

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky



DIPLOMOVÁ PRAČE

Vzdělávání žáků s mentálním postižením a s více vadami

Vedoucí diplomové práce: PaedDr. Jaroslava Zemková, Ph.D.

v

Vypracovala: Zaloudková Lenka

Praha 2008

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že diplomovou práci na téma „Vzdělávání žáků s mentálním postižením a s více vadami“, jsem vypracovala samostatně za pomoci uvedené literatury a podkladových materiálů a po odborných konzultacích s paní PaedDr. Jaroslavou Zemkovou, Ph.D. Použitou literaturu a podkladové materiály uvádím v přiloženém seznamu literatury.

Lenka Žaloudková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat PaedDr. Jaroslavě Zemkové, Ph.D. za pomoc a odborné vedení, které mi poskytovala v průběhu celého studia a hlavně pak při zpracování této práce. Dále bych chtěla poděkovat mamince chlapce, kterému je tato diplomová práce věnována, za její ochotu, upřímnost a otevřenost. Rovněž chci poděkovat celé své rodině, která mi vycházela všemožně vstříc a byla mi největší oporou.

Anotace

Žaloudková, L.: Vzdělávání žáků s mentálním postižením a s více vadami

V diplomové práci je řešena problematika edukace a možné socializace jedinců s mentálním postižením a s více vadami s ohledem k současné legislativě. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy, charakteristika problémů a vývoj péče. Jedna z kapitol zachycuje historické momenty této problematiky. Praktická část je zpracována jako případová studie, která se věnuje neúplné rodině s handicapovaným dítětem. Studie se zabývá zapojením dítěte do školského systému a zachycuje jeho vzdělávání do současnosti.

Klíčová slova: mentální retardace, postižení více vadami, edukace, socializace, poradenství, legislativa

Anotation

Žaloudková, L.: Student's education with mental disabilities and other disfunctions

Problems of education and possible socialization of individuals with mental disability to current legislation is analyzing in this desertation work. Basic ideas, characteristic of problems and development of care are mentioned in theoretical part. One of the chapters take historical moments of this problem. Practical part is made as case study, which follows partial family with handicapped child. Case study deal with involment of child to education and record his/her education to current day.

Key words: mental retardation, disabilities with more defect, education, socialization, consultancy, legislation

Obsah

Úvod.....	7
1. Mentální retardace.....	9
1.1 Vymezení pojmu mentální retardace.....	9
1.2 Etiologie mentální retardace.....	10
1.3 Klasifikace mentální retardace.....	12
1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace.....	13
2. Osobnost jedince s mentální retardací.....	16
2.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací.....	16
2.2 Děti s mentálním postižením a s více vadami v předškolním období a v mladším školním věku.....	19
3. Těžké postižení a postižení více vadami.....	20
3.1 Vymezení pojmu těžké postižení a pojmu postižení více vadami.....	20
3.2 Etiologie těžkého postižení a postižení více vadami.....	22
3.3 Mentální postižení v kombinaci s vadami fyzickými.....	24
4. Edukace žáků s mentální retardací, těžkým postižením a s postižením více vadami.....	28
4.1 Legislativní podmínky vzdělávání v České republice.....	28
4.2 Předškolní vzdělávání.....	29
4.2.1 Speciální mateřské školy pro mentálně postižené.....	30
4.2.2 Mateřské školy fungující při zdravotnických zařízeních.....	30
4.2.3 Speciální mateřské školy pro děti se zdravotním postižením.....	31
4.3 Období povinné školní docházky.....	31
4.3.1 Základní škola praktická.....	32
4.3.2 Základní škola speciální.....	36
4.3.3 Přípravný stupeň základní školy speciální.....	38
4.3.4 Rehabilitační třídy základní školy speciální.....	39
4.3.5 Speciální třídy při základních, základních praktických školách a ÚSP.....	40
4.4 Profesionální příprava mentálně postižených a žáků s kombinovaným postižením.....	41
4.4.1 Odborná učiliště.....	41
4.4.2 Praktické školy.....	42

4.4.2.1 Praktické školy s dvouletou přípravou	42
4.4.2.2 Praktické školy s jednoletou přípravou	43
4.5 Možnosti dalšího vzdělávání	44
4.6 Individuální vzdělávací plán	45
5. Specializovaná poradenská zařízení	46
5.1 Centra rané péče	46
5.2 Speciálně pedagogická centra (SPC)	47
5.3 Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)	48
5.4 Střediska výchovné péče (SVP)	48
6. Ústavní výchova	49
6.1 Ústavy pro mentálně postiženou mládež	51
6.2 Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením	51
7. Socializace osob s mentálním postižením	51
8. Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením	52
9. Praktická část	57
9.1 Navázání kontaktu s rodinou	57
9.2 Anamnézy	57
9.3 Rodinné prostředí	59
9.4 Příchod na svět	59
9.5 V péči Střediska rané péče	61
9.6 Socializace a edukace	62
9.7 Návštěvy v rodině	71
9.8 Speciálně pedagogická diagnostika	75
9.9 Prognóza	78
9.10 Závěr	79
9.11 Seznam literatury	80
9.12 Přílohy	

Úvod

Tématem mé diplomové práce je vzdělávání žáků s mentálním postižením a s více vadami. Jedná se o problematiku, která si zasluhuje pozornost široké veřejnosti, protože osoby se speciálními vzdělávacími potřebami jsou nedílnou součástí naší společnosti a nelze je stavět do ústraní. Nelze opomenout ani fakt, že počet lidí s mentálním postižením a s více vadami v našem okolí roste. Nemalou zásluhu na této skutečnosti má značný pokrok v moderní medicíně, která umožňuje přežití i předčasně narozených dětí.

Podnětem pro napsání práce se stal dlouhodobý zájem o problematiku osob s mentálním postižením a s více vadami. S těmito dětmi jsem se mohla setkávat při praxích na základní škole praktické a na základní škole speciální. Tato práce mě natolik naplňuje, že se stane mou profesí.

Teoretická část diplomové práce poukazuje na možnosti, přístupy a edukační vlivy u osob s mentálním postižením a s více vadami. Vymezuje základní pojmy, charakteristiku problému a vývoj péče. Popisuje současný vzdělávací systém a nové trendy v této oblasti.

Praktická část diplomové práce je zpracována jako případová studie. V této části jsou nastíněny problémy, se kterými se může setkat rodina, kde syn má od narození velmi těžké postižení a matka sama má v diagnóze mentální retardaci. Díky tomu, že chlapec je zapojen do vzdělávacího systému, může matka načerpat energii a rozvíjet společně se synem vlastní rozumové schopnosti.

Dítě přináší rodičům nové poznatky, zkušenosti, citovou vázanost, nový společenský statut, ale především jim dává nový smysl života. V tom spočívá jeho největší hodnota. Bohužel dítě s postižením nesplňuje vždy očekávání svých rodičů.

Cílem praktické části je dokázat, že v na první pohled nezvládnutelné situaci lze vést spokojený a plnohodnotný život. Pro rodinu s postiženým dítětem je nepochybně velice důležité podání pomocné ruky. V tomto případě se může jednat o pomoc ze strany odborníků, například z center rané péče či speciálně pedagogických poraden, ale může jít i o pomoc blízkých osob a okolí.

Ke zpracování diplomové práce byly použity následující metody a techniky: analýza odborné literatury, přímé pozorování, obsahová analýza školní dokumentace a další

dokumentace o chlapci, rozhovor s odborným personálem, rozhovor s matkou a speciálně pedagogická diagnostika vývoje chlapce v jednotlivých oblastech po psychické i fyzické stránce.

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci u nichž dochází:

- k zaostávání vývoje rozumových schopností
- mají odlišný vývoj některých psychických vlastností
- mají poruchy v adaptačním chování
- mají trvalé porušení poznávací činnosti

Podle Dolejšího (1978, in Pipeková 2006) je mentální retardace vývojová porucha integrace psychických funkcí postihující jedince ve všech složkách jeho osobnosti - duševní, tělesné i sociální. Nejvýraznějším rysem je trvale porušená poznávací schopnost, která se projevuje nejnápadněji především v procesu učení. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou omezeny v závislosti na stupni postižení.

Švarcová ve své knize Mentální retardace (2000) uvádí, že se jedná o trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. **Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.**

Dalším termínem, který úzce souvisí s mentální retardací, je pojem demence, jinak také nazývaná získaná mentální retardace.

Demence = je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje po 2. roce života. Bývá zapříčiněna pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Nejčastěji se jedná o zánět mozku, zánět mozkových blan, poruchy metabolismu, intoxikace, nádory na mozku, duševní poruchy. Demence má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů. Demence nepostihuje všechny složky osobnosti najednou, jako 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 a dochází k celkové degradaci osobnosti (Bazalová, in Pipeková, 2006).

Rozlišujeme dva základní druhy demencí a to podle doby výskytu :

- dětskou
- stařeckou

Ve světě mentálně postižených dětí se můžeme také setkat s termínem pseudooligofrenie, nebo-li zdánlivá mentální retardace.

Pseudooligofrenie: zde 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 potřebné 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 zlepšování stavu (Bazalová, in Pipeková, 2006).

1.2 Etiologie mentální retardace

K mentální retardaci může vést celá řada různorodých příčin, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí.

Mentální retardace může být způsobena příčinami:

- **endogenními** (vnitřními)

Endogenní faktory jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jedná se tedy o příčiny genetické. „*Vlivem mutagenních faktorů, z nichž některé známe (záření, dlouhodobé hladovění, chemické vlivy...) a jiné nikoliv, dochází k mutaci genů (na úrovni aminokyselin), k aberaci chromozomů či změnám v jejich počtu (geonomové mutace)*“ (Ludíková, 2005, str. 29). Největší skupinu MR tvoří právě

syndromy způsobené změnou počtu chromozomů např. Downův syndrom. Dále do této skupiny patří onemocnění typu fenylketonurie, galaktosemie atd.

- **exogenními** (vnějšími)

Exogenní faktory působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství.

Do této skupiny patří:

- **Anorganické příčiny** - fyzikální (mechanické působení, vlivy záření), chemické (vlivy léčiv, jedů, chemických látek)

- **Biologické příčiny** - působení virů, bakterií, plísní, negativní vlivy symbiotické (způsobené soužitím matky a plodu)

- **Psychosociální příčiny** - např. negativní vlivy výchovy (Ludíková, 2005)

Z hlediska časového působení

a) **Prenatální příčiny** - působící od početí do narození

1) **Blastopatie** = poškození zárodku. Mohou být vyvolány infekčním onemocněním, průmyslovými škodlivinami, nesprávnou výživou atd.

2) **Embryopatie** = poruchy vývoje zárodku od 15. dne do konce 3. měsíce těhotenství.

- **Embryopatie psychogenní** - emocionální zátěž matky může vyvolat změny v hormonálním dění nebo vést k hypoxii plodu
- **Embryopatie kareňní** - nedostatečný přísun všech složek potravy
- **Embryopatie toxické** - poškození škodlivým zářením, vlivem některých léků a např. diabetes, hyper/hypothyrosis matky

3) **Fetopatie** = po 3. měsíci těhotenství. Příčinou jsou nemoci, intoxikace a infekce matky (Ludíková, 2005)

b) **Perinatální příčiny** - působící těsně před, během a těsně po porodu.

Tato poškození zaujímají mezi škodlivými faktory významné postavení.

Škodlivých faktorů může být několik :

- perinatální encefalopatie (organické poškození mozku)
- mechanické poškození mozku při porodu
- hypoxie
- asfyxie
- předčasný porod
- nízká porodní váha dítěte

c) **Postnatální příčiny** - působící po narození dítěte

- záněty mozku způsobené mikroorganismy
(klíšťová encefalitida, meningitida)
mechanické vlivy jako traumata
- mozkové léze při nádorovém onemocnění
krvácení do mozku
- senzorická, citová a sociokulturní deprivace dětí vyrůstajících v
nepřátelském, odcizeném, nepodnětném rodinném prostředí
(Valenta, Müller, 2004)

1.3 Klasifikace mentální retardace

Hloubku mentální retardace můžeme určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. V České republice se ke klasifikaci mentální retardace používá 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí (MKN -10, ICD - 10) vydaná Světovou zdravotnickou organizací (SZO, WHO).

Stupně mentální retardace se staly jedním z kritérií pro poskytování speciálně pedagogických služeb, podpory a péče a pro zařazování dětí do systému speciálních škol.

Tabulka č. I: Základní rozdělení mentální retardace

Kódové označení	Slovní označení	Dřívější termín	Pásmo IG
F 70	Lehká mentální retardace	(debilita)	50-69
F 71	Středně těžká mentální retardací	(imbecilita)	35-49
F 72	Těžká mentální retardace	(idiocie prostá)	20-34
F 73	Hluboká mentální retardace	(idiocie hluboká)	0 - 19
F 78	Jiná mentální retardace		
F 79	Nespecifikovaná ment. retardace		

1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace

IQ 50 - 69

80 % jedinců

Od narození do zhruba tří let lze pozorovat jen lehké opoždění psychomotorického vývoje. Typické znaky jsou např. opoždění hrubé a jemné motoriky, pohybová neobratnost. Jedinci mají opožděný řečový vývoj, většinou nejsou schopni účelně užívat řeč v každodenním životě, většina problému se objevuje až s nástupem do školy. Děti mívají problémy v teoretické práci ve škole. Myšlení je jednoduché, konkrétní, velmi omezené je logické myšlení, chybí schopnost abstrakce. Paměť je mechanická, u lehce mentálně postiženého jedince může být v některých případech až tak vyvinutá, že si např. pamatuje čísla v telefonním seznamu, jízdní řády, jména v kalendáři apod. Důležité je výchovné prostředí a vzdělávání, které je zaměřené na rozvíjení dovedností takovýchto dětí a kompenzování jejich nedostatků. Takové osoby jsou nezávislé v sebeobsluze a jsou schopni vykonávat jednoduché zaměstnání, které je zaměřené na manuální práci. U klientů s lehkou mentální retardací se můžeme setkat s behaviorálními, emocionálními a sociálními potížemi. V různé míře se mohou projevit i přidružené chorobné stavy jako je autismus, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.

„ Specifické poruchy učení jsou mezi dětmi s lehkou mentální retardací dokonce častější než v běžné populaci, protože mívají společný etiologický podklad v častém organickém postižení centrálního nervového systému. ” (Říčan, Krejčířová, 1997, str. 154)

Středně těžká mentální retardace

IQ 35 - 49

12 % jedinců

Dítě se středně těžkou mentální retardací se začne ve svém vývoji opožďovat již v batolecím věku. Myšlení a řeč je výrazně omezena. Uvažování ustrne na úrovni myšlení předškolního dítěte. Stejně jako lehce mentálně postižení udržují i středně těžce mentálně postižení špatně pozornost. Někteří jsou schopni jednoduché konverzace, někteří se nenaučí mluvit nikdy (důležitá nonverbální komunikace). Zpomalení vývoje hrubé a jemné motoriky způsobuje trvalou neobratnost a nekoordinovanost pohybů. Velmi omezená je i schopnost sebeobsluhy a je nutný celoživotní dohled. Ve škole jen někteří žáci jsou schopni si osvojit základy čtení, psaní, počítání. Řeč zůstává jednoduchá a obsahově chudá i v dospělosti. Klienti jsou obvykle schopni vykonávat jednoduché manuální práce. Je třeba jim zajistit odborný dohled. Retardace bývá často kombinována s epilepsií, neurologickými, tělesnými a dalšími duševními poruchami. V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život.

Těžká mentální retardace

IQ 20-34

7 % jedinců

Při tomto stupni mentální retardace dochází k výraznému opoždění psychomotorického vývoje, které je patrné již v předškolním věku. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou velice omezené. Jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Důsledkem velkého omezení psychických procesů je slabá pozornost a minimální rozvoj komunikačních dovedností. Reakce těžce mentálně postiženého jedince jsou podobné reakcím kojence. Při nelibosti pláče, při libosti se směje. *„Může dosáhnout úrovně bližící se dvouletému dítěti, a proto potřebuje trvalou péči a ošetřování,“* (Monatová, 1998, s. 125). K celkovému zlepšení kvality života může pomoci včasná systematická a kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče. Často se vyskytují poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, afektů a agrese.

Hluboká mentální retardace

IQ nižší než 20

I % jedinců

O jedince s hlubokou mentální retardací je nutno trvale pečovat i v těch nezákladnějších životních úkonech. Jedinci mají velmi omezenou schopnost porozumět požadavkům a jsou schopni pouze nonverbálních odpovědí. Chování je značně egocentrické, vyžadují neustálou pozornost svého okolí. Když se jim něco nelíbí, reagují nervozitou a pláčem, na uspokojení reagují smíchem. Většina osob je imobilní. Tato forma retardace je často doprovázena těžkým sensorickým motorickým a těžkým neurologickým postižením. U mobilních pacientů jsou časté nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch.

Jiná mentální retardace -

„ Kategorie jiná mentální retardace je užívána jen tehdy, pokud je patrné, že intelektové schopnosti jsou výrazně sníženy a retardace je zjevná, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení nebo závažným poruchám chování či autistickým projevům nelze stupeň retardace spolehlivě určit. ” (Říčan, Krejčířová, 1997, str. 151)

Nespecifikovaná mentální retardace

O nespecifikované mentální retardaci hovoříme v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit jedince do jedné ze shora uvedených kategorií. Zahrnuje mentální retardaci nervového systému, mentální subnormalitu nervového systému a oligofrenii nervového systému.

2. Osobnost jedince s mentální retardací

2.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

K charakteristice mentálně postiženého jedince neodmyslitelně patří jedinečnost jeho osobnosti a jedinečnost jeho individuálního postižení. Každý mentálně postižený jedinec se liší od druhého. Přesto se u značné části z nich projevují určité společné znaky, jejichž individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.

Mentální retardace se klinicky projevuje zejména :

- zpomalenou chápavostí, jednoduchostí a konkrétností úsudků
- sníženou schopností až neschopností komparace a vyvozování logických vztahů
- sníženou mechanickou a zejména logickou paměť
- těkavou pozorností
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování
- citovou vzrušivostí
- sugestibilitou a rigiditou chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „já“
- opožděným psychosexuálním vývojem
- nerovnováhou aspirací a výkonů
- zvýšenou potřebou uspokojení a bezpečí
- poruchami v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci sníženou přizpůsobivostí k sociálním požadavkům a některými dalšími znaky (Švarcová, 2000)

„ U mentální retardace nejde jen o prosté časové opožďování duševního vývoje, ale o strukturální vývojové změny. ” (Valenta, Muller, 2004, str. 39)

Vnímání

Obsahem bezprostředního vnímání (poznání) jsou počitky (odráží jednotlivé znaky podnětu), vjemy (odráží podnět jako celek) či představy (stopy dříve vnímaných podnětů) - (Valenta, Krejčířová, 1997). Podle Rubínšteinové (1973 in Valenta, Müller, 2004) u mentálně retardovaných dětí probíhá proces utváření zkušeností pomalu a s určitými odchylkami:

- zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání - mentálně retardované dítě nevidí globálně, ale postupně, což znamená ztíženou orientaci v prostoru, dítě nechápe perspektivu, nerozlišuje polostíny
- nediferencovanost počitků a vjemů - tvarů, předmětů, barev, diskriminace figury a pozadí
- inaktivita vnímání - mentálně retardovaný žák nedokáže vnímat všechny detaily
- nedostatečné prostorové vnímání
- snížená citlivost hmatových vjemů
- špatná koordinace pohybů
- opožděná diferenciací fonémů
- nedokonalé vnímání času a prostoru

Tyto nedostatky lze poměrně úspěšně překonávat speciálně pedagogickými metodami a přístupy.

Myšlení

Myšlení se v psychologii definuje jako „zprostředkované a zobecňující poznání skutečnosti, zejména jejích podstatných znaků a vztahů,“ (Čáp, 1980, in Švarcová, 2000, str. 39). Myšlení umožňuje poznávat podstatu předmětů a jevů. Člověk myslí v pojmech. „Myšlení mentálně postiženého žáka je zatíženo přílišnou konkrétností, je neschopno vyšší abstrakce a generalizace. V analýze a syntéze se vyskytují nepřesnosti a chyby. Myšlení je nedůsledné, vyznačuje se slabou řídicí funkcí a značnou nekritičností, pojmy se tvoří těžkopádně a úsudky jsou nepřesné.“ (Valenta, Müller, 2004, str. 40)

Paměť

„Díky paměti si dítě uchovává minulou zkušenost, získává vědomosti a dovednosti. Na základě paměti si vytváří vztahy k ostatním lidem a určité způsoby svého chování,“ (Švarcová, 2000, str. 40). Charakteristické pro jedince s mentální retardací je pomalé tempo osvojování nových informací. Paměť je spíše mechanická a naučené rychle zapomínají. K zapamatování je potřeba mnohočetného opakování.

Pozornost

Mentálně retardované osoby mají nízký rozsah sledovaného pole, snižuje se u nich schopnost rozdělit pozornost na více činností. Osoby trpí snadnou unavitelností. Charakteristické je, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb (Kysučan, 1982 in Valenta, Müller, 2004). Záměrná pozornost postiženého jedince trvá maximálně 15 - 20 minut. Potom musí následovat relaxace. Osoby s mentální retardací nedokáží odlišit podstatné a nepodstatné znaky v různých situacích a pochopit jejich vzájemné vztahy.

Emocionalita

„Je jednou z nejvýznamnějších oblastí, která výrazným způsobem ovlivňuje prožívání a chování jedinců s mentální retardací. Ve většině případů jsou osoby s mentálním postižením emočně nevyspělé a chovají se jako jedinci nižší věkové úrovně,“ (Svarcová, 2000, str. 42). Mají menší schopnost ovládat se v porovnání se zdravými jedinci. Podle Dolejšího (1978) je vedle značné úzkostlivosti jejich chování řízeno dvěma zvláště výraznými tendencemi: vyhýbání se všemu neznámému, novému a závislosti na bezprostřední odměně, pochvle a povzbuzení. Rubinštejnová (1973 in Valenta, Müller, 2004) udává výčet zvláštností emocionální sféry mentálně retardovaného :

- dlouhodobá nediferencovanost citů, rozsah prožitků je minimální
- city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům
- egocentrické emoce ovlivňují tvorbu hodnot a postojů
- city častěji obcházejí intelekt a dítě snáze podléhá afektu

2.2 Děti s mentálním postižením a svíce vadami v předškolním období a v mladším školním věku

Předškolní období

U zdravé populace trvá od tří do šesti let, u dětí s mentálním postižením se prodlužuje o čtyři až pět let, kdy je potřeba vytvořit výchozí podmínky a dlouhodobou diferenciací diagnostikou stanovit prognózu pro další vývoj dítěte. Doporučuje se, aby dítě bylo v péči odborných pracovníků (psychologů, speciálních pedagogů, fyzioterapeutů), kteří doplňují odborným vedením velmi důležitou péči rodiny. Na konci tohoto období, které je časově diferencováno podle stupně postižení, je důležité stanovit prognózu vývoje dítěte a navrhnout rodičům typy školských zařízení, která jsou vhodná pro jejich dítě pro plnění povinné školní docházky (Pipeková, 2006).

V tomto období je většinou jasně a definitivně potvrzena u dítěte diagnóza mentálního postižení. Přesto je to období charakteristické zdokonalováním ve všech oblastech. Psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních mentálního postižení. L. S. Vygotskij dokázal ve třicátých letech, že duševní vývoj mentálně postižených při veškeré svéráznosti probíhá podle též základních zákonitostí jako vývoj normálního dítěte (Švarcová, 2000). Základní podmínkou psychického vývoje je učení. Učení není činitelem jediným, protože současně s ním probíhá proces zrání. U dětí s mentální retardací v předškolním věku je oslabena jedna ze základních funkcí lidské psychiky, a to potřeba poznávat okolní svět. Dalším významným momentem v životě předškolního dítěte je vznik vědomí vlastní identity. Nepříznivě pro psychický vývoj mentálně retardovaného dítěte se od počátku rozvíjejí i jeho sociální vztahy. A to z důvodů neúspěšné socializace. Všechny tyto uvedené nedostatky lze úspěšně překonávat speciálně pedagogickými přístupy a metodami. Nedostatek názorných a sluchových představ, malá znalost zacházení s předměty, velmi omezená zkušenost komunikace a hlavně nedostatečný rozvoj řeči významně zužují dětem s mentální retardací tu nezbytnou základnu, na níž se má rozvíjet myšlení (Švarcová, 2000). Myšlenky vyjadřujeme pomocí slov, tedy řečí, jež bývá u mentálně retardovaných dětí často deformována. Dalším faktorem jsou nedostatky v artikulaci. Pro oligofrenii je typická malá slovní zásoba, nedokonalá gramatika, vyjadřování v jednoduchých větách a vynechávání částí věty (Valenta, Müller, 2004). Mezníkem v životě dítěte je nástup do předškolního zařízení a s tím související odborná stimulace profesionálů.

Mladší školní věk

Zahrnuje období od nástupu do školy, tj. od 6 - 7 let, do věku 9 let. Vstup do školy je pro mentálně postiženého dalším významným mezníkem v jeho životě. Zařazení dítěte do určitého typu školy potvrzuje definitivně jeho znevýhodnění. Pohled žáka na jeho vlastní handicap je realistický a prezentovaný jako samozřejmá součást sebepojetí (Vágnerová, 2004). U zdravé populace v tomto období dochází k rozvoji základních pohybových schopností, zlepšuje se koordinace všech pohybů. Soustavně se rozvíjí i smyslové vnímání. Rozvíjí se řeč, roste slovní zásoba, zlepšuje se artikulace. Nastupuje logické myšlení a přechod od názorného myšlení do stádia konkrétních operací. S nástupem do školy dítě získává řadu sociálních rolí (role žáka, spolužáka, vrstevníka, kamaráda) a stává se součástí různých sociálních skupin, kterými je ovlivňováno jeho chování, sebehodnocení ale i volba životních cílů. U dětí s mentální retardací nedochází k rozvoji sociálních rolí kvůli neúspěšné socializaci. Kognitivní úroveň při nástupu do školy je maximálně na úrovni názorného myšlení. Stádia konkrétních operací dosahují až v pozdějších obdobích pouze lehce mentálně retardovaní. Možnosti rozvoje dalších fyzických a psychických funkcí jsou závislé na druhu a stupni mentální retardace, ale také na přístupu okolí.

3. Těžké postižení a postižení více vadami

3.1 Vymezení pojmu těžké postižení a pojmu postižení více vadami

Těžké postižení

Za žáky s těžkým zdravotním postižením se považují žáci s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepí, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením (vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb.).

Podstatně omezeny a změněny jsou schopnosti emocionální, kognitivní a tělesné, ale také sociální a komunikační. Jedná se o postižení celistvosti člověka v jeho životních výkonech (Pipeková, 2006).

Vítková (2004, str. 327) uvádí, že pro jedince s těžkým postižením je velmi obtížné dosáhnout uspokojování i základních potřeb:

- potřeba zamezení žizni, hladu, bolesti
- potřeba podnětů, změny a pohybu
- potřeba jistoty a stability
- potřeba vazby, něhy
- potřeba sebeúcty a uznání
- potřeba samostatnosti, nezávislosti

Jedinci s těžkým postižením pro svůj vývoj a komunikaci s druhými lidmi potřebují:

- tělesnou blízkost (aby mohli získat zkušenost)
- jednoduchým způsobem přiblížit jejich prostředí
- umožnit změnu polohy
- pochopení a celoživotní péči (Vítková, 2004)
- pro ně přijatelnou formu komunikace
- přiměřené možnosti pro jejich rozvoj
- vzdělávací program, který respektuje jejich potřeby a možnosti
- individuální vzdělávací plán, který jim umožní rozvíjet se přiměřeným tempem podle jejich schopností a možností

Postižení více vadami

Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu (Věstník MŠMT č. 8/1997,č.j. 25602/97-22).

V knize M. Vítkové uvádí definice Coen De Jungova tři podmínky, které jsou podstatné pro definování postižení více vadami (dříve kombinované postižení):

- existence minimálně dvou vad, které by samy o sobě vedly k handicapu
- pro děti s každou z těchto vad existuje vzdělávací program, který využívá kompenzačních mechanismů, které má dítě k dispozici nebo které mu může poskytnout okolí
- vzdělávací programy, které byly pro děti s jednotlivými vadami vytvořeny, se navzájem vylučují nebo je jejich použití možné jen se značným omezením a modifikacemi

v

Členění postižení více vadami:

- 1) dominantní je mentální retardace, přidružují se vady smyslové, vady řeči, psychická onemocnění, vady tělesné (Vítková, 2003)
- 2) kombinace smyslové vady s tělesnou, specifickou skupinu tvoří děti hluchoslepé (Vítková, 2003)
- 3) autismus a autistické rysy v kombinaci s dalším postižením (Věstník MŠMT ČR č. 8/1997, č.j. 25602/97-22)

Postižení více vadami omezuje člověka jako celek, znemožňuje mu kontakt a komunikaci s lidmi, omezuje jeho emocionální, kognitivní, tělesné, sociální schopnosti. Jde o kumulaci několika škodlivých vlivů a příčina vzniku kombinace postižení bývá nejedna. Avšak u většiny případů můžeme hovořit o společném faktoru, o poškození centrálních funkcí, které řídí a zpracovávají vnímání a pohyb. Přitom toto těžké postižení ohrožuje nejen samotný život jedince, ale i okolí člověka s kombinovaným postižením, jeho rodinu, pečovatele, kteří mu napomáhají v uspokojování základních životních potřeb, které není schopen člověk s postižením sám přiměřeně uspokojovat (Vítková, 2004).

3.2 Etiologie těžkého postižení a postižení více vadami

Etiologie vzniku těžkého postižení a postižení více vadami je velmi rozmanitá, v některých případech není možné příčiny jednoznačně určit (Ludíková, 2005).

Příčinou vzniku těžkého postižení a postižení více vadami může být celá řada genetických, chromozomálních, metabolických, neurologických a traumatických příčin. V mnoha

případech se nejedná o monokauzální příčinu, ale postižení více vadami je často výsledkem seskupení škodlivých vlivů (Vítková, 2003).

Mezi diagnózy, které mohou predikovat vznik postižení více vadami, patří především DMO, Fetální alkoholový syndrom, Patauův syndrom, Downův syndrom atd.

Prenatální příčiny - od početí do narození

- ionizující záření
- infekce, viry a bakterie
- nedostatek kyslíku a další vlivy

„ 1/ enviromentálních faktorů a onemocnění matky v době těhotenství platí zákonitost, že čím dříve k patologii dojde, tím fatálnější to má následky pro zdraví dítěte, "

(Ludíková, 2005, str. 30).

Perinatální příčiny - působící těsně před, během a těsně po porodu

- protahované porody
- nedostatek kyslíku při porodu
- předčasné narození dítěte a další vlivy

Postnatální období - působící po narození dítěte

- traumata lebky a mozku
- infekční choroby
- stavy po tonutí

3.3 Mentální postižení v kombinaci s vadami fyzickými

Downův syndrom

Nejrozšířenější formou mentální retardace je Downův syndrom, kterým trpí až 10% všech lidí s mentální retardací. Dříve byl **označován** jako „mongolismus“. Toto označení vzniklo na základě určitých fyziognomických zvláštností lidí s Downovým syndromem. Jejich oční víčka jsou úzká a šikmá a ve vnitřním koutku oka mají výraznou kolmou kožní řasu. Mezi další charakteristické znaky patří: krátký krk, nižší postava, malá ústa atd. Častěji se u nich objevují smyslové vady. Z genetického hlediska se lidé s Downovým syndromem liší od ostatní populace stavbou buněk. Každá buňka jejich organismu obsahuje jeden chromozom navíc, takže místo obvyklých 46 chromozomů uspořádaných ve 23 párech mají v každé buňce 47 chromozomů (22 párů a jednu trojici). Jedná se o chromozom č. 21. Proto se Downův syndrom označuje jako trizomie 21. chromozomu. Vždy je přítomna mentální retardace různého stupně.

Autismus

Autismus je charakterizován triádou příznaků a to neschopností vzájemné společenské interakce, neschopností komunikace a omezeným, stereotypně se opakujícím repertoárem zájmů a aktivit. Jeho příčiny nejsou dosud známy. Autismus nemá sociální původ. V některých oblastech děti naprosto selhávají, v jiných jsou úspěšnější. Poprvé jej specifikoval Leo Banner, označil autismus jako vrozenou vadu komunikace založenou na afektivním nesouladu. Lze jej charakterizovat jako poruchu socializace, neschopnost navazování a prožívání mezilidských vztahů, spojenou zpravidla závažnou poruchou komunikačních schopností (Švarcová, 2000).

Rettův syndrom

Postihuje jenom děvčata. Po krátkém období normálního vývoje (do 6. až 18. měsíce života) dochází ke ztrátě komunikačních i pohybových schopností. Dochází ke ztrátě funkčních pohybů rukou, objevují se stereotypní krouživé pohyby prstů. Dívky mají výraznou deterioraci inteligence a psychomotoriky (Valenta, Müller, 2004). Nejzákladnější a těžce hendikepující aspekt Rettova syndromu je apraxie - neschopnost programovat tělo

k vykonání účelných pohybů. Může narušovat každou tělesnou činnost, u které je nutný upřený pohled a řeč.

Moebiův syndrom

Podle Gillberga a Peeterse (1998) se vyskytuje Moebiův syndrom zejména u lidí trpících autismem. Jde o částečnou nebo úplnou paralýzu obličejového nervu spojenou s částečnou nebo úplnou nehybností obličejových svalů. Postižený má problémy zejména s mimikou, žvýkáním a polykáním. Hodnota intelektových funkcí se u Moebiova syndromu pohybuje v pásmu lehké až těžší mentální retardace.

Dětská mozková obrna

Dětská mozková obrna vzniká na základě poškození mozku v těhotenství, při porodu nebo do 1 roku věku dítěte a projevuje se poruchou hybnosti a vývoje hybnosti. Často se přidružuje snížení inteligence, smyslové vady a sekundární epilepsie.

Epilepsie

„ Termín epilepsie je používán pro onemocnění, která se projevují výskytem opakovaných časově limitovaných příhod - záchvatů, které se objevují buď spontánně, bez provokující Příčiny, nebo při podmínkách, které běžně u člověka záchvaty nevyvolávají. ”

(<http://www.rodina.cz/clanek177.htm>)

„Epileptickými záchvaty se projevuje mnoho nejenom neurologických ale i jiných onemocnění. Existuje skupina tzv. idiopatických, tedy primárních epilepsií, kde nenalezneme žádné změny na mozku ani jiných orgánech, a u nichž nezřídka významnou roli hraje dědičná vloha. Symptomatické epilepsie (druhotné, sekundární) se mohou vyvinout po Poškození mozku, například během nitroděložního vývoje, kolem porodu, po prodělaném úrazu, zánětu nebo krvácení. Příčinou poškození mozku může být i metabolické a degenerativní onemocnění.“ [rhnp://www.pfizer.cz/showdoc.do?docid=615](http://www.pfizer.cz/showdoc.do?docid=615))

Specifické vývojové poruchy učení

Patří sem dyslexie, dysgrafie, dysortografie a dyskalkulie. Jedná se o poruchy čtení, psaní, poruchy v gramatice a počítání. K poruše mozku může dojít v období prenatalním i postnatalním. Může se jednat i o nezralost nebo drobné poškození CNS atd.

Fenylketonurie

Patří mezi nejčastější dědičné metabolické poruchy. Jedná se o neschopnost zpracovat přijatou aminokyselinu fenylalanin v důsledku absence správné formy enzymu fenylalaninhydroxylasy. Podmínkou je, že oba rodiče jsou přenašeči mutace odpovědné za fenylketonurii. Zhoršuje se funkce buněk především v mozku a zejména v útlém mládí. Jediným možným způsobem léčby je přísná dieta se sníženým obsahem bílkovin, s použitím zeleniny, ovoce, brambor, škrobu, tuků, případně i těstovin a pečiva, vhodně doplněná vybranou směsí aminokyselin a dalšími esenciálními faktory (<http://www.aprnnavi.atnr.cz/default.asp?ch=13&typ=1&val=33021&ids=151>).

Hydrocefalus

Hydrocefalus znamená „*nahromadění mozkomíšní tekutiny v komorovém systému mozku - nadprodukce nebo poruchy cirkulace. Tlak tekutiny způsobuje tlakovou atrofii mozkové tkáně. Jestliže není včas chirurgicky léčen, způsobuje poruchy psychomotorického vývoje.*“ ([http://www.varousch.cz/studium/bodv.php?menu=menu&bodv=rocnik3/03 ped 009](http://www.varousch.cz/studium/bodv.php?menu=menu&bodv=rocnik3/03_ped_009))

Krabbeho choroba

„*Krabbeho choroba je dědičná porucha metabolismu, která se řadí mezi poruchy metabolismu oligosacharidů a související poruchy,*“

(<http://www.m7cr.cz/data/c764/lib/KSAAK.htm>). Choroba se vyznačuje rychlým průběhem, smrt dítěte nastává asi ve dvou letech života. Příznaky jsou nestabilita, zvýšená citlivost na Podněty, psychomotorická retardace, svalové záchvaty (křeče), nakonec nastupuje slepota nebo i hluchota.

Mikrocefalus

Mikrocefalus se vyskytuje většinou i s jinými abnormalitami. Jde o nápadně malou lebku, čelo a temeno je ploché.

Mentální postižení v kombinaci se smyslovým postižením

Tato kombinace postižení skýtá různé spektrum možností a různě závažných kombinací. „ Variabilita je dána nejen různou strukturou, typem a hloubkou mentálního a smyslového postižení, ale rovněž etiologií toho kterého postižení a dobou jeho vzniku. Jednotlivé stupně a typy mentálního postižení se mohou kombinovat s nejrůznějšími stupni a formami zrakového, sluchového či duálního smyslového postižení. " (Ludíková, 2005, str.36)

Kombinace mentálního postižení se zrakovým postižením

Při zrakovém postižení vždy hrozí senzoričná deprivace z důvodů nedostatku zrakových podnětů. Tato deprivace nepříznivě ovlivňuje a omezuje rozvoj poznávacích procesů jedince, který je ovlivněn i přítomností mentálního defektu. V případě kombinací mentální retardace a zrakového postižení musíme brát v potaz jak hloubku mentální retardace, tak i hloubku postižení zrakového. Dále je důležité, zda se jedná o postižení orgánové, či funkční, je-li vrozené či získané, zda se jedná o postižení akutní, chronické, nebo recidivující. V potaz musíme brát i případná další přidružená postižení.

Z výše uvedeného vyplývá, že zde musíme zvolit úplně jiné formy podpůrných služeb. Musíme se zaměřit na účelný způsob komunikace a také u dětí rozvíjet paměť, pozornost a v neposlední řadě pro tyto jedince nepostradatelnou prostorovou orientaci.

Tabulka č. 2: Procentuální zobrazení počtu přidružených postižení
(Ludíková, 2005, str. 27).

Počet postižení	Procenta
Jedno přidružené postižení	38
Dvě přidružená postižení	29
Tři přidružená postižení	19.5
Čtyři přidružená postižení	6

4. Edukace žáků s mentální retardací, těžkým a kombinovaným postižením

4.1 Legislativní podmínky vzdělávání v České republice

V oblasti výchovy a vzdělávání zaznamenalo speciální školství v minulých letech výrazné změny ve vzdělávání žáků, kteří byli dříve od školní docházky osvobozeni. Od roku 2005 je vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami zajišťováno především těmito ustanoveními:

- ^ Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění pozdějších předpisů, především novely č. 158/2006 Sb.
- ^ Zákon č. 562/2004 Sb., kterým se mění některé zákony v souvislosti s přijetím školského zákona
- * Zákon č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů

Vyhlášky :

- > Vyhláška MŠMT ČR č. 14/2005 Sb. o předškolním vzdělávání
- > Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky
- > Vyhláška MŠMT ČR č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
- > Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků a studentů mimořádně nadaných (+ novela Standardy zajištění podmínek vzdělávání žáků se zdravotním postižením)
- > Vyhláška MŠMT ČR č. 74/2005 Sb. o zájmovém vzdělávání
- > Vyhláška MŠMT ČR č. 107/2005 Sb. o školním stravování

- > Vyhláška MŠMT ČR č. 108/2005 Sb. o školských výchovných a ubytovacích zařízeních a školských účelových zařízeních

4.2 Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání je organizováno především pro děti od tří do šesti let věku popřípadě do sedmi let podle Školského zákona č. 561/2004 Sb., Vyhlášky č. 14/2005 Sb., **O předškolním vzdělávání a Vyhlášky č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků a studentů mimořádně nadaných (+ novela Standardy zajištění podmínek vzdělávání žáků se zdravotním postižením).**

Děti se vzdělávají podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání, což je kurikulární dokument státní úrovně platný pro veškeré školní vzdělávání. Vymezuje zejména cíle předškolního vzdělávání, klíčové kompetence, vzdělávací obsah a podmínky vzdělávání a zásady pro tvorbu školních vzdělávacích programů. V souladu s ním mateřské školy vypracovávají a realizují své školní vzdělávací programy.

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami jsou vzdělávány na základě školních vzdělávacích programů upravených podle speciálních potřeb dětí. Snahou pedagogů by mělo být vytvoření optimálních podmínek k rozvoji osobnosti každého dítěte, k učení i ke komunikaci s ostatními a pomoci mu, aby dosáhlo co největší samostatnosti (Pipeková, 2006).

Mezi hlavní funkce mateřské školy patří:

- Diagnostická - využívá se k zařazení dítěte do dalšího vzdělávání
- reedukační - rozvoj postižených funkcí s ohledem na kognitivní procesy
- rehabilitační
- léčebně-výchovná
- realitní - úlevová péče pro rodiče, které se starají o dítě s postižením

Pro děti **předškolního věku** s mentálním postižením je určena :

- speciální mateřská škola pro mentálně postižené (může být denního nebo internátního typu)

- speciální třída pro mentálně postižené děti při běžné mateřské škole
- běžná mateřská škola

Pro děti s těžkým postižením a více vadami je určena :

- mateřská škola fungující při zdravotních zařízeních
- speciální mateřská škola pro děti se zdravotním postižením

4.2.1 Speciální mateřská škola pro mentálně postižené

Je organizována jako běžné předškolní zařízení. Plní několik funkcí:

- formativní a informativní (výchova rozumová, řečová, tělesná, mravní, pracovní a estetická)
- diagnostické (s ohledem na další institucionální péči dítěte)
- reedukační (rozvoj postižených funkcí s důrazem na kognitivní procesy)
- kompenzační (rozvoj nepostižených funkcí)
- rehabilitační a terapeuticko- formativní (léčebně výchovná)
- respitní (úleva rodičům starající se o mentálně postižené dítě) (Valenta, Müller, 2004).

Speciální mateřské školy zajišťují soustavnou individuální péči v kolektivu i mimo něj v oblasti rozvíjení řeči, myšlení, hrubé a jemné motoriky, sociálního i citového vývoje vždy v úzké spolupráci s rodinou. Děti jsou vedeny k samostatnosti, k sebeobsluze a odpovědnosti. Pomocí individuálních i kolektivních her se rozvíjí jejich smyslové vnímání, základní formy rozumové aktivity a spolupráce s jinými dětmi. Soustavně se rozvíjejí i praktické dovednosti a správné životní návyky (Švarcová, 2000).

4.2.2 Mateřské školy fungující při zdravotnických zařízeních

Tyto Školy neslouží jako školy místně příslušné - tedy ty, které děti navštěvují po celý čas své školní docházky v místě svého bydliště, ale jen jako sanatoria na zotavenou či pro účel intenzivní rehabilitace či léčby. Vzdělávány jsou zde děti nejen se zdravotním, ale i

s kombinovaným defektem. Děti jsou zařazovány do tříd podle věku, mentálního postižení a podle toho, jakou školu a kterou třídu navštěvují ve svém bydlišti. Nastupují do školy průběžně každý týden. Délka pobytu v sanatoriu se liší dle diagnózy a zdravotního stavu dítěte.

Děti s kombinovaným postižením trpí podmětovou a zkušenostní deprivací. Ke snížení rozumového vývoje dochází vlivem mentálního postižení, ale i přidruženého postižení tělesného, kdy snížená pohyblivost znemožňuje získání dostatku podnětů. V období předškolní výchovy tedy dochází ke z kvalitnění a rozvíjení činností dítěte (Vítková, 1999).

4.2.3 Speciální mateřské školy pro děti se zdravotním postižením

Tyto speciální mateřské školy jsou určeny pro žáky s různým druhem handicapu. Již podle názvu můžeme poznat, o jakou mateřskou školu se jedná. Existují např. mateřské školy pro zrakově postižené, pro sluchově postižené atd.. Žáci v těchto školách nemají většinou snížený intelekt, proto je můžeme vhodnými metodami připravovat na zvládání nároků na základní škole pro děti se zdravotním postižením.

4.3 Období povinné školní docházky

V období povinné školní docházky se mohou žáci s mentálním postižením vzdělávat v těchto typech zařízení: v základní škole, v základní škole praktické a v základní škole speciální podle Školského zákona č. 561/2004 Sb., Vyhlášky MŠMT ČR č. 48/2005 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky a Vyhlášky MŠMT ČR č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků a studentů mimořádně nadaných (+ novela Standardy zajištění podmínek vzdělávání žáků se zdravotním postižením).

Žáci s více vadami, kteří nejsou mentálně postižení, se vzdělávají v základních školách a ve speciálních školách, které svým zaměřením odpovídají potřebám vyplývajícím z jejich nejzávažnějšího postižení podle Školského zákona č. 561/2004 Sb., Vyhlášky č. 73/2005 Sb. a podle Rámcového vzdělávacího programu základního vzdělávání z roku 2005.

Pro přípravu na vzdělávání dětí s těžkým mentálním postižením, více vadami nebo autismem lze zřídit přípravný stupeň základní školy speciální a to podle Vyhlášky č. 73/2005 Sb., §10. Závazný pro tento stupeň je Rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální, který se experimentálně ověřoval v letech 1998/1999 a 1999/2000 a postupně se zaváděl jako alternativní program základní školy speciální (Pipeková, 2006).

4.3.1 Základní škola praktická

Nejvíce žáků s mentální retardací navštěvuje právě tento typ školy. Škola je určena pro žáky s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou s úspěchem vzdělávat v základní škole. Většinou se jedná o žáky v pásmu lehké mentální retardace, dále o děti s poruchami koncentrace pozornosti, hyperaktivní děti, děti psychicky a nervově nemocné, děti se specifickými poruchami učení. Část žáků tvoří děti romského etnika. V poslední době v těchto školách narůstá počet dětí s poruchami chování. O zařazení a přeřazení žáka do základní školy praktické rozhoduje na základě vyhlášky MŠMT ČR č. 127/97 Sb. ředitel školy, a to se souhlasem jeho zákonného zástupce. Vychází se z pedagogicko-psychologického vyšetření, které provádí pedagogické centrum.

Základní škola praktická se svou strukturou, organizací a učebním plánem příliš neodlišuje od běžné základní školy.

Oproti základní škole jsou výrazně sníženy počty žáků v jednotlivých třídách. První ročník se naplňuje do osmi žáků. Ve druhém až pátém ročníku je maximálně počet do deseti žáků, šestý až devátý ročník do dvanácti žáků. Jsou-li ve třídě vyučováni žáci různých ročníků, je počet stanoven podle nejnižšího ročníku, který je ve třídě vyučován.

Základní škola praktická původně byla devítiletá a byla členěna do tří stupňů

- nižší stupeň 1.-3. ročník
- střední stupeň 4. - 6. ročník
- vyšší stupeň 6. - 9. ročník

Nižší stupeň plnil funkci adaptační, propedeutickou a diagnostickou. Adaptační fáze byla nutnou součástí přechodu mentálně retardovaného dítěte z mateřské školy, případně z rodinné péče do základní školy praktické. Bylo nutné počítat s pomalejším vyvíjením do stádia školní zralosti. Propedeutická funkce spočívala v důkladném zvládnutí trivia jako prostředku dalšího vzdělávání. Diagnostické sledování zjišťovalo, zda úroveň požadavků odpovídala úrovni schopností žáka (Švarcová, 2000). Střední stupeň rozšiřoval předmětovou nabídku v oblasti informativní i výchovné a vyšší stupeň byl zaměřen na profesní, občanskou, rodičovskou přípravu žáků a na jejich integraci do společnosti (Valenta, Müller, 2004).

Hodnocení žáků mohlo být prováděno buď formou slovního hodnocení, nebo se mohlo používat tradiční hodnocení známkami či kombinace obou způsobů. Hodnocení muselo být jednotné ve všech předmětech a pro celou školu a to podle Školského zákona č. 561/2004 Sb.

Ve škole se žáci s lehkým mentálním postižením vzdělávali podle Vzdělávacího programu základní školy praktické (Vzdělávací program zvláštní školy, který je v platnosti od 1.9. 1997).

Učební plán základní školy praktické podle Vzdělávacího programu základní školy praktické byl tento :

Tabulka č. 3: Učební plán základní školy praktické platný od roku 1997 do roku 2007

předmět	ročník								
	1	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9
český jazyk	5	5	5	6	6	6	5		4
prvouka	2	2	2	-					
vlastivěda	-	-	-	1	1	1	-	-	
přírodověda	-	-	-	1	1	1	-	-	
občanská výchova	-	-	-			-	1	1	1
dějepis	-	i	-	-	-	-	1	1	1
zeměpis	-	-	-	-	-	-	1	1	1
matematika	4	4	4	5	5	5	5		4
přírodopis	-	-	-				2	2	
fyzika	-	-	-	-	-	-	1	1	1
chemie	-	-	-						1
hudební výchova	1	1	1	1	1	1	1	1	1
výtvarná výchova	1	1	1	1	1	1	1	1	1
rýsování	-	-	-	-	-	-	-	1	1
pracovní vyučování	3	3	3	4	5	5	6	6	8
tělesná výchova	3	3	3	3	3	3	3	3	3
doplňovací hodiny	-	-	-	1	1	1	1	1	1
řečová výchova	2	2	2	1	1	1	-	-	-
celkem	21	21	21	24	25	25	28	28	29

Od školního roku 2007/2008 je v souladu se školským zákonem pro realizaci základního vzdělávání vydán Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením.

Podle této legislativy je základní škola praktická členěna :

- 1. stupeň - 1.-5. ročník
- 2. stupeň - 6.-9. ročník

Různé modifikace si mohou školy samy zohlednit ve školním vzdělávacím programu (ŠVP), který si nyní zpracovává každá škola samostatně.

Tabulka č. 4: Rámcový učební plán pro základní vzdělávání a pro vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

Vzdělávací oblasti	Vzdělávací obory	1. stupeň	2. stupeň
		1.-5. ročník	6. - 9. ročník
		Minimální časová dotace	
Jazyk a jazyková komunikace	Český jazyk a literatura	33	19
	Cizí jazyk	.	4
Matematika a její aplikace		22	20
Informační a komunikační technologie		2	4
Člověk a jeho svět		12	.
Člověk a společnost	Dějepis		8
	Výchova k občanství		
Člověk a příroda	Fyzika	.	13
	Chemie	.	
	Přírodopis	.	
	Zeměpis	.	
Umění a kultura	Hudební výchova	10	8
	Výtvarná výchova		
Člověk a zdraví	Výchova ke zdraví	.	2
	Tělesná výchova	15	12
Člověk a svět práce		15	20
Průřezová témata		P	P
Disponibilní časová dotace		9	12
Celková povinná časová dotace		118	122

ij_____.

povinnost zařadit a realizovat se všemi žáky v průběhu vzdělávání na daném stupni, časovou dotaci lze čerpat z disponibilní časové dotace

Disponibilní časová dotace

- využití disponibilní časové dotace je plně v kompetenci ředitele školy
- využití celé disponibilní časové dotace v učebním plánu ŠVP je závazné
- disponibilní časová dotace je určena :
 - a) k posílení časové dotace jednotlivých vzdělávacích oblastí a vzdělávacích oborů nad rámec závazného minima
 - b) k vytvoření volitelných předmětů, jejichž obsah musí navazovat na příslušnou vzdělávací oblast
 - c) k zařazení předmětů speciálně pedagogické péče
 - d) k zařazení a vytvoření nových předmětů, které musí navazovat na obsah vzdělávací oblasti
 - e) k realizaci průřezových témat

4.3.2 Základní škola speciální

V této škole se vzdělávají žáci, kteří mají takové rozumové nedostatky, pro které se nemohou vzdělávat na základní škole ani na základní škole praktické, ale přesto jsou schopni si osvojit alespoň některé prvky vzdělání.

Vzdělávají se zde žáci v pásmu středně těžké mentální retardace. Vzdělávání těchto žáků vyžaduje odbornou speciálně pedagogickou péči a vhodně upravené podmínky. Tím se myslí: malý počet žáků ve třídě, školní třídy přizpůsobené jejich potřebám, speciální učebnice a pomůcky, přizpůsobený časový rozvrh a především klidné, nehlukné a nestresující školní prostředí (Švarcová, 2000).

Vzdělávání na základní škole speciální bylo desetileté, rozdělené do těchto stupňů :

- nižší - 3 roky
- střední - 3 roky
- vyšší - 2 roky
- pracovní - 2 roky

Žáci se zde vzdělávali podle Vzdělávacího programu základní školy speciální a přípravného stupně základní školy speciální, který byl platný od roku 1997. Hlavní náplní práce bylo zvládnutí trivia (čtení, psaní, počty), sebeobsluha, osobní hygiena a osvojení si pracovních dovedností.

Učební plán základní školy speciální podle Vzdělávacího programu základní školy speciální a přípravného stupně základní školy speciální byl tento :

Tabulka č. 5: Učební plán základní školy speciální' (počet hodin týdně)

předmět	stupeň			
	nižší	střední	vyšší	pracovní
čtení	2	2	3	2
psaní	1	2	2	1
počty	1	3	3	2
věcné učení	2	2	2	2
smyslová výchova	2	-	-	-
pracovní a výtvarná výchova	4	5	6	11
tělesná výchova	5	5	5	5
hudební výchova	2	2	2	2
řečová výchova	1	1	1	1
celkem	20	22	24	26
nepovinný předmět	-	2	2	2

Učební plán školy mohl ředitel až do 30% přizpůsobit potřebám žáků. Řečová výchova v učebním plánu zahrnuje rozvoj komunikačních dovedností a individuální logopedickou péči. Tento předmět není klasifikován. Mezi doporučené nepovinné předměty patří zdravotní tělesná výchova, dramatická výchova, sborový zpěv, výtvarné a pohybové činnosti a v dnešní době velmi oblíbená práce s počítačem. Hodnocení žáků pomocné školy probíhá formou širšího slovního hodnocení.

Od začátku školního roku 2007/2008 na některých pilotních školách vstoupil v platnost nový vzdělávací program Rámcový vzdělávací program pro základní školu speciální a s ním příslušný vzdělávací program. Na základě zkušeností těchto pilotních škol z procesu tvorby ŠVP bude RVP ZŠS upravován a jeho konečná verze bude zpracována do konce Prvního pololetí 2008.

Základní škola speciální se podle této legislativy člení na :

- 1. stupeň - 1.-6. ročník
- 2. stupeň-7.-10. ročník

Nově obsahuje dvě úrovně, jednu pro žáky se středně těžkým mentálním postižením a druhou pro žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s autismem a svíce vadami. Ukončením Rámcového vzdělávacího programu pro základní školu speciální v základní škole získá žák základy vzdělání.

Tabulka č. 6: Rámcový učební plán pro základní školu speciální

Vzdělávací oblasti	Vzdělávací obory	1.-10. ročník	
		Počet hodin týdně	
		Minimální časová dotace	
Člověk a komunikace	Rozumová výchova	30	
	Řečová výchova	20	
Člověk a jeho svět	Smyslová výchova	50	
Umění a kultura	Hudební výchova	10	
	Výtvarná výchova	10	
Člověk a zdraví	Pohybová výchova	20	
	Zdravotní tělesná výchova nebo Rehabilitační tělesná výchova	40	
Člověk a svět práce	Pracovní výchova	20	
Disponibilní časová dotace		10	
Celková Dovinná týdenní časová dotace		230	

4.3.3 Přípravný stupeň základní školy speciální

K základní škole speciální může být přiřazeno školské zařízení přípravný stupeň, ale jedná se o samostatnou jednotku. Umožňuje vzdělávání žáků, kteří by vzhledem k těžšímu stupni mentální retardace a případně i dalším důvodům (zdravotním, sociálním) nebyli schopni prospívat ani na nižším stupni základní školy speciální, ale u nichž jsou patrné určité předpoklady rozvoje rozumových schopností (Švarcová, 2000).

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. jsou zde vzdělávání žáci s těžkým mentálním postižením, s více vadami nebo autismem.

Přípravný stupeň může žák navštěvovat až 3 roky. Žák má možnost, většinou na konci školního roku, přestoupit do nižšího stupně základní školy speciální po splnění určitých kritérií. Ve třídě fungují dva pedagogičtí pracovníci. Žáci by měli mít možnost odpočinout si a relaxovat ještě v jiné místnosti než je jejich společná třída. Místnost může sloužit i k individuální práci. Hodnocení provádí učitel pomocí slovního hodnocení. Třídy se naplňují do počtu 4-6 žáků.

Vzdělávání probíhá podle Vzdělávacího programu přípravného stupně základní školy speciální.

Tabulka č. 7: Učební plán přípravného stupně

předmět	počet hodin týdně	počet hodin ročně
smyslová výchova	3	99
rozumová výchova	5	165
pracovní a výtvarná výchova	4	132
tělesná výchova	5	165
hudební výchova	3	99

Přípravný stupeň používá k závěrečnému hodnocení Osvědčení o docházce do přípravného stupně základní školy speciální.

4.3.4 Rehabilitační třídy základní školy speciální

Rehabilitační třídy jsou alternativním vzdělávacím programem základní školy speciální a jsou určeny žákům s těžkým mentálním postižením, s autismem a více vadami. Jsou vhodné pro děti, které po absolvování přípravného stupně základní školy speciální nejsou způsobilé pokračovat ve vzdělávání na základní škole speciální. Žáci mají možnost v průběhu docházky přestoupit do odpovídajícího stupně základní školy speciální.

Počet žáků je stanoven na 4-6 ve třídě. Působí zde dva pedagogičtí pracovníci. Důležité je vhodné materiální a prostorové vybavení, zejména i hygienické zázemí. Opět by měla být k dispozici místnost určená k relaxaci a odpočinku.

Tyto třídy se orientují na maximálně možný rozvoj psychomotorických funkcí dětí, na rozvoj elementární komunikace (využívají se systémy augmentativní a alternativní komunikace Makaton, TTT systém, piktogram systém, sociální čtení, komunikace referenčními předměty atd.), sebeobsluhy a omezené soběstačnosti (Valenta, Muller, 2004).

Docházka je desetiletá a je členěna na dva stupně:

- první - 5 let
- druhý - 5 let

Prospěch se hodnotí slovně, důraz je kladen zejména na pochvalu. Používáme hodnocení pomocí srozumitelných obrázků.

Tabulka č. 8: Učební plán rehabilitační třídy základní školy speciální

předmět	počet hodin týdně	počet hodin ročně
rozumová výchova	5	165
smyslová výchova	4	132
pracovní a výtvarná výchova	3	99
hudební a pohybová výchova	3	99
rehabilitační tělesná výchova	5	165

4.3.5 Speciální třídy při základních, základních praktických školách a ústavech sociální péče

Na základě vyhlášky MŠMT ČR 5. 291/1991 Sb. o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní **docházky** je řediteli základní školy umožněno otevřít speciální třídu, či třídy pro žáky s mentálním postižením za předpokladu, že je zajištěna výuka speciálním pedagogem.

Podle vyhlášky MŠMT ČR č. 127/1997 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách se umožňuje zřizovat speciální třídy při speciálních školách pro žáky jiného stupně či typu postižení.

4.4 Profesní příprava mentálně postižených a žáků s kombinovaným postižením

Podle vyhlášky č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a vzdělávání žáků a studentů mimořádně nadaných se po ukončení povinné školní docházky na základní škole praktické, na základní škole speciální a na základní škole u integrovaných žáků mohou mladiství vzdělávat v odborných učilištích nebo v praktických školách. Od roku 2000 mají všichni absolventi povinného devítiletého vzdělání možnost ucházet se o přijetí na všech středních školách za předpokladu úspěšného absolvování přijímacích zkoušek.

4.4.1 Odborná učiliště

Odborná učiliště navazují v teoretické části na vzdělávací program základní školy praktické a jeho učivo dále doplňují a prohlubují. Svoji strukturou se odborná učiliště podobají středním odborným učilištím. Po absolvování žák získá výuční list. Odborná učiliště mohou být:

- dvouletá
- tříletá

Absolvent je plně kvalifikovaný ve svém oboru. Nabídka odborných učilišť vychází ze systému základních škol praktických a základních škol speciálních z hlediska kombinace postižení (např. odborná učiliště či praktická škola pro sluchově postižené, zrakově postižené atd.) (Valenta, Muller, 2004).

Nabídka oborů je velmi rozmanitá: kovářské práce, kamenické práce, zámečnické práce a údržba, papírenské práce, knihařské a kartonážnické práce, farmářské práce, práce ve zdravotnických a sociálních zařízeních, kuchařské práce, prodavačské práce, zednické práce, čalounické práce, pekařské práce, pecivarské a cukrovínskés práce, řeznické a uzenářské práce, malířské, lakýrnické a nateracské práce, šití oděvů, šití prádla, obuvnické práce atd. Celkem je v nabídce okolo sedmdesáti učebních oborů.

„ Odborné učiliště může též poskytovat přípravu pro výkon jednoduchých činností žáků, kteří nejsou schopni samostatně pracovat, ale jejichž pracovní a společenské uplatnění musí být řízeno jinými osobami. Tato příprava se uskutečňuje v samostatné třídě odborného učiliště a trvá jeden rok. Zakončení zde není výučním listem, ale vysvědčením, ” (Pipeková, 2006).

4.4.2 Praktické školy

Praktická škola je určena pro žáky, kteří po absolvování základní školy praktické nejsou schopni pokračovat ve studiu na žádné střední škole, ale ani v odborných učilištích. V současné době existují praktické školy :

- jednoleté
- dvouleté

Dříve existovaly i praktické školy tříleté. Hlavním úkolem této školy bylo připravit žáky Pro výkon jednoduchých činností se zaměřením odpovídajícím jednotlivým skupinám Povolání nebo se zaměřením na péči o rodinu a vedení domácnosti. Podmínkou pro přijetí byla úspěšně ukončená zvláštní škola, ukončená povinná školní docházka v nižším než devátém ročníku zvláštní školy, případně základní školy.

4.4.2.1 Praktické školy s dvouletou přípravou

Praktická škola s dvouletou přípravou je určena pro žáky se sníženou rozumovou schopností, žáky s více vadami, kteří ukončili povinnou školní docházku v základní škole Praktické, v základní škole speciální, v nižším než devátém ročníku základní školy.

Původně byla určena pouze dívkám, proto se také dřív nazývala Praktická rodinná škola. Nyní slouží i pro chlapce. Hlavním cílem je poskytování základních vědomostí, dovedností^a návyků pro výkon jednoduchých činností v oblastech praktického života jako jsou ruční práce, příprava pokrmů a běh rodiny atd.

Tabulka č. 9: Učební plán praktické školy s dvouletou přípravou

kategorie a názvy vyučovacích předmětů	počet týdenních vyučovacích hodin	
	1. ročník	2. ročník
Povinné předměty		
<i>všeobecně vzdělávací předměty</i>		
český jazyk a literatura		2
občanská výchova	1	1
matematika	2	2
výtvarná výchova	1	1
hudební výchova	1	1
tělesná výchova	J > _	2
<i>odborně praktické předměty</i>	-----	
rodinná výchova		
ruční práce	5	5
příprava pokrmů	5	5
volitelné předměty	~ 4	4
celkem	23	28
nepovinné předměty	2	2

4-4.2.2 Praktické školy s jednoletou přípravou

Tyto školy se také jinak nazývají Praktická profesní příprava. Jsou určeny žákům^s těžkým zdravotním postižením, zejména s těžkým stupněm mentálního postižení, žákům^s postižením více vadami a žákům s diagnózou autismus, kteří získali ucelené vzdělání na úrovni základní školy speciální, případně na základní škole praktické ukončili povinnou školní docházku a ze zdravotních či jiných závažných důvodů se nemohou vzdělávat na jiném druhu a typu školy (Pipeková, 2006).

Cílem je doplnění a rozšíření teoretického i praktického vzdělání a poskytnutí základů odborného vzdělání, přípravě žáků na výkon jednoduchých činností souvisejících^s Pomocnými pracemi např. v kuchyních, nebo s úklidovými pracemi.

Předpokládá se, že tito žáci zpravidla najdou své uplatnění v chráněných pracovištích.

Tabulka č. 10: Učební plán praktické školy s jednoletou přípravou

kategorie a názvy vyučovacích předmětů	počet týdenních vyučovacích hodin
povinné předměty	
<i>všeobecně vzdělávací předměty</i>	
čtení	–
psaní	1
počty	1
občanská výchova	1
výtvarná výchova	2
tělesná výchova	2
hudební a pohybová výchova	2
<i>odborné předměty</i>	
rodinná výchova	4
ruční práce	2
praktická cvičení	12
volitelné předměty	1
celkem	30

Pokud žák nezvládne vzdělávací program praktické školy s jednoletou přípravou během jednoho školního roku, má možnost opakovat ročník

⁴-5 Možnosti dalšího vzdělávání

Pro osoby s mentálním postižením, s těžkým postižením a s postižením více vadami existují pouze dvě varianty možného dalšího vzdělávání a to:

- večerní školy - otevřené pro absolventy základních škol speciálních, základních škol praktických, pro ty, kteří nemohli absolvovat povinnou školní docházku. Zřizovatelem jsou občanská sdružení, výuka probíhá v odpoledních hodinách dvakrát týdně po dvou až třech hodinách, hlavním cílem večerních škol je rozvoj komunikačních dovedností, opakování učiva, orientace ve světě, součástí jsou i umělecké předměty, nevyučuje se zde podle vzdělávacích programů
- kurzy k doplnění vzdělání - kurzy slouží k doplnění vzdělání, poskytovatelem bývají základní školy praktické a základní školy speciální. Otevírají možnost získat vzdělání i těm osobám s mentálním postižením, které neměli možnost své vzdělání ani započít

4.6 Individuální vzdělávací plán

Pro výchovu a vzdělávání jedinců se speciálními vzdělávacími potřebami je velice důležitý Individuální vzdělávací plán.

Stanovuje se v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo Pro žáka speciální školy.

IVP vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně Pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením. Je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Je součástí dokumentace žáka a sestavuje se zpravidla před nástupem žáka do školy, nejpozději však 1 měsíc po nástupu.

Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími Potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v § 6 stanovuje okruhy, které by měl IVP obsahovat:

- údaje o obsahu, rozsahu, průběhu a způsobu poskytování speciálně pedagogické péče
- údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva
- vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka
- seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů
- jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat
- návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává
- předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků
- závěry speciálně pedagogických, popř. psychologických vyšetření

IVP může být doplňován a upravován v průběhu celého školního roku. Individuální vzdělávací plán zpracovává učitel, který předmět vyučuje, spolu s učitelem, jenž provádí reedukaci. Za zpracování IVP odpovídá ředitel školy. Ředitel je povinen seznámit zákonného zástupce žáka s IVP. Školské poradenské pracoviště vyhodnocuje dodržování postupů.

Podle Olgy Zelinkové (2001, str. 172) „*individuální vzdělávací plán umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, bez ohledu na učební osnovy, bez stresujícího porovnávání se spolužáky. Umožňuje učitelům pracovat s dítětem na úrovni, kterou ono dosahuje, bez obavy z neplnění požadavků učebních osnov. Do přípravy se zapojují i rodiče, kteří se tak stávají spoluodpovědnými za výsledky práce svého dítěte. Žák není pasivním objektem působení učitele a rodičů, ale přebírá odpovědnost za výsledky reedukace.*”

5. Specializovaná poradenská zařízení

5-1 Centra rané péče

Podle zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. některé školy a některá samostatná Pracoviště zřizují centra rané péče pro různě hendikepované děti. V těchto centrech pracují sociální pracovníci, speciální pedagogové, rehabilitační pracovníci, psychologové atd. Podle povahy pracoviště je práce terénní nebo ambulantní.

Ve střediscích pracují s postiženými dětmi, s malými dětmi a těhotnými ženami tak, aby důsledky postižení dítěte byly minimalizovány nebo se jim předešlo. Pracovníci center Poskytují rodičům praktické návody, jak pracovat s dětmi, zapůjčují rodičům rehabilitační Pomůcky, pomáhají s orientací v právním systému atd. Pracují zde i s dětmi a mládeží s tak závažným stupněm a druhem postižení, díky kterému neprospívají ani v základní škole speciální. Žáky s více vadami vyučují podle individuálních výchovně vzdělávacích plánů doplněných o řadu terapií.

Podle Valenty, Müllera (2004) raná péče zahrnuje tyto úkony :

- včasnou diagnostiku dítěte
- včasnou rehabilitaci a stimulaci dítěte

- poradenství a vzdělávání pro rodiče
- půjčování pomůcek a odborné literatury
- terénní práce v rodině
- zapojení rodičů do systému ucelené rehabilitace
- realitní pomoc rodinám
- instruktáže a zácvik dalších pracovníků pomáhajících profesí
- tranzit dítěte do výchovně-vzdělávacího systému

^s-2 Speciálně pedagogická centra (SPC)

Jedná se o speciální školská zařízení , která jsou většinou zřizována při speciálních mateřských školách pro mentálně postižené, při některých speciálních školách a při Praktických školách.

Specializují se na komplexní péči o děti a mládež s jedním určitým druhem postižení nebo s více vadami, kde dominuje typ postižení, pro které bylo SPC zřízeno. Nejdůležitější je spolupracovat s centrem od nejranějšího věku až do ukončení školní docházky. Spolupráce může probíhat buď ambulantně v centru nebo zaměstnanci docházejí za svými klienty do školek, škol nebo přímo do rodin.

Činnost SPC je legislativně zakotvena ve Školském zákoně č. 561/2004 Sb. a Vyhlášce č. 72/2005 Sb. Tým odborníků v SPC tvoří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce, popř. dále logoped, terapeut, pediatr a rehabilitační pracovník.

Mezi hlavní úkoly SPC patří :

- připravují komplexní podklady o zařazování dětí do speciálních vzdělávacích institucí, navrhnou přiměřený způsob výchovy a vzdělávání
- vedou přesnou evidenci dětí a mladistvých zařazených do péče centra
- provádějí komplexní speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku
- poskytují poradenský a metodický servis jak rodičům, pedagogům dětí, tak i široké veřejnosti

- podílejí se na řešení různých problémů souvisejících s postižením dítěte
- organizují různé diagnostické pobyty
- zapůjčují kompenzační pomůcky...

⁵-3 Pedagogicko-psychologické poradny (PPP)

Podle Školské zákona č. 561/2004 Sb. a Vyhlášky č. 72/2005 Sb. je klientům zajišťována komplexní psychologická, speciálně pedagogická a sociální diagnostika, jejímž cílem je především zjištění příčina poruch učení, příčin poruch chování, příčin dalších problémů ve vývoji osobnosti, výchově a vzdělávání dětí a mládeže a individuálních předpokladů v souvislosti s profesní orientací (Pipeková, 2006).

Mezi hlavní úkoly PPP patří:

- zpracovávají podklady pro zařazování a přeřazování dětí a žáků do škol a školských zařízení
- odklad školní docházky
- doporučení k integraci
- poskytují konzultace a informace pedagogickým pracovníkům školských zařízení
- zpracovávají plány aktivit v oblasti prevence sociálně patologických jevů a drogových závislostí

^{Do} týmu odborníků patří psycholog, speciální pedagog a sociální pracovníce.

⁵-4 Střediska výchovné péče (SVP)

Činnost středisek výchovné péče je charakterizována v zákoně č. 109/2002 Sb. o výkonu Ustavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů. V systému pedagogicko-psychologického poradenství jsou zařazena od roku 1997. Úzce spolupracují se školami, středisky sociální prevence, pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálně

pedagogickými centry, referáty sociálních věcí a jinými odbornými institucemi (Pipeková, 2006).

Hlavním cílem je nabídnout dětem a mládeži okamžitou pomoc, radu nebo systematickou péči při zachycení prvních signálů výchovných problémů a předcházet tak dalším vážnějším výchovným poruchám (Pipeková, 2006). Centra provádějí diagnostickou, poradenskou, psychoterapeutickou, výchovnou a vzdělávací činnost a to ambulantní nebo internátní formou. Internátní pobyt může být maximálně dva měsíce a pobyt v internátu je dobrovolný.

6. Ústavní výchova

Systém ústavní péče spadá pod Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky. Je jednou ze základních forem sociálních služeb. Obvykle se využívá, jestliže rozsah a náročnost potřebné péče překročí možnost rodiny a je nutné zajistit přechodně nebo trvale komplexní péči člověku, který ji potřebuje. V některých případech suplují rodinu a rodinné prostředí. Jejich úkolem i cílem je vytvoření a zajištění optimálních podmínek pro zařazení klientů do běžného života ve společnosti, ke které náleží (Pipeková, 2006).

V posledních několika letech se mění funkce ústavů, kdy se z velkých neosobních ústavů stávají malé ústavy rodinného typu. Dochází ke snaze, aby klienti vedli co „nejnormálnější“ život (navštěvovali volnočasové aktivity mimo ústav, byli integrováni do běžné základní školy atd.). **A v neposlední řadě je kladen důraz na potřeby klienta, na jeho rozhodnutí, jeho přání** oproti dřívější době, kdy byl kladen důraz zejména na požadavky instituce, společnosti atd.

Klasifikace ústavů z hlediska délky pobytu:

- denní
- týdenní
- celoroční pobyt (Pipeková 2006, str.302)

Klasifikace z hlediska pohlaví:

- ústavy sociální péče pro dívky a ženy
- ústavy sociální péče pro chlapce a muže
- ústavy sociální péče smíšené (koedukované) (Pipeková 2006, str. 304)

Klasifikace z hlediska kapacity (velikosti):

- malé (rodinné)
- velké (Pipeková 2006, str. 304)

Klasifikace z hlediska zřizovatele:

- státní (ministerstvo, kraj, obec)
- nestátní (občanská sdružení, charity) (Pipeková 2006, str. 304)

Podle Vyhlášky č. 182/1991 Sb., § 61 se ústavní péče klasifikuje :

- ústavy pro tělesně postiženou mládež
- ústavy pro tělesně postiženou mládež s přidruženým mentálním postižením
- ústavy pro tělesně postiženou mládež s více vadami
- ústavy pro mentálně postiženou mládež
- ústavy pro tělesně postižené dospělé občany
- ústavy pro tělesně postižené dospělé s přidruženým mentálním postižením
- ústavy pro tělesně postižené dospělé občany s více vadami
- ústavy pro smyslově postižené dospělé občany
- ústavy pro mentálně postižené dospělé občany
- domovy důchodců
- domovy - penziony pro důchodce

6.1 Ústavy pro mentálně postiženou mládež

„ Určeny pro klienty od 3 let do 26 let, klienti zde zůstávají i po dovršení této věkové hranice. Jsou sem přijímáni jedinci s těžším mentálním postižením, též jedinci s mentálním postižením a tělesnou či smyslovou vadou a kde se také může realizovat ústavní či ochranná výchova mentálně postižené mládeže. Pro potřeby speciálně pedagogické, psychologické, lékařské a sociální diagnostiky se zřizují diagnostická oddělení či ústav pro mentálně postiženou mládež vyčleněný pro diagnostické účely - do těchto oddělení se přijímají zejména postižené děti a mládež před umístěním do ústavu. " (Valenta, Muller, 2006, str. 106)

6.2 Ústavy pro dospělé občany s mentálním postižením

„Určeny osobám nad 26 let s těžším stupněm mentálního postižení a pro občany postižené mentální retardací těžšího stupně s tělesnou či smyslovou vadou, kteří potřebují ústavní péči. Ústavy přijímají své klienty především na žádost rodičů či zákonných zástupců klienta, lékařů či zdravotnických zařízení, charitativních a církevních organizací, orgánů Péče o dítě, soudů. Pro své klienty zabezpečují služby jako bydlení, zaopatření, zdravotní Péči, rehabilitaci, kulturní a rekreační péči, v případě nutnosti osobní vybavení, přiměřené Pracovní uplatnění, výchovu a vzdělávání. " (Valenta, Muller, 2003, str. 107)

7. Socializace osob s mentálním postižením

Socializaci lze chápat jako proces neustálého celkového zespolečenšťování člověka - jako proces osvojování si potřebného společenského chování vlivem všech možností, jež poskytuje prostředí. Socializace v sobě zahrnuje schopnost samostatnosti, komunikace, života ve společnosti, v samostatných domácnostech či pracovního uplatnění. Všechny výše uvedené kompetence jsou důležité pro prožití kvalitního života, a to jak v prostředí rodinném, tak i v prostředí ústavním. Aby byla socializace co nejjednodušší je zapotřebí, změnit postoj společnosti směrem k humanizaci (Valenta, Muller, 2004).

U dětí s mentální retardací je výrazně delší vazba na matku. Zatímco ostatní vrstevníci v období dospívání touží po osamostatnění, dospívající jedinec s mentální retardací je

spokojený ve svém rodinném prostředí, obklopený stejnými lidmi. Problémy v sociální interakci se nejčastěji projevují tak, že jedinec není schopen své pocity a potřeby vyjádřit slovně, proto volí jiné způsoby, které mohou v populaci intaktních působit rušivě a mohou být obtěžující. Je nutné si však uvědomit, že ze strany lidí s mentálním postižením jde o jakési obranné mechanismy a pokusy vyjádřit svá přání. Lidé s mentální retardací často jen pasivně naslouchají konverzaci a neumějí se samostatně vyjádřit, mnohé projevy nejsou schopni pochopit. Pracovní uplatnění je pro jedince s mentálním postižením velmi důležité. Vyhovuje jim práce manuálně jednoduchá, která odpovídá jejich schopnostem koncentrace. Vhodná práce přináší osobám s mentálním postižením pocit uplatnění a zkvalitňuje jejich život (Vágnerová, 1999).

8. Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením

Historický vývoj péče o osoby s mentálním postižením je velice obšírný, proto jsou v této kapitole uvedeny ty historické události, které sama považují za důležité. Texty jsou vybrány z knihy Psychopedie (Valenta, Müller, 2004).

„Prvním doloženým konceptem duševní poruchy v literatuře je deprese, která je popsána v lékařském dokumentu v Eberově papyru, který je datován kolem roku 1900 před Kristem.“ (Valenta, Müller, 2004)

Vůbec prvním preventivním opatřením bylo **Lykurgovo opatření**. Ten věděl, že Požívání lihovin má neblahý vliv na potomstvo, zejména na jeho duševní vývoj. Zakazoval Proto požívati vína v den sňatku, předpokládaje, že v ten den dochází k početí. (Zeman, 1939, in Valenta, Müller, 2004)

V antické společnosti **Hippokrates** dokazoval, že mentální postižení vzniká z poruch mozku, velký lékař antiky **Galén** definoval i symptomatické psychické poruchy. Dokonce odlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou.

V starověké civilizaci byl problematicky vnímán až jedinec s hlubším mentálním Postižením v kombinaci např. se somatickým.

V centru pozornosti stáli spíše jedinci s tělesným postižením a také „šílenci“. Hippokrates vypracoval první klasifikaci duševních poruch a to čtyři století před Kristem (Černoušek 1994 in Valenta, Müller, 2004):

- Phrenitis (akutní duševní porucha s horečkou)
- Mania (akutní choroba bez horečky)
- Melancholie (chronické šílenství)
- Epilepsie (boží nemoc)
- Hysterie (křeče)
- Skýtská nemoc (patrně trans věsti smus)

Ve středověku se postoj k duševně postiženým jedincům změnil. Na jedné straně byli „šilenci a blázni“, kteří byli považováni za šťastlivě vyvolené, na straně druhé to byli „zplodenci ďáblů“. Duševní poruchy se staly předmětem démonologie. Ale přesto od raného středověku vznikají klášterní hospitály jako útulky pro staré, nemohoucí i duševně nemocné osoby.

Období renesance přineslo první klasifikaci duševních poruch, jsou zde odděleny poruchy intelektu od ostatních duševních poruch. Vše je zaznamenáno v díle basilejského lékaře **Felixe Plattera** - Pojednání o nemocech ducha. S renesancí je ovšem spojeno i jméno jednoho z největších humanistů - **J. A. Komenského**, který ve svých dílech hájil nutnost vzdělávání všech dětí bez ohledu na typ a stupeň postižení. Ve své Didaktice velké se zabýval první speciálně pedagogickou klasifikací žáků z hlediska jejich typologie. V jednotlivých typech je zahrnuta i kategorie žáků s lehkou mentální retardací a kategorie žáků s hlubším mentálním postižením. Už v této době přichází s názorem, že je nutno do středu zájmu učitele, klást žáka nikoliv učivo.

Se jménem **Filipa Pinela** (+1826) se mění přístup k duševně postiženým občanům. Docílil toho, aby byly postiženým sejmuty okovy, kazajky a dozorcům odejmuty biče. Do léčby zapojuje ergoterapii. Pinel se na idiocii díval jako na afektivní a rozumovou retardaci, a to vrozenou či získanou. Rozlišoval čtyři stavy:

- stav blízky zvířeti
- stav, kdy jsou některé pojmy a potřeby zachovány
- hloupost, tj. stav, kdy je na nižší úrovni zachována řeč a rozum
- imbecilita - stav s postupným úbytkem rozumových schopností

Na Pinela navazoval jeho žák **Dominik Esquirol** (+1880), který jako první vymezil idiocii jako stav (nikoliv jako nemoc) charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností a pod pojmem imbecilita chápal lehčí formu slabomyslnosti, pro nejmírnější formu postižení stanovil pojem rozumové opoždění.

Jméno **Jean Itard** je spojeno sexperimentem „divocha zAveyronu“ zpočátku 19. století. Jednalo se o dvanáctiletého chlapce, který byl nalezen v lese, kde žil mimo lidskou společnost. Pinel ho považoval za nevyléčitelného idiota s nulovou vývojovou perspektivou, kdežto Itard tvrdil, že jde o zdivočelé dítě a to lze speciálními metodami vychovat na úroveň jeho vrstevníků.

Díky tomuto experimentu došlo k otevření prvních institucí specializovaných na výchovu a vzdělávání takto postižených dětí i dospělých. Prvním zakladatelem ústavu pro slabomyslné v Paříži roku 1833 je **dr. Voisin**. První škola pro slabomyslné je otevřena v roce 1841 v Paříži Seguinem.

Eduard Seguin je považován za „otce zakladatele“ psychopedie a systematické péče o slabomyslné v Evropě i ve Spojených státech. Systém výchovy slabomyslných jedinců rozdělil do triády :

- výchova činnosti (rozvoj motoriky, analyzátorů, senzomotoriky)
- výchova myšlení (výuka trivia, utváření představ o světě a společnosti)
- výchova vůle (schopnost ovládnout své instinkty)

Kromě výchovy mentálně postižených jedinců se věnoval také jejich diagnostice.

Všeobecný (tereziánský) školní řád z roku 1774, jehož autorem byl pruský reformátor **Johann Ignác Felbiger**, obsahoval názor, že nenadaní žáci by měli být přítomni při výuce^a učitel by je pro jejich malé nadání neměl trestat.

V roce 1863 vyšel zákon o domovském právu, který ustanovuje nárok postiženým na sociální pomoc.

v

Rád školní o vyučování z roku 1905 umožňuje zřizovat zvláštní pomocné a podpůrné třídy, které by mohli navštěvovat kromě dětí smyslově postižených i děti méně nadané.

Jedním z prvních „psychopedů“ u nás byl **Karel Slavoj Amerlín**. Byl to lékař Přírodovědec, pedagog a pedagogický reformátor. Bezplatně řídil první ústav pro

slabomyslné Ernestinum na Pražském hradě. Amerling pro své klienty prosazoval základní vzdělání, ruční práce a zemědělské práce, pevný režim dne a nácvik sebeobslužných prací a hygieny.

Další postavou spojenou s Ernestinem je **Karel Herfort**, lékař, vědec a „speciální pedagog“. V ústavu prosadil individuální přístup k chovancům a prohloubil jejich výuku.

Herfortovým spolupracovníkem byl **Josef Zeman**, zakladatel našeho speciálního školství. Díky němu zákon o pomocných školách z roku 1929 vřadil pomocné školy do školského systému „první republiky“.

Mezi další významné osobnosti patří Otakar Chlup, který se zabýval výzkumem a diagnostikou duševních projevů mentálně retardovaných osob. Se jménem profesora Čády jsou spojeny tři sjezdy zaměřené na péči o slabomyslné a pomocné školy.

Období po druhé světové válce

Zákon o jednotném školství (95/48Sb.) zřizoval školy pro mládež tělesně vadnou a s vadami smyslů a řeči, duševně a mravně vadnou.

Díky školskému zákonu z roku 1953 (31/53 Sb.) dochází k rozšíření edukace žáků s mentálním postižením na druhém cyklu škol - vznikají zvláštní učňovské školy připravující na výkon jednoduchých manuálních povolání.

Zákon z roku 1960 (188/60 Sb.) rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy.

Vývoj oboru po druhé světové válce velmi ovlivnili profesoři Miloš Sovák a František Kábele. Fr. Kábele výrazně zasahoval i do dění po roce 1989. Mezi osoby ovlivňující vývoj speciálně pedagogické disciplíny psychopedie ať už prací vědeckou, publikační, nebo i pedagogickou a organizační dále patří M. Vítková, prof. J. Jenský, prof. Š. Vašek, doc. J. Kysučan, doc. M. Černá a doc. I. Švarcová, doc. B. Stejskal, doc. S. Langer, dr. L. Edelsberg, dr. M. Teplá, mgr. L. Kubová ad.

Po roce 1989

- vznikají alternativy - existence množství nestátních subjektů pečujících o jedince s mentálním postižením
- značný rozvoj pomocných škol (vzdělání v nich se prodloužilo o dva roky, vznikly přípravné stupně pomocných škol, byly otevřeny rehabilitační třídy pom. škol)
- vznikají auti-třídy pro žáky s pervazivními vývojovými poruchami
- inkluze postižených (i mentálně) se stala realitou
- vznikají nejrůznější občanská sdružení podporující zkvalitnění života osob s mentálním postižením
- rozšířil se ambulantní a diagnostický servis pro klienty a jejich rodiny
- rozvíjejí se alternativní a augmentativní komunikace jedinců s těžkou mentální retardací
- rozšiřuje se, zkvalitňuje a diferencuje příprava psychopeda

9. Praktická část - případová studie

Cílem praktické části je ukázat na zvoleném příkladu rodiny, jaký význam má edukace, socializace, speciálně pedagogická péče pro rozvoj dítěte i jeho okolí. Pokud by tato péče byla nedostupná, jako tomu bylo dříve, dítě by bylo zcela vyřazeno ze společnosti a odkázáno na ústavní péči. Současným trendem je, aby takto postižené děti vyrůstaly v domácí péči.

9.1 Navázání kontaktu s rodinou

S rodinou, kterou bych ráda představila v této diplomové práci, jsem se seznámila před několika roky. Dříve jsem je jen potkávala při procházkách městem. Jelikož pocházíme z malého města, **věděla** jsem o tom, že chlapec je postižený a věděla jsem i to, že poměry v rodině nejsou zcela ideální (otec nepracuje, maminka pečuje o postiženého syna, nevyhovující bytové podmínky). Jejich rodinná situace mě natolik zajímala, že jsem se rozhodla o navázání kontaktu. Maminka je velice vstřícná, proto jsem neměla obavy oslovit ji. Zanedlouho jsem byla pozvána na první návštěvu.

9.2 Anamnézy

Rodinná anamnéza:

Matka:

Matce je 43 let. Dříve pracovala jako uklízečka, pomocná síla v kuchyni. Nyní pečuje o osobu blízkou. Diagnóza matky je neléčená hypothyroidní, v současné době varixy, opakované záněty žil, oligofrenie. Oba rodiče zemřeli - matka zemřela na ICHS, příčinu smrti otce dcera nezná. Matka se synem navázali pevný vztah, který umocňuje matčina starostlivost a péče.

Otec :

Otec zemřel v loňském roce (2007) na maligní onemocnění ve věku 59 let. Pracoval jako popelář a několik posledních let pobíral podporu v nezaměstnanosti. Jeho rodiče zemřeli - otec příčinu smrti svých rodičů neznal. O chlapce se příliš nestaral a neprojevoval o něj zájem, přestože žili ve společné domácnosti. Nenavštěvoval chlapce v nemocnici, neúčastnil se lékařských prohlídek.

Bratr matky :

Bratr zemřel v loňském roce (2007) ve věku 44 let. Bratr byl o dva roky starší než paní Božena. Několik posledních let pobíral invalidní důchod pro onemocnění srdce. Na toto onemocnění také zemřel. Pro paní Boženu byl bratr největší oporou, se vším jí pomáhal, nejvíce s péčí o malého Zdeňka.

Sestra matky :

Sestra je o čtyři roky starší než paní Božena. Pobírá také invalidní důchod pro velmi silné záněty žil. Je odkázána na chůzi o berlích. Dříve se v rámci možností o Zdeňka také starala, ale již několik let nežije ve stejném městě jako paní Božena, proto není jejich kontakt natolik intenzivní.

Osobní anamnéza :**Zdeněk:**

Zdeněkovi je devět let. Ještě nedávno žil s oběma rodiči v sociálním bytě na malém městě. Otec před několika měsíci zemřel. Chlapec má velmi těžké kombinované postižení. Podle záznamů Střediska rané péče se jedná o ROP V. stupně oboustranná, nedonošenost (26. týden), intrakraniální krvácení, malformace levého třísla s hypertrofií levé dolní končetiny.

V lékařské zprávě chlapce OA: z II. gravidity /1x spon. abort/, porod ve 26. týdnu, těžká retinopatie, kryoterapie, vitrektomie bilat., 36. den života šokový stav pro krvácení z kavernosního angiomu jater, psychomotorická retardace.

9.3 Rodinné prostředí

Zpočátku žila rodina v nevyhovujících bytových podmínkách. Partnerům s dítětem byl přiřazen dvoupokojový byt s malou kuchyňkou a ještě menší koupelnou. Jedná se o sociální byt na malém městě, který se nachází v přízemí objektu. Umístění bylo výhodou pro rodiče, kteří ještě nedávno museli vozit Zdeňka na kočárku, protože byl imobilní. Budova se sociálními byty se nachází nedaleko centra města a jen několik minut od autobusové zastávky, což umožňuje snadněji navštěvovat lékaře, obstarat nákup a zařídit potřebné. Po smrti partnera zůstala v tomto bytě paní Božena se synem sama.

Byt je zařízen v rámci možností rodiny. Milým překvapením je i při neohlášené návštěvě jeho čistota. Chlapec má od počátku samostatný pokoj. Stěny jsou vyzdobeny obrázky zvířat, v policích jsou uspořádány hračky. Partneri spávali na rozkládací pohovce v obývacím pokoji. Za negativní považují, že partner v bytě kouřil bez ohledu na chlapcův zdravotní stav.

9.4 Příchod na svět

Porod a období po porodu

Zdeněk přišel na svět v 26. týdnu těhotenství. Pro matku už to byla druhá gravidita, první skončila spontánním aborem. Den před porodem začaly matce kontrakce a do gynekologické poradny už dorazila s běžícím porodem. Porod probíhal císařským řezem kvůli poloze plodu. Porodní hmotnost chlapce byla 880 g.

Při přijetí na specializovanou kliniku, dle lékařské zprávy, byl chlapec intubovaný, v uspokojivém stavu. Na hlavě se nacházely četné hematomy očí. Dýchání bylo slyšet asymetricky. Pupečník byl podvázán. Kůže byla čistá, jen na rukou se nacházely hematomy

po porodu. Při přijetí chlapec prošel všemi vyšetřeními, jejichž závěry není nutno rozepisovat. Jako léčba bylo doporučeno výhřevné lůžko a inkubátor. Chlapec byl po další čtyři dny na plicní ventilaci. Bylo mu indikováno obrovské množství léčiv a doporučená zevní komorová drenáž a rehabilitace.

Další průběh hospitalizace

Hned druhý den života došlo k hemodynamické nestabilitě způsobené otevřenou botalovou dučejí, kterou se podařilo farmakologicky uzavřít. Od druhého týdne se podařilo upravit i dýchání, které probíhalo souměrně. Ve třetím týdnu byla zavedena zevní komorová drenáž do laterálního rodu levé postraní komory. Výkon proběhl bez komplikací. V pátém týdnu života došlo k masivnímu krvácení v játrech, takže byla nutná operace. Poté dochází u chlapce k šokovému stavu a komplikacím, opět při krvácení v játrech. Pooperační průběh byl příznivý.

Od 33. týdne došlo k rozvoji atypické retinopatie. Ta si vyžaduje opakované operační výkony - virektomii na obou očích. Po prvním výkonu byl stav komplikovaný, ale byl zvládnutý antibiotickou terapií. Od pátého týdne života došlo k rozvoji oboustranných inkuinálních hernií, které byly řešeny plastikou v nekomplikované inhalační anestezii. Zdeněk byl propuštěn po půl roce od porodu v celkově uspokojivém stavu, prospívající.

Tabulka č. 11: Vývoj Zdeňkovy hmotnosti a délky v průběhu hospitalizace

měsíc	hmotnost	délka
září	880 g	22.5 cm
říjen	1020 g	25 cm
listopad	1575 g	28.5 cm
prosinec	2310 g	30,5 cm
leden	3020 g	33.5 cm
únor	3640 g	36 cm
březen	4010 g	38.5 cm

Doporučení z nemocnice bylo intenzivní poradenský dohled, nezbytně nutná reflexní rehabilitace, na kterou v mezidobí Zdeněk dobře odpovídal. Dále relaxační polohy a stimulace. Medikace, kontroly na specializovaných pracovištích, individuální očkovací schéma, ve stravě doporučen Nutrilon.

9.5 V péči Střediska rané péče

V průběhu roku 2000, když byl chlapci jeden rok, kontaktovala rodina Středisko rané péče na základě doporučení oftalmologa. Do rodiny začala dojíždět fyzioterapeutka, která s chlapcem systematicky pracovala. Hlavním úkolem byla podpora pohybového vývoje. Současně v rodině probíhaly konzultace s poradkyní. Paní Božena se o syna starala s láskou, péčí a s vědomím zlepšení stavu. Ve Středisku si půjčovala stimulační hračky, chodila konzultovat výběr a pořízení ortopedických a polohovacích pomůcek (sedačka Aris, speciální kočárek, ortopedická obuv).

Podle záznamů ze Střediska rané péče v prvních dvou letech probíhala intenzivní stimulace zraku, ale bohužel se neprokázal ani světlocit. Zdeněk užíval asi do svých čtyř a půl let antiepileptika, poté byla léčba ukončena. Po celou dobu cvičila maminka s chlapcem Vojtovu metodu. V roce 2005 byla rehabilitace ukončena.

Do roku 2005 si Zdeněk musel projít několika nutnými hospitalizacemi.

V roce 2000 byl hospitalizován pro podezření na AV píštěle v levém třísele. Klinický nález tehdy podezření potvrdil, ale přesto nebyla indikována operace. Riziko operace zatím převažovalo nad možným přínosem odstranění lehké žilní hypertenze na levé dolní končetině.

V únoru 2002 byl hospitalizován na dětském neurologickém oddělení, kde byla konstatována PMR těžkého stupně, amauróza na podkladě perinatálního postižení a VVV mozku. Zdeněček byl v té době stále inkontinentní a neovladatelný. Stále jen ležel a maminka ho musela vozit na vozíku.

V roce 2004 byl chlapec převezen sanitou do dětského kardiocentra. Podle lékařské zprávy se Zdeněčkem nebylo možné navázat žádný kontakt, bránil se jakékoliv akci (jak od matky tak od lékařů). Vydával pouze skřeky a nedařilo se jej zklidnit. Opět bylo

doporučeno operaci píštěle odložit. Hrozilo zde velké riziko infekce při výkonu vtříisle díky tomu, že chlapec byl stále inkontinentní.

V červenci 2005, kdy Zdeněk asi tři dny trpěl běžným nachlazením (rýma a teploty), u něj maminka pozorovala záškuby levé horní končetiny a snad i obličeje. Podle paní Boženy došlo ke ztrátě vědomí asi na třicet minut. Rychlou záchrannou službou byl Zdeněk opět převezen na dětskou neurologii. Veškerá provedená vyšetření proběhla bez komplikací. Byla nasazena farmakologická terapie - po které se záchvat neopakoval. V závěru lékařské zprávy bylo uvedeno, že se jednalo o první generalizovaný epileptický záchvat. Doporučena byla rehabilitace s matkou v domácí péči a kontrolní hospitalizace.

Přestože neproběhl žádný další epileptický záchvat, lékaři ponechali v lednu 2006 antiepileptickou terapii vzhledem k nálezům na CT mozku. Paní Boženě bylo vysvětleno, že terapie bude dlouhodobá, ve smyslu několika let. Matka nesouhlasila s hospitalizací, proto byl Zdeněk objednan na jiný termín.

V květnu 2006 Zdeněček při vyšetření spolupracoval jen částečně, písal si, ale nemluvil. Celkově byl pohyblivě živý, neklidný. Dokázal vyhovět jen několika výzvám: otevře ústa, vyplázne jazyk, posadí se, zapíská písničku. Občas se plácne do hlavy. Provedení MRI v celkové anestezii Zdeněk absolvoval bez obtíží. Poté propuštěn do domácí péče ve stabilizovaném stavu.

9.6 Socializace a edukace

Na přelomu roku 2004 a 2005 se maminka snaží Zdeňka umístit do nějakého předškolního zařízení. Původně ji bylo přislíbeno, že chlapec bude moci navštěvovat mateřskou školu v místě bydliště. Ale tento plán ztroskotal ještě předtím, než Zdeněk do mateřské školy nastoupil. Mateřská škola o něj nestála. Proto bylo nutné zvolit jinou alternativu. Tou bylo, že Zdeněk bude denně za doprovodu své maminky dojíždět do speciálních jeslí, které jsou ve městě vzdáleném dvacet kilometrů. Tento způsob dojíždění byl pro matku velice problematický. Cestování bylo nejen finančně nákladné, ale i nevhodné z hlediska maminčina zdravotního stavu; matka trpí silnými záněty žil dolních končetin. Docházka do těchto jeslí se velice brzy stala velmi nepravidelnou, až Zdeněček přestal docházet úplně. Proto hledání vhodného zařízení mohlo začít znovu.

Hledání bylo úspěšné a v září roku 2005 je Zdeněk přijat do speciální třídy pro tělesně a mentálně postižené žáky při běžné základní škole. Základní škola je vzdálena od místa bydliště přibližně třicet kilometrů. Zdeněčka si každé ráno v sedm hodin vyzvednou zaměstnanci školy, kteří do základní školy sváží žáky ze všech okolních vesnic a měst. Ve dvě hodiny ho mamince vrací zpět domů. Pro paní Boženu je to velmi praktické, protože během dopoledne může zařídit věci, které jinak nemohla časově zvládnout.

Zdeněček některé hodiny tráví ve speciální třídě s ostatními žáky. Jedná se především o hodiny hudební výchovy, řečové výchovy a zdravotní tělesné výchovy. Ostatní hodiny tráví v základní mateřské škole. Zdeněk pracuje podle individuálního vzdělávacího plánu, který bohužel nemám k dispozici. Od té doby, co nastoupil do školy, se u Zdeňka omezil motorický neklid a odhazování věcí. Ve třídě má osobní asistentku, která je velice pečlivá a důsledná. Se Zdeňkem to opravdu umí. Zdeněk paní asistentku pozná a respektuje a je pro něj důležité, že má „svoji“ stálou osobu. Zdeněk už je schopen se sám najíst lžičkou a samostatně i chodí. Pouze do schodů chodí s dopomocí. Rozumí běžným pokynům jako jsou: vstaň, sedni si atd. Ze všeho nejraději má hudební výchovu. Reaguje na všechny melodie, rád si píská a snaží se pracovat i s hudebními nástroji. Většina činností je zaměřena na rozvoj hmatu. Je důležité, aby si Zdeněk vytvořil představu o bodovém písmu a snažit se rozlišovat samohlásky. Z pochvalného listu, který žáci získávají vždy v pololetí, se můžeme dočíst, že Zdeněk si po získání důvěry zvykl a spolupracuje dle svých možností. Využívá hračky k jednoduché manipulaci, hlazení. Soustředí se krátce, pozornost kolísá. Mezi dětmi je spokojený, má radost z úspěchu a pochvaly. Ostatních spolužáků si příliš nevšímá, ale to je pro dítě s takovou diagnózou naprosto přirozené.

V červnu 2006 dochází u Zdeněčka k velkému pokroku v motorice - už zcela sám chodí i delší trasy. Ve třídě se snaží o nácvik ovládnutí Pichtova psacího stroje. Tento měsíc maminka obdrží rozhodnutí o odkladu povinné školní docházky o jeden školní rok na doporučení školského poradenského zařízení PPP. Pochvalný list z června 2006 charakterizuje Zdeňka takto: Zdeněk si už zvykl na školní prostředí, je celkově klidnější, uposlechne pokyny. Při práci potřebuje pomoc a vedení. Rád poslouchá hudbu a velmi dobře cítí rytmus.

Září 2006 dochází k důležité změně. A to přerazení ze Střediska rané péče do péče Speciálně pedagogického centra. U Zdeňka se po prázdninách změnilo chování. Více zlobí, ale netrvá to příliš dlouho. Za několik dní si opět zvykne na školní docházku a s pedagogy

spolupracuje. V SPC ve spolupráci s třídní učitelkou vytvářejí pro Zdeňka individuální vzdělávací program.

Individuální vzdělávací plán

Jméno : Zdeněk

Škola : Základní škola a Mateřská škola

Třída : Mateřská škola

Učební dokumenty

Rámcový vzdělávací program

Individuální vzdělávací program

- 1) zohlednit tempo dle možností a schopností dítěte
- 2) zohlednit těžkou zrakovou vadu (nevidomost) a s tím spojené potíže
- 3) využití pomůcek pro nevidomé dítě
- 4) zapojování Zdeňka v rámci možností do práce s ostatními dětmi
- 5) rozvoj hmatového vnímání, orientace v prostoru sebeobsluhy se prolíná všemi činnostmi
- 6) organizace (např. při pohybu ve třídě zavírat dveře a skříňky atd.)
- 7) nutná důslednost při práci se Zdeňkem
- 8) nezbytná je účast osobního asistenta po celou dobu výuky v MŠ

Smyslová výchova

Rozvíjení sluchového vnímání

- rozvoj sluchové percepce - otáčení za zvukem
- nácvik sluchového soustředění na zvuky (hračka, chrastítko, cinkání talířů, proud vody atd.)
- reagování na vlastní jméno
- sluchová cvičení (zvonek, bubínek, tleskání, klepání)
- napodobování různých zvuků

- ovládání síly hlasu
- experimentování s hudebními nástroji
- poznávání učitelů a spolužáků podle hlasů
- rozlišování zvuků na ulici, v přírodě
- rozvíjení smyslu pro rytmus
- poslouchání hudby
- nezbytná přítomnost osobního asistenta
- používání referenčních předmětů (zvolí si paní učitelka)

Rozvíjení hmatového vnímání (včetně rozvíjení specifických dovedností - jemná motorika)

- rozvíjení hmatové percepce - dotyková terapie, stimulace konečků prstů, masáže prstů a dlaně
- rozvíjení hmatového vnímání manipulací s předměty
- nácvik úchopů předmětů různé velikosti
- cupování
- uždibování
- navlékání předmětů na tyčku
- práce s papírem, práce s modelínou
- vkládání do misek, sáčků, krabiček a lahviček
- hmatová diferenciacce - rozlišování materiálů, rozlišování vlastností předmětů (teplé a studené, měkké a tvrdé)
- třídění předmětů

Prostorová orientace a samostatný pohyb

- ve třídě, v lavici, na WC
- pořádek v lavici (Zdeněk by měl vědět, kde má svoje věci - ty mají vždy stejné místo)
- chůze za jednu ruku, samostatně podle stěny nebo nábytku
- plnění jednoduchých příkazů (polož kostku na stůl, podej panenku atd.)
- rozvoj sluchového vnímání pro orientaci

- ozvučené míče (vnímání jejich pohybů a manipulace s nimi)

Rozvoj čichového a chuťového vnímání

- rozvoj čichové percepce (nádech nosem, výdech ústy, foukání)
- poznávání předmětů podle vůně
- rozvoj chuťové percepce
- rozlišování chuti potravin a nápojů
- rozlišování příjemných a nepříjemných vůní a pachů

Rozumová výchova

- uvědomování si vlastní osoby
- ukazování částí obličeje a těla
- reakce na vlastní jméno, reakce na oslovení
- poznávání předmětů denní potřeby
- členové rodiny (maminka, tatínek, strýc, teta)
- vytváření pocitů bezpečí a jistoty
- překonávání strachu z okolí, rychlejších pohybů, hlasitého projevu ostatních dětí
- odstraňování projevů sebepoškozování
- vyjádření souhlasu a nesouhlasu (gesty)
- nácvik pozdravu (gesty)
- poděkování (gesty)
- chování u stolu
- využití metod alternativní komunikace
- snaha o koncentraci pozornosti
- orientace v čase (ráno, poledne, večer, v noci, snídaně, oběd, večeře)

Pracovní výchova

Sebeobsluha

- osobní hygiena (mytí rukou, používání mýdla, ručníku)
- používání kapesníku
- nácvik pravidelného používání WC

- čištění zubů
- spolupráce při hygieně
- nácvik správného sezení u jídla
- používání lžice
- úklid po jídle
- úklid lavice a ve třídě

Výtvarná výchova

- práce s různými druhy materiálu
- práce s pískem (přesypání, vybírání kamínků z písku), kostkami (ukládání do krabice, řady), stavebnicemi
- modelování (zpracovávání hmoty oběma rukama, uždibování, tvoření placiček, válečků)
- práce s papírem (mačkání do kuličky, trhání na menší kousky a vkládání do misek)
- poznávání textilních materiálů (vlna, provázek)
- práce s přírodními materiály (přebírání, poznávání, třídění)

Hudební výchova

- dechová a sluchová cvičení
- poslech jednoduchých dětských písní
- rytmus - vytleskávání, bubnování
- experimentování s hudebními nástroji
- muzikoterapie
- jednoduché písně
- hudebně pohybová cvičení

Sociální dovednosti

- respektování dospělého člověka
- soužití s ostatními dětmi ve třídě

Nezbytné kompenzační a učební pomůcky :

- materiály pro rozvíjení hmatu a jemné motoriky (pro třídění, přiřazování, porovnávání, rozlišování, poznávání - korálky, knoflíky, kamínky, plody atd. různých tvarů, velikostí a z různých materiálů)
- třídící misky a kelímky
- barvy zanechávající stopu a konturu - na sklo, na látku, prstové, voskovky
- modelína, modurit, keramická hlína, slané těsto
- kulaté nůžky
- loutky, maňásci
- magnetická tabule + aplikace ovoce, zeleniny atd.
- magnetická tabulka
- pomůcky pro navlékání - tyčky na pevné podložce, špejle, bužírky, tkaničky
- trojrozměrné tvary
- reliéfní hmatové obrázky
- stavebnice
- jednoduché vkládky
- čichové soupravy
- papíry různých velikostí
- různé druhy látek
- hmatové sáčky
- kazetový magnetofon + zvukové nahrávky
- CD přehrávač + zvukové nahrávky
- hudební nástroje
- zvonečky, rolničky, chrastítka, krabičky plněné různými materiály
- hračky vydávající zvuky
- hrající předměty
- guma ozvučená zvonečky nebo rolničkami
- ozvučené míče různých velikostí
- ozvučený náramek
- jamky od vajíček (na vkládání)
- zvukový zdroj

Účast dalšího pedagogického pracovníka:

Logoped (dle potřeby)

Psycholog (dle potřeby)

Předpoklad navýšení finančních prostředků:

Viz nezbytné kompenzační a učební pomůcky

Další důležité informace:

Odlišnosti ve výuce - komunikace s pracovníky SPC, rehabilitační pobyt

Pracovník poradenského centra spolupracujícího se školou :

Na vypracování se podíleli:

Na konci září roku 2006 ředitelství základní školy a mateřské školy rozhodlo o přijetí Zdeňka k předškolnímu vzdělávání. Hodnocení z ledna roku 2007 je velice kladné. Zdeněk se zlepšuje v sebeobsluze. Snaží se sám svlékat a zouvat. Sní nalámané kousky pečiva, zvládne si je sám dávat do úst. Reaguje na povely stůj, podej, sedni si, lehni si, jdi k bazénu, otevři pusu, podej mi ruku apod. Trénuje další jednoduché povely: podej mi kostku, míč, hračku. Zlepšil se v orientaci v prostoru (najde kliku a otevře dveře). Pravidelné rituály mu umožňují lepší orientaci v čase. Zdokonaluje smyslové vnímání, jemnou i hrubou motoriku. V rámci možností spolupracuje a tvoří, při práci i běžných denních činnostech potřebuje asistenci, pomoc a vedení.

S příchodem nového roku 2007 dochází k tragickým událostem v rodině. Nejprve zemřel mamčin bratr, který jí byl obrovskou oporou. Myslím si, že dokonce větší než samotný partner. Kdykoliv jsem je potkala, byl to právě její bratr, který je doprovázel. Malý Zdeněk na něj byl velice zvyklý. O to tragičtější byla smrt pro rodinu, protože přišla náhle a nečekaně. Důvodem úmrtí byl infarkt. Paní Božena se se smrtí bratra jen velmi těžko vyrovnávala. A necelé dva měsíce poté udeřil osud znovu. Zemřel Zdeněkův otec, mamčin partner, na maligní onemocnění, které paní Božena neumí blíže specifikovat. Bylo to velmi zatěžkávací období, které se samozřejmě odrazilo na Zdeněkovo vzdělávání. Ve škole se nedokázal soustředit, vyrušoval a odbíhal z lavice. Se všemi výkony šel

rapidně dolů. V dubnu téhož roku jsou už ve škole se Zdeňkovým chováním spokojeni. Chlapec je klidnější, přestal utíkat z lavice, více se soustředí. Svačinu a hlavní jídlo je schopen sníst sám, pouze s polévkou mu pomáhá paní asistentka. V rámci školy žáci dojíždějí na hipoterapii a canisterapii, při kterých je Zdeněk velice klidný a zcela uvolněný. S maminkou velice rád jezdí do zoologické zahrady, zřejmě dokáže vycítit přítomnost zvířat i na větší vzdálenost a to ho velmi uklidňuje.

V září roku 2007 se stává žákem 1. ročníku speciální třídy základní školy a mateřské školy a je vzděláván podle RVP pro ZŠ speciální - vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením a souběžným postižením více vadami. Ve třídě je společně s dalšími pěti spolužáky. Jediný Zdeněk je alespoň trochu mobilní. Ostatní jsou upoutáni na vozík. Školní rozvrh Zdeňka je součástí přílohy. Zdeňkovi je doporučen asistent pedagoga. Školní práce Zdeňka není hodnocena příliš kladně, spolupracuje sporadicky. Práce je horší než na konci školního roku. Chlapec je těžko zvládnutelný a má velké výkyvy v chování a pracovních aktivitách. Dokáže ho zklidnit pouze hipoterapie a canisterapie. Zdeněk se už dokáže dobře orientovat v prostředí. Pokud se se Zdeňkem procházíte např. po škole, ale i kdekoliv jinde, vydává zvláštní zvuky, kterými si zkouší akustiku místa a podle toho se poté orientuje. Jazyková úroveň je stále příliš slabá. Řekne jen několik slov jako mama, papa, jdi. Hygienu stále ještě zcela nedodrжуje. Někdy čistotu signalizuje, vyprázdní se na WC, ale NE vždy. Zdeněček velmi rád jí a maminka ho v tom hodně podporuje. Do školy mu dělá příliš velké svačiny, poté chlapec ve škole obědvá a když dorazí ze školy domů, tak má přichystaný ještě jeden oběd. Maminka byla upozorněna na možnost vzniku problémů spojených s nadměrnou konzumací jídla. V rodině je zátěží obezita. Zdeněk není příliš pohyblivý a kila navíc by v tomto případě nebyla vhodná.

Po rozhovoru s pedagogickými pracovníky ve škole vyšlo najevo, že v případě hlubší spolupráce s matkou, zejména s opakováním dovedností získaných ve škole, by chlapec určitě dosáhl lepších výsledků. Matka zvládá elementární péči o Zdeňka. Na základě vlastních rozumových schopností není schopna spolupracovat se školou.

9.7. Návštěvy v rodině

Každá návštěva v rodině pro mě byla milým překvapením. Jak jsem již zmiňovala, v bytě bylo uklizeno, navařeno. Zdeněk si většinou hrál s hračkami na podlaze, v bytě byla slyšet příjemná hudba. Doma vládla pohoda. Maminka se mnou vždy ochotně hovořila poskytovala mi potřebné materiály - jako lékařské zprávy, hodnocení ze školy, ze SPC atd.

Dále uvádím rozhovor, který jsem s maminkou zaznamenala při první návštěvě v rodině

Záznam prvního rozhovoru :

Osobní údaje

„Kolik Vám je let?“

„40“

„Kde bydlíte?“

„Na Dobříši“

„Kolik je otci dítěte?“

„58“

„Jaké má povolání?“

„Je doma.“ (Z dokumentace je otec povoláním popelář, nyní evidován na úřadu práce.)

„Jeho zdravotní stav je dobrý?“

„Všechno je v pořádku.“

„Jste vdaná za otce dítěte? Nebo jste svobodná matka?“

„Jsem jeho družka.“

„Kde jste pracovala, než jste nastoupila na mateřskou dovolenou?“

„Většinou po restauracích a jídelnách, myla jsem nádobí a tak.“

„Navštěvovala jste jesle, mateřskou školku?“

„Ano navštěvovala, jak jesle, tak mateřskou školku.“

„Jaké máte vzdělání?“

„Chodila jsem do základní školy.“

„Jak probíhal Váš porod? Šlo o předčasný porod? Vyskytly se nějaké komplikace při porodu?“

„O žádných komplikacích nevím.“

„Jaké jste prodělala dětské nemoci? Někjaká závažná onemocnění?“

„Jenom příušnice a opakované záněty žil, kterými trpěla i maminka.“

„Měli rodiče nějaká závažná onemocnění?“

„Matka tedy záněty žil a u otce si nevzpomínám.“

„Máte nějaké sourozence? Kolik? Jak jsou staří ? Jaké mají zaměstnání?“

„Mám bratra, tomu je 42 let, má částečný invalidní důchod, dále mám sestru, té je 44 let a má také částečný invalidní důchod, sestra má také záněty nohou jako já.“

„A bratr?“

„Ten má nemocné srdíčko.“

„Vyrůstala jste s oběma rodiči? V kolika letech jste se jim narodila?“

„Vyrůstala jsem s oběma rodiči, myslím, že jsem se jim narodila, když bylo mamince tak 30 let, jsem nejmladší.“

Těhotenství

„V kolika letech jste otěhotněla?“

„V 34 letech.“

„Bylo to vaše první těhotenství?“

„Ano.“ (V dokumentaci o chlapci jsem se dočetla, že šlo již o 2. graviditu, 1. skončila spontánním abortem.)

„Navštěvovala jste těhotenskou poradnu?“

„Ano.“

„Dělali Vám nějaká speciální vyšetření? Jaká?“

„Dělali mi vyšetření jako všem ostatním, protože nic nenasvědčovalo tomu, že bude chlapec postižený.“

„Věděla jste uz v těhotenství, že se Vám narodí postižené dítě? Jestli ano, byla jste rozhodnuta si dítě ponechat?“

„Vůbec nic jsem nevěděla, všechno bylo v pořádku.“

Porod

„V kolikátém týdnu?“ (předčasný porod)

„5. měsíc.“

„Měla jste rizikové těhotenství?“

„Ne.“

„Průběh porodu?“ - kleštěmi, omotaná pupeční šňůra..

„Rodila jsem císařským řezem.“

„Diagnóza chlapce ihned po porodu?“

„Byl v inkubátoru, v nemocnici jsme byli asi půl roku, teprve potom jsme si ho mohli vzít domů, museli mu operovat játra.“

„Průběh 1. roku dítěte?“ - onemocnění, vývojové postupy...

„Zdeněk toho měl hrozně moc, byl pořád nemocný.“

„Navštěvujete se synem nějaké speciální zařízení?“

„Navštěvuje speciální školku, jezdí si pro něj ráno sem domů a odpoledne mi ho zase přivezou, jsem moc ráda, nemohla bych být bez něj.“

„Jak trávíte volné dny se synem? S čím si rád hraje?“

„Nejvíce chodíme ven na procházky, ještě s mým bratrem, to opravdu nejvíce, rád si hraje s míčky a rád poslouchá hudbu.“

Tento první rozhovor byl pro mě opravdu jen orientační, abych věděla, jak paní Božena dokáže reagovat na otázky a abych se od ní dozvěděla ty nejdůležitější informace. Rozhovor probíhal ve velice příjemném duchu. Paní Božena byla velice ochotná světit se se svým životním příběhem.

V průběhu rozhovoru jsem používala pouze tužku a kousek papíru, abych si mohla zapsat nejdůležitější data. V rozhovoru jsem pokládala otázky já, paní Božena vždy stručně odpovídala. Více se rozpovídala pouze o době po porodu, když byl její syn hospitalizován. Ještě dnes to je pro ni určitě velmi silný emotivní zážitek. Otázky jsem strukturovala tak, aby jim bylo snadné porozumět, a aby na ně byla možná jasná odpověď.

Paní Božena má sama diagnózu mentální retardace. Přesto péči o postiženého syna zvládá a tato péče její rozumové schopnosti rozvíjí. Setkávání s lékaři, komunikace s nimi, čtení lékařských zpráv ji samotnou posunulo dopředu. Musí adekvátním způsobem reagovat na psychické a fyzické stavy svého syna (vyprávěla jak volala záchranou službu i to, že lékaři nechápou, že si syna nechala ve své péči).

Další naše setkávání probíhala na úrovni dvou známých. Často jsme se potkávali na procházkách městem, občas jsem se zastavila u nich doma. Chtěla jsem udržovat kontakt. Měla jsem tak možnost zjistit, zda nepotřebují pomoc, když paní Božena zůstala po smrti bratra a druha úplně sama. Nově se jí podařilo obnovit kontakt se sestrou bývalého druha.

Současná situace je problematická, protože neustále chybí v rodině mužský element. S ohledem na Zdeňka neuvažuje paní Božena o novém vztahu. Z materiálního hlediska je situace neuspokojivá, matka se synem jsou odkázáni na sociální dávky.

9.8 Speciálně pedagogická diagnostika

V této kapitole bych ráda nastínila úroveň jednotlivých vývojových oblastí Zdeňka. Tabulky jsou použity z knihy Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I., Marie Vítková, Dagmar Polášková, Institut pedagogicko-psychologického poradenství, Praha 2001. U tabulek jsou upraveny odpovědi na ANO, NE, NĚKDY

Tabulka č. 12: Socializace

	ANO	NE	NĚKDY
SOCIALIZACE			
Pláče při odloučení od rodičů:			X
Přímý určitý pohled:		X	
Reaguje na lidi:	X		
Poznává známé lidi:	X		
Projevuje zájem o druhé osoby, pozoruje je:		X	
Reaguje na výraz v obličeji (opětuje úsměv):		X	
Umí dětské hříčky:		X	
Reaguje na pochvalu:			X
Reaguje na příkazv podej, vezmi si, přines...			X
Projevuje vlastní aktivitu při hrách:			X

Poznámky: Zdeněk reaguje na jednoduché povely jako jsou: stůj, otevři pusu, podej mi ruku atd..., trénuje další povely, které jsou spojeny s nějakou věcí, podej mi kostku, hračku atd...Okruh nejznámějších lidí Zdeněk pozná a reaguje na ně, většinou skřeky.

Tabulka č. 13: Osobní hygiena

	ANO	NE	NĚKDY
OSOBNÍ HYGIENA			
Dítě inkontinentní:			X
Používá nočník, když je na něj vysazeno:	X		
Naznačuje, že vykonalo potřebu do pleny:	X		
Žádá na toaletu nebo jde samo:			X
Chodí na toaletu, obslouží se:		X	
Umí si umýt ruce (pod dohledem):	X		

Poznámky: Zdeněk doma pleny nepožívá, ale často vykoná potřebu kdekoliv. Na cestu do školy je nutné Zdeňkovi pleny dávat.

Tabulka č. 14: Oblékání

	ANO	NE	NĚKDY
OBLÉKÁNÍ			
Pasivně spolupracuje:	X		
Pomáhá při oblékání:	X		
Stahuje si ponožky:	X		
Sundává si jednoduché části oblečení:	X		
Navléká si jednoduché části oblečení:		X	
Rozepíná si knoflíky:		X	
Je samostatný jen s malou dopomocí:		X	
Je zcela samostatný:		X	

Poznámky : Zdeněk se při sebeobsluze zlepšuje, snaží se sám svlékat a zouvat. Stále není schopen si po sobě věci uklidit. Maminka vše dělá za něj.

Tabulka č. 15: Hrubá motorika

	ANO	NE	NĚKDY
HRUBÁ MOTORIKA			
Udrží hlavu vzpřímeně:	X		
Sedí s malou oporou:	X		
Sedí bez opory:	X		
Vytahuje se do vzpřímeného postoje:	X		
Pohybuje se plazením nebo ležením:	X		
Chodí s oporou:	X		
Chůze do schodů, obě nohy dává vždy na jeden schod:	X		
Chůze ze schodů:		X	
Imobilní:		X	

Poznámky : Kratší vzdálenosti ujde Zdeněk s dopomocí. Na vzdálenější místa musí nadále používat kočár. S dopomocí také sejde a vyjde schody.

Tabulka č. 16: Jemná motorika

	ANO	NE	NĚKDY
JEMNÁ MOTORIKA			
Udrží předmět na krátkou dobu:	X		
Nabízený předmět uchopí:			X
Přendává si předmět z jedné ruky do druhé:	X		
Zvedne drobný předmět ukazovákem a palcem:	X		
Čárá tužkou nebo pastelkou:	X		
Spontánně čárá:	X		
Vyndává předměty (z nádoby, krabice):	X		
Staví komín (kolik kostek):		X	
Umí navlékat velké korále:		X	
Manipuluje s předměty:	X		
Hází předměty na zem:	X		
Naklání se a hledá spadlé předměty:		X	

Opozice palce proti jednotlivým prstům:	X		
Palec spontánně flektován do dlaně:	X		
Úchop prstový:	X		
Úchop dlaňový:	X		
Zkouší manipulovat s nůžkami:		X	

Poznámky: I jemná motorika se u Zdeňka zlepšuje. Více si hraje s hračkami. S předměty v ruce manipuluje dobře, přendává si je z jedné ruky do druhé.

Tabulka č. 17: Jedení

	ANO	NE	NĚKDY
JEDENÍ			
Dobře saje potravu:	X		
Dobře polyká:	X		
Polyká s obtížemi:		X	
Salivace:			
Rozpozná jídlo:	X		
Špulí ústa na jídlo:			X
Přijímá ze lžičky potravu:	X		
Umí ukousnout potravu:	X		
Žvýká:	X		
Používá lžičku:	X		
Pije z hrnečku bez náustku:	X		
Pije pouze s náustkem nebo z lahve:		X	
Používá vidličku:		X	
Jí bez pomoci:		X	
Strava mixovaná nebo pasírovaná:		X	

Poznámky: Zdeněk velmi rád jí. Jídlo dokáže jíst lžičkou, pouze s polévkou potřebuje pomoci. Jídelní příbor nepoužívá. Dokáže pít z hrnečku. Potravu kouše bez problémů.

Tabulka č. 18: Verbální komunikace

	ANO	NE	NĚCO
VERBÁLNÍ KOMUNIKACE			
Vydává hrdelní zvuky, pláče:	X		
Zvuky typu mmm nebo sss:	X		
Užívá vícevýznamové hlásky:	X		
Opakuje dvě slabiky (mama, baba):	X		
Užívá jedno zřetelné smysluplné slovo:	X		
Užívá tři a více smysluplných slov:	X		
Začínající žargon:		X	
Dvacet jednoduchých slov:		X	
Dvouslovná spojení (máma pá,...):		X	
Jednoduché věty:		X	
Verbálně nekomunikuje:	X		

Poznámky : Zdeněk vydává neartikulované zvuky. Řekne jen pár slov o dvou slabikách a to mama, tata a papa. Rád si ale píská.

Tabulka č. 19: Impresivní složka řeči

	ANO	NE	NĚKDY
IMPRESIVNÍ SLOŽKA ŘEČI (POROZUMĚNÍ)			
Naslouchá hudbě (např. uklidní se...):	X		
Pátrá očima po zvuku:		X	
Otáčí hlavu za zvukem:	X		
Napodobuje zvuky, které slyší:			X
Reaguje na "NE":			X
Na přání podává předměty:			X
Reaguje na otázky: "Kde je míč ?"...		X	
Reaguje na příkazy: " Pojď ke mně,.."			X
Naslouchá rytmu, zajímá se o opakované zvuky:	X		
Podrobuje se jednoduchým instrukcím (zvedni kostku):	X		
Poslouchá jednoduché příběhy:	X		
Rozumí příkazům obsahující předložky (dej kostku do krabice):		X	
Rozlišuje mezi jednou a více věcmi:	X		
Může mu být domluveno - poslechne:			X

Poznámky: Hudbu má Zdeněk ze všeho nejraději. Při poslouhání sedí v klidu a poslouchá. Snaží se hrát na jednoduché hudební nástroje. Některým příkazům rozumí, ale musí je chtít on sám vykonat.

9.9 Prognóza

Z hlediska mých dosažených informací o dítěti lze vyvodit, že je velice důležité, aby situace zůstala udržitelná. Domnívám se, že komplexní péče může nadále zkvalitňovat dítěti život. Bohužel bude i v dospělosti odkázán na péči matky, odbornou péči a péči asistentů. Zatím otevřená zůstává otázka, co se stane v případě, až se matka nebude moci o syna starat.

9.10 Závěr

Cílem diplomové práce bylo pokusit se na základě případové studie postihnout úroveň edukace, socializace a odborné péče o chlapce v neúplné rodině a problematiku s tím související.

Předčasný porod chlapce ovlivnil jeho start do života a změnil očekávání rodičů a ostatní rodiny. Pozměněné vývojové etapy vyvolávají odlišné nároky na komplexní péči. Ten, kdo tuto zkušenost nepoznal osobně, si neumí představit, čím rodiče a blízké osoby procházejí. Pro dítě je obecně důležité, aby mu rodiče mohli vytvořit takové prostředí, ve kterém by se mohlo harmonicky rozvíjet. Nejdůležitějším předpokladem pro zdravý vývoj dítěte je vzájemný vztah rodičů, který v tomto případě nebyl naplněn.

Je prokazatelné, že edukační proces u jedince postiženého více vadami má za následek rozvoj jeho osobnosti. Pozorování, analýza školní dokumentace, rozhovory s odborným personálem, speciálně pedagogická diagnostika dokládají, že tento vliv je kladný, i když se zpočátku edukace zdají pokroky sotva znatelné. Až dlouhodobější, intenzivní, důsledná a individuální péče učiní edukaci zřejmější. Případová studie dokládá posun v oblasti sebeobsluhy, chování, koncentrace, pozornosti a v rozvoji jemné a hrubé motoriky.

Z pozorování vyplývá, že výchova a vzdělávání těchto osob jsou fyzicky, psychicky a časově náročné a ne vždy přinášejí viditelné výsledky. Studie konkrétně prokazuje, že chlapec je schopen dělat ještě větší pokroky, pokud je v kontaktu se stálými pedagogickými pracovníky, obzvláště se svou osobní asistentkou, která pro něj vytváří pocit důvěry a bezpečí. Naopak její nepřítomnost má za následek stagnaci a narušení kontaktu s ostatními pedagogickými pracovníky.

Nezastupitelnost role vzdělávání, prohlubování získaných dovedností a návyků je nesporná. Za pomoci pedagogických pracovníků se rozvíjejí základní dovednosti a složky osobnosti, které jsou předpokladem k větší samostatnosti, nezávislosti, možnosti zapojení do společnosti a ke zlepšení kvality života.

9.11 Seznam literatury

LUDÍKOVÁ L., *Kombinované vady*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005.

ISBN 80-244-1154-7

MONATOVÁ L., *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998.

ISBN 80-85931-60-5

- PIPEKOVÁ L. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání s přílohou upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006.

ISBN 80-87000-02-1

- ' ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ, *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1997.

ISBN 80-7169-512-2

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

- ' VÁGNEROVÁ M., *Vývojová psychologie*. Praha: Karolinum, 1999. ISBN 80-7184-803-4

VALENTA M., KREJČÍŘOVÁ O., *Psychopedie kapitoly z didaktiky mentálně retardovaných*. Olomouc: Netopejr, 1997. ISBN 80-902057-9-8

- ' VALENTA, MULLER, *Psychopedie teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2004.

ISBN 80-7320-063-5

Věstník MŠMTČ. 8/1997

VÍTKOVÁ M., POLÁŠKOVÁ D., *Podpora vzdělávání dětí a žáků s těžkým zdravotním postižením I*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství, 2001

- ' VÍTKOVÁ M., *Možnosti reedukace zraku při kombinovaném postižení*. Brno: Paido, 1999.

ISBN 80-85931-75-3

ZELINKOVÁ O., *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha:

Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X

Internetové odkazy :

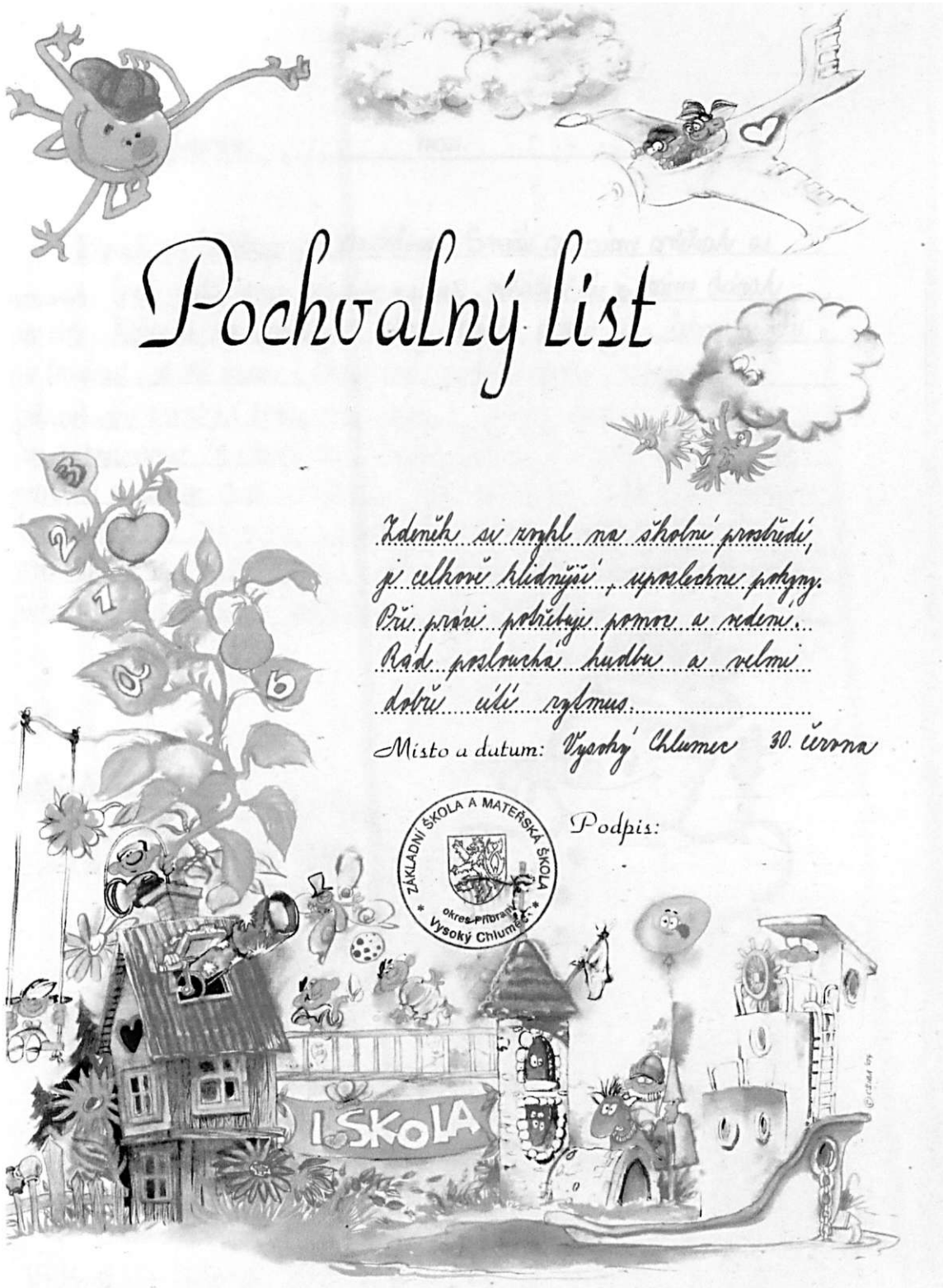
PFIZER, Příčiny a rizikové faktory epilepsie, [cit. 20. února 2008]. Dostupné na World Wide WEB: <http://www.pfizer.cz/showdoc.do?docid=615>

PERLÍN,C.Fenylketonurie,[cit. 20. února 2008], Dostupné na World Wide Web:
<http://www.aaronavigator.cz/default.asp?ch=13&tvp=1&val=33021&ids=151>

Internetové stránky pro studium medicíny. Pediatrie - vrozené vývojové vady,
[cit. 20. února 2008]. Dostupné na World Wide Web:
http://www.varousch.cz/studium/bodv.php?menu=menu&bodv=rocnik3/03_ped_09

Internetové stránky Ministerstva zdravotnictví, [cit. 20. února 2008]. Dostupné na World Wide Web:
<http://www.mzcr.cz/data/c764/lib/KSAAK.htm>

Zárubová Jana, Co bychom měli vědět o epilepsii, [cit. 29. března, 2008]. Dostupné na World Wide Web: <http://www.rodina.cz/clanek177.htm>



*Zdeňk si vyhl' na školní prostředí,
je celkově klidnější, uprostřed pohybu.
Při práci pobíhá, pomoz v řádku.
Rad poslouchá hudbu a velmi
dobře uči rytmus.*

Místo a datum: Vysoký Chlumec 30. úvna



Podpis:

Příloha č. 3: Slovní hodnocení

Zemělská

mat.

Zemělská se vztahuje k rekreaci. Směřuje se rámcově k poznání a naučování. Smí malými kroky přivést, rozvíjet a je rámcově dává do úst. Reaguje na poznání: sluje, podje, odmi se, lehmi, jdi do bránu, odmi se, podje mi rukou, apod. Trénuje další jednoduché poznání: podje mi koutkem, miči, hračky. Zlepšuje se v orientaci v prostoru (majte kletku a otevře dveře). Pravidelně rituály mu umožňují lepší orientaci v čase. Získává lepší smyslové vnímání, jmenoví i hrubou motoriku. V rámci možnosti spolupracuje a hraje, při práci i běžných denních činnostech potřebuje asistenci, pomoc a vedení.

úrodně učitelka

úrodně učitelka



Vě Vysokém Chlumci dne 31.1.2004

Příloha č. 4: Diplom



Za účast v Borotickém desetiboji
s radostí udělujeme DIPLOM

Ledenka

Za Stéblo: *Stéblo*

Škola ZŠ Vysocký Chlumec
 Třída speciální - RVP

ROZVRH HODIN

Školní rok

Den	Rok	HODINY								Předmět podle učebního plánu	Počet hodin v ročníku				
		1	2	3	4	5	6	7	8		1	2	3	4	5
Pondělí		SV	SV	Poh. V	Poh. V					Český jazyk					
Úterý		SV	VV	PV	PV				 jazyk					
Středa		HV	ŘV	RV	RV					Prvouka					
Čtvrtek		SV	ŘV	RV	RTV					Vlastivěda					
Pátek		SV	RTV	RTV	RTV					Matematika					
										Přírodověda					
										Hudební výchova					
										Výtvarná výchova	1				
										Pracovní ^{VÝCHOVA} činnost	2				
										Tělesná výchova					
										SMYS. VÝCHOVA	5				
										ŘEČOVÁ VÝCH.	2				
										HUDEB. VÝCH.	1				
										ROZUM. VÝCH	3				
										POHYB. VÝCH.	2				
										REH. A TĚL. VÝCH.	4				
										Týdenní počet hodin	20				

První vyučovací hodina začíná

ředitel(ka)

třídní učitel(ka)

Příloha č. 6: Vysvědčení

ČESKÁ REPUBLIKA

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA
VYSOKÝ CHLUMEC
okres Příbram

ZO

Třída: I Ročník: 1. Číslo v třídním výkazu: 1 Školní rok: 2004 - 2008

VYSVĚDČENÍ

Jméno a příjmení: Edeměls

Datum narození: Rodné číslo:

Místo narození: Praha

	I. pololetí	II. pololetí
Chování	<u>velmi dobře</u>	
Povinné předměty		
<u>Rozumová mjebona</u>	<u>3</u>	
<u>Smyslová mjebona</u>	<u>2</u>	
<u>Významová mjebona</u>	<u>1</u>	
<u>Pracovní mjebona</u>	<u>1</u>	
<u>Hudební mjebona</u>	<u>1</u>	
<u>Pohybová mjebona</u>	<u>1</u>	
<u>Rehabilitační a těl. mjeb.</u>	<u>1</u>	

Příloha č. 7: Slovní hodnocení 2007/2008

I. pololetí

Prospěch v povinných a nepovinných předmětech

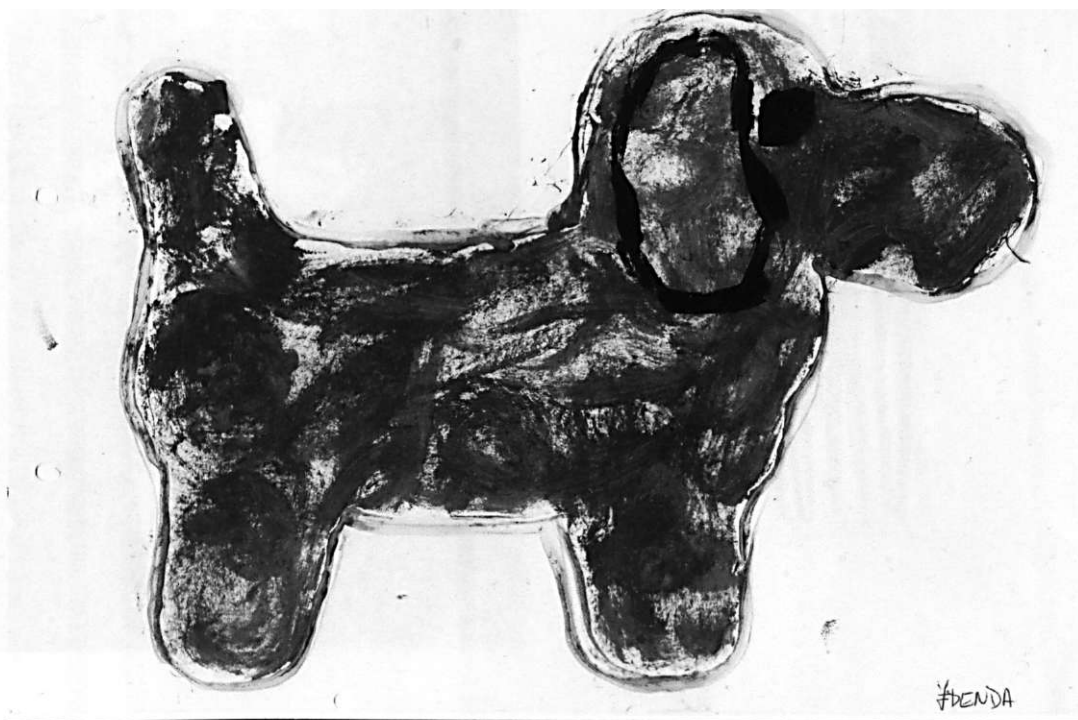
Předmět:

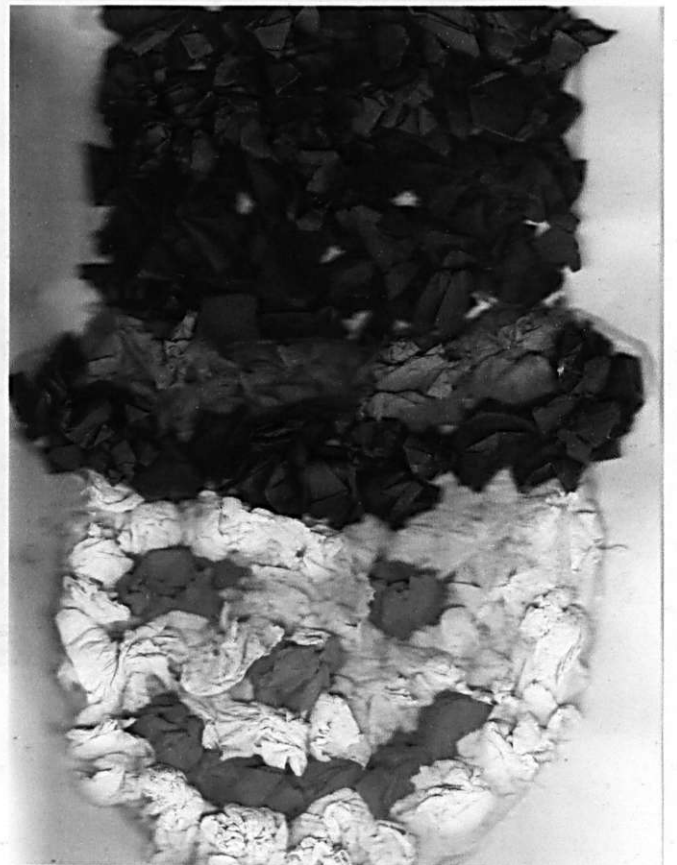
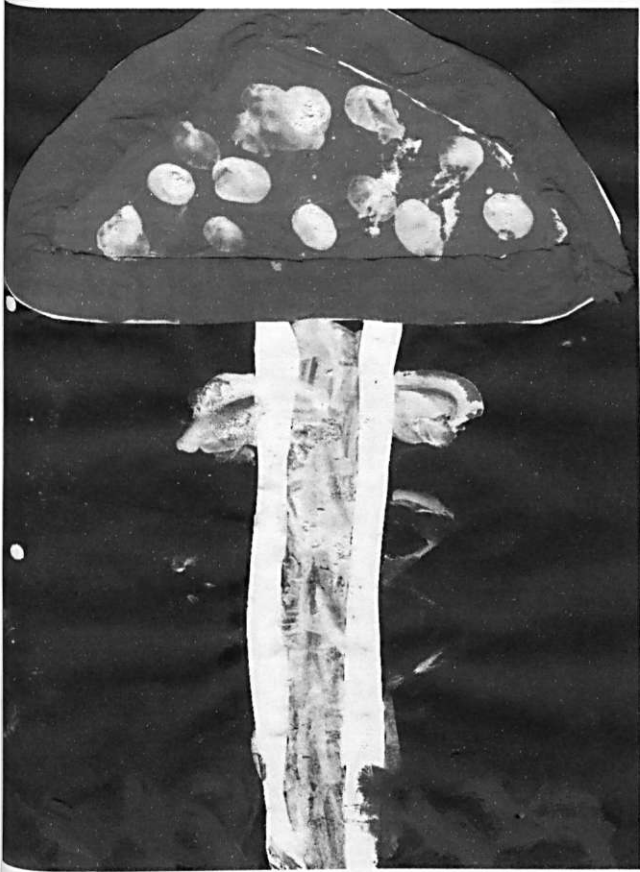
Hodnocení:

Milý Edemdo,
společně pracujeme podle IVP. Zaměřujeme se především na smyslovou vnímavost, kde rozvíjíme sluch, hmat a čich. Důraz klademe na pohyb a prostorovou orientaci. Lepší je se v orientaci a samostatnosti při pohybu v prostoru mají šedky. Lépe ovládají rebotoluker - umíš si sám oblečením čepici, bundu, šaty, kalhoty a boty. Trenuješ oblečení, obouvání a nalepování suchých špiček oblečení a obuvi. Máš pohyby reaguje okamžitě a netrpělivě správně. Zkoušíš třdit a přebírat předměty podle velikosti a tvaru. Navlékáš kroužky na špe. Vkládáš různé předměty do nádob, snažíš se k nim brforat do hrdla plastové láhve. Při práci potřebuješ pomoc a vedení. Vyuker stádaš o relaxaci v bazénku.
Rozvíjíš sluch pomocí sluchových hraček a praxních cvičení. Umíš se kutalet, házet a chytat ozvučený míč.
Pracuješ s písečnicí, kromě jiných i hrubými materiály. Lepší je a procvičuješ jemnou a hrubou motoriku. Posloucháš krátké pohádky, příběhy, vyprávění a hudbu.
S madrem máš čas se cvičit při eamiterapii a hipoterapii.
Při hřeštem počasi chodíme na procházky, při moce škeamny. Lepší se při pohybu i orientaci.

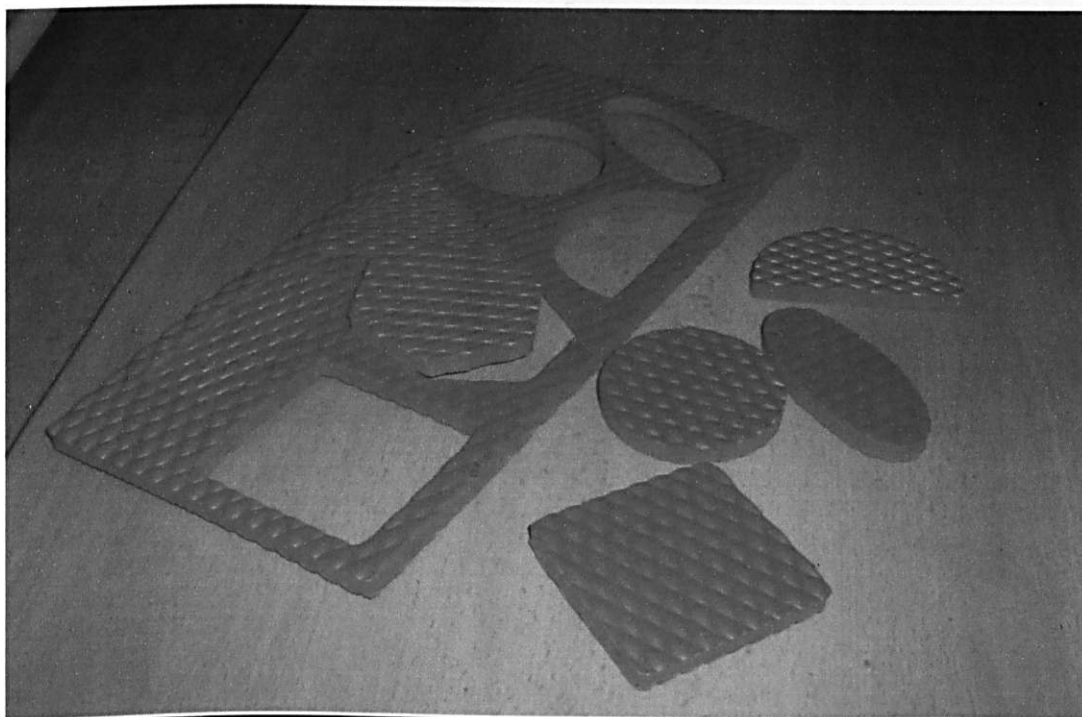
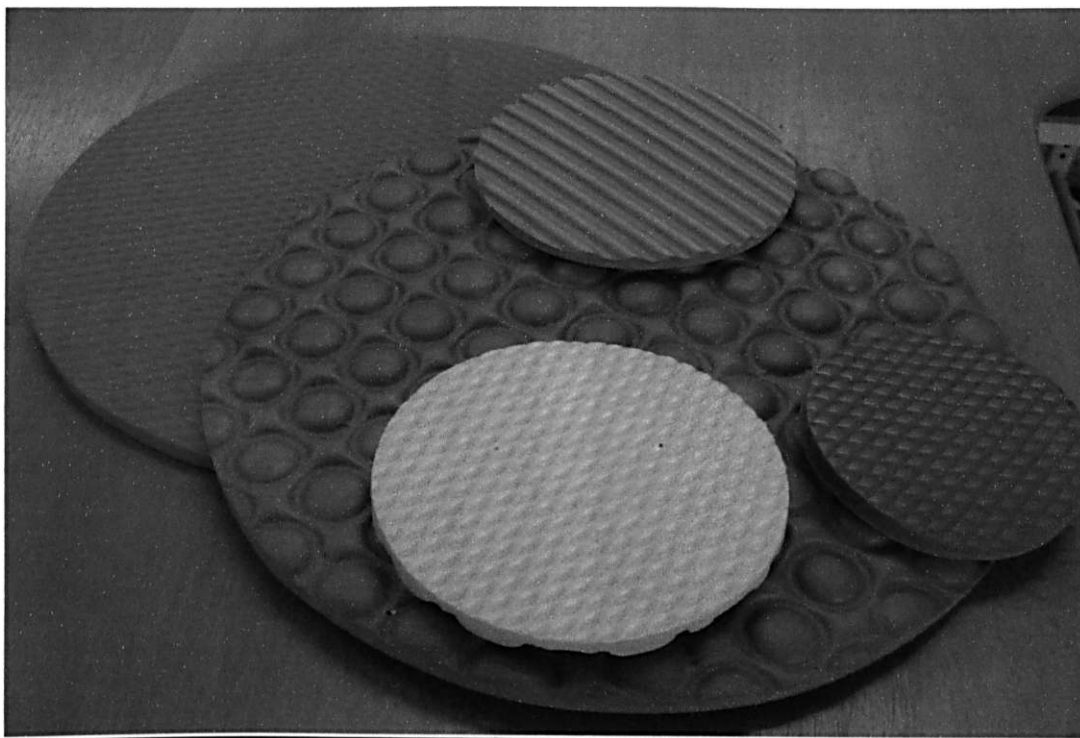
lv. učitelka

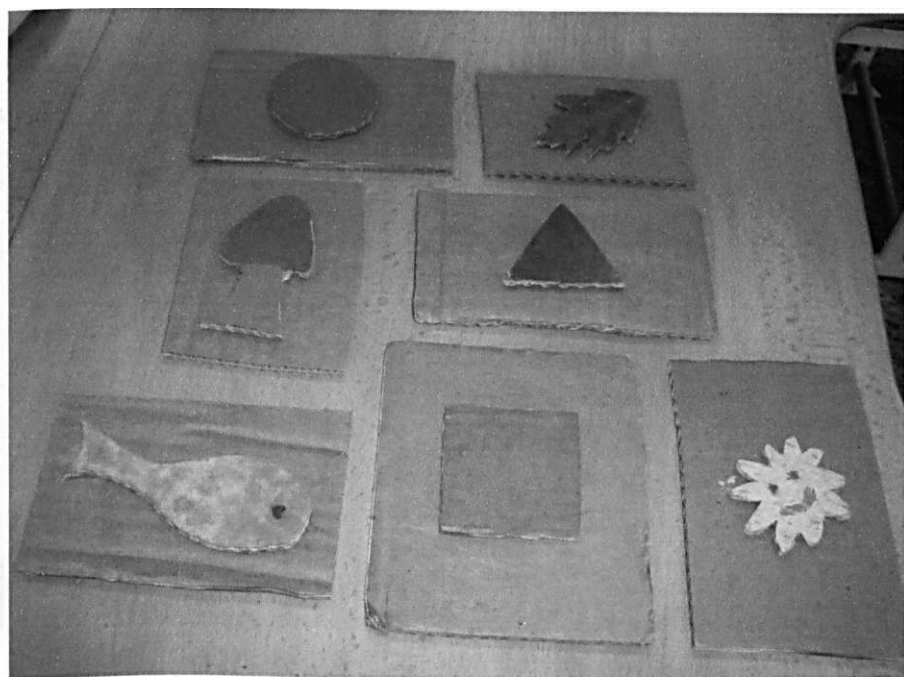
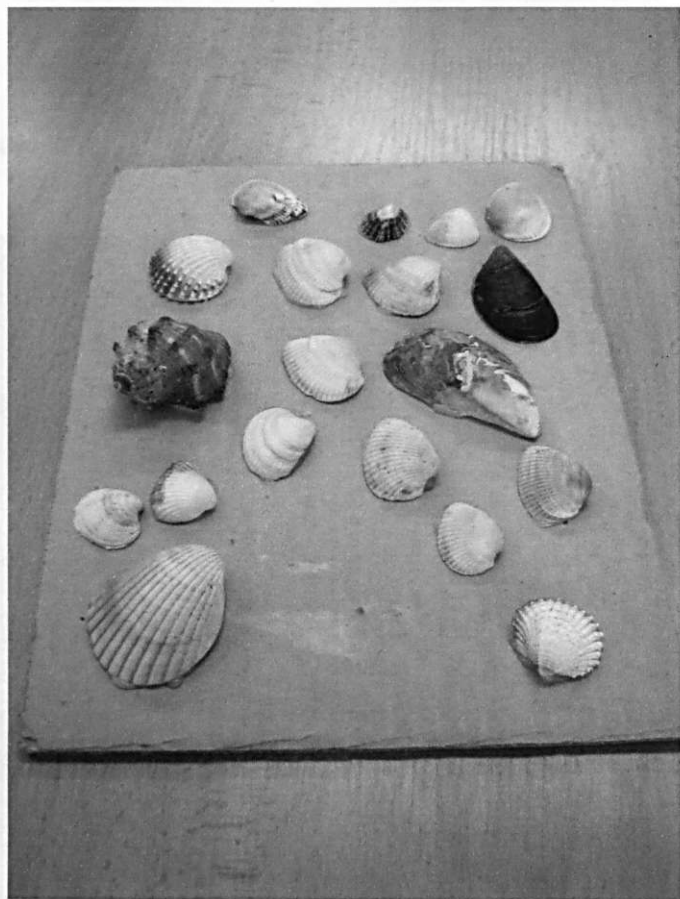
Příloha č. 8: Výtvarné výrobky Zdeňka





Příloha č. 9 : Školní pomůcky Zdeňka





Příloha č. 10 : Fotogalerie

Fotografie byly použity se souhlasem matky.

