

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

MAGISTERSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014 - 2015

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zdeněk Mička

**Pracovní výchova na praktické škole dvouleté se žáky
s mentálním postižením**

Praha 2015

Vedoucí diplomové práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

MASTER COMBINED STUDIES

2014 - 2015

DIPLOMA THESIS

Zdeněk Mička

**Craft education for mental handicapped pupils on Practical
Two - year School**

Prague 2015

Diploma Thesis Work Supervisor: PhDr. Josef Novotný, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, kterou jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 9.3.2015

Zdeněk Mička

Poděkování

Chci poděkovat PhDr. Josefu Novotnému, CSc. za trpělivost, pomoc a odborné rady při vedení mé diplomové práce.

Anotace

Cílem diplomové práce bylo vyhodnotit proces a výsledky získávání dovedností a vztahu k pracovnímu vyučování na praktické škole dvouleté u žáků se středně těžkým mentálním postižením. Byla stanovena hypotéza, že kladnou motivací a opakováním činností lze dosáhnout u žáků s mentálním postižením lepší výsledky v procesu získávání praktických dovedností. Výsledky pozorování byly vyhodnoceny u 10 žáků mužského pohlaví prvního ročníku střední školy – praktické školy dvouleté. Analyzovaná skupina žáků byla ve věku 21 až 26 let s převažující diagnózou středně těžká mentální retardace. Vlastní sledování proběhlo na základě opakovaných testů, které se týkaly teoretických znalostí ručního nářadí a nástrojů na opracování dřeva a kovů. Dále žáci opakovaně vykonávali samostatnou praktickou činnost (díl fotorámečku). Byla potvrzena hypotéza, že opakováním činnosti došlo u žáků ke zlepšení teoretických vědomostí (o 1 klasifikační stupeň) i praktických dovedností (téměř o 1 klasifikační stupeň). Byla využita kladná motivace žáků. Žáci byli hodnoceni pouze klasifikačním stupněm 1 až 4. Účinnou motivací je zejména plánovaná návštěva rodičů, vedení školy a celého pedagogického sboru při ukázkách praktické činnosti žáků.

Klíčové pojmy:

Mentální retardace, motivace, pracovní vyučování, pracovní dovednosti, praktická škola

Annotation

The aim of dissertation was to evaluate a process and results of gaining craft and attitude to craft teaching of medium degree of mental handicapped pupils on Two-year Practical School. A hypothesis was, that pupils with mental handicap in process of gaining practical craft, could get to better results when they were positive motivated and also by repeating their activities. The observation results were evaluated for 10 male pupils from a first class of Secondary School – Two-year Practical School. The pupils in analyzed group were from 21 to 26 years old and nearly all of them with diagnosis of medium degree of mental retardation predominantly. The own special observation was going on the basis of repeating tests concerning theoretical knowledge of hand-operated tools and instruments for work on wood and metal. Another activity, that the pupils repeatedly did, was separate practical activity (making of a part of a small photoframe). The hypothesis, that activities happening again and again, can really improve pupils' theoretical knowledge (1 classification mark up) and practical skill (nearly 1 classification mark up), so, this hypothesis was confirmed. The pupils were positive motivated and this advantage was well used with their own work and work with them. They were evaluated by classification marks from 1 to 4 only. Very effective pupils' motivation were especially planned and expected parents', school leaderships' and the whole pedagogical body's visit during the demonstration of practical activities of pupils.

Key words:

Mental retardation, motivation, craft teaching, working skill, practical school

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST	11
1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (MENTÁLNÍ RETARDACE)	11
1.1 Výklad pojmů	11
1.2 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace	16
1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace	17
1.4 Etiologie mentální retardace.....	18
1.5 Výskyt osob s mentální retardací v populaci.....	21
1.6 Specifika středně těžké mentální retardace	24
2. HISTORICKÝ A SOUČASNÝ POHLED NA LIDI S POSTIŽENÍM.....	28
2.1 Historický pohled na lidi s postižením	29
2.2 Eugenika, sterilizace a její zneužití u postižených	35
2.3 Milníky v lékařské péči o postižené od konce 18. století.....	42
3. SOUČASNÝ POHLED NA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ.....	46
3.1 Humanizační trendy	46
3.2 Nové formy péče o osoby s mentálním postižením	49
3.3 Významné osobnosti speciální pedagogiky a psychopedie.....	55
3.4 Společenské organizace a občanská sdružení na pomoc postiženým	60
3.5 Práva lidí s mentálním postižením	63
4. INTEGRACE A INKLUZE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB	69
4.1 Integrace	69
4.2 Inkluze	75
4.3 Integrace mentálně postižených v USA	79
5. VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH, LEGISLATIVA A DRUHY ŠKOL	82
5.1 Vývoj legislativy mentálně postižených ve školství	82
5.2 Současná platná školská legislativa a druhy škol pro MP.....	84
5.3 Individuální vzdělávací plán (IVP)	89
5.4 Speciálně pedagogická centra	91
5.5 Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)	95
5.6 Vzdělávání autistických žáků.....	98
5.7 Aspergerův syndrom	102

5.8	Specifičnost vzdělávání mentálně postižených žáků na praktické škole	105
6.	Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením	107
6.1	Podporované zaměstnávání	111
PRAKTICKÁ ČÁST		121
7.	CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA	121
8.	METODIKA PRÁCE	122
8.1	Charakteristika školy	122
8.2	Střední škola (praktická škola dvouletá) – místo sledování	126
8.3	Vlastní průběh šetření	134
9.	VÝSLEDKY	145
9.1	Testování teoretických znalostí žáků	145
9.2	Výsledky samostatné praktické činnosti žáků	149
9.3	Motivace žáků	153
ZÁVĚR		156
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY		158
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ		166
SEZNAM PŘÍLOH:		167

ÚVOD

Mentální retardace je desetkrát běžnější než mozková obrna a postihuje dvacetpětkrát více lidí než slepota. Mentální retardace stírá hranice rasy, etnika, vzdělání, společnosti a ekonomického zázemí a postihuje asi 4% populace. V psychologii je tento pojem vnímán jako snížení úrovně rozumových schopností – inteligence, která se projevuje zejména nedostatečným rozvojem myšlení, omezenou schopností učení a obtížnější adaptací na běžné životní podmínky.

Tento často používaný termín je v posledních letech předmětem zájmu profesionálů, lékařů, psychologů, speciálních pedagogů, ale i laiků a aktuálně se o této problematice vyjádřil i prezident České republiky Miloš Zeman. Svými názory podnítl debatu zainteresovaných odborníků, kteří nejsou jednotní ve svých definicích a pohledem na tuto problematiku, např. na integraci či inkluzi osob s mentálním postižením do hlavního proudu vzdělávání. Dá se předpokládat další vývoj a pokrok v oblastech výchovy a vzdělávání, nových způsobů práce a terapiemi s osobami s mentálním postižením, ale také spolupráce v genetice, eugenice, prevenci rizikových faktorů, výzkumu vývoje a činnosti nervové soustavy, objevy nových farmakologických přípravků, očkování, ale také v úpravě stravy, odpovědnosti rodičů a zdravého způsobu života.

Jedinci se středně těžkou mentální retardací mají výrazně opožděn rozvoj kognitivních funkcí, řeč je omezená, taktéž je omezena schopnost sebeobsluhy a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované a jen někteří žáci si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy trivia. Je zde však příležitost a možnost prostřednictvím speciálních vzdělávacích programů k rozvoji omezených možností a k získání základních vědomostí, dovedností a schopností.

Dospělí jedinci se středně těžkou mentální retardací jsou zpravidla schopni vykonávat jednoduché činnosti, pokud mají úkoly jasně zadány a pokud jsou odborně vedeni. V dospělosti mají převážně ustanoveny

opatrovníky, vést úplně samostatný život je takřka nemožný. Bývají mnohdy fyzicky aktivní, většina z nich se snaží o navázání sociálních kontaktů a komunikaci s druhými. Středně těžká mentální retardace je vnímaná jako organická porucha mozku a prognóza u těchto osob je zatím nepříznivá.

V průběhu své pedagogické praxe v diagnostickém ústavu a později v praktické škole dvouleté jsem měl možnost setkat se s žáky s mentální retardací. Právě moje zkušenosti jako vychovatele a zároveň učitele v diagnostickém ústavu a učitele na praktické škole dvouleté mě inspirovaly pro zvolení tématu diplomové práce „Pracovní výchova na praktické škole dvouleté se žáky s mentálním postižením“.

První část diplomové práce je přehledem teoretických poznatků čerpaných z odborné literatury v oblasti mentální retardace a vzdělávání jedinců s tímto postižením.

Na teoretickou část navazuje praktická část se stanoveným cílem práce a hypotézou, které vycházejí z předpokladu, že opakování činností při pracovním vyučování vede k získání základních dovedností, které jsou důležité pro výkon jednoduchých činností v oblastech budoucího praktického života mentálně postižených.

Metodologie zpracování diplomové práce je uvedena v kapitole Metodika práce, která přináší základní informace o místě sledování – praktické škole dvouleté a vyučovacím předmětu Drobná údržba, v rámci kterého proběhlo vlastní pozorování, charakterizuje skupinu žáků se středně těžkou mentální retardací zařazených do sledování, uvádí při šetření použité metody, postupy a zásady a podrobně popisuje vlastní samostatnou praktickou činnost žáků, která je hlavním předmětem výzkumu, včetně metodiky hodnocení jejich výsledků.

Konkrétní výsledky šetření jsou popsány v kapitole Výsledky a jsou doplněny Přílohami, hlavní závěry práce a doporučení pro praktické vzdělávání osob s mentálním postižením jsou uvedeny v kapitole Závěr. Diplomová práce uvádí i seznam použité a citované literatury.

TEORETICKÁ ČÁST

1. MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ (MENTÁLNÍ RETARDACE)

1.1 Výklad pojmů

Mentální postižení:

Je vývojová porucha integrace psychických funkcí, která postihuje jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale narušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji v procesu učení. Švarcová (2006) označuje mentální postižení jako trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení. Mentální postižení je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností. U lidí s mentálním postižením dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Jedná se o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo časně získaný. (Pipeková, 2010, Švarcová, 2006).

Biologická interpretace: V monografii (Höschl, Liebigler, Švestka, 2002) je uvedena následující definice mentální retardace: „Mentální retardace je globální poškození intelektových funkcí s narušením vývoje celé osobnosti a společenskou nedostatečností od počátku duševního vývoje. Díky genetickému a organickému poškození nebo souhrnu sociálních a genetických faktorů je snížena inteligence a jsou přítomny poruchy schopnosti abstraktního myšlení a soudnosti, pozornosti a motivace, chápání a orientace, řeči, chování, emotivity, někdy i motoriky. Není to jen otázka sníženého IQ, ale vždy jde též o komplex narušení adaptivního chování. Mentální retardace je problémem multidisciplinárním.“

Antropologický pohled: (Dörner, Plog, 1996) uvádí jinou definici: „Mentální postižení spočívá a) v nedostatečné kapacitě osvojit si společensky preformované potřeby a schopnosti, b) v strategiích, pomocí kterých postižený nalézá vztah ke svému postižení, tedy pokouší se nabýt sebevědomí. Jen když tyto strategie selhávají, takže člověk překáží sobě i druhým v sociálním soužití natolik, že to nabývá významu nemoci. Těžiště deficitu se u dětí raného věku projevuje jako poruchy vývoje, u dětí školního věku jako poruchy učení a u dospělého jako poruchy adaptace.“

Tato charakteristika jednoznačně říká, že mentální retardace není jen problémem dětského a dorostového věku, ale záležitostí celoživotního vývoje a že člověk není duševně postižený po celý život, nýbrž jen vzhledem ke své situaci a věku.

Společenský pohled: Podle Thimma (1999) „Mentální postižení jednotlivého člověka je chápáno jako komplexní stav, který se vlivem rozmanitých sociálních faktorů vyvíjí z medicínsky popsatelné poruchy. Diagnostikovatelná pre-, peri a postnatální poškození nevypovídají o mentálním postižení jednotlivého člověka. To je určeno víceméně vzájemnou výměnou mezi jeho potenciálními schopnostmi a nároky jeho konkrétního okolí.“

Sdružení Modrý klíč Durecová (2005) uvádí definici: „Člověk s mentálním postižením se odlišuje od člověka bez mentálního postižení stupněm podpory, která by mu měla být poskytnuta k tomu, aby tyto základní lidské potřeby mohl uspokojit a rozvinout svůj potenciál.“ Tato odlišnost je dána tím, že člověk s mentálním postižením má od dětství:

1. významně sníženou schopnost porozumět novým či komplexním informacím, schopnost naučit se nové dovednosti, sníženou intelektovou výkonnost (pod IQ = 70)

2. omezenou schopnost nezávisle žít a adaptovat se na požadavky společnosti, ve které žije

To znamená, že u člověka s mentálním postižením se k základním lidským potřebám připojují ještě další potřeby, které souvisí s jeho konkrétním mentálním (a někdy také ještě smyslovým) postižením, jako např. potřeba specifických postupů učení novým dovednostem, přítomnost asistentů, nácvik komunikace apod.

Americká Asociace pro Mentální Retardaci (přejmenována na AAIDD) uvádí definici z r. 2002: „Mentální retardace je snížená schopnost (disability) charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje ve schopnosti myslet v abstraktních pojmech, a v sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Mentální retardace se projevuje před 18 rokem věku.“ (Překlad definice: Jan Šiška, 2005).

Definice mentální retardace dle WHO (Světové zdravotnické organizace, dle 10 revize MKN): „Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k povšechné úrovni inteligence, tj. poznávacích, řečových, pohybových a sociálních schopností. Retardace se může vyskytnout s jakoukoli jinou duševní nebo tělesnou poruchou nebo bez ní.“ (WHO, 2006).

Etiologická definice: „Mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatalní, perinatální i postnatální etiologií.“ (Valenta, Müller, 2007).

Definice podle orgánového poškození dle Rubinštajnové, 1986): Mentální retardace z pohledu biologických faktorů je pojímána jako „trvalé poškození poznávací činnosti, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku.“

Oligofrenie, demence a pseudooligofrenie:

Podle vývojového období, ve kterém k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje oligofrenie a demence. Zastaralý název pro mentální postižení

(mentální retardaci) je oligofrenie nebo česky slabomyslnost. Dříve se používaly 3 stupně oligofrenie: Debilita, imbecilita a idiocie. V dnešní době se výše uvedená stádia nepoužívají a jsou nahrazovány pojmy lehká, střední, těžká a hluboká mentální retardace. Samotný pojem oligofrenie pak bývá nahrazován pojmy mentální retardace v případě slabších forem pak mentální deficit. V současné době se často setkáváme s pojmenováním mentální postižení (Bazalová, In: Pipeková, 2006).

Pojem mentální retardace vychází z latinských slov "mens" (mysl, duše) a "retardare" (opozdit zpomalit); doslovný překlad by tedy zněl "opožďení (zpomalení) mysli". Ve skutečnosti je mentální retardace podstatně složitější syndromatické postižení, které postihuje nejenom psychické (mentální) schopnosti, ale celou lidskou osobnost ve všech jejích složkách." (Slowík, 2007, s. 109).

Demence:

Je proces zastavení či rozpadu normálního mentálního vývoje po druhém roce života. Demence se někdy nazývá získaná mentální retardace. K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku, což vede k narušení, zastavení nebo zvrácení doposud normálně probíhajícího vývoje. Rozlišujeme dva základní druhy demencí: dětskou (deterioraci, tj. zhoršení, úbytek) a stařeckou. Dále se demence dělí na: atroficko-degenerativní, ischemicko-vaskulární a symptomatickou. Nejčastěji se jedná o zánět mozku (Encephalitis), zánět mozkových blan (meningitis), poruchy metabolismu, intoxikace, nádory na mozku, duševní poruchy. Demence má v porovnání s oligofrenií většinou tendenci postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, jak je tomu u oligofrenie, ale postupně, některé mechanismy mentálních funkcí jsou poškozeny, jiné zachovány. Nejčastějším projevem demence je porucha paměti, orientace, úsudku, schopnosti abstraktního myšlení, pozornosti, motivace, emotivity, chování, komunikace. Dochází k celkové degradaci osobnosti. Demence bývá někdy nazývána získaná mentální retardace. (Bazalová, In: Pipeková, 2006)

Pseudooligofrenie:

Je nazývána termínem zdánlivá mentální retardace, protože se ve skutečnosti o mentální retardaci nejedná. Dříve se používal termín sociální debilita. Pseudooligofrenie je způsobena vlivem vnějšího prostředí, nikoliv poškozením CNS. Dítěti se nedostává potřebně stimulace, je výchovně zanedbané, může trpět psychickou deprivací nebo pocházet ze sociokulturně znevýhodněného prostředí. Inteligenční kvocient bývá snížen přibližně o 10 - 20 bodů. V současné době se pro tento podprůměr používá nejčastěji pojem hraniční pásmo mentální retardace nebo mentální subnorma. Nejčastějšími projevy jsou opožděný vývoj řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace, infantilismus, hravost, negativismus, apatie. Děti neumějí zobecňovat, jsou vázané na konkrétní realitu, potřebují názorný příklad. Preferují mechanickou práci. Motorika nebývá porušena. Nejedná se o stav trvalý, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného výchovného působení může dojít ke zlepšení stavu. (Bazalová, In: Pipeková, 2006).

1.2 Klasifikace jednotlivých stupňů mentální retardace

Hloubku mentální retardace je možné určit pomocí inteligenčního kvocientu, který ukazuje úroveň rozumových schopností. V České republice se ke klasifikaci mentálního postižení používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN-10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) v roce 1992. Dle ní klasifikujeme:

A) Druh postižení

- F 70-79 Mentální retardace

B) Stupeň postižení

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ 19 a níže
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace (nelze vyšetřit)

C) Typ postižení

- Eretický (nepokojný, dráždivý)
- Torpidní (apatický, netečný)
- Nevyhraněný

(Pipeková, 2010)

1.3 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Klinické znaky mentální retardace, které ve vztahu k jednotlivým stupňům poruchy nabízí MKN-10:

- **Lehká mentální retardace** - opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se vyskytují až s nástupem do školy. Většina jedinců je plně nezávislá v sebeobsluze a je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání. V sociálně nenáročném prostředí se dokáží pohybovat bez omezení a problémů. Velký význam má u těchto klientů výchovné prostředí.
- **Středně těžká mentální retardace** - myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy. Klienti vyžadují chráněné prostředí (tj. hlavně chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Možnosti edukace se omezují na trivium, řeč bývá obsahově chudá i v dospělosti, někdy dokonce zůstává na nonverbální úrovni. Postižení psychického vývoje je často kombinované epilepsií, neurologickými, tělesnými, smyslovými a dalšími duševními poruchami.
- **Těžká mentální retardace** - výrazné opoždění psychomotorického vývoje je pozorovatelné již v předškolním věku. Možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Kombinace s motorickým postižením a s příznaky celkového poškození CNS. Velmi časté jsou stereotypní pohyby, sebepoškozování, afekty a agrese.
- **Hluboká mentální retardace** - nutná trvalá péče i v nezákladnějších životních úkonech, často těžké senzorycké a motorické postižení a těžké neurologické poruchy. Komunikační schopnosti maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí. Etiologie je organická, kombinují se nejtěžší formy pervazivních poruch. (Valenta a Müller, 2007).

1.4 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace: Bazalová In: Pipeková (2006)

Mentální retardace může vzniknout v období:

- **Prenatálním** - (před narozením dítěte) - po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy) Některá virová infekční onemocnění působící v době od početí do porodu mohou významně ovlivnit narození dítěte s mentálním postižením, jedná se především o infekce matky během těhotenství (rubeola, chřipka, varicella), z ostatních infekcí také syfilis, toxoplazmóza, listerióza apod. K dalším patogenním činitelům patří ionizující a rtg. záření, léky, chemikálie, drogy a alkohol (viz. FAS – fetální alkoholový syndrom), hormonální poruchy, jako je diabetes mellitus a hypotyreóza, anémie, nedonošenost či prodloužená gravidita (Matulay, 1986) Největší skupinu příčin mentální retardace však tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Na vznik mentální retardace může mít vliv i nedostatek plodové vody – oligohydromnion, dále vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie). Objevují se názory, že i prenatální deprivace (např. silně nechtěné dítě) se může projevit na duševním zdraví ještě nenarozeného dítěte.
- **Perinatálním** - (v období porodu a bezprostředně po něm) řadíme perinatální encefalopatie (důsledky organického poškození mozku), mechanické poškození mozku při porodu a hypoxie či asfyxie (tj. nedostatek kyslíku), předčasný porod a nízká porodní váha dítěte, též nefyziologická těžká novorozenecká žloutenka, dlouhotrvající porod.
- **Postnatálním** - (po porodu do 2 let věku) může způsobit mentální retardaci mnoho vlivů, mezi něž patří zánět mozku způsobený mikroorganismy (klíšťová encefalitida, meningitida, meningocefalitida), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, krvácení do mozku, onemocnění vedoucí

k poškození inteligence – schizofrenie, epileptické demence apod. (při některých otravách např. barbituráty může dojít k „reverzibilní demenci“, kdy se stav časem upraví opět na normu). Snížení intelektových schopností může zapříčinit i sensorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí či dětí v institucionální péči. Tento intelektový deficit se může upravit, pokud dojde včas k nasycení potřeb dítěte.

Dle Penrose In: Černá (1995): Mentální retardace nemá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností více faktorů:

Příčiny endogenní - genetické, dědičné,

- dávné - způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
- čerstvé - spontánní mutace

Příčiny exogenní - vzniklé vlivem prostředí

- v raném těhotenství - poškozením oplozeného vajíčka
- v pozdním těhotenství - intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
- intranatální - abnormální porod
- postnatální - nemoci, úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Zvolský (1996) uvádí tyto nejčastější příčiny vzniku mentální retardace:

- dědičnost
- sociální faktory
- environmentální faktory
- specifické genetické příčiny
- nespécificky podmíněné poruchy

Langer (1996) dělí příčiny vzniku mentální retardace na:

Vrozené

- - příčiny před porodem – chromozomální
- - v době těhotenství
- - příčiny kolem porodu

Získané

- - biologické
- - během života
- - sociální (rodinná výchova, školní výchova, mimorodinná, mimoškolní výchova)

1.5 Výskyt osob s mentální retardací v populaci

Pipeková (2006) uvádí, že údaje OSN pro výchovu, vědu a kulturu a WHO uvádějí výskyt 19,64% zdravotně postižených v lidské populaci. Z toho mentálně retardovaných je 3,15%. V současné době však neexistuje přesný údaj o výskytu lidí s mentální retardací v naší ani světové populaci. Odhad počtu lidí s mentální populací u nás se pohybuje mezi 1-5%, nejpravděpodobnější je 3%. Z tohoto počtu asi polovina osob potřebuje během života sociální nebo lékařskou pomoc. Nejvíce osob s mentální retardací, které vyžadují speciální péči, je ve věku 0-16 let, později jejich počet klesá díky sociální adaptaci a dosažení dalšího stupně intelektového vývoje.

Vančura (2007) udává podobné statistické data a konstatuje: Neexistuje přesná, úplná evidence osob s intelektovým postižením udávaných v literatuře. Srovnání studií, které se zabývají prevalencí mentálního postižení, je náročné pro celkovou nejednotu užívané metodologie a terminologie, různorodost užívaných kritérií v jednotlivých studiích atd. Nelze tedy očekávat jednoznačný a přesný údaj, spíše odhad určitého rozmezí.

Petterson a kol. (2005) - cit. Vančura (2007) udávají, že odhady prevalence intelektového postižení nejsou v odborné literatuře časté, a zpravidla uvádějí interval v rozmezí 0,5 - 3,0% populace. Podle autorů se v Austrálii v letech 1983 -1996 narodilo 15,2 dětí s intelektovým postižením na 1000 porodů živých dětí (1,52%), z toho 60% byli chlapci. Podobný údaj o početním zastoupení chlapců v cílové skupině (40 – 66%) uvádějí Höschl, Libiger, Švestka (2002) - cit. Vančura (2007). Tito autoři také udávají prevalenci mentální retardace v celkové populaci do 3%. Nejvíce citovaná přehledová studie na téma prevalence intelektového postižení (Roeleveld, Zielhuis, Gabreels, 1997 -cit. Vančura, 2007) udává odhad četnosti dané kategorie pro ekonomicky rozvinuté země v intervalu 1 – 3% celkové populace.

Černá (1995) uvádí, že je výskyt mentální retardace nerovnoměrně rozložen vzhledem k hloubce postižení a pohlaví – větší výskyt u mužů. Největší procento osob s mentální retardací je podchyceno ve školním věku.

Valenta, Petráš a kol. (2012) ve své práci konstatují, že největší skupinu příčin mentální retardace tvoří syndromy způsobené změnou počtu chromozomů. Do této kategorie spadá velká skupina (21% etiologií mentální retardace). Chromozomové aberace jsou mutace na chromozomální úrovni – nejznámější jsou numerické aberace (trizomie, monozomie). U některých syndromů se jedná o natolik závažné poruchy, že jen velice málo takto narozených dětí přežívá. Nejrozšířenějším reprezentantem trizomií (existence tří chromozomů namísto běžného páru – dizomie, kdy jeden chromozom získáváme od otce a jeden od matky) je **Downův syndrom** způsobený (ve většině případů) trizomií chromozomu 21 (příčina 23% těžkých mentálních retardací). Downův syndrom patří k vůbec nejčastěji vrozeným syndromům (jedno dítě na 700–1500 porodů – v českých zemích je to každoročně přibližně 70 dětí, rizikovým faktorem je věk rodičky nad 35 let).

Osoby s mentálním postižením mají početní převahu nejen nad ostatními klienty psychopedické péče, ale mentální retardace je co do prevalence nejfrekventovanější poruchou, na niž je zaměřena speciálně-pedagogická péče vůbec (odhlédneme-li od SPU), což se projevuje mimo jiné i v „bohatosti“ nabídky psychopedických institucí – škol, speciálně pedagogických center, domovů apod. Všeobecně se udávají cca 3–4% osob s mentálním postižením v populaci s tím, že se v porovnání s minulostí eviduje jistý nárůst poruchy, který má jisté příčiny:

- Lepší lékařská péče, kdy lékařská technika udrží při životě i takového novorozence, který by v minulosti zemřel brzy po porodu.
- Lepší diagnostika a evidence mentálního postižení v porovnání s minulostí.
- Může být narůstající dynamika vývoje civilizace, která klade stále náročnější požadavky na místo jedince ve společnosti – člověk, který

by před několika desítkami let patřil do širší normy, dnes díky této dynamice „spadne“ pod její hranici (jako důkaz může posloužit fakt, že normy inteligenčních testů staré třicet let jsou pro dnešní populaci nepoužitelné).

A jaká je distribuce mentálního postižení z hlediska jejích stupňů? Zde platí pravidlo nepřímé úměry – čím hlubší postižení, tím nižší četnost: osob s lehkým mentálním postižením je v populaci přibližně 2,6% (jsou to víc jak $\frac{3}{4}$ všech osob s mentálním postižením), se středně těžkým mentálním postižením cca 0,4%, s těžkým mentálním postižením 0,3% a s hlubokým mentálním postižením 0,2%. Statistické údaje hovoří o přibližně 300 000 osob s mentálním postižením v České republice (a dalších asi sto tisíc osob s jiným duševním postižením), odhady v celosvětovém měřítku se přibližují číslu 200 milionů osob (každých 20 sekund se rodí další dítě s mentálním postižením). Právě z důvodu četnosti poruchy podléhá péče o osoby s mentálním postižením i v mezinárodním kontextu „zvláštnímu režimu“. Valné shromáždění OSN přijalo již v roce 1971 Deklaraci práv mentálně postižených osob, respektující požadavky Deklarace o všeobecných a speciálních právech mentálně retardovaných, publikovaných o tři roky dříve. Vydala je Mezinárodní liga pro osoby s mentálním postižením (dnes Inclusion International), která sdružuje národní společnosti zabývající se péčí o mentálně postižené, včetně naší Společnosti pro podporu lidí s mentálním postižením v ČR. (Valenta, Petráš a kol., 2012).

1.6 Specifika středně těžké mentální retardace

Vzhledem k tématu diplomové práce, kdy zvolený vzorek v praktické části jsou žáci se středně těžkou mentální retardací, je tato kapitola podrobněji popsána více pohledy.

Hodnota IQ středně těžké mentální retardace se pohybuje v rozmezí 35-49, odpovídá tedy mentálnímu věku 6-9 let. Myšlenkové schopnosti a rozvoj řeči jsou výrazně opožděny (řeč bývá i v dospělosti velmi jednoduchá). Samostatnost v sebeobsluze je většinou jen částečná, někteří jedinci potřebují pomoc a dohled po celý život. Vzdělávání dětí se středním stupněm mentální retardace je zaměřeno na sebeobsluhu, jednoduché praktické činnosti a osvojení základů trivie – čtení, psaní, počty. Samostatný život těchto jedinců je možný jen zřídka, pracovní zařazení je možné pod dohledem a v chráněném prostředí. Středně těžká mentální retardace je často provázána epilepsií, neurologickými a tělesnými obtížemi, častější psychické poruchy, většina je však fyzicky aktivních. (Zvolský a kol., 1998)

Specifika jedince se středně těžkou mentální retardací jsou podle Valenty a Müllera (2003) následující:

Kognitivní procesy:

- **Vnímání** - Pro mentálně postiženého jedince je charakteristické zpomalené a rozsahově zúžené zrakové vnímání, celkově snížená aktivita, nediferencovanost počitků a vjemů, inaktivita vnímání (neschopnost detailního prohlédnutí předmětu), snížená citlivost hmatových vjemů, nedokonalé vnímání času a prostoru. Nedokonalé počítky a vjemy jsou hlavními příčinami, které brzdí a zpomalují rozvoj vyšších psychických procesů, zejména myšlení.
- **Myšlení** - Myšlení mentálně postiženého jedince se vyznačuje značnou konkrétností, neschopností vyšší abstrakce a generalizace, nedůsledností, slabou řídicí funkcí, malou produktivností, nekritičností, těžkopádností tvoření pojmů, nepřesnými úsudky, nesouvislostí. Dále

se projevuje absencí sekvenčního myšlení - chápání sledu věcí a jevů, správného vnímání, jejich logických souvislostí a časové následnosti.

- **Paměť** - Typickým znakem paměti osob s mentálním postižením je pomalé tempo osvojování nových poznatků a nestálost jejich uchování spojená s nepřesností vybavování. Mechanická paměť převažuje nad logickou.
- **Pozornost** - Mentálně postižený jedinec je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jeho vrstevníci. Pro soustředění musí následovat relaxace. Pozornost je zúžená, nestálá a kolísavá.
- **Emoční vývoj** - Emoční vývoj je charakterizovaný jako nevypělý, city jsou dlouhodobě nedostatečně diferencovány a neadekvátní podnětům, mohou se objevit patologické citové projevy, egocentričnost. City častěji obcházejí intelekt a dítě snáze podléhá afektu.
- **Volní vlastnosti** - Ve volních projevech těchto jedinců je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, agresivita, impulsivnost, úzkostnost, pasivita, ale i dysbulie (porucha vůle a abulie nedostatek a neschopnost zahájit činnost).
- **Neuropsychický vývoj** - Je omezený, výrazně opožděný; částečně rozvinutý v oblasti senzomotoriky. Výskyt somatických vad je častější než u lehké mentální retardace, častá epilepsie.
- **Motorický vývoj** - Je výrazně opožděný, je nápadná nekoordinovanost pohybů. V oblasti psychiky sledujeme celkové omezení, nízkou koncentraci pozornosti, výrazné opoždění rozvoje chápání, slabou schopnost kombinace s usuzováním, opožděný rozvoj dovedností a sebeobsluhy.
- **Komunikace a řeč** - Úroveň řeči je variabilní; někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev bývá chudý, agramatický a špatně artikulovaný. Objevují se poruchy citů a vůle, zejména afektivní labilita, nestálost nálady, impulzivita a zkratkovitě jednání.

Specifika středně těžké mentální retardace IQ 35–49 (F71) podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí:

- výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči - přetrvává do dospělosti
- opožděná a omezená zručnost a schopnost postarat se sám o sebe jen někteří jedinci si osvojí čtení, psaní a počítání
- vzdělávají se podle odpovídajícího vzdělávacího programu, nejčastěji v základních školách speciálních, další vzdělávání je možné ve škole praktické
- schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod odborným dohledem nebo v chráněném prostředí (chráněné dílny, podporované zaměstnání)
- v dospělosti jsou málokdy schopni vést samostatný život, ale bývají fyzicky aktivní a mobilní se schopností komunikovat a navazovat kontakty
- individuální rozvoj senzomotorických dovedností a verbálních schopností
- k středně těžké mentální retardaci se může přidat dětský autismus, tělesná postižení, neurologická nemoc (epilepsie), psychiatrická nemoc

Specifika středně těžké mentální retardace podle Švarcové:

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

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže

je zajištěn odborný dohled. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět jednoduchým verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které velmi ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.(Švarcová, 2011).

2. HISTORICKÝ A SOUČASNÝ POHLED NA LIDI S POSTIŽENÍM

Vztah společnosti ke zdravotně postiženým odrážel vždy skutečné zaměření a úroveň společnosti. Zejména pak ukazoval na základní směřování dané společnosti, její priority, hodnotový systém a další. Literatura uvádí následující fáze vztahu společnosti k postiženým. Vývoj společnosti je nepochybně spjat i s vývojem a nahlížením na člověka s postižením obecně. Historie nám ukazuje, že ne vždy mělo stávající společenství kladný vztah ke svým postiženým občanům. Postoj společnosti i zdravých jedinců k postiženým se ale zásadně mění k lepšímu a dá se předpokládat v tomto ohledu příznivá prognóza

Sovákova periodizace vývoje péče o postižené osoby:

represivní - Handicapované osoby byly ze společnosti vyvrhovány, vylučovány, zabíjeny. Právo zabít postižené dítě bylo otcům dáno i v zákonech římských. Otcové mohli beztrestně usmrcovat mrzáky a topit znetvořené a neduživé děti a dle Senecy se řídili rozumem a oddělovali špatné od dobrého.

zotročování - Postižení byli využíváni k nejtěžším pracím a žebrotě.

charitativní – Období velmi ovlivněné rozvojem křesťanství.

renesančního humanismu – První snahy o humanizaci a lidského přístupu k postiženým.

rehabilitační a socializační – 19. a 20. století, možnost pracovního uplatnění, než je zdarma žít, postižený člověk má být uschopňován k práci a ke společenskému životu.

prevenční – Současný pohled na postižené, snaha předcházet vzniku abnormalit.

2.1 Historický pohled na lidi s postižením

Vyvíjel se od zcela negativního k charitativnímu, od snahy izolovat formou ústavní péče až po úsilí integrovat handicapované do běžného života společnosti. Lidé s postižením byli vždy určitým způsobem nápadní, díky vzhledu, mentální úrovni, způsobu komunikace, chování, atd. Často byli vytlačováni na okraj společnosti a omezováni ve svých životních možnostech. V současnosti ve světě žije okolo 500 miliónů lidí s různým druhem zdravotního postižení (v ČR přes milion). Přístup společnosti k nim má vskutku pohnutou historii a měnil se v úzkém sepětí s politicko-ekonomickou a kulturně-náboženskou úrovní té doby.

První zmínky o této problematice pocházejí z doby **starověkého Řecka a Říma**, kde byl tehdy vyznáván kult „harmonie krásy těla a ducha“. Podle jednoho ze zákonů této kultury bylo dovoleno „rychle usmrtit zvláště obludné dítě“, jeho otec nebo mužská část rodu, měla právo o tom rozhodnout. Pouze ve vyšších vládnoucích vrstvách se objevuje zřizování poručníctví „nedorostlým nebo duševně vadným členům rodiny“. Platón přímo doporučuje „zahubit zuřivé a nevléčitelně duševně nemocné“, je tomu prý „lépe pro ně samotné i pro stát“, jen ti „klidnější“ mohli zůstat v péči rodiny. V Římě se konají tzv. „trhy bláznů“, kde jsou postižení a duševně nemocní prodáváni bohatým pro obveselení.

Ve **středověku** převládá názor, že postižení a nemoc je trestem za hříšný život. Pouze při kláštrech vznikají tzv. „hospitály“, které slouží nejen poutníkům, mohli se zde uchýlit i duševně nemocní a handicapovaní lidé. Státní moc ale tyto lidi označuje za „nebezpečné šílence“ a vyhání je za hradby měst, kde je nechává se toulat.

Později **renesance** sice bojuje proti pověrám a poprvé v historii se zde objevují i určitá pravidla a předpisy pro zacházení s postiženými a duševně nemocnými lidmi, ale toto poznání, že tito lidé nejsou nebezpeční, se obrací proti nim a přináší jim další potupu ve formě vystavování při městských trzích a slavnostech, v klecích pro pobavení. Izolace handicapovaných pokračuje na tzv. „Lodích bláznů“, jejichž existence je doložena z více historických zdrojů,

nejznámější je zřejmě její zachycení na obrazech H. Bosche. Na palubě takové lodi putovali handicapovaní a nemocní od města k městu.

Také **osvícenství** je známo zakládáním velkých internačních budov, které spadaly do třetí kategorie represe, spolu s policií a soudnictvím. Používá se zde středověkých trestů. Handicapovaní lidé jsou zde izolováni a „léčení“ opravdu nelidskými způsoby, bitím, hladem, okovy.

Až **novověk** přináší pokrokem v oblasti medicíny, psychologie a dalších oborů výrazný posun v nahlížení na osoby s handicapem. Řada pověr, strachů a odmítání je odstraněna, odborníky vyvrácena. Polyfunkční internační zařízení se začínají měnit ve speciální ústavy, ústavy později nahrazují týdenní či denní stacionáře, je zajištěno speciální vzdělávání, odpovídající zdravotně-rehabilitační, psychologická péče, atd. (<http://www.eliada.cz/pristupy-spolecnosti-k-handicapovanemu-cloveku-v-historii>)

Postoje společnosti a vývoj k postiženým shrnuje Fischer, Škoda (2008) do čtyř historických období:

represivní - V období starověku a raného středověku, kdy společnost odmítá postižené jako neschopné, nepotřebné a dokonce jako nežádoucí jedince. Tento lhostejný přístup vede nejen k odmítání pomoci, ale přímo fyzické likvidaci postižených.

segregativní - V období středověku charakterizují vyloučení postižených jedinců ze společnosti a jejich ponechání v péči, náhodné pomoci blízkých, ve vymezení minimálních možností po seberealizaci.

charitativní - V období nástupu renesance. Postižení jsou vnímáni jako ubožáci neschopní se o sebe postarat a potřebují ošetření a pomoc. Projevy soucitu se pak odráží v prvních organizovaných formách dobrovolné pomoci (církevní řády) i působením jednotlivců z řad šlechty.

humanistický - Kdy základním principem je zachování přirozené důstojnosti každého člověka v současnosti.

Vyvražďování postižených v nacistickém Německu

Akce T4 byl tajný program vyvražďování postižených lidí v nacistickém Německu a na jím kontrolovaných územích, který byl ideologicky založen na nacistické nauce o „rasové hygieně“ (Rassenhygiene). Systematické vyvražďování postižených bylo zahájeno v roce 1939, k jeho oficiálnímu ukončení došlo v roce 1941 po protestech, které iniciovali představitelé katolické církve. Ve skutečnosti program ovšem skrytě pokračoval dál, byť mnohem pomaleji, až do konečné porážky Německa. Celkem bylo v letech 1939–1945 povražděno asi 200–250 tisíc postižených. (Scharsach, Lékaři a nacismus, 2001)

Eutanazie dětí

Přede hrou k akci T4 byl přísně tajný výnos Říšského ministerstva vnitra ze dne 18. srpna 1939, podle něhož měly všechny porodní asistentky a vedoucí lékaři porodnic hlásit Říšskému výboru k vědeckému podchycení těžkých geneticky a dědičně podmíněných onemocnění všechny nově narozené postižené či znetvořené děti. Pod tuto akci spadaly také děti do 3 let. Věková hranice se pak v průběhu války posouvala, až dosáhla 16-17 let. Pro tyto účely byl vytvořen jednotný formulář, který byl posléze předáván lékařskému týmu, který rozhodoval o životě či smrti dětí. Rozhodovali na základě písemných podkladů a děti hodnotili znaménkem + (smrt) nebo - (život). Rozhodnutí o eutanazii muselo být jednomyslné. V případě nejednoznačného výsledku se provádělo dodatečné šetření. Děti byly usmrcovány ve speciálně pro tento účel zřízených odborných dětských odděleních. První takovéto oddělení vzniklo v Görden u Brandenburgu pod vedením Hanse Heinze. Postupně pak vznikala další centra dětské eutanazie v Německu, Rakousku a Polsku.

Jak byly děti zabíjeny, uvedl do protokolu během poválečných procesů jeden z lékařů: "Děti, jež měly být usmrceny, dostávaly ráno a večer po 0,5 g luminalu pokud byly starší deseti let, pak ještě třetí dávku v poledne. Smrtná dávka tohoto prášku na spaní činí pro dospělé 0,4 g denně, pro děti školního věku 0,1 g a pro děti do tří let 0,05 g. Prášek se přidával do jídla, aby se potlačila jeho hořká chuť. Pokud bylo dítě tak ospalé, že nedokázalo polykat,

dostalo lék formou klystýru. V důsledku trvalého bezvědomí a povrchního dýchání se po dvou až pěti dnech rozvinul zápal plic, jehož průběh a symptomy - jako silná bronchitida, sekrece hnisu z nosu, šelesty na plicích nebo zvýšená teplota - se zaznamenávaly do chorobopisu. Po exitu dítěte se prováděla pitva. Potvrdila, že ve více než 90 procentech byla příčinou lobární pneumonie a tracheobronchitida. V odborných dětských odděleních podobně zahynulo asi 5000 dětí a mladistvých. Další pak zemřely spolu s dospělými již v rámci akce T4. Děti byly také zneužívány jako pokusné objekty k vědeckým výzkumům. Šlo zejména o výzkum preventivního očkování na tuberkulózu a výzkum mozku. (Scharsach, Lékaři a nacismus, 2001)

Eutanazie dospělých

Přípravy k realizaci eutanazie dospělých začaly již v létě roku 1939. 1. října 1939 podepsal Adolf Hitler rozkaz o eutanazii, který datoval zpětně k 1. září. Rozkaz byl určen pouze úzkému okruhu zasvěcených lidí. Byl sestaven tým odborníků, kteří měli nadále rozhodovat o životě a smrti "bezpečných jedinců". 9. října 1939 byly do všech psychiatrických léčeben, nemocnic a ústavů rozeslány dotazníky pro registraci dospělých pacientů. Na první pohled vypadaly, že měly sloužit pouze vědeckým a statistickým účelům. Hlášení měli být pacienti vyžadující již nejméně 5 let nepřetržitě klinickou péči, duševně nemocní trestanci, pacienti s jinou než "německou nebo příbuznou" krví, a dále pacienti práce neschopní, trpící některou z uvedených chorob- schizofrenie, epilepsie, senilita, neléčitelná paralýza, syfilis, encefalitida, všechny druhy slabomyslnosti, Huntingtonova nemoc a další neurologicky nevratné stavy. Na základě dotazníků pak podobně jako při dětské eutanazii rozhodovala tříčlenná komise, aniž by pacienty kdy viděla. Posudků přicházelo obrovské množství a byly obratem vyřízeny - např. Hermann Pfannmüller vyhotovil 2109 posudků během 17 dní. Již při plánování akce T4 v létě 1939 se počítalo se zavraždění asi 70 000 postižených osob. K tomu bylo zapotřebí zorganizování daleko rozsáhlejšího aparátu, než tomu bylo u eutanazie dětí. Likvidační centra byla vytvořena v někdejších léčebnách a ústavech, které byly k tomuto účelu speciálně přebudovány.

Na počátku roku 1940 došlo k prvním pokusům v Brandenburgu, při kterých se porovnávaly účinky zabíjení pomocí injekcí a oxidem uhelnatým. Pacienti zabíjení různými druhy smrtících injekcí umírali pomalu a někdy museli dokonce dostat další dávku. Naopak pacienti zabíjení v plynové komoře, zkonstruované pod dohledem kriminálního komisaře Christiana Wirtha, umírali snadno a rychle. To přesvědčilo i Hitlerova pověřence pro záležitost eutanazie Karla Brandta, který byl původně odpůrce likvidace pacientů v plynových komorách. Po počátečních pokusech začala vznikat další střediska eutanazie s plynovými komorami a krematorii. První bylo do provozu uvedeno v lednu 1940 na zámku Grafeneck v němž se dříve nacházel domov pro tělesně postižené. V prosinci téhož roku po protestech místního obyvatelstva středisko přesídlilo do Hadamaru. Psychicky nemocní však byli likvidováni již na podzim roku 1939 na území nacisty obsazeného Polska. Šlo především o pacienty psychiatrických ústavů (Owińska, Świecie, Kocborowo, Dziekanka), kteří byli zastřeleni. Výjimkou tvořilo asi 1100 pacientů z Owińské, kteří byli zabiti v provizorní plynové komoře v koncentračním táboře Poznaň. Likvidace pacientů psychiatrických ústavů pokračovaly i v dalších válečných letech.

Odpor vůči eutanazii mezi lékaři nebyl příliš silný. Otevřeně ji kritizovalo pouze několik málo jedinců, např. Karl Bonhoeffer, Gottfried Ewal nebo profesor Hans Gerhard Kreutzfeldt, který zachránil většinu svých pacientů na klinice v Kielu. Výraznější byl odpor obyvatelstva. Příbuzní obětí posílali dopisy vedoucím léčeben, vládním institucím a vysoce postaveným členům NSDAP. Někdy docházelo i k demonstracím, které měly zabránit odvozu pacientů. Pobouření vyvolal např. odvoz nemocných z léčebny Ottilienheim v únoru 1941. Jak s postupem času rostlo povědomí o tomto programu, rostly i protesty veřejnosti. Znatelné začaly být zejména poté, co se aktivita vyhlazování dotkla církevních ústavů, které se mnohem důrazněji, než ty státní, vzpíraly příkazům odevzdat své chovance a snažily se informovat veřejnost. K jejich protestům se připojili též katoličtí biskupové, zpočátku ale jen s malým výsledkem.

3. srpna 1941 Clemens August von Galen, biskup münsterský, při kázání ve své katedrále sugestivně vylíčil věřícím všechny detaily o vyhlazovacím programu, které shromáždil, a označil toto zabíjení za vraždění příčící se lidským i Božím zákonům. Aby umocnil efekt kázání, včlenil do něj otázku, zda budou do programu zahrnuti i zmrzačení vojáci, a poté nechal jeho záznam distribuovat co největšímu počtu rodin ve své diecézi, které měly někoho na frontě. O další šíření textu se postaral národ sám. Reakce veřejnosti byla natolik divoká a rozsáhlá, že překročila i biskupovo očekávání a notně vyděsila nacistické představitele. Nakolik zde hrálo roli morální pobouření, a nakolik obava, že by odpověď na Galenovu otázku ohledně zraněných z fronty mohla znít ano, se můžeme jen dohadovat. Každopádně Adolf Hitler 18. srpna veřejně vyhlásil ukončení programu. Zabíjení sice tajně pokračovalo i později, ovšem mnohem skrytěji, nenápadněji a spíše příležitostně, než systematicky. Skutečný konec akce přišel až s likvidací nacistické vlády. (Scharsach, Lékaři a nacismus, 2001).

Kontroverzní praktiky v USA odhalené agenturou AP:

Američané prováděli pokusy na věznicích a postižených ještě před 40 lety, zjistila agentura AP. Výzkumníci jim vstříkovali žloutenku, rakovinové buňky či pandemické kmeny chřipky. Lidé byli zkrátka levnější testovací materiál než šimpanzi, přiznaly později farmaceutické firmy. Infekční nemoci zabíjely mnohem více lidí, a proto se považovalo za legitimní experimentovat v zájmu většiny na lidech, kteří nepožívali stejná práva jako ostatní, tedy na trestancích, mentálně postižených a chudých černoších. Byl to podobný postoj, který poznal i starý kontinent při pokusech nacistů na Židech. Americká vláda kupříkladu v roce 1942 financovala pokus, při němž lékaři vpichovali chřipkové kmeny pacientům státního ústavu pro choromyslné v Ypsilanti v Michiganu. Jedním z lékařů byl i pozdější objevitel vakcíny proti dětské obrně Jonas Salk. Také významný lékař W. Paul Havens Jr., jenž proslul jako znalec různých druhů hepatitidy, vystavil v sérii experimentů desítky pacientů z connecticutských psychiatrických léčeben viru žloutenky. Pokusy také probíhaly ve 40. letech. K jednomu z prvních případů, které zjitřily emoce

veřejnosti, patřil výzkum lékařů z brooklynské nemocnice pro chronicky nemocné v roce 1963. Vědci tehdy vsťikovali rakovinové buňky do oslabených devatenáctiletých pacientů. Tehdejší ředitel nemocnice se hájil, že nemocným nic neřekli, protože to nebylo nutné: buňky byly považovány za neškodné. Případ se dostal k soudu a v dalších letech se začal vyžadovat písemný souhlas pacienta.

Začátkem 60. let prosákl další šokující případ zneužívání bezbranných lidí na lékařské pokusy, při němž vědci prováděli experimenty na mentálně postižených dětech ve státním internátu Willowbrook ve State Islandu. Děti záměrně infikovali žloutenkou a zkoumali, zda si malí pacienti dokážou vytvořit protilátky. (<http://www.zpravy.idnes.cz>).

2.2 Eugenika, sterilizace a její zneužití u postižených

USA - Eugenici slavili úspěch v roce 1907, kdy stát Indiana jako první na světě přijal zákon o povinné sterilizaci nenapravitelných kriminálků, epileptiků a mentálně retardovaných. O šest let později schválilo tento zákon už 29 států ze 48. Přes veškerou propagandu eugeniků se sterilizační zákony nevyhnuly odporu. Nejvyšší soud také nejprve mnoho sterilizačních zákonů zamítl, ale v roce 1927 svůj postoj změnil, kdy soudce Oliver Wendell Holmes Jr. vyhlásil rozsudek, potvrzující sterilizační zákon státu Virginia v cause Bucková versus Bell. Na základě tohoto rozsudku se musela Carrii Bucková, sedmnáctiletá dívka přidělená do kolonie pro epileptiky a slabomyslné v Lynchburgu, kde žila se svojí matkou Emmou a dcerou Vivian, podrobit sterilizaci. Po zběžné prohlídce byla také Vivian, které bylo sedm měsíců (!), prohlášena za imbecilní a byla rovněž sterilizována. Celý případ se nesmazatelně zapsal do dějin také díky výroku soudce Holmese: „Už jsme nejednou byli svědky toho, že obecné blaho si vyžadovalo životy našich nejlepších občanů. Bylo by s podivem, kdyby nebylo výzvou i těm, kdo už i tak oslabují sílu státu, aby nepřinesli takové nesrovnatelně menší oběti... Tři generace imbecilů už stačily.“ Doris, sestra Carrii, byla sterilizována v roce 1928. Bylo jí řečeno, že jde o operaci appendixu a kýly. Pravý důvod, proč nemůže mít děti, se dozvěděla až v roce 1995. Ještě v roce 1935 výbor

Asociace neurologů chválil Německý sterilizační zákon a vyzdvihoval především jeho precizní dodržování. Po prosáknutí nacistických zvěrstev se však všichni od sterilizačních zákonů distancovali. Aby se na tuto eugenickou národní hanbu zapomnělo, bylo v USA ve čtyřicátých letech dokonce zakázáno diskutovat o sterilizaci i v tisku. Pravdou však zůstává, že zákon podpořený soudcem Holmesem byl ve Virginii uplatňován po 48 let - v letech 1924 - 1972. Operace byly prováděny v psychiatrických léčebnách, na pacientech, kteří byli považováni za slabomyslné a asociální - včetně prostitutek, drobných kriminálních a dětí s kázeňskými problémy. A tak se stalo, že v Americe, kolébce demokracie, velmoci, která se pasovala na ochránce lidských práv, bylo sterilizováno více než 100 tisíc lidí. Je ironií, že sterilizace zasáhla zhruba 0,1% mentálně nemocných, takže kýžený účinek, který eugenici sterilizaci přisuzovali, byl zcela zanedbatelný.

Británie - byla zpočátku ohniskem eugenické propagandy a i zde okamžitě převládla negativní eugenika. Sám Galton považoval vyhlazení rasy za projev boje o život, který Darwin prokázal u živočichů a rostlin. Galtonova snaha „v podstatě spočívala ve vědeckém ospravedlnění morální pozice středních a vyšších tříd, která byla otřesena socialistickou agitací.“ Pearson, první Galtonův stoupenec, hlásal, že pouze selektivním množením svých občanů si Británie udrží náskok před Německem, svým rivalem na pevnině, a že stát musí mít své slovo v tom, kdo by se měl množit a kdo ne. V Londýně se také uskutečnila první Mezinárodní eugenická konference. Předsedou konference byl bývalý premiér, Arthur Balfour, a mezi její místopředsedy patřili nejvyšší soudce a Winston Churchill. Od roku 1908 dostávalo ministerstvo vnitřní věci stovky peticí od okresních a městských zastupitelstev a od školských výborů, ve kterých se požadovalo schválení zákona, jenž by omezil reprodukci těch, kteří toho „nejsou hodni“. Vznikla dokonce i Společnost pro eugenickou výchovu (Eugenics Education Society), která pořádala schůzky s ministrem vnitřní věci a snažila se celou záležitost posunout dopředu. Všechny lobbistické akce však byly bezvýsledné, neboť ministr vnitřní věci Herbert Gladstone nebyl velkým příznivcem eugeniky. Vše se změnilo v prosinci roku 1910, kdy ho na ministerském křesle vystřídal Winston Churchill. Churchill

byl skalním stoupcem eugeniky a rozhodně nehodlal ztrácet čas: „Nepřirozené a stále se zvyšující množství slabomyslných a duševně chorých spolu s trvalým snižováním počtu všech úspěšných, aktivních a inteligentních představuje pro národ i rasu nebezpečí, které nelze podceňovat. Mám za to, že pramen, z něhož je napájena řeka šílenství, by měl být ucpán a zastaven dřív, než se rok s rokem sejde.“ (Všechny další britské vlády shledaly tento výrok natolik pobuřující, že byl zveřejněn až v roce 1992.) V roce 1913 byl nakonec schválen zákon o duševním postižení, který nařizoval nucenou hospitalizaci mentálně postižených pacientů, čímž v podstatě znemožňoval jejich rozmnožování, ale úspěchem odpůrců eugeniky bylo, že z něj byly vypuštěny paragrafy regulující sňatky a bránící rozmnožování. Ministerstvo zdravotnictví pak ještě ve třicátých letech jmenovalo výbor vedený sirem Laurencem Brockem, který měl za úkol prošetřit sterilizaci duševně nemocných. Závěrečná zpráva výboru popisuje rychle se množící mentální spodinu a úplně ignoruje důkazy proti tomuto tvrzení. Problém se získáváním souhlasu ke sterilizaci od duševně postižených lidí řešil výbor po svém: „Mnoho z těchto nízkých typů lze uplatit nebo je jinak přesvědčit, aby dobrovolnou sterilizaci přijali.“ Když pak v roce 1938 pronikly z Německa zprávy, co znamená povinná sterilizace v praxi, bylo jasné, že tento zákon, je neomluvitelným narušením osobní svobody a Británie tak zůstala jednou z mála zemí, kde nebyl tento sterilizační zákon schválen. Jiná situace však byla ve zbytku Evropy.

Dánsko - V Dánsku díky malé hustotě obyvatelstva a zachovaným církevním matrikám se podařilo zjistit, kdo je s kým v příbuzenském poměru, a současně si tak ověřit, že některé formy slabomyslnosti se soustavně dědí z generace na generaci. Po zkušenostech, že snahy přesvědčit slabomyslné, aby se nerozmnožovali, jsou zbytečné, přijalo Dánsko v roce 1929 zákon o povinné sterilizaci slabomyslných. Tentýž rok, ale o něco dříve, byl podobný zákon přijat i ve švýcarském kantonu Vaud. Po pětileté zkušební době byl v Dánsku zákon pozměněn a kromě sterilizace bylo možné i přerušení těhotenství z eugenických důvodů a to až do roku 1950.

Postoj církve - Zajímavý byl postoj církve. Protestantská církev byla pro sterilizaci, zatímco římskokatolická církev, která v ní viděla protivení se

boží vůli, se postavila ostře proti. To však nebránilo tomu, aby papež Pius XI. dál nepřijímal vykastrované chlapce do vatikánského pěveckého sboru. Zpočátku měly v tomto směru jistě velký vliv USA, kde byl přijat sterilizační zákon vůbec jako první. Tím hlavním impulsem ale byla hospodářské deprese na počátku třicátých let, během níž začala růst nezaměstnanost. Lidé začali svádět vinu za vysokou nezaměstnanost a chudobu na samotnou degeneraci rasy, jakou předpovídali první eugenikové, a eugenická hnutí začínala nabírat druhý dech. Právě v této době schválila většina zemí eugenické zákony. V lednu 1934 tak začal platit sterilizační zákon v Německu a ve stejném roce byl přijat i v Norsku a Švédsku. Rok poté přijalo stejný zákon Finsko. Konečný výčet zemí Evropy, které přijaly sterilizační zákon, pak vedle Dánska, Německa, Švýcarska, Norska, Švédska, Finska se rozšířil i na Rakousko, Estonsko a Francii.

Československo - V tehdejším Československu se eugenikou zabývaly všechny hlavní osobnosti tehdejší genetiky - Vladislav Růžička, Bohumil Sekla či Karel Hrubý. Jejich publikace mají podobný scénář. V prvních kapitolách seznámí čtenáře se základními poznatky genetiky, potom následuje výčet dědičných chorob, aby v poslední citově zabarvené kapitole dokázali, že eugenika je jedinou správnou cestou, která je pro všechny tou nejlepší možností.

Proč se vlastně k prosazení eugenických cílů začala používat sterilizace? Hlavním úkolem eugeniků bylo zabránit rozmnožování „nežádoucím“ osobám, které se toho rozhodně dobrovolně vzdát nechtěly. Umístění do ústavů, kde by byli tito lidé v izolaci, by bylo příliš nákladné a technicky těžko proveditelné. Používala se však také kastrace, tj. odnětí pohlavních žláz – vaječníků nebo varlat. Povinná kastrace byla zavedena pouze v Dánsku v letech 1929 až 1967 a to jen u sexuálních deviantů. Státy jako Německo, Norsko, Finsko, Island, Švédsko a Švýcarsko zavedlo kastraci pouze jako alternativu k výkonu trestu.

Všechno je už za námi? Dobro zvítězilo a hloupost byla potlačena? To zůstává spíše zbožným přáním než skutečností. Eugenika ve své primitivní podobě dnes slaví úspěch v Asii.

Japonsko - Málokdo ví, že se sterilizační zákon objevil i v Japonsku. Během jeho platnosti v letech 1948 až 1995 bylo sterilizováno na 16 520 žen. Nejznámější je bezesporu krátkozraká čínská politika jednoho potomka, díky níž se v drtivé většině rodiče rozhodují pro mužského potomka, schopného se postarat o své rodiče. Podobný trend je i v Indii, Kde v samotné Bombaji je z důvodu pohlaví embrya přerušeno více než dva tisíce těhotenství ročně. Hlavním důvodem je zde také povinnost poskytnout dceři při vdávání velké věno. Ve své podstatě se v těchto zemích děje to samé, co se dělo před padesáti lety mezi Eskymáky. Tam bylo dvakrát více chlapců než děvčat, protože v případě nedostatku potravy byla děvčata hned po narození zabita anebo odsouzena k smrti hladem. Bylo to logické přizpůsobení vnějším podmínkám.

Čína - Mnohé možná zamrazilo v zádech, když v roce 1988 otiskl Čínský deník People's Daily návrh zakazující duševně nemocným lidem uzavírat manželství, pokud se nedají sterilizovat. K vysvětlení použil silné zjednodušení mendelizmu: „Idioti zplodí zase pouze idioty.“ Čínský ministr zdravotnictví, Čchen Mingčang, si postěžoval, že plození dětí horší kvality je závažným problémem „mezi starou revoluční základnou, etnickými menšinami, v pohraničí a v ekonomicky chudých oblastech“. Zákon o mateřské a novorozenecké zdravotní péči, který vešel v platnost v roce 1994, zavádí povinné předmanželské prohlídky a rozhodnutí o potratu dává do rukou lékařů, nikoli rodičů. Podle výzkumu s tím souhlasí téměř devadesát procent čínských genetiků. Sin Mao, který prováděl tento výzkum, to vysvětlil po svém: „Čínská kultura je úplně odlišná a věci jsou zde zaměřeny na dobro společnosti, ne na dobro jednotlivce.“

Zde je načase udělat konečné vyčíslení počtu lidí, kteří byli sterilizováni a byli tak navždy vymazáni z biologického světa, protože po sobě nezanechali žádné potomky: v Americe to bylo 100 tisíc, ve Švédsku 60 tisíc, Německo má na svědomí 600 tisíc a v Japonsku 16 a půl tisíce. V ostatních

zemích nebyly přesné statistiky ani odhady zveřejněny. Skutečný počet takto postižených lidí bude ale jistě daleko větší. Nikdo neví, kolik bylo provedeno neoficiálních sterilizací, které byly vedeny například pouze jako operace kýly. Není zde vůbec počítáno s partnery sterilizovaných, kteří také neměli potomky. Oběti koncentračních táborů jsme raději úplně přešli. Rozhodně se nedá ospravedlnit to, co se dělo pod jménem eugeniky v Americe a Německu. Eugenika zde byla pouze zneužita jako záminka. (<http://www.svp.muni.cz>).

Postavení handicapovaných lidí v islámu

Co se pak týče postavení postižených v islámu, nejprve je třeba říci, že handicapovaní nebyli nikdy odsunuti na okraj společnosti. Jejich postižení nebylo bráno jako společenská stigmatizace, ani výsledek předchozích hříchů, ani za znamení ďábla, což jinde nebývalo samozřejmostí. Knihy zabývající se islámsko-právní vědou též řeší spoustu otázek týkajících se různě handicapovaných věřících.

Podle islámské věrouky je totiž existence handicapovaných nutným jevem a zkouškou, za kterou je odměna, jak pro postiženého, že obstál v těžké životní zkoušce, tak i pro společnost, že se o něj dokáže postarat. Lhostejnost vůči trpícím a nemohoucím je naopak zdrojem hříchu a podobou bezpráví. Tedy ani náboženství, věda, či veřejný život nedával postiženým žádné překážky pro jejich seberealizaci. Mezi islámskými učenými a intelektuály najdeme mnoho těch, kteří byli fyzicky handicapováni - byli chromí, nebo slepí apod. Samozřejmostí byl fakt, že o nemohoucí členy se společnost dokázala postarat institucionalizovaným způsobem, a to i v případě, že něco takového absolutně nebylo v silách jejich rodin. Korán stanovuje (ve významu): Ctěte Boha a nepřidružujte k Němu nic! Chovejte se vlídně k rodičům, příbuzným, sirotkům, chudým, sousedovi pokrevně spřízněnému i cizímu, příteli ze sousedství a jdoucím po cestě Boží a těm, jimiž vládne vaše pravice! Bůh věru nemiluje ty, kdož jsou domýšliví a vychloubační (Nisá:36)

Pomáhejte si vzájemně ke zbožnosti a bohabojnosti a nepomáhejte si k hříchu a nenávisti. (Máida:2) Posel Boží *ملى و هلى ع و مى ص للى* pravil: „Všechna stvoření jsou chráněnci Alláha. Alláhu nejbližší jsou ti, kteří jsou

Jeho chráněncům nejvíce k užítku.“ Zaznamenali Abdurrezák a at-Taberání. Těchto směrnic následovala i praxe muslimů dávných dob, která je relevantní i pro muslimy dnešní. V mnoha kronikách a dílech muslimských dějepisců, stejně jako v pracích mnoha západních historiků lze nalézt zmínky o propracovaném systému sociální péče v muslimských zemích v klasickém období rozkvětu islámské civilizace, přibližně mezi 8. a 18. stoletím.

Základem těchto služeb byla instituce tzv. wakfu, tj. majetku vloženého ke zbudování nadace sloužící obecnému zájmu a blahu. Tyto wakfy přirozeně vznikaly a soustředily se okolo mešit, medres, univerzit a dalších nábožensko-vzdělávacích center, neboť vznikaly v přímé návaznosti na instituce náboženské. Tyto nadace plnily všemožné účely. Mezi nimi vedle mnoha jiných typů existovaly také ty, které zajišťovaly péči o nezaopatřené děti a sirotky, a instituce pomáhající důchodcům, nevidomým, nemohoucím apod. Tam žili v důstojných podmínkách a tam měli vše, co jim bylo potřebno, co se týče stravy, oděvu, bydlení i společensko-duševních potřeb. Existovaly také zvláštní instituce poskytující služby nevidomým a nemohoucím, které jim zaopatřovaly speciálně školené průvodce a pečovatele. S postupným úpadkem islámských zemí a jejich institucí, přes kolonizaci západními zeměmi až po vzestup nových, sdílet 7sekularizujících diktatur, omezujících společenský vliv islámu, se ztenčovaly finance a možnosti těchto institucí.

Tam, kde došlo k nejnásilnější sekularizaci (Turecko) a nejtuzší kolonializaci (severní Afrika, Indie) byl tento propad velmi náhlý, s o to horšími a drsnějšími důsledky, pro wakfy naprosto likvidačními. Hlavní úlohu v péči o postižené a nemohoucí členy společnosti pak pozvolna znovu převzala rodina, která se postupně stala prakticky jedinou zárukou této péče, podobně jako tomu bylo v dávných dobách před rozmachem islámu a jeho civilizace. Je smutné konstatovat, že úroveň sociálních služeb v mnoha muslimských zemích dnes je bezútesná, navzdory této bohaté tradici a zkušenostem, které sahají daleko do minulosti a které ve své době v lecčem předčily i sociální služby nejvyspělejších zemí dnes.(<http://www.e-islam.cz>).

2.3 Milníky v lékařské péči o postižené od konce 18. století

„Blázince“ neměly až do konce 18. století charakter lékařských institucí – většina z nich, včetně londýnského Bethlemu, měla také své počátky v charitativních institucích měst či církve. Většinou zde veškerá péče spočívala v nasazení pout a svěřací kazajky.

Thomas Monro (1759-1833), který v Bethlemu působil, se jen velmi nepřesvědčivě pokoušel parlamentní výbor ubezpečit o tom, že řetězy a okovy se užívají jen u nemajetných pacientů; gentlemanům by se to rozhodně nelíbilo.

John Langdon Down (1828-1896) identifikoval mongolismus, který byl podle něj nazván Downovým syndromem.

Sigmund Freud (1856-1939) – začátkem devadesátých let 19. století rozvinul svou teorii, podle níž jsou zdrojem neuróz sexuální traumata. Freudova psychoanalýza vzhledem ke svému zcela novému pohledu na lidskou osobnost zásadně změnila způsob, jímž západní myšlení nahlíželo samo sebe.

Carl Gustav Jung (1875-1961) – jeho analytická psychologie nabízela mnohem vyváženější pohled na celou problematiku než teorie Freudovy. Vyzdvihoval zdravou rovnováhu protikladů a byl fascinován symbiózou myšlení, pocitů a intuice.

První psychotropní lék – lithium – byl použit v roce 1949 k léčbě deprese.

Zákon o duševní méněcennosti, přijatý v roce 1913 v Anglii, umožnil izolovat „defektní“ jedince ve speciálních koloniích.

Američtí eugenici zase prosazovali přísnější imigrační zákony a ve čtyřiačtyřiceti státech USA dosáhli přijetí zákona o možnosti nařídít sterilizaci; kolem roku 1930 již bylo sterilizováno na 15 000 Američanů.

Je sporné, zda lze považovat za skutečně humánní století, v němž byly navzdory dostupnosti moderní léčby odsouzeny k smrti desetitisíce schizofreniků.

Němečtí vědci a lékaři z velké části participovali na rozvíjení nacistické rasové politiky, včetně sterilizace „geneticky defektních“ jedinců, dobrovolně. (Porter, Historie medicíny od starověku po současnost, 2001)

České země - v Českých zemích podobně jako jinde byla sociální péče převážně na rodině a blízkých. Poprvé se o sociální péči hovoří v říšském policejním řádu Ferdinanda I. v roce 1552. Péče se podle něj poskytuje chudým s domovským právem v obci (v pastouškách, chudobincích či tzv. ratejnách). Za Josefa II. byly vyhlášeny Dvorské dekrety, podle nichž se zřizovaly farní chudinské ústavy.

Chudinský zákon č. 59/1868 českého zemského zřízení upravoval právní vztahy vznikající v oblasti chudinské péče. Systém chudinské péče fungoval až do roku 1956, kdy vstoupil v platnost zákon č. 55/1956 Sb. o sociálním zabezpečení.

Po únoru 1948 došlo k přenesení výkonu sociální péče výhradně na stát, nebo spíše na jeho místní orgány - národní výbory. Podle zákona č. 101/1964 Sb. o sociálním zabezpečení (s prováděcí vyhláškou č. 102/1964 Sb.) byla sociální péče podřazena pod pojem služby a nadále poskytována pouze státními orgány. Podle zákona č. 121/1975 Sb. s prováděcí vyhláškou č. 130/1975 Sb. bylo rozšířeno spektrum poskytovaných dávek.

Humanizace v ústavní péči v Praze z roku 1909

První zmínky o humanizaci ústavní péče v ústavu pro choromyslné v Bohnicích v Praze

Úvaha MUDr. J. Hraše „Péče o choromyslné“, která byly uveřejněna v publikaci Zlatá Praha roč. 27, č. 9 z roku 1909. Zkrácený text je uveden v původním znění:

V sociálním postavení, jaké choromyslní u různých národů a v různých dobách zaujímali, zračí se kus kulturních dějin dotyčného pokolení, a stav péče o choromyslné jest vhodným měřítkem pro posouzení civilisace toho kterého národa a té které doby.

Velké převraty v životě kulturním, které v 15. a 16. století nastaly, zůstaly bez vlivu na názory o choromyslnosti. Bylo tudíž přirozeno, že ani na počátku nového věku nevedlo se choromyslným lépe, než ve středověku. Vyhánění ďábla ohněm z těla choromyslných trvalo dál, ba možno tvrditi, že bylo častějším zjevem než dříve. Ostatně bylo ošetřování choromyslných, u nichž nedošlo k očistě ohněm, tak děsné a kruté, že za šťastného mohl býti pokládán každý choromyslný, jehož blud pověry ušetřil od muk ve zdech žalářův a od spolužití s vyvrheli společnosti, s nimiž byli choromyslní společně opatřeni.

Teprve na počátku 18. století, když vliv středověku byl překonán, proklestilo si zase dráhu poznání, že choromyslnost není ani trestem za spáchané hříchy, ani dílem ďábla, nýbrž výslednicí choroby mozku, která zničila nejkrásnější schopnost duše lidské, volnou disposici vůle, a že projevy a skutky choromyslných nejsou ničím jiným, než plodem jejich zmatené hlavy. Z těchto jediné správných poznatků nevyzískala mnoho vlastní péče o choromyslné. Oni byli sice vyproštěni ze žalářův a ze soužití se zločinci, ale společnost cítila i na dále potřebu, aby se chránila před jejich jednáním v opatřeních, nelišících se ani zevnějškem ani vnitřkem od ústavů kárných. Ponuré, vysokou zdí a zamřížovanými okny opatřené budovy, s malými dvorky uvnitř, byly příznačnými pro ústavy toho druhu.

Byl to především Pinel, lékař v pařížském ústavu pro choromyslné, který ošetřování choromyslných bez prostředků obmezovacích a donucovacích propagoval a i uskutečnil.

Den 24. května r. 1798, kdy Pinel 49 choromyslným okovy a řetězy sňal, zůstane památným pro ošetřování choromyslných, neboť jest dnem narození moderní péče o choromyslné. Skvělý, ba možno říci epochální čin Pinelův nenašel hned porozumění. Odchylky názorů vnesly do nových směrů zárodky nových tužeb a velké požadavky na lékaře a opatrovníky, ze zásad Pinelových vyplývající, byly jim v cestě. Řetězy, okovy, otáčecí stroje, zdviže, různá mučidla a prostředky donucovací zůstaly proto ještě dlouho nezbytným inventářem ústavů, a mnohý z nich podobal se v zařízení svém více mučírně,

než nemocnici. Teprve po dlouhých scestích zvítězil nový směr a šel od šlépějí Pinelových neodbočně dále, až dospěl nyní své výše. První a pro ten čas nejdůležitější vymoženost skutku Pinelova spočinula v opatření, že nemocní klidní odloučení byli od nemocných nesociálních (nespolečenských), a že nemocní stejné sociální kvality přišli do stejného sociálního prostředí.

Dále Hraš pokračuje popisem ústavu v Bohnicích:

Ústav rozpadl se ve více oddělení. Jen zvláště rušiví byli ošetřováni odloučeně v celách a ve svěrací kazajce, která z prostředkův obmezovacích zbyla a pro ošetřování za přístupnou byla uznána. Vlastní ošetřování odehrávalo se však i na dále ve zdech ústavu, za mřížemi a zámky, neboť z ohledů bezpečnostních nebylo přípustno, aby nemocní ústav opustili. Pod vlivem nového regimu a nové úpravy chovali se nemocní tak dalece urovnaně, že myšlenka, upotřebiti jich k práci na prospěch ústavu, vytryskla sama sebou. Práce byla jim poskytnuta z počátku uvnitř ústavu a později i mimo ústav. Příznivý účinek práce, hlavně práce v hospodářství polním a zahradním, na duševní a tělesný stav a i na chování nemocných donutil k poznání druhé velké pravdy, že nemocní v ústavu tím spokojenější býti se cítí, čím více zařízení a organisace jeho přizpůsobeny jsou poměrům, ve kterých nemocní žili před dodáním do ústavu.

Za tohoto stavu věci uvolňovaly se ovšem svory, vízící dosud zbytky ze dřívějších

zařízení ústavních. Padly mříže, padla svěrací kazajka, a celý, poslední zbytek z prostředkův obmezovacích, ponechány jen k dočasnému odloučení nemocných, stížených výjimečnými stavy choroby. Všichni nemocní, jichž chorobné příznaky hrozivějšími byly, našli od této doby ošetření na lůžku a to po tak dlouho, jak dlouho toho choroba vyžadovala. Tím nastala doba skutečného obrození celého ústavnictví pro choromyslné. Humanita, věda vstoupily do ústavů; ošetřování choromyslných dostalo nové úkoly a nový vzhled; ústavy ztratily svou ponurost a staly se skutečnými nemocnicemi.

3. SOUČASNÝ POHLED NA MENTÁLNĚ POSTIŽENÉ

Ve 20. století začal proces humanizace celé sféry péče o postižené lidi, (respektive péči o lidi s postižením), které pokračuje i ve 21. století. Odehrává se na poli legislativním, tzn. přijetím nových zákonů a to jak na světové a evropské úrovni, ale také na domácí scéně, což znamená implementaci schválených zákonů do naší legislativy. Tyto zákony jsou základním kamenem v dalším přístupu nejen k osobám s mentálním postižením. Velmi důležitým dokumentem, který „odstartoval“ humanizační trendy a lidské přístupy k postiženým obecně byla Deklarace o právech mentálně postižených osob,(1971) v níž jsou lidem s mentálním postižením přiznány práva na zdravotní péči, odpovídající rodinnou péči, vzdělávání, právo na opatrovníka, ochranu před vykořisťováním a další práva a dokumenty, o kterých se podrobněji zmiňuje níže popsaná podkapitola „Práva lidí s mentálním postižením.“

3.1 Humanizační trendy

Švarcová (2011) charakterizuje humanizační proud takto: „Lidé s mentálním postižením mají, pokud je to možné, žít normálním životem, tak jako jejich ostatní spoluobčané. Humanizace společnosti se projevuje nejen ve verbálně vyjadřovaných postojích k postiženým lidem, ale zejména v jednání a zacházení s nimi a ve vytváření adekvátních podmínek pro jejich život.“

Po roce 1990 se i u nás začínají prosazovat humanizační trendy, např. rodinná péče před ústavní, což je prospěšnější pro dítě. Vytváří se nový systém speciálně pedagogické péče, která je napojena na rodinnou a společně tak podporují zdárný vývoj mentálně postiženého dítěte. Žáci s mentálním postižením se v této době již nemusí vzdělávat pouze v určených speciálních školách, ale mohou být společně vzděláváni i s intaktní populací díky **integraci**. Školní prostředí však postupně směřuje k **inkluzi**, tj. společnému vzdělávání běžné populace, společně s postiženými. V současné legislativě je

pamatováno i na vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, případně na žáky s kombinovaným postižením, kteří se mohou vzdělávat ve speciálních třídách základní školy speciální. Nově jsou i pro dospělé s těžkým mentálním postižením zřizované **dílny pracovní terapie** nebo **chráněné dílny**, ve kterých se mohou pracovně uplatnit.

Vznikají nové druhy škol a organizace pro mentálně postižené. Příznivěji se nahlíží na osoby s postižením, než tomu bylo kdysi. Dochází také k rozvoji vysokých škol, vznikly po roce 1990 Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Ostravská univerzita, Slezská univerzita v Opavě a Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vznikají i školy soukromé a školy alternativní, vysoké školy neuniverzitního typu a vyšší odborné školy. Otvírá se také možnost studia, stáží a studijních pobytů na prestižních západních univerzitách (Šmahelová, 2008).

K rozvoji dochází také v nejmladším odvětví pedagogiky, ve speciální pedagogice. Zájem se rozšiřuje na celoživotní proces znevýhodněných jedinců v oblasti tělesné, smyslové, duševní a sociální. Cílem je začlenění těchto osob do majoritní společnosti

Katedry speciální pedagogiky na univerzitách v ČR: (2015)

- Univerzita Karlova, Praha
- Univerzita Jana Amose Komenského, Praha
- Masarykova univerzita, Brno
- Palackého univerzita, Olomouc
- Ostravská univerzita
- Univerzita Hradec Králové
- Jihočeská univerzita, České Budějovice
- Technická univerzita, Liberec

Stručné shrnutí některých nových trendů započatých ve 20. století v péči o MR:

V další kapitole Integrace a inkluze budou tyto pojmy upřesněny a popsány hlouběji

Integrace - postoj společnosti k MR , neodmítá, nesegreguje, ale snaží se vytvořit podmínky pro začlenění do hlavního proudu společenského života.

Sociální integrace – spolužití postižených a nepostižených

Normalizace - umožnit normální, běžný život- žít v rodině, uspokojovat potřeby, lásky, pozornosti, bezpečí, zájmu, navštěvovat školu, žít ve světě obou pohlaví.

Humanizace – vidět ve svých postižených spoluobčanech rovnoprávné členy, vyžadující více pozornosti a péče. (Listina zákl. práv a svobod), nelze používat fyzické tresty, psychického týrání, omezování osobní svobody, apod.

Inkluze - cesta, jak poskytnout společné vzdělávání všem žákům a studentům. Inkluze ctí a respektuje různosti a buduje komunitu.

3.2 Nové formy péče o osoby s mentálním postižením

Hlavním principem vzniku nových forem péče o osoby s mentálním postižením je dosažení maximální možné míry osobní nezávislosti postižených osob. Budují se alternativní formy péče, organizované a zajišťované státními organizacemi a agenturami, občanskými sdruženími a organizacemi zdravotně postižených, církevními a náboženskými sdruženími. Vytvářejí se nové typy komunitní a zcela neformální péče.

Osobní asistence- Pomáhá kompenzovat závažné nedostatky psychiky MR. Jeho etickou povinností je respektovat přání a vůli klienta, když to není v rozporu se skutečnými zájmy postiženého. Být citlivý a vnímavý, lidsky laskavý a hluboce mravný. Měl by být pomocníkem, průvodcem života. Hlavním principem je dosažení max. možné míry nezávislosti. Uplatňují se hlavně při péči o děti s těžkými formami postižení, např. při doprovodu do školy, ve vyučování, v chráněných dílnách, chráněném bydlení. Pomáhají rodičům v době jejich nemoci.

Pěstounská péče – Není vžitá, postupně se rozbíhá - znamená to, že rodina ke svým vlastním dětem přijme dítě s MR o něž se nemohou jeho vlastní rodiče starat. Někteří se starají za úplatu, jiní za úhradu nutných nákladů. Motivy jsou různé- v některých zemích vysoce společensky hodnocená, zvyšuje prestiž člověka nebo rodiny.

Neformální komunitní péče- Zapojují se sousedé, přátelé rodiny a spolupracovníci rodičů postiženého dítěte. V našich podmínkách není rozvinuta. Problémem může být, že se bere jen minimální ohled na to, že postižený nemusí souhlasit s předáváním své osoby do péče druhých. Hlavní požadavek je flexibilita, bezpečnost, kvalita. neformální

Společenské organizace - Národní rada zdravotně postižených ČR, Sdružení pro pomoc mentálně postižených ČR, nadace, charita

Služby dočasné výpomoci (respitní služby) – Určeny pro osamělé osoby, pečující o postižené, které se mohou dostat do situace, kdy tuto péči nemohou zvládat (onemocnění, úraz, apod.). Respitní (odlehčovací) péče je

také pomoc v rodině pečující o postižené dítě a umožňuje rodičům odjet na dovolenou, do lázní apod. Služby mohou být realizovány přímo v rodině, nebo v zařízení organizace, která služby nabízí. Poskytovatel služby přebírá odpovědnost za dítě.

Snoezelen (snuzelen) – Je zvláštní nabídkou pro využití volného času pro tyto osoby. Vznikl v Nizozemsku. Jde o aktivity běžného života: samostatnost, orientace v prostředí, komunikace, hudba, zpěv, manuální dovednosti, pohyb, sport, rekreace, uvolnění, hra. Postižení se uklidní a mohou se setkat sami se sebou. Nutné je prostředí, v němž nejsou zaměstnány smysly komplexně. Smyslových zážitků nemá být mnoho, ale mají být hluboké. Zásada - Ponechat postiženému co nejvíce volnosti a času, aby si sám zvolil, které podněty pociťuje jako příjemné. Motivovat mají věci v místnosti – ne pečovatelé. Cílem uvolnění, klidná hudba, tlumené světlo. Zásada- nic se nemusí, vše je dovoleno. Čichové vnímání, hmatání.

Bílý pokoj a jiné relaxační místnosti – Místnost musí být izolovaná, uplatňují se 4 barvy (červená, modrá, zelená, žlutá), v těchto barvách jsou tři druhy tlačítek výrazně tvarovaná, které ovládají: Svítící koberec, tekutý obraz na stěně, ultrafialové světlo, závěs, jenž sám mění barvu, světelné skvrny na stěnách, samostatně lze ovládat vodní válec. Je to technické zařízení, podporuje pohyb, duševní aktivitu, zrakovou kontrolu, prostorové vnímání, důležitá je volnost, nic dítěti nevnucovat.

Chráněné bydlení - Několik klientů s mentálním postižením bydlí společně v běžném bytě nebo rodinném domku. Mělo by mít povahu společné domácnosti, kdy asistenti pomáhají s úklidem, vařením, se sebeobsluhou a se vším co klienti nemohou zvládat. Asistent zde zastává úlohu pomocníka, přítele, konzultanta. Má význam jen pro ty klienty, kteří jsou zaměstnáni v chráněných dílnách a navštěvují různé jiné instituce. Pokud by z chráněného bydlení nevycházel za aktivitami a trávili by většinu času jen v bytě, ztrácí chráněné bydlení význam. Klienti se pak nudí a ztrácejí kontakt s ostatními lidmi. Mělo by mít povahu trvalého domova ne jen týdenního zařízení. Kontakt rodiny se realizuje vzájemnými návštěvami.

Chráněná pracoviště - Slouží klientům, kteří nejsou schopni se uplatnit na trhu práce. Může se jednat o pracoviště, kde klienti pracují jako zaměstnanci na základě pracovní smlouvy, zpravidla na zkrácený úvazek. Práce by měla odpovídat schopnostem a možnostem i zájmům klienta. Provoz těchto pracovišť je většinou nerentabilní a bývá dotován. Jiná chráněná pracoviště vznikají jako součást ÚSP - mívají charakter pracovní terapie. V těchto dílnách není hlavním smyslem produktivní činnost, ale forma seberealizace. Pomáhá zprostředkovávat sociální kontakty. Práce jsou různorodé - záleží na tom, jaké zakázky se zřizovatelům podaří získat - mohou to být: kompletování, skládání nebo demontáže různých výrobků. V ÚSP jsou práce založené na tvořivosti klientů - práce keramické, rukodělné, dřevařské, košíkářské.

Domy na půli cesty - Služba je určena lidem, jejichž schopnosti začlenit se do života běžné společnosti jsou v důsledku snížených dovedností nízké v oblasti péče o domácnost. Jde o časově omezenou službu v zařízení, která je spojena s poskytnutím bydlení. Cílem je naučit klienta vést samostatný život.

Vlastní domov - lidé žijí v běžných bytech či domech, vlastních či pronajatých. Mají zajištěny služby podle individuálních potřeb a přání. (Švarcová 2006)

Terapie (dle Kulky, 2008) - současnou potřebou je využívat různé druhy terapií podle potřeb postižených lidí, hloubky a formy postižení. Pro děti a osoby s těžšími formami postižení jsou mnohdy terapie příležitostí k setkávání s intaktními lidmi, zdrojem zábavy, radosti, uvolnění, rehabilitace a vedou k obohacení nejen jedince s postižením. Pro rodiče další aktivita, organizace a smysluplné využití volného času. Zde jsou uvedeny nejčastěji využívané terapie pro osoby s postižením, tedy i mentálním postižením.

Zooterapie – Kontakt se zvířetem vyvolává příjemné pocity (hlazení, laskání, uvolňování napětí vyzářující teplo od zvířete) **K** terapiím se využívají klidná zvířata. Jde nejčastěji o koně a psy, méně často o kočky.

Hipoterapie - Využívání trojrozměrného pohybu koně v kroku, což ovlivňuje neuromuskulární funkce klienta. Zde je možnost pozitivně ovlivnit různé pohybové a funkční poruchy (např. dětská mozková obrna, roztroušená skleróza, skoliózy, porucha zraku) Pohyb koně s klientem příznivě působí na rovnováhu, koordinaci, orientaci v prostoru, vytrvalost a psychiku.

Canisterapie - Využívá pozitivního působení psů na člověka. Je to podpůrná psychoterapeutická metoda při navazování kontaktů např. s obtížně komunikujícími klienty, (mentálně, smyslově postižení, emocionálně poškození, citově deprimovaní, dlouhodobě nemocní apod.).

Umělecké terapie - upravují narušené činnosti organismu pomocí uměleckých aktivit. Mezi umělecké terapie lze přiřadit **arteterapii** (terapie malbou nebo kresbou), **muzikoterapii** (terapie hudbou - využívání melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, taktu), **dramaterapii** (terapie prováděná pomocí divadelních nebo dramatických aktivit), **choreoterapii** (taneční a pohybová terapie) a biblioterapii (využívá léčebné a podpůrné účinky četby),

ergoterapie (terapie prací), klienti vykonávají libovolnou tělesnou nebo duševní činnost pod dohledem ergoterapeuta. Má léčebnou, resocializační a psychoterapeutickou funkci, podporuje komunikaci a spolupráci s ostatními, přispívá k rozvoji hrubé a jemné motoriky. (Kulka, 2008)

Další z terapií, která přispívá ke správnému držení těla, protažení svalů a učí klienty správnému dýchání je **vodoléčba a rehabilitační cvičení**.

Zde můžeme zařadit například Bazální stimulaci, Vojtovu nebo Bobathovu metodu.

Alternativní komunikační systémy - jsou taktéž předmětem zájmu v posledních letech a slouží především handicapovaným lidem, ale také ostatní populaci v komunikaci s postiženými.

Nová terminologie

Všeobecná humanizace vědních oborů se demonstruje také v jejich terminologii, což se výrazně týká oborů pomáhajících profesí zaměřených

na osoby s mentálním postižením. Stále se hledají nové termíny, které by nahradily ty stávající, jež získaly pejorativní nádech, a to často i tam, kde se na první pohled o žádnou hanlivost nejedná (pomocná škola - zvláštní škola - základní škola praktická, Downův syndrom – trizomie. Počátek tohoto humanizačního trendu lze vidět i ve snahách Mezinárodní asociace pro vědecké studium mentální retardace, která již na svém prvním kongresu v Montpellieru v roce 1967 hovoří o tom, že člověk s mentální retardací je především lidská bytost a teprve až na druhém místě je i „defektní“.)

Stejně jako oligofrenie patří dnes již do historie terminologického aparátu následující pojmy. Od oligofrenie se odlišovala tzv. pseudooligofrenie (nepravá oligofrenie, též sociální debilita, sociální oligofrenie, pseudodebilita, sociální debilita či sociální slabomyslnost), tedy pojem, kterým se vyjadřovala výchovná a sociální zanedbanost. Souvztažným pojmem označujícím extrémní podobu edukativně-sociální znevýhodněnosti (přesněji zanedbanosti) je mentální retardace způsobená těžkou citovou, kulturně-sociální, senzoricou a motorickou deprivací (použití termínu „deprivant“ je z etického hlediska nepřijatelné)

Výsledkem stavu je jistá pojmová nejasnost. Na jedné straně se konsolidují pojmy pro „public relations“ (při komunikaci s veřejností, s rodiči postižených, s médii), které však mohou být nepřesné, mnohoznačné a zavádějící, a na druhé straně se užívají jiné termíny v komunikaci profesionálů, především lékařů, ale i psychologů a speciálních pedagogů. V některých anglicky hovořících zemích se místo termínu mentální retardace objevuje termín „learning diffi culty“ (výukové těžkosti, obtíže), což spíše indikuje poruchy učení než mentální postižení. Ve Velké Británii především sociální pracovníci usilují o to, aby byl termín mentální retardace „postaven mimo zákon“, tedy vyřazen (navzdory MKN-10) z odborné terminologie. Jedná se o všeobecný humanizační trend (projevující se mimo jiné i tzv. demedicinací psychiatrie. Z důvodu uvedené humanizace oboru byly z odborné terminologie vypuštěny stupně mentální retardace: debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako pojmy nevzdělavatelnost (dříve stanovovaná od stupně imbecility) a nevychovatelnost (stupeň idiocie) či

„sovákovské“ stupně socializace klienta: utilita a inferiorita. Z profesního slovníku také vymizely termíny mentální defekt a jeho sociální rozměr v podobě defektivy a s důrazem na osobnost individua se doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení osoba s mentálním postižením. Vychází to ze všeobecného konceptu speciální pedagogiky, kdy hlavně při „styku navenek“ používáme odvozeniny označení osoba se zdravotním postižením, dítě s dyslexií a nikoliv dyslektik, dítě s autismem a nikoliv autista. (Valenta, Michalík, Lečbych , 2012).

3.3 Významné osobnosti speciální pedagogiky a psychopedie

V tomto i v minulém století se zintenzívnily zájem a péče o postižené ve všech oblastech života. Největší podíl na pozitivnějším vnímání handicapu obecně a přístupu k osobám s mentálním postižením veřejností, institucemi a intaktními lidmi mají bezesporu osobnosti z různých multidisciplinárních oborů, které se touto problematikou zabývají nebo se zabývali. Osobnosti, které obohatily psychopedii a přispěly ke změnám v postoji k postiženým. Jsou to významné osobnosti z řad filozofů, lékařů a pedagogů. Příznivý vývoj integračního procesu by se neobešel bez jejich práce v minulosti, ale i v současnosti.

Jan Amos Komenský (1592 – 1670) - Je autorem řady zásadních myšlenek, které se staly vzorem nejednomu pedagogovi. Jako první u nás se zabýval edukací postižených. Ve svých dílech vyzýval ke změně postojů k těm dětem, které až do té doby byly pro nějaký nedostatek nebo odlišnost z výchovného a vzdělávacího procesu vylučovány. Až do konce 18. st. byly děti řazené podle dobové terminologie mezi „hluchoněmé, slepé, idiotické, zmrzačené, mravně narušené nebo nezhojitelně choré“. V souvislosti s výchovou prací poukazuje na důležitost práce, zejména činnosti ruky. Při vzdělávání by se měla současně zapojit mysl, ruka, cit a vůle. Komenský je zastáncem názorné a praktické výuky. V praktickém vyučování by k žákům měly promlouvat především samotné věci, které pro ně budou názornější než výklad pedagoga.

Karel Slavoj Amerling (1807 – 1884) - Založil na pražských Hradčanech ústav pro abnormální děti s názvem Ernestinum, jinak Ústav idiotů jednoty sv. Anny v Praze. Napsal spis pojednávající o chodu ústavu s názvem Ústav pro idioty spolku sv. Anny po dvanáctileté existenci v letech 1871 – 1883. Amerling se zabýval diagnostikou slabomyslných a jejich základní výchovou a vzděláním. Chovanci se učili natěračství, košíkářství, pletení,

jednoduchým zahradnickým pracím. V tomto přístupu vedení postižených k práci můžeme vidět jednoznačnou integrační tendenci.

František Čáda (1855 – 1918) – Filosof, pedagog UK, průkopník pedopatologie, předchůdce speciální pedagogiky, zakladatel pedologického ústavu ve spolupráci se speciálním školstvím, Čádovy sjezdy

Karel Herfort (1871 – 1940) -Zakladatel české dětské psychiatrie a profesorem psychopatie dětského věku. Také habilitoval v oboru hygieny a stomatologie, které přednášel na Učitelském ústavu v Praze. Od roku 1902 pracoval jako lékař v prvním pražském ústavu pro výchovu slabomyslných Ernestinum a později se stal i jeho ředitelem. V roce 1925 založil odborný časopis Úchylná mládež, zaměřený na výzkum a výchovu slabomyslné, hluchoněmé, slepé, mravně vadné a zmrzačené mládeže. Prosazoval individuální přístup k jedincům. Herfort spatřuje zárodky práce, stejně jako Komenský, v dětské hře, která je nezbytná pro výchovu a rozumový rozvoj dítěte. Dítě je nejdříve ke hře vedeno napodobováním, nevědomky cvičí svoji hybnost a smysly.

Rudolf Jedlička (1869 – 1926) - Významně přispěl k vybudování prvního ústavu pro děti a mládež s tělesným postižením v českých zemích, který nese jméno Jedličkův ústav, po jeho hlavním průkopníkovi. Prof. MUDr. Rudolf Jedlička vytvořil koncept komplexní rehabilitace dětí s tělesným postižením, který následně v ústavu realizoval. Jedličkův ústav kromě lékařské péče poskytoval výchovné a vzdělávací zázemí. Důraz byl kladen na co největší samostatnost chovanců. Příprava na manuální profesi se často realizovala v dílnách na statku.

Jan Mauer (1878 – 1937) zavedl termín nápravná pedagogika (zkratka NP). Vědní obor, který měl být protiváhou medicínsky orientované pedopatologie a měl 3 cíle: 1) pomáhat „abnormálním“ jedincům k tělesnému uzdravení 2) podněcovat jejich vývoj tělesným a duševním cvičením 3) v rámci jejich možností je připravovat pro praktický život

Otokar Chlup (1875 – 1965) - Významný český pedagog, který napsal řadu spisů, které přinesli cenné zkušenosti české akademické obci. Jako např.:

O ethice a pedagogice (1905), Mravní nemoci dětství (1906), Kulturní boj o školu (1908). Zajímal se o psychologii a po své studijní výpravě do Německa a Francie přeložil dílo I. Kinga, Duševní vývoj dětský. Základní kámen české speciální pedagogiky položil publikací Výchova duševních projevů u dětí méně schopných (1925).

Josef Zeman (1867 – 1961) - V roce 1924 založil časopis Úchylná mládež, stal se spoluautorem učebních osnov a výchovných směrnic pro školy mládeže úchylné. V roce 1929 je součástí vzniku prvního zákona o pomocných školách v našem státě. Vzdělával učitele v práci s dětmi s různými druhy postižení. Zakladatel pomocných škol zakladatel speciálního školství. V tomto období byly položeny základy teorie komplexní rehabilitační péče, ale i tzv. „koedukace“ (integrace) tělesně postižených a zdravých dětí a mládeže.

František Bakule (1877 – 1957) - V roce 1913 se stal historicky druhým ředitelem Jedličkova ústavu pro tělesně postižené děti. Zaznamenal velké úspěchy v práci s tělesně postiženými. Stal se světově proslulý díky jeho vyučování postižených dětí hudbě. Roku 1919 musí na popud Rudolfa Jedličky ústav opustit. Následně si zakládá svůj vlastní. Největší slávy dosáhl se svým sborem Bakuleho zpěváčku, který založil roku 1920 a skládal se z chovanců jeho ústavu. S tímto sborem se dokonce vydal na světové turné, které skončilo velkým úspěchem.

Jan Chlup (1889 – 1968) - Spoluzakladatel ústavu pro tělesně postižené v Brně na Kociánce, který zde vzniknul 8. 8. 1919. Stal se jeho prvním ředitelem. Byl průkopníkem nových metodických postupů práce s tělesně postiženými. Didaktika výchovy byla zpracování individuálně, vzhledem k předpokladům chovance. Zde můžeme vidět předchůdce Individuálního vzdělávacího plánu. Spolupracoval s dalšími kapacitami v oboru, jako byl Rudolf Jedlička či František Bakule. Na Kociánce bylo velké množství dílen, kde se chovanci učili manuálním činnostem, stejně jako v Jedličkově ústavu. Roku 1945 Jan Chlup na Ministerstvu obrany, práce a sociální péče předkládá návrh zákona o organizaci péče o tělesně postižené děti a mládež. Tento zákon byl přijat, péče o postižené byla přijata jako

sociální služba a stala se bezplatnou, tj. plně hrazenou státem. Vydal řadu publikací jako např. Osud zmrzačeného dítěte (1923), Péče o vadné (1941), Vývoj péče o dítě v ČSR (1945)

Augustin Bartoš (1888 – 1969) - Byl pedagogem s bohatou praxí, který se také vzdělával a působil v oblasti nápravné pedagogiky (speciální pedagogiky). V roce 1919 se stává ředitelem Jedličkova ústavu. Mezi jeho nejznámější práce patří studium tzv. neobvyklého psaní tělesně postižených. Hlavní myšlenka této práce je “nepíšeme rukou, ale mozkiem”, z čehož vyhází Bartošův fenomén = při amputaci končetiny, pokud je následně stimulována, např. masáží, dojde k obnovení citlivosti jako na člancích prstů.

František Štampach (1895–1976). Pokusil se vymezit obecnou teorii pro nápravu „vad a chorob mládeže“. Použil termín sociální pedagogika, která byla zaměřena na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy mládeže tělesně, duševně a mravně narušené. Rozlišil 4 tzv. pracovní soubory: - psychopedii pro vady duševní a mravní - ortopedii pro vady tělesné - logopedii pro vady hlasu, řeči a sluchu - okulopedii pro vady zraku Základním principem i metodou sociální pedagogiky byla reedukace, jíž Štampach chápal sociální regeneraci.

Miloš Sovák (1905 – 1989) - Zakladatel české logopedie a moderní speciální pedagogiky. Věnoval se péči o postižené s narušenou komunikační schopností. V roce 1946 zakládá Logopedický ústav hl. města Prahy, který je roku 1960 zrušen, neboť se logopedie nezačlenila mezi lékařské obory. Miloš Sovák hledal východisko z této situace a včlenil logopedii do speciálně pedagogických disciplín. Strukturálně rozčlenil spec. pedagogiku na jednotlivé pedie. Stal se prvním vedoucím katedry speciální pedagogiky na pedagogické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Kromě logopedie se zabýval výzkumem laterality, surdopedií, speciálně pedagogickým poradenstvím. Některé spisy: Hlas, řeč a sluch (1944), Logopedie (1977), Uvedení do Logopedie (1980), Učení nemusí být mučení (1989)

František Kábele (1913 – 1998) - Významný český pedagog a logoped. Jako pedagog působil na katedře speciální pedagogiky při

Univerzitě Karlově v Praze. Téměř celý profesní život mimo katedru strávil v logopedickém ústavu v Praze, kde působil jako klinický logoped. Také se věnoval vzdělávání učitelů v oblasti speciální pedagogiky. V roce 1991 zakládá somatopedickou společnost. Publikoval spousty knih a příruček, jedna z oblastí, na které se zaměřoval, byla rozvoj výslovnosti u dětí. Znamé jsou knihy jako Brousek pro tvůj jazýček (1961), Naše čtení či Škola řeči.

Zdeněk Matějček (1922 – 2004) - Je slavný český psycholog a pedagog. První mezinárodní úspěch zaznamenal knihou Psychická deprivace v dětství (1963). Stal se jedním z průkopníků cannisterapie, hippoterapie, konceptu SOS vesniček. Založil svůj fond nazvaný Nadace profesora Matějčka na odměnu nejlepších diplomových prací z oblasti vývojové psychologie. Kromě odborných publikací vydával i spisy určené pro širokou veřejnost. Ke konci svého života prohlásil “Rozumět, znamená pomáhat”. Některé z publikací: Po dobrém nebo po zlém (1968), Rodičům mentálně postižených dětí (1991), Děti a rodina v psychologickém poradenství (1992) a mnohé další. (<http://www.specpedagogika.cz>.)

3.4 Společenské organizace a občanská sdružení na pomoc postiženým

Většina má konkrétní obsah své činnosti- vzdělávání , výchovy, rehabilitace, rekreační činnosti, zájmové aktivity. V ČR vyvíjí svou činnost více než 100 svépomocných organizací. Některé s celostátní působností, jiné na úrovni regionů, či místní. Nejdelší tradici má Sdružení pro pomoc mentálně postiženým. Sdružení vzniklo v roce 1969 jako dobrovolná organizace rodičů, příbuzných a přátel postižených osob a odborníků (lékařů, psychologů, učitelů, vychovatelů), pracující v této oblasti. Sdružuje 8500 členů, pomáhá při budování zařízení pro osoby s mentálním postižením, organizuje rekreace, zájmové činnosti, kroužky, pomáhá s pracovním uplatněním. Pracuje na zdokonalení školského systému pro postižené děti.

(Bazalová, 2003, s. 84) uvádí některé organizace, které se zabývají touto problematikou:

Sdružení zdravotně postižených je dobrovolné občanské sdružení, ve kterém jsou členy následující organizace:

- • Svaz tělesně postižených v ČR (STP v ČR),
- • Svaz postižených civilizačními chorobami v ČR (SPCCH v ČR),
- • Svaz neslyšících a nedoslýchavých v ČR (SNN v ČR),
- • Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí v ČR (ARPZPD v ČR),
- • Sdružení pro pomoc mentálně postiženým ČR (SPMP ČR)
- • Sdružení pro životní prostředí zdravotně postižených v ČR (SŽPZP v ČR).
- Asociace rodičů a přátel zdravotně postižených dětí

Organizace a občanská sdružení pracující s lidmi s MP:

- Zastřešující organizací pro všechna sdružení, která hájí zájmy lidí se zdravotním postižením, je „Národní rada zdravotně postižených“. Hájí co nejefektivnější způsob spolupráce organizací ZP v rámci ČR.
- Sdružení Pohoda
- Sdružení Máme otevřeno
- Sdružení Inventura
- Strom
- Sdružení Rytmus
- Sdružení Jurta
- Sdružení SIMP
- Sdružení Asistence
- APLA
- Společnost pro podporu lidí s MP v ČR
- SPOLU

Další sdružení a organizace se společnými zájmy:

- Credo – Sdružení rodičů a přátel
- Dětské centrum
- Duha – Společnost pro integraci mentálně postižených
- Občanské sdružení na pomoc dětem s více vadami
- Porozumění
- Akord - Občanské sdružení pro pomoc rodinám s postiženými dětmi.

Seznam dalších aktuálních (2015) organizací zabývajících se péčí o mentálně postižené, např. roztríděných dle krajů, je uveden na webových stránkách organizace Chceme pomáhat

<http://www.chcemepomahat.cz/pomoc/druhy/dalsi-nemocni>, nebo na
webových stránkách (<http://www.spmp.cz>).

3.5 Práva lidí s mentálním postižením

Současný pohled na osoby s mentálním postižením by se neobešel bez legislativních rámců a vývojem zákonů, které přispívají k nutným změnám v chápání a pohledu veřejnosti na tyto osoby.

V posledních desetiletích vzniká řada závazných i nezávazných mezinárodních dokumentů, které práva osob se zdravotním postižením a osob s mentálním postižením upravují. Česká republika po roce 1990 přistoupila a akceptovala řadu mezinárodních dokumentů týkajících se práv osob postižených a stejně tak i osob mentálně retardovaných. Mezi nejvýznamnější patří:

- **Všeobecná charta lidských práv** - Cíl: přimět každého jednotlivce i příslušné orgány k prosazování úcty k právům a svobodám občanů prostřednictvím výchovy a vzdělávání - Charta OSN, **1948**.
- Evropská konvence o ochraně lidských práv a základních svobod - Rada Evropy, 1950.
- **Evropská sociální charta** – Vymezuje a definuje obsah jednotlivých práv a zvláště zdůrazňuje práva určitých kategorií osob vyžadujících zvláštní ochranu, výslovně zmiňuje právo na zaměstnání osob se zdravotním postižením: „Osoby zdravotně postižené mají právo na přípravu k výkonu zaměstnání a na profesní a sociální readaptaci, bez ohledu na původ a povahu jejich postižení.“. Postižené osoby jako nositelé lidských práv – Rada Evropy, **1961**.
- **Deklarace práv mentálně postižených osob** – Důležitý podklad pro zavádění, revizi, inovaci nebo modernizaci péče o mentálně postižené na celém světě. Deklarace obsahuje 7 základních článků, které deklarují, že mentálně postiženým osobám musí být zaručena "v maximální možné míře stejná práva" jako mají ostatní lidé a dále jim přiznávají právo na odpovídající lékařskou péči a na léčení, jakož i na takové vzdělání, přípravu, rehabilitaci a výchovu, které jim umožní maximálně rozvinout své schopnosti a kapacitu; právo na ekonomickou jistotu a přiměřenou

životní úroveň. Mají právo vykonávat produktivní práci nebo jakékoliv jiné smysluplné zaměstnání v maximální míře svých možností; právo žít ve vlastní rodině nebo u pěstounů a podílet se na různých formách veřejného života (rodinám, v níž postižení žijí, by měla být poskytována náležitá pomoc, je-li nezbytná ústavní péče, měla by být poskytována v prostředí a v podmínkách blízcích se normálnímu životu); právo na kvalifikovaného poručníka k ochraně své hmotné i duchovní existence a zájmů; a ustanovení, že mentálně postižení musí být chráněni před vykořisťováním, ponižováním a zneužíváním všeho druhu. Deklarace stanoví, že mentálně postiženým mohou být některá či všechna práva omezena či odebrána, pokud nejsou schopni vzhledem k závažnosti postižení svá práva využívat smysluplným způsobem. Rezoluce Valného shromáždění OSN, **1971**.

- **Deklarace práv zdravotně postižených osob** - „Zdravotně postižení, bez ohledu na původ, povahu a závažnost svého postižení, mají stejná základní práva jako jejich vrstevníci, mezi něž patří v první řadě právo žít důstojný, pokud možno plnohodnotný, život.“ OSN, **1975**.
- **Světový akční program činnosti týkající se zdravotně postižených osob** - Je nejvýznamnějším výsledkem Mezinárodního roku zdravotně postižených. Tento program garantuje rovnost práv handicapovaných a je zde zdůrazněno právo těchto osob účastnit se na společenském životě. Program formuloval nejdůležitější zásady v oblasti prevence a rehabilitace a potvrdil právo zdravotně postižených na stejné příležitosti, jaké mají ostatní občané. Valné shromáždění OSN, **1982**.
- **Úmluva č. 159 o pracovní rehabilitaci a zaměstnávání zdravotně postižených** - Osoba se zdravotním postižením = „každá osoba, jejíž vyhlídka nalézt a zachovat si vhodné zaměstnání a dosahovat v něm postupu jsou podstatně sníženy v důsledku náležitě ověřeného tělesného nebo duševního poškození“. Mezinárodní organizace práce, **1985**.
- **Doporučení Rady Evropy** Zaměstnávání zdravotně postižených v Evropském společenství, které obsahuje výzvu pro členské státy

"přijmout opatření podporující pracovní uplatnění a odborný výcvik zdravotně postižených osob" **1986**.

- **Evropská konvence o prevenci týrání a nelidského zacházení** – Umožňuje zkoumat, jak se zachází s lidmi, kteří jsou zbaveni svobody – možnost ochránce Rada Evropy, **1987**.
- **Charta základních sociálních práv pracovníků** - Má charakter deklarace bez přímé právní závaznosti, její normy nejsou přímo aplikovatelné, členské státy je musí promítnout do vnitrostátního zákonodárství. Charta států ES zakotvuje zvýšenou ochranu určitých kategorií zaměstnanců v rámci pracovněprávních vztahů. Například podle článku 29 musí každá invalidní osoba požívat takových opatření, která jí bez ohledu na povahu a příčinu invalidity usnadní zařadit se do sociálního a pracovního procesu. Evropského společenství **1989**.
- **Úmluva o právech dítěte** - Pro děti a mládež s mentálním postižením - práva jsou zde daná formou smlouvy čl. 23: „Duševně nebo tělesně postižené dítě má požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost, podporujících sebedůvěru a umožňujících aktivní účast dítěte ve společnosti.“ OSN, **1989**.
- **Dílčí dohoda v oblasti sociálního a veřejného zdraví** - Jedná se o vzorový program politiky rehabilitace a integrace, rozvíjí dokumenty Mezinárodní organizace práce. Hlavním cílem dokumentu je "umožnit co nejúplnější pracovní integraci osob se zdravotním postižením", (bez ohledu na povahu, původ či stupeň zdravotního postižení). Je-li to možné, poskytnout těmto osobám práci v normálním pracovním prostředí. Pro těžce zdravotně postižené osoby zajistit pracovní uplatnění v chráněných dílnách a na chráněných pracovištích. Doporučení, Rada Evropy **1992**.
- **Zelená kniha Evropské sociální politiky** - Ve III. části uvádí mezi prioritními otázkami také integraci zdravotně postižených osob. Je zde uvedeno, že tyto osoby by měly být přijímány jako plnohodnotní členové společnosti a měla by jim být dána možnost integrovaného vzdělávání a odborného výcviku. Evropská úroveň, **1993**.

- **Charta pro osoby trpící autismem** - Deklarace přiznává osobám postiženým autismem právo na nezávislý, plnohodnotný a smysluplný život podle schopnosti osoby s tímto postižením; právo na dostupné a speciální vzdělávání; právo spolurozhodovat o své budoucnosti (také jejich zástupcům); právo na dostupné a vhodné bydlení; právo na veškeré pomůcky, asistenci a podpůrné služby, právo na mzdu; právo na odborné poradenství a péči nutnou pro jejich fyzické, mentální a duševní zdraví, včetně vhodné léčby a medikace, právo na vhodné pracovní zařazení a na vhodnou přípravu na povolání, právo na partnerské a jiné vztahy včetně právo na svobodný život bez hrozby izolace v psychiatrické léčebně, právo na ochranu před zneužíváním, fyzickým týráním, averzivními postupy léčby nebo zanedbáváním; právo na ochranu před zneužíváním léčiv a jiných farmakologických prostředků a jejich nesprávným podáváním. Rezoluce Výboru pro sociální otázky Evropského Parlamentu, **1993**.

- **Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** – Zdůrazňuje zákaz diskriminace zdravotně postižených a vyzývá k odstranění všech bariér, jež tyto osoby omezují v účasti na společenském životě, jakož i k přijetí legislativy, která by garantovala práva zdravotně postižených. Přiznává právo těchto osob na stejné příležitosti, jaké mají ostatní lidé, jakož i na rovnoprávný podíl na zlepšování životních podmínek. Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením byla vypracována na základě zkušeností, získaných během Dekády zdravotně postižených, vyhlášené OSN v letech 1983 - 1992. Shrnují řadu dříve přijatých dokumentů a zkušeností. Standardní pravidla zdůrazňují oblasti důležité pro zvýšení kvality života zdravotně postižených osob a dosažení plné integrace a zrovnoprávnění. Světová konference o lidských právech. Závěrečná Vídeňská deklarace OSN, **1993**. (v ČR tato pravidla vydána v r. 1997).

- **Kodaňská deklarace a Akční program** - Deklarace zdůrazňuje, že jednou z nejpočetnějších menšin jsou postižení, dále obsahuje závazek přijmout opatření pro podporu jejich sociální i ekonomické integrace. Zejména je

zde zdůrazněna nutnost umožnit těmto osobám rovný přístup k rehabilitaci, vzdělání a vytvářet pro ně vhodná pracovní místa. Akční program obsahuje opatření směřující k odstranění nerovnoprávnosti uvnitř zemí a mezi zeměmi, OSN. **1995.**

- **Helsinská deklarace o rovnosti a službách pro lidi s MP** - Prosazuje zejména přístup ke službám vycházející z potřeb lidí s MP, v místě bydliště, život v co nejméně omezujícím prostředí, právo na soukromí **1996.**
- **Nová strategie Evropského společenství v oblasti invalidní politiky.** - Tento dokument a na něj navazující usnesení vychází ze Standardních pravidel OSN pro vyrovnání příležitostí invalidních občanů. Jedná se o určitou aktualizaci Standardních pravidel na evropské úrovni. Brusel, Komise EU, **1996.**
- **K 97** – konference v Praze – Lidská práva pro osoby s mentální retardací **1997.**
- Deklarace mezinárodní ligy společností pro osoby s mentálním postižením
- **Deklarace z Delhi** o právech a potřebách osob s mentálním postižením a jejich rodin
- **Evropský akční plán rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením** - Tento dokument upravuje postup orgánů EU a zaměřuje se na intenzivnější začlenění osob se zdravotním postižením do ekonomiky a do společnosti obecně v rámci rozšířené Evropy. Cíle: princip rovného zacházení v zaměstnání a na pracovišti, zlepšovat přístupnost výhod pro všechny. Akční plán počítá s časovým horizontem do roku 2010. Podporuje integraci osob se zdravotním postižením, aby právo na práci platilo i pro zdravotně postižené, dostupnost zaměstnání a stabilita v něm; celoživotní vzdělávání, využití nových technologií, bezbariérový přístup do veřejného prostředí. EU, 2003 (<http://www.lidskaprava.poradna-prava.cz>).

Práva lidí s mentálním postižením podle Švarcové (2011, s. 206)

1) Mentálně postižený má mít v nejvyšší možné míře stejná práva jako ostatní lidské bytosti.

2) Mentálně postižený má právo na zdravotní péči a vhodnou fyzikální terapii, jakož i na takovou výchovu, readaptaci a vedení, které mu umožní rozvinout v maximální možné míře jeho možnosti a schopnosti.

3) Mentálně postižený má právo na ekonomické zabezpečení a slušnou životní úroveň. Má plné právo podle svých možností produktivně pracovat nebo se zabývat jinou užitečnou činností.

4) Pokud je to možné, má mentálně postižený žít v kruhu své vlastní rodiny nebo v rodině opatrovníka a účastnit se různých forem společenského života. Proto má být rodině, ve které žije, poskytována pomoc. Je-li jeho umístění do specializovaného zařízení potřebné, mají být prostředí a podmínky života v něm tak blízké normálním podmínkám života, jak je to jen možné.

5) Mentálně postižený má právo na kvalifikovaného opatrovníka, pokud to vyžaduje ochrana jeho dobra a zájmů.

6) Mentálně postižený má právo na ochranu před jakýmkoli vykořisťováním, zneužíváním nebo ponižujícím zacházením. Je-li předmětem soudního stíhání, má mít právo na zákonný proces s plným uznáním svého stupně odpovědnosti, který vyplývá z jeho mentálního stavu.

7) Jestliže někteří postižení nejsou schopni účinně využívat souhrnu svých práv v důsledku hloubky svého postižení a jestliže se ukáže potřeba tato práva buď částečně, nebo úplně, pak musí postup používaný za účelem omezení nebo zrušení těchto práv chránit postiženého zákonně proti jakékoli formě zneužití. Tento postup by měl být založen na hodnocení kvalifikovaných znalců, kteří by posoudili sociální způsobilost postiženého. Omezení nebo zrušení práv má být podrobena periodickým revizím a musí být odvolatelné u vyšších institucí.

4. INTEGRACE A INKLUZE MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH OSOB

4.1 Integrace

Současným trendem v přístupu k nejrůzněji handicapovaným lidem je **integrace**. Přináší všestranný rozvoj osobnosti a zlepšuje kvalitu života osob s postižením. Umožňuje člověku uplatnění, seberealizaci, neodmítá člověka, ale přijímá a vtahuje ho do života společnosti, podporuje v nezávislosti. Téma integrace se stalo od konce 20. a na počátku 21. století prioritou speciální pedagogiky. Je to proces, který umožňuje plnohodnotný společný život postižených i zdravých jedinců s respektováním jejich individuálních schopností a možností rozvoje. (<http://www.eliada.cz>).

Slovník cizích slov (Klimeš, 2005) představuje význam slova integrace:

1) knižní - scelení, ucelení, sjednocení

2) biologické - sjednocující, souladné spojení všech tělních částí v jednotný celek. Takto chápaný pojem však v sobě nese myšlenku, kdy někdo nebo nějaká část byla vydělena a je integrována zpátky.

Sovák, rozumí pod pojmem integrace „nejvyšší stupeň socializace, tj. úplné zapojení individua postiženého vadou, u něhož byly důsledky vady zcela a beze zbytku překonány“. (Sovák, 1984, s. 368).

Jesenský (1993, s. 60) definuje integraci jako stav soužití postižených s nepostiženými při přijatelné míře konfliktnosti, kdy se zdravotně postižený vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s majoritní skupinou, prokazuje takové výkony a vytváří takové hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné.

V oblasti integrální speciální pedagogiky je užívána citace podle Dr. Bürliho , který chápe integraci, „jako snahu poskytnout v různých formách výchovu a vzdělávání jedince se specifickými vzdělávacími potřebami v co

možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám“.(Mühlpachr In: Vítková 1998, s. 17).

Průcha (2002, s. 87) vysvětluje integrované vzdělávání jako „přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby“.

Integrace bývá definována „jako oboustranný psychosociální proces sbližování minority znevýhodněných a majority intaktních.“ (Hájková, 2005).

Integrace/inkluze postižených a znevýhodněných osob do společnosti je proces vzájemného působení, ve kterém se obě strany k sobě přibližují a mění. Roste oboustranná pospolitost a sounáležitost. „Cílem integrace je tedy vzájemná akceptace znevýhodněných a zdravých“.(Fischer, Škoda, 2008).

Podmínky k úspěšné školní integraci:

Integrace je velkým přínosem nejen pro žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, ale i pro celý třídní kolektiv. Úspěšnost školní integrace osoby s mentálním postižením (žáka, studenta) ovlivňuje několik faktorů: Rodiče a rodina, škola a učitelé, dále poradenství a diagnostika ale i forma integrace.

- Integrace je vhodná varianta pro integrovaného žáka
- Dobrá dostupnost školy pro žáka
- Vybavenost školy vhodným materiálním vybavením
- Přípravenost učitele na práci s postiženým žákem
- Přípravenost třídy na příchod žáka s handicapem
- Nastolit příznivé klima ve třídě

Mimoškolní integrace dětí s MR

Mimoškolní aktivity pro děti s postižením může zajistit také škola, kterou dítě navštěvuje, nebo další školská zařízení. Jedná se zpravidla o školní

družiny a kluby, domovy mládeže a střediska pro volný čas nebo kroužky, nabídku uměleckých a jazykových škol. Podpora a služby by měly být poskytovány také otevřeně v běžném prostředí, mezi lidmi bez znevýhodnění - nikoli v uzavřeném prostředí ústavů či speciálních škol. Postiženým dětem ale hrozí, že se od svých zdravých vrstevníků dočkají posměchu a vyloučení. Takové chování může u postiženého dítěte vyvolat strach a uzavření se do sebe. O zapojení mentálně postižených dětí do běžného života se snaží různé organizace a občanská sdružení na pomoc dětem s mentálním postižením a další zařízení, která vypracovávají integrační projekty. Pořádají kulturní, společenské nebo sportovní akce, kterých se účastní postižené děti společně se zdravými vrstevníky.

Další organizace, jako jsou třeba Domy dětí a mládeže, Skaut nebo Sokol nabízejí běžné zájmové kroužky (keramiku, tancování, plavání, cvičení, výtvarný, turistický nebo chovatelský kroužek), kde mohou děti s postižením i bez postižení najít uplatnění, samozřejmě v mezích přiměřenosti, což se prolíná s inkluzí.

Integrace studentů a dospělých s MR

Ve většině případů je mentálně handicapovaný odkázaný na svou rodinu, která jej podporuje a určuje, jak a čím bude vyplněn jeho volný čas. V rodinném kruhu to mohou být různé práce v domácnosti, na zahradě, v dílně, vycházky, výlety, dovolené, návštěvy příbuzných. Rodinní příslušníci jej mohou doprovázet do nejrůznějších kroužků a klubů, např. dramatický kroužek, keramický kroužek, šití, tanec apod. S pobytem v přírodě mohou být spojeny i sportovní aktivity.

Mentálně handicapovaní jedinci toužící po sportovních aktivitách se mohou sdružovat v Českém svazu mentálně postižených sportovců. Členy svazu jsou především mentálně postižení sportovci, jejich doprovodné osoby bez rozdílu věku. Mentálně postižení lidé mohou provozovat sport jak na rekreační tak i na vrcholové úrovni s účastí na speciálních olympiádách. Speciální olympiády nabízejí mentálně postiženým sportovcům pravidelnou aktivitu během celého roku. Zahrnuje **19 letních** sportů - atletika, plavání,

gymnastika, badminton, košíková, volejbal, kopaná, házená, kuželky, bocce, vzpírání, jezdeckví, bruslení na kolečkových bruslích, cyklistika, jachting, softball, tenis, stolní tenis, golf a **5 zimních** sportů - sjezdové lyžování, běžecké lyžování, krasobruslení, rychlobruslení, halový hokej. Účast na hrách je umožněna všem mentálně postiženým, kteří jsou zapojeni do pravidelné sportovní činnosti ve sportovních klubech (<http://www.specialolympics.cz/>)

Další možností, jak mohou mentálně postižení studenti a dospělí lidé trávit svůj volný čas je pobyt v nestátních zařízeních - stacionářích, které jim mohou nabídnout pestrý program: např. rukodělnou činnost, terapie, rehabilitaci, pohybové aktivity.

Integraci a inkluzi mentálně postižených popisuje (Müller a kol., 2001) v několika formálních rovinách.

První rovinou je fyzická inkluze mentálně postižených žáků, kteří společně se zdravými dětmi navštěvují stejnou budovu školy, společně tráví přestávky nebo obědvají ve společné jídelně. Další rovinu tvoří společné celoškolské mimotřídní aktivity (školní výlety, sportovní hry, zájmové kroužky pořádané školou). Třetí rovinou je společné vyučování těch předmětů, kde mentální postižení není až tak velkým deficitem, např. výtvarná, hudební nebo pracovní výchova.

Výhoda integrace - k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami patří navazování kontaktu se zdravými žáky. Dochází k posilování demokratických hodnot, sociálnímu a kooperativnímu učení. Žák s handicapem se stává součástí třídy, školy a společnosti. Integrace také ovlivňuje ostatní žáky třídy, odstraňuje předsudky a vytváří u žáků empatictější vztah k okolí.

Nevýhoda integrace - je její finanční náročnost a větší pracovní nasazení pedagogů. Žák má své speciální potřeby. Obvykle potřebuje různé speciální pomůcky, speciální přístup, který zabezpečuje osobní asistent či sám pedagog, na kterého jsou kladeny větší nároky. Škola se také musí potýkat s přírůstkem administrativní práce. Ta v současné době zabírá hodně času všem pedagogům.(Obst, Kalhous, 2002. s. 85).

Kromě integrace se v oblasti péče o postižené prosazoval a stále ještě prosazuje trend - **normalizace**. Tento pojem má vyjádřit skutečnost, že i lidé s mentálním postižením mají, v rámci svých možností, žít normálním životem. Primární proto není život v ústavech sociální péče, ale život v rodině. Mentálně postižení jedinci by měli mít možnost v **rámci rodiny** uspokojovat přirozené potřeby bezpečí, zájmu, lásky. Stejně jako ostatní mají mít možnost docházet do školy, zapojovat se do zájmových, sportovních či kulturních aktivit. V neposlední řadě se pod pojem normalizace zahrnuje i možnost profesního uplatnění.

S trendem integrace a normalizace úzce souvisí **humanizace**. Pro úspěšnou integraci mentálně postižených a pro normalizaci jejich života je nutná humanizace péče o postižené, ale i humanizace celé společnosti. Základním požadavkem zde je, brát v potaz při jakémkoliv rozhodování oprávněné zájmy postižených, a pokud jsou toho schopni, umožnit jim, aby se na rozhodování v maximální míře podíleli. Při výchově a vzdělávání nesmí být používáno žádných nehumánních postupů (tělesné tresty, omezování osobní svobody a podobně. (Ira, 2006).

Integrační škálu (stupně integrace) zpracovala Světová zdravotnická organizace ve své mezinárodní klasifikace nemocí a vad. Jedná se o integraci pojímanou jako stupně či meze účasti v sociálně společenských procesech. Tato klasifikace je dělena na 8 stupňů:

- 1) sociálně integrovaný – plně se účastní všech společenských činností
- 2) účast inhibovaná (utlumená) – vyvolává určitou nevýhodu, která může znamenat mírné omezení v plné účasti
- 3) omezená účast – osoby se nezúčastní obvyklých společenských činností plně, jejich postižení negativně ovlivňuje např. manželství
- 4) zmenšená účast – v důsledku postižení nejsou osoby schopné navázat náhodné kontakty a jejich účast ve společenském životě je omezena na přirozené komunitární vztahy – v rodině, na pracovišti

- 5) ochuzené vztahy – zde je kladen důraz na omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendence k zlepšení
- 6) redukované vztahy – v důsledku postižení jsou jedinci schopni udržovat vztahy pouze k vybrané a omezené skupině či jednotlivci
- 7) narušené vztahy – jde o jedince, kteří nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi, změny chování působí negativně i v prostředí přirozené skupiny (rodiny)
- 8) společensky izolované – jde o osoby, jejichž schopnost míry integrace je nezjistitelná právě pro jejich izolovanost. Jde o specifické případy úplné segregace

Pro ucelený přehled a pro potřeby této diplomové práce jsou uváděny tyto socializační stupně, z nichž některé z nich jsou zastaralé a již se nepoužívají. Najdeme je ve starší literatuře, např. u Sováka

- **Integrace** - plné začlenění a splynutí postiženého se společností, jedinec nevyžaduje žádné zvláštní ohledy.
- **Adaptace** – nižší stupeň socializace, handicapovaný jedinec je schopný přizpůsobit se sociálnímu prostředí, komunitě, společenským podmínkám (lehká mentální retardace)
- **Utilita** – označuje sociální upotřebitelnost jedince, který není samostatný, je závislý na jiných lidech, nemůže žít trvale samostatně (kombinované vady – mentální x somatické)
- **Inferiorita** – nejnižší stupeň socializace, typická je sociální nepoužitelnost, jedinci jsou naprosto nesamostatní

4.2 Inkluze

Termín „inkluze“ se objevil v Evropě poprvé v roce 1994 na světové konferenci v Salamance pořádané organizací UNESCO na téma „Pedagogika pro speciální potřeby“. Rezoluce, která z konference vzešla, stanovila cíl - zásadní politickou a pedagogickou změnu ve vývoji inkluzivní pedagogiky - **škola pro všechny děti.**

Inkluze je definována v Pedagogickém slovníku (2003, s. 49) takto: „Inkluze je zapojování postižených do hlavního proudu dění ve společnosti. Používá se také jako synonymum integrace. Snaží se odstraňovat diskriminaci zdravotně postižených ve vzdělávání, socializaci, enkulturaci i ergotizaci. Opakem inkluze je exkluze. Inkluze se často nepřesně používá jako ekvivalent integrace.“

Bazalová (2006, s. 7) chápe inkluzi „jako stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný a takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje.“

Inkluze je termín používaný aktivisty a zastánci práv postižených občanů pro vyjádření myšlenky, že lidé by měli svobodně, otevřeně a bez zábran vycházet vstříc osobám, které jsou postiženy bez nutnosti specializovaného zaškolení. Inkluze představuje více než začlenění, jedná se o proces snažící se zapojit jedince, který se tělesně nebo duševně odlišuje od většiny, mezi jedince bez podobných odlišností v naději, že se navzájem přizpůsobí.

Zpočátku znamenal pojem inkluze způsob, jak umožnit postiženým dětem vzdělávání v běžných školách. Dnes však má inkluze mnohem širší význam, představuje všeobecný přístup umožňující lidem s odlišnými schopnostmi – zejména tělesnými – začlenit se do širší společnosti, v níž se mohou angažovat a usilovat o plnění jejích cílů, a cítit se její součástí. Například ve Velké Británii, Kanadě a ve většině zemí západní Evropy vystupuje celá řada herců a hereček s fyzickým postižením; denně se objevují

na televizních obrazovkách, v divadle, ve filmu. Ve Spojených státech je tato tendence o poznání slabší. V Kanadě se například běžně stává, že v případě potřeby vybudování bezbariérové rampy na veřejném místě příslušný úřad zajistí výstavbu během několika dnů, týdnů, nanejvýš měsíců. Cílem inkluze je totiž zajistit, aby postižení lidé byli ve všech směrech považováni za plnohodnotné a rovnoprávné členy společnosti.

Tento postoj se velmi liší od postoje, který převládá ve většině zemí. Opakem inkluze bývá projevování soucitu nebo lítosti, které neinvalidní populace projevuje vůči postiženým spoluobčanům. Lékaři se většinou soustředí na možnosti léčby ve formě léků, chirurgických zákroků nebo podpůrných pomůcek, což v řadě případů umožní postižené osobě, aby se co nejvíce přizpůsobila „normálnímu prostředí“, a učiní její život snesitelnější. Inkluze je však přístup, který nalézá více podobností spíše se sociálním, nikoli lékařským modelem invalidity.

Zastánci inkluze dospívají k závěru, že snaha přizpůsobit invalidní jedince „normálnímu“ životu a vtěsnat je do standardních měřítek není žádoucí, naopak prosazují tendenci, aby byli vnímáni jako lidé, kteří se prostě v určitých ohledech liší od ostatních.

(<http://www.dobromysl.cz>).

Inkluze ve vzdělávání

Pokorná (2006, s. 8) vysvětluje: Inkluzivní škola vytváří přirozené a vstřícné prostředí pro každého. Žáci jsou vychováni pohromadě, navzájem spolupracují, vytváří mezi sebou vazby a vzájemný kontakt podporuje dobré soužití i v dospělosti, což je výsledkem inkluze. Zdůrazňuje důležitost inkluze pro vytvoření zdravé společnosti. Smyslem inkluzivní školy je bourat zbytečné sociální bariery, ve společném integrujícím výchovném prostředí, dopřát všem žákům vzdělání, které bude naplňovat právě jejich individuální potřeby.

Každý žák si přináší do školy své životní zkušenosti a přesvědčení. Každý je jedinečná osobnost a na tomto inkluzivní škola staví. Využívá odlišnosti jako výhody a každému se snaží zajistit co nejlepší možnosti ke

vzdělávání. Žáci vnímají rozdíly mezi sebou a jsou vedeni k porozumění, toleranci, úctě k ostatním i k sobě. Každý je něčím cenný a má co v tomto kooperativním procesu nabídnout, a právě proto je inkluze všech v zájmu všech, neboť individuální kvality jednotlivců se doplňují. (Polechová, 2000, s. 13)

Škola, školní prostředí a třída je místem, kde žáci tráví hodně času. Proto by měla být podobná rodině, kde každý žák cítí, že zde má své místo, ostatní ho respektují a pokud potřebuje, pomohou mu. Dobré klima třídy vede k úspěšné inkluzi. Podílejí se na něm žáci, učitelé, pracovníci školy a do určité míry i rodiče. Mezi všemi aktéry by měla panovat důvěra, tolerance a vzájemná podpora. (Mareš, 2006, s. 189).

Inkluze je chápána jako postoj člověka, jeho přesvědčení, hodnota, má tedy trvalejší charakter a provází ho celý jeho život.

Předpoklady pro úspěšnou inkluzi ve vzdělávání:

- Všichni studenti a pracovníci školy jsou stejně důležití.
- Zvyšování míry zapojení studentů do školní kultury a vzdělávacího procesu
- Změna školní kultury tak, aby byla zohledněna různorodost studentů.
- Odstraňování překážek v učení a zapojení všech studentů, i intaktních
- Využívání zkušeností z případů překonávání překážek v přístupu a zapojení
- Vnímání rozdílů mezi studenty jako inspirace pro podporu učení
- Uznávání práva studentů na vzdělávání v místě, kde žijí.
- Zkvalitňování škol pro potřeby studentů i učitelů.
- Vyzdvihování úlohy škol při budování společenství a rozvoji hodnot
- Podpora vzájemně prospěšných vztahů mezi školami a okolní komunitou.
- Inkluze ve vzdělávání je jedním z aspektů inkluze ve společnosti.

Velmi dobře vysvětluje společnost Rytmus, která se zabývá osobami s mentálním postižením, problematiku inkluzivního vzdělávání:

Inkluzivní škola přijímá všechny děti bez ohledu na jejich sociální situaci, vyznání, rodinnou konstelaci, postižení, rasu, příslušnost k menšině a vzdělává je individuálně podle jejich potřeb. Existence různorodosti je přitom vnímána jako obohacení a přínos. Inkluzivní vzdělávání má své principy, kterými se liší od vzdělávání dětí se znevýhodněním v běžných školách formou integrace. Předmětem snahy zúčastněných není pouze umístění znevýhodněného dítěte do běžné školy, ale spíše přizpůsobení školy potřebám dítěte. Důraz je kladen na kvalitu vzdělávání a zdůrazňuje prospěch pro obě strany. Inkluzivní vzdělávání neboli společné vzdělávání, je založeno na přesvědčení, že všichni žáci mají právo být vzdělávání ve skupinách se svými vrstevníky a mohou mít anebo mají prospěch se vzděláváním ve školách v místě bydliště. Učitelé, rodiče i další zainteresovaní, spolupracují a mají k dispozici dostatečné a odpovídající zdroje, které zohledňují potřeby začleněného žáka. (http://www.rytmus.org/o_inkluzi)

Pro zájemce, kteří hledají školy s inkluzivním přístupem, doporučuje společnost Rytmus Mapu Férových škol, kterou vytvořila organizace Liga lidských práv. Každá škola je představena příběhem dítěte, které začlenili do kolektivu třídy. Mapu naleznete na adrese <http://www.mapaferovychskol.cz/uvod>

4.3 Integrace mentálně postižených v USA

Integrace dětí s postižením s ostatními v běžných školách je v USA již zákonnou samozřejmostí. Diskutuje se, do jaké míry je tato integrace vhodná. Při vstupu dítěte s postižením do základní školy se rozhoduje, zda bude zařazeno do normální třídy s individuální pomocí a zařízením odpovídajícím jeho postižení (společná výchova, plná integrace) v celém rozsahu, nebo jen částečně a ostatní dobu stráví v oddělené speciální třídě.

Zákonná ustanovení - Zákon v USA vyžaduje, aby žáci s postižením dostávali zdarma přiměřené veřejné vzdělání v prostředí, které ho co nejméně omezuje a s opatřeními zajišťujícími mu co nejlepší prospěch z výuky. Veřejné orgány musí zajistit co největší možnou integraci dětí s postižením do normální školy a třídy a potřebnou asistenci. Pouze v době, a při činnostech, kde vážnost postižení neumožňuje žáku přímou účast ve třídě, řeší se výuka samostatně.

Problémy - Plná integrace je dosti problematická. Někteří cítí, že společná výchova je vhodná pro všechny žáky s postižením, jiní věří, že je vhodná jen pro některé. Obránci plné integrace tvrdí, že jejich průzkum ukazuje, že děti s postižením, i s velmi vážným, umístěné v normálním výchovném zařízení vykazují lepší sociální vývoj, jsou samostatnější, mají lepší výsledky a dovednosti.

(<http://www.dobromysl.cz>).

Podle amerického "Centra pro integrovanou výchovu" následujících 10 důvodů podporuje integraci:

- Všechny děti mají právo učit se společně.
- Děti by neměly být ponižovány nebo diskriminovány vylučováním nebo vyřazováním z důvodu jejich postižení nebo neschopnosti učení se.
- Dospělí s postižením, kteří přežili zvláštní školu, požadují skoncovat se segregací.

- Není žádný legitimní důvod k rozdělování dětí při jejich výchově. Děti mají být spolu, což je prospěšné všem. Nepotřebují, aby byly chráněny jedno od druhého.
- Výzkum ukazuje, že děti prospívají lépe, vzděláním i sociálně, v integrovaném prostředí.
- Neexistuje výuka ani péče v segregované škole, jaká by nemohla být poskytována v normální škole.
- Uvedená péče, podpora a výchova je výhodnější z hlediska nákladů na výuku.
- Segregace učí děti bázlivosti, ignoranci a posiluje předsudky.
- Všechny děti potřebují výchovu, která by jim pomáhala navazovat vztahy a připravovat je pro život v integrované společnosti.
- Integrace snižuje bázlivost, buduje přátelství, respekt a porozumění.

Rozdíly ve vnímání - Oponenti plné integrace provedli také své průzkumy a shledali, že plná integrace není přínosem pro všechny žáky. Například někteří výzkumníci věří, že děti s mírným mentálním postižením mohou docílit vyšších úspěchů v učení v normálních třídách, zatímco děti s citovými poruchami anebo problémy v chování mají sklony lépe prosperovat v oddělených třídách. Americká federace učitelů podporuje názor, že plná integrace není vhodná pro každého. Vysvětlují to tím, že některé děti, které jsou fyzicky křehké, nebo mají vážné problémy s chováním, mohou být spíše poškozeny než posíleny umístěním v normální třídě, kde učitelé nemají zkušenost jak vyhovět potřebám těchto dětí. Navíc tato federace tvrdí, že když si takové dítě vyžaduje tak mnoho pozornosti učitele, je tím obětována kvalita výuky všech ostatních dětí ve třídě. Největší kontroverze je nicméně v otázce, zda dítě bude mít dostatečnou pomoc při umístění v normální třídě.

Ti, kteří argumentují proti plné integraci, mají obavy, že

- děti ztratí pomocné služby, pokud budou umístěny v normální třídě
- učitelé nebudou na ně přiměřeně připraveni
- děti nebudou mít dostatečnou podporu k úspěchu

Úloha rodičů - Čím dále tím více se akceptuje, že rodiče musí být zúčastněni na rozhodnutích o výchově svých dětí. Jsou přece prvními učiteli svých dětí. Zákon v USA podporuje práva rodičů na účast v rozhodnutích o výchově a zdůrazňuje hodnotu jejich informací, které druzí mít nemohou, a které z nich činí cenné účastníky výchovného týmu. Rodiče by měli být schopni spolupracovat s učiteli na vytvoření specifického výukového plánu pro své děti zprostředkováním jejich nadějí a přání. Jedna z nejdůležitějších rolí rodičů, navíc k tvorbě plánu, je sledovat a podpořit pokrok svých dětí. Při pochybách by rodič měl mluvit s profesionály anebo s jinými organizacemi o nápravě jakýchkoli záležitostí, které by bránily dětem v dosažení jejich cílů. (Integrace pro a proti, <http://www.dobromysl.cz>).

5. VZDĚLÁVÁNÍ MENTÁLNĚ POSTIŽENÝCH, LEGISLATIVA A DRUHY ŠKOL

Vzdělávání mentálně postižených je zakotveno v řadě právních dokumentů ČR a tím nejdůležitějším dokumentem je Ústava ČR.

„Nikomu nesmí být odepřeno právo na vzdělání. Vzdělání má směřovat k plnému rozvoji lidské osobnosti. Rodiče mají právo volit druh vzdělání pro své děti vzhledem k vlastnímu náboženskému a filosofickému přesvědčení.“ Právo všech, tudíž i osob s mentálním postižením, na vzdělání je uvedeno v Ústavě ČR článek 33 odst. 1.

5.1 Vývoj legislativy mentálně postižených ve školství

V Ústavě ČR jsou zakotveny mezinárodní dokumenty týkající se vzdělávání, a to např. Úmluva o právech dítěte (1991), které mají vyšší právní moc, než zákony ČR. Naše republika se zavazuje, že bude tuto Úmluvu dodržovat a uznávat práva, která jsou zde zakotvena, např. právo pro děti na bezplatné a povinné základní vzdělání na základě rovných možností. Z dokumentů vyplývá, že i jedinci s mentálním postižením mají právo na vzdělávání. Právo na vzdělávání je součástí dokumentu Deklarace o právech mentálně postižených (OSN 1971).

Přijetí ČR do Evropské unie (2004), byl významný milník v utváření zákonů, právním změnám a závazkům. Musely se provést změny v legislativě, a to nejen ve školství, které budou souladu s některými prvky školství většiny států EU.

V roce 2001 česká vláda schválila dokument Bílá kniha: Národní program rozvoje vzdělávání v České republice. Bílá kniha stanovuje obecné cíle, principy a teoretické přístupy ke vzdělávání v běžných i speciálních školách v ČR. Na teoretických východiscích Bílé knihy byl postaven „Státní program rozvoje vzdělávání“, podle něhož se vytvořily „Rámcové vzdělávací programy“ (RVP) pro předškolní, základní a střední odborné či gymnaziální

vzdělávání, přičemž jednotlivé „Školní vzdělávací programy“ (ŠVP) si jednotlivé školy tzn. i školy pro studenty a žáky s mentálním postižením musely samostatně vytvořit. RVP začaly platit od začátku školního roku 2007/2008

Mentálně i jinak postižení jsou vzdělávání v systému speciálních škol, které stanoví vyhláška č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Postiženým i nepostiženým žákům je dále k dispozici systém poradenství zakotvený ve vyhlášce č.72/2005 o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Zmíněné speciální vyhlášky, které upravují vzdělávání mentálně postižených, se stávají součástí školského zákona č.561/2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. Jeho součástí je: i §16 Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a §18 – Individuální vzdělávací plán

Školská legislativa ČR, která se týká vzdělávání osob s mentálním postižením:

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných

Vyhláška č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky

Vyhláška č. 43/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb.

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání.
(<http://www.msmt.cz>).

5.2 Současná platná školská legislativa a druhy škol pro MP

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) řeší vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (§ 16). Do této skupiny populace jsou podle tohoto zákona zařazeni také děti a žáci s mentálním postižením. Je základní právní normou upravující základní vztahy ve školství. Zvláštní důraz je zde kladen na rovnost vzdělávacích příležitosti pro všechny a respektování vzdělávacích potřeb jednotlivců při vzdělávání. Zdůrazněn je zde přístup ke vzdělání, což vyplývá z čl. 20 odst. 1 pís. a) Úmluvy o právech dítěte a úsilí o zabezpečení přístupu ke vzdělání dětem se speciálními vzdělávacími potřebami.

Osoba se zdravotním postižením (je osoba s tělesným, zrakovým, sluchovým postižením, s vadou řeči, s více vadami, se SPU nebo SPCH, s mentálním postižením, s autismem)

Osoba se zdravotním znevýhodněním (je osoba zdravotně oslabená, dlouhodobě nemocná, s lehčími zdravotními poruchami)

Osoba se sociálním znevýhodněním (je osoba z nevyhovujícího rodinného prostředí, s nízkým sociokulturním postavením, ohrožení soc. patolog. jevy, děti azylantů, minoritní skupiny obyvatel). (školský zákon č. 472/2011 Sb.).

Podle Michalíka (2008) byl tento termín převzat právě z anglického „children with special Leeds“, a to bez potřebné odborné a normativní diskuze. V širším smyslu se totiž jedná o každého žáka, protože tyto speciální potřeby má každá individuální lidská osobnost. Proto v kontextu tohoto stanoviska by bylo vhodnější užívat termín „žák s potřebou speciálně pedagogické podpory“.

Zákon dále uvádí: Žáci mají právo na vzdělávání způsobem, který odpovídá jejich potřebám a možnostem. Musí být vytvořeny nezbytné podmínky, včetně bezplatného pořízení speciálních učebnic, pomůcek. Pro tyto žáky lze využít plné integrace do běžných škol a tříd, nebo zřizovat školy

s upraveným vzdělávacím programem, nebo v rámci běžné školy (ZŠ) jednotlivé třídy, oddělení nebo skupiny s upraveným vzdělávacím programem (§16, školského zákona).

Vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků, studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, řeší konkrétní vzdělávání osob s postižením. Vymezuje okruh žáků s těžkým zdravotním postižením, za které jsou považováni žáci s těžkým zrakovým, sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, s více vadami, autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým a hlubokým mentálním postižením.

Těmto žákům náleží - využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, spec. učebnic, poskytnutí pedagogicko psychologických služeb, a zajištění služeb asistenta pedagoga. Jsou zde uvedeny typy speciálních škol dle typu postižení. Vyhláška uvádí tyto formy speciálního vzdělávání (§ 3):

- a) forma individuální integrace
- b) forma skupinové integrace
- c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální školy)
- d) kombinací výše uvedených forem

Pro děti a žáky s mentálním postižením jsou určeny tyto speciální školy:

- speciální mateřská škola
- základní škola praktická
- základní škola speciální
- odborné učiliště
- praktická škola

Speciální mateřská škola. Ve třídě speciální mateřské školy může být zařazeno nejméně 6 a nejvíce 14 žáků. Ve třídě pro žáky s těžkým zdravotním postižením mohou být zařazeni nejméně 4 a nejvíce 6 žáků.

Základní škola praktická poskytuje žákům základní vzdělání. Vzdělávají se v ní žáci s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou s úspěchem vzdělávat v běžné základní škole. Má devět ročníků členěných do dvou stupňů.

Základní škola speciální. V základní škole speciální se vzdělávají žáci s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou vzdělávat ani v základní škole praktické. Žáci získávají základy vzdělání. Obsah vzdělávacího procesu se zaměřuje na vypěstování návyků sebeobsluhy, osobní hygieny a na rozvíjení přiměřených poznatků a pracovních dovedností s předměty denní potřeby.

Přípravný stupeň základní školy speciální. Přípravný stupeň je formou vzdělávání žáků se závažnějším mentálním postižením. Klade si za cíl umožnit školní vzdělávání žákům, kteří mají těžší mentální postižení. Práce na tomto stupni tvoří vlastně přípravu pro zařazení žáka do základní školy speciální. Žáci sem mohou nastupovat od 5 let věku.

Odborné učiliště. Odborná učiliště poskytují odbornou přípravu v široké škále učebních oborů. Příprava trvá dva až tři roky a je zakončena úspěšným vykonáním závěrečné zkoušky. Do odborného učiliště jsou přijímáni žáci, kteří úspěšně ukončili devátý ročník základní školy praktické.

Praktická škola. Praktická škola připravuje žáky pro výkon jednoduchých činností. Příprava trvá jeden až tři roky. Do praktické školy s tříletou přípravou se přednostně přijímají žáci, kteří úspěšně ukončili základní školu praktickou a dále žáci, kteří ukončili povinnou školní docházku v nižším než devátém ročníku zvláštní školy popř. základní školy. V odůvodněných případech lze přijmout i žáky, kteří ukončili neúspěšně devátý ročník základní školy. Do praktické školy s jednoletou a dvouletou přípravou se přednostně přijímají žáci, kteří splnili povinnou školní docházku na zvláštní nebo pomocné škole. Tříletá příprava v praktické škole se ukončuje úspěšným vykonáním

závěrečné zkoušky, v jednoleté a dvouleté přípravě vydáním závěrečného vysvědčení.

(Vyhláška č. 73/2005 Sb., novela Vyhláška č. 147/2011).

Celoživotní vzdělávání

Proces celoživotního vzdělávání u osob s mentálním postižením vymezují dvě základní kategorie vzdělávání, a to základní vzdělávání a další vzdělávání. Základní vzdělávání je typ, který je poskytován resortem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky. Do kategorie **další vzdělávání** spadají tři dostupné možnosti celoživotního vzdělávání pro osoby s mentálním postižením:

- kurzy pro doplnění vzdělání
- večerní školy
- aktivační centra

V kategorii **kurzy pro doplnění vzdělání** - rozlišujeme kurz pro získání základního vzdělávání a kurz pro získání základů vzdělání. Kurz pro získání základního vzdělání realizuje běžná základní škola nebo základní škola praktická a střední škola. Forma studia může být dálková, nebo denní. Doba trvání kurzu je jeden rok a nástup do kurzu není omezen věkem zájemce o studium. Studium je ukončeno zkouškou, která odpovídá výstupům Rámcového vzdělávacího programu. Kurz pro získání základů vzdělání realizují základní školy speciální, je určen pro osoby se středně těžkým, těžkým mentálním postižením a kombinovaným postižením, které ukončily vzdělávání na základní škole praktické v nižším než devátém ročníku. Doba trvání kurzu je jeden rok, a to buď v každodenní docházce, nebo jde o individuální výuku ve škole či místě bydliště žáka, případně v zařízení sociálních služeb (pokud tam člověk s mentálním postižením trvale žije).

Večerní školy - poskytují možnost následné edukace absolventům základních škol speciálních a základních škol praktických. Večerní školy mohou navštěvovat i dospělé osoby s mentálním postižením, které nenavštěvovaly dříve základní školu, a tedy nemají ukončenou povinnou školní

docházku. Náplň večerních škol je především prohlubování stávajících vědomostí a praktických dovedností, poskytují smysluplné trávení volného času, rozšiřují komunikační kompetence a jsou důležitým prvkem sociální interakce. Náplň vzdělávacích aktivit se odvíjí od individuálních (nebo aktuálních) potřeb. Zřizování večerních škol je zpravidla záležitostí neziskového sektoru (občanských sdružení). První večerní škola byla založena v roce 1991 Psychopedickou společností ve spolupráci s Pedagogickou fakultou Univerzity Karlovy v Praze.

Aktivační centra - jsou školská zařízení, která se zaměřují na poskytování celoživotních vzdělávacích aktivit dospělým osobám s mentálním postižením, které absolvovaly povinnou školní docházku, ale nenalezly uplatnění na otevřeném nebo chráněném trhu práce či tuto možnost z různých důvodů ztratily. Aktivační centra jsou zřízena převážně při základní škole praktické nebo základní škole speciální.

S ohledem na zvyšující se význam celoživotního vzdělávání nejen u populace bez postižení, ale i u osob s mentálním postižením je třeba během celého života klást důraz na možnost volnočasových aktivit u osob s mentálním postižením, případně jakýchkoli aktivizačních činností. Právě volnočasové aktivity, které jsou realizovány mimo proces vzdělávání, poskytují možnost pro rozvoj komunikačních schopností, praktických dovedností a sociální interakce.

Velice důležité je během celého života v maximálně možné míře posilovat samostatnost, soběstačnost, dovednosti sebeobsluhy a v období dospívání a dospělosti také sociální roli dospělého člověka (i člověk s mentálním postižením dospívá). Neboť právě způsob, s jakým je dítě (a později dospělý) s mentálním postižením konfrontováno, představuje stěžejní zkušenost pro jeho vlastní dospělost a situaci, kdy se o něj rodiče nebudou moci v důsledku stárnutí a stáří postarat a další příbuzní (sourozenci či širší rodina) o tuto skutečnost neprojeví zájem.(<http://www.sancedetem.cz>).

5.3 Individuální vzdělávací plán (IVP)

Řeší Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 6. a její novela Vyhláška č. 147/2011 Sb. Individuální vzdělávací plán je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka a je součástí dokumentace žáka. Vypracovává se pro individuálně integrovaného žáka, skupinově integrovaného žáka, žáka s hlubokou mentální retardací a žáka speciální školy. Týká se to žáků s těžkým zrakovým postižením, s těžkým sluchovým postižením, s těžkým tělesným postižením, s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením.

Z uvedeného tedy vyplývá, že žáci s mentálním postižením mají právo na:

- speciální metody, formy a postupy,
- speciální učebnice,
- didaktické materiály,
- speciální učební, kompenzační a rehabilitační pomůcky,
- zařazení předmětů speciálně pedagogické péče,
- služby asistenta pedagoga,
- snížené počty dětí, žáků a studentů ve třídě, v oddělení, ve studijní skupině,
- další možné úpravy podle individuálního vzdělávacího plánu,
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb.

Nejvyšší míra podpůrných opatření přitom náleží žákům se středně těžkým, těžkým či hlubokým mentálním postižením. V tomto znění je stanoveno, že žáci s lehkým mentálním postižením nemusí dosáhnout na všechna uvedená opatření. Jaká podpůrná opatření jsou pro ně prospěšná, záleží na odborném posouzení příslušného poradenského zařízení (SPC)

Obsah individuálního vzdělávacího plánu stanoví vyhláška. Individuální vzdělávací plán je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu žáka do školy nebo po zjištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Může být doplňován a upravován během celého školního roku podle potřeby. Za zpracování individuálního vzdělávacího plánu odpovídá ředitel školy. Vypracovává se ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka nebo nezletilým žákem. Ředitel školy seznámí s individuálním vzdělávacím plánem zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka, který vše podepíše. Školská poradenská zařízení sleduje a dvakrát ročně vyhodnocuje dodržování postupů a opatření stanovených v individuálním vzdělávacím plánu. Na škole může působit asistent pedagoga § 7. Náplň práce asistenta stanoví ředitel školy (§2, odst. 2, písm. f, školského zákona): pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům při edukaci, při komunikaci se žáky, při spolupráci s rodiči, při spolupráci s komunitou odkud žák pochází. (Vyhláška č. 73/2005 Sb., a její novela Vyhláška č. 147/2011 Sb.).

5.4 Speciálně pedagogická centra

Činnost speciálně pedagogických center (a dalších školských poradenských zařízení) upravuje Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb., Vyhláška č. 147/2011 Sb., zejména pak Vyhláška č. 72/2005 Sb. a její novela Vyhláška č. 116/2011Sb.

Speciálně pedagogické centrum (dále jen SPC nebo centrum) je školským poradenským zařízením, které poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, dále těmto žákům ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením.

Poradenský servis pro rodiče dětí s mentálním postižením poskytují pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a zejména speciálně pedagogická centra (SPC) pro děti a mládež s mentálním postižením. Zatímco pedagogicko-psychologické poradny se starají o všechny děti s jejich nejrůznějšími problémy, speciálně pedagogická centra pro mentálně postižené jsou speciální školská zařízení, která mají za úkol pomáhat dětem s postižením. Jsou zřizována MŠMT ČR, zpravidla jako součást speciálních mateřských škol pro mentálně postižené, základních škol speciálních nebo základních škol praktických. Poskytují speciální poradenské služby školám a školským zařízením pro mentálně postižené, rodičům postižených dětí, orgánům státní správy ve školství i dalším resortům, zabezpečujícím péči o mentálně postižené. Speciálně pedagogická centra se na rozdíl od pedagogicko-psychologických poraden, které mají velice široký okruh klientů, specializují na komplexní péči o děti a mládež s jedním určitým druhem postižení, případně o děti a mládež s více vadami. Stěžejním úkolem SPC je pravidelná a dlouhodobá práce s postiženým dítětem od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky a s jeho rodiči, která se provádí buď ambulantně v centru nebo ve škole či v rodině dítěte. SPC spolupracují s dalšími školskými poradenskými zařízeními, se školami a dalšími institucemi a odborníky (např. s Orgánem

sociálně právní ochrany dětí, dětskými psychiatry, klinickými psychology, krizovými centry, Policií ČR, atd.).

Standardní činnosti center

- Vyhledávání žáků se zdravotním postižením.
- Komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická).
- Tvorba plánu péče o žáka (podpory žáka, pedagogicko-psychologické vedení).
- Přímá práce s žákem (individuální a skupinová), včasná intervence.
- Konzultace pro zák. zástupce, pedagogické pracovníky, školy a školská zařízení.
- Sociálně právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.), krizová intervence.
- Metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy (tvorba IVP).
- Kariérové poradenství pro žáky se zdravotním postižením, zapůjčování literatury.
- Zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek podle potřeb žáků.
- Ucelená rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky.
- Pomoc při integraci žáků se zdravotním postižením do MŠ, ZŠ, SŠ
- Všestranná podpora optimálního psychomotorického a sociálního vývoje žáků se zdravotním postižením v duchu tzv. ucelené rehabilitace (využívání prostředků pedagogicko-psychologických, léčebných, sociálních a pracovních).
- Vedení dokumentace centra a příprava dokumentů pro správní řízení.
- Koordinace činností s poradenskými pracovníky škol, s pedagogicko-psychologickými poradnami a středisky výchovné péče.
- Zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se SVP.

- Zpracování návrhů individuálních vzdělávacích plánů.
- Tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků.

Vznik těchto center byl vyvolán potřebou koordinované speciálně pedagogické, psychologické, případně i zdravotní péče a sociálních služeb pro postižené děti i jejich rodiče, kterým by měla pomáhat řešit náročné situace, spojené s výchovou mentálně postiženého dítěte. Kromě společných činností SPC vykazuje centrum zaměřené specificky na dětech a žáky s určitým zdravotním postižením další činnosti, které vycházejí z odlišností daného postižení a potřeb dětí a žáků s tímto zdravotním postižením. Jednotlivá centra tak vykazují tyto další činnosti a aktivity:

Speciálně pedagogické centrum pro mentálně postižené

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

- Využití arteterapie a muzikoterapie.

Na speciálně pedagogická centra by se měli obracet i všichni učitelé integrovaných žáků se sníženou úrovní rozumových schopností při řešení všech problémů, spojených s jejich výchovou a vzděláváním. Pracovníci speciálních center by se také měli podílet na vypracování Individuálního vzdělávacího plánu pro každého integrovaného žáka a sledovat jeho plnění. Některá speciálně pedagogická centra pro mentálně postižené poskytují svým klientům i ranou péči Konstituování komplexního systému rané (včasné) péče, zahrnující přístupy zdravotnické, pedagogické, psychologické i rehabilitační je velmi aktuální, a to jak z hlediska potřeb rodičů, kteří jsou při výchově postiženého dítěte často bezradní a velmi obtížně se vyrovnávají se svojí rodičovskou rolí, tak potřeb dětí a jejich optimálního vývoje. (Michalík, 2011).

Síť SPC v ČR - V České republice působí v současnosti přes 130 speciálně pedagogických center. Jsou zřizována převážně Krajskými úřady (cca 85%) a dále existují centra zřízená MŠMT (centra při školách zřizovaných MŠMT) a centra zřízená soukromými subjekty

Zde je odkaz na webové stránky Asociace pracovníků speciálně pedagogických center ČR, kde je možnost vyhledat adresář SPC Adresář je členěn podle jednotlivých krajů

<http://www.apspc.cz>, <http://spc-info.upol.cz/> - info o SPC,
http://spc-info.upol.cz/profil/wp-content/uploads/2011/05/SPC_adresar_kontakty_praha.pdf

5.5 Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Pedagogicko-psychologická poradna (dále jen PPP nebo poradna) je školským poradenským zařízením, které poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství, pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání dětí, žáků a studentů, a napomáhá při jejich přípravě a volbě jejich budoucího povolání.

Poradny zajišťují diagnostické, konzultační, intervenční, terapeutické a metodické činnosti dětem od 3 let věku, žákům a studentům, jejich rodičům a pedagogům škol. Jejich stanovisko je zásadní při zařazování dětí do škol se speciálním vzdělávacím programem nebo pro stanovení individuálního vzdělávacího plánu v běžné základní škole. Poradna dále vypracovává odborné posudky a návrhy podpůrných nebo vyrovnávacích opatření pro školy a školská zařízení, včetně posudků pro účely uzpůsobení maturitní zkoušky. V poradnách jsou služby poskytovány psychology, speciálními pedagogy a sociálními pracovníky. Činnosti PPP se uskutečňují zejména ambulantně, dále formou návštěv pracovníků poraden ve školách, školských a jiných zařízeních.

Poradny nabízejí poradenské služby (diagnostika, intervence, metodická podpora pedagogickým pracovníkům) zejména v následujících oblastech:

- posouzení školní zralosti
- nerovnoměrný vývoj dítěte
- výukové problémy (včetně specifické poruchy učení, žáci neprospívající)
- posouzení mimořádného nadání
- problémy v adaptaci a výchovné problémy (včetně specifické poruchy chování)
- osobnostní nebo sociálně-vztahové problémy
- profesní poradenství

(Národní ústav pro vzdělávání, 2014).

Komplexní nebo zaměřená psychologická a speciálně pedagogická diagnostika:

- Zjišťování předpokladů pro školní docházku, školní zralost.
- Diagnostika dětí předškolního věku z důvodů nerovnoměrného vývoje.
- Diagnostika dětí předškolního věku, žáků ZŠ, SŠ s problémy v adaptaci a s výchovnými problémy, včetně specifických poruch chování.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků základních škol a žáků středních škol s výukovými problémy, včetně specifických poruch učení, a žáků neprospívajících.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad: a) pro integraci žáků se specifickými poruchami učení a chování nebo pro specializovanou péči v rozsahu integrace, b) pro návrhy na zařazování a přeřazování žáků se specifickými poruchami učení a chování do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro tyto žáky.
- Skupinová a individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika jako podklad pro pomoc žákům základních škol a žákům středních škol v případech komplikací při volbě další školy či povolání.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků středních škol jako podklad pro pomoc při reorientaci a přestupu na jinou střední školu.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika žáků základních škol a žáků středních škol s osobnostními nebo sociálně-vztahovými problémy.
- Diagnostika sociálního klimatu třídních kolektivů jako podklad pro tvorbu nápravných programů.
- Individuální psychologická a speciálně pedagogická diagnostika mimořádného nadání žáků.

Psychologická a speciálně pedagogická intervence:

- Poradenská intervence (včetně telefonické) u dětí předškolního věku, žáků základních škol a žáků středních škol, zákonných zástupců a pedagogických pracovníků v životní krizi či nouzi a individuální pomoc těmto jedincům při zpracování krize v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka.
- Individuální práce s dětmi předškolního věku s nerovnoměrným vývojem, s obtížemi v adaptaci apod.
- Základní individuální a skupinová reedukace žáků se specifickými poruchami učení, jejichž problémy vyžadují odborně mimořádně náročnou speciálně pedagogickou péči.
- Individuální práce se žáky základních škol a žáky středních škol s obtížemi v adaptaci, s osobnostními, sociálně-vztahovými a podobnými problémy, které negativně ovlivňují jejich vzdělávání.
- Kariérové poradenství pro žáky základních a středních škol a studenty vyšších odborných škol (individuální a skupinové).
- Poradenské nebo terapeutické vedení rodin s dítětem nebo žákem (v případech problémů, které negativně ovlivňují vzdělávání dítěte nebo žáka).
- Poradenské konzultace a krátkodobé poradenské vedení zákonných zástupců dětí předškolního věku a žáků základních škol (popřípadě i žáků středních škol), kterým je poskytována individuální nebo skupinová diagnostická a intervenční péče poradny (Národní ústav pro vzdělávání, 2014).

5.6 Vzdělávání autistických žáků

Autismus je jednou z nejzávažnějších poruch dětského mentálního vývoje. Jedná se o vrozenou poruchu některých mozkových funkcí. Porucha vzniká na neurobiologickém podkladě. Důsledkem poruchy je, že dítě dobře nerozumí tomu, co vidí, slyší a prožívá. Duševní vývoj dítěte je kvůli tomuto handicapu narušen hlavně v oblasti komunikace, sociální interakce a představitosti. Autismus doprovází specifické vzorce chování. (<http://www.autismus.cz>).

Hlavní tři znaky

Kvalitativní poruchy v reciproční, sociální interakci – Neschopnost „číst“ ostatní, jejich ignorace. Vyhýbání se očnímu kontaktu, nesnaží se ostatní potěšit, nebo s nimi nesdílí zájmy (např. nošení hraček rodičům, atd.). Doma upřednostňují samotu před společnostmi.

Narušená komunikace – Nerozvíjí se reciproční komunikace řečí, gesty, mimikou. Malé autistické děti nejsou schopny použít upřeného pohledu ke komunikaci a přilákání rodičovské pozornosti. Neschopnost uchopit koncept věc jako pojem, příliš konkrétní chápání pojmů, neschopnost abstrakce („medvídek“ je vždy pojem pro jednu určitou hračku).

Úzké spektrum zájmů – Stereotypní aktivity (např. neustálé, umanuté stavění věže z kostek), nezájem o hračky, a naopak často zájem o technické předměty (šroubovák, vypínač). Bezfantazijní hry bez interakce s ostatními dětmi. Odpor k jakýmkoliv změnám, atd. (<http://www.wikiskripta.eu>).

Podle Nývltové žáci s autismem tvoří samostatnou skupinu žáků vzdělávaných v našem školství. Úroveň jejich rozumových schopností je individuálně odlišná a její přesné stanovení bývá vzhledem k nízké úrovni komunikačních schopností velmi obtížné. Autismus není druhem mentální retardace. V literatuře se však uvádí, že přibližně u 85% autistů lze mentální retardaci různé míry závažnosti prokázat. Autisté, kteří nejsou mentálně

retardovaní, jsou v literatuře někdy označováni jako funkční, případně vysoce funkční autisté.

Specifickým problémem vzdělávání autistických dětí je skutečnost, že tyto děti nepřijímají informace ze svého okolí nebo je tento příjem velice omezen a jeho průběh je provázen značnými komplikacemi. Naučit autistické dítě základním dovednostem je obtížné. Nepatrné výsledky se dostávají velmi pomalu. Vyžaduje to vytrvalost, systematickosti a dlouhodobě pravidelnou práci celého sociálního okolí, ale hlavně speciálního pedagoga.

Proces učení je u autistů zvláště komplikovaný. Osoby s autismem se každé změně, tedy i učení brání. Je nutné pro ně najít takovou strategii ve výchově a takové metody učení, které by byly určitým kompromisem mezi výchovnými záměry a požadavky a schopnostmi konkrétního autisty, determinovanými zvláštnostmi jeho kognitivních procesů. Autisté, přesto, že se řadí pod jednu diagnózu, jsou různorodí a mají své individuální zvláštnosti. Při jejich vzdělávání je proto nutné postupovat podle individuálních programů. Mezi odborníky, zabývajícími se problematikou autismu není dosud shoda v názorech na to, zda mají být vzdělávání samostatně nebo společně s nepostiženými žáky nebo se žáky s jinými druhy postižení. Na základě zkušeností z praxe je v současné době v našem školství preferováno vzdělávání těchto žáků v samostatných třídách. Při základních školách speciálních jsou zřizovány autistické třídy, kde se žáci vzdělávají podle svých možností a schopností ve speciálně upravených podmínkách. Mají zde samostatné pracovní místo vybavené potřebnými učebními pomůckami, pokud to úroveň jejich rozumových schopností umožňuje, vzdělávají se s pomocí počítače. (Nývtová 2008)

Faktickým vyjádřením individuálního vzdělávacího přístupu k žákovi s poruchou autistického spektra (PAS) je individuální vzdělávací plán sestaven na pololetí či celý školní rok:

- stanovení priorit (ve spolupráci se školským poradenským zařízením)
- vymezení pedagogického týmu, kompetencí asistenta pedagoga

- motivační systém – specifické zájmy, žetonové hospodářství
- posilování vhodného chování
- specifická úprava prostředí, úprava učebních pomůcek, forma denního programu, formy výuky v jednotlivých předmětech, doba soustředění, relaxace
- specifická opatření - např. dřívější vstup do budovy, dřívější oběd (klid v jídelně)
- způsob hodnocení
- spolupráce se zákonnými zástupci

(Čadilová, Žampachová, 2008).

Individuální vzdělávací plán jasně určuje konkrétní kroky směřující ke stanoveným prioritám a cílům rozvoje, při akceptaci osobnostních rysů, zájmů a respektující reálnou prognózu. Z hlediska individuálního přístupu je tedy zapotřebí zjistit vývojovou úroveň dítěte v jednotlivých oblastech rozvoje a program vytvořit přísně podle jeho individuálních potřeb. Individualizace s sebou nese nejen individuální volbu metod a postupů, ale také individuálně volené úlohy, individuálně upravené prostředí a individuální formy vizualizačních pobídek, komunikace a motivace (Čadilová, Žampachová, 2008, s. 30).

Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných, uváděl § 3 odst. 4 následující: “Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy.” Tento odstavec byl novelou č. 147/2011 Sb. zrušen.

V současné době tedy platí ustanovení školského zákona, podle kterého musí dítě přijmout spádová škola a vytvořit pro ně odpovídající podmínky ke vzdělávání. Žák se tedy nemusí přizpůsobovat škole, ale naopak škola žákovi, a to pomocí tzv. podpůrných opatření, jimiž se rozumí:

- využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání;
- kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice a didaktické materiály;
- zařazení předmětů speciálně pedagogické péče;
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb;
- zajištění služeb asistenta pedagoga;
- snížení počtu žáků ve třídě či studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka.

(<http://www.autismus.cz>).

5.7 Aspergerův syndrom

Druhou poměrně vzácnou pervazivní vývojovou vadou s níž se můžeme setkat u některých žáků je Aspergerův syndrom. Aspergerův syndrom byl popsán rovněž ve 40. letech minulého století vídeňským psychiatrem Hansem Aspergerem. Je to porucha komunikačních schopností, která vykazuje některé společné rysy s autismem. Jedinci s Aspergerovým syndromem se však osob s autismem podstatně liší úrovní svých rozumových schopností. Tito jedinci často vynikají dobrou pamětí pro různé údaje a data, v určitých oblastech lidského poznání mohou mít rozsáhlé znalosti, někteří z nich mohou mít nadprůměrnou matematicko- logickou inteligenci a mohou být i verbálně zdatní a mít dobrou paměť na jazyky. Mnoho dětí s Aspergerovým syndromem navštěvuje běžnou školu a se správnou podporou a povzbuzením mohou dobře prospívat a později dosáhnout vyššího vzdělání a získat zaměstnání. (<http://www.dobromysl.cz>).

Nejdůležitější znaky:

Potíže ve společenských vztazích - na rozdíl od osob s „klasickým“ autismem, které často vypadají do sebe uzavřené a bez zájmu o okolní svět, značná část osob s Aspergerovým syndromem velmi touží být ve společnosti a nemá odpor ke styku s lidmi. Přitom je však pro ně těžké porozumět mimoverbální komunikaci, včetně výrazu tváře.

Potíže v komunikaci - osoby s Aspergerovým syndromem mohou mluvit velmi plynule, ale nevnímat si přitom reakcí lidí, kteří je poslouchají. Může se stát, že stále mluví a mluví, bez ohledu na zájem posluchačů, nebo mohou působit netaktně a vypadat necitliví k jejich citům. Navzdory tomu, že mají dobré jazykové schopnosti, mohou tyto osoby působit příliš puntičkářsky nebo brát vše příliš doslovně – problémy mohou působit žerty stejně jako nadsázka nebo metafory

Nedostatek představivosti - zatímco osoby s Aspergerovým syndromem často vynikají v učení se faktům, vzorcům a schémátům, je pro některé z nich těžké přemýšlet abstraktně. Dětem to může působit problémy ve

škole, kde mohou mít obtíže s některými předměty, jako je literatura, občanská výchova nebo náboženství.

Zvláštní zájmy - u osob s Aspergerovým syndromem se často vyvine téměř posedlost ve vztahu k jejich koníčku nebo sbírce. Jejich zájmy obvykle zahrnují uspořádávání věcí nebo memorování údajů z oboru, na který se soustředily, jako jsou například vlakové jízdní řady, výsledky dostihů nebo třeba i rozměry katedrál. Nicméně, s povzbuzováním se jejich zájmy se mohou rozvíjet takovým způsobem, že lidé s Aspergerovým syndromem začnou svůj oblíbený obor studovat nebo v něm také najdou práci.

Obliba rutinní činnosti - jakákoli neočekávaná změna obvyklé rutiny může u osoby vyvolat rozčilení. Malé děti si mohou vytvářet své vlastní rutiny, například do školy mohou vyžadovat jít pokaždé stejnou cestou. Ve škole je mohou rozčílit náhlé změny, jako je třeba změna rozvrhu nebo zpoždění vlaku. Mají rádi řád a systém.

Projevy emocí - jedinci s Aspergerovým syndromem se při komunikaci zpravidla nedívají svému partnerovi do očí a neprojevují téměř žádné známky emocí. Zaměřují se na pouhý popis časového sledu událostí a popis holých faktů. V diskusích urputně trvají na svém názoru a je téměř nemožné jim ho vyvrátit.

Vzdělávání žáků s Aspergerovým syndromem

Jedinci s lehčí formou Aspergerova syndromu na základní, na střední a dokonce i na vysoké škole mohou patřit k vynikajícím studentům. Pokud je vyučování založeno převážně na prověřování osvojených znalostí, jejich psychické problémy mohou zůstat nerozpoznány. Někteří jedinci s Aspergerovým syndromem jsou už v předškolním věku velmi zaujati čísly a později se u nich může rozvinout matematické nadání. K silným stránkám těchto jedinců často patří i rozvinuté vizuální myšlení, při myšlení a vybavování informací z dlouhodobé paměti se opírají o zrakové představy, které si vytvářejí i k informacím přijímaným sluchem. To jim umožňuje například násobení několika místných čísel z paměti.

Slabé stránky lidí s Aspergerovým syndromem se projevují hlavně v úkolech, kde mají řešit nějaký praktický problém, tvořivým způsobem zpracovávat informace, porozumět příběhu nebo ho vymyslet, pochopit vtip nebo slovní hříčku.

Děti a žáci s Aspergerovým syndromem mohou navštěvovat běžné mateřské i základní školy a patřit mezi průměrné nebo dokonce vynikající žáky. Vyhovuje jim tradiční způsob vzdělávání zaměřený na fakta, nové formy vyučování jako problémové, projektové skupinové nebo dokonce kooperativní vyučování jim vyhovují mnohem méně.

(<http://www.dobromysl.cz>).

5.8 Specifičnost vzdělávání mentálně postižených žáků na praktické škole

Každý žák s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Všechny stupně mentální retardace představují závažné zdravotní postižení, které se často projevují dalšími přidruženými symptomy oslabení nebo tělesného postižení (epilepsie, pervazivní vývojové poruchy, DMO, atd.). Zásadním předpokladem úspěšné edukace jedince integrovaného ve škole běžného typu je zpracování individuálního vzdělávacího plánu. Pro tyto žáky poskytuje systém středního vzdělávání vzdělání v oborech praktická škola jednoletá, praktická škola dvouletá a v dvouletých, tříletých oborech s výučním listem, které jsou koncipovány s nižšími nároky všeobecného i odborného vzdělání. Pokud s těmito žáky pedagogové jednají vlídně a laskavě, zpravidla jim to oplácejí přátelským chováním a oddaností. Absolventi zvládnou jednoduché práce v rámci dělnických profesí.

(Národní ústav pro vzdělávání, 2012).

Faktory ovlivňující vzdělávací proces:

- mentální úroveň žáků
- druh postižení a vyhraněný typ – verzatilní, torpidní
- přidružené typy poruch
- zvláštnosti poznávacích procesů
- zvláštnosti žáků v emocionálních, volních a osobnostních oblastech
- úroveň sociální adaptability – učení soc. chování, chování k vrstevníkům
- zvláštnosti vývoje motoriky
- obsah a rozsah učiva, typ vyučovací hodiny
- způsoby motivace

Doporučující postupy při práci s jedincem s mentálním postižením:

- upravit obsah a rozsah učiva potřebám jedince – uplatnění v praktickém životě
- použití speciálních učebnic a speciálních vyučovacích prostředků
- přizpůsobit organizaci vyučování
- důraz na vyučovací zásady – názornosti, přiměřenosti, indiv. přístupu
- používat speciální postupy a metody vyučování (výklad spojovat s demonstrací, procvičování hned po novém učivu, vícenásobné opakování info, metodu zapojení více smyslů, zpětná vazba, přiměřené tempo vyučování
- střídat činnosti v průběhu vyučování
- volit vhodný typ vyučovací hodiny (doporučeno – výklad a procvičování)
- využívat motivace – účinnější je primární (vztah, postoj k učiteli a škole), méně účinné je hodnocení známkami
- při hodnocení používat pozitivní přístup (pochvalu, odměnu)
- odbornost učitele

Při vzdělávání žáků a studentů s mentálním postižením uplatňujeme takové postupy a opatření, aby každý žák mohl využít individuálního nadání a schopností, aby dosáhl co nejvyššího stupně vzdělání. Důležitý je kontakt se žákem a jeho zákonnými zástupci ještě před nástupem do školy, abychom zhodnotili jeho schopnosti, možnosti a také uplatnění na trhu práce. (Národní ústav pro vzdělávání, 2012).

6. Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením

Podle Listiny základních práv a svobod (čl. 26) mají všichni občané právo na zaměstnávání.

Pracovní uplatnění osob s mentálním postižením na trhu práce je jednou ze současných otázek, které se týkají všech zainteresovaných subjektů a institucí, zabývajících se touto problematikou. V současné době se na celkové nezaměstnanosti podílí i nezaměstnaní z řad osob s mentálním postižením s různými stupni postižení. Na trhu práce musíme hledat nové možnosti a řešení, jak pomoci zaměstnávat tyto lidi, aby užitek nesli nejen jednotlivci ale také celá společnost. Uplatnění těchto osob v pracovním procesu není a nebude zajisté jednoduché. Možnosti mohou být rozšířeny např. v chráněných dílnách, v nestátních i státních subjektech, v různých projektech a programech zaměstnávání a to nejen na pracovních úřadech. Pomoci mohou i občanská sdružení a organizace, které mají předmět zájmu právě osoby s mentálním postižením. Můžeme třeba čerpat zkušenosti z ostatních zemí.

(Vágnerová, 2008) popisuje pracovní uplatnění osob s mentálním postižením takto: Uplatnění je samozřejmě možné, pokud vykonávají práci, která odpovídá úrovni jejich myšlení, koncentraci pozornosti a nevyžaduje rychlé reakce a častou změnu pracovních operací. Tito lidé se nejlépe uplatní v klidném prostředí, kde se nestřídá velké množství neznámých lidí. Přijatelné zvládnutí profesní role u jedinců s mentálním postižením nezávisí jen na inteligenci, ale i na motorických schopnostech, osobnostních vlastnostech, motivaci a na obecné sociální adaptaci

„Typy zaměstnání, které se osvědčily u klientů podporovaného zaměstnávání s mentálním postižením, jsou: čištění a úprava zeleniny, třídění zboží, úklidové práce apod.“ (Pipeková 2006, s. 104).

Absolventi středních škol, kteří mají zdravotní postižení, patří do skupiny nejvíce ohrožené rizikem nezaměstnanosti. Jejich nepříznivé postavení na trhu práce vyplývá z kumulace řady znevýhodněných faktorů, jako je třeba nezkušenost a nedostatek praxe, zdravotní omezení a často i předsudky

a neochota zaměstnavatelů tyto osoby zaměstnat. Ve věku 30 – 44 let dosahuje podle Českého statistického ústavu podíl ekonomicky neaktivních osob se ZP 59% (oproti 12% v běžné populaci). Je příčinou vysoké neaktivity těchto osob skutečnost, že pracovat nemohou, o práci nemají zájem, nebo se jim nepodařilo najít uplatnění, případně, zda obtíže při hledání zaměstnání vedly k jejich rezignaci a stažení do pasivity? (Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách, 2012)

Předpis č. 367/2011 Sb. Zákon, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony definuje rovné zacházení a zákaz diskriminace při uplatňování práva na zaměstnání:

Účastníci právních vztahů podle § 3 odst. 1 písm. a), c) a d) jsou povinni zajišťovat rovné zacházení se všemi fyzickými osobami uplatňujícími právo na zaměstnání.

V dnešní době lze pozorovat trend přesouvání zaměstnanců se zdravotním postižením z volného trhu práce na chráněný trh práce (zaměstnavatelé s více než 50% OZP). Při tom cílem politiky zaměstnanosti a podpory OZP na trhu práce by mělo být primárně umístit tyto osoby na otevřeném trhu práce mezi většinovou společností. Zaměstnání by nemělo být pouze zdrojem příjmu pro tuto skupinu osob (což je nicméně jeho hlavním posláním), ale aby výkon práce plnil i další, neméně podstatné, společensko-integrační funkce, zabránění jejich sociálnímu vyloučení, udržení sociálního kontaktu a v neposlední řadě i naplnění potřeb seberealizace jedince.

Příčiny nízkého zaměstnávání osob s postižením dle MPSV

- Nízká participace OZP na (volném) trhu práce
- Snížená pracovní schopnost, potřeba asistence, atd.
- Požadavky na specifickou úpravu pracoviště
- Předsudky a obava zaměstnavatelů
- Rezignace na pracovní uplatnění
- Nízká kvalifikace

System podpory zaměstnanosti OZP nedostatečně podporuje jejich přechod na volný trh práce a integraci ve většinové společnosti

Vzhledem k obtížnosti pracovního uplatnění jsou osobám se zdravotním postižením určeny různé nástroje k usnadnění jejich začlenění do pracovního procesu. Tyto osoby se mohou ucházet jak o pracovní uplatnění na volném trhu práce, tak i na chráněném trhu práce. (<http://www.portal.mpsv.cz>).

Nedávný výzkum v oblasti zaměstnávání těchto osob, který realizoval Národní ústav odborného vzdělávání (2010), kdy bylo osloveno 1900 žáků se zdravotním postižením, ukazuje, že nadpoloviční většina (67%) absolventů středního vzdělávání se zdravotním postižením má v úmyslu vstoupit na volný trh práce. V běžné firmě nebo úřadu chce pracovat 50% z nich, 13% má zájem podnikat a 4% uvedla obě možnosti. 13% absolventů předpokládá, že získá uplatnění na chráněném trhu práce. 6,4% v chráněné dílně, 4,7% na místě speciálně zřízeném pro pracovníky se ZP a 1,5% uvedla obě možnosti. Významně častěji se na chráněném trhu práce chtějí uplatnit žáci s více vadami (28,8%). Přibližně 5% absolventů hodlá využít možnosti práce z domova a 3,2% se chce uplatnit ve firmě rodičů. Zajímavé jsou údaje, které vyjadřují budoucí absolventi.

Obavy absolventů s postižením se vstupem na pracovní trh:

- Obava z nezaměstnanosti (uvádí asi 72% absolventů)
- Nedostatek zkušeností (50%)
- Nedostatečná připravenost ze školy (31%)
- Nejistota, zda zvládnou požadavky zaměstnání (40%)
- Pocit nízkého sebevědomí (30%)
- Strach z cizího prostředí (33%)
- Obavy z předsudků zaměstnavatelů a kolegů (30%)

(Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách, 2012)

Dále očekávají výraznou pomoc při hledání zaměstnání od formálních organizací (ÚP), se žádostí o radu se chtějí obrátit na ředitele školy, výchovné poradce a speciálně pedagogická centra, organizace zdravotně postižených apod.

Metodika a výsledky šetření dostupné na <http://www.infoabsolvent.cz>.

6.1 Podporované zaměstnávání

Podporované zaměstnávání (PZ) je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce. Smyslem PZ je vyrovnávání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří v důsledku zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění. V rámci podporovaného zaměstnávání je poskytována podpora rovněž zaměstnavatelům uživatelů služby. Služba PZ je určena lidem, jejichž schopnosti získat a zachovat si zaměstnání v běžném pracovním prostředí jsou z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální, dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu před i po nástupu do práce.

Osobami se zdravotním postižením (OZP) jsou (podle Zákona o zaměstnanosti č. 367/2011, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony). Rozhodnutí o uznání osobou zdravotně znevýhodněnou, vydaná do dne nabytí účinnosti tohoto zákona, platí po dobu, na kterou byla vydána, nejdéle však do 1. ledna 2015. Po dobu platnosti těchto rozhodnutí jsou osoby zdravotně znevýhodněné považovány pro účely zaměstnanosti za osoby se zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 písm. b) zákona č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění účinném od 1. ledna 2012.

Hlavním cílem PZ je umožnit lidem z cílové skupiny získat a zachovat si vhodné zaměstnání na otevřeném trhu práce. Současně je cílem zvýšit míru samostatnosti uživatelů služeb, tedy jejich dovednosti potřebné k získání a zachování si práce, posílit jejich pracovní návyky a motivaci k dalšímu profesnímu rozvoji.

Kritéria získané práce:

- Pracovní místo je na otevřeném trhu práce
- Práce má stabilní charakter
- Velikost pracovního úvazku zohledňuje specifické potřeby zaměstnance
- Druh práce odpovídá potřebám, dovednostem a možnostem zaměstnance
- Zaměstnanec-uživatel PZ pracuje za rovných pracovních podmínek, které odpovídají jeho potřebám i nárokům na vykonávání práce
- Jde o hodnotnou a smysluplnou práci
- Zaměstnanec má na pracovišti příležitost nejen k pracovnímu, ale i sociálnímu uplatnění. (<http://www.unie-pz.cz>).

Mezi hlavní znaky podporovaného zaměstnávání patří:

- okamžité umístění na pracovní místo a trénink přímo na pracovišti
- aktivní přístup uživatele programu podporovaného zaměstnávání (klient se samostatně rozhoduje o své pracovní kariéře)
- zaměstnání v běžném pracovním prostředí (uživatelům jsou nabízena místa na otevřeném trhu práce, kde mohou pracovat po boku lidí bez zdravotního postižení)
- průběžná podpora (pracovní asistent poskytuje podporu na pracovišti v souladu s jeho individuálními potřebami s tendencí postupného osamostatnění)

Příkladem vhodných prací je péče o zeleň na sídlištích, úklid kanceláře, pomocné kuchyňské práce nebo péče o zvířata. Podporované zaměstnávání vzniklo v USA. V roce 1984 bylo upraveno zákonem. (Pipeková 2006, s. 296).

Některé formy přímé podpory Úřadu práce:

- Příspěvek na zřízení chráněného pracovního místa
- Příspěvek na provoz chráněného pracovního místa
- Veřejně prospěšné práce
- Společensky účelná pracovní místa

Chráněné pracovní místo

Definuje ho § 75 Zákona o zaměstnanosti č. 367/2011, kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony:

Chráněné pracovní místo je pracovní místo zřízené zaměstnavatelem pro osoby se zdravotním postižením (OZP) na základě písemné dohody s Úřadem práce, může jím být i pracovní místo, které je obsazeno OZP, pokud je vymezeno v písemné dohodě mezi zaměstnavatelem a Úřadem práce. Chráněné pracovní místo musí být provozováno **po dobu nejméně 3 let** ode dne sjednaného v dohodě. Příspěvek může činit až 8 násobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením až 12 násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku. Vytvářeli zaměstnavatel na základě jedné dohody s úřadem práce 10 a více chráněných pracovních míst, může příspěvek činit max. 10 násobek a pro osobu s TZP max. 14 násobek průměrné mzdy. (Zákon o zaměstnanosti č. 367/2011).

Sociální rehabilitace:

Je zaměřena na posilu osobních kompetencí, schopností a dovedností člověka, aby mohl využívat běžné společenské zdroje a fungovat v přirozeném prostředí, zejména v oblasti zaměstnání a v návaznosti pak i ve všech dalších oblastech kulturního a společenského života. Sociální rehabilitaci provádíme metodou podporovaného zaměstnávání.

Složky sociální rehabilitace:

- Návčik obsluhy přístrojů běžně dostupných na veřejných místech a na úřadech (telefony, bankomaty, lístkové a pořadníkové automaty, infobox na úřadu práce, automaty na kávu, apod.).
- Poradenství a návčik dodržování základní hygieny, péče o oděv a jeho vhodný výběr. Návčik obsluhy běžných přístrojů v kuchyňkách – čaj, káva, mikrovlnná trouba.
- Návčik úklidu pracoviště návčik hospodaření s penězi, nakupování

- Nácvik samostatného pohybu, orientace na ulici, cestování veřejnou dopravou, orientace v budovách – úřady, zaměstnání
- Seznámení s běžnými úřady, nácvik vyplňování formulářů, jednání na úřadech, porozumění úředním dokumentům, např. záležitosti související s invalidním důchodem, výpis z rejstříku trestů, registrace a služby úřadu práce, banka – zakládání a využívání účtu, podpis pracovní smlouvy u zaměstnavatele atd.

Průběh služby:

Uživatel při prvním kontaktu získá základní poradenství o poskytované službě a jejích podmínkách, případně o jiných vhodnějších či návazných službách. V případě vhodnosti a zájmu uživatele je podepsána dohoda o poskytování služby. S uživatelem pracuje jeden klíčový sociální pracovník (konzultant), který poté koordinuje a metodicky vede další pracovníky v sociálních službách, kteří uživateli poskytují služby (např. nácviky či doprovody).

Sociální rehabilitace probíhá:

- V terénu, kde je možné provádět nácvik v přirozeném prostředí, spolupracovat s přirozeným prostředím uživatele.
- Ambulantně v prostorách organizace, kde je možné provádět nácvik v bezpečnějším prostředí, vybaveném počítači, základním kancelářským vybavením i specializovanými pomůckami (obrázkové informační materiály, speciální software apod.)

Sociální rehabilitace probíhá převážně individuálně, setkání zpravidla 1x týdně, v případě potřeby intenzivního nácviku - např. v novém zaměstnání i každodenně. Skupinová setkání probíhají zpravidla 1x za měsíc. (<http://www.unie-pz.cz>).

Pracovní rehabilitace:

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, umožňuje zařazení osoby se zdravotním postižením na pracovní rehabilitaci.

Na pracovní rehabilitaci může být na základě doporučení ošetřujícího lékaře zařazena i fyzická osoba, která je uznána za dočasně neschopnou práce a předpokládá se, že bude uznána osobou se zdravotním postižením

Pracovní rehabilitace je souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením. Uskutečňuje se na základě individuálního plánu pracovní rehabilitace, který v součinnosti s osobou se zdravotním postižením sestavuje Úřad práce ČR

Pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka Úřadu práce místně příslušná podle bydliště osoby se zdravotním postižením, a to na základě její žádosti. Náklady spojené s pracovní rehabilitací hradí Úřad práce.

Pracovní rehabilitace zahrnuje zejména:

- poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti
- teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost
- činnost zaměřenou na zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání nebo změnu povolání
- vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výtěžné činnosti

Teoretická a praktická příprava pro zaměstnání nebo jinou výtěžnou činnost zahrnuje:

- přípravu na budoucí povolání podle zvláštních právních předpisů (zahrnuje poradenství pro volbu povolání a aktivity, které účastníkovi pracovní rehabilitace pomohou při výběru budoucího povolání - zejména testy k volbě povolání, informace o studiu a informace o uplatnění po absolvování studia)
- přípravu k práci (činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výtěžné

činnosti; příprava trvá nejdéle 24 měsíců a může probíhat u zaměstnavatele osoby se zdravotním postižením, na chráněných pracovních místech právnických nebo fyzických osob nebo ve vzdělávacích zařízeních)

- specializované rekvalifikační kurzy (Úřad práce ČR)

Přechodné zaměstnávání

Je jedna z dalších služeb podporovaného zaměstnávání. V ČR se tomuto programu věnuje více neziskových organizací. Pro potřebu diplomové práce je vybrán konkrétní program z aktivit občanského sdružení ESET – HELP v Praze.

V oblasti přechodného zaměstnávání je zvýšení kvality života lidí trpících psychickými potížemi. Klade si za cíl pomoci lidem znovu získat zdravotní, psychickou a sociální stabilitu, překonat nepříznivý stav, ve kterém se nacházejí, a dosáhnout plnohodnotného a spokojeného života. Posláním této služby je poskytnutí sociální rehabilitace lidem s duševním onemocněním. Umožnění krátkodobého zaměstnání v běžné firmě je velmi důležité pro prohloubení pracovních návyků, zkušeností a komunikačních dovedností. Přispívá k lepšímu rozhodování o dalším pracovním uplatnění.

Cílem služby je:

- Prohloubení pracovních návyků, dovedností a samostatnosti klienta.
- Získat nebo obnovit zkušenosti z práce v běžném pracovním prostředí.
- Pomoci klientům v rozhodování, zda pracovat na otevřeném trhu práce nebo zda pokračovat v některém z dalších rehabilitačních programů.
- Obecným cílem programu je získávání dalších přechodných míst pro uživatele služby.

Služba nabízí několik přechodných pracovních míst, jejichž náplní jsou především pochůzkové práce v kombinaci s administrativou (rozdílná míra zátěže) a úklid zahrady. Služba je určena lidem s duševním onemocněním nad

18 let, kteří jsou motivováni k řešení vlastní situace, pravidelně spolupracují se svým psychiatrem a jsou ochotni dodržovat pravidla daného programu.

Základní charakteristika přechodného zaměstnávání:

- intenzivní podpora a zaučování v prvních dvou tréninkových týdnech, poté individuálně podle potřeby
- smlouva o sociální rehabilitaci na 6 měsíců (nevzniká pracovní poměr ani jiný pracovněprávní vztah)
- práce nevyžaduje speciální kvalifikaci
- pracovní doba 3-12 hodin týdně
- stimulační odměna ve výši 48,10Kč/hod před zdaněním (v případě, že klient pobírá invalidní důchod) nebo 50,60 Kč/hod (v případě, že klient ID nepobírá)
- odměna klientovi nenáleží v prvních dvou tréninkových týdnech

Náplň práce některých pracovních činností:

Hrabání listí, zametání chodníků, zalévání květin, třídění a roznoš poště a prádla po pobočkách po Praze, práce s penězi, vedení jednoduché dokumentace a vyúčtování, docházení na Českou poštu, kopírování, skládání letáků, nadepisování obálek, laminování, kroužkování, občas pochůzka v terénu, vedení jednoduché dokumentace a vyúčtování, občas rozvoz zásilek po centru Prahy dle potřeby.

(<http://www.esethelp.cz/sluzby/prechod-zamestnavani.html>)

Tranzitní program

Vzhledem k tomu, že v diplomové práci je řešena i problematika žáků praktických škol dvouletých je zde uvedena tato služba, kterou se zabývá Rytmus o. s.

Tranzitní program je služba určená pro studenty a studentky především dvouletých praktických škol a odborných učilišť, pro které je obtížnější najít vhodnou praxi, a potřebují během ní individuální podporu. Tranzitní program

je služba, která by prostřednictvím individuální praxe a nácviku pracovních a sociálních dovedností měla vyústit v zaměstnání na otevřeném trhu práce (v běžné firmě). Tranzitní program je podpora při osamostatňování se.

Cíle Tranzitního programu:

- naučit studenta/ku, co znamená chodit do práce (práva a povinnosti spojené se zaměstnáním- pravidelná a včasná docházka, domlouvání dovolené apod.)
- rozvíjet pracovní a sociální dovednosti studentů (komunikace se spolupracovníky, umět se dopravit do zaměstnání, nácvik pracovního pohovoru, apod.)
- umožnit studentovi vyzkoušet si práci v běžném prostředí
- usnadnit studentovi přechod ze školy do běžného pracovního prostředí
- usnadnit studentovi přechod z dětství do života dospělého
- napomoci studentům a jejich blízkým k vytvoření představy o možné budoucnosti

Nabídka vzdělávacích kurzů tranzitního programu Rytmus o. s.

- Hospodaření s penězi
- Sociální a komunikační dovednosti
- Job klub
- Počítačový kurz

Průběh Tranzitního programu, jak se přihlásit a další informace k Tranzitnímu programu na stránkách (<http://www.rytmus.org>).

Chráněné dílny definoval § 76 zákona o zaměstnanosti 435/2004 Sb. Jako pracoviště zaměstnavatele, které je vymezeno na základě dohody s úřadem práce a je přizpůsobeno pro zaměstnání osob se zdravotním postižením. Sbíрка zákonů č. 367 / 2011 je zrušila.

(V § 72 odst. 2 písm. b) se slova „v chráněných pracovních dílnách a“ zrušují. V nadpisu § 75 se slova „a chráněná pracovní dílna“ zrušují.)

Podpora zaměstnávání handicapovaných osob

Strategie politiky zaměstnanosti (MPSV) do roku 2020 uvádí:

Cílem podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením (OZP), tedy i osob s mentálním postižením, by mělo být prostřednictvím zdravotní, sociální a pracovní rehabilitace přispívat k plnohodnotnému začlenění OZP na volný trh práce (pokud to zdravotní stav OZP umožní). Z pohledu zaměstnanosti v této oblasti lze využít pracovní rehabilitace, která má nejlepší předpoklady k podpoře trvalého a udržitelného zapojení OZP na trhu práce. V současné době je však nutné rozšířit využití pracovní rehabilitace, zejména přípravy k práci na pracovištích (potenciálních) zaměstnavatelů. Tato forma pomoci začleňování OZP na trh práce by měla předcházet přímé podpoře poskytované zaměstnavatelům, tj. nejprve je potřeba připravit OZP k práci na pracovišti zaměstnavatele a poté může následovat uzavření pracovního poměru. Paralelně je potřeba zajistit dostatečnou odbornou kapacitu ÚP ČR pro individuální přístup k OZP a odborně prováděné pracovní rehabilitace a je nutné vytvořit fungující síť poradců pro pracovní rehabilitaci. Tyto kroky musí být vytvářeny se zřetelem na zajištění práva OZP na rehabilitaci a s cílem zajistit koordinovanou rehabilitaci. Poté je možné uvažovat o změně parametrů současných nástrojů sloužících k podpoře pracovního uplatnění osob se zdravotním postižením s cílem začlenění osob se zdravotním postižením na volný trh práce. V současné době jsou totiž nástroje podpory zaměstnávání osob se zdravotním postižením téměř výhradně zaměřeny na podporu zaměstnávání těchto osob na chráněném trhu práce. Bylo by tedy možné uvažovat např. o poskytování slevy na sociálním pojistném v případě zaměstnávání osob se zdravotním postižením na volném trhu práce. Dále by měl být revidován systém plnění povinného podílu zaměstnávání OZP s cílem preference firem plnit tuto povinnost přímým zaměstnáváním osob se zdravotním postižením. (<http://www.portal.mpsv.cz>).

PRAKTICKÁ ČÁST

V praktické části diplomové práce je popsán cíl práce, hypotéza, metodika, výsledky a závěr. Na praktickou část navazuje seznam použité literatury a přílohy.

7. CÍL PRÁCE A HYPOTÉZA

Cílem diplomové práce bylo vyhodnotit proces a výsledky získávání dovedností a vztahu k pracovnímu vyučování na praktické škole dvouleté u žáků se středně těžkým mentálním postižením.

Hypotéza:

Kladnou motivací a opakováním činností lze dosáhnout u žáků s mentálním postižením lepší výsledky v procesu získávání praktických dovedností.

8. METODIKA PRÁCE

8.1 Charakteristika školy

Sledování probíhalo na Základní škole a Střední škole, Vinohradská 54, Praha 2, která zahrnuje následující subjekty:

Základní škola – poskytuje základní vzdělávání podle ŠVP Základní škola, zpracovaného podle přílohy RVP ZV.

Střední škola (Praktická škola dvouletá) – poskytuje střední vzdělání ukončené závěrečnou zkouškou.

Speciálně pedagogické centrum – poskytuje poradenské služby dětem, žákům, studentům a rodičům, ale i jiným školám a školským zařízením.

Školní družina, školní klub – poskytuje zájmové vzdělávání žákům školy.

Školní jídelna – poskytuje stravovací služby pro žáky a studenty školy, závodní stravování pro zaměstnance.

V budově školy je sídlo SK IMPULS a sídlo Asociace speciálních pedagogů ČR. (www.aspcr.cz)

Škola je úplná s 1. až 9. postupným ročníkem základní školy a vzdělává 130 žáků. Třída, oddělení a studijní skupina má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, žáků s více vadami a žáků s autismem probíhá v rámci školy formou skupinové integrace, v případech hodných zvláštního zřetele formou individuální integrace. V případě potřeby je stanoven IVP především pro individuálně integrovaného žáka. Sídlem školy je budova v centru města na Vinohradské ulici. Optimální dopravní obslužnost zajišťuje především trasa A metra – stanice Jiřího z Poděbrad a Náměstí Míru. Tramvajová doprava – zastávka Vinohradská tržnice.

Vybavení školy

V budově školy se nachází 13 tříd a 10 odborných pracoven, 2 počítačové učebny, cvičný byt, knihovna, posilovna, horolezecká stěna,

2 tělocvičny a školní hřiště. Na 1. stupni jsou třídy s hracím koutkem, je zde rovněž realizováno bezrozvrhové vyučování. Na 2. stupni jsou kmenové třídy a samostatné pracovny na výtvarnou výchovu, hudební výchovu, dílny kovo-dřevo, textilní dílna, cvičné kuchyně, keramická dílna, počítačová učebna a učebna vybavená prezentační technikou (interaktivní tabule). V době přestávek žáci využívají prostory školy po dohodě s vyučujícími. K dispozici jsou občerstvovací automaty. V budově školy je k dispozici horolezecká stěna, jejíž využití je realizováno za odborného dohledu zkušeného instruktora.

Speciálně pedagogické centrum (SPC)

SPC se nachází v přízemí budovy, kde sídlí základní a střední škola, a poskytuje tyto služby:

- Komplexní psychologickou a speciálně pedagogickou diagnostiku pro školské účely
- Doporučení odkladu plnění povinné školní docházky o jeden rok
- Přípravu komplexních podkladů k rozhodnutí o zařazení dítěte do vzdělávání
- Přípravu podkladů ke studiu žáků na střední škole
- Konzultace pro rodiče a pedagogy
- Nápravy specifických poruch učení u žáků mladšího školního věku
- Komplexní logopedickou péči
- Přípravu podkladů pro tvorbu individuálního vzdělávacího plánu a metodická pomoc při jeho zpracování a realizaci
- Diagnostiku vývoje dítěte předškolního věku
- Kurz nápravy grafomotorických obtíží u dětí předškolního věku
- Kurz nápravy grafomotorických obtíží u dětí školního věku
- Jógová cvičení pro předškolní a školní děti
- Kurz pro rozvoj pozornosti (KUPOZ)
- Primárně preventivní individuální program (KUPREV)

- Provádí diagnostiku "školní zralosti" dětí, odkladu plnění povinné školní docházky a doporučení zařazení vašeho dítěte k předškolnímu vzdělávání

Speciálně pedagogické centrum tvoří speciální pedagogové, psycholog, logoped a sociální pracovníce. SPC úzce spolupracuje s rodiči žáků v souladu s myšlenkou, že rodič je partner a je kompetentní, aktivní a má zájem, a proto propůjčuje své znalosti škole a nese spolu s ní odpovědnost za vzdělávání svého dítěte.

Pedagogický sbor

Pedagogický sbor je dlouhodobě stabilizovaný a z 95% plně erudovaný v oboru speciální pedagogika. Ve škole dále pracuje výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří aktivně spolupracují s pedagogickým sborem a speciálně pedagogické centrem.

Žáci

Škola je samostatně zřízena pro vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Žáci, u kterých byly zjištěny speciální vzdělávací potřeby na základě speciálně pedagogického nebo psychologického vyšetření školským poradenským zařízením v nižší míře než stanovené kritérium pro lehkou mentální retardaci, případně s jiným zdravotním postižením, jsou vzdělávání podle školního vzdělávacího programu (ŠVP) zpracovaného podle příslušného rámcového vzdělávacího programu (RVP).

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického a psychologického vyšetření školským poradenským zařízením. Převážná většina žáků je z MČ Praha 2 a Praha 3 a přilehlých pražských obvodů. Do školy dojíždějí i žáci mimopražští.

Mimoškolní aktivity, soutěže

V rámci mimoškolních aktivit jsou pro žáky organizovány zájmové kroužky (cykloturistický, turistický, přípravy pokrmů, modelářský, sportovní,

taneční, hudební a výtvarný). Ve sportovní oblasti se žáci školy účastní soutěží speciálních škol Prahy i mistrovství republiky. Pro žáky školy jsou pořádány lyžařské kurzy, jednodenní lyžařské zájezdy, cykloturistické kurzy, turistické kurzy a turistické pochody. Škola pořádá vlastní olympijský den. V oblasti výtvarných aktivit se žáci zúčastňují akcí v mezinárodním dětském hnutí „Stonožka“. Tradiční školní akademie, spojená se dnem „otevřených dveří“ pro rodiče a veřejnost, se koná v předvánočním období. Každoroční pravidelný výjezd do zahraničí žáků školy je uskutečňován v závěru školního roku.

Spolupráce s rodiči a jinými subjekty

Sídlo ve škole má Sdružení přátel školy v Praze 2, Vinohradská 54, které sdružuje převážně rodiče a zákonné zástupce žáků školy. Od roku 2005 je při škole ustanovena rada školy. Ve škole pracuje SK Impuls. Sportovní klub rozvíjí aktivity žáků, orientuje zájmy dětí a mládeže ve volném čase na pravidelné sportování. Ve spolupráci s o. s. Rytmus se škola účastní projektu- Tranzitní program „ze školy do práce“. Při škole pracuje „Večerní škola“. Je určena pro dospělé absolventy různých typů speciálních škol. Výuka je realizována v odpoledním tříhodinovém bloku. Škola se podílí na přípravě budoucích pedagogů. Aktivně spolupracuje s Pedagogickou fakultou a Fakultou tělesné výchovy a sportu UK v Praze. V budově školy je sídlo Asociace speciálních pedagogů ČR.

8.2 Střední škola (praktická škola dvouletá) – místo sledování

Praktická škola dvouletá je funkčním článkem systému vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Umožňuje získat střední vzdělávání žákům s různou mírou zdravotního postižení. Praktická škola vznikla transformací speciální rodinné školy, zřízené od 1. 9. 1994, na praktickou rodinnou školu v období od 1. 9. 1995 až 1. 9. 1996 a od 1. 9. 1996 na praktickou školu. Škola je dvouletá se dvěma třídami v každém ročníku.

Výuka na střední škole probíhá podle ŠVP, zpracovaného v souladu s RVP pro obor vzdělání Praktická škola dvouletá. Praktická škola dvouletá připravuje žáky, chlapce a dívky, pro praktický život. Dvouleté studium je zaměřeno na praktické předměty – příprava pokrmů, odívání, dílenské práce, základy anglického jazyka, práce na počítači a především předprofesní příprava s možností dalšího studia na OU. Škola má již mnohaletou tradici. Každý rok jsou otevírány dvě třídy s počtem maximálně 14 žáků ve třídě. Škola nepořádá přijímací zkoušky.

Škola má 4 kmenové třídy a samostatné pracovny na výtvarnou výchovu, hudební výchovu, dílny kovo-dřevo, textilní dílna, cvičné kuchyně, keramická dílna, počítačová učebna a učebny vybavené prezentační technikou – interaktivní tabulí. Součástí výuky je jednodenní praxe v týdnu v individuálně zvoleném nebo školou nabídnutém pracovišti např. v mateřské škole, závodní kuchyni, stacionáři, útulcích pro zvířata, obchodech, knihovnách, kancelářích apod. Jednou z možností absolvování praxe je výuka ve škole – keramické činnosti ve výtvarné dílně.

Škola pořádá v průběhu roku řadu sportovních, kulturních, výchovných, vzdělávacích a poznávacích akcí. Například: podzimní výlet, poznávací pobyty, přespolní běh, lyžařský výcvik, přechod Krkonoš, vánoční výstavu, plavání, jednodenní pobyt na "divoké" vodě na raftech, dopravní soutěž, večírek absolventů praktické školy.

Kritéria pro přijetí žáka nebo uchazeče o studium v Praktické škole dvouleté 78-62-C/02, pro školní rok 2014/2015:

- Splněná povinná školní docházka
- Zařazení žáka do některé formy speciálního vzdělávání podle §3 vyhlášky č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (v platném znění)
- Zdravotní způsobilost
- Předpoklady pro dokončení studia

Předpokládaný počet přijímaných uchazečů je 24.

Školní vzdělávací program na střední škole

Školní vzdělávací program (ŠVP) je uskutečňován s pomocí podpůrných opatření, jimiž jsou využity speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, zařazení předmětů speciálně pedagogické péče, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, nižší počet žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině nebo jiná úprava organizace vzdělávání zohledňující speciální vzdělávací potřeby žáka. Svým pojetím koncepčně navazuje na Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV – LMP) a na Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělávání základní škola speciální (RVP ZŠS). ŠVP je koncipován tak, aby žáci s různou mírou zdravotního postižení, za podpory speciálně pedagogických vzdělávacích metod mohli dosáhnout co nejvyšší možné úrovně osobnostních kvalit. Pro vzdělávání vytváří optimální podmínky, které formují kladný vztah žáka ke vzdělávání, především přátelskou atmosférou ve škole a pracovním klimatem, které podněcuje zájem žáků o školu. Minimalizuje obavu z případných neúspěchů a usiluje o dosažení středního vzdělání v rámci možností žáků. V souladu s cíli RVP pro obor vzdělání praktická škola dvouletá, je vybavit žáky s různou mírou zdravotního postižení souborem klíčových a odborných

kompetencí na úrovni, která je pro ně dosažitelná a umožní jim efektivně a odpovídajícím způsobem jednat v různých situacích. Vytvořit základ pro celoživotní učení žáka, jeho vstup do života a do pracovního procesu. Vzhledem ke specifickým potřebám žáků s různou mírou zdravotního postižení klást důraz především na klíčové kompetence pracovní, sociální a personální a komunikativní. Klíčové kompetence navazují na klíčové kompetence osvojované na základní škole a dále se prohlubují Školní aktivity a činnosti jsou zaměřeny především na rozvíjení přátelské atmosféry a takového pracovního klimatu, aby žáci školu rádi navštěvovali a na pomoc při vhodné orientaci ve volnočasových aktivitách žáků, na zvyšování kvality osobního života a na předprofesní orientaci.

Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením, žáků s více vadami a žáků s autismem probíhá v rámci školy formou skupinové integrace, v případech hodných zvláštního zřetele formou individuální integrace. V případě potřeby je stanoven individuální vzdělávací plán především pro individuálně integrovaného žáka.

Vlastní sledování v rámci diplomové práce proběhlo na střední škole (praktická škola dvouletá) v období září 2014 – leden 2015. Předmětem sledování bylo vyhodnocení upevňování teoretických znalostí a získávání praktických dovedností žáků prvního ročníku praktické školy se středně těžkým mentálním postižením v rámci předmětu Drobná údržba.

Vzdělávací okruh Odborné obory se člení na vyučovací předměty Drobná údržba a Předprofesní příprava. Přípravuje žáka pro vstup na trh práce. Tento vzdělávací okruh je souborem požadavků na vzdělání, zahrnující vědomosti, dovednosti, postoje a hodnoty, které jsou důležité pro osobní rozvoj jedince, jeho aktivní zapojení do společnosti a pracovní uplatnění.

Charakteristika předmětu Drobná údržba:

Časová dotace je 6 hodin týdně v každém ročníku. Učivo předmětu poskytuje základní znalosti a dovednosti z různých oblastí činností, které může

žák využít při drobných činnostech v domácnosti. Organizace výuky je dána charakterem předmětu, výuka probíhá formou praktických cvičení doplněných o teorii ve speciálních učebnách vybavených odbornými pomůckami. Učiva praktické a teoretické části na sebe v jednom časovém úseku nemusí navazovat. Získané znalosti a dovednosti žáci využijí v pracovním uplatnění, při odstraňování drobných závad v domácnosti a v rámci zájmových činností ve volném čase. Každá získaná dovednost zvýší soběstačnost žáků a možnost jejich seberealizace.

Cílové zaměření předmětu – cílem je, aby žáci zvládli různé druhy rukodělných činností odpovídajících jejich zájmu a schopnostem a aby získali základní poznatky z oblasti různých řemesel, které mohou využít při volbě učebních oborů v rámci dalšího vzdělávání. Důraz je kladen na motivaci žáků k využívání získaných dovedností v péči o domácnost. Výchovné a vzdělávací strategie Výuka probíhá ve speciálních učebnách vybavených odbornými pomůckami. Učebny jsou vyzdobeny žákovskými výrobky, které by měly přispět k vytvoření pozitivní motivace pro tento předmět. Předmět je ve své teoretické části rozdělen do tematických celků. Praktická část je zaměřena na samostatné zhotovování výrobků a drobné opravy v domácnosti. Cílem je, aby si každý žák vyzkoušel v průběhu obou ročníků co nejvíce pracovních činností. Náměty na výrobky jsou voleny dle individuálních schopností žáků. Při výuce je žákům dáván prostor k hledání různých řešení problémů a volbě použitých materiálů a pracovních pomůcek. Žákům je zadávána kolektivní práce, při které je vyžadována vzájemná spolupráce, pomoc a rozdělování si úkolů. Učivo praktické a teoretické části na sebe v jednom časovém úseku nemusí navazovat. Výrobky našich žáků jsou dle aktuálních možností poskytovány na výstavy v budově naší školy nebo na veřejné výstavy. Výuka je doplňována o praktické exkurze.

Klíčové kompetence předmětu

Kompetence k *učení*; žák by měl:

- osvojit si základní vědomosti a dovednosti předmětu a umět je účelně použít ke své potřebě v praxi
- orientovat se v odborné terminologii a porozumět pokynům k jednotlivým pracovním úkonům
- naučit se pracovat samostatně a aktivně se podílet na skupinové práci
- dokázat v praxi využít naučené pracovní postupy, metody a techniky práce
- vyhledávat a používat potřebné informace o pracovních postupech, metodách, pomůckách, nástrojích a materiálech
- vhodně používat naučené pojmy a názvosloví z různých pracovních oborů a rozumět jim
- při výkonu práce sledovat vlastní pokroky, přijímat rady i oprávněnou kritiku a vyvarovat se předchozích omylů

Kompetence *pracovní*; žák by měl:

- posilovat ty stránky osobnosti, které vedou ke zvládnutí pracovních úkonů (trpělivost, soustředěnost, smysl pro spolupráci)
- zvládat základní pracovní dovednosti a návyky a využívat je při každodenní činnosti
- být schopen pracovat samostatně i v týmu
- dodržovat zásady bezpečnosti práce, ochrany zdraví a životního prostředí
- posoudit a respektovat výsledky své práce i práce ostatních
- chápat význam práce, mít představu o pracovních činnostech běžných profesí

- přemýšlet o možnostech svého budoucího pracovního uplatnění a umět nabídnout své dovednosti a znalosti na pracovním trhu

Kompetence *odborné*; žák by měl:

- pochopit význam získaných dovedností pro vlastní seberealizaci
- používat vhodné ochranné pracovní pomůcky, dodržovat zásady BOZP, PO a hygienické předpisy
- rozumět psaným návodům, příručkám, pracovním postupům a obrazovým materiálům a pracovat podle nich
- volit vhodné materiály, vybrat a použít vhodné pracovní nástroje, pomůcky a technické vybavení
- mít kladný postoj k manuální práci, chápat rozdíly ve společenském a finančním ohodnocení jednotlivých profesí
- posuzovat dopady jednotlivých činností na životní prostředí, hospodárně nakládat s materiály, energiemi, vodou a odpady

Průřezová témata

Průřezová témata, jako nedílná součást procesu vzdělávání na praktické škole, reprezentují aktuální problémy současného světa. Otevírají prostor jak individuálnímu uplatnění každého žáka, tak vzájemné spolupráci v třídní skupině a napomáhají rozvoji osobnosti zejména v oblasti postojů a hodnot.

- *Osobnostní a sociální výchova* – rozvoj smyslového vnímání, pozornosti a soustředění, učít se zapamatování, řešení problémů, sebepoznání a sebereflexe, sebekontrola a seberegulace, poznávání se ve třídě a na pracovišti, rozvoj schopnosti rozpoznat nebezpečí, rozvíjení kladných mezilidských vztahů a sociálních dovedností
- *Výchova demokratického občana* – rozvoj komunikačních schopností a dovedností, zaujetí vlastního stanoviska, pohled na problémy v širší

souvislosti, poznatky z demografie, multikulturní rozdíly, respektování pravidel, vlastní odpovědnost, důsledky, spravedlivé posuzování, sebedůvěra, samostatnost, angažovanost, ohleduplnost, respekt, asertivní jednání, kompromis, řešení konfliktů, aktivní zařazení se do společnosti, zodpovědná příprava na budoucí povolání, angažovaný postoj k budoucí profesi

- *Environmentální výchova* – pochopení vztahů člověka a jeho prostředí, vnímání života jako nejvyšší hodnoty, důsledky lidské činnosti na prostředí, citlivý přístup k přírodě i ke kulturnímu dědictví, hospodaření s přírodními zdroji, alternativní a obnovitelné zdroje, odpady a druhotné suroviny, lokální ekologické problémy, životní styl a ochrana přírody, péče o prostředí, aktivita, tvořivost, tolerance, psychohygiena, utváření zdravého životního stylu
- *Mediální výchova* – orientace na trhu práce prostřednictvím médií, vyhledávání si informací a novinek o svém oboru, práce s inzeráty, pozitivní postoj k výsledkům práce své i druhých lidí
- *Výchova k práci a zaměstnanosti* – uvědomuje si nezbytnost celoživotního učení, motivuje se pro pracovní zapojení, chápe význam práce pro život člověka a osvojuje a dodržuje si pracovní návyky, buduje si pozitivní vztahy v pracovní skupině a dodržuje bezpečnost při práci

Obsah předmětu

Úvod do dílenských prací: dílenský řád, bezpečnost práce v dílně, základní dílenské vybavení, nářadí a nástroje

Technické kreslení: základy technického kreslení, druhy čar, kótování, pravoúhlého promítání osová souměrnost, čtení technických výkresů, měřítko, měření délek

Truhlářské práce: druhy dřeva a jejich vlastnosti, druhy řeziva, desky z dřevěného odpadu, nástroje k opracování dřeva, bezpečnost, nácvik ručního obrábění dřeva, konstrukční spoje

Zámečnické práce: význam a výroba železa, barevné kovy a jejich vlastnosti, slitiny barevných kovů, nástroje k opracování kovů, bezpečnost práce s drátem, rovnání a ohýbání, nácvik obrábění kovů, spoje kovových částí, dveřní zámky, zabezpečení oken a dveří

Sklenářské práce: druhy skel, nářadí, bezpečnost, nácvik řezání skla, zasklívání oken a dveří

Lakýrnické práce: nářadí a pomůcky, bezpečnost a ochrana, materiály, druhy nátěrových hmot, příprava podkladu pro nátěr, nátěry dřeva a kovů, čištění a údržba štětců

Způsobilosti k výkonům v pracovní činnosti:

- žák zvládá pracovní tempo i nároky, odvádí profesionální pracovní výkon
- žák je schopen plnohodnotné týmové spolupráce
- optimální výkon žák podává za využití všech získaných znalostí a dovedností
- žák posoudí v pracovním procesu vliv na životní prostředí a bezpečnost práce
- žák dokáže operativně řešit běžné pracovní problémy
- žák si uvědomuje nutnost dalšího sebevzdělávání v rámci profese
- ví kde se informovat o nových možnostech a technologiích

Výstupy uvedené v těchto bodech jsou optimální. Vzhledem k velkým mentálním, osobnostním, psychickým a fyzickým odlišnostem mezi jednotlivými žáky, je třeba ke každému jedinci přistupovat individuálně a zohlednit jeho specifické možnosti a schopnosti.

8.3 Vlastní průběh šetření

Charakteristika žáka:

Pro ucelení a orientaci v zadání diplomové práce, zvláště tedy pro praktickou část, čemuž se rozumí praktický proces, průzkum, cíl práce a samotná realizace testových a dalších metod, je nutné seznámit se vzorkem žáků, kteří jsou v zadání a v průběhu průzkumu zahrnuti.

Zde je uvedena charakteristika žáka, který je typickým představitelem a vlastně předmětem našeho průzkumu. Osobní údaje jsou pozměněny a žádným způsobem nelze žáka identifikovat. Pozměněny jsou i jména lékařů a zákonných zástupců. Je zachována anonymita všech osob. Charakteristika uvedeného žáka je přehledně a velmi stručně vypracována jen pro účely této diplomové práce. Zdrojem informací byla dokumentace a osobní list žáka v prostředí školy a ve speciálně pedagogickém centru.

Chlapec v současné době studuje na ZŠ a SŠ uvedené v zadání diplomové práce a je student I. ročníku Praktické školy dvouleté, který se zúčastnil průzkumu pro diplomovou práci konaného od září 2014 do února 2015. Na závěr této kapitoly je vytvořen skutečný IVP, samozřejmě s jinými osobními údaji žáka

1. Osobní údaje žáka

Jméno: Jan

Příjmení: Rampa

Datum narození: 20. 8. 1992

Bydliště: Kladno, Přímá 85

Škola: Praktická škola dvouletá

Ročník: 1.

Třída: I.B

Věk: 22 let

Zdroj informací: Osobní list

Vypracováno: 20. 02. 2015

2. Anamnestické údaje:

Zdravotní stav:

Jan Rampa je 22 letý chlapec s diagnózou – mentální retardace s autistickými rysy. Prodělal běžné dětské nemoci. Po celé dětství užíval celou řadu psychofarmak ke zmírnění poruch chování. Občasné infekty dýchacích cest, ozdravovna, operace oka, myopatie, v současné době psychiatricky léčen. Alergie na vosí a včelí žihadlo. (Má u sebe pohotovostní balíček). Očkován proti tetanu. Trvalé léky: Risperdal. Xyzal a Prednison – jen při bodnutí hmyzem, průkaz ZTP/P. Ošetřující lékař: Praktický lékař, psycholog, psychiatr. Jan Rampa je zbaven způsobilosti k právním úkonům.

3. Rodinné prostředí a průběh vzdělávání:

Otec: Miloslav Rampa, 50 let, soukromník – automechanik

Matka: Jana Rampová, 45 let, terénní pečovatelka pro sociální služby
Kladno

Rodinné prostředí je dobré, rodiče vlastní rodinný dům a patřičně se o svého syna starají. Péči o syna má na starost hlavně matka. V roce 2000 byl vřazen do Speciální školy – ZVŠ v Kladně na základě žádosti matky a s přihlédnutím výsledkům vyšetření Jana v PPP v Praze. Následně pokračoval v pomocné škole, kde dokončil desetiletou docházku. Od roku 2010 navštěvoval praktickou školu v Josefské ulici v Praze a v současné době studuje I. ročník Praktické školy dvouleté obor Údržba domácnosti. V roce 2011 byl Jan rozsudkem Okresního soudu zbaven způsobilosti k právním úkonům a soud mu ustanovil opatrovníka – Janu Rampovou (matku), který je oprávněn zastupovat opatrovance v běžných záležitostech, činit za něj právní úkony a spravovat jeho majetek.

4. Zpráva z psychiatrického vyšetření:

Pacient je v trvalé péči psychiatrie pro mentální retardaci. Na základě psychologických testů se jedná o středně těžké postižení – IQ 48. Přidružená je výrazná porucha chování, velmi nízká schopnost orientovat se v sociálních

situacích, emoční a afektivní nestálost, těžká porucha koncentrace pozornosti. Celkově velmi nízká zvladatelnost. Dále jsou přítomny autistické rysy.

Jan vzhledem ke svému postižení velmi obtížně zvládá jakékoli změny, obtížně zvládá psychosociální zátěž, psychické přetížení vede k dekompenzaci zdravotního stavu, k rozvoji úzkostí, depresí, případně poruch chování. Na základě psychického onemocnění žádám o rozložení učiva 1. ročníku do dvou let – ze zdravotních důvodů.

Zdroj informací: Zdravotní dokumentace, zprávy psychiatra

5. Zpráva z psychologického vyšetření:

IQ Jana Rampy se pohybuje v pásmu středně těžké mentální retardace 40 – 45. Velmi těžko se určuje. U pacienta jsou patrné autistické prvky v myšlení, psychomotorické stereotypie, fyzická unavitelnost. V emoční oblasti je zjevná masivní labilita. Pečovatelská, ošetřovatelská role matky je značná. Je nezbytné, aby syna doprovázela v cizím prostředí, neboť se nedokáže orientovat v nových sociálních situacích. Vyšetřen: WISC – III, kresba lidské postavy, kresba stromu, psychologický rozhovor, Délka trvání 65 min.. Pacient nebyl schopen delší spolupráce.

6 Prognóza:

Ke zlepšení psychického, mentálního, neuropsychického, psychosociálního stavu u Jana nedošlo a ani nedejde v kontextu organické poruchy mozku! S přibývajícím věkem se u pacienta zvýrazňují úzkostné stavy v souvislosti s nemožností zvládat vývojové úkoly člověka. Mentální retardace je organická etiologie. Nelze očekávat zlepšení!

7. Vyjádření speciálně pedagogického centra:

Na základě psychologického vyšetření klinického psychologa a dalšího vyšetření klinického psychologa doporučuje speciálně pedagogické centrum vzdělávání Jana Rampy, ve školním roce 2014/2015, podle individuálního vzdělávacího plánu, jehož obsah je časově modifikován s ohledem na možnosti a schopnosti žáka.

Jan Rampa je žák se zdravotním postižením – středně těžká mentální retardace. Studium na praktické škole a speciálně pedagogická péče jsou za použití vhodných podpůrných opatření správnou volbou pro další rozvoj osobnosti žáka.

Žák vyžaduje vysokou míru podpůrných opatření:

- individuální přístup
- zvýšenou zpětnou vazbu
- rozvoj osobnostní a názorové složky žáka

Doporučené postupy:

- vhodně rozložit učivo prvního ročníku praktické školy na období dvou školních roků
- při modifikaci učiva dbát na dosažení klíčových kompetencí v souladu s RVP
- modifikovat obsah učiva s ohledem na možnosti a schopnosti žáka

8 Individuální vzdělávací plán:

JMÉNO ŽÁKA	Jan Rampa
VYUČOVACÍ PŘEDMĚT	Drobná údržba
VYUČUJÍCÍ	Mgr. Zdeněk Mička
Časový a obsahový plán vzdělávání žáka	
Upravené kompetence	Zaměřit se na posilování pracovních kompetencí, ostatní kompetence si osvojit v přiměřeném rozsahu.
Úpravy v organizaci výuky	Vyučovací předmět navštěvuje v plném rozsahu a po celou dobu plnění IVP.
Upravené pedagogické postupy (metody a formy práce)	Zadané úkoly kontrolovat častěji, charakter pracovních postupů zvolit lehčí formou, občas s dopomocí učitele.
Úpravy ve způsobu zadávání a plnění úkolů	Před realizací zadaného úkolu nutné opakování zadání a ověření pochopení. Vyhovuje spíše klidné prostředí a mírný přístup. Při plnění úkolů postupovat od jednoduchého ke složitějšímu, na realizaci vyčlenit delší dobu.
Úpravy ve způsobu ověřování kompetencí žáka ve vzdělávání	Častá kontrola a dohled nad výkony a získávání kompetencí.
Způsob hodnocení	V prvním roce – motivační hodnocení do SP. Na vysvědčení v I. roce plnění IVP, slovní hodnocení, ve II. roce běžná klasifikační stupnice.
Spolupráce se zákonnými zástupci žáka	Zapojení žáka do běžných domácích prací a vyžadování předávání vykonané činnosti s následnou kontrolou pečlivého provedení.

Zpracoval: Mgr. Zdeněk Mička _____

podpis vyučujícího

Charakteristika žáků zařazených do sledování:

Do sledování bylo zpočátku zařazeno 12 žáků mužského pohlaví ze dvou tříd prvního ročníku střední školy – praktické školy dvouleté. Dva žáci byli v průběhu sledování ze školy vyloučeni z důvodu agresivity, proto byly výsledky pozorování vyhodnoceny u celkem 10 žáků. Žáci obou tříd byli pro potřeby diplomové práce spojeni při realizaci hodnocených aktivit, tj. při testování teoretických znalostí a při samostatné praktické činnosti. Analyzovaná skupina žáků byla ve věku 21 až 26 let s převažující diagnózou středně těžká mentální retardace, přičemž u některých z nich byly diagnostikovány kombinované vady, tj. porucha autistického spektra, DMO, poruchy chování apod. Žáci patří k velké skupině znevýhodněných osob, které po ukončení studia velmi špatně hledají uplatnění na trhu práce, často mají nedostatečnou motivaci ke vzdělávání, chybí jim základní pracovní návyky i dovednosti. Pouze malé procento z nich pokračuje ve vzdělávání na nějakém odborném učilišti. Proto se výuka některých předmětů v praktické škole dvouleté dlouhodobě zaměřuje na zlepšení úrovně pracovních dovedností a návyků u žáků.

K naplnění cíle diplomové práce byla využita výuka v rámci předmětu Drobná údržba. Hodinová dotace předmětu činila 6 hodin týdně, z toho 2 hodiny byla teoretická příprava. Sledování proběhlo v období září 2014 až únor 2015. V rámci šetření byly uplatněny tyto metody, postupy a zásady:

Metody:

- studium pedagogické dokumentace žáků
- pozorování žáků
- testové metody
- analýza produktů činnosti (vyhodnocení výsledků činnosti žáků)

Postupy:

- výklad
- demonstrace pracovního postupu vyučujícím

- vlastní praktická činnost žáků (příprava pracoviště a pomůcek včetně dodržování BOZP, nácvik praktické činnosti, samostatná praktická činnost žáků)

Zásady:

- trvalosti
- přiměřenosti
- názornosti
- procvičování
- aktivity žáka
- zpětné vazby (otázky)
- samostatnosti
- spojení teorie s praxí
- individuální přístup
- komplexní působení na žáka (rozvoj řeči, myšlení, morálky)
- soustavnosti

Dále výuka předmětu probíhala v souladu se specifickostí vzdělávání žáků s mentální retardací, tj. přiměřené tempo, střídání vyučovacích činností, zvláštnosti motivace – navození zájmu aj.

Motivace vycházela zejména z osobnosti žáka (co má rád, co rád dělá), z praktické potřeby pro samotného žáka (pro úspěšné složení závěrečné zkoušky, další vzdělávání na odborném učilišti, uplatnění na trhu práce apod.) a byla realizována formou pochvaly a dobrého hodnocení. Bylo upuštěno od záporné motivace (tresty).

ad Testové metody

V rámci této metody byly u žáků prověřovány teoretické znalosti učiva formou celkem čtyř testů, které se týkaly následujících témat: Ruční nářadí a nástroje na opracování dřeva (test 1, dvakrát zrealizován) a Ruční nářadí

a nástroje na opracování kovů (test 2, dvakrát zrealizován). Vzor těchto testů včetně uvedení metodiky jejich hodnocení je uveden v kapitole Přílohy. Podstatou testů bylo poznávání nářadí a nástrojů, se kterými se žáci seznámili během výuky v předmětu Drobná údržba prostřednictvím interaktivní tabule nebo při praktických činnostech.

V listopadu 2014 byli žáci dvakrát testováni na problematiku ručního nářadí a nástrojů na opracování dřeva (test 1):

- pro všechny žáky stejné zadání testu při prvním i druhém testování (opakování)
- časová dotace na vyplnění jednoho testu – 1 hodinu
- interval mezi opakováním testu – 20 dnů
- forma testu – tištěná s barevným obrazovým materiálem
- cíl testu – rozpoznat ruční nářadí a nástroje na opracování dřeva označením správné odpovědi (celkem 20 otázek; správná odpověď – 1 bod; celkem za test – maximálně 20 bodů)

V lednu 2015 žáci vyplňovali dva shodné testy týkající se ručního nářadí a nástrojů na opracování kovů (test 2):

- pro všechny žáky stejné zadání testu při prvním i druhém testování (opakování)
- časová dotace na vyplnění jednoho testu – 1 hodinu
- interval mezi opakováním testu – 20 dnů
- forma testu – tištěná s barevným obrazovým materiálem
- cíl testu – rozpoznat ruční nářadí a nástroje na opracování kovů označením správné odpovědi (celkem 20 otázek; správná odpověď – 1 bod; celkem za test – maximálně 20 bodů)

Cílem zrealizovaných testů bylo zjistit, zda opakováním testových otázek za podpory obrazových materiálů došlo ke zlepšení výsledků teoretických znalostí žáků. Zařazení této metody do diplomové práce bylo

záměrné, neboť teoretické znalosti žáků jsou předpokladem pro úspěšné zvládnutí praktických činností.

ad Analýza produktů činnosti (vyhodnocení výsledků činnosti žáka)

Analýza produktů činnosti proběhla podle tabulek 1 a 2, které se vztahují k hodnocení vlastní samostatné práce (Spoj na pokos, viz text níže). Cílem bylo vyhodnotit, zda došlo opakováním činnosti ke zlepšení výsledků samostatné praktické činnosti žáků, a to celkově a v dílčích činnostech (tabulka 1).

Tabulka 1: Hodnotící tabulka

Úkol, činnost	Maximální počet bodů
Příprava pracoviště	20
BOZP, hygiena práce, pořádek na pracovišti	10
Organizace práce, dodržení postupu práce podle zadání	20
Hodnocení finálního produktu	40
Úklid pracoviště	10
Celkem bodů	100

Tabulka 2: Klasifikace podle dosažených bodů

Dosažený počet bodů	Známka
100 – 80	1
79 – 60	2
59 – 30	3
méně než 30	4

Poznámka: Známka 5 nebyla využita z důvodu eliminace rizika nízké motivace žáků pro jejich další praktickou činnost.

ad Samostatná praktická činnost žáků

Vlastní samostatná práce žáků proběhla v prosinci 2014 a opakována byla v lednu 2015 v rámci předmětu Drobná údržba, vždy v rozsahu čtyř vyučovacích hodin a se stejným zadáním úkolu. Každý žák obdržel zadání

úkolu, pokyny k činnosti, výčet pomůcek a pracovní postup ve formě tištěného dokumentu. Vyučující seznámil žáky se všemi náležitostmi praktického úkolu. Žáci měli možnost od počátku školního roku dílčí činnosti zadané v úkolu nacvičovat při běžné výuce předmětu Drobná údržba v souladu s daným ŠVP a ve spolupráci s pedagogem, který žákům předvedl i finální produkt (fotorámeček).

Každý žák před vlastní samostatnou prací obdržel následující zadání:

Cíl práce: Vytvoř spoj na pokos (dvou dílů, jako dílčí část fotorámečku)

Pokyny:

- Na práci je dost času, nespěchejte, pracovní postup si dobře promyslete.
- Připravte si všechny nástroje, nářadí a pomůcky, které budete při práci potřebovat.
- Dodržujte zadaný pracovní postup.
- Na pracovišti je nutné stále udržovat pořádek a neopouštět určené pracovní místo.
- V průběhu práce na výrobku dbejte na bezpečnost práce.
- V případě potřeby požádejte učitele o pomoc.

Pomůcky: Dřevěná lišta, rašple, pilník, truhlářská svěrka, kladivo, hřebíčky, disperzní lepidlo, ekologický lak, pila na dřevo (čepovka, pokosová pila), pokosnice smirkový papír.

Pracovní postup:

- Nákres máte na tabuli – sledujte ho při práci.
- Pro výrobu spoje na pokos použijte lištu, kterou vám vydá vyučující.
- Lištu nejprve rozdělte na dvě poloviny a zkraťte na požadované délky.
- Očistěte je a dle potřeby použijte rašpli nebo pilník na drobné nerovnosti.
- Důkladně obě části obruste smirkovým papírem, až budou hladké.

- Konec lišt vložte do pokosnice a řežte v úhlu 45°tak, aby nedošlo k odštípnutí.
- Použijte výhradně pokosovou pilu nebo čepovku.
- Konce úřezů (pokosů) zabruste opatrně pilníkem – pozor na otřepení.
- Podle nutnosti použijte na očištění hran i lišt smirkový papír.
- Spojte hrany dvou lišt přesně k sobě (na pokos) a slepte lepidlem na dřevo.
- Odstraňte přebytečné lepidlo a připevněte obě lišty k sobě.
- Vytvořený spoj na pokos upněte jemně do rohové svěrky a zajistěte hřebíčkem.
- Konečnou povrchovou úpravu proveďte nalakováním ekolakem.
- Nechejte zaschnout a dle potřeby ještě jednou nalakujte.
- Na závěr ukliděte své pracovní místo a odevzdejte výrobek učiteli.

9. VÝSLEDKY

9.1 Testování teoretických znalostí žáků

V tabulce 3 jsou uvedeny výsledky testu 1 (Ruční nářadí a nástroje na opracování dřeva) při jeho prvním zadání. Pouze 1 žák dosáhl nejlepšího hodnocení, tj. známku 1 a 17 bodů. Polovina žáků získala 10 až 5 bodů a známku 3. Testy dvou žáků byly ohodnoceny méně než 5 body, přičemž při vyplňování testů jim musel být po stránce technické nápomocen pedagog.

Tabulka 3: Výsledky testu 1

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
20 – 16	1	1	10
15 – 11	2	2	20
10 – 5	3	5	50
méně než 5	4	2	20

Opakování testu 1 mělo pozitivní vliv na dosažené výsledky žáků (tabulka 4). Nejvyšší bodové hodnocení, odpovídající známce 1, bylo zaznamenáno u 40% žáků, polovina respondentů vykázala druhé nejlepší hodnocení. Oproti výsledkům prvního testu nevykázal žádný žák méně než 5 bodů.

Tabulka 4: Výsledky testu 1 – opakování

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
20 – 16	1	4	40
15 – 11	2	5	50
10 – 5	3	1	10
méně než 5	4	-	-

Úspěšnost testu 2 (Ruční nářadí a nástroje na opracování kovů) charakterizuje tabulka 5. Při jeho prvním zadání 40% žáků dosáhlo druhého nejhoršího výsledku, tj. známku 3 a bodové rozpětí 10 až 5 bodů. Méně než 5 bodů a klasifikaci 5 vykázalo 30% respondentů.

Tabulka 5: Výsledky testu 2

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
20 – 16	1	1	10
15 – 11	2	2	20
10 – 5	3	4	40
méně než 5	4	3	30

Zlepšení znalostí žáků při opětovném zadání testu 2 ukazuje tabulka 6. Známkou 1 a 2 bylo klasifikováno shodně 40% žáků, pouze 2 žáci (20%) byli hodnoceni známkou 3, v tomto případě nejhorším hodnocením.

Tabulka 6: Výsledky testu 2 – opakování

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
20 – 16	1	4	40
15 – 11	2	4	40
10 – 5	3	2	20
méně než 5	4	-	-

Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků popisují tabulky 7a a 7b a grafy 1a a 1b. Průměrnou známku a průměrný počet bodů za test při jeho prvním a opakovaném zadání srovnává tabulka 7a. Při opakovaném vyplňování testu žáci zlepšili své znalosti v průměru o 1 stupeň a dosáhli o 5,6 bodu více, přičemž 9 žáků dosáhlo hodnocení „výborně“ nebo „chvalitebně“ (tabulka 7b).

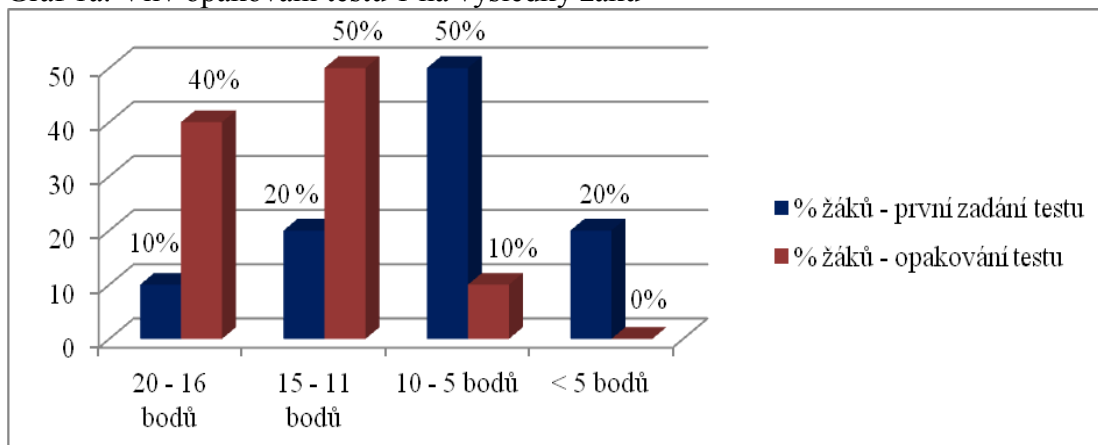
Tabulka 7a: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Průměrná známka/1 žáka		Průměrný počet bodů/1 žáka	
Test 1	Test 1 – opakování	Test 1	Test 1 – opakování
2,8	1,7	8,6	14,2

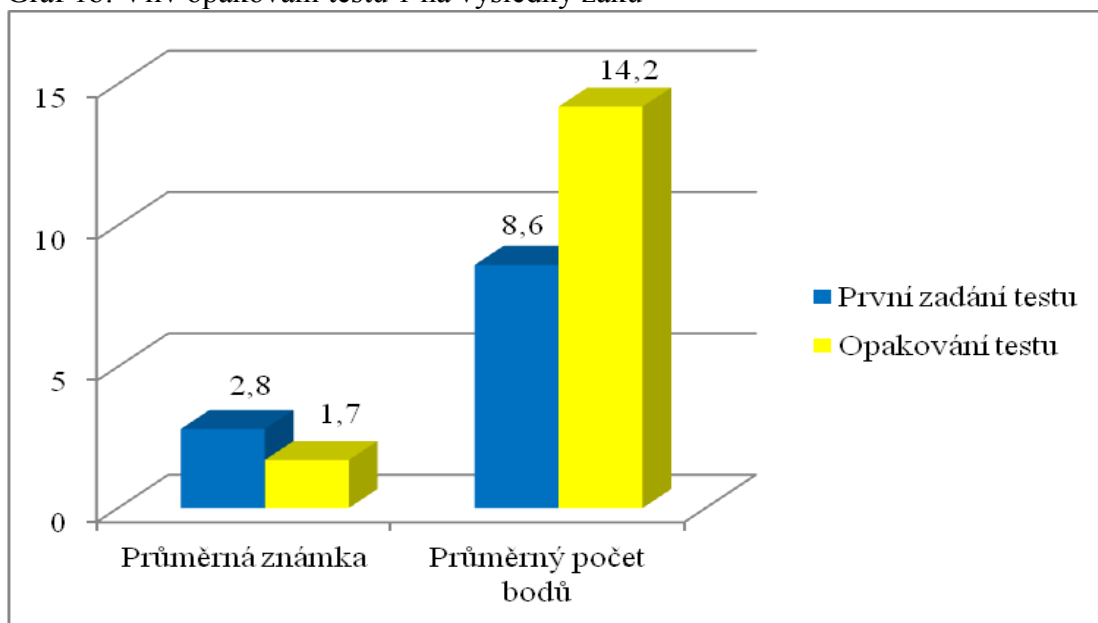
Tabulka 7b: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Body	Známka	Test 1	Test 1 – opakování
		% žáků	% žáků
20 – 16	1	10	40
15 – 11	2	20	50
10 – 5	3	50	10
méně než 5	4	20	-

Graf 1a: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků



Graf 1b: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků



Podobně jsou porovnány výsledky žáků v rámci druhého testu (tabulky 8a a 8b, grafy 2a a 2b). Opakováním testu 2 došlo ke zlepšení výsledků respondentů taktéž v průměru o 1 klasifikační stupeň a 5,5 bodu a 8 žáků získalo známku 1 nebo 2, zatímco při prvním testování pouze 3 žáci.

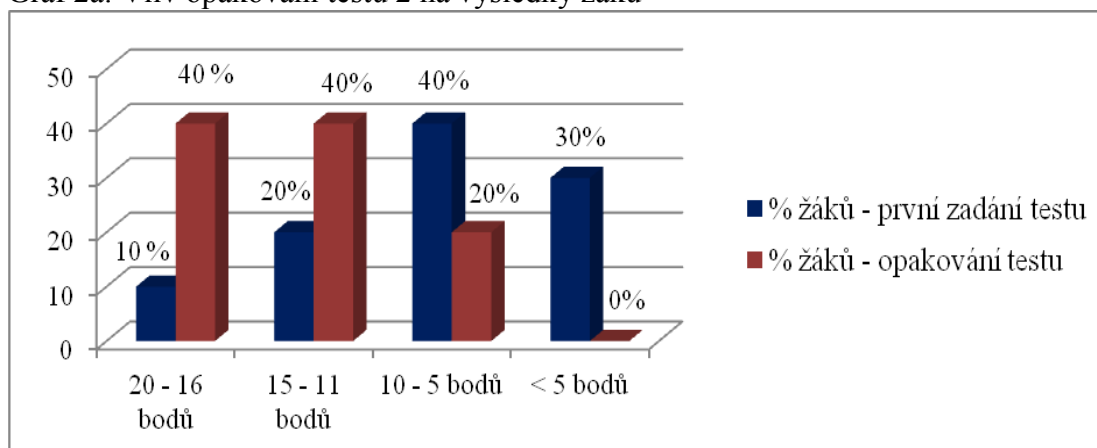
Tabulka 8a: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Průměrná známka/1 žáka		Průměrný počet bodů/1 žáka	
Test 2	Test 2 – opakování	Test 2	Test 2 – opakování
2,9	1,8	8,0	13,5

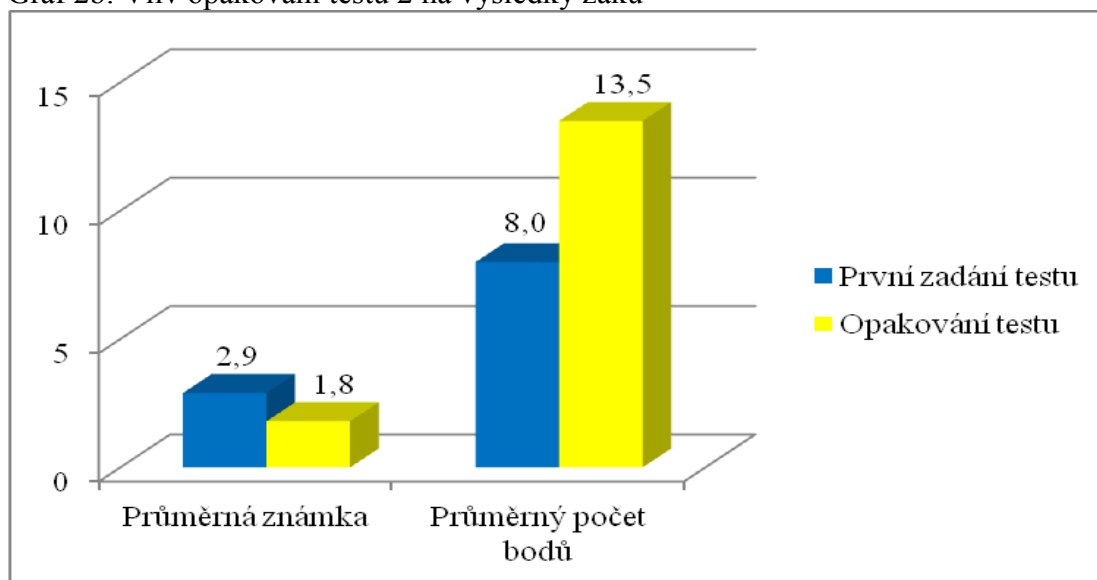
Tabulka 8b: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Body	Známka	Test 2	Test 2 – opakování
		% žáků	% žáků
20 – 16	1	10	40
15 – 11	2	20	40
10 – 5	3	40	20
méně než 5	4	30	-

Graf 2a: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků



Graf 2b: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků



9.2 Výsledky samostatné praktické činnosti žáků

Výsledky samostatné praktické činnosti žáků (spoj na pokos) poprvé realizované jsou popsány v tabulkách 9a a 9b. Nejvyšší podíl žáků (40%) byl hodnocen klasifikační stupněm 3 (bodové rozmezí 59 až 30 bodů). Nejhorší výsledek (známka 4) vykázalo 30% respondentů s méně než 30 body získanými za finální produkt (tabulka 9a). Žáci dosáhli v průměru hodnocení 2,9 a 51,2 bodu (tabulka 9b).

Tabulka 9a: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
100 – 80	1	1	10
79 – 60	2	2	20
59 – 30	3	4	40
méně než 30	4	3	30

Tabulka 9b: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků

Průměrná známka/1 žáka	Průměrný počet bodů/1 žáka
2,9	51,2

V tabulce 10 je uvedeno hodnocení dílčích činností v rámci samostatné praktické činnosti žáků. Žáci byli hodnoceni následovně (pořadí od nejlépe zvládnuté činnosti): Úklid pracoviště ⇒ BOZP, hygiena práce, pořádek na pracovišti ⇒ Příprava pracoviště ⇒ Organizace práce, dodržení postupu práce podle zadání ⇒ Hodnocení finálního produktu. Nejhůře byli žáci hodnoceni za finální produkt (průměrný počet bodů 15,8 ze 40 možných bodů) a v organizaci práce a dodržení postupu práce podle zadání (průměrný počet bodů 8,2 bodu z 20 možných bodů).

Tabulka 10: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – dílčí úkoly

Úkol, činnost	Možný maximální počet bodů	Získaný průměrný počet bodů
Příprava pracoviště	20	13,5
BOZP, hygiena práce, pořádek na pracovišti	10	6,2
Organizace práce, dodržení postupu práce podle zadání	20	8,2
Hodnocení finálního produktu	40	15,8
Úklid pracoviště	10	7,5
Celkem	100	51,2

Výsledky praktické činnosti žáků při jejím opakování jsou shrnuty v tabulkách 11a a 11b, ze kterých je patrné zlepšení žáků. Nejvíce žáků (40%) bylo klasifikováno stupněm 2, nejlepší hodnocení (známku 1) dosáhlo 30% respondentů (tabulka 11a), když poprvé to bylo pouze 10% žáků. Opakováním žáci zlepšili klasifikaci samostatné praktické činnosti v průměru o 0,8 stupně a 16,6 bodu (tabulka 11b). Vliv opakování samostatné praktické činnosti na výsledky žáků je graficky zpracováno v grafech 3a a 3b.

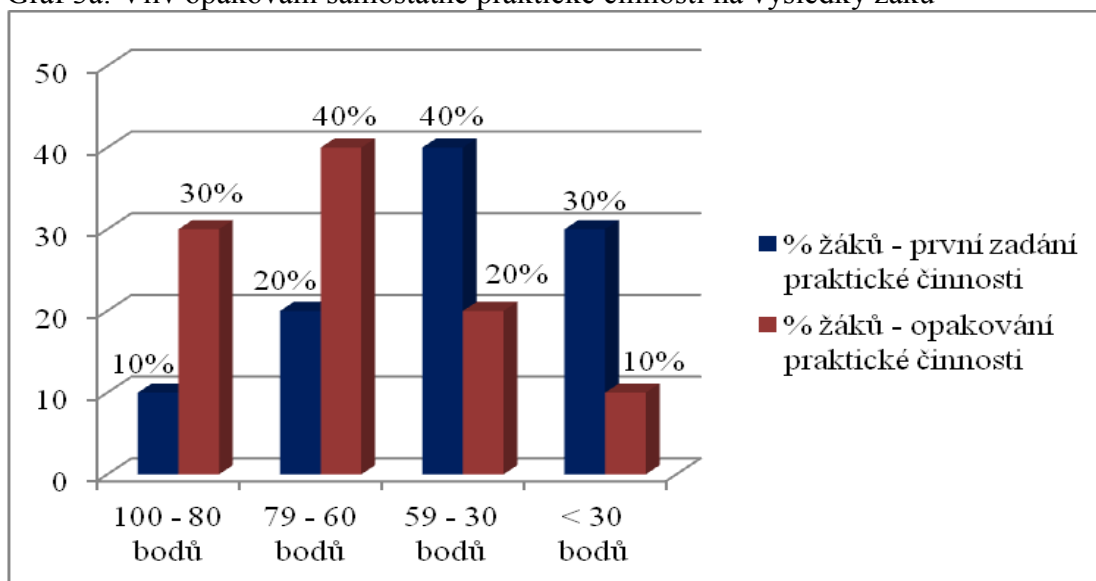
Tabulka 11a: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – opakování

Body	Známka	Počet žáků	
		n	%
100 – 80	1	3	30
79 – 60	2	4	40
59 – 30	3	2	20
méně než 30	4	1	10

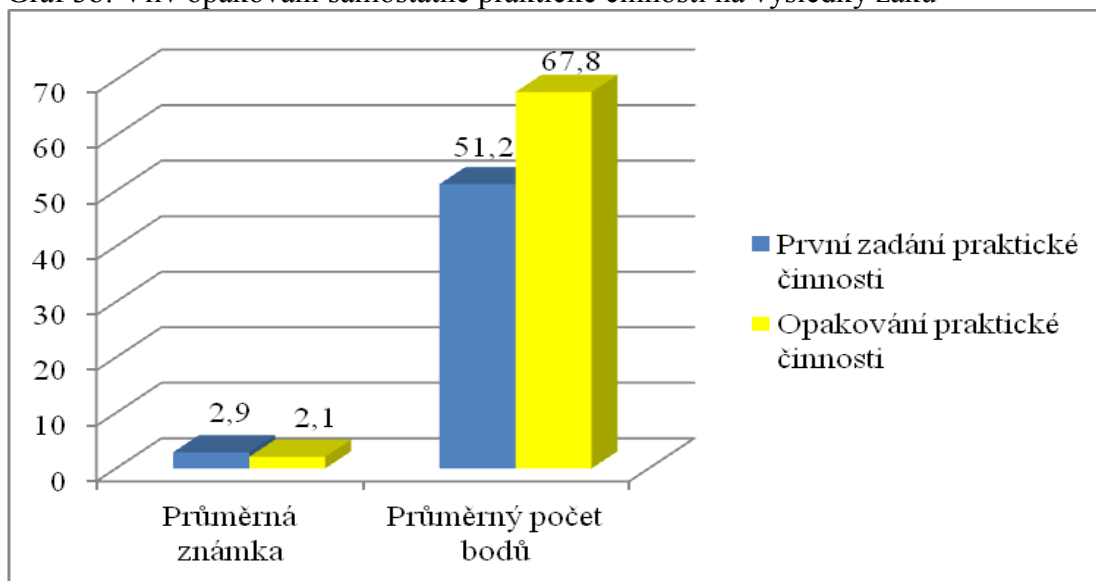
Tabulka 11b: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – opakování

Průměrná známka/1 žáka	Průměrný počet bodů/1 žáka
2,1	67,8

Graf 3a: Vliv opakování samostatné praktické činnosti na výsledky žáků



Graf 3b: Vliv opakování samostatné praktické činnosti na výsledky žáků



Tabulka 12 popisuje zlepšení žáků v jednotlivých hodnocených úkolech při opakování samostatné praktické činnosti. Pořadí nejlépe zvládnutých dílčích úkolů bylo zachováno jako při první samostatné činnosti žáků, pouze došlo k bodovému navýšení za aktivity.

Tabulka 12: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – dílčí úkoly – opakování

Úkol, činnost	Možný maximální počet bodů	Získaný průměrný počet bodů
Příprava pracoviště	20	15,5
BOZP, hygiena práce, pořádek na pracovišti	10	7,5
Organizace práce, dodržení postupu práce podle zadání	20	12,2
Hodnocení finálního produktu	40	24,8
Úklid pracoviště	10	7,8
Celkem	100	67,8

9.3 Motivace žáků

Při přípravě a realizaci testů „ nářadí a nástroje na opracování dřeva a kovů“, taktéž i při samostatné práci na výrobě části fotorámečku bylo nutné nějakým způsobem zaujmout a motivovat žáky praktické školy dvouleté, což se zřejmě podařilo.

Bylo vysvětleno, že učební látku, kterou probírají, je podle školního vzdělávacího programu, ale zvláštní je v tom, že příprava, průběh a vyhodnocení se objeví v diplomové práci. Taktéž byli ujištěni, že bez jejich souhlasu nebudou zveřejněny jen fotky testů či výrobků, v žádném případě fotky, podle kterých by se žáci dali identifikovat.

Dostali taktéž informaci, že se podílí na pilotním projektu, který bude budoucím žákům sloužit jako vzor, jako učební pomůcka a tito žáci tak mohou být výjimeční tím, že jsou první, že spoluvytváří studijní materiál a pomáhají i svému učiteli, čehož si byli vědomi, byli očividně povzneseni a spolupracovali. Navíc se v praktické části a při vlastním průzkumu přistoupilo na motivační známky, tzn., že klasifikace neobsahovala stupeň 5, ale jako nejhorší hodnocení byla známka 4.

Dále bylo třeba zaujmout testovým materiálem, kdy počáteční černobílé obrázky nářadí a nástrojů byly nahrazeny obrázky barevnými, většími a přehlednějšími a jednotlivé listy prošly laminátovou úpravou pro případné vícenásobné a opakované použití. Dobře se osvědčil způsob vyplňování testů – označení hvězdičkou, což žáky taktéž kladně motivovalo. Obrázky na papíru ale v žádném případě nepostačily. Do oblasti pozitivní motivace lze zahrnout také to, že ještě před samotným vyplňováním testů se žáci s učebním materiálem seznamovali v rámci interaktivní tabule, kde měli možnost s pomocí vyučujícího procvičit se v pojmech nanečisto a také záhy v rukodílně, kdy si mohli reálné nářadí osahat a podrobně se seznámit například s různým materiálem, ze kterého je nářadí vyrobeno, váhou, délkou, ergometrickými úchopy, ostří, břity, apod., a na co přesně se konkrétní nástroj používá. Učili se

na bázi sensorických zkušeností, a tudíž analyzovali nářadí v podstatě všemi smysly a přiřazovali je k pojmům.

Při pozitivní motivaci průběžně prožívali pocit radosti a všechny dílčí kroky při samostatné práci i při vyplňování testů je posouvaly dále a to směrem k cíli, kdy pocit spokojenosti gradoval. Při koncentraci k dosažení cíle, což bylo vyplnění všech stránek testů a odevzdání hotového výrobku, se žáci zaměřovali především na pojmy v oblasti nářadí na dřevo a kov a na pracovní postup, protože zejména na pojmech je postavena výuka, ale jejich správné chápání ovlivňuje i motivaci k dalšímu učení. Už profesor Nyborg zjistil, že „nejúčinnější způsob učení pojmů je využití konkrétních předmětů, které jsou označovány pojmy, mezi kterými jsou následně hledány rozdíly či podobnosti“.

Jedním z důležitých faktorů, které ovlivňují motivaci dítěte po dalším poznávání, je osobnost učitele, a jeho reakce – zpětná vazba. Úloha učitele je znovu a znovu potvrzovat správnost odpovědí, ukazovat, v čem jsou žáci dobří, chválit je i za drobné detaily, čímž učitel aktivuje jejich pozitivní pocity a přispívá k jejich zvýšené motivaci. Pro žáky je potvrzení toho, že něco udělali správně odměnou, která je motivuje do další práce. Učitel je také v roli partnera, který chce žákům s učením pomoci, což drtivá většina ocení a ne někým, kdo hledá jejich chyby. Právě případné chyby a nepochopení musí učitel brát jako nedorozumění a objevit důvod a myšlenku, proč žák zvolil zrovna tuto odpověď.

Základním kamenem pozitivní motivace jsou důkazy a úspěchy, kterých žáci dosáhli. Proto je potřebné uchovat záznam z jejich působení a to prostřednictvím fotografie vlastnoručního výrobku žáka, nahrát jeho činnost při práci na záznamové zařízení (kamera), nebo uspořádat výstavku vlastních prací, určenou zejména pro jejich rodiče, spolužáky a pro celý pedagogický sbor ve škole a ocenit tím práci a úsilí, které musí tyto osoby s mentálním handicapem vynaložit.

Další z pozitivních motivací, které by jistě stály za diskuzi je třeba finanční odměna, respekt, uznání, osobní růst, vidina volného času. Inspiraci

a nový trend v oceňování a verifikaci dosažených výsledků můžeme čerpat také z české platformy Veriod, která přináší z USA myšlenku tzv. open badgů (digitálních odznaků).

ZÁVĚR

Obecným cílem diplomové práce bylo poukázat na složitý proces výchovy a vzdělávání mentálně postižených žáků, zvláště žáků se středně těžkým stupněm a to na Praktické škole dvouleté. Z výsledků průzkumu vyplývá, že nabývání znalostí, dovedností a vědomostí výše uvedených žáků je přímo úměrné motivaci a za stálého opakování se zlepšují jejich výsledky, jakožto i hodnocení a to jak v oblastech teoretických pojmů a názvosloví, tak v praktické, manuální činnosti. Vzhledem k tomu, že se žáci vědomě zúčastnili průzkumu v rámci diplomové práce, spontánně spolupracovali, snažili se být nápomocni a udržet pozornost, získali dle mého názoru jiný pohled na předmět Pracovní výchova, ale i na roli pedagoga. Obohacení je zřejmé na obou stranách, jelikož kladné výsledky žáků, posun k lepšímu hodnocení, zaujetí a zájem, je vizitkou dobré práce pedagoga. Lze tedy konstatovat, že vytýčený cíl diplomové práce se podařilo splnit, taktéž se potvrdila hypotéza, že kladnou motivací lze dosáhnout lepších výsledků v procesu praktických dovedností. Dá se s úspěchem předpokládat, že hypotéza by se zřejmě potvrdila v předmětu Pracovní výchova i u žáků intaktních, tudíž může platit univerzálně a nabízí se středověká pedagogická moudrost, ověřená i touto diplomovou prací: “Repetitio (est) mater studiorum (scientiae)“. Opakování, matka učení. Opakování je matkou moudrosti.

Je zajisté prospěšné a vítané pro žáky se zdravotním postižením, tedy i pro mentálně handicapované, samozřejmě i pro jejich blízké, že současná legislativa umožňuje, aby těmto lidem bylo umožněno studovat, dále se vzdělávat, rozvíjet v mnoha oblastech, učit se praktickým činnostem a novým dovednostem. Musí se vytvořit podmínky, aby se školy přizpůsobily potřebám těchto žáků, našly se zdroje na financování provozu a vzdělávání, na odstraňování různých bariér, aby se lépe pracovalo v nových podmínkách i kompetentním a vzdělaným pedagogům.

Průzkum napomohl a otevřel cestu k lepšímu, názornějšímu pochopení dané problematiky a didaktická pomůcka – vypracované testové soubory “Nástroje a nářadí k ručnímu opracování dřeva a kovů“, vytvořená původně jen

pro účely této práce, se natrvalo uplatnila i pro základní školu, v rámci ŠVP pro předmět pracovní výchova. Laminátová i barevná úprava listů, přehledně zpracovaná, s velkým rozlišením náradí a nástrojů, bude sloužit jako vzdělávací materiál pro případné vícenásobné a opakované použití. Uplatněná metodika a motivace může být také užitečnou součástí a inspirací i pro kolegy speciální pedagogy – učitele, kteří po mnoho let pracují s žáky s handicapem v jiných předmětech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

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

ČADILOVÁ, V., ŽAMPACHOVÁ, Z. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 405 s. ISBN 978-80-7367-475-5.

ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: UK, 1995. ISBN 80-7066-899-7.

DÖRNER, K., PLOG, U. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. 1. vyd. Přeložil Jan Lorenc. Praha: Grada Publishing, 1999, 353 s. ISBN 80-7169-628-5.

DURECOVÁ, K. Vymezení základních pojmů a problémů in Agresivita a prevence problémového chování u lidí s mentálním postižením. ISBN 80-86980-00-6, Modrý klíč, 2005.

EDELSBERGER, L. a kol. *Defektologický slovník*. Praha: H&H, 2000. ISBN 80-86022-76-5.

FISCHER, S., ŠKODA, J. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008, 205 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

FOCAULT, M. *Dějiny šílenství*. Přeložila Věra Dvořáková. Praha: Nakladatelství Lidové noviny 1994. ISBN: 80-7106-085-2

HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika*. Praha: IPPP, 2005. ISBN 80-86856-05-4

HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha: Tigris, s.r.o., 2002. 895 s. ISBN 82-900130-1-5.

JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993, 129 s.

KALHOUS, Z., OBST, O. *Školní didaktika*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002, 447 s. ISBN 80-7178-253-x.

KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. 7. vyd. Praha: SPN - pedagogické nakladatelství, 2005, 829 s. ISBN 80-7235-272-5.

Králové: Gaudeamus, 2005. ISBN 80-7041017-5.

KULKA, J. *Psychologie umění*. Vyd. 2., přeprac. a dopl. Praha: Grada Publishing, 2008, 435 s. ISBN 978-80-247-2329-7.

LANGER, S. *Mentální retardace: Etiologie, diagnostika, profesiografie, výchova*. 3. přeprac. vyd. Hradec Králové: Kotva, 1996, 273 s. ISBN 80-900254-8-x.

LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. Olomouc: UP, 2004.

MAREŠ J. Psychosociální klima školy – důležitý ukazatel „zdravého stavu školy“. In: ŘEHULKA, E. (Ed.) Škola a zdraví 21. Brno: Paido, 2006.

MICHALÍK, J. Holokaust – jeho méně známá stránka. In *Postižený člověk v dějinách*. Hradec

MICHALÍK, J. *Poradenství uživatelům sociálních služeb*. 1. vyd. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených - sekce vzdělávání, 2008, 142 s. ISBN 978-80-903658-2-7.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 511 s. ISBN 978-80-7367-859-3.

MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001, 289 s. ISBN 80-244-0231-9.

NÝVLTOVÁ, V. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Vyd. 1. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2008, 228 s. ISBN 978-80-86723-48-8.

OPATŘILOVÁ, D., VÍTKOVÁ, M., at al. *Speciálně pedagogická podpora dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami mimo školu*. Brno: MU, 2011. ISBN 978-80-210-5693-0.

PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 1.vyd. ISBN 978-80-86633-40-3.

- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006, 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010, 401 s. ISBN 978-80-7315-198-0.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4. aktual. vyd. Praha: Portál, 2003, 322 s. ISBN 80-7178-772-8.
- RUBINŠTEJNOVÁ, S. *Psychologie mentálně zaostalého žáka*. Praha: SPN, 1986
- SCHARSACH, H. *Lékaři a nacismus*. Praha: Themis, 2001.
- SCHARSACH, H. *Lékaři a nacismus*. Překlad Marie Goldmannová. 1. vyd. Praha: Themis, 2001. 223 s. ISBN 80-85821-90-7.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. 1.vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 231 s.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1.vyd.Praha: Portál, 2003. 192s. ISBN 80-7178-821-X.
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace. Vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál, 2006. ISBN 978- 80-7367-060-7.
- TITZL, B. *Člověk s postižením v dějinách*. Praha: UK, 2001. ISBN 80-86039-90-0.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- VALENTA, M. *Dramaterapie*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1819-4.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH. M. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2012, 349 s. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie. Teoretické základy a metodika*. Olomouc: Parta, 2003. ISBN 978- 80-7320-063-5.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 1. vyd. Praha: Parta, 2003, 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. 3., dopl. a uprav. vyd. Praha: Parta, 2007, 386 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VANČURA, J. *Zkušenost rodičů dětí s mentálním postižením*. Brno: Barrister & Principal, 2007, 151 s. ISBN 978-80-87029-14-5.

VÍTKOVÁ, M. a kol. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 978-80-7315-071-9.

ZVOLSKÝ, P. *Speciální psychiatrie*. Dotisk. Praha: Karolinum, 1996, 206 s. ISBN 80-7184-203-6.

Studijní texty:

BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ, B., PIPEKOVÁ, J. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido, 2007, 150 s. ISBN 978-80-7315-161-4.

BAZALOVÁ, B. Významy přisuzované postižení, postoje společnosti k osobám s tělesným postižením a postoje k integraci u nás a ve světě. Disertační práce. Brno: MU, 2003. 235s.

HANÁK, P., MICHALÍK, J., a kol. *Informační brožura o činnosti speciálně pedagogických center*. Speciálně pedagogické centrum, Univerzita Palackého v Olomouci, 2011

IRA, V. *Speciální pedagogika – psychopedie*. Katedra speciální a sociální pedagogiky, Zdravotně sociální fakulta jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, 2006.

KRATOCHVÍLOVÁ, J., a kol., *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením ve středních školách*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Praha: 2012, ISBN 978-80-87063-55-2.

MIKULKOVÁ, G., ŠRAHŮLKOVÁ, K., (eds.) a kol., *Integrovaná síť školních a školských poradenských služeb*. Národní ústav pro vzdělávání, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, Praha: 2014, ISBN 978-80-7481-062-6.

POKORNÁ, V. *Inkluzivní a kognitivní edukace: sborník přednášek*; k vyd. přípr. a zahr. příspěvky z angl. přel. Věra Pokorná. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2006, 388 s. ISBN 80-7290-258-x.

VALENTA, M., PETRÁŠ, P., a kol. *Metodika práce se žákem s mentálním postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta Olomouc, 2012.

VANČURA, J. *Lidé s mentálním postižením*. Podkladový materiál pro proces komunitního plánování sociálních služeb ve městě Brně, BRNO, 2007.

Další literatura:

Bílá kniha: Národní program rozvoje vzdělávání v České republice, MŠMT, Praha: 2001.

Deklarace o právech mentálně postižených, OSN, 1971.

Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010 – 2014, vláda České republiky, Praha: 2011.

Propagační materiál, Úřad práce ČR, Praha:2013.

Úmluva o právech dítěte, 1991

Ústava České republiky, 1/1993 Sb.

Zákony, vyhlášky, legislativa:

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

Zákon č. 472/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o zaměstnanosti č. 367/2011 Sb., kterým se mění zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů, a další související zákony.

Vyhláška č. 116/2011 Sb. kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Vyhláška č. 214/2012 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání, ve znění vyhlášky č. 43/2006 Sb.

Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.

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

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

Vyhláška č. 74/2005 Sb., o zájmovém vzdělávání.

Internetové zdroje:

Přístupy společnosti k handicapovanému člověku v historii [on line]. Praha: Eliada 2014 [cit. 2014-12-10] Dostupné na WWW:<http://www.eliada.cz>.

USA prováděly testy na věznicích a postižených [on line]. Praha: Zprávy idnes 2014 [cit. 2014-12-11] Dostupné na WWW:<http://www.zpravy.idnes.cz>.

Eugenika a genetické testování [on line]. Praha: Masarykova univerzita 2014 [cit. 2014-12-12] Dostupné na WWW:<http://www.muni.cz>.

Postavení handicapovaných v islámu [on line]. Praha: E - Islám 2014 [cit. 2014-12-13]. Dostupné na WWW:<http://www.e-islam.cz>.

Osobnosti speciální pedagogiky [on line]. Praha: Speciální pedagogika 2014 [cit. 2014-12-15]. Dostupné na WWW:<http://www.specpedagogika.cz>.

Lidská práva [on line]. Praha: Poradna pro občanství, občanská a lidská práva 2014 [cit. 2014-12-16]. Dostupné na WWW:<http://www.lidskaprava.poradna-prava.cz>.

Speciální olympiáda [on line]. Praha: České hnutí speciálních olympiád 2014 [cit. 2014-12-16]. Dostupné na WWW:<http://www.specialolympics.cz>.

O inkluzi [on line]. Praha: Rytmus 2014 [cit. 2014-12-17]. Dostupné na WWW:<http://www.rytmus.org>.

Mapa férových škol [on line]. Praha: Liga lidských práv 2014 [cit. 2014-12-18]. Dostupné na WWW:<http://www.mapaferovychskol.cz>.

Integrace pro a proti [on line]. Praha: Dobromysl 2014 [cit. 2014-12-19]. Dostupné na WWW:<http://www.dobromysl.cz>.

Zákony [on line]. Praha: MŠMT ČR 2015 [cit. 2015-01-03]. Dostupné na WWW:<http://www.msmt.cz>.

Vyhlášky [on line]. Praha: MŠMT ČR 2015 [cit. 2015-01-05]. Dostupné na WWW:<http://www.msmt.cz>.

Vzdělávání dětí s mentálním postižením [on line]. Praha: Šance dětem 2015 [cit. 2015-01-08]. Dostupné na WWW:<http://www.sancedetem.cz>.

Rámcové vzdělávací programy [on line]. Praha: Národní ústav pro vzdělávání 2015 [cit. 2015-01-09]. Dostupné na WWW:<http://www.nuv.cz>.

Poruchy autistického spektra [on line]. Praha: Portál o poruchách autistického spektra 2015 [cit. 2015-01-12]. Dostupné na WWW:<http://www.autismus.cz>.

Aspergerův syndrom [on line]. Praha: Dobromysl 2015 [cit. 2015-01-12]. Dostupné na WWW:<http://www.dobromysl.cz>.

Politika zaměstnanosti [on line]. Praha: Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí ČR 2015 [cit. 2015-01-20]. Dostupné na WWW:<http://portal.mpsv.cz>.

Podporované zaměstnávání [on line]. Praha: Česká unie pro podporované zaměstnávání 2015 [cit. 2015-01-20]. Dostupné na WWW:<http://www.unie-pz.cz>.

Podporované zaměstnání [on line]. Praha: Rytmus 2015 [cit. 2015-01-20]. Dostupné na WWW:<http://www.rytmus.org>.

Tranzitní program [on line]. Praha: Rytmus 2015 [cit. 2015-01-21]. Dostupné na WWW:<http://www.rytmus.org>.

Strategie zaměstnanosti do roku 2020 [on line]. Praha: Integrovaný portál Ministerstva práce a sociálních věcí ČR 2015 [cit. 2015-01-21]. Dostupné na WWW:<http://www.portal.mpsv.cz>.

Přechodné zaměstnávání [on line]. Praha: Občanské sdružení Eset-Help 2015 [cit. 2015-01-22]. Dostupné na WWW:<http://www.esethelp.cz>.

Další kontakty a odkazy:

Informační portál pro osoby se specifickými potřebami [on line]. Praha:2015 Dostupné na WWW:<http://www.helpnet.cz>.

Národní rada osob se zdravotním postižením ČR [on line]. Praha:2015 Dostupné na WWW:<http://www.nrzp.cz>.

Informační systém o uplatnění absolventů škol na trhu práce [on line]. Praha: 2015 Dostupné na WWW:<http://www.infoabsolvent.cz>.

Odkazy na speciálně pedagogická centra:

Asociace pracovníků Speciálně pedagogických center (AP SPC) [on line]. Praha: 2015 Dostupné na WWW:<http://www.apspc.cz>.

Inovace činnosti SPC při posuzování speciálně vzdělávacích potřeb dětí a žáků se zdravotním postižením [on line]. Praha: 2015 Dostupné na WWW:<http://spc-info.upol.cz>.

Adresář a kontakty na SPC [on line]. Praha: 2015 Dostupné na WWW:<http://www.apspc.cz>.

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK A GRAFŮ

I. Seznam tabulek:

Tabulka 1: Hodnotící tabulka

Tabulka 2: Klasifikace podle dosažených bodů

Tabulka 3: Výsledky testu 1

Tabulka 4: Výsledky testu 1 – opakování

Tabulka 5: Výsledky testu 2

Tabulka 6: Výsledky testu 2 – opakování

Tabulka 7a: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Tabulka 7b: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Tabulka 8a: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Tabulka 8b: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Tabulka 9a: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků

Tabulka 9b: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků

Tabulka 10: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – dílčí úkoly

Tabulka 11a: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – opakování

Tabulka 11b: Výsledky samostatné praktické činnosti žáků – opakování

II. seznam grafů:

Graf 1a: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Graf 1b: Vliv opakování testu 1 na výsledky žáků

Graf 2a: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Graf 2b: Vliv opakování testu 2 na výsledky žáků

Graf 3a: Vliv opakování samostatné praktické činnosti na výsledky žáků

Graf 3b: Vliv opakování samostatné praktické činnosti na výsledky žáků

SEZNAM PŘÍLOH:

Příloha A – Test 1.....	I
Příloha B – Test 2.....	VIII

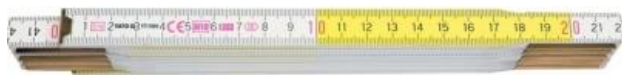
Test 1: Ruční nářadí a nástroje na opracování dřeva

Jméno žáka:

Třída:

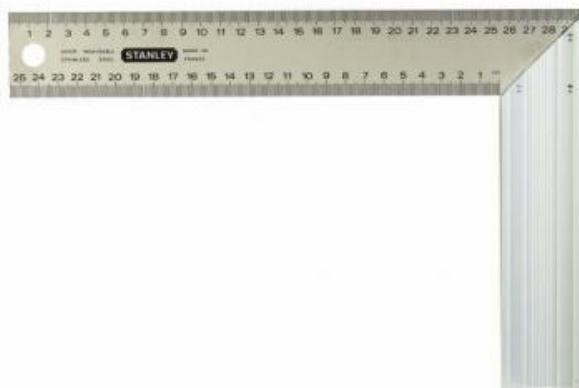
Datum:

Pokyny k vyplnění testu: Správnou odpověď označ hvězdičkou.



Skládací metr

Úhloměr



Úhelník

Posuvné měřítko

Příloha A



Vodováha

Úhломěr



Sekáč

Kladívko



Posuvné měřítko

Truhlářská svěrka

Příloha A



Plochý šroubovák

Křížový šroubovák



Štípací kleště

Kombinované kleště



Pilníky na dřevo

Dláta



Dláto ploché

Rašple plochá

Příloha A



Rýsovací jehla

Nebozez



Rašple

Pilník



Hoblík hladík

Hoblík macek

Příloha A



Pila ocaska

Pila břichatka



Pila čepovka

Pila zubatka



Montážní pila

Rámová pila

Příloha A



Strunová pila

Pila lupínková



Mečounová pila

Pila děrovka



Pila oblouková

Rámová pila



Příloha A



Pila břichatka

Pila polenová

Pila pokosová

Lišťová pila

Celkem bodů:

Známka:

Hodnocení testu:

Za každou správnou odpověď – 1 bod

Celkem maximálně – 20 bodů

Body	Známka
20 – 16	1
15 – 11	2
10 – 5	3
méně než 5	4

Test 2: Ruční nářadí a nástroje na opracování kovů

Jméno žáka:

Třída:

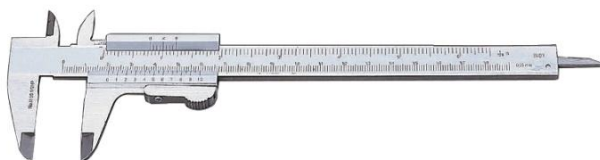
Datum:

Pokyny k vyplnění testu: Správnou odpověď označ hvězdičkou.



Kovové měřítko

Posuvné měřítko



Truhlářská svěrka

Posuvné měřítko



Zámečnický svěrák

Lis na dřevo

Příloha B



Kombinované kleště

Štípací kleště



Kombinované kleště

Nůžky na plech



Hasák

Univerzální kleště



Důlčíky

Rýsovací jehla

Příloha B



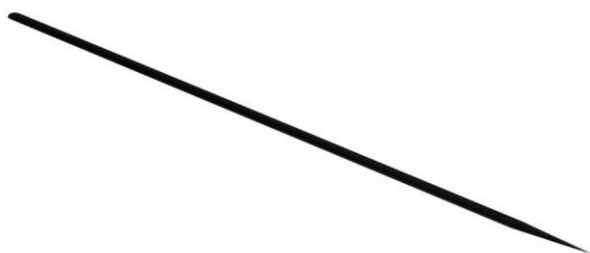
Montážní klíč oboustranný

Otáčecí kleště



Hasák

Zámečnická svorka



Rýsovací jehla

Šídlo



Sada Gola klíčů

Sada metrických matek

Příloha B



Nýtovací kleště
Děrovačka na kov



Ploché šroubovák
Dláto úzké



Křížový šroubovák
Průbojník



Ocelový kartáč
Plastový kartáč



Pilka na železo
Pilka na dřevo

Příloha B



Zámečnický pilník

Smirkový uběrák



Sekáč plochý

Plochý šroubovák



Kovadlina

Kovová koza

Příloha B



Klíč inbusový

Důlčík

Celkem bodů:

Známka:

Hodnocení testu:

Za každou správnou odpověď – 1 bod

Celkem maximálně – 20 bodů

Body	Známka
20 – 16	1
15 – 11	2
10 – 5	3
méně než 5	4

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Zdeněk Mička

Obor: Speciální pedagogika - učitelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Pracovní výchova na praktické škole dvouleté se žáky s mentálním postižením

Rok: 2015

Počet stran: 167

Celkový počet stran příloh: 13

Počet titulů české literatury a pramenů: 53

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 0

Počet internetových zdrojů: 25

Vedoucí práce: PhDr. Josef Novotný, CSc.