

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA**

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM**

2020-2023

**BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

**Monika Fungáčová**

**Vzdělávání žáků s kombinovanými vadami na 1. stupni  
ZŠ v okrese Příbram s převahou lehkého mentálního postižení**

Praha 2023

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

**JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE**

**BACHELOR COMBINED (PART TIME) STUDIES**

2020-2023

**BACHELOR THESIS**

**Monika Fungáčová**

**Educating a pupil with combined disabilities at the 1st  
grade of elementary school in the Příbram district with  
a predominance of mild mental disabilities**

Prague 2023

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

### **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 své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Monika Fungáčová

## **Poděkování**

Děkuji Mgr. Milanu Fleischmannovi za vedení mé bakalářské práce a za věcné poznatky.

## **Anotace**

Bakalářská práce se zaměřuje na popis a analýzu vzdělávacího procesu žáků s dominujícím lehkým mentálním postižením a dalšími vadami, kterými jsou porucha chování, porucha pozornosti a učení, narušená komunikační schopnost a duševní porucha. V práci jsou popsána teoretická východiska, která vedou ke zhodnocení negativních a pozitivních prvků uvedeného vzdělávání.

## **Klíčová slova**

Dyskalkulie, elektivní mutismus, lehké mentální postižení, mentální postižení, opožděný vývoj řeči, porucha pozornosti a hyperaktivity, sociální anxiózní porucha v dětství, vývojová dysfázie, vzdělávání.

## **Annotation**

The bachelor's thesis focuses on the description and analysis of the educational process of pupils with a dominant mild intellectual disability and other defects, which are behavioral disorders, attention and learning disorders, impaired communication skills and mental disorders. The thesis describes the theoretical starting points that lead to the evaluation of the negative and positive elements of the mentioned education.

## **Keywords**

Attention deficit hyperactivity disorder, delayed speech development, developmental dysphasia, dyscalculia, education, elective mutism, childhood social anxiety disorder, intellectual disability, mild intellectual disability.

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>11</b>
<b>1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....</b>	<b>11</b>
1.1 Historie.....	15
1.2 Diagnostika mentálního postižení.....	16
1.3 Stupně mentálního postižení .....	17
1.4 Lehké mentální postižení .....	17
<b>2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST.....</b>	<b>18</b>
2.1 Vývojová dysfázie .....	20
2.2 Opožděný vývoj řeči.....	22
<b>3 PORUCHY CHOVÁNÍ, POZORNOSTI A UČENÍ .....</b>	<b>24</b>
3.1 Poruchy chování .....	24
3.1.1 Poruchy chování – elektivní mutismus.....	24
3.2 Porucha pozornosti a hyperaktivity .....	26
3.3 Poruchy učení .....	28
3.3.1 Porucha učení – dyskalkulie.....	29
<b>4 DUŠEVNÍ PORUCHY .....</b>	<b>31</b>
4.1 Sociální anxiózní porucha v dětství.....	31
<b>5 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S VÍCE VADAMI S PŘEVAHOU LEHKÉHO MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ .....</b>	<b>33</b>
5.1 Legislativa.....	33
5.2 Speciálně pedagogické centrum.....	33
5.3 Podpůrná opatření .....	34
5.4 Rámcový vzdělávací program .....	35
5.5 Vzdělávání žáků s kombinovaným postižením na 1. stupni.....	36
5.6 Metody využívané ve vzdělávání .....	37
<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>39</b>
<b>6 METODOLOGIE VÝZKUMU .....</b>	<b>39</b>
6.1 Stanovení cíle a výzkumné otázky.....	39
6.2 Výběr vzorku .....	40

6.3	Výzkumné metody.....	40
6.4	Interpretace výsledků.....	40
6.4.1	Respondent 1.....	41
6.4.2	Respondent 2.....	42
6.4.3	Respondent 3.....	43
6.4.4	Respondent 4.....	44
6.4.5	Respondent 5.....	45
6.4.6	Vyhodnocení rozhovorů.....	46
6.5	Závěr šetření – vyhodnocení cíle výzkumu a výzkumných otázek .....	48
6.6	Doporučení pro praxi.....	50
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>51</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....</b>	<b>53</b>
	<b>SEZNAM ZKRATEK .....</b>	<b>57</b>
	<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>58</b>



## ÚVOD

Inspirací pro zpracování bakalářské práce s názvem „Vzdělávání žáků s kombinovanými vadami na 1. stupni ZŠ v okrese Příbram s převahou lehkého mentální postižení“ je právě edukace těchto žáků. Každému žákovi vyhovuje jiná metoda vzdělávání a vše musí být zaměřeno na jeho individualitu, neboť žák s lehkým mentálním postižením, který je pozorován za účelem zpracování bakalářské práce, má v rámci kombinovaného postižení buď symptologickou vadu či postižení, anebo má další jiné vady nebo postižení, které nemají souvislost se symptomy lehkého mentálního postižení.

Cílem bakalářské práce a výzkumného projektu je popis a analýza vzdělávacího procesu žáků s převažujícím lehkým mentálním postižením a dalšími vadami jako jsou např. poruchy učení a poruchy chování, narušená komunikační schopnost nebo duševní porucha. V rámci bakalářské práce budou realizovány rozhovory s učiteli, analýzy dokumentace a přímé pozorování žáků s dominujícím lehkým mentálním postižením.

Bakalářská práce je rozčleněna na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je rozdělena do pěti kapitol. První kapitola obsahuje základní terminologii mentálního postižení. Nejprve se zabývá vymezením teoretických pojmů, dále historickým vývojem, diagnostikou, stupni mentálního postižení se zaměřením na charakteristiku lehkého mentálního postižení a její etiologii.

Druhá kapitola se zaměřuje na narušenou komunikační schopnost v důsledku vývojové dysfázie a opožděného vývoje řeči.

Ve třetí kapitole se práce zaměřuje na poruchy chování (zaměření na elektivní mutismus a ADHD), pozornosti i poruchy učení (zaměření na dyskalkulii).

Čtvrtá kapitola je zaměřena na duševní poruchu v sociální oblasti.

Pátou kapitolou je vzdělávání žáků s více vadami nebo také s kombinovaným postižením s převahou lehkého mentálního postižení, obsahuje rovněž legislativu, vymezení SPC, podpůrných opatření, RVP, vzdělávání žáků a metody, které se využívají ve vzdělávání.

Praktická část bakalářské práce je zaměřena na postihnutí a objasnění pozitivních a negativních prvků uvedeného vzdělávání. Pro bakalářskou práci je stanovený

kvalitativní výzkum se všemi zásadami – otevřenost, subjektivita, procesualnost, pochopení a reflexivita. Plánem kvalitativního výzkumu je analýza různých dokumentů, přímé pozorování žáků a rozhovor s vybranými pedagogy. Praktická část je zaměřena na přímé pozorování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, konkrétně na žáky s lehkým mentálním postižením, kteří mají podpůrná opatření třetího a čtvrtého stupně.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Mentální postižení neboli mentální retardace má spousty definic. Prakticky se jedná o různá vyjádření snížení intelektu, sociálního chování a omezení schopnosti motoriky. Nyní uvedu jen ty definice, o kterých si myslím, že jsou nejčastěji používané.

Vymezení mentálního postižení podle MKN-10 z aktualizace k 1.1.2020 zní: *„Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Retardace se může vyskytnout bez nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami.“* (World Health Organization, ÚZIS ČR, 2019, s. 244) Definice Americké asociace pro mentální retardaci (AAMR) z roku 2002 zní: *„MR is a disability characterized by significant limitations both in the intellectual functioning and in adaptive behavior as expressed in conceptual, social, and practical adaptive skills. This disability originates before age 18.“* (Jacobson, Mulick, Rojahn, 2007, s. 4–5) V překladu to znamená, že mentální retardace je postižení charakterizované významnými omezeními jak v intelektuálním fungování, tak v adaptivním chování a rovněž vyjádřené v koncepčních, sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Toto postižení vzniká před dosažením věku 18 let. V publikaci Mentální postižení od Milana Valenty (2018, s. 38), je zmíněná definice AAMR upravená roku 2010 *„ID – intelektová (rozumová) disabilita je charakterizována podstatnými omezeními jak v oblasti intelektových funkcí, tak i v oblasti adaptačního chování, jež se demonstrují v každodenních sociálních a praktických dovednostech, přičemž se stav objevuje do 18 roku věku.“* Další často zmiňovanou definicí je definice Milana Valenty, která zní: *„Mentální retardaci lze vymezit jako vývojovou poruchu rozumových schopností demonstrující především snížení kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i časně postnatální etiologií, která oslabuje adaptační schopnosti jedince.“* (Valenta, 2021, s. 34)

Mentální postižení je na základě MKN-10 označováno od F70 až F79.

- F70 – lehká mentální retardace (lehké mentální postižení),
- F71 – střední mentální retardace (středně těžké mentální postižení),
- F72 – těžká mentální retardace (těžké mentální postižení),
- F73 – hluboká mentální retardace (hluboké mentální postižení),
- F78 – jiná mentální retardace (jiné mentální postižení),
- F79 – neurčená mentální retardace (neurčené mentální postižení).

Ke každému stupni je přiřazováno na čtvrté místo další číslice, která označuje rozsah současných poruch. Jedná se o čísla 0, 1, 8 a 9.

- .0 – znamená žádnou či minimální poruchu,
- .1 – označuje významnou poruchu chování, která vyjadřuje potřebu pozornosti nebo léčby,
- .8 – pod tímto označením se nacházejí jiné poruchy chování,
- .9 – označuje jedince bez zmínky o poruchách chování. (World Health Organization, ÚZIS, 2019)

Podle MKN-11 je mentální postižení označováno 6A00 s označením za tečkou čísly 0 – 4 a poslední je označeno písmenem Z. MKN-11 prozatím není plně přeloženo do češtiny.

Dělení mentálního postižení dle MKN-11 je:

- **6A00 Disorders of intellectual development** (Poruchy intelektuálního vývoje)
- **6A00.0 Disorder of intellectual development, mild** (Porucha intelektuálního vývoje, lehká),
- **6A00.1 Disorder of intellectual development, moderate** (Porucha intelektuálního vývoje, středně těžká),
- **6A00.2 Disorder of intellectual development, severe** (Porucha intelektuálního vývoje, těžká),
- **6A00.3 Disorder of intellectual development, profound** (Porucha intelektuálního vývoje, hluboká),

- **6A00.4 Disorder of intellectual development, provisional** (Porucha intelektuálního vývoje, prozatímní) – existuje důkaz o poruše intelektuálního vývoje, kdy jedinec, který je mladší 4 let a není u něj možná diagnostika ze smyslových, fyzických, motorických a komunikačních důvodů, duševních poruch nebo poruch chování,
- **6A00.Z Disorders of intellectual development, unspecified** (Porucha intelektuálního vývoje, nespecifická). (World Health Organization, 2022)

Jedinci s mentálním postižením mívají problémy v různých oblastech (kognitivních, řečových, pohybových a sociálních). Jedná se např. o závislost na rodičích, úzkosti a nepřiměřené reakce, impulzivnost, zpomalená chápavost, snížená mechanická a logická paměť, porucha koordinace a vizuomotoriky a další. Jedná se o zasažené oblasti smyslové percepce, myšlení, paměti, pozornosti, emoční stránky a volných projevů. (Valenta, 2013)

Ve smyslové percepci jsou jedinci s mentálním postižením zpomalení se sníženým rozsahem zrakového i sluchového vnímání, neodlišují tvary, předměty a barvy, mají nedokonalé vnímání (detailu, prostoru, času a citlivosti) a problémy v motorice (jemná i hrubá motorika). (Valenta, 2013)

V oblasti myšlení užívají jedinci s mentálním postižením spíše myšlení konkrétní, abstraktní dělá jedincům problémy. Myšlení jedince je nepřesné, nedůsledné a pojmy jsou neforemné a jejich názory jsou nepřesné. Vyskytují se problémy v porozumění řeči na základě nedostatků v rozvoji fonemického sluchu nebo nedostatků v artikulaci řeči. (Valenta, 2013)

Paměť jedinců s mentálním postižením má charakter důležitých informací. Nové informace si tyto jedinci osvojují velice pomalu a je důležité časté opakování. Z čehož vyplývá, že naučené rychle zapomenou a vybavené informace jsou nepřesné. (Valenta, 2013)

V oblasti pozornosti mají tyto jedinci nízký rozsah sledovaného pole, jsou rychle unavitelní a nedokážou rozdělit činnost na více částí (např. pracovní postup). (Valenta, 2013)

Po emoční stránce mají jedinci s mentálním postižením menší schopnost ovládní sama sebe, výkyvy nálad a někteří dokonce mívají černé myšlenky. Citově se dokážou rychle upnout na určitou osobu. (Valenta, 2013)

V oblasti volných projevů jsou tito jedinci velice ovlivnitelní, impulzivní, labilní, agresivní, úzkostní, ale i pasivní, mají poruchu vůle a jsou nerozhodní. (Valenta, 2013)

Diagnostika mentálního postižení probíhá na základě vymezení hodnot inteligenčního koeficientu (IQ), které se může během každého vyšetření měnit. Jedná se o tzv. kolísavost. Vše záleží na časovém odstupu, psychickém stavu jedince, na formě, kterou se otázky pokládají, ale i na kvalitě probíhajícího testu (jeho sestavení a vhodnosti pro jedince s mentálním postižením). Existují určitá kritéria pro diagnostikování mentálního postižení, mezi která patří výsledky IQ (celkové i průběžné), výsledky psychických funkcí a osobních vlastností, výsledky výukových zkoušek, charakteristiky vývoje řeči, citového vývoje a regulace chování, důležité jsou i výsledky z vyšetření, které je somatické, neurologické a psychologické. (Valenta, 2018, Švarcová, 2000)

Etiologie mentálního postižení je rozdělena na endogenní a exogenní příčiny. Mezi endogenní příčiny jsou zařazeny genetické nebo chromozální poruchy či postižení. Exogenními příčinami mohou být způsobeny v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Tyto příčiny mohou být chemické i fyzikální. Výzkum příčin vzniku mentálního postižení stále pokračuje dopředu na základě vývoje medicíny a může nalézat nové příčiny. (Valenta, 2018) Barbora Bazalová (2014, s. 19) ve své publikaci uvádí, že u lehkého mentálního postižení sehrává velkou roli dědičnost a deprivace.

Pojem mentální postižení je užíván ve speciálně pedagogické, pedagogické a poradenské praxi. Legislativně je ukotveno ve **vyhlášce č. 72/2005 Sb.**, ve znění **vyhlášek č. 197/2016 Sb.** a **č. 27/2016** a tzv. „školského zákona“ **č. 561/2004 Sb.**, a jeho novele **č. 82/2015 Sb.**

## 1.1 HISTORIE

Z historického hlediska informace o mentálním postižení sahají až do raných civilizací Egypta, Řecka i Říma. Mentální postižení v této době se nerozlišovalo od duševních nemocí a přístup k těmto lidem se nazýval represivní. Takovým jedincům společnost připravovala různá znevýhodnění, zotročení, zneužívání apod. Ve Spartě byli dokonce zabíjeni. Na druhou stranu v dochovaných dokumentech z Mezopotámie, Babylonu, Říma a Řecka jsou uváděny dokonce velmi přísná opatření, která pro různě postižené jedince zajišťují povinnou péči a ochranu od rodinných příslušníků, ale i od obce či státu. V tomto období také osobní lékař slabomyslného syna Marka Aurelia, Galenos Claudius, začal odlišovat vrozenou a získanou slabomyslnost. Postupem času se zlepšovaly podmínky života těchto jedinců. (Mathson, 2019)

V období středověku byl dvojitý pohled. První pohled byl na bláznů a šílenec, druhý pohled na tzv. „zplozence ďábla“. V raném středověku odsuzovali to, co pocházelo z magie a vyzývali k trestání tzv. posedlých. Duševní poruchy již nepatřily mezi lékařskou vědu, ale byly zařazeny mezi démonologii. Nicméně již začínají vznikat klášterní hospitály, které slouží jako útulky nejen pro staré, ale i pro nemohoucí a duševně nemocné osoby. V této době vznikají první azylová zařízení pro kretény, která jsou zřizována při nemocnicích. Přesto se na tyto jedince nahlíželo jako na posedlé. (Mathson, 2019, Valenta, 2013)

V renesančním období se objevily první klasifikace duševních poruch a odděleně poruchy intelektu. V českých zemích začal hájit vzdělávání pro všechny děti (bez ohledu na typ a stupeň postižení) J. A. Komenský. (Valenta, 2013)

V návaznosti na renesanční období se na jedince s mentálním postižením, mentální retardací či dříve označovaní jako slabomyslní, opoždění či šílení změnil pohled v éře osvícenství. Šílenství bylo zařazeno mezi duševní nemoci. (Valenta, 2013)

Současně se začíná rozvíjet nejen model výchovy, ale také vzdělávání jedinců slabomyslných (s mentálním postižením).

V Evropě v 19. století se začaly formovat poznatky o vzdělávání a výchově mentálně postižených jedinců a začaly vznikat instituce se základní péčí. Ústavy

vznikaly po Evropě v Halleinu u Salzburgu, Paříži, Badenu u Vídně, ale i v českých zemích. Příkladem je Ernestinum založené v Praze na Novém Městě v Kateřinské ulici, kde prvním ředitelem byl K. S. Amerling. Po vzoru belgického Ghellu se snažil, aby tito jedinci žili v opatrovnických rodinách, v té době se mu to ale nepodařilo. V 19. století vznikly v české zemi základy pro psychopedii. (Valenta, 2013)

## **1.2 DIAGNOSTIKA MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ**

Při diagnostice mentálního postižení je nesmírně důležitý individuální neuropsychický profil. Tento profil bývá východiskem jak pro terapii, tak pro rehabilitaci. Společnost současnou klasickou diagnostiku kritizuje, protože zjištění IQ a dílčích schopností jedince není uspokojivé, není komplexní. V publikaci Dětská klinická psychologie jsou uvedeny dva body nezbytné k diagnostice mentálního postižení. Jedná se o podrobné popsání současného funkčního a behaviorálního stavu jedince, při kterých se využívají vývojové zkoušky, inteligenční testy a testy zaměřené na speciální schopnosti. Důležité je vypracování návrhu plánu rehabilitace, určení priorit jedince a stanovení optimálních postupů pro provádění individuálních plánů (stimulačních a výukových). Součástí bodů je i vyjádření k prognóze vývoje postižení. (Říčan, Krejčířová, a kol. 2006)

Při diagnostice se používá přímé pozorování jedince a podrobné anamnézy. Na základě toho se určí vhodná diagnostická metoda a zároveň se stanoví úroveň obtížnosti. Je důležité s jedincem mluvit jednoduchým způsobem, který je přiměřený mentálnímu, ale i reálnému věku. Vyšetření se zaměřuje na to, co jedinec umí, kde má obtíže, ale i jakým stylem se učí, jaké smysly využívá a jaká motivace je nevhodnější. Zkoumá se také, jak jedinec navazuje sociální vztahy, jak zvládá náročné situace, i jeho vlastní sebepojetí. Součástí vyšetření je rodinná diagnóza s popisem rodinného funkčního stylu s důrazem na silné stránky a seznam dominantních potřeb členů rodiny. (Říčan, Krejčířová, a kol. 2006)

Cílem diagnostiky je vyzvednutí silných stránek jedince s mentálním postižením. Popis aktuálního rozvoje jeho dílčích schopností, znalostí a dovedností. (Bendová, 2011)



### 1.3 STUPNĚ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Stupeň mentálního postižení je určen posouzením struktury inteligence, (intelligenční koeficient je pouze orientační) a schopností adaptačního chování. Mentální postižení je rozdělené do čtyř stupňů. V případě právě MKN-10 jsou přidány další dva stupně, kterými jsou jiné mentální postižení a neurčené mentální postižení (u těchto dvou bodů není stanoven intelligenční koeficient).

Petr Franiok (2008, s. 38) ve své publikaci uvádí, že vymezení jednotlivých stupňů mentální retardace není jednoduchou záležitostí, nejužívanějším kritériem je posuzování kvantitativní úrovně mentální retardace. Stanovení intelligenčního koeficientu je považováno pouze za orientační. Výsledek psychologického vyšetření je vyjádřený intelligenčním koeficientem.

- lehké mentální postižení – IQ 50 až 69
- středně těžké mentální postižení – IQ 35 až 49
- těžké mentální postižení – IQ 20 až 34
- hluboké mentální postižení – IQ do 19

### 1.4 LEHKÉ MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

V MKN-10 je lehké mentální postižení označeno jako F70. Nyní je v procesu překladu nová verze MKN-11, která lehké mentální postižení označuje jako 6A00.0 (originální označení). Na základě tabulky klasifikace stupně mentální retardace sem řadíme lehkou slabomyslnost (oligofrenie), lehkou mentální subnormalitu a debilitu. Intelligenční koeficient u lehkého mentálního postižení se pohybuje od 50 do 69. Tento stupeň přibližně odpovídá u dospělého věku 9–12. V České psychopedii od Marie Černé (2002) je uváděno, že odpovídá věku 8,3 – 10,9. V tomto stupni se jedná o opoždění a omezení rozumového vývoje, ostatních psychických funkcí, ale i motoriky.

Lehké mentální postižení se projevuje lehčím postižením psychomotorického vývoje. V publikaci od Jána Hučíka (2013, s. 55) se píše: „*Osoby většinou dosahují úplné nezávislosti na okolí, řečové schopnosti nebývají výrazně postihnuté.*“ V jiné

publikaci je uvedeno, že jedinci s lehkým mentálním postižením „*Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni uvažovat abstraktně, a i v jejich projevu chybí většina abstraktních pojmů, užívají jen konkrétní označení.*“ (Fischer Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 132)

Jedinci s lehkým mentálním postižením mají opožděný vývoj řeči. Problémy spojené s mentálním postižením se nejvíce projevují po nástupu do školy. Jedinci mají problémy v sebeobsluze, hygieně, hrubé a jemné motorice, také mají problémy se vztahy se spolužáky.

U žáků s lehkým mentálním postižením škola řeší problémy ve školní výuce aplikací podpůrných opatření pouze u prvního stupně (PLPP). Druhý až pátý stupeň již aplikuje SPC nástrojem pro tyto stupně je IVP. Tito žáci se naučí číst, i když se může objevit určitá omezení v případě porozumění textu, také se naučí psát, ale i počítat a jsou schopni velmi jednoduchého abstraktního myšlení, osvojí si základní hygienické návyky, domácí i pracovní činnosti. Tito žáci jsou zařazeni do běžných škol nebo do škol podle §16 odst. 9. (Valenta, 2018)

Většina dospělých osob s lehkým mentálním postižením udržují sociální vztahy, dosáhnou nezávislosti v osobní péči i v domácích pracích a jsou schopni si najít pracovní uplatnění, a to si také udržet. Většinou se jedná o zaměření praktického původu, nebo manuální práce, které jsou málo kvalifikované nebo nekvalifikované. V oblasti komunikace vhodně používají řeč a dokážou udržovat komunikaci. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

## **2 NARUŠENÁ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOST**

Vývoj řeči ovlivňují různé faktory – vnitřní a vnější. Mezi vnitřní faktory řadíme nadání pro řeč, vrozené předpoklady, nepoškozenou centrální nervovou soustavu i zdravý vývoj sluchového a zrakového analyzátoru, nepoškozené mluvní orgány a jiné. Mezi vnější faktory řadíme prostředí, kde jedinec žije a vyrůstá, výchovu, ale také komunikaci rodiče s dítětem.

*„Narušený vývoj řeči je systémové narušení jedné, více anebo všech oblastí vývoje řeči.“* (Klenková, 2006, str. 64) V publikaci Diagnostika narušenej komunikačnej

schopnosti od Viktora Lechty (2002, s. 13) je uvedená definice: „*Komunikačná schopnosť človeka je narušená vtedy, keď niektorá rovina jeho jazykových prejavov (príp. niekoľko rovín súčasne) pôsobí interferenčne vzhľadom na komunikačný zámer.*“

Vrozenou alebo získanou poruchou či vadou sa prejavuje narušená komunikačná schopnosť. Táto vada alebo porucha môže byť dominantní postihnutí alebo sa prejavuje ako príznak iného dominantného postihnutí. Jedná sa o tzv. symptomatické poruchy reči.

U vymedzení narušenej komunikačnej schopnosti je nutné sa zamieriť i na štyri jazykové roviny, ktorými sú pragmatická, lexikálne-sémantická, foneticko-fonologická a morfológicko-syntaktická rovina.

Príčiny vzniku narušenej komunikačnej schopnosti sa delí z hľadiska časového a lokalizačného. Do časového hľadiska radíme obdobie prenatálne, perinatálne a postnatálne. V lokalizačnom hľadisku sa jedná o genové mutácie, vývojové odchylky, aberácie chromozomů, orgánové postihnutia, postihnutia centrálnych častí, poškodenie efektorů, ale tiež pôsobenie nepodnetného prostredia alebo narušenie sociálnej interakcie. (Klenková, 2006)

Narušený vývoj reči podľa Sováka a neskôr i Lechty sa klasifikuje na základe:

- etiologie = špecificky narušený vývoj reči alebo tiež vývojová dysfázia; môže byť tiež ako symptómom iných vývojových poruch – potom ju radíme k symptomatickej poruche reči
- stupneň = zde sa jedná o ľahké odchylky až po úplnú nemlunosť
- průběhu vývoje reči = do této skupiny radíme opoždený vývoj reči, odchylný vývoj reči, omezený vývoj reči alebo přerušený vývoj reči
- věku = fyziologická nemlunosť a vývojová nemlunosť

Narušená komunikačná schopnosť sa rozdeľuje do 10 kategórií:

- vývojová nemlunosť
- získaná orgánová nemlunosť
- získaná psychogenná nemlunosť
- narušenie zvuku reči

- narušení fluence neboli plynulosti řeči
- narušení článkování řeči
- narušení grafické stránky řeči
- symptomatické poruchy řeči
- poruchy hlasu
- kombinované vady a poruchy řeči

V diagnostice narušené komunikační schopnosti jsou důležité cíle, kterých je celkem sedm. Prvním cílem je určení, zda je jedná o narušení, zjistit příčinu vzniku narušené komunikační schopnosti je druhý cíl. Třetí cíl má za úkol zjistit, zda jde o narušení trvalé nebo přechodné. Následným cílem je určení vrozené či získané narušené komunikační schopnosti. V pátém cíli je důležité zjistit, zda narušená komunikační schopnost je dominujícím postižením nebo je právě symptomem jiného narušení, postižení, ale i onemocnění. Šestý cíl je velice důležitý, protože je potřeba zjistit, jestli si jedinec toto narušení uvědomuje či neuvědomuje. Poslední sedmý cíl se zaměřuje na určení stupně narušení, které může být totální, úplné nebo parciální (různé druhy stupňů). (Lechta, 2002)

Další podkapitoly budou zaměřeny na vývojovou dysfázii a opožděný vývoj řeči.

## 2.1 VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE

Dysfázie je označena R47.0 jako příznaky řeči a hlasu v MKN-10. Samotná vývojová dysfázie je jako specifická vývojová porucha řeči a jazyka zařazena pod číslo F80.1 – Expresivní porucha řeči, může být i zařazena do F80.2 – Receptivní porucha řeči.

Vývojová dysfázie má velmi mnoho definic, které nejsou jednotné. Důvodem nejednotnosti je chápání vývojové dysfázie, není stejně vymezená a odlišné termíny. Podle MKN-10 je vývojová dysfázie „*Specifická vývojová porucha, při které schopnost dítěte užívat expresivně mluvenou řeč je zřetelně pod úrovní jeho mentálního věku, ale jazykové chápání je normální. Mohou být, ale nemusí, poruchy artikulace.*“ (World Health Organization, ÚZIS ČR, 2019, s. 246) V současné logopedii je vývojová dysfázie definována jako specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou

schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. (Škodová, Jedlička, 2003, s. 106) V publikaci Karla Neubauera (2018, s. 284–285) je *„Vývojová dysfázie (VD) je definována jako komplexní, vrozená porucha osvojení řečových, jazykových a komunikačních dovedností, kterou nelze vysvětlit celkově zpoždujícím se vývojem, abnormalitou řečového aparátu, poruchou autistického spektra, získaným poškozením mozku, sluchovým postižením, pohybovým postižením ani deprivacními či jinými vlivy prostředí.“* Například další definicí vývojové dysfázie je od Mikulajové a Rafajdusové (1993, s. 31) z publikace *Vývinová dysfázia* a to, že *„Za dysfáziu považujeme špecificky narušený vývoj reči, je rôznej etiológie, ktoré postihuje tzv. rečové zóny vyvíjajúceho mozgu.“* Dále uvádějí, že děti s vývojovou dysfázií nemají psychiatrické ani neurologické postižení, nemají poruchu sluchu a nežijí v nepodnětném prostředí.

Vývojová dysfázie je diagnostikována na základě centrální poruchy řeči. Narušení vývojové dysfázie je na základě systémového charakteru, který zasahuje obě složky řeči, jak expresivní, tak receptivní, současně v různých jazykových rovinách – výslovnost, slovní zásoba i gramatická struktura. U jedinců s vývojovou dysfázií je možné pozorovat nerovnoměrný vývoj osobnosti. Jedná se o deficity v různých oblastech jako je jemná motorika, grafomotorika, pozornost, ale i paměť. Dále může být narušeno vnímání jak sluchové, tak zrakové. Dochází také k narušení orientace v prostoru i čase. Dalším oblastí je i lateralita, kde může docházet k nevyhranění dominance, zkřížení či souhlasné preference nebo nevýhodnému typu laterality. Tito jedinci jsou lehce unavitelní. Dochází také k narušení různých sfér – emoční, zájmová a motivační. (Škodová, Jedlička, 2003)

Faktory pro vznik vývojové dysfázie jsou genetické, vrozené a získané, ale mohou být také jejich kombinace, způsobené v prenatální, perinatálním i postnatálním období, kdy dochází k poškození mozku.

Symptomy vývojové dysfázie se projevují v různých oblastech řečových i neřečových. Typickým symptomem je, že řeč (verbální) neodpovídá intelektu jedince a jeho neverbálním schopnostem. (Škodová, Jedlička, 2003)

Příznaky v řeči u jedinců s vývojovou dysfázií mohou zasáhnout povrchovou, ale i hloubkovou strukturu. Opožděný vývoj řeči je zásadní příznak. U hloubkové struktury řeči dochází k přehazování slovosledu, nesprávné koncovky při skloňování slov, odchylky ve frekvenci přítomnosti slovních druhů, dochází k vynechávání určitých slov, omezení slovní zásoby a zkracování věty na dvouslovné nebo dokonce i jednoslovné. Poruchy fonologického systému jsou v rámci povrchové struktury řeči, kde se jedná o rozlišování hlásek. Jedinci mají problémy v rozlišení znělosti a neznělosti, závěrovosti a nezávěrovosti apod. (Škodová, Jedlička, 2003)

U vývojové dysfázie je důležitá diagnostika, při které by to měla být týmová práce lékaře, psychologa i speciálního pedagoga. Tento proces je dlouhodobý a komplexní. U diagnostiky je nutné odlišit další vady, poruchy nebo postižení. (Klenková, 2006)

Terapie vývojové dysfázie je zaměřena na rozvoj oblastí zrakového a sluchového vnímání, paměti a pozornosti, myšlení, motoriky, grafomotoriky, řeči a na orientaci.

## 2.2 OPOŽDĚNÝ VÝVOJ ŘEČI

V případě, že jedinec ve věku tří let nemluví nebo mluví méně než jiné děti ve stejném věku, může se jednat o opožděný vývoj řeči.

Terminologie je podle Škodové a Jedličky (2003) nejednotná, protože terminologie vznikala jak v lékařských, tak i nelékařských oborech. V publikaci Kompendium klinické logopedie se uvádí, že v zahraničí se používá termín *language delay*, v překladu je to jazykové zpoždění, a právě nesprávný překlad (opožděný vývoj řeči) je důvodem nejednotnosti. „*Opožděný vývoj řeči (OVR) se za samostatnou nozologickou jednotku pokládá tehdy, je-li hlavním příznakem poruch, jež dítě má.*“ (Škodová, Jedlička, 2003, s. 91) Termín opožděný vývoj je stanovený v případě, že se dítě raného věku zpožďuje ve vývoji řeči a jazyka. „*Teoreticky lze za řečové a jazykové zpoždění považovat osvojování jazyka dítětem s vývojovými milníky ve správném pořadí, ale s pomalejším nástupem.*“ (Neubauer, 2018, s. 269) Právě tyto poruchy řeči, jazyka nebo komunikace mohou existovat odděleně nebo také společně.

Opožděný vývoj řeči mohou způsobit různé příčiny biologické a sociální. Mezi biologické příčiny řadíme prostředí, které je nepodnětné a nestimulující, dále rodiče,

kteří nevěnují pozornost vývoji dítěte, a citové deprivace. Do biologických příčin řadíme genetické vlivy, lehkou mozkovou dysfunkci, ale také nedonošenost či předčasné narození a nevyzrálou nebo poškozenou nervovou soustavu. (Škodová, Jedlička, 2003)

Z hlediska symptomů, může být opožděný vývoj řeči právě symptomem jiného postižení nebo onemocnění. Symptomy lze rozdělit z několika hledisek z průběhu vývoje, věku, stupně poruchy a etiologie. Škodová a Jedlička rozdělují opožděný vývoj řeči na základě symptomů v průběhu vývoje, a to na opožděný vývoj řeči prostý, omezený vývoj řeči, přerušovaný vývoj řeči a scestný neboli odchylný vývoj řeči. (Škodová, Jedlička, 2003)

Opožděný vývoj řeči – příčinou je dědičnost, lehká porucha sluchu, opožděné vyžívání centrální nervové soustavy, ale i negativní prostředí atd. Jedná se o opoždění, které je v oblasti řečového projevu, objevuje se ve všech jazykových rovinách, ale řeč se může rozvinout na odpovídající úroveň. Podmínkou jsou příznivé podmínky, které jsou vnější. (Škodová, Jedlička, 2003)

Omezený vývoj řeči – výraznější opoždění vyjadřovacích schopností. Největší problémy jsou v chápání významu slov. (Škodová, Jedlička, 2003)

Přerušovaný vývoj řeči – jedná se o stav, který je způsobený úrazy, nádory na mozku, vážnými duševními onemocněními, vyskytuje se ale také po psychických traumatech aj. V případě příznivých podmínek se lze dostat na požadovanou normu, pokud budou podmínky nepříznivé a není možnost odstranit příčinu, potom se jedná o omezení vývoje řeči. (Škodová, Jedlička, 2003)

Scestný (odchylný) vývoj řeči – projevuje se odchylkou od normy pouze v některé z rovin. (Škodová, Jedlička, 2003)

Symptomy z hlediska věku jsou fyziologická, prodloužená fyziologická nemluvnost (v případě nemluvnosti do tří let věku dítěte, nejsou postiženy žádné orgány, intelekt, motorika, příznivé prostředí) a vývojová nemluvnost (vývojová porucha). Na základě hlediska stupně poruchy se jedná o případy, které mají lehké odchylky, až po případy

úplné nemluvnosti. Symptomy, které jsou z hlediska etiologie, jsou rozděleny jako hlavní a vedlejší (příznak jiné poruchy) příznaky. (Škodová, Jedlička, 2003)

Při diagnostice opožděného vývoje řeči je nutností vyhledat příčinu, která způsobila opoždění. Tato příčina se zjistí pomocí diferenciální diagnostiky a provedením dalších odborných vyšetření, které vyloučí další vady, poruchy nebo postižení. Právě odborným vyšetřením jsou vyloučeny např. sluchové vady, vady zraku, vady mluvicích orgánů a rozštěpy nebo poruchy intelektu, laterality, autismus a jeho rysy apod. (Škodová, Jedlička, 2003)

V rámci terapie je důležitý vhodný postup pro stimulaci psychomotorického a řečového vývoje, dobrý mluvní vzor a povzbuzovat chuť dítěte komunikovat, rozvíjet zrakovou percepci, sluchovou percepci a diferenciaci, rozumění řeči, aktivní a pasivní slovní zásobu, je potřeba také rozvíjet motorické schopnosti (nejen jemnou a hrubou motoriku, ale také motoriku mluvních orgánů) a následně je potřeba rozvíjet spontánní řeč. Další důležitý bod v terapii opožděného vývoje řeči je spolupráce rodiče s logopedem a mateřskou školou. (Škodová, Jedlička, 2003)

### **3 PORUCHY CHOVÁNÍ, POZORNOSTI A UČENÍ**

Tato kapitola je zaměřena na poruchy chování (elektivní mutismus), poruchu chování a pozornosti (ADHD) a poruchu učení, přesněji na dyskalkulii.

#### **3.1 PORUCHY CHOVÁNÍ**

Na základě MKN-10 je celá kapitola Poruchy duševní a poruchy chování. Mezi označením F00 až po F99 se skrývají různé poruchy a postižení. Najdeme zde poruchy sexuální, poruchy příjmu potravy, ale i mentální postižení a další.

##### **3.1.1 PORUCHY CHOVÁNÍ – ELEKTIVNÍ MUTISMUS**

Elektivní mutismus je porucha chování, která se řadí mezi poruchy chování a emocií s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání. Tato porucha je označována F94 jako porucha sociálních funkcí, protože u této poruchy jde o poruchu používání řeči. V této



skupině se jedná o různorodou skupinu poruch, které mají různé zvláštnosti v sociálních funkcích. Tyto poruchy vznikají během vývojového období.

Elektivní mutismus je také řazen mezi narušenou komunikační schopnost v případě, že se jedná o získanou nemluvnost, která je projevem akutního psychotického onemocnění anebo je způsobena neurotickou reakcí na mimořádný zážitek.

Elektivním mutismem se zabývají různé obory, jedná se o logopedii, foniatrii, psychologii, ale také psychiatrii. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

U mutismu dochází k útlumu řeči nebo také k oněmění, ke kterému dochází následkem traumatizace (psychické). Mutismus jako porucha postihuje nejčastěji jedince, kteří mají slabou nervovou soustavu, labilitu, ale i jedince s různými typy ADHD. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Mutismus je často spojován i s problémem začlenění do kolektivu nebo společnosti.

Vrozené dispozice, rodinné vztahy s nimi související, výchova, mezilidské vztahy, ale i prožitá traumata jsou dispozicemi pro vznik mutismu, protože při vyvolání silné stresové reakce se může zablokovat řečové funkce, kdy jedinec přestává mluvit postupně nebo přestane mluvit náhle. Jedince může reagovat gesty nebo nereaguje vůbec. Elektivní mutismus je často přidruženou diagnózou jiných psychických poruch. Nejčastěji je spojován s depresí, generalizovanou úzkostnou poruchou nebo s opoziční poruchou. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Mutismus se většinou objevuje při nástupu jedince do mateřské školy nebo základní školy. Není pravidlo, že se mutismus objevuje pouze v předškolním, mladším školním věku, může se objevit i v pubertě nebo dokonce i u dospělého jedince. Jedinec v určitých situacích komunikuje, ale v určitých situacích, na určitém místě nebo s určitými jedinci nekomunikuje vůbec. (Pugnerová, Kvintová, 2016, Říčan, Krejčířová, a kol. 2006)

Terapií u elektivního mutismu je dlouhodobá psychoterapie. Tato psychoterapie je individuální, rodinná nebo skupinová (u této terapie závisí na možnostech jedince).

Terapie by neměla být ukončena po překonání poruchy, ale měla by pokračovat dále z důvodu dosažení vyváženého vývoje osobnosti. (Říčan, Krejčířová, a kol. 2006)

### 3.2 PORUCHA POZORNOSTI A HYPERAKTIVITY

Porucha pozornosti a hyperaktivity má zkratku ADHD (**Attention Deficit Hyperactivity Disorder**). Je způsobena vrozeným vývojovým syndromem. Jedná se o narušení fungování v oblastech mozku, které souvisejí s plánováním, zaměřením a udržováním pozornosti, ale i předvídáním. Součástí vývojové poruchy ADHD je i nepřiměřená impulzivita a agrese. V MKN-10 je tato porucha zařazena mezi Hyperkinetické poruchy a jsou označovány jako F90.0 Porucha aktivity a pozornosti a F90.1 Hyperkinetická porucha chování.

Podle DSM-5 je ADHD rozlišena na tři typy: ADHD s převažující poruchou pozornosti (někteří autoři označují jako ADD – (prostá) porucha pozornosti – **Attention Deficit Disorder**), ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou, třetím typem je typ kombinovaný. V MKN-10 je ADHD zařazena mezi Hyperkinetické poruchy s označením F90.

ADHD je porucha vrozená, která je dědičná, ale jsou zvažovány i další možné příčiny jako např. užívání návykových látek, ale také nedostatek kyslíku při porodu a další. Existují i psychologické teorie, že právě hyperaktivita je podmíněna současným spojením dispozice k tomuto chování a způsobem výchovy. (Zelinková, 2009, s. 196)

Mezi příznaky poruchy ADHD patří snížená pozornost a snížená výkonnost ve škole, impulzivita, neklid, náladovost, deprese, nízké sebevědomí, agrese, problémy v navazování vztahů a s tím související nesnášenlivost, neuznávání pravidel, jedinci se nedokážou podřídit autoritě. Některé příznaky (impulzivita, neovládání se aj.) mohou vést k náchylnosti k závislému chování, k rizikovému chování v dopravě, k poruchám příjmu potravy, k sexuálnímu rizikovému chování, ke ztrátě zaměstnání nebo partnera atd. Všechna tato riziková chování mohou vést k emočním potížím, které mohou být jak příznakem, tak i důsledkem. (Zelinková, 2009)

Když jedinec má dispozice pro nadměrnou aktivitu, pohyblivost, ale i náladovost a je stresováno nedůsledným a netrpělivým rodičem, neutváří se mu správné vzory

pro komunikaci a pro chování. Správnými postupy lze projevy ADHD velmi eliminovat a jedinci mohou fungovat v běžném prostředí. ADHD se vyskytuje u lidí v různých pásmech inteligence. S rostoucím věkem se většinou příznaky hyperaktivity mohou zmírnit, ale příznaky nepozornosti, impulzivního chování, neklidu a lability právě mohou přetrvávat.

Diagnostika ADHD je složitý proces, protože příznaky jsou propojené s dalšími fyzickými i psychickými obtížemi a jsou často podobné jiným psychickým poruchám nebo onemocněním. Při diagnostice je důležitá diferenciální diagnostika, která by měla být provedena důkladně. Americká psychiatrická asociace pro potřeby škol připravila diagnostická kritéria pro diagnostiku ADHD. Tyto kritéria jsou rozdělena do dvou skupin. V první skupině se jedná o nejméně šest symptomů, které se projevují po dobu nejméně šesti měsíců (taková intenzita, která je nepřiměřená pro určitý stupeň vývoje), ve druhé skupině se jedná o alespoň čtyři symptomy, které se týkají hyperaktivity nebo impulzivity, které trvají alespoň šest měsíců a jsou neslučitelné s vývojovou úrovní jedince. Dále jsou pro diagnostiku ADHD zapotřebí různé sebesuzovací škály a dotazníky, neuropsychologické testy různého typu. Existují dotazníky, kteří si jedinci mohou vyplnit sami, ale diagnózu může stanovit pouze odborník psychiatr. (Zelinková, 2003)

Reedukace ADHD probíhá za účasti účastníků, kterými jsou rodina, škola, vrstevníci (spolužáci) a jedinec. Ve vhodném prostředí je důležité podporovat vytvoření nového způsobu chování. Postupy v reedukaci nemají vést pouze ke snížení problémového chování, ale i se zaměřují na způsob života, změnu životního stylu, ale i podmínek, kde jedinec žije, a eliminování konfliktů. Mezi postupy reedukace patří pozitivní posilování s mírnými tresty, zpětná vazba, podrobné instrukce a pokyny, jednoduché, krátké a splnitelné úkoly, respektování stylu učení, stanovení mantinelů, sebekontrola a sebehodnocení. (Zelinková, 2009)

Terapie je důležitým bodem v pomoci jedinci s ADHD. Mezi formy terapie řadíme farmakoterapii, psychoterapii, alternativní léčbu nebo EEG trénink.

U farmakoterapie se používají stimulační i nestimulační léky. Podávané léky se musí pravidelně užívat. Tyto léky by měly zlepšit soustředění a mohou pozitivně

ovlivnit krátkodobou paměť, ale i nevhodné chování, které se může objevovat v menší míře. Je samozřejmostí, že stejné léky nemusí mít stejný účinek u jiného jedince. V případě, že zvolené farmakum nemá požadované účinky, předepisuje se nové, popř. se volí jiná terapie. (Pugnerová, Kvintová, 2016)

Psychoterapie ADHD je zaměřená na uklidnění situace v rodině s obnovou vztahů s ostatními příbuznými.

Při alternativní léčbě ADHD se jedinec řídí různými dietami, přírodními léky, homeopatií, vitamíny a jinými medicínami (čínskou) aj.

EEG trénink je specifická metoda, která posiluje nervovou soustavu. EEG trénink slouží pro trénink pozornosti, soustředění, sebekázně a sebeovládání. Jedná se o pomoc naučit se rozladěné vlny uvést do souladu. Publikace uvádějí, že tento trénink nemá žádné vedlejší účinky, nepředstavuje žádná rizika a vůbec není návykový. Při terapii dochází ke zlepšování sebeovládání a chování, zvyšuje se odolnost proti stresu.

### 3.3 PORUCHY UČENÍ

Poruchy učení mají souhrnný název, který zní specifické poruchy učení, nebo je také používán termín specifické vývojové poruchy učení. „*Specifické poruchy učení mohou být definovány jako: neočekávaný a nevysvětlitelný stav, který může postihnout dítě s průměrnou nebo nadprůměrnou inteligencí, charakterizovaný významným opožděním v jedné nebo více oblastech učení.*“ (Selikowitz, 2000, s. 11, 12) Olga Zelinková (2009, s. 10) ve své publikaci uvádí: „*Poruchy učení je termín označující heterogenní skupinu obtíží, které se projevují při osvojování a užívání řeči, čtení, psaní, naslouchání a matematiky. Tyto obtíže mají individuální charakter a vznikají na podkladě dysfunkcí centrální nervové soustavy.*“ Dále uvádí, že se objevují souběžně s různými hendikepy nebo jsou příčinami i vnější vlivy. Mezi vlivy a příčiny patří například mentální postižení, poruchy chování, senzorická postižení, kulturní odlišnosti, nedostatečné vedení apod. Specifické poruchy učení se mohou rozdělit do dvou skupin, a to do základních školních vědomostí, mezi které řadíme čtení, psaní, pravopis, jazyk a matematika, a do druhé skupiny patří sebekontrola, organizace, vytrvalost, koordinace pohybů a sociální schopnosti. Do těchto poruch jsou zařazeny dyslexie, dysgrafie,

dysortografie, dyskalkulie, dyspraxie, dyspinxie a dysmúzie, někteří autoři mezi tyto poruchy řadí i vývojovou dysfázii.

### **3.3.1 PORUCHA UČENÍ – DYSKALKULIE**

Dyskalkulie je porucha, která souvisí s osvojováním matematických dovedností. Jejím projevem jsou obtíže při chápání číselných pojmů a provádění matematických operací. Tato porucha je nevysvětlitelná pro výrazné opoždění v aritmetických schopnostech.

Symptomatologie pro dyskalkulii se projevuje již na začátku výuky, kdy se objevují obtíže spojené s rozpoznáváním číslic a jejich chápáním. K problémům již dochází při numeraci do 10 a přes 10 s přechodem. Tyto obtíže přetrvávají v dalších ročnících. Mezi další projevy řadíme potíže s rozlišením znamének v příkladech, samotný výpočet, nejistota v číselné řadě, špatná orientace v rozlišení více a méně, obtíže při slovním označení množství nebo počtu. Následují obtíže v psaní jak arabských číslic, tak římských číslic, v číslech uprostřed s nulou a k přehazování pořadí číslic. U geometrie nastávají problémy při obkreslování geometrických tvarů a s prostorovou orientací. Další a neméně důležitý projev jsou potíže při zápisu čísel do sloupců. (Swierkoszová, 2007)

Dyskalkulii dělíme podle L. Koščeho do šesti typů. Jedná se o dyskalkulii praktognostickou, verbální, lexickou, grafickou, operační a ideognostickou. (Swierkoszová, 2007)

Dyskalkulie praktognostická je porucha, která souvisí s matematickou manipulací s nakreslenými symboly a určitými předměty. Jedná se o obtíže s řaděním předmětů do skupin nebo řad, porovnávání počtu předmětů, v geometrii nedokáže roztřídit geometrické tvary podle velikosti, k problémům dochází při obkreslování a psaní.

U dyskalkulie verbální dochází k potížím v matematických úkonech, operačních znacích, ve vyjmenování číselné řady v obou směrech, problémy v rozlišení lichých a sudých čísel, v označování počtu a množství předmětů a v představivosti daného čísla.

Lexická dyskalkulie má projevy nezpůsobivosti ke čtení matematických symbolů, vícemístných a římských číslic.

Porucha grafické dyskalkulie souvisí s obtížemi, kdy nezvládá diktáty čísel, vynechává a nepíše nulu, čísla píše v opačném pořadí, nenapíše čísla pod sebe, nedokáže napsat matematické znaky a narýsovat.

Při operační dyskalkulii dochází k narušení schopností provádět jakékoliv matematické operace. Jedná se o sčítání, odčítání, násobení a dělení.

U ideognostické dyskalkulie dochází k poruše tzv. gnostické (gnostická funkce je schopnost rozpoznat nebo poznat individuální podněty). Zasahuje do oblasti pojmové. Jedinec nechápe matematické pojmy a jejich vztah. Dochází k velikým obtížím při řešení slovních úloh.

Při diagnostice je důležité vyloučit například kalkulastenii (mírné narušení, nepodnětné prostředí – rodina nebo škola), hypokalkulii (mírné narušení, ale výsledky jsou podprůměrné, rozumové předpoklady jsou průměrné nebo nadprůměrné), oligokalkulii (rozumová úroveň je nízká, výrazné snížené předpoklady) a akalkulii (narušení až neschopnost zvládat základní početní operace a úkony, chápání matematických vztahů), protože některé obtíže nemusí souviset s vývojem dyskalkulií. Jsou také využívány pod-testy: Weschlerovo měřítko inteligence, které je zaměřené na aritmetické schopnosti; Digit Span, kde je testováno zapamatování si čísla během krátké časové doby; a Comprehension, který je zaměřený na verbální myšlení. Samozřejmě existuje i spousta dalších testů zaměřených na matematické dovednosti. (Swierkoszová, 2007)

U reedukace jedinců s dyskalkulií je důležité dodržení principů. Mezi tyto principy patří respektování vývoje psychických funkcí a úrovně vývoje jedince. Probírané učivo probíhá rozvíjením psychických funkcí, poté předčíselnými představami a utvářením i automatizováním matematických pojmů. Poté lze teprve přejít na vysvětlování matematických operací. Úkoly je potřeba dělit na dílčí části, důležité je časté opakování a procvičování. Nedílnou součástí při výuce matematiky je i používání kalkulačky, a to pouze v případě, že již zvládají základní početní operace, jinak je tato pomůcka

neadekvátní. V tomto případě pak nedochází k rozvíjení částí mozku, které se podílejí na počítání z paměti. (Zelinková, 2003)

U jedince postupujeme od nejjednoduššího k těžkému. Začínáme práce předčíselnými představami k číselným představám, které zahrnují pojem číslo a jejich zápis. Poté je potřeba se zaměřit na chápání matematických operací a jejich provádění. Později zařazujeme odhady výsledků, slovní úlohy, převody jednotek, geometrii, ale také orientaci v čase, práce s penězi (bankovky, mince) a např. práce s měřítkem na mapě, míry pro oděv nebo boty, práce s teploměrem nebo vahou. (Zelinková, 2003)

Kompenzační poruchy dyskalkulie znamená hledání úloh, které bude jedinec schopen zvládnout, ale nejenom úloh, ale i metod, přesto je obtížná. Součástí kompenzace mohou být různé pomůcky pro usnadnění chápání (např. počítadlo, tabulky, číselné osy, nákresy aj.). (Zelinková, 2003)

## **4 DUŠEVNÍ PORUCHY**

Přestože jsou duševní poruchy v MKN-10 přiřazené k poruchám chování stanovila jsem je jako samostatnou kapitolu.

Duševní poruchy ovlivňují lidské jednání, myšlení, prožívání a zasahují do vztahů jedince. Definici pro duševní poruchy stanovila Americká psychologická asociace, která zní: „Duševní onemocnění nebo také duševní porucha je stav, který se vyznačuje narušením kognitivních funkcí a/nebo emocí, abnormálním chováním, narušeným fungováním ve společnosti, popřípadě jakoukoliv kombinací“. (Národní zdravotnický informační portál, 2022)

Do etiologie duševních poruch se řadí mnoho faktorů. Jedná se o okolní prostředí, faktory genetické, tělesné, chemické, sociální aj.

### **4.1 SOCIÁLNÍ ANXIÓZNÍ PORUCHA V DĚTSTVÍ**

Sociální anxiózní porucha v dětství je označena F93.2 v MKN-10. U této poruchy dochází k omezení styku s lidmi, strachu a obavám z neznámých osob, omezení komunikace, ale také ze všeho neznámého. Jedinec se vyhýbá lidem a sociálním

situacím. Dochází k izolaci a narušení společenského života. U jedince dochází také k narušení běžných činností.

V období dvou až čtyř let dítě prožívá strach z neznámého. U normálně vyvíjejících jedinců poté ustupuje strach z lidí do pozadí. Po čtvrtém roce se rozvíjí u dětí fantazie, u které je důležité zvládnutí předchozího období. Pediatr po čtvrtém roce zkoumá, zda jedinec toto období zvládl (známé a neznámé, živé a neživé). Pokud se tento strach stále navrácí v mírném stupni, jedná se o vývojový fenomén. (Malá, 2011)

Rizikovými faktory pro vznik sociální anxiózní poruchy jsou nejistý vztah k matce a úzkost matky (nejistota v nové roli, strach z chyb a kritiky okolí).

Diagnóza se stanoví na základě anamnézy a získaných informací od rodičů, pedagogů, vychovatelů a popřípadě dotazníkovými metodami.

Terapie sociální anxiózní poruchy je zaměřena na komplexnost – psychoterapeutická, farmakoterapeutická a socioterapeutická. Psychoterapeutická terapie je zaměřena na terapii s rodinou (menší děti), dynamická a kognitivně-behaviorální. Farmakoterapie se nasazuje v případě, že u jedince dochází ke zhoršování studijních výsledků, odmítání až ztrátu komunikace s vrstevníky, ale i v rodině nebo zhoršování rizikového chování. Tato terapie je dlouhodobá. (Malá, 2011)

U terapie je pět důležitých bodů. Prvním bodem je navázání kontaktu s jedincem, druhý bodem je předání informací rodině za přítomnosti jedince. Třetí bod obsahuje informace o terapiích, popřípadě souhlas s farmaky. Strategie farmakoterapie je čtvrtým bodem. Posledním pátým bodem je vysvětlení jedinci, že druhou polovinu komplexní léčby se musí účastnit hlavní osoby jedince a jedinec. (Malá, 2011)

Prognóza sociální anxiózní poruchy je dobrá, ale musí být včas diagnostikována. Pokud jsou jedinci bez léčení, dochází k sociální izolaci s vysokým rizikem k alkoholismu, depresím a sebevraždám. (Malá, 2011)



## 5 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S VÍCE VADAMI S PŘEVAHOU LEHKÉHO MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ

Tato kapitola obsahuje legislativu vzdělávání žáků, speciálně pedagogické centrum (SPC), podpůrná opatření, rámcový vzdělávací program (RVP) a vzdělávání těchto žáků.

### 5.1 LEGISLATIVA

Prvním důležitým dokumentem je Listina základních práv a svobod, která zaručuje právo na vzdělání.

Vzdělávání žáků upravuje **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**, následující novela školského zákona **č. 82/2015 Sb.** a **vyhláška č. 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných**. Tato novela definuje a vymezuje, kdo jsou děti, žáci či studenti se speciálními vzdělávacími potřebami.

Legislativa rozlišuje čtyři formy speciálního vzdělávání. Jedná se o individuální integraci, skupinovou integraci, vzdělávání ve speciálních školách a kombinace forem. Žáci se tak mohou vzdělávat ve speciálních školkách, speciálních školách na základě §16 odst. 9 nebo inkluzivně v mateřských a základních školách. Samozřejmostí je i návaznost na další vzdělávání, jakým je střední odborné učiliště nebo praktické školy. (Valenta, 2018, Bendová, 2011)

V §16 a ve školském zákoně je zmíněna poradenská pomoc školských poradenských zařízení. V souladu na návaznosti na vyhlášku **č. 197/2016 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních** se jedná se školská poradenská zařízení (ŠZP) pedagogicko-psychologické poradny, speciálně pedagogická centra a střediska výchovné péče.

### 5.2 SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ CENTRUM

Speciálně pedagogické centrum poskytuje služby žákům s tělesným postižením, mentálním postižením, zrakovým postižením, sluchovým postižením, vadami řeči,

poruchami autistického spektra, ale i s více vadami. Každé centrum se zaměřuje na jiné postižení. Po vyšetření v SPC je žákovi stanovený stupeň podpůrného opatření (první stupeň může stanovit škola), který je důležitý pro vzdělávání. SPC doporučí vhodné metody výuky, může doporučit IVP (úpravy obsahu vzdělávání), formu vzdělávání, úpravu očekávaných výstupů, organizaci výuky, personální podporu školního speciálního pedagoga, školního psychologa, asistenta pedagoga nebo dalšího pedagogického pracovníka (nyní je přiřazen asistent pedagoga na třídu, v jedné třídě mohou být celkově tři pedagogičtí pracovníci), různé pomůcky (kompenzační, speciální pomůcky a učebnice), popřípadě mohou stanovit prodloužení školní docházky a jiné úpravy. (Valenta, 2018)

### 5.3 PODPŮRNÁ OPATŘENÍ

Podpůrná opatření se rozdělují do pěti stupňů. Pro žáky s kombinovaným postižením tato podpůrná opatření zpracovali Michalík, Monček a Baslerová v roce 2015 v publikaci Katalog podpůrných opatření.

První stupeň, jak je uvedeno výše, může stanovit škola. Druhý až pátý stupeň doporučuje ŠPZ. První stupeň podpůrných opatření je pro vyrovnání mírných obtíží žáka. Jedná se o pomalejší tempo práce, malé problémy v udržení pozornosti apod. Tyto problémy jsou většinou způsobené nepříznivými vnitřními a životními faktory. Žákům s prvním stupněm PO se zpracovává **plán pedagogické podpory**, který je podpůrným nástrojem. Pokud nenastávají pozitivní změny do tří měsíců, je rodinným zástupcům žáka doporučena návštěva ŠZP.

Podpůrná opatření druhého stupně se aplikují na organizaci vzdělávání. Jedná se o úprava zasedacího pořádku, délky vyučovací hodiny, přestávky mezi hodinami, plánování a organizace využití času mimo vyučování (ve škole), dobu přímé práce, dobu pro tiché nebo hlasité čtení, psaní a určení časových limitů pro práci.

Ve třetím stupni podpůrných opatření je upravována organizace a průběh vzdělávání. Úpravy se zaměřují na podmínky a postupy v režimu práce, ale i na domácí přípravu. Ve vzdělávání se může redukovat učivo, upravovat školní výstupy (minimální). V rámci výuky se používají jak běžné školní pomůcky a materiály,

tak speciální učebnice, didaktické a kompenzační pomůcky. Žáci se obvykle vzdělávají na základě IVP.

Žáci, kteří mají čtvrtý stupeň podpůrného opatření, mají podstatné úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání. Důležitý je postup a formy při nápravě. Žák je vždy vzděláván za pomoci IVP v případě, že je vzděláván individuální integrací. Žák vzdělávaný skupinovou integrací je vzděláván podle ŠVP, který je upravený. Při vzdělávání jsou používány finančně náročnější rehabilitační a kompenzační pomůcky, speciální učebnice, didaktické pomůcky. Jedná se i o úpravu třídy (pracovní místo).

V posledním pátém stupni podpůrných opatření jsou zařazeny organizace, obsah, formy a metody vzdělávání, které musí být přizpůsobeny ve velké míře vzdělávacím potřebám žáka. Je nutné respektovat při hodnocení výsledků jeho možnosti a omezení. Úprava obsahu učiva, popřípadě jeho zredukování.

Mezi podpůrná opatření řadíme speciální metody, postupy, formy a prostředky vzdělávání, kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, učebnice a didaktické materiály, speciálně pedagogickou práci, pedagogicko-psychologické služby, asistenta pedagoga, snížený počet žáků ve třídě nebo jinou úpravu organizace vzdělávání.

## **5.4 RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM**

RVP (Rámcový vzdělávací program) je spolu s Národním programem vzdělávání na státní úrovni. Pro vzdělávání žáků na základní škole je vytvoření RVP ZV (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání). Žáci se zdravotním postižením jsou vzdělávány na základě školou vytvořeného ŠVP (Školní vzdělávací program), který je právě zpracováván z RVP ZV, většinou s požadavky na minimální výstupy. (Jeřábek, Tupý, 2017)

RVP ZV navazuje na RVP PV (předškolní výchovy), dále vymezuje vše společné a nezbytné v povinném vzdělávání žáků, specifikuje úroveň klíčových kompetencí k učení, k řešení problémů, komunikativní, sociální a personální, občanské a pracovní. RVP ZV vymezuje vzdělávací obsah (učivo a očekávané výstupy), zařazuje průřezová témata jako závazná, stanovuje standardy pro základní vzdělávání – pomoc k dosažení

cílů, podpora komplexního přístupu k realizaci vzdělávacího obsahu, umožňuje změnu obsahu, rozsahu a zaměření výuky – vhodné postupy, metody, formy pro individuální potřeby žáků; je podkladem pro další vzdělávání. (Jeřábek, Tupý, 2017)

Mezi devět vzdělávacích oblastí RVP ZV řadíme: **Jazyk a jazyková komunikace (Český jazyk a literatura, Cizí jazyk a další cizí jazyk), Matematika a její aplikace, Informační a komunikační technologie, Člověk a jeho svět, Člověk a příroda, Člověk a kultura, Člověk a společnost, Člověk a svět práce a Člověk a zdraví.** (Jeřábek, Tupý, 2017)

V současné době probíhá revize tohoto RVP ZV.

## **5.5 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM NA 1. STUPNI**

Základní vzdělávání žáků navazuje na předškolní vzdělávání, ale také na rodinnou výchovu. Základní vzdělávání je povinné pro celou naši populaci žáků.

Vzdělávání žáků na 1. stupni by mělo usnadnit přechod žáků z rodinné péče nebo předškolního vzdělávání do základního vzdělávání, které je povinné, pravidelné a systematické. Toto vzdělávání je zaměřené na poznávání možností a zájmů žáka, rozvíjení a respektování individuálních potřeb. Pro vzdělávání žáků je nutné podnětné a tvůrčí prostředí. Ve vzdělávání by měl být brán ohled i na podpůrná opatření, aby byl žák optimálně vyvíjen a aby dosáhl osobního maxima. Hodnocení žáků by mělo být postaveno na plnění konkrétních, ale i splnitelných úkolech, na individuálních změnách žáka a pozitivně hodnotících úsudcích. Žák by měl zažít úspěch, s chybou se naučit pracovat a nebát se jí. (Jeřábek, Tupý, 2017)

Při vzdělávání žáků s kombinovanými vadami, postižení více vadami, nebo vícenásobným postižením jsou důležité specifické alternativní způsoby pro naplnění potřeb jedince. Nejčastěji se používá tzv. individuální přístup. Dalším bodem je zaměření na pozitivní schopnosti, ale i možnosti, které zůstaly zachovány. Tyto schopnosti a možnosti je zapotřebí maximálně rozvíjet pro osobní rozvoj, ale i pro růst ve společnosti. Pedagog by měl vybrat a zvolit vhodný obsah, vhodné

formy a metody pro vzdělávání jedince, které pomohou jedinci v sociální integraci a jsou určeny pro jejich vzdělávací jak potřeby, tak možnosti. Správně rozčlenit vyučovací hodinu a aktivity rozložit v hodině tak, aby se jedinec necítil unavený. Pedagog by měl zvládat vhodně motivovat žáka nejen pro lepší výsledky, ale i na soustředění při práci. (Slowík, 2016)

## **5.6 METODY VYUŽÍVANÉ VE VZDĚLÁVÁNÍ**

Výukové metody můžeme rozdělit do několika hledisek. Mezi tyto hlediska řadíme: pramen poznání, aktivita a samostatnost žáků, fáze výuky, myšlenkové operace, výukové formy a prostředky. Můžeme také odlišit výukové metody, které mají souvislost s interakcí a komunikací žáků nejen mezi sebou, ale také s pedagogem. (Zormanová, 2012)

Samostatné metody, které se využívají ve vzdělávání rozdělujeme na metody: aspektu didaktického (slovní, názorně demonstrační a praktické), aspektu psychologického (sdělovací, samostatné práce a badatelské, výzkumné a problémové), aspektu logického (srovnávací, induktivní, deduktivní a analyticko-syntetické), aspektu procesuální (motivační, expoziční, fixační, diagnostické a aplikační), aspektu organizačního (kombinace s vyučovacími formami nebo pomůckami), aspektu interaktivního (diskusní, situační, inscenační, didaktické a specifické). (Zormanová, 2012)

Tyto metody můžeme rozdělit do tří skupin, kterými jsou klasické, aktivizující a komplexní výukové metody, podle klasifikace z roku 2003 od J. Maňáka a V Švece. Do klasických výukových metod zařadíme metody slovní, názorně demonstrační a praktické. Tyto metody jsou založené na dlouholeté tradici. Mezi aktivizující metody patří diskusní, heuristické, situační, inscenační a didaktické. Tyto metody jsou založeny na řešení problémových situací a úloh. Do komplexních výukových metod jsou zařazeny druhy výuky: frontální, skupinová a kooperativní, partnerská, individuální a individualizovaná, kritické myšlení, brainstorming, projektová výuka, otevřené učení a další. (Zormanová, 2012)

Součástí každé metody je výhoda a nevýhoda. V inovativním vzdělávání najdeme výhody – naplňování cílů; osvojování dovedností, vědomostí, návyků a postojů; rozvoj logického myšlení, samostatnosti, tvořivosti, představivosti, aktivity, kooperace, komunikace, zodpovědnosti; dochází ke zvýšení sebevědomí aj. Mezi nevýhody můžeme zařadit časová náročnost na přípravu, nároky na pedagogické vědomosti, dovednosti a zkušenosti, myšlenková činnost žáka při výuce, pomalejší postup při výuce, ale také překážky se strany vedení školy (materiální, technické, organizační apod.). (Zormanová, 2012)

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 6 METODOLOGIE VÝZKUMU

Výzkum pro bakalářskou práci je zaměřen na kvalitativní metody. Průběh výzkumu probíhal v souladu s etickými principy v pedagogickém výzkumu (příprava, realizace, publikace).

### 6.1 STANOVENÍ CÍLE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem bakalářské práce je analýza a zhodnocení vzdělávání žáků s převahou lehkého mentálního postižení v kombinaci s dalšími postiženími, ať symptomatologickými nebo dalšími postiženími, poruchami nebo nemocemi. Součástí výzkumu je vymezení nejvhodnější metody, formy, hodnocení a organizace výuky.

Dílní cíle související s cílem bakalářské práce byly položeny takto:

1. Zmapovat metody výuky, které mají pozitivní nebo negativní prvky pro vzdělání žáků.
2. Zjistit míru využívání strukturovaného učení.

Mezi výzkumné otázky byly zařazeny tři otázky:

1. Jaké jsou metody výuky s pozitivními prvky?
2. Jaké metody jsou nevhodné?
3. Do jaké míry je využíváno strukturované učení v běžných hodinách i v mimoškolních aktivitách?

Přínosem bakalářské práce by mohlo být zvolení vhodných metod na základě práce s těmito žáky.

## 6.2 VÝBĚR VZORKU

Vzorkem k bakalářské práci jsou žáci na 1. stupni s kombinovaným postižením s převahou lehkého mentálního postižení ze Speciální základní školy v Rožmitále pod Třemšínem.

## 6.3 VÝZKUMNÉ METODY

Mezi výzkumné metody bakalářské práce byly zařazeny kvalitativní metody: analýzy dokumentace žáků, přímé pozorování a rozhovor s pedagogy. Vhodná kombinace metod dodržela tzv. triangulaci.

Při analýze dokumentace byly prostudovány doporučení a zprávy od ŠPZ. Všichni respondenti jsou vzdělávání na základě ŠVP MDU – Cesta do života II s doporučenými minimálními výstupy učiva, vytvořeného z RVP ZV. U některých respondentů byly k dispozici také zprávy a doporučení z návštěvy psychiatrického zařízení. Čtyři respondenti mají 3. stupeň podpůrného opatření a jeden respondent má 4. stupeň podpůrného opatření. Žáci mají přiděleného sdíleného asistenta pedagoga.

Další metodou bylo přímé pozorování pěti respondentů. V tomto třídním kolektivu jsou 3 ročníky (3., 4. a 5. ročník) s celkovým počtem 11 žáků. Přesnější rozdělení je 5 žáků ve 3. ročníku, v 4. ročníku tři žáci a v 5. ročníku dva žáci. Respondenty přímého pozorování byli žáci 4. ročníku a 3 žáci 5. ročníku. Při této metodě docházelo k přímému pozorování uvedených respondentů, sledování jejich práce, reakcí a projevů.

Poslední využitou metodou v kvalitativním výzkumu byl rozhovor s pedagogy. Pro rozhovor bylo připraveno celkem sedm otázek. I když si myslím, že rozhovor nebyl časově náročný, někteří pedagogové odmítali rozhovor právě z těchto důvodů. Celkově bylo zrealizováno 10 rozhovorů.

## 6.4 INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

Na základě výsledků z analýzy dokumentace a přímého pozorování respondentů byla vyhodnocena doporučení pro praxi. Rozhovory s pedagogy budou vyhodnoceny v samostatné podkapitole.



#### 6.4.1 RESPONDENT 1

Analýza dokumentace (doporučení a zpráva ŠPZ, zprávy a doporučení z psychiatrie): Respondent 1 je žák 4. ročníku s převahou lehkého mentálního postižení, následně diagnostikovanou vývojovou dysfázií a sociální anxiózní poruchou v dětství. Původně byl respondentovi diagnostikován dětský autismus, který pro nenaplnění symptomatologie byl právě překvalifikován na LMD a vývojovou dysfázií a sociální anxiózní poruchou v dětství. Respondent je zařazen do studie Motolské nemocnice pro sledování symptomů autismu. Přetrval symptom pro uvolnění přetlaků – třepání rukou. Dále má respondent problémy v navazování sociálních vztahů s vrstevníky, kteří nejsou seznámeni s jeho situací, nechápou to. Raději proto vyhledává mladší žáky, kteří mu dávají pocit jistoty. Dochází k tomu, že je respondent smutný a dochází k vyvolání úzkosti. Respondent není nijak medikován, ale z důvodu malého věku dojíždí do Motola na hormonální injekce.

Přímé pozorování: Při práci v hodinách je respondent soustředěný, problémy nastávají při práci s novou látkou (předměty: Český jazyk a Matematika), u které je potřeba dohledat správné materiály, pomůcky, ale také metody pro vysvětlení látky a následné pochopení respondentem. V případě nejistoty při samostatné práci svěsí hlavu, přestane pracovat a reagovat. U těchto okolností záleží na osobě asistenta pedagoga či pedagoga. Pokud je u respondenta někdo, koho respondent zná, jen velmi málo projevuje se jeho sociální anxiózní porucha. Respondent se uzavírá do sebe a přestává komunikovat. Veliký problém poté nastává u praktikantů, kde respondent skoro vůbec nekomunikuje. V poslední době se tento stav začíná odbourávat. Další problémy se objevují v naučných předmětech (ČJS) z důvodu nedostatku slovní zásoby. Při psaní respondent používá levou ruku, v některých případech je písmo roztřesené (při nervozitě, stresu), jindy je text graficky správný. U kreseb respondenta záleží na jeho současném rozložení. V případě, že je nálada pozitivní – kresba je propracovaná se všemi detaily, pokud je negativní – kresba je rychle hotova a není možné rozeznat, co je nakresleno. V hodinách anglického jazyka respondent exceluje, je na úrovni žáků vyššího stupně. Respondent je snaživý, má rád motivaci, která respondenta posouvá dopředu. Důležité je respondenta neupozorňovat na jeho uvolňování za pomoci rukou, které může vést k vyvolání úzkosti. Respondent navštěvuje školní družinu, kde si spíše

hraje a kamarádí s mladšími žáky. Ve školní družině respondent nemá žádné konflikty se spolužáky. Do pracovních činností i aktivit ve školní družině se respondent zapojuje velice rád, ale výsledek výtvaru je ovlivněn celkovým rozpoložením respondenta. Při přímém pozorování respondenta byly zjištěny metody, které mu nejvíce vyhovují: názorně demonstrační metody, praktické metody a projektová výuka, aktivizační metody; materiály s jednoduchými postupy; jednoduché věty, žádná souvětí. Problémovými metodami jsou frontální metody – výklad, ale někdy také heuristické metody. Respondent rád pracuje s různými pomůckami vytvořenými pedagogem, asistentem pedagoga.

#### **6.4.2 RESPONDENT 2**

Analýza dokumentace (pouze doporučení ŠPZ): Respondent 2 má diagnostikované lehké mentální postižení s elektivním mutismem a ADHD s agresivním chováním. Respondent jako jediný má stanovený 4. stupeň podpůrných opatření a je žákem 4. ročníku. Současný problém u respondenta je veliký počet zameškaných hodin. Z tohoto důvodu opakoval 1. ročník. Respondent je medikován, ale více informací nemám k dispozici.

Přímé pozorování: U tohoto respondenta je velice těžké zpracování informací z důvodu velkého počtu zameškaných hodin (nemocnost – spíše podpora ze strany matky). Za celé minulé pololetí byl přítomen ve škole pouze 15 dní. V případě přítomnosti respondenta ve škole byl zmatený a málo komunikoval při výuce. S komunikací má problém s osobami, které jsou v pozici pedagoga. V případě úkolů, otázek od pedagoga přestával komunikovat (i když se jedná o vyprávění např. „Co jste dělali o velkých prázdninách?“). Snaha motivace byla respondentovi tzv. „jedno“. Bohužel zameškané hodiny měly dopad na jeho vzdělávání. Respondent zapomněl psací tvary písmen (v jeho přítomnosti byla potřeba začít od začátku, po jeho další nemoci opět vše od začátku). Písmena se snaží psát spíše tiskací (psací tvary neumí), které píše pravou rukou. Při vyučování se hodně posouval se židlí, vyskakoval, bylo nutné dělat přestávky na procházku po chodbě. O přestávkách mezi vyučovacími hodinami docházelo k útokům (verbálním i neverbálním) respondenta na spolužáky. U respondenta byl nutný dohled po celý den. Respondent nenavštěvuje školní družinu z důvodu, že matka pobírá příspěvek na péči. Něž byl tento příspěvek na péči schválen,

školní družinu navštěvoval. Respondent chodil do družiny velice rád, s dětmi si hrál, než došlo ke konfliktu. Po konfliktu někdy docházelo k tomu, že se respondent rozbředel. Následně komunikoval pouze s určitým pedagogem. Při výtvarné výchově i pracovních činnostech se rád zapojil do tvorby a práce, ve školní družině se zapojovat nechtěl. Respondentovi vyhovují metody názorně demonstrační, ale také heuristické metody (chce pracovat samostatně) a aktivizační metody. Nevhodná metoda je frontální – výklad. Respondent nerad využívá materiály, které jsou vytvořené jako pomůcka.

### **6.4.3 RESPONDENT 3**

Analýza dokumentace (zprávy a doporučení ŠPZ, zprávy a doporučení z návštěvy psychiatrie): Respondent 3 má diagnostikované lehké mentální postižení a ADHD s agresivitou. Větší problémy s chováním se začaly objevovat až v průběhu 3. ročníku, gradovaly v polovině 4. ročníku. Doporučeno ŠPZ opakování 4. ročníku. Následně babička (pěstounka) s respondentem začala jezdit na psychiatrii do Prahy. Psychiatrií byl doporučený pobyt v léčebném zařízení, který byl babičkou několikrát odmítnut. Dále bylo psychiatrií doporučeno nezatěžovat respondenta úkoly, pokud nebude chtít respondent pracovat – nemusí, krátká cvičení, více volného času. Respondent je medikován několika druhy prášků, které se po každé návštěvě změnily nebo upravilo dávkování. Po poslední předložené zprávě z vyšetření psychologického a psychiatrického je doporučeno přešetření v ŠPZ a přeřazení již do středně těžkého mentálního postižení.

Přímé pozorování: Respondent při práci nedokázal pracovat samostatně. Vždy očekával pomoc ze strany asistenta pedagoga či pedagoga. Při přesných pokynech, které mu byly diktovány, zadaný úkol zpracoval. Pokud se pedagog vzdálil, již nepracoval. V případě, že byl upozorněn, aby zkusil pracovat, odpovědí bylo, že nemusí, že to řekla paní doktorka. Pokud se mu pedagog snažil vysvětlit, že je nyní u jiného žáka a paní asistentka u druhého, ať zkusí např. spočíst ty dva příklady, které zbývají, došlo k afektu. Respondent vyskočil z lavice, začal křičet, že jsme na něj zlí, následoval brek a útěk. K dalším afektům docházelo většinou při tělesné výchově u hry „Rybičky, rybáři jedou“ – respondent chycený rybářem – afekt, soutěže – prohra – afekt. Bohužel následně docházelo k afektům i v jiných situacích, které nebyly vyvolány při výuce. Jednalo se o situace, které byly vyvolány pouhým pohledem spolužáků ve školní

družině nebo ve školní jídelně. Po poslední úpravě medikace došlo ke zlepšení v chování, afekty začaly ustupovat. Vedlejším příznakem medikace je časté spouštění krve z nosu. Důležité je ihned zavedení speciální buničiny, která krev zastaví a v nose se rozpustí. Ke zlepšení došlo i ve výuce, respondent již dokáže pracovat samostatně, i když jen pár minut. Píše psacím písmem, pravou rukou. Písmo má graficky správné, ale velikostně větší (velké písmeno, malá písmena l, t, h apod. píše na dvě linky v sešitu 513). Respondent navštěvuje školní družinu. Se spolužáky si hraje rád. Pokud je ve školní družině méně žáků, nejraději si hraje na „Ledovou královnu Elzu“. V současné době se respondent při výuce pracovních činností rád zapojuje a chce vyrábět i jiné výrobky, které tvoří starší žáci. Ve školní družině se do pracovních činností zapojuje v případě, že vyrábí také jeho kamarádi. Respondentovi vyhovují metody praktické a názorně demonstrační. Nevyhovující metoda je zase frontální – výklad a projektová výuka (nerad se zapojuje s ostatními spolužáky). Respondent rád využívá vytvořené pomůcky do výuky, někdy je problém s orientací v nich (často se znovu musí ukázat, jak s nimi pracovat).

#### **6.4.4 RESPONDENT 4**

Analýza dokumentace (zprávy a doporučení ŠPZ): Respondent 4 má diagnostikované lehké mentální postižení a opožděný vývoj řeči. Na základě této diagnózy byl respondent vrácen z 1. ročníku běžné základní školy do mateřské školy. V září respondent nastoupil znovu do 1. ročníku běžné základní školy a následně v průběhu 2. ročníku byl přerazen do školy zřízené podle §16 odst. 9. V současné době je respondent žákem 5. ročníku. Respondent není medikován.

Přímé pozorování: Respondent při pozorování zvládá pracovat samostatně. Pokud si není jistý v práci, neumí si říct o pomoc. Respondent se začne chytat za hlavu, koukat na různé předměty ve třídě. Až na dotaz pedagoga nebo asistenta pedagoga, zda rozumí zadání, odpoví, že nerozumí. Problémy jsou na základě opožděného vývoje řeči ve slovní zásobě, diakritice, ale také v grafomotorice. Respondent píše levou rukou velmi malá písmena, ve kterých vynechává diakritiku (háčky, čárky, tečky nebo kroužky). Problémem je i rozlišení začátku věty (napsat velké písmeno) a také konce věty, kdy dochází ke špatnému rozlišení druhu věty (oznamovací, tázací, práci a rozkazovací). Poté dochází k problému přečtení slov i vět, neřeší pauzy, interpunkci.

V hodinách matematiky pracuje respondent velmi dobře, občas si splete znaménka, ale po upozornění ihned opraví na správný výsledek. V důsledku opožděného vývoje řeči dělají respondentovi potíže slovní úlohy. Potíže přetrvávají i u předmětu Člověk a jeho svět. Při samostatné práci dochází k potížím porozumění otázek. Je potřeba několikrát zopakovat zadání. Respondent je schopný se dané téma naučit zpaměti, ale pouze na danou hodinu a určitý den, následný den již nedokáže odpovědět na otázky. Respondent navštěvuje školní družinu pouze s doprovodem na oběd, poté odchází na autobus. Jediný den je ve školní družině déle, když navštěvuje v rámci Šablon III Klub logických a deskových her. Při klubu dochází k potížím u her, kdy někdo vítězí, respondent velice špatně snáší prohru. U respondenta 4 jsou nevhodnější metody názorně demonstrační, praktické a někdy i frontální – výklad (respondent rád poslouchá i se doptává), ale i heuristické metody (zkouší najít řešení sám, nechce být pozadu za ostatními). Respondentovi nevyhovují diskusní metody (nerad mluví ve společnosti, bojí se posměchu). S pomůckami, které pedagog vyrobí do vyučování, pracuje rád, někdy je však odmítá využívat. Nejvíce využívanou pomůckou je „bzučák“ pro rozlišení délky samohlásek.

#### **6.4.5 RESPONDENT 5**

Analýza dokumentace (zprávy a doporučení ŠPZ): Respondent 5 má diagnostikované lehké mentální postižení, ADHD bez agresivity. Mezi další znevýhodnění respondenta patří mírné zrakové postižení a charakter vývojových poruch učení (dlouhodobé SVP) – hlavně pro předmět Matematika, tedy dyskalkulie. Respondent navštěvuje 5. ročník a není nijak medikován.

Přímé pozorování: Respondent má potíže ve sledovaných jevech, které souvisejí s kolísáním koncentrace pozornosti, tenzí a obavou z neúspěchu, problémy s fonematickou diferenciací, se kterou souvisí sluchová analýza a syntéza (víceslabičná slova se shlukem souhlásek). Potíže má respondent při čtení, ale i psaní, písmenka si nepamatuje (pomůcku s psanou abecedou má v lavici každý žák). V diktátech je respondent zmatený, zapomíná slova, slovo se diktuje vícekrát po sobě, i přesto ho respondent nenapíše (diktáty byly omezeny). Při hodinách matematiky se s respondentem vždy začíná od začátku (číselná řada 0-10, sčítání je znaménko plus (+) a přidáváme, odčítání je znaménko mínus (-), je potřeba ubírat). Při výuce používá

různé tabulky s číselnou řadou, tabulku pro násobení a dělení, pro určení jednotek, desítek apod., dále pro převody jednotek hmotnosti a délky. Respondent nedokáže rozlišit pojem čas a nezná hodiny (má potíže i s digitálními). Pro respondenta se vytváří různé pomocné materiály, které může využívat při samostatné práci. Problémem je, že respondent s těmito pomůckami nechce pracovat nebo je nemá (odnese si je domů), i když je vytvořeno více kopií. Pokud má respondent velice dobrý den, zvládá vše bez velkých potíží. Poslední dobou se stává, že pokud je na předem určený den naplánovaný malý test nebo zkoušení, volá maminka, že je respondent nemocný. Při pozorování bylo vysledováno, že respondent má krátkodobou paměť, jak zrakovou, tak sluchovou a na základě respondentovo čtení a psaní by bylo možné přidružit dyslexii, dysgrafii i dysortografii (respondent nepřečte slovo bez chyby, jeho čtení je velmi pomalé a nerozumí čtenému textu, při psaní si nepamatuje písmenka a písemný projev je nečitelný). Respondent navštěvuje školní družinu, v rámci, které navštěvuje „Doučování z Národního plánu“. Do školy dojíždí autobusem z nedalekého města. Při odchodu ze školní družiny volá mamince, zda stíhá autobus, právě z důvodu neznalosti hodin (i když hodiny jsou často procvičovány právě i ve školní družině). S respondentem se trénují pouze digitální hodiny. Respondenta 5 je velice těžké zaujmout jakýmkoliv způsobem, je u něj veliký nezájem z důvodu obavy z neúspěchu. Nejvhodnější metodou u tohoto respondenta je individuální výuka, projektová výuka, názorně demonstrační metody a aktivizační metody. Nevhodné metody pro respondenta jsou frontální – výklad a heuristické. Respondent velice nerad využívá jakékoliv pomůcky, snaží se být jako ostatní, i když předem ví, že neuspěje.

#### **6.4.6 VYHODNOCENÍ ROZHovorŮ**

Součástí bakalářské práce bylo realizování rozhovorů s respondenty (pedagogy), jejichž vyhodnocení bylo provedeno za pomoci kódování.

**Začlenění žáků** – Začlenění žáků většinou probíhalo bez velkých obtíží. Pouze v několika případech se objevila nejistota, plačtivost a obavy z neúspěchu. Tyto obtíže byly brzo odbourané na základě přátelského klimatu třídy. U dotazovaných respondentů se nestalo, že by si někdo vybavil problémy se začleněním žáků. Při této otázce respondenti odpovídali s jistotou, a to během krátké chvíle.

**Využívané metody výuky** – V rámci rozhovoru respondenti vymezili spousty využívaných metod. Mezi těmito metodami se objevily metody strukturovaného učení, metody slovní (monologické i dialogické), metody frontální výuky, metody názorně demonstrační, metody diskusní, metody situační a inscenační, didaktické hry, skupinová výuka a projektová výuka. Při této otázce se respondenti na chvíli zamysleli, někteří kratší dobu, někteří delší dobu.

**Nejvhodnější metody výuky** – Všichni respondenti se u této otázky shodli, že nevhodnějšími metodami jsou názorně demonstrační a praktické. Někteří respondenti se u této otázky rozpovídali a doplňovali ji svými poznatky, co a jak dělat nebo nedělat.

**Nevhodné metody výuky** – Mezi nevhodné metody většina respondentů zařadila metody slovní monologické (výklad), metody frontální výuky, ale také heuristické metody (většina žáků neumí řešit problémy samostatně). U této otázky většina respondentů ani chvíli nepřemýšlela o odpovědi.

**Strukturované učení** – Tato otázka byla cílená, i když respondenti při rozhovoru začali tím, že strukturované učení se využívá u žáků s PAS. Při delším zamyšlení odpověděli na otázku tak, že vlastně strukturované učení využívají i u ostatních žáků ve třídě. Pedagog se snaží rozvíjet žákovo silné stránky. Žáci také znají přesný postup v hodině nebo celém dni s harmonogramem (se střídáním činností), ke každému žákovi mají individuální přístup, pedagogové podporují žákovo vnímání a myšlení a žáky se snaží motivovat. Pedagogové se zprvu hodně zamysleli, následně se o otázce rozpovídali a přidali své poznatky např. o motivaci (formě odměn – bonbóny, tablet, ale také o jejich odmítání).

**Mimoškolní aktivita (strukturované učení)** – U této otázky se skoro všichni respondenti shodli na tom, že je strukturované učení důležité i u mimoškolních aktivit. Je důležité, aby žák měl individuální přístup a znal strukturu postupu a času v rámci hodiny s určitou motivací. Pouze jeden respondent uvedl, že není nutné strukturované učení v mimoškolních aktivitách. Na otázku „Proč si to myslí?“ nebyla dostána odpověď.

**Změna žáků** – Změny v chování i v emoční stránce začleňovaných žáků nastaly v pozitivním smyslu. Žáci se skamarádili se svými spolužáky, kteří danému žákovi pomáhali se začleněním do chodu třídy a pomáhali také s přípravou na vyučování. Respondenti nadšeně vyprávěli o změnách žáků, kteří byli zařazováni nově do kolektivu třídy.

**Integrace** – V průběhu rozhovorů samozřejmě vystoupila otázka integrace žáků do běžné základní školy. Z rozhovorů vyplývá, že integrace ano, ale v rozumné míře (tj. v případě, že jedinec zvládne upravené učivo základní školy a také, že žák bude mít na této škole ze stran pedagogů takový přístup, který bude relevantní k jeho postižení). Pocity respondentů byly při odpovědi na tuto otázku velmi rozporuplné.

## **6.5 ZÁVĚR ŠETŘENÍ – VYHODNOCENÍ CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÝCH OTÁZEK**

Vyhodnocení cíle výzkumu, dílčích cílů a výzkumných otázek je souhrnně uvedeno níže.

Mezi dílčí cíle byly zařazeny dvě otázky, kdy bylo potřeba zjistit negativní a pozitivní prvky metod výuky a zmapovat míru využívání strukturovaného učení u těchto žáků. Mezi výzkumné otázky bakalářské práce byly stanoveny tři otázky: metody s pozitivními prvky, metody nevhodné pro vzdělávání, a právě tak využití strukturovaného učení. Shrnutí dílčích cílů a výzkumných otázek:

Mezi pozitivní prvky a metody patří demonstračně názorné, praktické metody a motivace, kdy si žák na základě vizualizace (pomůcky, materiály ...) dokáže představit, jak má řešení problémů či plnění zadání vypadat, jak bude postupovat. Důležitý je u těchto metod a postupů také čas, se kterým si každý žák dokáže poradit rozdílně (někomu stačí chvilka a porozumí, někdo potřebuje více času a ukázkou několikrát zopakovat). Další pozitivní metodou se ukázala skupinová výuka nebo skupinová spolupráce. Žáci spolu hledají možnosti a správné cesty k výsledkům nebo řešení problémů. Tato spolupráce má pozitivní vliv na jejich společenskou úroveň a společenské vztahy. Velmi pozitivním a důležitým prvkem ve vzdělávání je motivace. Mezi pozitivní metody lze zařadit metodu diskuse, při níž si žáci mohou předávat svoje



zkušenosti, nápady nebo informace o daném tématu. Motivace je vidět i např. z rodinného prostředí (dobré známky – něco za to dostane). V rámci výuky je motivací např. nějaká sladkost, odměna v rámci soutěže, odměna ne za rychlost, ale správnost, někdy je také pro žáky odměna i práce na tabletu (žáci ze sociálně slabých rodin většinou doma nemají žádnou interaktivní nebo mediální techniku). Mezi pozitivní prvky je možné zařadit i osobnost pedagoga, který má facilitační styl vedení.

Mezi negativní metody a prvky je zařazen výklad (žáci se ztrácejí v množství informací) – využívání frontálních metod výuky a heuristické metody (samostatné řešení problému), pomocí kterých většina žáků nedokáže problém vyřešit. Negativním prvkem je stav, když žák nemá vizuální představivost i za pomoci pomůcek, nebo když žák odmítá jakoukoliv pomoc ať od pedagoga, asistenta pedagoga, nebo rodiny. Dalším negativním prvkem může být i osobnost pedagoga, který má autoritativní styl vedení (manažerský) a jiné postupy nebere v úvahu (je možný jen jediný postup, který vyučuje).

Zmapování využívání strukturovaného učení v rámci výuky, školní družiny, v mimoškolních aktivitách (ZUŠ, jiné aktivity a kroužky), ale i v rámci domácí přípravy, včetně denního režimu, přineslo pozitivní výsledek. Žák, dítě, jedinec jsou bráni jako individuální jedinci, kteří mají daný harmonogram, který mají přesně daný, v rozpisu činností i času. V případě změn harmonogramu jsou jedinci, kterým změny nevadí, u některých jedinců dochází ke konfliktům. Dochází k zaměření na rozvoj silných stránek jedince.

Na základě stanoveného cíle bakalářské práce – analýza a zhodnocení vzdělávání žáků s kombinovaným postižením s převahou lehkého mentálního postižení – vyplývá závěrem: Žáci s kombinovaným postižením s převahou lehkého mentálního postižení potřebují individuální přístup při výuce, učivu nebo při různých činnostech. Každý žák má své tempo, postupy a metody, které mu vyhovují, a motivace je také pro každého žáka jiná. Je důležité se naučit pracovat s každým žákem a přizpůsobit vyučovací hodinu tak, aby vyhovovala každému.

## 6.6 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Každý žák musí být brán individuálně. Každému žákovi vyhovují jiné formy a metody výuky, pomůcky a materiály. Učivo by mělo být uzpůsobeno možnostem jedince se zaměřením na silné stránky. Je také potřeba, aby byl pedagog trpělivý, ale také kreativní z důvodu potřeby vymýšlet a vyrábět různé praktické materiály pro zlepšení výuky a podporu jedince. V průběhu vyučovací hodiny je potřeba nastavit přesné časové rozvržení různých činností s přestávkami na odpočinek, protáhnutí nebo procvičení buď celého těla, nebo při psaní procvičení prstů. Důležitou vlastností pedagoga je emoční citění, které se nesmí změnit na lítost. Protože jedinci s touto diagnózou dokážou této situaci využít (brek, úzkostné stavy) ke svému prospěchu.

## ZÁVĚR

Bakalářská práce s názvem „Vzdělávání žáků s kombinovanými vadami na 1. stupni základní školy v okrese Příbram s převahou lehkého mentálního postižení“ je zaměřena na problematiku vzdělávání těchto žáků. Cílem bakalářské práce bylo právě analyzování a zhodnocení vzdělávání žáků s převahou lehkého mentálního postižení. Součástí cíle bylo analyzovat osobní dokumenty, přímé pozorování a zhodnocení nejvhodnějších metod pro jejich vzdělávání.

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část.

Teoretická část se skládá z pěti kapitol.

První kapitola obsahuje vymezení mentálního postižení, jeho definice a klasifikace na základě MKN-10 a MKN-11. Součástí této kapitoly je také historie mentálního postižení, jeho diagnostikování a rozdělení do stupňů. Závěr této kapitoly je zaměřený na lehké mentální postižení.

Druhá kapitola obsahuje témata narušené komunikační schopnosti, přesněji vývojovou dysfázii a opožděný vývoj řeči. V této kapitole jsou zmíněny příznaky, symptomy, diagnostika a jejich terapie.

Ve třetí kapitole jsou rozděleny poruchy chování, pozornosti a poruchy učení. Tato kapitola se zaměřuje na elektivní mutismus, ADHD a poruchu učení zvanou dyskalkulie. Součástí podkapitol jsou etiologie, diagnostika, reedukace a terapie.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na duševní poruchu – sociální anxiózní porucha v dětství s etiologií, symptomy a její terapií.

V páté kapitole se objevuje téma vzdělávání žáků s více vadami. Tato kapitola obsahuje téma legislativy, SPC, podpůrných opatření, RVP, vzdělávání žáků s kombinovaným postižením a nakonec metodami, které jsou využívány ve vzdělávání.

Praktická část je zaměřena na analýzu osobní dokumentace respondentů, jejich přímého pozorování a rozhovoru s respondenty – pedagogy. Respondenty pozorování byli žáci 1. stupně ze 4. a 5. třídy s převahou lehkého mentálního postižení s dalšími vadami. Tito respondenti mají stanovená podpůrná opatření 3. nebo 4. stupně. Při přímém pozorování bylo zjištěno, jaké metody nebo formy výuky žákům vyhovují, jaké metody jsou nevhodné pro jejich vzdělávání. Z rozhovoru s respondenty (pedagogy) vplynuly nejvhodnější metody pro vzdělávání žáků s mentálním

postížením. Respondenti se zamysleli nad jinými formami výuky a jejich vedením žáků a nad spoluprací s ostatními pedagogy.

Závěrem vyplývá, že pokud je žák spokojený, cítí se bezpečně a neohroženě, současně zvládá různé úkoly, ať sám, nebo s dopomocí pedagoga, nebo asistenta pedagoga, poté může být spokojený i pedagog, že spolu zvládli ujit kus cesty k cíli.

## SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

### Seznam použitých českých zdrojů

BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, s. r. o., 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BENDOVÁ, P., ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. ISBN 978-80-247-7701-6.

ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2015. ISBN 978-80-246-3083-0.

FISCHER, S., ŠKODA, J., SVOBODA, Z., ZILCHER, Z. *Speciální pedagogika. Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Stanislav Juhaňák – TRITON, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: Inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením*. 3. vyd. Ostrava: OU, 2008. ISBN 978-80-7368-622-2.

CHRÁSTKA, M. *Metody pedagogického výzkumu*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. ISBN 978-80-271-9225-0.

JEŘÁBEK, J., TUPÝ, J. *Rámcový vzdělávací program pro základního vzdělávání*. Praha: MŠMT, 2017.

KLENKOVÁ, J. *Logopedie*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1110-2.

MICHALÍK J., BASLEROVÁ, P., FELCMANOVÁ, L., a kol. *Katalog podpůrných opatření*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4675-2.

NEUBAUER, K. *Kompendium klinické logopedie*. Praha: Portál, s. r. o., 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. ISBN 978-80-247-5452-9.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2006. ISBN 978-80-247-1049-5.

SELIKOWITZ, M. *Dyslexie a jiné poruchy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2000. ISBN 80-7169-773-7.

SKUTIL, M. *Základy pedagogicko-psychologického výzkumu pro studenty učitelství*. Praha: Portál, s. r. o., 2011. ISBN 978-80-7367-778-7.

SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2016. ISBN 978-80-271-0095-8.

SWIERKOSZOVÁ, J. *Sdecitické boruchy umečí (Specifické poruchy učení)*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2005. ISBN 80-7368-042-4.

ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I., a kol. *Klinická logopedie*. Praha: Portál, s. r. o., 2003. ISBN 80-7178-546-6.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s. r. o., 2000. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M., a kol. *Mentální postižení*. 2. vyd. Praha: Grada Publishing, a. s., 2018. ISBN 978-80-271-0378-2.

VALENTA, M. MÜLLER, O. *Psychopedie*. 5. vyd. Praha: Parta, s. r. o., 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2019. ISBN 978-80-7472-168-7.

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 11. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2009. ISBN 978-80-7367-514-1.

ZORMANOVÁ, L. *Výukové metody v pedagogice*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2012. ISBN 978-80-247-7845-7.

### **Seznam použitých zahraničních zdrojů**

GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 2008. ISBN 978-80-223-2391-8.

HUČÍK, J. a kol. *Osoby s mentálním postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján: Prohu, s. r. o., 2013. ISBN 978-80-89535-13-2.

JACOBSON, J. W., MULICK, J. A., ROJAHN, J. *Hand of book Intellectual and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science + Business Media, LLC, 2007. ISBN-13: 978-0-378-32931-4.

LECHTA, V. a kol. *Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti*. Martin: Osveta, spol. s r. o., 2002. ISBN 8-8063-100-X (1. vyd. ISBN 80-88824-18-4).

MATSON, J. L., *Handbook of Intellectual Disabilities*. Cham: Springer Nature Switzerland AG, 2019. ISBN 978-3-030-20843-1.

MIKULAJOVÁ, M., RAFAJDUSOVÁ, I. *Vývinová disfázia. Špecificky narušený vývin reči*. Bratislava: Marína Makulajová, Iris Rafajdusová, 1993. ISBN 80-900445-0-6.

### **Seznam použitých internetových zdrojů**

CS, AION. *Vyhláška č. 27/2016 Sb.* [online]. 2016. [cit. 2022-09-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-27>

CS, AION. *Zákon č. 561/2004 Sb.* [online]. 2004. [cit. 2022-09-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-561?text=561%2F2004>

CS, AION. *Zákon č. 82/2015 Sb.* [online]. 2015. [cit. 2022-09-30]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2015-82>

MALÁ, E. *Sociální fobie v dětství. Pediatrie pro praxi*. [online]. 2011. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: [https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201102-0002\\_Socialni\\_fobie\\_v\\_detstvi.php](https://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-201102-0002_Socialni_fobie_v_detstvi.php)

NÁRODNÍ ZDRAVOTNICKÝ INFORMAČNÍ PORTÁL [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2022 [cit. 16.10.2022]. Dostupné z: <http://nzip.cz>. ISSN 2695-0340.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics*. [online]. 2022. [cit. 2022-10-28]. Dostupné z: <https://icd.who.int/en>



## SEZNAM ZKRATEK

- ADHD - Porucha pozornosti s hyperaktivitou
- IQ - Inteligenční koeficient
- IVP - Individuální vzdělávací plán
- MKN-10 - Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů
- MKN-11 - Mezinárodní klasifikace nemocí (11. revize)
- PLPP - Plán pedagogické podpory
- PO - Podpůrné opatření
- SPC - Speciálně pedagogické centrum
- RVP PV - Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání
- RVP ZV - Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání

## **SEZNAM PŘÍLOH**

<b>Příloha A – Otázky k rozhovoru.....</b>	<b>I</b>
--	----------

## **Příloha A – Otázky k rozhovoru**

1. Jak probíhalo začlenění žáka s lehkým mentálním postižením a přidruženými vadami či postižením do kolektivu třídy?
2. V rámci výuky jsou využívané metody?
3. Jaké metody jsou nejvhodnější?
4. Jaké metody byly nevhodné pro tyto žáky?
5. Byla realizována metoda strukturovaného učení?
  - a. Pozitiva
  - b. Negativa
6. Je metoda strukturovaného učení využívána i v mimoškolních aktivitách?
7. Nastaly změny v rámci vzdělávání těchto žáků?

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora: Monika Fungáčová**

**Obor: Speciální pedagogika**

**Forma studia: kombinovaná**

**Název práce: Vzdělávání žáků s kombinovanými vadami na 1. stupni ZŠ v okrese Příbram s převahou lehkého mentálního postižení**

**Rok: 2023**

**Počet stran textu bez příloh:<sup>1</sup> 45**

**Celkový počet stran příloh:<sup>2</sup> 1**

**Počet titulů českých použitých zdrojů: 23**

**Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 6**

**Počet internetových zdrojů: 6**

**Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann**

---

<sup>1</sup> zahrnuje počet stran od úvodu po závěr práce (seznamy použitých zdrojů již nepočítáme)

<sup>2</sup> zahrnuje celkový počet jednotlivých stran příloh