

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO**

**BAKALÁŘSKÉ PREZENČNÍ STUDIUM**

2014-2018

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Vivien Jokelová**

**Vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra  
v kombinaci s mentální retardací na prvním stupni základní  
školy speciální**

Praha 2018

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Josef Novotný CSc.

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR FULL-TIME STUDIES**

**2014-2018**

**BACHELOR THESIS**

**Vivien Jokelová**

**Education of Children with an Autistic Spectrum Disorder in  
a Combination with Mental Retardation at Special Primary  
School**

Prague 2018

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Josef Novotný  
CSc.

### **Prohlášení**

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním mé práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Vivien Jokelová.....

## **Poděkování**

Velice děkuji panu PhDr. Josefu Novotnému CSc., vedoucímu mé bakalářské práce, za jeho trpělivost, ochotu a cenné rady. Děkuji pedagogům, kteří byli ochotní podělit se v rozhovoru o své názory, a děkuji paní S., která se se mnou podělila o svůj osobní příběh.

## **Anotace**

Cílem teoretické části je uvedení do problematiky poruchy autistického spektra, mentální retardace a možnosti vzdělávání dětí postižených oběma těmito poruchami. Práce je rozdělená na třetiny, kdy v první se čtenář dočte o poruše autistického spektra jakožto o pervazivní vývojové poruše. Druhá třetina teoretické části se zaměřuje na obecné pojetí mentální retardace. V poslední, třetí třetině, se autorka zabývá vzděláváním, především na základní škole speciální a přípravném stupni. Praktická část je zaměřena na vzdělávání dětí s těžkou mentální retardací a poruchou autistického spektra na přípravném stupni.

## **Klíčová slova**

Aspergerův syndrom, autismus, diagnostika, kombinované postižení, mentální retardace, pervazivní vývojová porucha, porucha autistického spektra, přípravný stupeň, speciální pedagogika, vzdělávání, základní škola speciální.

## **Annotation**

The aim of the theoretical part is to introduce the topic of autistic spectrum disorders, mental retardation and the opportunity of educating children with both of these issues at home. The thesis is divided in three parts. The first part deals with an autistic spectrum disorder as a pervasive developmental disorder. The second part deals with mental retardation in general. In the third part, the author focuses on education, especially at a special school and at a preparatory stage. The practical part shows education of children with severe mental retardation and autistic spectrum disorder at preparatory stage.

## **Keywords**

Asperger syndrome, autism, autistic spectrum disorder, combined disability, diagnostics, education, intellectual disability, pervasive developmental disorders, preparatory stage, special pedagogy, special school.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>10</b>
<b>1 PORUCHA AUTISTICKÉHO SPEKTRA .....</b>	<b>10</b>
1.1 Příčiny PAS.....	13
1.2 Diagnostika PAS.....	15
<b>2 MENTÁLNÍ RETARDACE .....</b>	<b>18</b>
2.1 Příčiny MR.....	20
2.2 Diagnostika MR.....	21
<b>3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S PAS V KOMBINACI S MR .....</b>	<b>23</b>
3.1 Základní škola speciální.....	26
3.2 Přípravný stupeň .....	29
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>32</b>
<b>4 CÍLE A METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>32</b>
4.1 Charakteristika výzkumného souboru .....	33
4.2 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace .....	34
<b>5 ROZHOVORY .....</b>	<b>45</b>
<b>6 KAZUISTIKA .....</b>	<b>49</b>
<b>7 SHRUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....</b>	<b>52</b>
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>54</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>55</b>
<b>SEZNAM ZKRATEK.....</b>	<b>57</b>
<b>SEZNAM TABULEK A GRAFŮ.....</b>	<b>58</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>59</b>

## ÚVOD

Z historie je známo, že společnost příliš neakceptovala jedince s handicapem, považovala jej za slabého člena, jenž společnost nepotřebuje. Od doby segregace handicapovaných uběhlo několik století a dnešní společnost je otevřená tomu, nahlížet na postiženého jedince jako na lidskou bytost jako každou jinou. Bytost, která má stejná práva a povinnosti (umožňuje-li to míra postižení), stejně tak má právo na vzdělání. Problematika vzdělávání dětí s určitým postižením je stále více aktuální. Řeší se otázka inkluze, integrace handicapovaných dětí do tříd běžných základních škol. Tato práce je zaměřená zejména na vzdělávání dětí s kombinovanou vadou, konkrétně na poruchu autistického spektra a současně se vyskytující mentální retardací.

Porucha autistického spektra se řadí mezi pervazivní vývojové poruchy. Slovo pervazivní znamená všepromikající, jedná se tedy o poruchu, jenž postihuje jemnou či hrubou motoriku dítěte, emoční, kognitivní a řečové schopnosti, a celkově tak vývoj osobnosti dítěte, jeho psychosociální úroveň a adaptaci ve společnosti. Tato práce nabízí seznámení se s některými poruchami autistického spektra, jejich možnými příčinami a taktéž i s diagnostikou těchto poruch.

Velmi často se současně s poruchou autistického spektra vyskytuje mentální retardace, neboli mentální postižení, která se vyznačuje trvalým snížením inteligence. Mentální věk je buď lehce či až velmi výrazně nižší oproti chronologickému věku dítěte. Dochází tak k odlišnému vývoji dítěte, zhoršené sociabilitě a k zaostalému vývoji rozumových schopností.

Děti s poruchou autistického spektra i mentálně postižené děti potřebují pomoc především v oblasti vzdělávání a socializace, mají speciální potřeby, které jim může umožnit základní škola speciální. Do této školy nedochází jen žáci s těmito poruchami, dochází zde děti s různými kombinovanými vadami, zdaleka se nemusí jednat o nejtěžší formy, ovšem speciální škola svým žákům dokáže poskytnout právě speciální vzdělávací a výchovné potřeby, které těmto dětem pomohou ve vývoji, v hygienických návycích a začlenění se do společnosti.

Cílem této práce je teoretické seznámení čtenářů s možnostmi vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentální retardací, které vyžadují



speciální péči, a způsob výuky na základní škole speciální a přípravném stupni. Praktická část se zaměřuje na docházení žáků s těžkou mentální retardací a poruchou autistického spektra do přípravného stupně, výhody přípravného stupně a nevýhody docházení těchto žáků do běžné mateřské školy. K dosažení tohoto cíle bylo použito studium odborné literatury, dotazníkového šetření, rozhovorů a kazuistiky.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 PORUCHA AUTISTICKÉHO SPEKTRA

Jak již bylo řečeno v úvodu, porucha autistického spektra (dále jen PAS) je pervazivní vývojová porucha, postihuje tak stránku kognitivních vlastností, stránku motorickou, řečovou, emoční, socializační. Vývoj dítěte je narušen v mnoha směrech a navíc velice do hloubky, proto je pervazivní vývojová porucha považována za jednu z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Projevuje se zpravidla v prvních letech života. Ovšem zařazování dětí do jednotlivých kategorií takovýchto poruch bylo značně komplikované z důvodu překrývajících se jednotlivých poruch (např. autismus a Aspergerův syndrom), a tak došlo ke vzniku termínu poruchy autistického spektra, který je výstižnější z hlediska škály a míry symptomů (Thorová, 2016, s. 59-60).

PAS narušuje především oblast vývoje sociální interakce, komunikace a představitosti. Tyto tři oblasti jsou nazvány jako triáda problémových oblastí a jedná se o stavební pilíře hry. Je tedy zřejmé, že při odlišném vývoji těchto tří oblastí bude hra dítěte s PAS odlišná (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 21).

Lze říci, že primárně se v případě PAS jedná o poruchy komunikace. Z triády problémových oblastí je právě opožděný vývoj řeči tou první příčinou znepokojení rodičů. Z hlediska komunikace bývá u dětí s PAS narušena receptivní i expresivní složka. Receptivní složka má na starosti porozumění, expresivní složka vyjadřování. Nejedná se však pouze o poruchu verbálních projevů, narušena je i komunikace neverbální. Řeč jako taková nemusí být vždy poškozena, přesto lze vždy nalézt abnormality ve vývoji řeči.

Neverbální komunikace zahrnuje gesta, mimiku, výraz obličeje, úsměv, posturaci těla, oční kontakt, fyzickou manipulaci. Děti s PAS mají potíže s každou touto složkou, a to jak z hlediska porozumění, tak i vyjádření této složky. Je pro ně velmi obtížné dekódovat význam neverbální komunikace druhých lidí. Za neverbální vyjadřování dítěte s PAS lze považovat i problémové chování, tedy destruktivní, agresivní a sebezraňující chování, které má ovšem komunikační podtext.

U verbální komunikace je nejčastěji narušena fonetika, čili zvuková stránka lidské řeči, prozódie – zvuková stránka jazyka, dále syntax – větná skladba, sémantika – význam slov, a pragmatika – jazykový styl. V praxi se jedná o artikulační obtíže, dítě nemluví, nerozumí jazyku, nechápe rozdíl v zabarvení a důraznosti hlasu, vynechává předložky, spojky, má omezenou slovní zásobu, užívá vulgarismy (aniž by si uvědomoval sociální dopad či význam slov), skáče do řeči, nechápe metafory, nedokáže odpovědět na řečnické otázky, nechápe společenský význam konverzace (Thorová, 2016, s. 99-108).

Představivost zahrnuje rozvoj nápodoby. S narůstajícím věkem se schopnost rozvíjí až do stavu, kdy dítě dokáže přemýšlet o myslí druhého člověka. Tím získá schopnost plánování. Narušení představivosti či schopnosti imitace má u dítěte negativní dopad v několika oblastech. Jednou z nich je, že se nerozvíjí hra, což je jeden z pilířů učení a celého vývoje dítěte. Dítě také dává přednost činnostem a aktivitám, které konají děti mladšího věku a upne se tak na jednoduché stereotypní činnosti. Jejich hra neodpovídá hře vrstevníků. Představivost tedy znatelně ovlivňuje hru dítěte, kvalita a vývoj hry jsou závislé na zapojení fantazie, motoriky, úrovni myšlení a také na sociálních dovednostech, jako jsou nápodoba a sdílení pozornosti.

Pro děti s PAS je typická repetitivní aktivita, stereotypní model chování, dlouhodobé ulpívání na jednom tématu či činnosti. Většinou nedokáží zaplnit volný čas funkční aktivitou, abnormita se projevuje i se zacházením s hračkami, většinou též nefunkční a nestandardní, a právě z důvodu ulpívání na jednom tématu či aktivitě nejeví ani zájem o nové hračky a činnosti. Projevují vyšší míru zaujetí a neodklonitelnosti a naopak menší zájem o klasické hračky. Příkladem takového zaujetí, stereotypie a neodklonitelnosti může být kreslení jednoho tématu po dobu několika let, které se jeví u dětí s PAS jako běžné (Tamtéž, s. 119-122).

Děti s PAS se mnohdy snaží pochopit sociální svět pomocí logického vztahu příčina – následek. Řídí se kauzalitou. Ovšem sociální komunikace je založena na emocích, a ne na kauzalitě. Proto činí dětem s PAS problém porozumět komunikaci, chybí jim pochopit záměr komunikace, který je řídicím aspektem zdravé sociální komunikace (Beyer, Gammeltoft, 2006, s. 23-24).

Stále se setkáváme s názory jedinců ve společnosti, že dítě má autismus, je-li odtažitý, nekomunikuje, nemá zájem o fyzický kontakt, vyhýbá se očnímu kontaktu, je osamělý. V sedmdesátých letech se tuto domněnku snažila uvést na pravou míru britská lékařka Lorna Wing. Takovýto typ chování dítěte s PAS lze označit jako osamělý typ sociální interakce. Lorna Wing představila společnosti tři typy sociální interakce dětí s PAS, kromě osamělého typu se jedná o typ pasivní, který se projevuje především omezenou schopností empatie a sociální komunikace, přesto se ale tento typ dětí může začlenit do hry s vrstevníky, avšak neví přesně, jak si účelně hrát. Sociální kontakt nevyhledává, ale ani se mu nestraní. Rádo se mazlí a činí mu radost fyzický kontakt. Třetím typem je typ aktivní - zvláštní. Tento typ se vyznačuje přílišnou spontaneitou v komunikaci, dítě často překračuje hranice intimní vzdálenosti, dotýká se a hladí cizí lidi. Ulpívá na rituálech v konverzaci (pozdrav, jak se máš apod.), rádo mluví hlavně o tématu svého zájmu, vykazuje známky hyperaktivity. Celkově je tento typ považován až za sociálně obtěžující. V roce 1996 seznámila Lorna Wing společnost ještě se čtvrtým typem, kterým je typ formální, afektovaný. Jedinci spadající do této kategorie se většinou vyznačují vyšším IQ. Jsou vůči společnosti odtažití, můžou se zdát jakoby chladní, mají problém s ironií a žerty, vše chápou doslovně. Převažují encyklopedické zájmy.

Je uváděn ještě typ pátý, a to smíšený - zvláštní. Dítě se v některé situaci chová odtažitě, naopak v situaci, kterou dobře zná, je aktivní. Například v rodině se zapojuje aktivně, ale před cizími lidmi se stáhne do ústraní. Rádo tráví čas s vrstevníky nebo naopak s mladšími či staršími dětmi. Takovéto chování často projevují děti s Atypickým autismem nebo Aspergerovým syndromem (Thorová, 2016, s. 65-76).

Světová zdravotnická organizace klasifikuje pervazivní vývojové poruchy dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10 (dále jen MKN-10) jako F84, kam spadají následující jednotlivé poruchy: Dětský autismus, Atypický autismus, Rettův syndrom, Jiná dětská dezintegrační porucha, Hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyby, Aspergerův syndrom, Jiné pervazivní vývojové poruchy a Pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná ([www.uzis.cz](http://www.uzis.cz))<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Internetová adresa MKN

## 1.1 Příčiny PAS

Jedním z faktorů podílejících se na vzniku PAS jsou genetické vlivy. V 70. letech hledali souvislost genetických vlivů se vznikem autismu rakousko-americký dětský psychiatr Leo Kanner a rakouský pediater Hans Asperger, kteří v té době tuto souvislost také následně potvrdili na základě malého výzkumu. 80. léta umožnila velké zapojení při zkoumání vzniku PAS vědním oborům neurochirurgii a neuropsychologii. Stalo se tak díky potvrzení organické příčiny vzniku PAS. Průkopníky z oblasti neurochirurgie a neuropsychologie byli Edward Ornitz a Edward Ritvo z Los Angeles, kteří označili PAS za poruchu percepční integrace. Dle jejich teorie zpracovávání signálů zvenčí tzv. hluchým způsobem není dítě schopno přetvořit podnět na smysluplnou informaci. V roce 1970 dal základ neurofyziologické teorii Karl Pribram, jenž považoval za stěžejní neschopnost v kódování, uchovávání a zpracovávání sluchových podnětů. V této době se zapojila i neurochemie, konkrétně se lékaři dověděli více o neurochemických procesech v mozku. Na přelomu století je pak přikládán význam tzv. vývojovému neurobiologickému modelu příčiny vzniku PAS, který shledává příčinu v poškození mozku plodu, avšak co poškození způsobuje, to jim nebylo známo. Spekulovalo se o negativních účincích teratogenní látky, která by se mohla dostat do kontaktu s plodem, či nesprávné fungování genů, které mají na starosti organizaci struktury mozku (Tamtéž, s. 44-45).

*„Autismus je v současné době považován za polygenetickou vývojovou poruchu, která postihuje vývoj centrální nervové soustavy, což má dopad na kognitivní, neurologické a integrativní fungování člověka.“ (Tamtéž, s. 46)*

V souvislosti s dědičností bylo prokázáno, že většina rozpoznaných mutací vznikla *de novo*, tedy ještě před početím ve vajíčku nebo spermiích, nebyly tedy zděděny po rodičích. Přesto však se riziko vzniku PAS procentuálně zvyšuje u rodičů, kteří trpí jednou z pěti psychických poruch, u kterých byly zjištěny společné genetické kořeny v genomu. Jedná se o schizofrenii, poruchu aktivity a pozornosti, bipolární poruchu, depresivní poruchu a v neposlední řadě samozřejmě autismus. V případě PAS jde tedy o poruchu vrozenou.

Organické příčiny iniciují vznik PAS v 11-37 %. Většina genetických příčin, jež jsou spojovány s PAS, navozuje mentální retardaci. Epidemiologické výzkumy se potýkají s problémem, „*zda je asociace PAS zprostředkovaná přes MR, nebo přímá*“ (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 147).

Na vzniku PAS se ale podílí více faktorů, které zaměstnávají i dnešní vědce. Zkoumají se mimo jiné i vlivy prostředí a imunitní faktory (Thorová, 2016, s. 49-51).

Prostředí, respektive vnější faktory mohou taktéž ovlivnit vznik PAS z toho důvodu, že samotná lidská genetická informace může být prostředím postižena. Rizikovým se může stát průběh těhotenství, konkrétněji se dá mluvit o předčasném porodu, užívání medikace, matka je během těhotenství vystavena stresu nebo prodělala infekční onemocnění, či se může jednat o nesprávnou výživu. Ve všech těchto případech (a dalších) dochází k interakci genomu s vnějším prostředím, lidská DNA se tím může poškodit a může tak přispět ke vzniku PAS. Souvislost infekčního onemocnění matky během těhotenství se vznikem PAS si lze ukázat na příkladu z roku 1964, kdy v USA vypukla epidemie zarděnek. Počet narozených dětí s PAS značně narostl. Za další rizikové faktory se dají pokládat i věk rodičů, užívání pesticidů či chemikálií (celkově tedy znečištěné životní prostředí), PVC podlahy obsahující ftaláty nebo bydlení blízko hlavních silnic během těhotenství. Tyto faktory jsou však stále ve stadiu zkoumání.

Významná role je přikládána také již zmíněným imunitním faktorům. Deficity v imunitním systému matky či dítěte hrají též roli při vzniku PAS. Imunitní systém významně ovlivňuje nervovou soustavu a dysfunkce nervové soustavy má za následek patologické fungování a vývoj mozku. Nebezpečné jsou zejména autoimunitní a alergická onemocnění (Tamtéž, s. 52-53).

Vzájemné působení imunitního systému na nervovou soustavu začíná již v embryonálním stadiu. Stále však se nedá říci přesně, zda je dysfunkce imunitního systému relevantní či sekundární příčinou vzniku PAS (Hrdlička, Komárek, 2014, s. 148).

## 1.2 Diagnostika PAS

Obecně se lze ke stanovení správné diagnózy dostat přes tři základní stupně. V prvním stupni si osoba blízké dítěti, nejčastěji rodič, učitel, všimne zvláštního chování dítěte. Již zde se využívá screeningových metod, pomocí kterých se zjišťuje míra podezření. Nelze se však na výsledek spoléhat. Ve druhém stupni se odborníci snaží zjistit, v jakých konkrétních situacích se dítě chová zvláštně, a jak zvláštně. Třetí fáze obnáší odborné vyšetření na specializovaném pracovišti a stanovení diagnózy.

Ideální model diagnostického vyšetření je postaven na třech fázích, které zahrnují výše uvedené stupně, navíc se pracuje i s přijetím diagnózy v rodině. Tyto tři fáze jsou:

1. fáze podezření,
2. fáze diagnostická,
3. fáze postdiagnostická.

Ve fázi podezření figuruje zejména pediater, za kterým dochází rodiče s tím, že vývoj jejich dítěte probíhá odlišně, než jak by měl. Pediatr na základě diagnostických kritérií a screeningových metod poukáže na pravděpodobnost PAS. Dále je rodič s dítětem odkázán na specializované pracoviště, popřípadě si ještě rodič může vyplnit dotazník DACH<sup>2</sup>, který je zaměřen na dětské autistické chování. Dotazník DACH se neřadí mezi diagnostické metody, jde o metodu screeningovou, která rodičům či pediatrům pomůže zjistit míru podezření.

Samotná diagnostika je složena z několika diagnostických metod, postupů a lékařských vyšetření. Podílí se na ní zejména dětský psycholog či psychiatr a speciální pedagog. Dítě taktéž podstupuje vyšetření neurologická, genetická, vyšetření zraku a sluchu.

Fáze postdiagnostická je zaměřena na pomoc rodičům vstřebat informaci o postižení svého dítěte a ukázat jim cestu, jak mohou postupovat dál. Rodičům je doporučena tematická literatura, jsou odkázány na sdružení rodičů dětí s PAS, mohou využít

---

<sup>2</sup> DACH je zkratka pro Dětské Autistické CHování

internet k rozšíření svých znalostí o této problematice, mají možnost následné péče (Thorová, 2016, s. 269)

Stanovení diagnózy je komplikovaným procesem, přestože je PAS poruchou vrozenou, klinický obraz této poruchy se s věkem mění. Každé dítě navíc vykazuje abnormity v chování a ve vývoji v různé míře a v různých oblastech. Ke stanovení diagnózy je potřeba, aby se tyto abnormity projevily v prvních třech letech života dítěte. V některých případech se symptomy mohou objevit již dříve, zpravidla však vystupují na povrch v situaci, kdy sociální nároky kladené na dítě jsou již příliš vysoké vzhledem k jeho omezeným schopnostem. Ideální věková hranice pro stanovení diagnózy PAS je pět let věku dítěte. Samozřejmě lze diagnostikovat i starší jedince, avšak diagnostika je složitější. Jedním z důvodů větší komplikovanosti je potřeba rodinné anamnézy, která vyžaduje ve vyšším věku jedince pohled zpět do jeho dětství a informace nemusí být přesné. Celkově je diagnostika PAS postavena na vyhodnocování rizikového chování dětí ve třech jejich obdobích života, a to v pěti letech, po nástupu povinné školní docházky a v době adolescence (Tamtéž, s. 233).

Biologické testy zaměřené na určení PAS dosud neexistují. Diagnostika PAS se zabývá především mapováním a zkoumáním chování. Důležitou součástí je klinická zkušenost, kterou pracovník získá na specializovaných pracovištích. Je nezbytné, aby co nejvíce odborníků bylo schopno alespoň vyslovit podezření na PAS, což dopomůže k větší pravděpodobnosti objevit PAS již v raném věku dítěte. Pracovníky jsou myšleni pediatři, pedagogové, speciální pedagogové, psychiatři, psychologové a lidé pracující v pedagogicko-psychologickém centru či ve speciálně-pedagogické poradně. Nejvíce využívají právě screeningové metody, které jim poskytnou informace o abnormálním chování a vývoji. Tyto metody jsou velice hojně využívány, ovšem jak již bylo zmíněno, nelze na ně spoléhat. Jde spíše o pomůcku při znepokojení ohledně chování a vývoje dítěte. Výsledky screeningových testů mohou vyjít jako falešně pozitivní, tedy že je dítěti prisuzována PAS, přestože trpí poruchou jinou, která však může vykazovat podobné symptomy jako PAS.

V České republice jsou momentálně využívány především dvě diagnostické metody a jedna screeningová metoda. Screeningovou metodou je výše zmíněný dotazník DACH, z diagnostických metod se používá semistrukturovaná škála CARS (Childhood



Autism Rating Scale) a observační škála ADOS (Autism Diagnostic Observation Schedule).

ADOS je semistrukturovaným vyšetřením zaměřující se na komunikaci a sociální interakci jedince s podezřením na PAS, zejména na kvalitu očního kontaktu, kvalitu obličejového vyjadřování, iniciace sociálního kontaktu ad. Tato metoda je časově nenáročná a vyhodnocuje se na základě kritérií Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen MKN). I přes její vysokou senzitivitu a specificitu se nedoporučuje ADOS používat jako jedinou diagnostickou metodu.

Posuzovací škála Dětského autismu CARS je dostupná ve dvou verzích, CARS-ST je standardní varianta cílená na děti do šesti let nebo na mentálně postižené. CARS-HF je vysokofunkční verze zaměřená na děti od šesti let včetně. CARS je pokročilá screeningová metoda, která však vykazuje více falešně pozitivních výsledků, nežli ADI-R. ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) je diagnostická metoda založená na semistrukturovaném rozhovoru s rodiči jedince vykazujícího známky PAS. Přestože v České republice nepatří mezi nejvíce používané, řadí se mezi nejvíce ověřené metody založené na tomto typu rozhovoru. Nevýhodou je časová náročnost, a to 90-150 minut. U subjektu se zkoumá především komunikace, sociální interakce a stereotypní chování.

Screeningová metoda využívající se pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku je A. S. A. S. (The Australian Scale For Asperger's Syndrome). Riziko výskytu Aspergerova syndromu u dětí v dospívajícím věku či u dospělých jedinců pomůže odhalit AQ test – kvocient autistického spektra (Tamtéž, s. 269-277).

## 2 MENTÁLNÍ RETARDACE

V rámci historie nebyli vždy mentálně postižení jedinci důkazem toho, že se lidská práva vztahují i na ně. Celkově se zájem o lidská práva začal zvyšovat po druhé světové válce. Do šedesátých let bylo vydáno několik deklarací ohledně lidských práv a v této době vystoupila z davu organizace zřízená rodiči mentálně postižených dětí. Ustanovila se „*Evropská liga společností mentálně handicapovaných*“, v roce 1961 pak vznikla *Evropská sociální charta*. Cíl byl jednoznačný, hájit zájmy populace postižené mentální retardací (dále jen MR) a v *Evropské sociální chartě* již padly zmínky i o budoucnosti těchto jedinců, a to připravit je na budoucí povolání. *Evropská sociální charta* vyvolala ohlasy i v zahraničí, avšak ne příliš pozitivní, a to z důvodu, že na jedince s MR nahlížela jako na lidi nesamostatné, kteří nejsou schopni vést nezávislý život (Švarcová, 2006, s. 16-17). „*V prosinci 1971 byla Valným shromážděním OSN přijata Deklarace práv mentálně postižených osob.*“ (Tamtéž, s. 17). Mentálně postižených se také týká dokument „*Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského nebo ponižujícího zacházení nebo trestání*“. „*Úmluva o právech dítěte*“ se týká dětí a mládeže s MR a byla uzákoněna v roce 1991. V současné době je důležitým dokumentem pro mentálně postižené osoby zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (Tamtéž, s. 18-19).

Mentálně postižený jedinec je takový jedinec, u kterého došlo či dochází k „*zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování*“ (Tamtéž, s. 28). K těmto poruchám dochází vlivem organického poškození mozku a nelze tak za jedince s MR označit ty, jejichž výše uvedené problémy způsobila zanedbaná výchova.

MR lze rozlišit podle období, kdy k poškození došlo. Nastane-li opožděný psychický vývoj po oplodnění, během těhotenství a po porodu (období prenatální, perinatální a postnatální), mluví se o oligofrenii. Dojde-li u jedince k poškození mozku po prvním roce života či dále během života, jedná se o demenci. Demence se dále rozděluje na celkovou a částečnou. Celková demence postihuje téměř všechny rozumové schopnosti, částečná demence poškozuje některé dílčí složky. U demence v dětském věku se však nejedná o nevratnou reakci, přestože je jedním ze znaků MR trvalost. Není-li tedy opožděný rozumový, psychický vývoj jedince procesem trvalým,

nejedná se o MR (Tamtéž, s. 28-29). „*Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku*“ (Tamtéž, s. 29).

MR spadá dle MKN-10 do V. kapitoly – Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99), přičemž samotná MR se vymezuje od F70 po F79. MKN-10 klasifikuje MR do šesti kategorií (uzis.cz).

Tabulka 1: Klasifikace MR dle MKN-10

<b>F70-F79</b>	<b>Mentální retardace</b>	<b>IQ</b>
F70	lehká mentální retardace	50 - 69
F71	střední mentální retardace	35 - 49
F72	těžká mentální retardace	20 - 34
F73	hluboká mentální retardace)	< 20
F78	jiná mentální retardace	
F79	neurčená mentální retardace	

Zdroj: [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz)

Dítě s lehkou MR užívá běžně řeč, většinou je nezávislé v péči o vlastní osobu. To se týká obstarání si jídla, umytí se, obléknutí se. Zvládá domácí práce. Potíže se objevují ve škole, jelikož se u dítěte s lehkou MR vyskytuje dyslexie a dysgrafie. Jedince s lehkou MR lze snadno zaměstnat v práci, kde využije praktické zkušenosti namísto teoretických.

U dětí postižených středně těžkou MR je již výrazně opožděn vývoj řeči a chápání. Jejich soběstačnost a zručnost je snižena. Někteří si však dokáží osvojit trivium, tedy čtení, psaní, počítání, avšak pouze jejich základy. Co se týče práce, zvládnou vykonávat jednoduché, strukturované úkoly a manuální práci, přičemž vyžadují odborný dohled (Tamtéž, s. 33-35).

Těžká MR se podobá středně těžké MR. Velmi poškozená je motorika, kterou lze ale rozvíjet včasnou rehabilitační a vzdělávací péčí. Dále je možné rozvíjení

*„rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života“ (Tamtéž, s. 35).*

Děti postižení hlubokou MR nejsou schopni porozumět, co se po nich žádá, natož žádost vykonat. Jsou velmi omezení, často inkontinentní. Někteří jedinci jsou schopni komunikovat neverbálně. Je potřeba stálého dohledu nad nimi. Vzdělávání je obtížné a možnosti vzdělávání jsou omezené (Tamtéž, s. 36).

## **2.1 Příčiny MR**

Příčin vedoucích ke vzniku MR může být mnoho a mohou se vzájemně ovlivňovat. Rozdělují se tři hlavní faktory příčin, a to genetické hledisko a vliv prostředí a výchovy. Dále se příčiny dělí na endogenní, vnitřní, a exogenní, tedy vnější. Za endogenní příčiny se považují genetické faktory při oplodnění vajíčka. Jsou tedy v systému pohlavních buněk zakódovány. Exogenní příčiny se netýkají dědičnosti, mohou ale způsobit MR již od početí, dále během celého těhotenství, během porodu dítěte, při porodu a krátce po jeho narození. Dělí se tak dále na příčiny působící v období prenatálním, perinatálním a postnatálním. Nelze však říci, že by tyto příčiny striktně ovlivnily fungování mozku a tím způsobily MR, vnější faktory mohou být tzv. spouštěčem, který má za následek projev příčiny vnitřní, dědičnosti (Švarcová, 2006, s. 61-62).

Za nejčastější příčiny MR jsou považovány onemocnění, jež způsobila infekce v období prenatálním či postnatálním, a intoxikace. Infekci v prenatálním období může způsobit toxoplazmóza, zarděnky, pásový opar či kongenitální syfilis. V době postnatální může způsobit MR prodělaný zánět mozku. Z hlediska intoxikace může být nebezpečná toxemie matky či otrava olovem. Úraz nebo jiné fyzikální vlivy mají taktéž podíl na vznik MR, a to ať se jedná o novorozeneckou hypoxii, kdy byl dítěti při porodu mechanicky poraněn mozek, tak i došlo-li k poranění mozku v období postnatálním či nastala hypoxie. Dalšími nejčastějšími příčinami vzniku MR jsou:

- *„poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. mozková lipoidóza, hypotyreóza – kretenismus, fenyلكetonurie, glykogenózy a další),*

- *makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou),*
- *nemoci a stavy, způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus, mikrocefalie, kraniostenóza a další),*
- *anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)*
- *nezralost (stavy při nezralosti novorozence bez uvedení jiných chorobných stavů),*
- *vážné duševní poruchy,*
- *psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem velmi nepříznivých sociokulturních podmínek),*
- *jiné a nespecifické etiologie“ (Tamtéž, s. 62).*

Přes všechny tyto možné příčiny se nedá říci, že by byl výzkum příčin vzniku MR ukončen. Naopak, tyto faktory jsou minimem příčin dle slovenského profesora medicíny K. Matulaye, odborníka v oblasti MR, a až u 80 % jedinců, u nichž se vyskytuje MR, se nedá určit původ této nemoci. Pokrokem v bádání příčin vzniku MR by mohl být počítačový tomograf (Tamtéž, s. 62-63).

## **2.2 Diagnostika MR**

U diagnostiky MR je třeba zkoumat dítě komplexně, ve všech rovinách, kterými jsou biologická, psychologická a sociální. Důležitý je fakt, že MR se vyznačuje sníženou schopností adaptace, což znamená obtížné přizpůsobování se dítěte prostředí, podmínkám, navázání kontaktu s okolím. K diagnostice jsou využívány zejména testy rozumových schopností (Tamtéž, s. 37).

Rozumové schopnosti jsou v oboru psychologie označovány jako inteligence, jež je obecně definována jako „*schopnost učit se z minulé zkušenosti a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím*“ (Tamtéž, s. 32). Psychologové nejsou s definicí pojmu inteligence spokojeni a i mezi psychology navzájem dochází k neshodám ohledně tohoto termínu, jeho pojednání, vysvětlení a pojetí. Toto však nemá vliv na klasifikaci MR, která je provedena právě na základě inteligence jedince, jejíž úroveň se

vyjadřuje inteligenčním kvocieniem IQ, jež zavedl W. Stern. Inteligenční kvocienť udává „vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem.“ Matematický vzorec pro výpočet IQ je

$$IQ = \frac{\text{mentální věk}}{\text{chronologický věk}} \times 100 \text{ (Tamtéž, s. 32).}$$

V první polovině 20. století rozlišil Wechsler úroveň rozumových schopností, tedy IQ, a dodnes je jeho klasifikace nejznámější a nejužívanější. MR se vyznačuje IQ nižším než 69 (Tamtéž, s. 33).

Tabulka 2: Klasifikace IQ podle Wechslera

<b>IQ</b>	<b>Klasifikace inteligence</b>
130 a výše	značně nadprůměrná
120-129	nadprůměrná
110-119	mírně nadprůměrná
90-109	průměrná
80-89	podprůměrná
70-79	hraniční inferiorita
69 a níže	slabomyslnost (mentální retardace)

Zdroj: Švarcová, 2006, s. 33

Přesně vymezit hodnotu IQ je však problematické, hodnoty se vyznačují kolísavostí, což znamená, že při opakovaných testech je možné získat odlišných výsledných hodnot. Proto se užívá i testů jiných. Z kvantitativních metod se užívá i kazuistika, která pomůže hlouběji posoudit vývoj dítěte (Tamtéž, s. 38).

### 3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S PAS V KOMBINACI S MR

Cílem vzdělávání dětí s těžkým postižením či s kombinací více vad je dosažení určitého stupně jak vzdělanosti, tak i vycvovenosti a socializace. Velmi častá je neschopnost takto postižených dětí uspokojit své základní potřeby, kterými jsou dle Vítkové:

- *„potřeba zamezení hladu, žízní a bolesti,*
- *potřeba podnětů, změny a pohybu,*
- *potřeba jistoty a stability – spolehlivost vztahů,*
- *potřeba vazby, být někým přijat, potřeby něhy,*
- *potřeba uznání a sebeúcty,*
- *potřeba nezávislosti, samostatnosti a sebeurčení“ (Opatřilová, 2008, s. 22).*

Vzdělávání dětí postižených více vadami se řídí jistými zákonitostmi a pravidly, kterými lze dosáhnout stanovených cílů. Především se jedná o tři zásady uvedené Moorovou. První z nich je zásada, kdy je potřeba dotyčného nejdříve poznat a až poté ho začít vychovávat. Druhá zásada se týká samotného postižení ve smyslu nejt proti tomuto postižení, ale edukovat ve prospěch jedince s postižením. Třetí zásada sděluje, že je potřeba vychovávat nejen postiženého jedince, ale také jeho okolí (Tamtéž, s. 26).

Vzdělávání žáků s těžkou MR v kombinaci s jinými vadami, včetně PAS, vyžaduje individuální přístup a s tím související individualizovaný typ vzdělávání. Během vzdělávání nesmí být opomíjena rehabilitační tělesná výchova a relaxační činnosti. Žáci postižení PAS a MR nemají příliš rozvinuté psychické funkce, především paměť, pozornost i například volní vlastnosti potřebné k osvojení si učení, proto jsou cíle vzdělávání upraveny k jejich dovednostem a nelze tak očekávat dosažení běžného základního vzdělání. U těchto žáků je primární podporovat rozvoj komunikačních dovedností a pohybové samostatnosti, částečnou sebeobsluhu, soběstačnost a sebehygieny. Nesmí se zapomínat na kultivaci osobnosti žáka, což znamená rozvíjení zájmů žáka, výtvarných, hudebních a pracovních schopností či dovedností (Pipeková, 2010, s. 35-36). Během procesu vzdělávání se uplatňují různé metody, prostředky

a formy samotného vzdělávání (Opatřilová, 2008, s. 27). Velmi často jsou využívány alternativní a augmentativní formy komunikace (dále jen AAK) (Pipeková, s. 35).

AAK jsou systémy, které podporují (augmentativní) již existující komunikační schopnosti, které však nedostačují v běžném dorozumívání se. Alternativní systémy řeč přímo nahrazují. Tyto systémy mohou fungovat bez pomůcek či se užívají pomůcky jak technické, tak i netechnické. Je také potřeba využít všech zbylých forem komunikace u jedince, a to mimiku, gestikulaci, vokalizaci a popřípadě zbytek mluvené řeči (Šarounová a kol., 2014, s. 9-10). Mimika, přirozená gesta, cílený pohled a komunikace akcí spadají do metod AAK bez pomůcek a není potřeba se této formě komunikace učit. Také ale do této kategorie patří manuální znaky, které jsou vkládány do mluvené řeči a jimž je třeba se učit. V České republice se z těchto znaků využívají u slyšících klientů nejvíce Makaton, Znak do řeči a Znaky podle Anity Portmann. Makaton je devítistupňový program, vždy se začíná od prvního stupně, přestože mentální věk dítěte přesahuje stupeň první. Znaky jsou zasazeny do gramatické řeči a jsou také provázeny výrazem v obličejí. Tyto znaky vycházejí ze znakového jazyka příslušné země, přičemž jsou zjednodušeny z hlediska motorické náročnosti. Znak do řeči je přebrán taktéž ze znakového jazyka a používají se buď jednotlivé znaky, nebo fráze. Znaky jsou rozděleny do 15 okruhů, kam spadají především podstatná jména, ale i jiné slovní druhy týkající se daného okruhu. Hranice okruhů nejsou pevně dané, některá slova či slovní spojení mohou být řazeny do několika kategorií (např. být smutný – kategorie pocity nebo přídavná jména). Znaky podle Anity Portmann fungují na podobném principu jako Makaton a Znak do řeči a vytvořila je švýcarská logopedka Anita Portmann. Tyto znaky v mluvené řeči jsou využívány především u malých dětí a dětí postižených MR. Je však potřeba, aby tyto děti byly schopné z hlediska motoriky znaky provést. Méně časté je využití u dětí s PAS, jelikož se do obecného podvědomí lidí rozšířila informace o tom, že děti s PAS těmto znakům nerozumějí. Přesto výzkumy tvrdí opak a výsledkem několika výzkumů je závěr, že užívání gest a znaků je velmi efektivní prostředek ke komunikaci právě s lidmi s PAS (Tamtéž, s. 14-16).

Mezi netechnické pomůcky, tedy pomůcky nevyžadující zdroj energie, se řadí předměty jakožto trojrozměrné zobrazení, dále fotografie, grafické symboly, kam patří Symboly PCS (Picture Communications Symbols), Piktogramy (PICS – Pictogram



Ideogram Communications Symbols), Bliss systém či komunikační tabulky (Tamtéž, s. 16-23). Nejužívanější technickými pomůckami jsou komunikátory, počítače a speciální komunikační softwary. Český komunikační software zejména pro tvorbu komunikačních tabulek se nazývá Altík (Tamtéž, s. 34-46).

Všechny výše uvedené metody, bez pomůcek či s oběma typy pomůcek, lze využít pro komunikaci s dětmi s MR. Ovšem musí se vzít v potaz individualita jedinců, tzn. každé dítě trpící MR preferuje jiný typ komunikace, např. jednomu dítěti vyhovují spíše fotografie, jiný komunikuje prostřednictvím mluvené řeči a znaků a u některého dítěte se osvědčí metoda komunikace s technickými pomůckami. Tento fakt je dán schopností dítěte identifikovat symbol, mírou užívání mluvené řeči, motorickými dovednostmi. U dětí s těžkou a hlubokou MR se zpravidla užívají nejjednodušší manuální znaky, které mohou jednak dítě zaujmout a tím se získá jejich pozornost a navíc se zpomalí mluvená řeč, čím se do popředí dostanou klíčová slova. Dítěti lze také dát na výběr ze dvou konkrétních možností nebo prostřednictvím obrázku či fotografie může dítě přijít s žádostí o tu konkrétní věc, kterou může ihned obdržet. V neposlední řadě se u dětí s nejtěžšími formami MR používají komunikátory (Tamtéž, s. 102-106).

U dětí s PAS platí úplně stejně, jako u dětí s MR, možnost použití všech forem AAK s přihlédnutím k individualitě dítěte. Nutno ale zmínit metodu používanou pro komunikaci s dětmi s PAS, která nebyla popsána u komunikace s dětmi s MR, a tou je program PECS (The Picture Exchange Communications System) (Tamtéž, s. 110-111). Tento program je zacílen na rozvoj sociální komunikace. Jde o výměnný obrázkový komunikační systém, a jak již název prozrazuje, dítě komunikuje pomocí obrázků, díky čemuž se naučí navozovat kontakt s jinou osobou, aniž by ho k tomu musela vést osoba druhá. Další výhodou týkající se taktéž samostatnosti komunikovat je, že si dítě samo určí komunikačního partnera. Obrázky jsou jednoduché a je tak zamezeno případnému nepochopení předávané informace. Program je vhodný pro mluvící i nemluvící. Program je rozdělen do šesti stupňů. Nejdříve se dítě učí iniciovat kontakt, poté se učí používat obrázek jakožto prostředek k dosažení cíle. Často po tomto kroku následuje odměna dítěti. Dále má za úkol vybrat obrázek, kterým taktéž dosáhne cíle, z více předložených obrázků. Čtvrtý stupeň tvoří skladba jednoduchých vět z obrázků.

V pátém stupni užívá dítě obrázek jako odpověď na jednoduchou otázku (např. Co chceš?) a v šestém stupni je již dítě schopno pomocí obrázků komentovat okolní dění (věci, situace). Program PECS může využívat kdokoliiv kdekoliiv, rodiče doma nebo pedagogové ve školách, atd (Jelínková, 2008, s. 107). Z tohoto programu čerpá u nás známý VOKS, výměnný obrázkový komunikační systém. (Šarounová a kol., 2014, s. 111).

Odborníci speciálního vzdělávání dětí s PAS z Univerzity Severní Karolíny sestavili program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) určené pro děti s PAS a děti trpící poruchou dorozumívání. Jedná se o terapeutický program behaviorálního rázu, založený na principech učení. Stavebním kamenem programu TEACCH se stala spolupráce s rodiči, jejich zkušenosti a názory, které přispěly k určení priorit programu (Švarcová, 2006, s. 152). TEACCH je program strukturovaný. Autoři připomínají, že tento program neslouží jako návod, nýbrž jde o inspiraci, jak s dítětem s PAS pracovat. Následující body tvoří „*hlavní zásady TEACCH programu*“:

- *identifikace a další rozvíjení naznačovaných dovedností,*
- *komunikace s vizuální podporou,*
- *strukturované učení – důsledné strukturování prostoru, času i postupu práce,*
- *individuální přístup založený na individuálním hodnocení,*
- *úzká spolupráce s rodiči,*
- *pozitivní přístup jak k rozvíjení schopností, tak k nápravě problémového chování,*
- *návaznost a komplexní nabídka služeb“* (Jelínková, 2008, s. 92).

### **3.1 Základní škola speciální**

Žáci vyžadující speciální vzdělávání mají možnost vzdělávání na základní škole speciální (dále jen ZŠS), dříve pomocné škole. Hlavním bodem ZŠS je výchovná a vzdělávací činnost, která nabízí žákům základní, elementární vědomosti a dovednosti.

Je kladen důraz na vytvoření návyků usnadňující jedincům adaptaci jak v běžném tak pracovním životě, a rozvíjení nejen duševní, ale také tělesné stránky žáka. Vše je postaveno na respektu k individualitě jedince (Švarcová, 2006, s. 79). Vzdělávání těchto žáků je uskutečňováno pomocí podpůrných opatření, jež jsou definovány ve vyhlášce Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (dále jen MŠMT) č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (Tamtéž, s. 72-73). Jedná se o speciální metody a postupy při vzdělávání, pomůcky určené k rehabilitaci, ke vzdělávání či pomůcky kompenzační, speciální učebnice, ale také *„zařazení předmětů speciálněpedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě“* (Tamtéž, s. 73).

ZŠS je dle školského zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen školský zákon), určena pro žáky se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, pro žáky s kombinovanými vadami a pro žáky s autismem. Pro umístění dítěte do ZŠS je potřeba doporučení školského poradenského zařízení a taktéž písemné žádosti zákonného zástupce dítěte. ZŠS je rozdělena stejně jako běžná základní škola na dva stupně, ovšem rozdělení tříd do dvou stupňů se liší i z toho důvodu, že ZŠS má deset ročníků. První stupeň ZŠS zahrnuje první až šestý ročník, druhý stupeň pak sedmý až desátý ročník (§ 48). Desátý ročník povinný není, avšak je velmi potřebný pro vzdělávání žáků s těžkou až hlubokou MR (Švarcová, 2006, s. 79).

Dle vyhlášky 27/2016 Sb., je možno vyučovat ve třídě, oddělení či studijní skupině *„nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k věku a speciálním vzdělávacím potřebám žáků. Pokud z doporučení školského poradenského zařízení vyplývá, že by počet žáků podle věty první nepostačoval k naplňování jejich vzdělávacích možností a k uplatnění jejich práva na vzdělávání, má třída, oddělení a studijní skupina nejméně 4 a nejvíce 6 žáků“* (§ 25, odst. 1).

Dále vyhláška uvádí, že žáci na ZŠS *„mohou mít na prvním stupni nejvýše 5 vyučovacích hodin v dopoledním vyučování a 5 vyučovacích hodin v odpoledním vyučování; na druhém stupni nejvýše 6 vyučovacích hodin v dopoledním vyučování a 6 vyučovacích hodin v odpoledním vyučování“* (§ 24, odst. 2). Ve třídách ZŠS

„mohou být zařazeni žáci 2 i více ročníků, popřípadě prvního i druhého stupně“ (§ 24, odst. 3).

Školský zákon definuje školní vzdělávací program, jenž se řídí rámcovým vzdělávacím programem, který stanovuje „zejména konkrétní cíle vzdělávání, délku formy, obsah a časový plán vzdělávání.“ Taktéž jsou zde stanoveny podmínky pro žáky, jež vyžadují speciální vzdělávací potřeby (§ 5, odst. 2). Pro děti se závažným mentálním postižením v kombinaci s více vadami či autismem se dle Rámcového vzdělávacího programu pro obor vzdělání základní škola speciální vzdělávací (dále jen RVP ZŠS) obsah dělí do pěti základních vzdělávacích oblastí, které tvoří vždy jen jeden obor. Oblasti lze však pro výuku spojovat:

- „Člověk a komunikace (Rozumová výchova, Řečová výchova),
- Člověk a jeho svět (Smyslová výchova),
- Umění a kultura (Hudební výchova, Výtvarná výchova),
- Člověk a zdraví (Pohybová výchova, Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova)
- Člověk a svět práce (Pracovní výchova) (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální, VÚP 2008, s. 76).

Vzdělávací obsah směřuje k utváření klíčových kompetencí, kterými podle RVP ZŠS jsou:

- „kompetence k učení,
- kompetence k řešení problémů,
- kompetence komunikační,
- kompetence sociální a personální,
- kompetence pracovní“ (Tamtéž, s. 74-75).

Pojmem klíčové kompetence je chápán jako *soubor předpokládaných vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj, další uplatnění jedince a jeho maximálně možné zapojení do společnosti*“ (Tamtéž, s. 13).

Důležitým, velmi závažným cílem ZŠS, je naučit žáky trivium základních vědomostí, tzn. naučit žáky číst, psát a počítat. Osvojení si těchto dovedností má pro

jejich budoucí život mimořádný význam. Výuka psaní má mimo jiné největší vliv na rozvoj jemné motoriky (Švarcová, 2006, s. 82).

Pro ZŠS je podle RVP ZŠS stanoven rámcový učební plán (dále je RUP)<sup>3</sup>. „Celková povinná časová dotace je stanovena pro vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami v 1. – 10. ročníku ZŠS na 210 hodin“ (Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální, VÚP 2008, s. 93).

### 3.2 Přípravný stupeň

Předškolní vzdělávání žáků s PAS a MR lze vykonat v mateřské škole, v přípravné třídě či v přípravném stupni. Přípravná třída při základní škole je většinou určena dětem se sociálním znevýhodněním, přičemž školní docházka je zpravidla jeden rok. Děti v přípravné třídě jsou ve věku pěti let, nebo ve věku šesti s odkladem povinné školní docházky. Přípravná třída se nezapočítává do povinné školní docházky. Předškolní vzdělávání je pro děti ve věku od tří do šesti, popřípadě sedmi let a je stanoveno školským zákonem, vyhláškou MŠMT č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání a vyhláškou MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (Pipeková, 2010, s. 296-297).

Přípravný stupeň může dle školského zákona zřídit zřizovatel ZŠS a to na základě souhlasu krajského úřadu, není-li zřizovatelem kraj či ministerstvo (§ 48a). Tento typ předškolní výuky je určen především žákům s těžkou až hlubokou MR, kombinovaným postižením či PAS. Děti s takovýmto typem postižení byly v dřívější době zpravidla osvobožovány od povinné školní docházky a okolí včetně odborníků je považovali za nevzdělatelné. Tuzemské a zahraniční zkušenosti však již dokazují, že jsou tyto děti schopné vývoje (Švarcová, 2006, s. 83-84).

Největší český myslitel oboru pedagogika Jan Amos Komenský se vyslovil ke vzdělatelnosti takto: „*Má-li se člověk státi člověkem, musí být vzděláván... Řekneš:*

---

<sup>3</sup> Ukázka RUP pro ZŠS je uvedena v příloze A.

*Nicméně jsou lidé velmi tupého ducha, do nichž se nemůže vpravit nic. Odpovídám: Sotva může být tak zašpiněné zrcadlo, aby aspoň nějakým způsobem nezachycovalo obraz, sotva může být tak drsná tabule, aby se přece něco a nějak nemohlo na ni napsat. Ostatně, je-li zrcadlo znečištěno prachem nebo skvrnami, má se dříve otřít, a je-li tabule drsná, má se uhladit, tak jich bude možné užívat. Tak i mladí lidé, jen když budou hlazeni a broušení, budou vybroušeni a uhlazeni jedni od druhých, takže konečně všichni budou chápat všechno.“ (Komenský In: Švarcová, 2006, s. 22).*

Vzdělávání žáků s těžkým postižením ovšem vyžaduje velkou znalost oboru speciální pedagogika, dále je potřeba pedagogických schopností a především zájem o vzdělávání těchto žáků. Z hlediska prostoru, kde výuka probíhá, je potřeba změn, a to zejména ve speciální úpravě školy a jejího prostředí, potřeba je také disponovat speciálními učebními pomůckami, kompenzačními pomůckami apod. Velkou část problematiky vzdělávání těžce postižených dětí tvoří vysoké finanční náklady. Jak bylo uvedeno výše, školní prostředí je potřeba speciálně upravit pro postižené děti (bezbariérový přístup, speciální vozíky pro děti), finančně náročné je i pořízení daných pomůcek a v neposlední řadě se finanční náročnost projevuje i v dopravě dětí do školního zařízení a potřeba více pedagogů, asistentů pedagoga, vychovatelů (Švarcová, 2006, s. 83-84).

Přípravný stupeň může navštěvovat žák od pěti let věku, nebo dítě s odkladem povinné školní docházky. Přípravný stupeň je jednoletý až tříletý a je rozdělen na třídy. Ve třídě je možno vzdělávat minimálně čtyři děti a maximálně šest dětí. Zřídí-li se přípravný stupeň mimo ZŠS, musí splnit podmínku přijetí nejméně dvanácti žáků. Přípravný stupeň, jenž zřizuje kraj, obec či stát je bezplatnou službou.

Cílem přípravného stupně je umožnit vzdělávání právě těžce postiženým žákům, kteří by v dřívější době byly od povinné školní docházky osvobozeny. Tito žáci musejí mít předpoklad rozvoje svých schopností, aby se poté mohly vzdělávat v ZŠS. Důležitou roli zde hrají rodiče, zejména spolupráce rodičů se školou a možnost rodičů dvě děti do školního zařízení dovážet či dopravu zajistit jinak, ZŠS v České republice nejsou totiž dosud vybaveny dopravními prostředky určenými pro přivážení dětí do těchto zařízení (Tamtéž, s. 84).

V dokumentu vydaném MŠMT Informace MŠMT o přípravném stupni základní školy speciální, č. j. 6123/2009-61<sup>4</sup> se uvádí rozsah učebního plánu přípravného stupně, a to 20 hodin týdně. Důraz je kladen především na výchovu smyslovou a rozumovou. Školní vzdělávací program pro přípravný stupeň vychází ze školského zákona § 5 odst. 2, jedná se o školský vzdělávací program, jenž nevychází z RVP. Po absolvování přípravného stupně obdrží dítě osvědčení a mají dále možnost studia na ZŠS či si rodiče mohou zvolit jiný typ následného vzdělávání. „*Uplatňovaný vzdělávací program pro přípravný stupeň byl vypracován ve spolupráci s VÚP<sup>5</sup> a schválen pod č. j. 24 035/1997-22 Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy.*“ (Informace MŠMT o přípravném stupni základní školy speciální, č. j. 6123/2009-61, s. 1-2).

V tomto dokumentu je uveden obsah vzdělávání včetně učebního plánu přípravného stupně<sup>6</sup> (Švarcová, 2006, s. 84-85).

Žáka v přípravném stupni hodnotí pedagog, a to slovně. Důležitou roli hraje motivace žáka i rodičů k dalším činnostem a také je možné slovně ohodnotit schopnosti a dovednosti žáka, především vyzvednout, co žák zvládl (Tamtéž, s. 85).

---

<sup>4</sup> Dostupné na: [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz).

<sup>5</sup> Výzkumný ústav pedagogický v Praze.

<sup>6</sup> Ukázka učebního plánu přípravného stupně je uvedena v příloze B.

## **PRAKTICKÁ ČÁST**

### **4 CÍLE A METODY VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ**

Vzhledem ke stanovenému, níže popsanému, cíli, jímž je zejména obecné pojetí přípravného stupně, si autorka ne zvolila hypotézy, nýbrž výzkumný úkol, který má seznámit se vzděláváním na přípravném stupni, přičemž výzkumné metody byly použity při komunikaci s pedagogy pracujícími v tomto školním zařízení.

#### **Cíle výzkumného šetření**

Cílem praktické části bakalářské práce je proniknout do problematiky vzdělávání dětí s těžkou MR a souběžně s PAS v přípravném stupni ZŠS, autorka zjišťovala výhody předškolního vzdělávání těchto žáků v přípravném stupni a zároveň možné nevýhody vzdělávání v běžné mateřské škole. Přípravný stupeň je zřizován při ZŠS, výuka je tříletá, přesto žák může navštěvovat přípravný stupeň po dobu jednoho až tří let. Může si zde splnit povinný ročník předchozího vzdělávání nebo mohou rodiče tohoto školního zařízení využít jako tříletý cyklus strukturovaného vzdělávání, který bude následně aplikován v ZŠS s užším zaměřením na vzdělávání. Do ZŠS mohou ale nastoupit žáci, kteří nepodstoupili vzdělávání v přípravném stupni, v jedné třídě ZŠS mohou tak být žáci předškolně vzděláváni v běžné mateřské škole či v přípravném stupni. Autorka se tak zabývala i možným rozdílem mezi těmito dětmi, kdy každý absolvoval jiný typ předškolního vzdělávání. Dále se autorka velmi okrajově zabývá uzákoněním přípravného stupně jakožto povinné předškolní docházky dětí s těžkou MR a PAS, spíše jde tedy o názor speciálních pedagogů a doporučením speciálních pedagogů navštěvovat přípravný stupeň a jak dlouho.

#### **Výzkumný úkol**

Vzdělávání dětí s těžkou MR s PAS v přípravném stupni ZŠS.



## Metody výzkumu

Během šetření výzkumného úkolu použila autorka kvantitativní metodu standardizovaný dotazník<sup>7</sup> a taktéž kvantitativné metodu rozhovor<sup>8</sup>, dále kazuistiku. Dotazníkové šetření autorka zamýšlela vynechat, a to z důvodu negativního naladění respondentů, přesto se však našlo pár pedagogů, kteří byli ochotní dotazník vyplnit. Otázky vyplývají z nastudované odborné literatury, přičemž autorku zajímá osobní názor pedagogů, jenž se pohybují v oblasti vzdělávání dětí s těžkou MR a PAS. Dotazník autorka vytvořila v elektronické podobě na internetových stránkách [www.vypln.to](http://www.vypln.to). Zvolení této možnosti usnadnilo respondentům vyplňování dotazníku a autorce sběr dat. Dotazník obsahoval 8 otázek s volbou odpovědi a 2 otázky rozepisovací. Autorka oslovila ředitele/ředitelky pěti ZŠ s přípravným stupněm s žádostí o spolupráci. Ředitelé těchto škol souhlasili, autorka jim tedy zaslala odkaz na konkrétní dotazník přes e-mailové adresy a ředitelé jej dále rozeslali mezi své zaměstnance – pedagogy. Výsledek dotazníkového šetření je pro autorku k nalezení na daných stránkách pod ní zadaným heslem. Rozhovor autorka vedla s pedagogy pohybující se taktéž v této oblasti. Kazuistika se týká žáka s velmi těžkým kombinovaným postižením, jenž navštěvoval přípravný stupeň a následně ZŠS.

### 4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Jak již bylo sděleno výše, dotazník byl zaslán ředitelům pěti ZŠS se zřízeným přípravným stupněm, kteří slíbili rozeslat dotazník mezi své zaměstnance. Očekávání bylo přibližně 40 – 50 respondentů, zúčastnilo se jich však pouze 8. Výzkumné šetření tudíž není možno stavět na této metodě, jde spíše o doplnění. Autorka se domnívá, že se dotazníkového šetření zúčastnili pedagogové ad., působící jenom na přípravném stupni, přesto že se dotazníku mohli zúčastnit i pedagogové působící na ZŠS, kteří následně děti z přípravného stupně dále vzdělávají. V tomto případě se tak mohlo stát nedorozuměním mezi autorkou a řediteli oslovených škol, nebo se může jednat již

---

<sup>7</sup> Ukázka nevyplněného dotazníku je uvedena v příloze C.

<sup>8</sup> Ukázka otázek pro rozhovor je uvedena v příloze D.

o zmíněné negativní naladění pedagogů na vyplňování dotazníků a poskytování rozhovorů.

## **4.2 Výsledky dotazníkového šetření a jejich interpretace**

Autorka již výše uvedla, že dotazník obsahoval celkem 10 otázek. 8 z nich si vyžadovalo označení jedné z daných možností, a to buď „ano“, „nevím“, „ne“, nebo „souhlasím“, „spíše souhlasím“, „nevím“, „spíše nesouhlasím“, „nesouhlasím“. Dvě otázky byly volné, kam mohli respondenti napsat stručně svůj názor. Autorka zde uvádí výsledky jednotlivých otázek, osm z nich je zpracovaných do grafu, u dvou rozepisovacích otázek jsou odpovědi respondentů uvedeny v tabulce a vyhodnoceny nejčastější odpovědi.

### **Názor pedagogů na docházení dětí s PAS a těžkou MR do přípravného stupně.**

Z celkového počtu 8 respondentů odpovědělo všech 8 „ano“, tedy 100 % respondentů doporučuje dítěti s PAS a s těžkou MR navštěvovat přípravný stupeň ZŠS.

Graf 1: Doporučil/a byste přípravný stupeň dětem s PAS v kombinaci s těžkou MR?



### **Docházení dětí s PAS a těžkou MR souběžně do přípravného stupně dané ZŠS.**

Z 8 respondentů uvedlo 7, 87,5 %, že k nim do přípravného stupně v současné době dochází děti se souběžným postižením PAS a těžké MR. 1 respondent, 12,5 %, uvedl, že se nyní v jejich přípravném stupni takto postižené dítě nevzdělává.

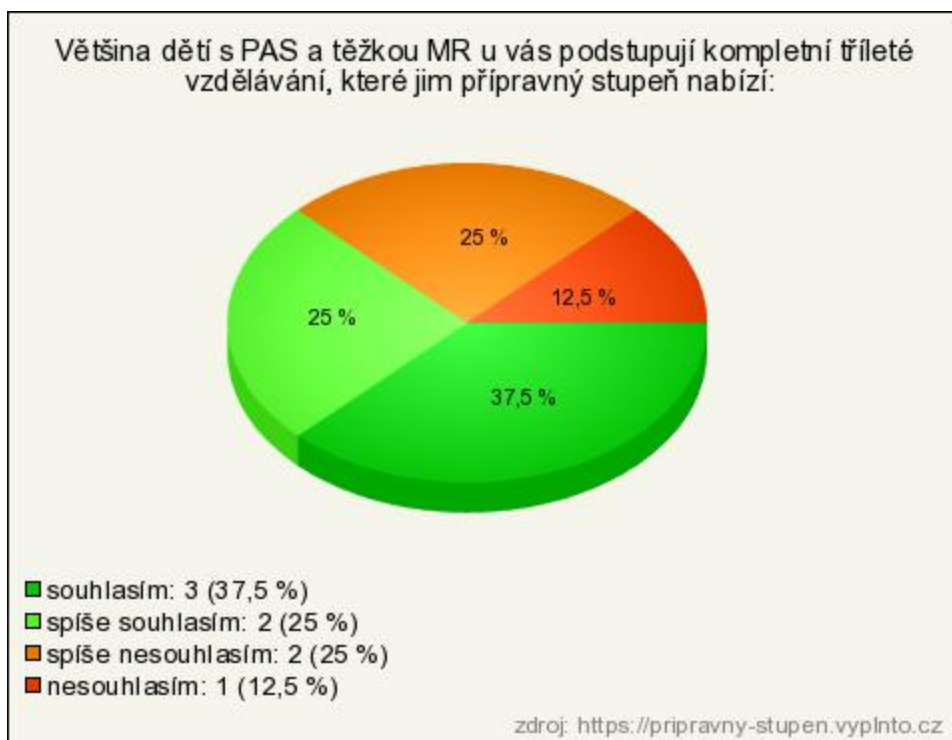
Graf 2: Dochází k Vám do přípravného stupně děti s kombinovaným postižením PAS a těžké MR?



### Docházení dětí do přípravného stupně po dobu tří let.

Z 8 respondentů uvedli 3, tedy většina – 37,5 %, že děti postižení PAS s těžkou MR většinou odchodí v přípravném stupni celé tři roky, které jim přípravný stupeň nabízí. 2 respondenti, 25 %, uvedli, že takto postižení děti spíše dochází celé tři roky, stejné množství respondentů uvedlo, že spíše dítě neodchodí celé tři roky. 1 respondent, 12,5 %, nesouhlasí s hypotézou, že by děti většinou docházely do jejich přípravného stupně celé tři roky.

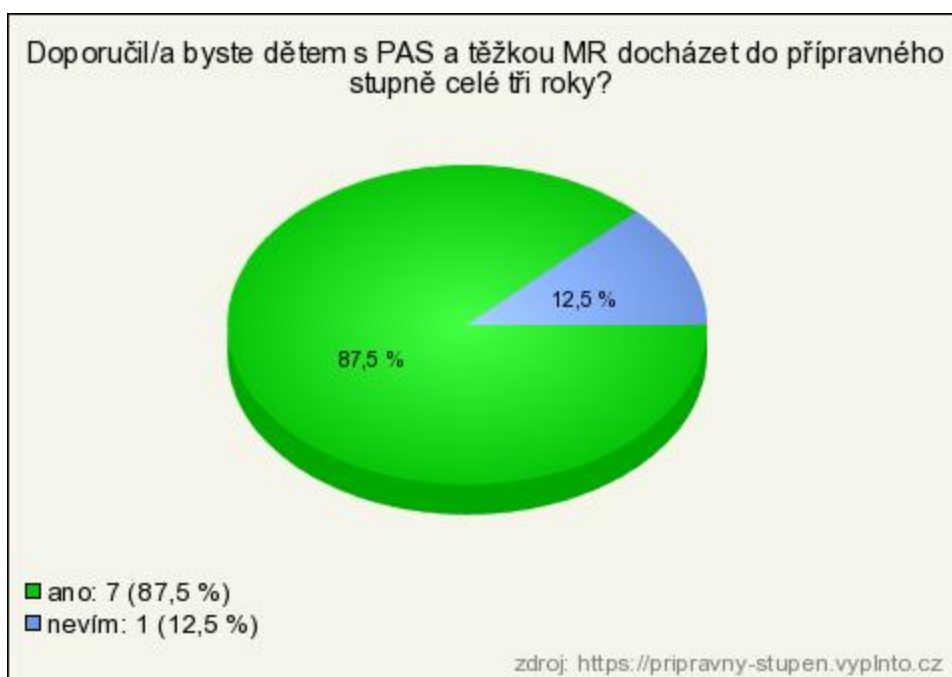
Graf 3: Většina dětí s PAS a těžkou MR u Vás podstupují kompletní tříleté vzdělání, které jim přípravný stupeň nabízí.



### Názor pedagogů na kompletní tříleté vzdělávání v přípravném stupni

Většina z respondentů, 7 z 8, tedy 87,5 %, shledává za rozumné, aby děti s PAS souběžně s těžkou MR využili možnost tříletého vzdělávání v přípravném stupni. 1 z respondentů, 12,5 %, si není jist, zda by dítě mělo absolvovat celé tři roky přípravného stupně.

Graf 4: Doporučil/a byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?



#### **Rozdíl v ZŠS mezi dětmi, jež navštěvovali přípravný stupeň a běžnou mateřskou školou.**

6 respondentů, 75 %, uvedlo, že je patrný rozdíl v žácích v ZŠS, kteří dříve absolvovali předškolní vzdělávání v přípravném stupni a těmi, co absolvovali předškolní vzdělávání v běžné mateřské škole. 2 respondenti, 25 % uvedlo, že neví, zda lze mezi těmito žáky spatřit rozdíl na základě rozdílného předškolního vzdělávání.

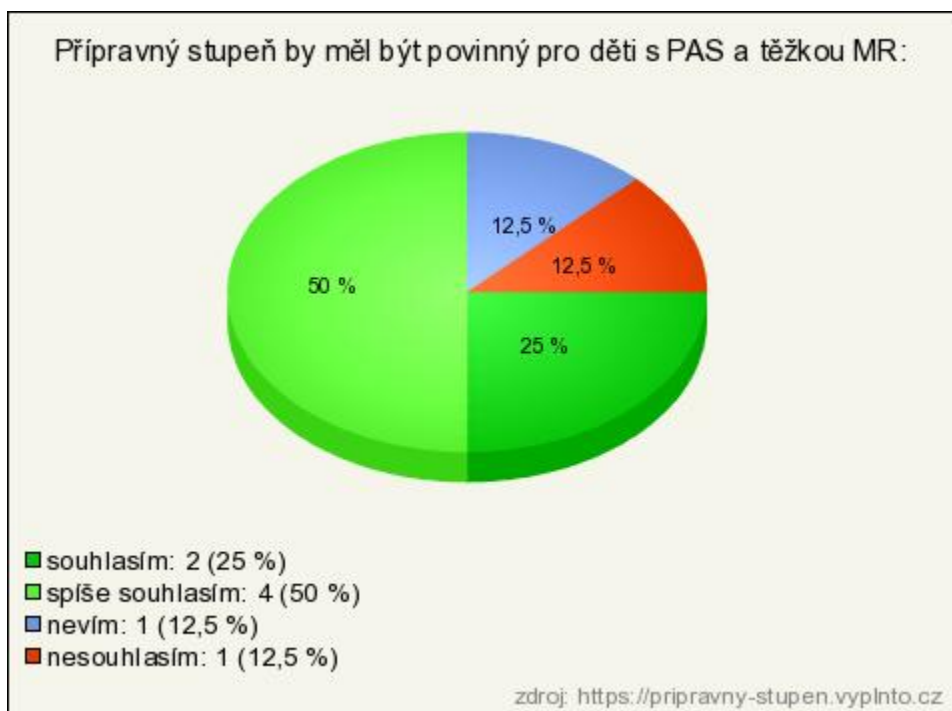
Graf 5: Lze zaznamenat rozdíl v ZŠS mezi dítětem, které docházelo do přípravného stupně a tím, které docházelo do běžné třídy v mateřské škole?



### **Povinná docházka přípravného stupně pro děti s PAS a těžkou MR.**

2 respondenti, 25 %, souhlasí s názorem, že by přípravný stupeň měl být pro děti s tak těžkým postižením, jako souběžné postižení PAS a těžké MR, povinný. 4 respondenti tvořící 50 % z dotazovaných se k této variantě přiklání, avšak ne striktně. 1 respondent, 12,5 %, si tímto není jistý a 1 respondent, 12,5 % tuto variantu zamítá.

Graf 6: Přípravný stupeň by měl být povinný pro děti s PAS a těžkou MR.

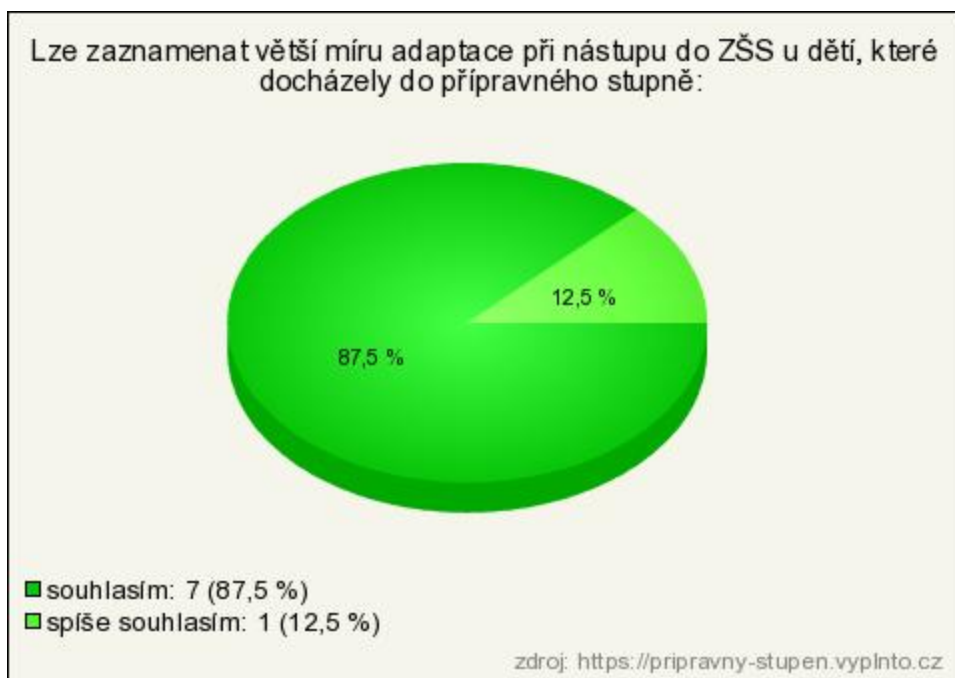


### **Míra adaptace dětí v ZŠS absolvujících přípravný stupeň.**

7 respondentů, 87,5 %, uvedlo, že lze u dítěte zaznamenat větší míru adaptace při nástupu do ZŠS, pokud prošlo přípravným stupněm. 1 respondent, 12,5 %, se s odpovědí „spíše souhlasím“ více méně přiklání k názoru ostatních respondentů.



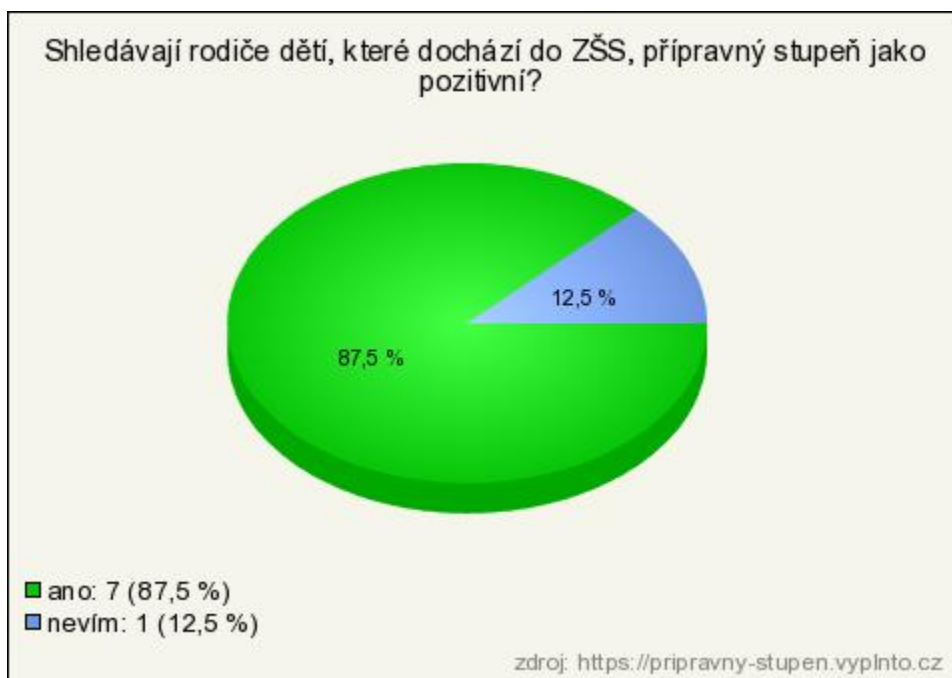
Graf 7: Lze zaznamenat větší míru adaptace při nástupu do ZŠS u dětí, které docházely do přípravného stupně.



### **Názor rodičů dětí ze ZŠS na přípravný stupeň.**

Dle 7 respondentů, 87,5 %, shledávají rodiče žáků ZŠS možnost předškolního vzdělávání v přípravném stupni pozitivně. 1 respondent, 12,5 %, si není jist názoru rodičů.

Graf 8: Shledávají rodiče dětí, které dochází do ZŠS, přípravný stupeň jako pozitivní?



### **Výhody přípravného stupně dle respondentů.**

Odpovědi na tuto otázku jsou u většiny respondentů značně podobné. Nejčastější odpovědí respondentů je, že výhodou přípravného stupně je adaptace dítěte na prostředí a kolektiv, který je v těchto třídách malý. Další výhodou je, že si žák zvyká na budoucí školní prostředí a režim, a přechod do ZŠS je pro dítě snazší.

Tabulka 3: Jaké jsou výhody přípravného stupně?

Respondent	Odpověď na otázku
č. 1	Adaptace na nové prostředí a na spolužáky.
č. 2	Dítě si zvyká na budoucí roli školáka.
č. 3	Dítě si zvyká na prostředí školy již od raného věku, v PS se používají speciální metody pro práci s dětmi s PAS, menší počet dětí ve třídě – je na ně více času, též na nácvik důležitých sociálních dovedností.
č. 4	Dítě si zvykne na kolektiv dětí (kolektiv většinou malý), s dětmi se pracuje individuálně podle IVP. V přípravném stupni získávají děti určité návyky, zvykají si na režim, učí se zvládat sebeobsluhu – vše ve velmi pomalém tempu.
č. 5	Postupná a přiměřená adaptace na školní prostředí a zátěž. Vlídny most spojující hru se školními povinnostmi.
č. 6	Příprava na školní prostředí, režim dne.
č. 7	Příprava na školu, nenásilný přechod na školní režim.
č. 8	Usnadňuje dítěti přechod z MŠ do ZŠS, je přínosný též pro děti ze sociálně znevýhodněných rodin a z odlišného sociokulturního prostředí.

#### **Nevýhody integrace dětí s PAS a těžkou MR do běžné třídy mateřské školy.**

5 z 8 respondentů uvedlo jako nevýhodu větší počet dětí ve třídě mateřské školy a také 5 respondentů uvedlo nezkušenost pedagogů vyučovat takto postižené děti, nemají zkušenosti se strukturovaným režimem. Dalšími nevýhodami dle respondentů je nedostatek kompenzačních pomůcek, potřeba asistentky, nevěle rodičů, žáci z běžné mateřské školy nemusí postiženého žáka přibrat do kolektivu, pedagog nemusí postiženého žáka chápat.

Tabulka 4: Jaké jsou nevýhody integrace do běžné mateřské školy?

Respondent	Odpověď na otázku
č. 1	Dětem s PAS nevyhovuje větší počet dětí ve třídě MŠ, učitelky nemají prostor na indiv. přístup, nemají potřebné zkušenosti např. se struktur. režimem.....
č. 2	Nedostatek časového prostoru, kompenzačních pomůcek, klidu a bezpečného prostředí, co tyto děti potřebují, hlučné prostředí, nedostatečná příprava učitelů, nezkušenost pedagogických pracovníků, nevěle dalších rodičů.
č. 3	Nepochopení vzniklých situací... netolerance z obou stran. Nedostatek zkušeností a činností vhodných pro rozvoj dětí s PAS. Možnost zbrždění rozvoje.
č. 4	Neumím posoudit, jsme speciální škola s mateřskou školou, ale domnívám se, že přípravný stupeň je lepším adaptačním stupněm mezi předškolní a školní docházkou.
č. 5	Velký počet dětí ve třídě, často velké třídy, ve kterých se dítě s PAS může cítit nepříjemně, možná i nepřipravenost učitele na speciální požadavky dětí s PAS.
č. 6	Velký počet dětí, dítě musí mít svého asistenta, v žádné činnosti nestačí ostatním dětem. Nejsem si jistá, zda ho ostatní děti přijmou.
č. 7	Velký počet dětí, malý počet pedagogických pracovníků.
č. 8	Velký počet dětí, nepřipravenost pedagogů na děti se spec. vzděl. potřebami.

## 5 ROZHOVORY

V této kapitole zveřejňuje autorka rozhovory s třemi speciálními pedagogy, pracujícími na ZŠS, kteří mají zkušenosti s vykonáváním pedagogické činnosti v přípravném stupni. Momentálně pracují na ZŠS, při které přípravný stupeň není zřízen. Jeden z pedagogů je zároveň rodičem postiženého dítěte, který docházel do přípravného stupně. Rozhovory autorka vedla s panem J., panem M. a paní K., a jsou číslovány v tomto pořadí: rozhovor č.1 – pan J., rozhovor č. 2 – pan M., rozhovor č. 3 – paní K. Pedagogové si nepřáli uvádět informace o jejich osobě a pracovním životě.

### **Rozhovor č. 1 – pan J.**

#### **V čem podle Vás spočívá výhoda přípravného stupně?**

*V případě PS se jedná o podobné prostředí v ZŠS, dítě si tedy dřív zvykne na strukturu dne, strukturované vyučování, strukturované prostory a vizualizaci. Dítě si zvyká na postupnou zátěž, dohází k přirozenější socializaci, nežli může nastat v běžné MŠ<sup>9</sup>. Také kolektiv, který má v PS<sup>10</sup> kolem sebe, je mu schopnostmi blíží. A samozřejmě je to výhoda i pro rodiče, zejména matky samoživitelky, které tím získají čas pro sebe, na vyřizování či nákupy apod. Péče o takové děti je 24 hodin denně a maminky tak mají možnost dát na pár hodin své dítě do zařízení, kde ví, že se o něj postarají a ona si sama může vyřídit, co potřebuje. Nejde jít s dítětem všude.*

#### **Jaké jsou nevýhody integrace do běžné MŠ?**

*Hlavně ta, že děti neodpustí sebemenší odchylku, čímž může běžně docházet k vyčlenění z kolektivu, posměškům nebo šikaně. Je to navíc nepříjemnosti i pro rodiče.*

#### **Lze zaznamenat rozdíl v 1. třídě mezi dítětem, které docházelo jeden rok do PS a tím, které docházelo jeden rok do běžné MŠ?**

---

<sup>9</sup> Mateřská škola.

<sup>10</sup> Přípravný stupeň.

*Záleží na postižení, jak je hluboké, jestli je dítě spíš víc autistické nebo naopak. Nejde to zobecnit.*

**Doporučil byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?**

*Samozřejmě je to individuální, ale podle mě dětem během těch tří let nic neuteče.*

**Doporučil byste PS dětem s PAS a těžkou MR?**

*Rozhodně ano. Všichni pedagogové včetně psychologů z SPC se shodneme, že PS je ta nejlepší možnost, jak může dítě začít ten jeho vzdělávací proces.*

**Měl by být PS povinný pro děti s PAS a těžkou MR?**

*Víte co, to je dost ošemetná otázka. Kdyby to bylo povinné, tak by se to prodražilo. Z hlediska dostupnosti by se muselo zřídit víc PS, a to je pochopitelně finančně náročnější, než umístit jedno dvě děti s postižením do běžné MŠ. Asi by se dalo zařídit, aby byla v jednom okrese středisková škola s jednou třídou pro tyto děti, ale jak říkám, je to otázka financí. Řešil bych to domluvou, jestli ředitel může sehnat finance.*

**Rozhovor č. 2 – pan M.**

**V čem podle Vás spočívá výhoda přípravného stupně?**

*Výhodu spatřuji zejména v pozdějším úspěšnějším startu ve škole a v prodloužení státem garantované péče o tyto klienty.*

**Jaké jsou nevýhody integrace do běžné MŠ?**

*Upřímně vidím spíš výhody než nevýhody. Kde jinde by měla probíhat integrace než v mateřské škole, kde jsou vzdělávací cíle upozaděny cílům výchovným. Nevýhoda může být nekompetentnost personálu a nedostatečná vybavenost kompenzačními pomůckami.*

**Lze zaznamenat rozdíl v 1. třídě mezi dítětem, které docházelo jeden rok do PS a tím, které docházelo jeden rok do běžné MŠ?**

*Toto nemůže nikdo relevantně posoudit, jelikož každé dítě je jiné a čas se vrátit nedá, abychom u jednoho dítěte zkusili obě varianty.*

**Doporučil byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?**

*Čím déle jsou tyto děti systematicky „vzdělávány“, tím dle mého názoru pro ně lépe.*

**Doporučil byste PS dětem s PAS a těžkou MR?**

*Odpověděl jsem již v minulé otázce.*

**Měl by být PS povinný pro děti s PAS a těžkou MR?**

*Každá státem nařízená povinnost by se měla mnohokrát rozmyslet. Nevidím v této věci jakýkoliv důvod něco nařizovat.*

**Rozhovor č. 3 – paní K.**

**V čem podle Vás spočívá výhoda přípravného stupně?**

*Myslím si, že přínosnější je to pro ty děti, který teda potom jdou do té školy speciální. Vedeme si přípravu k obrazu svému, dítě si zvykne na prostředí a i my víme, co dál se od něj očekává, takže i tu přípravu směřujeme k určitým věcem.*

**Jaké jsou nevýhody integrace do běžné MŠ?**

*Samozřejmě ty postižené děti mohou být obětí šikany, ale nejen oni, mohou to být i rodiče. Rodič, když si přijde vyzvednout dítě z MŠ, tak už je na něj koukáno dětmi i jinými rodiči či učiteli jako na toho rodiče toho postiženého dítěte a s tím se i rodič těžko vypořádává. Navíc ohledně integrace zastávám názor, že se musíme koukat i na tu majoritní skupinu dětí bez postižení. Neintegrovat za každou cenu, aby to pak poškodilo obě strany, skupiny dětí. Pokud se budou integrovat děti s těžkým postižením, tak to stejně bude segregovaná skupina.*

**Lze zaznamenat rozdíl v 1. třídě mezi dítětem, které docházelo jeden rok do PS a tím, které docházelo jeden rok do běžné MŠ?**

*Podle mého názoru probíhá příprava dětí v PS individuálněji. Učitelé mají ucelenější přehled o následných požadavcích, které budou na dítě kladeny a menší počet žáků ve třídě. Současně mají možnost kooperovat s pedagogy, kteří se budou věnovat vzdělávání dětí v následujících letech. V MŠ je příprava všeobecná a nelze ji v počtu dětí ve třídě více specifikovat či individualizovat.*

**Doporučil byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?**

*Já sama za sebe musím říct, že ty tři roky byly úplně ideální. Pro maminku „nepedagožku“ je to dlouhá doba, ale teď vidím pozitivum. Ale zaplať pánbůh i za ten jeden rok, který možný je.*

**Doporučil byste PS dětem s PAS a těžkou MR?**

*Ano.*

**Měl by být PS povinný pro děti s PAS a těžkou MR?**

*Ono je strašně těžké říct, co by se mělo nebo nemělo takhle striktně. Já si nemyslím, že by to byla rozhodně špatná věc, myslím si, že svůj význam to má v tom vzdělávání těch dětí.*



## 6 KAZUISTIKA

### **Rodinná anamnéza:**

Chlapec D., narozen 1990, žije v úplné rodině

Otec: středoškolské vzdělání – vyučen mechanikem, stále v tomto oboru pracuje

Matka: středoškolské vzdělání, zaměstnaná ve školství

Sourozenec: mladší bratr, bez zdravotních komplikací

Nemoci v rodině: cukrovka – (babička ze strany matky, strýc a děda ze strany otce), rakovina (prarodiče ze strany matky), tuberkulóza (praděda ze strany matky)

### **Osobní anamnéza:**

D. se narodil jako první ze dvou dětí. Těhotenství matky bylo komplikované v prvním trimestru vlivem angíny matky. Porod prodělala matka komplikovaný. D. se narodil 10 dní před termínem, přidušen, dva dny kvůli nestálé teplotě strávil v inkubátoru. D. měl velmi silnou novorozeneckou žloutenku.

Váha: 2370 g

Míra: 47 cm

D. od malička hypertonický a hypotrofický. Na dotyky reaguje minimálně. Levá polovina těla menší a více v křečích. Levé zápěstí vtočeno ke vnitřku těla, směřuje k vnitřnímu předloktí. Matka si všímá nezvyklostí u jejího dítěte, lékař jí uklidňuje, že dítě je zdravé a matka se příliš strachuje. Ve dvou letech je D. poslán na neurologii, kde podstupuje Vojtovu metodu až do svých tří let.

### **Psychomotorický vývoj:**

Do svých pěti let prodělává D. zánět horních cest dýchacích a akutní zánět středního ucha. Léčen na imunologickém oddělení. V sedmi letech prodělává D. infekční mononukleózu. Léčba je ambulantní, doporučena dietní strava.

D. začal zvedat hlavičku ve svých třech měsících, v pěti měsících se uměl otočit na bok, neotočil se však zpět. Začal sedět od desíti měsíců, stát od dvanácti měsíců, lézt v patnácti měsících a samostatně chodit začal ve dvaceti třech měsících.

Opožděný vývoj řeči. U D. se vyskytoval slabý křik, zaujal ho řečový projev dospělého člověka, cílená vokalizace až ve dvou letech. Rád napodoboval zvuky zvířat, rád poslouchal básničky, říkanky. Vyslovoval velmi pomalu hlásky, pomalu spojoval ve slabiky.

### **Operace:**

D. podstoupil následující operace: ve dvou letech pupeční hernie, ve třech letech střevní neprůchodnost – paralytický ileus, v šesti letech mu byly odstraněny krční nosní mandle, ve čtrnácti letech prodělal operaci deformované kostrče.

### **Diagnóza:**

Jiná DMO (klasifikace G 80.8), hyperkinetický syndrom, středně těžká až těžká mentální retardace, autistické rysy, epilepsie, ptóza (pokles) levého víčka, dysartrie, lehká sluchová porucha, hraniční mikrocephalie.

### **Výchovné a vzdělávací instituce:**

V pěti letech začal D. navštěvovat jesle spolu s dvou až tříletými dětmi. Nejdříve pasivní, později se D. adaptuje v kolektivu dětí. Zajímá se o okolí. O rok později D. navštěvuje Integroční centrum, kde se vyskytuje ve skupině tří až čtyřletých dětí. D.

je poskytována logopedická péče jak v Integrovaném centru, tak na Foniatričké klinice v Praze. Dále podstupuje speciálně pedagogickou péči v podobě muzikoterapie, plavání, navštěvování sauny, hipoterapie. Speciálně pedagogická péče je zaměřena na rozvoj jemné a hrubé motoriky, smyslové percepce, orientaci v čase a prostoru, pozornosti a paměti.

Po Integrovaném centru nastupuje D. do mateřské školy speciální, kde přichází o logopedickou péči. Matka dochází na konzultace do speciálně pedagogické poradny, kvůli nástupu do školy a vůbec budoucímu vzdělávání D. V sedmi letech tak D. začíná docházet do přípravného stupně ZŠS, kde se mu opět dostává logopedické péče. Přípravný stupeň absolvuje celý, tedy dochází po dobu tří let. V ZŠS se účastní aktivit, které měl dříve možnost vykonávat v rámci Integrovaného centra.

V devatenácti letech dochází D. do osmého ročníku ZŠS, není schopen navázat s okolím takovou komunikaci, aby jeden druhému rozuměl, uvědomuje si tento problém a je jím znepokojen. Chlapec zná velká tiskací písmena a učí se pomocí počítače skládat jednoduchá slova. Rozumí, co se po něm žádá. Odmítá komunikační tabulky, matka komunikuje pomocí gest a znaků vycházejících ze Znaků do řeči.

Současný stav D. autorce není znám. Matka vypověděla, že vystudoval ZŠS a Základní školu praktickou, pracuje v chráněné dílně. Matka si velmi pochvalovala spolupráci s Integrovaným centrem a speciálně pedagogickou poradnu. Získala tak spoustu informací, jak s dítětem pracovat, co by mu pomohlo, jaká terapie je vhodná. Matce byl doporučen přípravný stupeň, které dítě navštěvovalo celé tři roky. Matka vypověděla, že ze začátku vývoj neviděla, později však, při nástupu a postupného studia v ZŠS začala sledovat přístup v přípravném stupni pozitivní. Dítě je připravováno na pozdější studium strukturovaně – prostory i výuka jsou strukturované. Zvyká si na kolektiv, rád i na pedagogy. Přestup do ZŠS z přípravného stupně nebyl problematický.

## 7 SHRUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Metody, které autorka k šetření použila, se navzájem doplňují. Z dotazníkového šetření autorka získala názor pedagogů zaměstnaných v ZŠS se zřízeným přípravným stupněm. Vzhledem k velmi malé účasti respondentů se výsledky nemohou vztahovat na obecné smýšlení pedagogů ohledně tematiky přípravného stupně. Vezme-li se to však v malém měřítku, jako doplňující metoda, většina respondentů se shodla na tom, že je přípravný stupeň prospěšný pro děti postižené PAS a těžkou MR. Někteří by i doporučili absolvovat tříleté předškolní vzdělávání, které přípravný stupeň nabízí. Dále se respondenti převážně shodli na výhodách přípravného stupně, kterými jsou především malý kolektiv, strukturovaný prostor a strukturované vzdělávání, návyk na prostředí a snadnější přestup na ZŠS. Naopak nevýhodami, v případě, že by takto těžce postižené dítě bylo integrováno do běžné třídy mateřské školy, jsou hlavně malé zkušenosti pedagogů se strukturovaným učením, s pochopením klienta, s potřebou asistentky a možné je i vyčlenění z kolektivu.

Pedagogům byly v rámci rozhovoru kladeny podobné otázky nacházející se v dotazníku. Autorce šlo o získání nejdůležitějších poznatků o přípravném stupni, včetně výhod či nevýhod. V odpovědích jednotlivých rozhovorů lze najít velká shoda, stejně tak se výpovědi pedagogů shodují s názory respondentů z dotazníkového šetření. Pedagogové, se kterými autorka vykonala rozhovor, se shodují na užitečnosti přípravného stupně a plně doporučují těžce postiženým dětem studium absolvovat. Vzhledem k individualitě jedince nelze porovnat schopnosti a dovednosti u dítěte, jež absolvovalo jeden rok v přípravném stupni a u dítěte, jež absolvovalo tři roky v daném školním zařízení. Již je však patrný rozdíl mezi dítětem, který přípravný stupeň vůbec nenavštěvovalo a tím, které ano. Velmi podstatné je lepší adaptace při nástupu do ZŠS, dítě již zná strukturované prostředí, daný režim a některé pedagogy.

Z kazuistiky a výpovědi maminky dítěte se autorka dozvěděla, že přípravný stupeň byl vzhledem k jeho závažnému kombinovanému postižení správnou volbou. Všechny výhody, které s přípravným stupněm byly v této práci zmíněny, byly patrné u tohoto chlapce, který následně pokračoval ve studiu ZŠS a Základní školy praktické. Lze se jen těžko domnívat, zda by absolvoval ZŠS a Základní školu praktickou bez

větších komplikací, jak tomu v jeho případě bylo, kdyby nedocházel do přípravného stupně. Dá se ale říci, že mu přípravný stupeň nikterak neuškodil, naopak ho na budoucí studium dle maminky řádně připravil.

## ZÁVĚR

Autorka se v této bakalářské práci zaměřila především na vzdělávání dětí s PAS souběžně s MR. K tomu, aby vůbec mohla popsat problematiku dětí s tímto postižením, byla potřeba nejdříve vysvětlit PAS a MR. Učinila tak na základě studia odborné literatury zabírající se danou tematikou a studiem zákonů a vyhlášek vydaných MŠMT.

V prvním úseku teoretické části bakalářské práce autorka seznamuje čtenáře s PAS, tedy poruchou autistického spektra. Popisuje typické znaky pro tuto poruchu, její příčiny a diagnostiku. Vzhledem k tomu, že v práci jde především o vzdělávání dětí s PAS a MR, nepopisuje zde autorka jednotlivé poruchy. Důraz je kladen na pochopení problematiky PAS, její příčiny a diagnostiku.

Ve druhém úseku teoretické části autorka postupuje podobně. Seznamuje čtenáře s obecnou problematikou mentální retardace, a taktéž s jejími příčinami a diagnostikou. U tohoto tématu autorka stručně popisuje historický vývoj o péči mentálně postižených lidí a navazuje tím tak na možnost vzdělání, v dnešní době dokonce speciálního vzdělání.

Po seznámení se s postižením PAS a MR se zaměřuje autorka na hlavní téma práce, vzdělávání postižených dětí na prvním stupni základní školy speciální. Nejprve však popsala možnosti vzdělávání postižených dětí obecně, přičemž nedílnou součástí vzdělávání dětí nejen s PAS a MR je alternativní a augmentativní komunikace, které se autorka věnuje více. Konkrétněji se autorka zaměřila na vzdělávání v ZŠS a na předškolní vzdělávání v přípravném stupni.

Vzdělávání žáků s PAS v kombinaci s MR je tématem praktické části. Autorka se na základě dotazníkového šetření a rozhovorů s pedagogy snažila nahlédnout do problematiky tohoto typu vzdělání. Čerpala zejména z osobních zkušeností pedagogů s výukou v přípravném stupni. Výsledkem je pozitivní vliv přípravného stupně pro těžce postižené děti v oblasti adaptace při dalším studiu na ZŠS, přizpůsobení se strukturovanému režimu a prostředí.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BEYER, Jannik, GAMMELTOFT, Lone, 2006. *Autismus a hra*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7367-157-3.

HRDLIČKA, Michal a KOMÁREK, Vladimír, 2014. *Dětský autismus*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0686-6.

JELÍNKOVÁ, Miroslava, 2008. *Vzdělávání a výchova dětí s autismem*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-383-2.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, 2008. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-3819-6.

PÁTÁ, Perchta Kazi, 2007. *Mé dítě má autismus*. Příbram: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2185-9.

PIPEKOVÁ, Jarmila a kol., 2010. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-198-0.

ŠAROUNOVÁ, Jana a kol., 2014. *Metody alternativní a augmentativní komunikace*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0716-0.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2006. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 80-7367-060-7.

THOROVÁ, Kateřina, 2016. *Poruchy autistického spektra*. Praha: Portál, s. r. o. ISBN 978-80-262-0768-9.

### Seznam použitých internetových zdrojů

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. Poruchy duševní a poruchy chování (F00-F99). [online]. © WHO/ÚZIS ČR. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Rámcové vzdělávací programy. [online].

© 2013 – 2018. [cit. 10. února 2018] Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/skolskareforma/ramcove-vzdelavaci-programy>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Vyhláška 27/2016, Sb. [online].

© 2013 – 2018. [cit. 10. února 2018]. Dostupné z:

<http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/vyhlasiky-2>

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy. Školský zákon. [online]. © 2013 – 2018.

[cit. 10. února 2018]. Dostupné z: [http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-](http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zakony-2)

[programy/zakony-2](http://www.msmt.cz/vzdelavani/socialni-programy/zakony-2)

### **Zákony a předpisy v platném znění:**

Informace MŠMT o přípravném stupni základní školy speciální, č. j. 6123/2009-61.

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

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



## **SEZNAM ZKRATEK**

MKN – Mezinárodní klasifikace nemocí

MR – Mentální retardace

MŠ – Mateřská škola

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

PAS – Porucha autistického spektra

PS – Přípravný stupeň

RUP – Rámcový učební plán

RVP – Rámcový vzdělávací program

VÚP – Vzdělávací ústav Praha

ZŠS – Základní škola speciální

# SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

## Seznam tabulek

Tabulka 1: Klasifikace MR dle MKN-10.....	19
Tabulka 2: Klasifikace IQ podle Wechslera.....	22
Tabulka 3: Jaké jsou výhody přípravného stupně?.....	43
Tabulka 4: Jaké jsou nevýhody integrace do běžné mateřské školy?.....	44

## Seznam grafů

Graf 1: Doporučil/a byste přípravný stupeň dětem s PAS v kombinaci s těžkou MR?.....	35
Graf 2: Dochází k Vám do přípravného stupně děti s kombinovaným postižením PAS a těžké MR?.....	36
Graf 3: Většina dětí s PAS a těžkou MR u Vás podstupují kompletní tříleté vzdělání, které jim přípravný stupeň nabízí.....	37
Graf 4: Doporučil/a byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?.....	38
Graf 5: Lze zaznamenat rozdíl v ZŠS mezi dítětem, které docházelo do přípravného stupně a tím, které docházelo do běžné třídy v mateřské škole?.....	39
Graf 6: Přípravný stupeň by měl být povinný pro děti s PAS a těžkou MR.....	40
Graf 7: Lze zaznamenat větší míru adaptace při nástupu do ZŠS u dětí, které docházely do přípravného stupně.....	41
Graf 8: Shledávají rodiče dětí, které dochází do ZŠS, přípravný stupeň jako pozitivní?.....	42

## SEZNAM PŘÍLOH

<b>Příloha A – Rámcový učební plán ZŠS.....</b>	<b>I</b>
<b>Příloha B – Učební plán přípravného stupně.....</b>	<b>II</b>
<b>Příloha C – Ukázka nevyplněného dotazníku.....</b>	<b>III</b>
<b>Příloha D – Ukázka otázek k rozhovoru.....</b>	<b>VI</b>

## Příloha A – Rámcový učební plán ZŠS

Vzdělávací oblasti	Vzdělávací obory	1.-10. ročník
		Počet hodin týdně
		Minimální časová dotace
Člověk a komunikace	Rozumová výchova	30
	Řečová výchova	20
Člověk a jeho svět	Smyslová výchova	40
Umění a kultura	Hudební výchova	10
	Výtvarná výchova	10
Člověk a zdraví	Pohybová výchova	20
	Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova	40
Člověk a svět práce	Pracovní výchova	20
Disponibilní časová dotace*		20
<b>Celková povinná týdenní časová dotace</b>		<b>210</b>

\*Disponibilní dotaci lze využít na zvýšení hodinové dotace některého povinného předmětu, na zvýšení hodinové dotace některého předmětu s jeho současnou integrací s jiným předmětem nebo na zařazení nově zavedeného volitelného předmětu

Zdroj: Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální, VÚP Praha, 2008, s. 93, dostupný na: [www.msmt.cz](http://www.msmt.cz)

## Příloha B – Učební plán přípravného stupně

<b>předmět</b>	<b>počet hodin týdně</b>	<b>počet hodin ročně</b>
smyslová výchova	3	99
rozumová výchova	5	165
pracovní a výtvarná výchova	4	132
tělesná výchova	5	165
hudební výchova	3	99
celkem	20	660

Hodinové dotace jednotlivých předmětů může ředitel školy upravit podle potřeb žáků při zachování celkové týdenní dotace vyučování. Každou hodinu je možno rozdělit na dvě i více jednotek. Jednotlivé vyučovací předměty lze spojovat, je možno vyučovat v blocích.

Zdroj: Švarcová, 2006, s. 85

## Příloha C – Ukázka nevyplněného dotazníku

1. Doporučil/a byste přípravný stupeň dětem s poruchou autistického spektra v kombinaci s těžkou mentální retardací?

- Ano
- Nevím
- Ne

2. Dochází k Vám do přípravného stupně děti s kombinovaným postižením PAS a těžké MR?

- Ano
- Nevím
- Ne

3. Většina dětí s PAS a těžkou MR u Vás podstupují kompletní tříleté vzdělávání, které jim přípravný stupeň nabízí:

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

4. Doporučil/a byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?

- Ano
- Nevím
- Ne

5. Lze zaznamenat rozdíl v ZŠS mezi dítětem, které docházelo do přípravného stupně a tím, které docházelo do běžné třídy v mateřské škole?

- Ano
- Nevím
- Ne

6. Přípravný stupeň by měl být povinný pro děti s PAS a těžkou MR:

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

7. Lze zaznamenat větší míru adaptace při nástupu do ZŠS u dětí, které docházely do přípravného stupně:

- Souhlasím
- Spíše souhlasím
- Nevím
- Spíše nesouhlasím
- Nesouhlasím

8. Shledávají rodiče dětí, kteří dochází do ZŠS, přípravný stupeň jako pozitivní?

- Ano
- Nevím
- Ne

9. Jaké jsou výhody přípravného stupně?

10. Jaké jsou nevýhody integrace do běžné mateřské školy?

Zdroj: Vlastní zdroj



## **Příloha D – Ukázka otázek k rozhovoru**

1. V čem podle Vás spočívá výhoda přípravného stupně?
2. Jaké jsou nevýhody integrace do běžné MŠ?
3. Lze zaznamenat rozdíl v 1. třídě mezi dítětem, které docházelo jeden rok do PS a tím, které docházelo jeden rok do běžné MŠ?
4. Doporučil byste dětem s PAS a těžkou MR docházet do přípravného stupně celé tři roky?
5. Doporučil byste PS dětem s PAS a těžkou MR?
6. Měl by být PS povinný pro děti s PAS a těžkou MR?

Zdroj: Vlastní zdroj

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Vivien Jokelová

**Obor:** Speciální pedagogika - vychovatelství

**Forma studia:** Prezenční

**Název práce:** Vzdělávání dětí s poruchou autistického spektra v kombinaci s mentální retardací na prvním stupni základní školy speciální

**Rok:** 2018

**Počet stran textu bez příloh:** 47

**Celkový počet stran příloh:** 6

**Počet titulů českých použitých zdrojů:** 9

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:** 0

**Počet internetových zdrojů:** 4

**Vedoucí práce:** PhDr. Josef Novotný CSc.