

Hlavním cílem této diplomové práce bylo analyzovat postoj pedagogů k integraci a zjistit, v čem spatřují klady a zápory individuální integrace u dítěte s lehkým mentálním postižením do běžné základní školy a jaký typ vzdělávání pro tyto děti preferují, zda integrativní vzdělávání či vzdělávání ve speciálním školství.

Na základě dotazníkového šetření bylo zjištěno, že většina dotazovaných pedagogů se za dobu své pedagogické praxe již s integrací žáka s lehkým mentálním postižením setkala. Větší část z této skupiny má však jen neosobní zkušenost, většinou z vyprávění kolegů. Z celkového počtu pedagogů se necelá třetina měla možnost na integraci osobně podílet.

Hypotéza č. 1: „Většina pedagogů podporuje integraci žáků s LMP, ale pouze na 1. stupni základních škol.“

Přestože integraci dětí s LMP podporuje téměř polovina respondentů, kteří vyjádřili svůj názor, činí jejich podíl na celkovém počtu jen 45%. Na základě odpovědí na otázku č. 2 lze tedy vyvodit, že se hypotéza č. 1 nepotvrdila.

Pokud bychom hypotézu rozdělili i podle věku respondentů, tak by byla hypotéza potvrzena pro věkovou skupinu mladších 30 let a pro skupinu 30 až 40 roků, kde byla podpora tvrzení v rozmezí 76%-83%.

Hypotéza č. 2: „Mladší pedagogové se staví k integraci LMP pozitivněji.“

Hypotéza č. 2 naproti tomu potvrzena byla. S rostoucím věkem pedagogů se snižuje procento těch, kteří si myslí, že je vhodná integrace tohoto typu postižení na základních školách.

Hypotéza č. 3: „Pro děti s LMP je přínosnější integrace do běžné ZŠ než zařazení do praktické či speciální ZŠ.“

Z výsledku dotazníkového šetření jasně vyplývá, že přestože přibližně polovina respondentů nepodporuje integraci dětí LMP do běžných základních škol, na otázku kladného přínosu pro osobnostní vývoj takového dítěte jich odpovědělo negativně pouze 30%. U otázky přínosu pro spolužáky se četnost některých odpovědí přibližovala 90 procentům, takže se dá říci, že klady nalézali i ti, co

s integrací moc nesouhlasí. Z výsledků odpovědí v dotazníku můžeme tuto hypotézu potvrdit.

Výsledky získané výzkumným šetřením nemohou být vzhledem k počtu respondentů považovány za všeobecně platné. Jelikož všichni respondenti (pedagogové) pocházeli pouze ze dvou pražských škol, je možné interpretovat výsledky pouze na tyto dvě základní školy, kde proběhl výzkum. To samozřejmě nevyklučuje možnou obecnější platnost, i vzhledem k tomu, že věková struktura a struktura respondentů dle pohlaví odpovídá celostátním údajům. Samozřejmě kdybychom rozšířili počet škol, daly by se vyvozovat i závěry platné celorepublikově.

Ukázalo se, že první hypotéza H1 "Většina pedagogů podporuje integraci žáků s lehkým mentálním postižením, ale pouze na 1. stupni základních škol" se nepotvrdila. I když se předpokládalo, že většina pedagogů bude pro integraci žáků s mentálním postižením alespoň na 1. stupni, tak z výsledků vyplývá, že většina pedagogů není příliš nakloněna integraci žáka s LMP ani na prvním stupni. Zlomem v názoru na integraci se stává věk kolem 40 let, kdy v kategorii 30-40 roků je podpora integrace téměř 80%, v kategorii vyšší (40-50 roků) již méně než 40%.

Stanovení hypotézy č. 1 tak bylo pravděpodobně ovlivněno věkem tazatele, který patří do kategorie 30-40 roků a stejně jako jeho vrstevníci má kladný vztah k možné integraci většiny druhů postižení.

Důvodem pro tak významný rozdíl mezi věkovými kategoriemi mohl být způsobem několika vlivy. Mladší generace má obecnou inklinaci ke změnám, všemu „modernímu“, je plna nadšení a ideálů a zároveň mají hlubší teoretické znalosti o jednotlivých typech postižení a tím více přijímají a tíhnou k současnému trendu integrace a inkluze. Důvodem také může být doba, ve které tito starší pedagogové studovali a začali svoji praxi. V období před rokem 1989 převažoval názor, že by mentálně postižení jedinci měli být vychovávaní především v ústavních zařízeních. Tuto znalost si pak starší učitelé přinesli ze svých studií.

Významný podíl na negativním přístupu k integraci může mít i to, že se s ní největší část setkala pouze nepřímo (např. z doslechu) a jak je obecně známé, tak

se negativní zkušenosti vždy šíří snadněji než ty pozitivní. Starší pedagogové také nabyli během letité pedagogické praxe zkušenosti a mohou vnímat vzdělávání žáka s LMP v hlavním vzdělávacím proudu za velmi náročné.

Možnými důvody v odlišnosti na postoje k integraci bude odlišný způsob přípravy pedagogů, aktuální opora v legislativním systému a v současném trendu k integraci a inkluzi.

V otázce možného přínosu pro všechny účastníky procesu integrace se na základě výsledků dá odvodit, že pro „odpůrce“ integrace je největším problémem především její náročnost pro pedagoga, vzhledem k tomu, že většina připouští kladný dopad jak na žáka s LMP, tak na jeho spolužáky a ve výsledku by měla být přínosem i pro celou společnost.

ZÁVĚR

Mentální postižení je charakteristické snížením rozumových a adaptivních schopností, postihuje celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách, což znamená, že ovlivňuje kvalitativně a kvantitativně poznávací, řečové a sociální dovednosti. Hlavními znaky jsou zejména nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učení a následkem toho i obtížnější adaptací na běžné životní podmínky. Postižení je vrozené či časně získané (do dvou let života dítěte) a trvalé. Podle závažnosti (hloubky) dělíme mentální retardaci do čtyř základních skupin lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace a hluboká mentální retardace. Absolutní počet osob s mentálním postižením v populaci není přesně znám, ale odhaduje se zhruba na 3% a nejčastěji je zastoupen (2,60%) stupeň lehké mentální retardace.

Nejvýraznějším rysem mentální retardace je postižení kognitivních funkcí, což se výrazně projevuje v procesu učení. Z tohoto důvodu jsou možnosti výchovy a vzdělávání omezeny a to v závislosti na stupni postižení. Pro žáky s mentálním postižením je tvořena síť speciálních škol a speciálních školských zařízení, jedná se o systém s dlouholetou tradicí. Druhou možnou variantou je integrované vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, volba konkrétního způsobu vzdělávání spočívá na rozhodnutí zákonného zástupce. V předškolním věku mohou děti navštěvovat mateřské školy speciální nebo mohou být mimo speciální školství integrováni do běžných mateřských škol, normativním předpisem pro mateřské školy včetně mateřské školy speciální je „Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání“ (RVP-PV).

V období povinné školní docházky, je nejčastějším vzdělávacím zařízením pro žáky s lehkým mentálním postižením základní škola praktická. Zde je uplatňován individuální přístup a žáci se vzdělávají pomocí speciálních výchovných a vzdělávacích prostředků a metod. Základní školy praktické si vytvářejí vlastní školské vzdělávací programy vycházející z „Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením“ (RVP ZV-LMP).

Obsah učiva je redukován, rozdíly jsou spíše kvalitativní povahy, s akcentem na praktické vyučování žáků, ve třídách je snížený počet žáků a vyučují zde speciální pedagogové. Základním vzděláváním v základní škole praktické se dosahuje stupeň základního vzdělávání. Pro žáky se středně těžkým, těžkým a hlubokým postižením je určena základní škola speciální. Školní vzdělávací program je sestavován na základě Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální (RVP ZŠS), je členěn na dvě části: Díl I. – vzdělávání žáků se středně těžkým mentálním postižením a Díl II. – vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Oba dva díly se zásadně liší v cílech, obsahu i očekávaných výstupech. Základním vzděláváním v základní škole speciální se dosahuje stupeň základy vzdělání.

Změny v politickém systému na konci roku 1989 se postupně začaly promítat do všech oblastí společenského života. Ve společnosti se z řad rodičů a organizací prosazující práva postižených začaly ozývat hlasy prosazující rovné příležitosti ke vzdělávání a pracovnímu uplatnění pro všechny občany bez rozdílu. Současný školský systém má pro integraci zdravotně postižených do hlavního vzdělávacího proudu oporu v legislativním rámci, školy mohou využít podpůrná opatření, o pomoc se mohou obrátit na školská poradenská zařízení a mohou využít služeb asistenta pedagoga. Zdá se, že samotné integraci nic nebrání. Přesto se některé školy a někteří pedagogové integraci žáka s lehkým mentálním postižením brání a domnívají se, že žák takto postižený se má vzdělávat v instituci k tomu určené, což jsou výše uvedené základní školy praktické a základní školy speciální.

Výhody a nevýhody jedné či druhé varianty bezesporu existují a není cílem této práce přiklonit se na jednu či druhou stranu. Cílem této práce je analyzovat postoje pedagogů k individuální integraci žáka s mentálním postižením do běžné základní školy a na základě výzkumného šetření zjistit klady a zápory procesu integrace. Z výsledků dotazníkového šetření vyplývá, že většina pedagogů shledala přínos zejména v oblasti sociální, integrovaní žáci si lépe osvojují potřebné sociální dovednosti. Děti se učí respektovat a dodržovat sociální normy a učí se žádoucímu chování pomocí správného vzoru. Od počátku mají žáci integrovaní i žáci intaktní příležitost možnost učit se vzájemné spolupráci, toleranci a pomoci.

Jestliže na počátku školní docházky uváděli pedagogové přínos v sociální oblasti, tak naopak v období puberty vidí pedagogové ztrátu tohoto zisku a situace se pro žáka s mentálním postižením komplikuje, nechápe zájmy dospívajících a zůstává na okraji, spolužáci o něj ztrácejí zájem a často jej i ohrožuje zvýšené riziko šikany.

Pokud je ale žák s LMP integrován, je více stimulován, motivován a může tedy dosáhnout vyššího osobnostního rozvoje, protože celková vzdělávací atmosféra běžné školy je náročnější, z tohoto důvodu může tedy dosáhnout i kvalitnějších a rychlejších výukových pokroků, které by pravděpodobně ve speciálním školství nedosáhl. Další přínos, který pedagogové shledali, je přínos pro ně samotné, který spatřují v nutnosti „neustrnout“ na zažitých modelech výuky a být neustále aktivní. Zároveň mohou zažívat pocit radosti a uspokojení z toho, když vidí, že se integrované dítě pod jejich vedením rozvíjí optimálním směrem.

Mezi nejčastěji zmiňované zápory uváděli pedagogové sníženou kvalitu a úroveň výuky, kterou připisovali zvýšené individuální péči o integrovaného žáka a jeho nevhodnému chování během výchovně vzdělávacího procesu. Dalšími negativy jsou zvýšené nároky na pedagoga po stránce odlišné a nadstandardní domácí přípravy. Práce s těmito žáky jim ubírá mnoho psychických sil, což se projevuje únavou a vyčerpáním a nedostatkem energie pro práci s ostatními žáky ve třídě. U žáků s mentálním postižením shledávají při uvědomění si nezvládnutí výukových nároků vznik pocitů méněcennosti.

Jsem zastánce poskytování šance na běžné vzdělávání dětí s mentálním postižením, která jim nemá být odmítnuta. Považuji tuto možnost za „výzvu“ pro učitele i rodiče a proto chápu snahu rodičů zvolit si cestu hlavního vzdělávacího proudu. Přesto je nutné si uvědomit, že integrace by měla být oboustranný proces a profitovat by měli všichni zúčastnění. Chceme-li co nejlépe připravit dítě s mentálním postižením pro budoucí život ve společnosti, připravit je optimálně pro běžný život a připravit také majoritní společnost na přijímání jedinců „odlišných“, pak je žádoucí a správné snažit se dát dítěti šanci a nechat ho zakusit prožít alespoň několik prvních let s dětmi zdravými. Jak z mé práce vyplývá, je to přínosem pro obě strany.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, B. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích. 1. vyd. Brno: MU, 2006. ISBN 80-210-3971-X.

BARTOŇOVÁ, M. Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice. 1. vyd. Brno: MSD, 2005. ISBN 80-86633-37-3.

BENDO VÁ, P., ZIKL, P. Dítě s mentálním postižením ve škole. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3854-3.

COHEN, M. R. Nejčastější poruchy v praxi. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2002. ISBN 80-7178-497-4.

ČADILOVÁ, V., JŮN, H., THOROVÁ, K., a kol. Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

FISCHER, S., ŠKODA, J., Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

GAVORA, P. Úvod do pedagogického výzkumu. 2. vyd. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.

HORT, V., HRDLIČKA, M., KOCOURKOVÁ, J., MALÁ, E., a kol. Dětská a adolescentní psychiatrie. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-472-9.

HRADILKOVÁ, T. Raná péče – vymezení pojmů. In Sborník vybraných příspěvků z kurzu „Poradce rané péče“. Praha: Společnost pro ranou péči, 2006. Interní materiál Společnosti pro ranou péči

CHRÁSTKA, M. Metody pedagogického výzkumu. 1. vyd. Praha: Grada, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1369-4.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H., BUDÍKOVÁ, J., a kol. Individuální vzdělávací plán pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. 1. vyd. Praha: D+H, ISBN 978-80-87295-00-7.

JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. Metody reedukace specifických poruch učení. 1. vyd. Praha: D+H, 2004. ISBN 978-80-903869-9-0.

KOCUROVÁ, M., a kol. Speciální pedagogika pro pomáhající profese. 2. vyd. Plzeň: ZČU, 2002. ISBN 80-7082-844-7.

KOLEKTIV, Rettův syndrom: diagnostika, genetika, terapie, praxe, Základní škola Zahradka, 2005, ISBN 8023957740.

KUČEROVÁ, H., PREISS, M., a kol. Neuropsychologie v psychiatrii. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1460-4.

LANGER, S. Mentální retardace. Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova. 2. vyd. Hradec Králové: Kotvam 1995. ISBN 80-900254-6-3.

LECHTA, V. Základy inkluzivní pedagogiky. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. 3. vyd. Ústí nad Labem: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MATĚJČEK, Z. Dítě a rodina v psychologickém poradenství. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MICHALÍK, J. Školská integrace dětí se zdravotním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999. ISBN 80-70679-81-6.

MÜLLER, O., Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0231-9

MÜLLER, O. Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-244-0207-6.

PIPEKOVÁ, J. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. 1. vyd. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-866-33-40-3.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. 6. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2009. ISBN 978-80-7367-647-6.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D., a kol. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2006. ISBN 80-247-1049-8.

SLOWÍK, J. Speciální pedagogika. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠVARCOVÁ, I. Mentální retardace. 3. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2006. ISBN 80-7367-060-7.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

UZLOVÁ, I. Asistence lidem s postižením a znevýhodněním. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2010. ISBN 978-80-7367-764-0.

VALENTA, M. Psychopedie. 3. vyd. Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VÁGNEROVÁ, M. Školní poradenská psychologie pro pedagogy. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1074-4.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, s.r.o., 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VALIŠOVÁ, A., KASÍKOVÁ, H. Pedagogika pro učitele. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

Seznam použitých internetových zdrojů

As. MUDr. Lukáš Propper, doc. MUDr. Michal Hrdlička, CSc. Dětský autismus. [online]. 12. 2. 2004 [cit. 21-1-2014]. Dostupné z: <http://zdravi.e15.cz/clanek/postgradualni-medicina/detsky-autismus-159241>

<http://www.vzdelavaniaautismus.cz/o-autismu> [online]. [2014-01-24]

Evropským školám hrozí nedostatek učitelů, upozorňuje studie o vzdělávání. [online]. 13. 4. 2012 [cit. 10-2-2014] Dostupné z: <http://zpravy.ihned.cz/c1-55400550-evropskym-skolam-hrozi-nedostatek-ucitelu-upozornuje-studie-o-vzdelavani>

Bílá kniha. Národní program vzdělávání v České republice. [online]. Dostupné z www: <http://www.msmt.cz>. [cit. 5-1-2014]

Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální. [online], VÚP, Praha, 2008, [cit. 22-11-2013], Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/file/10430_1_1/download/.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. [online], VÚP, Praha, 2007, [cit. 22-11-2013], Dostupné z WWW: http://www.vuppraha.cz/wp-content/uploads/2009/12/RVPZV_2007-07.pdf.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání - příloha upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. [online], VÚP, 2005, [cit. 22-11-2013], Dostupné z WWW: http://www.msmt.cz/file/10429_1_1/download/.

Triad of Impairments. [online], [cit. 10-3-2014], Dostupné z WWW: <http://www.autismbedfordshire.net/about-autism/triad-of-impairments/>

Waldorfská praktická škola, [online], [cit. 10-3-2014], Dostupné z WWW: www.sssjak.cz

Seznam jiných zdrojů

Věstník MŠMT č. 8/2005, Müllner, J., Informace MŠMT k zabezpečení vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami s podporou asistence, č.j. 14 453/2005-24, 2005

Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

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

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

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

Vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání- vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, ve znění vyhlášky 214/2012 Sb.

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky - vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v základní škole, ve znění vyhlášky 256/2012 Sb.

Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění vyhlášky č. 116/2011 Sb.

Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, ve znění vyhlášky 147/2011 Sb.

SEZNAM OBRÁZKŮ, GRAFŮ A TABULEK

Graf 1: Podíl pohlaví u respondentů	87
Graf 2: Zastoupení věkových kategorií mezi respondenty.....	87
Graf 3: Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	88
Graf 4 - Zkušenosti s integrací LMP žáků na ZŠ.....	89
Graf 5 - Vhodnost integrace žáka s LMP	90
Graf 6 - Vhodnost integrace žáka s LMP (vliv věku).....	91
Graf 7 - Je integrace dítěte na ZŠ lehký proces.....	92
Graf 8 - Nároky kladené na pedagoga při integraci	93
Graf 9 - Zvyšuje integrace osobnostní rozvoj LMP dítěte?.....	94
Graf 10 - Přínos integrace pro spolužáky	95
Graf 11 - Faktory úspěšnosti integrace dítěte LMP.....	97
Tabulka 1 - Přístupy k definování mentálního postižení.....	12
Tabulka 2 - Srovnání vztahu integrace a inkluze	41
Tabulka 3: Zastoupení respondentů dle věkových kategorií	87
Tabulka 4: Zkušenosti pedagogů s integrací	89
Tabulka 5: Vhodnost integrace do běžné ZŠ.....	90
Tabulka 6: Vytvoření podmínek pro integraci.....	92
Tabulka 7: Nároky integrace na pedagoga	93
Tabulka 8: Integrace = vyšší osobnostní rozvoj ?.....	94
Tabulka 9: Přínos integrovaného žáka pro třídu	95
Tabulka 10: Faktory úspěšnosti integrace	96
Tabulka 11: Klady a zápory integrace LMP.....	97

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Pedagogicko-psychologická poradny	I
Příloha B - Slovní hodnocení žáka z II. pololetí 1. třídy (2013).....	II
Příloha C – Dotazník	III
Příloha D – Individuální vzdělávací program žáka.....	IV
Příloha E – Ukázka práce žáka	V

Příloha A - Pedagogicko-psychologická poradny

Jedná se o činnosti, které jsou pro podporu vzdělávání dětí, žáků a studentů nezbytné; služba, která vyžaduje výkon jedné nebo více standardních činností, je proto na žádost dětí, žáků, studentů, jejich zákonných zástupců, škol a školských zařízení poskytována bezplatně. Za úplatu může být tato služba poskytnuta pouze v případě, že o ni požádá jiný subjekt (např. soud).

Při poskytování služeb PPP je kladen důraz na ochranu práv jejich uživatelů (zejm. informovaný souhlas jako podmínka poskytnutí služby) a na ochranu osobních údajů. Pracovníci PPP jsou povinni postupovat v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, a to zejména při předávání informací o dětech, žácích a jejich zákonných zástupcích, kterým jsou poskytovány poradenské služby třetím osobám a při zpracovávání důvěrných a citlivých údajů o těchto uživatelích poradenských služeb. Dostupnost poraden je v celé ČR poměrně dobrá, prakticky ve všech krajích jsou jejich služby přibližovány klientům také pomocí odloučených pracovišť

Základní úkoly PPP jsou:

- Zjišťování připravenosti dětí na povinnou školní docházku z psychologického a vývojového hlediska,
- Doporučování rodičům a následně řediteli konkrétního vzdělávacího zařízení vřazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání
- Spolupráce při přijímacím a výběrovém řízení žáků do škol
- Provádění psychologického a speciálně pedagogického vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy a pro žáky se zdravotním postižením
- Vypracování odborných posudků a návrhů opatření pro školy a školská zařízení
- Poskytování poradenských služeb žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji,

jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávající tyto žáky

- Poskytování poradenských služeb zaměřených na vyjasňování osobních a životních perspektiv žáků
- Poskytování metodické pomoci v otázkách pedagogicko-psychologické, speciálně pedagogické a pedagogické diagnostiky
- Prostřednictvím metodika prevence zajišťování prevence sociálně patologických jevů

Komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika

- Zjišťování předpokladů pro školní docházku, skupinová a individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika školní zralosti.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika dětí předškolního věku z důvodů nerovnoměrného vývoje.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol s problémy v adaptaci a s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků základních škol a žáků středních škol s výukovými problémy, včetně specifických poruch učení, a žáků neprospívajících.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad a) pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování nebo pro specializovanou péči v rozsahu integrace, b) pro návrhy na zařazování a přeřazování žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.
- Skupinová a individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad pro pomoc žákům základních škol a žákům středních škol v případech komplikací při volbě další školy či povolání.

- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků středních škol jako podklad pro pomoc při reorientaci a přestupu na jinou střední školu.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků základních škol a žáků středních škol s osobnostními nebo sociálně-vztahovými problémy.
- Diagnostika sociálního klimatu třídních kolektivů jako podklad pro tvorbu nápravných programů.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika mimořádného nadání žák

Psychologická a speciálně pedagogická intervence:

- Poradenská intervence (včetně telefonické) u dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol, zákonných zástupců a pedagogických pracovníků v životní krizi či nouzi a individuální pomoc těmto jedincům při zpracování krize v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.
- Individuální práce s dětmi předškolního věku s nerovnoměrným vývojem, s obtížemi v adaptaci apod.
- Základní individuální a skupinová reedukace žáků se specifickými poruchami učení, jejich problémy vyžadují odborně mimořádně náročnou speciálně pedagogickou péči.
- Individuální práce se žáky základních škol a žáky středních škol s obtížemi v adaptaci, s osobnostními, sociálně vztahovými a podobnými problémy, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání.
- Kariérové poradenství pro žáky základních a středních škol a studenty vyšších odborných škol (individuální a skupinové).
- Poradenské nebo terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem (v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka).

- Poradenské konzultace a krátkodobé poradenské vedení zákonných zástupců dětí předškolního věku a žáků základních škol (popřípadě i žáků středních škol), kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny.
- Poradenské konzultace a doporučení pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím děti a žáky, kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny (tzv. intervence ve škole pro žáky).

Informační a metodická činnost. Příprava podkladů pro vzdělávací opatření, dokumentace apod.:

- Metodické vedení práce výchovných poradců a školních metodiků prevence v základních a středních školách.
- Příprava podkladů a) pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování do základních a středních škol, b) pro zařazení žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.
- Při přípravě podkladů může v případech, kdy je dítě v dlouhodobé péči odborného lékaře a klinického psychologa, školské poradenské zařízení vycházet z podkladů a závěrů klinického psychologa, který tuto dlouhodobou péči dítěti poskytuje.
- Poskytování odborných konzultací pedagogickým pracovníkům v oblasti péče o děti předškolního věku, žáky základních škol

Ve výchovném a vzdělávacím systému se vyžadují k realizaci výše uvedeného pedagogické postupy, odborníci se shodují v názoru, že integrace umožňuje dětem mnohem lepší adaptaci na běžný život

Příloha B - Slovní hodnocení žáka z II. pololetí 1. třídy (2013)

Milý Adámku, konečně se Ti dostává do rukou Tvé první vysvědčení. Potěš se vlastními úspěchy a popřemýšlej, jakou cestou se vydáš příští školní rok. Tento rok byl pro Tebe velmi náročný, a Ty jsi ho zvládl podle svých možností. Kus práce jsi vykonal a příští rok se posuneš ještě výše.

V Českém jazyce zvládáš většinu písmenek v tiskací formě pojmenovat, vyhledat i napsat. Čteš slabiky, jen pozor na krátké a dlouhé samohlásky. Oceňuji Tvou snahu číst i celá slova, i když Tě někdy musím zastavit z důvodu tichého předčítání, tzv. dvojitého čtení. Přejichod k psacím písmenům Ti již dělá větší radost a to zajisté proto, že Tvá ruka je již uvolněnější. Zatím slabiky a slova převážně opisuješ, ale díky Tvé snaze, se pokoušíš jednotlivá slova psát i sám. Diktáty píšeš se střídavými úspěchy, mnohdy jsou to chyby spojené s nesoustředěností, někdy si nevzpomeneš na tvar písmen. Občas Tě musím upozornit na úpravu, či nepřesnosti ve správné velikosti nebo tvaru písmen. Opis a přepis písmen Ti jde o poznání lépe, za což zasloužíš pochvalu. Učíš se pracovat s přečteným textem, shrnuješ obsah příběhu, vyhledáváš zápletky a pokoušíš si jej i sám domýšlet. Rád si prohlížíš knížky a komiksy, moc rád vyprávíš pohádky a je zde vidět velký nárůst ve slovní zásobě.

V matematických operacích jako je sčítání a odčítání v oboru do 5, nepoužíváš prstíky a nosík jako pomůcky. V oboru do 7 pracuješ s názornými pomůckami. Ovládáš vzestupně číselnou řadu do 10 a bezchybně porovnáváš čísla „menší než“ a „větší než“, výsledek správně zaznamenáš do tabulky. S pomocí učitele řešíš úkoly, překonáváš obtíže a odstraňuješ chyby, kterých se dopouštíš. Dokonce se nezalekneš různých skládanek, doplňovaček a úkolů, které vypadají složitě.

Učivo, které jsi letos zvládl v těchto předmětech, odpovídá půlce prvního ročníku. V příštím školním roce se pokusíš na získané znalosti navázat. Mnoho úspěchů v dalším školním roce Ti přeje paní učitelka a osobní asistentEva Jungwirthová.

Příloha C - Dotazník

Anonymní dotazník

Pohlaví

Žena

Muž

Věk

< 30 let

30 – 40 let

40 – 50 let

50 let

Nejvyšší dosažené vzdělání

Středoškolské

Vysokoškolské
ostatní

Vysokoškolské
pedagogické

Vysokoškolské speciálně
pedagogické

Otázky

1) Máte zkušenosti s integrací žáka s lehkým mentálním postižením do běžné ZŠ?

Ano (Osobní)

Ano (Nepřímé)

Ne

Nepřímé, jaké?

2) Je dle vašeho názoru vhodná integrace dítěte s LMP do běžné ZŠ?

ANO (jen pro první stupeň ZŠ)

ANO (pro první i druhý stupeň ZŠ)

NE (speciální školství)

NEDOKÁŽI POSOUDIT

3) Domníváte se, že vytvořit vhodné podmínky pro integraci je lehký proces?

Ano

Ne

Nedokáži posoudit

4) Jaké zvýšené nároky jsou při integraci kladeny na pedagoga?

Odbornost
pedagoga

Osobnostní
předpoklady

Domácí příprava

Spolupráce
s odborníky

Tvorba IVP

Individuální přístup

Žádné

5) Myslíte si, že integrovaní žáci dosahují vyššího osobnostního rozvoje?

Ano Spíše Ano Spíše Ne Ne

6) Jaký je přínos integrovaného žáka pro zbytek třídy?

(Můžete vybrat i více možností)

Učí se toleranci Učí se pomáhat Odstranění
předsudků
Poznávají Učí se posuzovat
různorodost ostatní dle charakteru Učí se spolupráci

7) Co je dle vašeho názoru nejdůležitější pro úspěšnou integraci?

(přiřad'te na škále body 1-9; 9 = nejdůležitější; 1 = nejméně důležité)

Vstřícnost školy Spolupráce rodiny Zajištění asistenta
pedagoga
Domácí příprava Spolupráce s Snížení počtu
pedagoga poradenskými
zařízeními
Učební a speciální Speciálně Tvorba IVP
pomůcky pedagogická
odbornost

8) Jaké jsou podle Vás 3 největší klady a 3 největší zápory integrace dítěte s lehkou mentální retardací?

Klady	Zápory

Příloha D - Individuální vzdělávací program žáka

I. Vyplní škola:

Škola	Základní škola,
-------	-----------------

Individuální vzdělávací plán žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (zdravotní postižení)

Jméno a příjmení žáka/žákyně	Adam		
Datum narození	2.2005	228	Praha
Třída	1.C		
Školní rok	2013/2014		

Rozhodnutí o povolení vzdělávání žáka/žákyně podle IVP ze dne	2.12.2013
Závěr speciálně pedagogických, případně psychologických vyšetření (druh a stupeň postižení)	Zdravotní postižení – Porucha aktivity a pozornosti, sy ADHD, LMR (pouze dle dětské psychiatrie TN)
Platnost odborného posudku od - do	29.4.2013 – 31.8.2014

Zpráva o žákovi/žákyni:

- **intelektové charakteristiky a projevy**

nižší intelekt, neúspěch ve škole (opakuje 1.ročník) umocněn nedostatečnými pracovními návyky a negativistickým nastavením. ŠPZ doporučilo vzdělávání dítěte se speciální kole – otec (samoživitel) nesouhlasí.

- **sociální charakteristiky a projevy**

výrazné obtíže v sociálních dovednostech a v chování, agrese vůči spolužákům, v afektu i vůči dospělým (učitelka, asistentka, vychovatelka). Snížená schopnost sladit se s ostatními, podřídit se. Výchovné problémy jsou výraznější o přestávkách a ve školní družině. Nutný neustálý dohled.

- **emocionální charakteristiky a projevy**

negativismus a pasivita při hodinách, snížená výkonová motivovanost, impulzivní, zkratkovité afektivní jednání, tendence k agresivitě, obtíže s vrstevníky i dospělými, výkyvy pozornosti, silné prosazování své osobnosti a svých požadavků. Při řešení jeho prohřešků lže a nechce přiznat, co udělal nebo řekl.

Učební dokumenty	Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání ZŠ
------------------	--

Předměty, jejichž výuka je realizována podle individuálního vzdělávacího plánu	<p>Všechny, IVP podrobně vypracováno na následující:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Český jazyk • Matematika • Prvouka • Anglický jazyk
--	--

Školská poradenská, zdravotnická a jiná zařízení, která se podílejí na péči o žáka/žákyni	pedagogicko-psychologická poradna speciálně pedagogické centrum Thomayerova nemocnice- oddělení dětské psychiatrie Logopedická poradna
Název a adresa školského poradenského zařízení, které se školou přímo spolupracuje, jméno pověřeného pracovníka PPP, SPC	<ul style="list-style-type: none"> Pedagogicko-psychologická poradna pro Prahu 3 a 9 U Nové školy 871, Praha - 9, Vysočany, 190 00

II. Vyplní vyučující předmětu, jehož výuka je realizována podle individuálního vzdělávacího plánu:

Vyučovací předmět	Český jazyk
Vyučující; datum, od kdy žáka/žákyni předmětu vyučuje	Od 2.9.2013/ .
Změna vyučujícího v průběhu školního roku, datum změny	
Vstupní pedagogická diagnostika (aktuální stupeň dosažených vědomostí, dovedností, návyků)	<ul style="list-style-type: none"> Uměl všechna velká a malá tiskací písmena (neumí F, G, Q, X, W) Uměl část psacích písmen přibližně do pololetí první třídy Zvládal čtení slabik, jedno až dvou slabičných slov a krátkých vět Porozumění jednoduchým větám a krátkým textům
Priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> Zvládnutí celé abecedy v rozsahu první třídy v tiskací i psací podobě Slabikovat slova, věty i jednoduché texty se správnou intonací Psát písmena i číslice - dodržovat správné tvary písmen Spojování písmen i slabik Převádět slova z mluvené do psané podoby Dodržovat správné pořadí písmen a úplnost slov Zvládat opis a přepis krátkých vět Zvládat základní hygienické návyky spojené se psaním a dodržovat čitelnost psaného textu Rozpoznat samohlásky a souhlásky Rozlišit věty, slova, slabiky, hlásky Psát velká písmena na začátku vět a ve vlastních jménech Reprodukuje jednoduché říkanky a básničky Koncentruje se při poslechu pohádek a krátkých příběhů Reprodukuje krátký text podle otázek nebo ilustrací
Organizace výuky	<ul style="list-style-type: none"> Integrace v běžné třídě Výuka s pomocí asistenta pedagoga

Pedagogické postupy (metody a formy práce)	<ul style="list-style-type: none"> • Maximální názornost • Střídání učebních činností • Relaxační činnosti • Úprava vzdělávacího obsahu
Používané učební materiály a pomůcky	<ul style="list-style-type: none"> • Živá abeceda • Slabikář • Karty s písmeny a obrázky
Způsob zadávání a plnění úkolů	<ul style="list-style-type: none"> • Zadávání úkolů písemně • Plnění úkolu v určených časových úsecích • Upřesnění a plnění úkolů s asistentem pedagoga
Způsob ověřování vědomostí a dovedností	<ul style="list-style-type: none"> • Ústní zkoušení • Vhodně sestavené testy • Úroveň a kvalita domácí přípravy • Konkrétní činnosti a práce s asistentem pedagoga
Způsob hodnocení	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinovaná forma (klasifikační stupeň a slovní hodnocení)
Personální zajištění úprav průběhu vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Asistent pedagoga pro dobu výuky
Další subjekty, které se podílejí na vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedická poradna • Psychiatr
Spolupráce se zákonnými zástupci žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné konzultace s třídní učitelkou v rámci TS a KH • Spolupráce s asistentem pedagoga E.Jungwirthovou • Požadavky na domácí přípravu • Sledování a vzájemné informování o zdravotním stavu a jeho změnách
Časový a obsahový plán vzdělávání žáka/žákyně	
Období	<ul style="list-style-type: none"> • Školní rok 2013/2014
Předpokládané individuální výstupy žáka/žákyně za dané období	<ul style="list-style-type: none"> • Poznává všechna písmena v tištěném i psaném textu • Skládá slova a věty • Používá základy techniky čtení • Čte jednoduché texty • Dává do souvislosti čtená slova a věty • Naslouchá druhým • Vyjadřuje svá přání • Reaguje na jednoduché pokyny • Opravuje nesprávnou výslovnost • Využívá hlasových a dechových cvičení

	<ul style="list-style-type: none"> • Poznává základní komunikační pravidla • Dokáže vypravovat mluvený nebo slyšený text • Používá základní hygienické návyky při psaní • Píše správné tvary písmen a číslic • Správně spojuje slabiky a slova při psaní • Píše krátké věty podle předlohy • Opisuje a přepisuje jednoduché texty • Rozlišuje krátké a dlouhé samohlásky, správně vyslovuje souhláskové skupiny, správná intonace vět • Odlišuje v písmu dlouhé a krátké samohlásky
Dodatečné úpravy časového plánu a obsahu učiva	
Prodloužení délky vzdělávání	
Poznámky a doporučení pro další vzdělávání žáka/žákyně	

Vyučovací předmět	Matematika
Vyučující; datum, od kdy žáka/žákyni předmětu vyučuje	Od 2.9.2013/
Změna vyučujícího v průběhu školního roku, datum změny	
Vstupní pedagogická diagnostika (aktuální stupeň dosažených vědomostí, dovedností, návyků)	<ul style="list-style-type: none"> • Čte, píše a používá číslice v oboru do 10 • Vytváří konkrétní soubor s daným počtem do 10 (korálky a pod.) • Porovnává čísla a soubory s počtem prvků do 10 • Sčítá a odčítá s pomocí znázornění do 5 • Zná matematické pojmy +, -, =, >, <
Priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Číst, psát a používat číslice v oboru do 20 • Sčítat a odčítat s pomocí znázornění v oboru do 10 • Řadit čísla 0-20 • Sčítat a odčítat v oboru do 20 bez přechodu s pomocí znázornění • Umět rozklad čísel v oboru do 10 • Rozklad čísel v oboru do 20 - určit počet desítek a jednotek • Zvládat orientaci v prostoru (vpravo, vlevo, pod, nad, před, za, nahoře, dole, vpředu, vzadu) • Modelovat jednoduché situace dle pokynů a s využitím pomůcek

Organizace výuky	<ul style="list-style-type: none"> • Integrace v běžné třídě • Výuka s pomocí asistenta pedagoga
Pedagogické postupy (metody a formy práce)	<ul style="list-style-type: none"> • Neustálé opakování a procvičování učiva • Maximální názornost • Střídání učebních činností • Zapojení více smyslů najednou • Reedukační metody • Nácvik praktických sociálních dovedností
Používané učební materiály a pomůcky	<ul style="list-style-type: none"> • Divadélko s prvky • Dvoubarevná kolečka pro názorné počítání do 10, 20 • Číselná osa • Slovní úlohy s názorem pro sčítání i odčítání • Kartičky s příklady • Listy s příklady • Učebnice • Pracovní sešity
Způsob zadávání a plnění úkolů	<ul style="list-style-type: none"> • Ústně • Upřesnění a plnění úkolů s asistentem pedagoga • Neustálá kontrola porozumění zadanému úkolu
Způsob ověřování vědomostí a dovedností	<ul style="list-style-type: none"> • Ústní zkoušení • Vhodně sestavené kontrolní práce • Konkrétní činnosti a práce s asistentem pedagoga
Způsob hodnocení	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinovaná forma (klasifikační stupeň a slovní hodnocení)
Personální zajištění úprav průběhu vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Asistent pedagoga • Odborný asistent SPC nebo PPP
Další subjekty, které se podílejí na vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedická poradna • Psychiatr • Speciální pedagog
Spolupráce se zákonnými zástupci žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelná pomoc při plnění domácích úkolů • Důsledná kontrola • Pravidelné konzultace s třídní učitelkou • Spolupráce s asistentem pedagoga E.Jungwirthovou • Sledování a vzájemné informování o zdravotním stavu a jeho změnách

Časový a obsahový plán vzdělávání žáka/žákyně	
Období	<ul style="list-style-type: none"> Školní rok 2013/2014
Předpokládané individuální výstupy žáka/žákyně za dané období	<ul style="list-style-type: none"> Počítá prvky daného souboru Vytváří konkrétní soubor s daným počtem prvků do 20 Čte, zapisuje a porovnává čísla 0-20 Radí čísla Orientuje se na číselné ose 0 - 20 Sčítá a odčítá v oboru do 20 bez přechodu Řeší jednoduché slovní úlohy do 20 s názorem
Dodatečné úpravy časového plánu a obsahu učiva	
Prodloužení délky vzdělávání	
Poznámky a doporučení pro další vzdělávání žáka/žákyně	

Vyučovací předmět	Prvouka
Vyučující; datum, od kdy žáka/žákyni předmětu vyučuje	Od 2.9.2013/
Změna vyučujícího v průběhu školního roku, datum změny	
Vstupní pedagogická diagnostika (aktuální stupeň dosažených vědomostí, dovedností, návyků)	<ul style="list-style-type: none"> Orientuje se v prostředí malé budovy Vyjmenuje roční období a dny v týdnu s dopomocí Vyjmenuje části lidského těla s dopomocí Základní hygienické návyky dodržuje částečně Nedodržuje pravidla slušného a bezpečného chování, školního řádu Nereaguje na pokyny dospělých, velmi často nespolupracuje

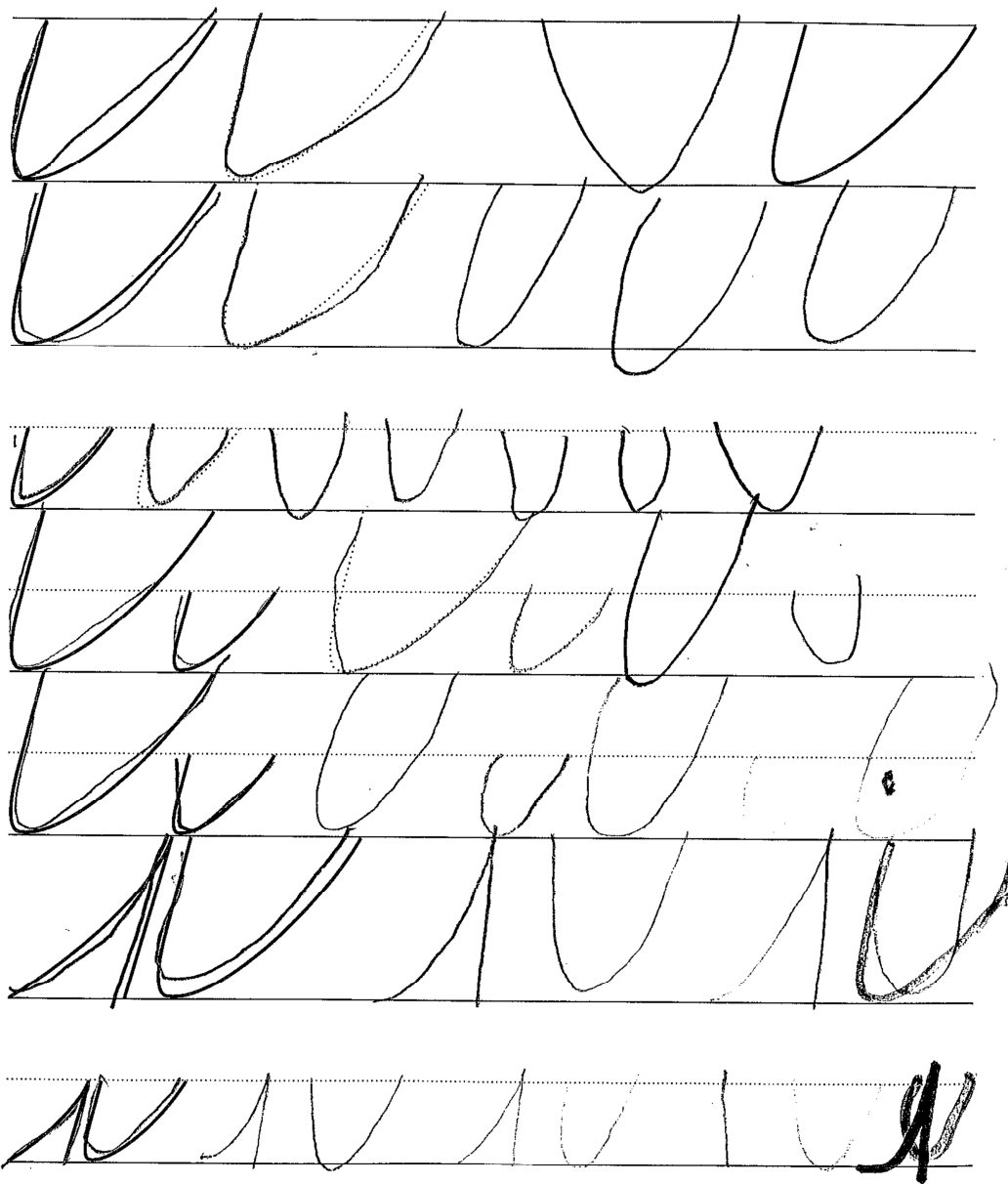
<p>Priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka/žákyně</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientuje se v prostředí školy, okolí školy a bydliště • Seznamuje se se školním řádem a pravidly bezpečného chování - snaží se je dodržovat • Seznamuje se s pravidly slušného chování a snaží se je dodržovat • Zná role rodinných příslušníků a vztahy mezi nimi, rozlišuje blízké příbuzenské vztahy • Pojmenovává nejběžnější povolání a pracovní činnosti • Zvládá jednoduchou orientaci v čase (rok, roční období, měsíce, dny) a rozlišuje děj v minulosti, přítomnosti a budoucnosti • Zná rozvržení svých denních činností • Poznává nejběžnější druhy domácích a volně žijících zvířat • Poznává rozdíl mezi dřevinami a bylinami • Seznamuje se se zásadami chování v přírodě • Uplatňuje hygienické návyky a zvládá sebeobsluhu • Vštěpování zásad bezpečného chování, aby neohrožoval zdraví své a ostatních • Uplatňuje základní pravidla silničního provozu pro chodce • Pojmenovává hlavní části lidského těla
<p>Organizace výuky</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Integrace v běžné třídě • Výuka s pomocí asistenta pedagoga
<p>Pedagogické postupy (metody a formy práce)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Časté opakování a procvičování učiva • Názorné pomůcky, obrázky • Zapojení více smyslů • Nácvik sociálních dovedností
<p>Používané učební materiály a pomůcky</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Obrázky k tématům • Pracovní sešit • Přírodniny • Ochutnávky ovoce a zeleniny
<p>Způsob zadávání a plnění úkolů</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ústně • Upřesnění a plnění úkolů s asistentem pedagoga • Neustálá kontrola porozumění zadanému úkolu
<p>Způsob ověřování vědomostí a dovedností</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ústní zkoušení • Práce v hodinách prvouky - při zapojení se do práce • Vhodně sestavené testy, doplňovačky • Práce s asistentem pedagoga
<p>Způsob hodnocení</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinovaná forma (klasifikační stupeň a slovní hodnocení)
<p>Personální zajištění úprav průběhu vzdělávání žáka/žákyně</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asistent pedagoga • Odborný asistent SPC nebo PPP

Další subjekty, které se podílejí na vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedická poradna • Psychiatr • Speciální pedagog
Spolupráce se zákonnými zástupci žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné konzultace s třídní učitelkou v rámci TS a KH • Spolupráce s asistentem pedagoga E.Jungwirthovou • Požadavky na domácí přípravu
Časový a obsahový plán vzdělávání žáka/žákyně	
Období	<ul style="list-style-type: none"> • Školní rok 2013/2014
Předpokládané individuální výstupy žáka/žákyně za dané období	<ul style="list-style-type: none"> • Orientuje se v prostředí školy • Napíše a řekne svoji adresu • Dodržuje pravidla slušného chování • Vyjmenuje roční období, dny v týdnu, části dne a orientuje se v nich • Ví kdy se narodil • Dodržuje základní hygienické návyky • Seznamuje se s částmi lidského těla • Dodržuje pravidla školního řádu • Seznamuje se s bezpečným chováním • Seznamuje se se základními pravidly účastníků silničního provozu • Reaguje na pokyny dospělých při mimořádných situacích • Vysvětluje pravidla slušného chování
Dodatečné úpravy časového plánu a obsahu učiva	
Prodloužení délky vzdělávání	
Poznámky a doporučení pro další vzdělávání žáka/žákyně	

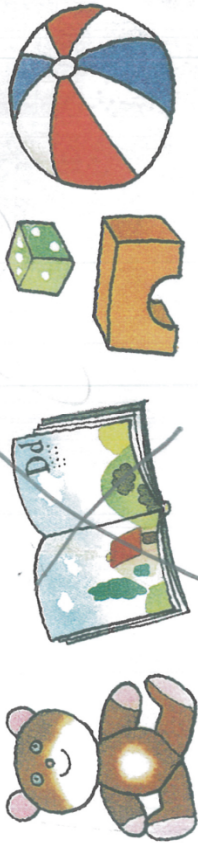
Vyučovací předmět	Angličtina
Vyučující; datum, od kdy žáka/žákyni předmětu vyučuje	Od 2.9.2013/
Změna vyučujícího v průběhu školního roku, datum změny	
Vstupní pedagogická diagnostika (aktuální stupeň dosažených vědomostí, dovedností, návyků)	<ul style="list-style-type: none"> • Znalost číselné řady 0-10 v anglickém jazyce (číslici k pojmu přiřadit neumí)
Priority vzdělávání a dalšího rozvoje žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Rozvoj dovedností k získání kompetencí, které umožňují život v běžných sociálních podmínkách • Seznámení s cizím jazykem ve zvukové podobě • Osvojení si základních výslovnostních návyků • Zvládnutí základních čísel v oboru do 10 • Zvládnutí pojmenování dnů v týdnu • Zvládnutí 4-5 pojmů ze základních témat <ul style="list-style-type: none"> ○ Barvy ○ Části těla ○ Dopravní prostředky ○ Zvířata ○ Ovoce a zelenina ○ Povolání sporty ○ Rodina - matka, otec, dcera, syn, babička, děda • Tvorba množného čísla • Časování slovesa být • Základní přídavná jména - happy, sad, good, bad, big, small
Organizace výuky	<ul style="list-style-type: none"> • Integrace v běžné třídě • Výuka s pomocí asistenta pedagoga
Pedagogické postupy (metody a formy práce)	<ul style="list-style-type: none"> • Maximální názornost • Multisenzorický přístup
Používané učební materiály a pomůcky	<ul style="list-style-type: none"> • Učebnice Happy House 1 (New Edition) • Pomocné materiály k učebnici anglického jazyka pro 1. a 2. ročník ZŠ • Karty s obrázky
Způsob zadávání a plnění úkolů	<ul style="list-style-type: none"> • Ústně • Upřesnění a plnění úkolů s asistentem pedagoga

Způsob ověřování vědomostí a dovedností	<ul style="list-style-type: none"> • Ústní zkoušení • Úroveň a kvalita domácí přípravy
Způsob hodnocení	<ul style="list-style-type: none"> • Kombinovaná forma (klasifikační stupeň a slovní hodnocení)
Personální zajištění úprav průběhu vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Asistent pedagoga
Další subjekty, které se podílejí na vzdělávání žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Logopedická poradna • Psychiatr
Spolupráce se zákonnými zástupci žáka/žákyně	<ul style="list-style-type: none"> • Pravidelné konzultace s třídní učitelkou v rámci TS a KH • Dle potřeby konzultace s vyučujícím AJ - • Spolupráce s asistentem pedagoga E.Jungwirthovou • Požadavky na domácí přípravu • Sledování a vzájemné informování o zdravotním stavu a jeho změnách
Časový a obsahový plán vzdělávání žáka/žákyně	
Období	<ul style="list-style-type: none"> • Školní rok 2013/2014
Předpokládané individuální výstupy žáka/žákyně za dané období	<ul style="list-style-type: none"> • Být seznámen s cizím jazykem ve zvukové podobě • Osvojit si základní výslovnostní návyky • Zvládat základní číslovky 0 - 10 a jejich pojmenování • Zvládnout pozdrav, přání a poděkování • Zvládnout 4-5 jednoduchých pojmů a názvů z daných témat
Dodatečné úpravy časového plánu a obsahu učiva	
Prodloužení délky vzdělávání	
Poznámky a doporučení pro další vzdělávání žáka/žákyně	

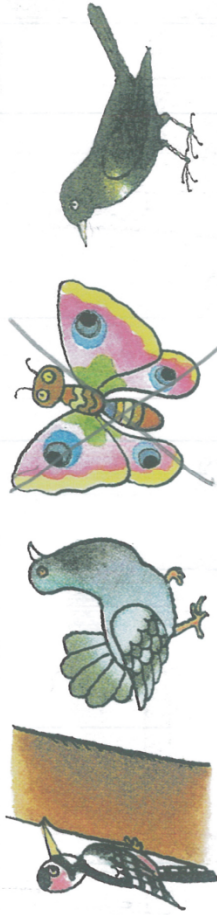
Příloha E - Ukázka práce žáka



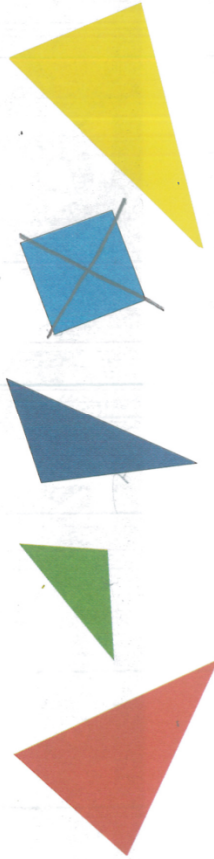
Škrtni vždy to,
co do řádku
nepatří.
Řekni, co je v něm
nakresleno
a co by tam ještě
mohlo být,
a něco z toho
dokresli.



! !
S DOPOMOCI!



! !
S DOPOMOCI!

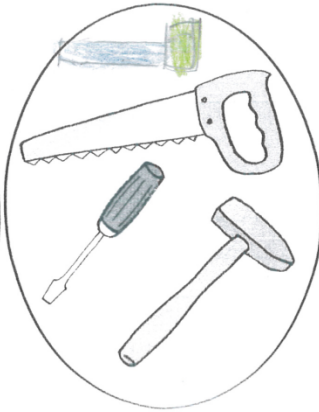




DOPLNIT NA ČTYRY' JEDEŇ DRUH KE KAŽDE' SKUPINĚ (NAPŘ. K OVOCI JAHODU) A NAMALOVAT.!



Ř12: Tvoří nadřazené pojmy s vizuální podporou



KVĚTEN 2013

deka deka deka

veka veka veka

os ov ok os ov ok

kos kos kos ka

kov kov kov kov

ková ková ková

oková oková oková

oková oková

Slabikár 37

34

1.4M

V.

K K



Klára

K K K K K K

K K K K K K

K k K k K k

Ka Ka Ka Ka Ka

Karel Karel Karel

Kamil Kamil

Katka Katka

Klára Klára Klára

Nácvik velkého písmene



září 2013



březen 2014





BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Eva Jungwirthová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinovaná

Název práce: Klady a zápory individuální integrace dítěte s LMP do běžné ZŠ

Rok: 2014

Počet stran textu: 97

Celkový počet stran příloh: 26

Počet titulů českých použitých zdrojů: 33

Počet titulů zahraničních zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 9

Vedoucí práce: PaedDr. et Mgr. Hana Žáčková