

**MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA**

KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**Edukace žáků s lehkou mentální retardací
na 1. stupni základní školy**

Bakalářská práce

Brno 2006

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Ilona Fialová

Vypracovala:

Andrea Peřinová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen literaturu a prameny uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena v knihovně Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity a zpřístupněna ke studijním účelům.

.....

Poděkování:

Děkuji paní PhDr. Iloně Fialové za pomoc a cenné rady, které mi poskytla při vedení mé bakalářské práce.

V Kuřimi dne 25. 3. 2006

Andrea Peřinová

Obsah

OBSAH.....	4
ÚVOD.....	5
1 MENTÁLNÍ RETARDACE.....	6
1.1 VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE.....	6
1.2 TERMINOLOGIE A KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE.....	7
1.3 ETIOLOGIE MENTÁLNÍ RETARDACE	10
1.4 CHARAKTERISTIKA JEDNOTLIVÝCH STUPŇŮ MENTÁLNÍ RETARDACE	11
1.5 HRANIČNÍ PÁSMO MENTÁLNÍ RETARDACE	13
1.6 PSEUDOOLIGOFRENIE (ZDÁNlivÁ MENTÁLNÍ RETARDACE).....	14
2 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA LEHKÉ MENTÁLNÍ RETARDACE .	17
2.1 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ	17
2.2 OSOBNOST LEHCE MENTÁLNĚ RETARDOVANÉHO ŽÁKA ŠKOLNÍHO VĚKU	19
3 SOUČASNÝ SYSTÉM EDUKACE OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	21
3.1 ŠKOLNÍ VĚK	23
3.2 ZÁKLADNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S LEHKÝM MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM.....	25
3.3 EDUKACE JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ.....	26
4 PRAKTICKÁ ČÁST.....	30
4.1 VLASTNÍ ŠETŘENÍ.....	30
4.2 CHARAKTERISTIKA ŠKOLSKÉHO ZAŘÍZENÍ.....	31
4.3 KAZUISTIKY SLEDOVANÝCH DĚTÍ	31
ZÁVĚR.....	40
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	41
SEZNAM PŘÍLOH	43

Úvod

Jako téma bakalářské práce jsem si zvolila problematiku edukace žáků s lehkou mentální retardací v základní škole běžného typu. Zájem o dané téma úzce souvisí s mou jedenáctiletou učitelskou praxí na základní škole, kde vyučuji děti v 1. – 3. ročníku.

Běžná základní škola současnosti by se neměla „vyhýbat“ práci s určitou skupinou dětí jenom proto, že tyto jsou zdrojem jistých výchovných potíží. Měla by být místem, které spolu zcela přirozeně sdílejí žáci „normální“ (projevující se dle aktuálně přijímaných norem) a žáci různým směrem se od normy odchylojící.

Základní oporou pro zpracování teoretické části práce mi byla publikace Ivy Švarcové s názvem Mentální retardace. Autorka v ní shrnuje základní informace o mentálním postižení a představuje nové trendy v oblasti péče a vzdělávání s přihlédnutím ke specifikům České republiky.

Práce je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole teoretické části se zaměřuji na téma mentální retardace, na vymezení pojmu, definice, terminologii, klasifikaci, etiologii, druhy, příčiny a charakteristiku stupňů mentální retardace. V posledním bodě první kapitoly přibližuji pojem pseudooligofrenie neboli zdánlivé mentální retardace.

Druhá kapitola charakterizuje osobnost člověka postiženého lehkou mentální retardací. Zabývá se psychologickými zvláštnostmi jedinců s lehkou mentální retardací školního věku.

Ve třetí kapitole uvádím současný systém edukace osob s mentální retardací a pojetí základního vzdělávání těchto žáků.

Čtvrtá kapitola, která je součástí praktické části práce, popisuje edukační proces dvou chlapců, navštěvujících základní školu. Jednou z hlavních metod, kterou jsem v praktické části použila je pozorování dětí, analýza a studium pedagogické dokumentace dětí.

Cílem bakalářské práce je zhodnocení výchovně vzdělávacích možností žáků s lehkou mentální retardací v podmínkách vzdělávacího programu Základní škola.

1 Mentální retardace

1.1 Vymezení pojmu mentální retardace

Specifickou skupinu mezi zdravotně postiženými občany tvoří děti, mládež i dospělí s mentální retardací. Představují mezi postiženými jednu z nejpočetnějších skupin, a přesto se toho o nich ví poměrně málo. Představy „normálních“ lidí o mentálně postižených bývají opředeny mnoha nejasnostmi, záhadami, předsudky a často i neopodstatněnými obavami. Z toho vyplývá rozpačitý, někdy dokonce i nepřátelský postoj společnosti k lidem s mentálním postižením.

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín **mentální retardace**, který navozuje představu určité dočasnosti opožďování ve vývoji.

Definice mentální retardace

Zabýváme-li se mentální retardací, je třeba si ujasnit význam tohoto pojmu. Není to snadné, protože definic charakterizujících tento pojem je velké množství a seřadit je v ucelenou definici je velmi náročné. Základním kritériem mentální retardace je sociální nepřizpůsobivost, vzniklá na základě mentální abnormality a zaostalého vývoje.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná je definice mentální retardace od Dolejšího, která se snaží o syntézu všech hledisek. *„Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh, na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání, na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní, na deficitním učení, na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“* (1973, s. 38).

V roce 1983 vydává UNESCO upravenou definici: *„Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, které se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno a poruchami adaptačního chování.“* Poruchy adaptace jsou zřejmé (Černá, 1995, s. 13):

- z pomalého tempa dospívání,
- ze snížené schopnosti učit se,
- z nedostatečné sociální přizpůsobivosti.

Změny v terminologii zaznamenáváme i při užívání termínu mentálně postižený, který se mění v termín osoba, člověk s mentální retardací. Upřednostňováním označení člověk, osoba s mentální retardací se vyjadřuje skutečnost, že mentálně postižení jsou především lidské bytosti, osobnosti, individuality, na druhém místě postižení (Černá, 1995).

1.2 Terminologie a klasifikace mentální retardace

Mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo časně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence.

- **Získaná mentální retardace – demence** (po druhém roce života), je proces zastavení, rozpadu normálního mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí, úrazem mozku. Porucha může mít progresivní tendenci nebo se může zastavit a nevede k dalšímu zhoršení stavu. Závažnost postižení je dána základním onemocněním a jeho prognózou. Demence způsobuje převážně nerovnoměrný úbytek intelektových schopností. Příznakem demence je zvýšená dráždivost, únava, emocionální labilita, výkyvy pozornosti, poruchy paměti a učení.
- **Dětské demence** se projevují zastavením psychického vývoje, zpomalením psychických procesů, snížením adaptability dítěte a ztrátou intelektových funkcí (rozpadá se řeč, myšlení, mizí návyky).
- **Stařecká demence** – je patologická porucha, která postihuje stárnoucího člověka, není však zákonitým a nevyhnutelným jevem. Poškození mozku se může projevovat souborem příznaků i s vrozenou dispozicí, ale také s degenerativními změnami vyvolanými životem v nevhodném prostředí, jež vedou k atrofii mozku.

- **Pseudooligofrenie** – mentální retardace vznikající v důsledku působení vnějšího prostředí, také se používá termín zdánlivá mentální retardace, dříve též sociální debilita. Není způsobena poškozením CNS, ale nedostatečnou stimulací podnětného prostředí dítěte (Monatová, 1997).

Každá odborná disciplína má snahu třídit své poznatky a zkušenosti. Výsledkem této tendence je vznik klasifikačních systémů.

Při klasifikaci mentální retardace jsou používána různá kritéria. Nejčastějšími jsou kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová a podle stupně postižení. Žádný z klasifikačních systémů však nemůže být úplně přesný, protože nepracuje se všemi kritérii současně (Müller, 2002, s. 10).

V literatuře je uvedena řada klasifikací. Ve své práci uvedu některé z nich.

Velmi často je uváděná klasifikace etiologických faktorů podle Penrose (Černá, 1995).

Tab. č. 1: Endogenní a exogenní příčiny mentální retardace

Příčiny endogenní (genetické, dědičné)	
1. dávné	způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
2. čerstvé	spontánní mutace
Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)	
1. v raném těhotenství	poškození oplozeného vajíčka
2. v pozdním těhotenství	intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
3. intranatální	abnormální porod
4. postnatální	nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Zvolský (2003, s. 157) uvádí jako nejčastější příčiny vzniku mentální retardace:

1. Dědičnost.
2. Sociální faktory.
3. Další enviromentální faktory.
4. Specifické genetické příčiny.
5. Nespecifické podmíněné poruchy.

Z **hlediska časového faktoru** dělíme příčiny vzniku mentální retardace na:

- prenatální,
- perinatální,
- postnatální.

Symptomatologická klasifikace se zabývá typickými příznaky vzhledu, osobnostních rysů, somatických zvláštností, motorického a psychického vybavení mentálně postižených.

Klasifikace podle vývojových období vychází z jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací (předškolní věk a jeho zvláštnosti vývoje, mladší školní věk, starší školní věk, adolescence). Při popisování zvláštností jednotlivých vývojových období u osob s mentální retardací je potřeba vycházet ze znalostí vývojových období intaktní populace a ze zákonitostí, jimiž se procesy vývoje řídí (Vítková, 2004, s. 296).

Členění **podle typu chování** na:

- eretické (verzatilní),
- torpidní (apatické),
- nevyhraněné.

V současné době se používá členění podle **desáté decenální revize Světové zdravotnické organizace (WHO)** z roku 1992 s platností od 1. 1. 1993. Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má jako první označení písmeno F. Oddíl F 70 – F 79 je pak celý věnován mentální retardaci a toto označení je považováno za základní kód. Hlavním hlediskem, je opět stanovení inteligenčního kvocientu.

Tab. č. 2: Klasifikace mentální retardace

F 70	Lehká mentální retardace	IQ 50 - 69
F 71	Středně těžká mentální retardace	IQ 35 - 49
F 72	Těžká mentální retardace	IQ 20 - 34
F 73	Hluboká mentální retardace	IQ pod 20
F 78	Jiná mentální retardace	
F 79	Nespecifikovaná mentální retardace	

Podle MKN – 10 se k základnímu kódu stupně mentálního postižení přidává kód vyjadřující postižení chování:

- 0 žádná nebo minimální porucha chování,
- 1 významná porucha chování vyžadující pozornost nebo léčbu,
- 8 jiné poruchy chování,
- 9 bez zmínky o poruchách chování.

1.3 Etiologie mentální retardace

Příčiny vzniku mentální retardace bývají různé. Mentální retardace nemívá jednotnou příčinu – většinou vzniká součinností více faktorů (vrozených, enviromentálních – přičemž je jen velmi obtížné najít, které byly primární a které sekundární) a proto je klasifikace dle etiologie značně problematická.

Mentální opoždění může být způsobeno jak příčinami endogenními (vnitřními), tak příčinami exogenními (vnějšími).

Jako nejčastější příčiny mentální retardace se uvádějí:

1. *Následky infekcí a intoxikací:*
 - prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie),
 - postnatální infekce (např. zánět mozku),
 - intoxikace (např. otrava matky),
 - kongenitální toxoplazmóza.
2. *Následky úrazů nebo fyzikálních vlivů:*
 - mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie),
 - postnatální poranění mozku nebo hypoxie.
3. *Poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie, kretenismus).*
4. *Makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou).*
5. *Nemoci a stavy, způsobené jinými a nesespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus).*
6. *Anomálie chromozomů (např. Downův syndrom).*
7. *Nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů).*
8. *Vážné duševní poruchy.*

9. *Psychosociální deprivace* (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek).
10. *Jiné a nespécifické etiologie*.

Výzkum příčin mentální retardace není zdaleka ukončen, nachází se spíše na počátku než v závěrečných fázích svého vývoje (Švarcová, 2000, s. 52).

1.4 Charakteristika jednotlivých stupňů mentální retardace

Lehká mentální retardace F 70

IQ 50 – 69 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9 – 12 let).

Opožděný řečový vývoj, hlavní problémy se objevují až s nástupem do školy. Většina klientů je plně závislá v sebeobsluze, je schopna vykonávat jednoduchá zaměstnání a v sociálně nenáročném prostředí se pohybovat bez omezení a problémů. V oblasti emoční a volní se projevuje afektivní labilita, impulzivnost a úzkostnost. Nutnost vzdělávání ve speciální škole. Možné zvládnutí jednoduchých učebních oborů nebo zaškolení v jednoduchých manuálních činnostech. Výskyt v celkovém počtu mentálně retardovaných 80 %.

Tato diagnóza zahrnuje:

- slabomyslnost,
- lehkou mentální subnormalitu,
- lehkou oligofrenii (debilitu).

Středně těžká mentální retardace F 71

IQ 35 – 49 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6 – 9 let).

U většiny středně mentálně retardovaných lze diagnostikovat organickou etiologii. Myšlení a řeč jsou výrazně omezené, stejně jako schopnosti sebeobsluhy (samostatnost v sebeobsluze je mnohdy pouze částečná), klienti vyžadují v tomto směru chráněné prostředí (tj. chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život. Výskyt v populaci mentálně retardovaných asi 12 %.

Tato diagnóza zahrnuje:

- středně těžkou mentální subnormalitu,
- středně těžkou oligofrenii (imbecilitu).

Těžká mentální retardace F 72

IQ 20 – 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3 až 6 let).

U těžké mentální retardace jsou příčiny vzniku negenetické a genetické. Výrazné opoždění psychomotorického vývoje je již patrné v předškolním věku, možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované, jedinci nejsou schopni sebeobsluhy. Řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni. Kombinace s motorickými poruchami a s příznaky celkového poškození CNS. Velmi časté poruchy chování v podobě stereotypních pohybů, sebepoškozování, afektů, agrese, nestálost nálad. Potřebuje celoživotní péči.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich soběstačnosti a celkového zlepšení kvality jejich života. Výskyt v populaci mentálně retardovaných 7 %.

Tato diagnóza zahrnuje:

- těžkou mentální subnormalitu,
- těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace F 73

IQ pod 20 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky).

Ve většině případů hluboké mentální retardace jde o organickou etiologii. Běžná jsou těžká neurologická nebo jiná tělesná postižení postihující hybnost. Časté jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus. Téměř všichni takto postižení jedinci nejsou schopni sebeobsluhy, vyžadují péči ve všech základních životních úkonech. Většina osob je imobilní nebo výrazně omezena v pohybu, nápadné jsou u nich stereotypní automatické pohyby, jsou inkontinentní. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené.

Tvoří 1 % populace mentálně retardovaných.

Tato diagnóza zahrnuje:

- hlubokou mentální subnormalitu,
- hlubokou oligofrenii (idiocii).

Jiná mentální retardace F 78

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace F 79

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací pro zařazení osoby do některého z uvedených stupňů mentální retardace.

Zahrnuje:

- mentální retardaci NS,
- mentální subnormalitu NS,
- oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace neobsahuje kategorii „**mírná mentální retardace**“ (IQ 85 – 69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna a ještě se někdy v poradenské praxi používá.

1.5 Hraniční pásmo mentální retardace

V desáté decenální revizi MKN není obsaženo pásmo, které je ohraničeno hodnotami IQ od 70 – 80 (případně do 85). Toto pásmo představuje stupeň inteligence na úrovni mírného až hlubokého podprůměru, rozhodující však je, že se „v něm nachází“ početná skupina žáků základních škol praktických (Müller, 2002, s. 15). Toto pásmo, které označujeme jako „hraniční“, zahrnuje WHO do osmé decenální revize MKN (1966-1975) pod pojmem:

Oligofrenie (310-315)

- **310** Mírná duševní zaostalost. Slaboduchost.
Patří sem hraniční stav slaboduchosti, IQ 68-85.
- **311** Lehká slabomyslnost (oligofrenie). Debilita.

(Kysučan, 1982)

Názory na jeho zařazení se však různily, a proto bylo z následující deváté revize (1976 – 1992) vyjmuto. To ale nemění nic na faktu, že i pásmo podprůměru musí být v praxi bráno na vědomí.

Do zmíněného pásma totiž spadá početná skupina osob, které nemůžeme zařadit do kategorie mentální retardace, ale které ani v nejlepším případě nedosahují průměrnou mentální úroveň. Většinou jde o osoby z výchovně a sociálně nepodnětného prostředí – osoby duševně infantilní, s poruchami vědomí, s DMO, s LMD – osoby neurotické, nemocné, fyzicky oslabené – osoby s poruchami percepce (toto vše může negativně ovlivnit rozumový vývoj).

Děti z hraničního pásma mohou za vhodných vnějších okolností absolvovat i základní školu – a to je pochopitelně nejvhodnější skupina (z množiny lidí s mentálním deficitem) pro současné integrační trendy (Müller, 2002, s. 16).

Málokdy se problémy těchto dětí soustřeďují kolem něčeho jiného než kolem školy. Začínají zpravidla během 1. ročníku. Za určitých příznivých podmínek dítě tzv. normálním školním nárokům dostává – stojí je to však příliš námahy a jeho nervový systém je soustavně přetěžován. Není proto vzácností, že se u těchto dětí častěji setkáváme s nejrůznějšími neurotickými projevy, „únikem do nemoci“ (tj. předstíráním nemoci, přeháněním příznaků apod.) i s poruchami chování (Müller, 2002, s. 17).

1.6 Pseudooligofrenie (zdánlivá mentální retardace)

Pseudooligofrenie je vznikající mentální retardace v důsledku působení vnějšího prostředí, také se používá termín zdánlivá mentální retardace, dříve též sociální debilita (Pipeková, 1998, s. 172). Již z názvu můžeme vyčíst, že se nejedná o mentální retardaci v důsledku poškození centrální nervové soustavy, ale o mentální retardaci, která je způsobena jinými vlivy.

Za určitých okolností vznikají příznaky, které budí zdání mentální retardace, aniž by šlo o skutečné snížení rozumových schopností. Příčiny, kdy se rozumové schopnosti nemohou rozvinout nebo projevit, mohou být různé. Zanedbávané dítě má nedostatečné znalosti a dovednosti a následně zaostává ve vědomostech, dovednostech a návycích (Sovák, 1986).

Pseudooligofrenie vzniká výchovnou zanedbaností, sociokulturním znevýhodněním jedince, psychickou deprivací. Sociální faktory se mohou podílet na variaci inteligenčního koeficientu v rozmezí 10 – 20 bodů. Tyto faktory bývají většinou

příčinou lehké mentální retardace. Je-li dítě výrazně zanedbáváno a nedochází u něj k rozvoji rozumových schopností odpovídajících jeho věku, jeví se nám jako mentálně retardované. Sociálně podmíněná mentální retardace se projevuje výrazným opožděním vývoje řeči, myšlení, schopnosti sociální adaptace. U dětí se zdánlivou mentální retardací můžeme pozorovat i poruchy v oblasti chování, např. negativismus, odmítání kontaktu s další osobou, apatii. Zdánlivá mentální retardace není stav trvalý, neměnný, při změně nepodnětného prostředí a vlivem vhodného působení může dojít ke zlepšení stavu (Pipeková, 1998, s. 172).

Dítě, které vyrůstá v nevhodných podmínkách, má málo příležitostí se vzhledem ke svému biologickému věku rozvíjet. Důsledkem opoždění bývá nevhodná výchova rodiny, psychická deprivace nebo jiní působící činitelé. Těmito činiteli může být opakovaný pobyt v nemocnicích, či pobyt v jiných ústavech.

Příčiny pseudooligofrenie můžeme rozdělit do několika oblastí:

- patologické prostředí,
- smyslové postižení,
- citová deprivace,
- poruchy hybnosti,
- nesprávné výchovné působení.

Patologické prostředí

Jde tu především o nedostatek výchovných podnětů potřebných k rozvoji osobnosti. Zanedbání výchovného působení má pak svoje důsledky, které se souhrnně označují jako zanedbanost. Zanedbané dítě má podstatně méně znalostí a dovedností než děti jiné. Jeho rozumová úroveň se proto zdá nižší, třebaže rozumové schopnosti jsou zachovány a schopny dalšího rozvoje při přiměřeném podněcování.

Zvláštním případem zanedbanosti je hospitalismus. Děti, které jsou dlouhodobě mimo rodinné prostředí v péči ošetrovatelských ústavů, se nerozvíjejí po rozumové stránce přiměřeně svému věku, nedostává-li se jim v těchto ústavech dostatek výchovných podnětů.

Smyslové poruchy

Smyslové vnímání a analýza vnímaného je vstupní branou duševní činnosti. Při smyslových poruchách, zvláště při poruchách sluchových, je přístup k rozumové oblasti deformován nebo dokonce blokován. Potom se stává, že při smyslových vadách, zejména takových, které nebyly včas rozpoznány, narušuje se nebo blokuje rozvoj rozumové oblasti. Vytváří se stav, který budí dojem slabomyslnosti, třebaže rozumová oblast je zachována a je pouze nerozvinuta.

Poruchy v oblasti citové

Poruchy v oblasti citové tuposti jsou provázeny nezájmem. Poruchy ve formě citové podrážděnosti se vyznačují nesoustředěností a nepozorností.

Obojí, nezájem i nesoustředěnost, jsou na překážku rozvoji rozumových schopností a mohou předstírat mentální retardaci.

Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti, popř. poruchy hybných orgánů omezují nebo dokonce znemožňují správné reagování postiženého. Třebaže cesta k rozumové oblasti zůstává neporušena, nemohou se rozumové schopnosti přiměřenou reakcí projevit.

Nesprávné výchovné působení

Přehnané a nepřiměřené požadavky na dítě bývají provázeny neurotizací dítěte. Nejčastěji tak vzniká negativismus, kdy se dítě staví záporně k veškerému výchovnému působení, tedy i k učení.

Zmíněné možnosti vzniku pseudooligofrenie se mohou vyskytovat v různé míře i v různé vzájemné kombinaci jak u dětí rozumově zdatných, tak u dětí málo nadaných, dokonce i u mentálně retardovaných. U mentálně retardovaných dětí se v takových případech vytváří nadstavba (superpozice) nad základní poruchou, to znamená, že původní postižení se zhoršuje ještě dalšími příznaky (Sovák, 1986, s. 132).

2 Základní charakteristika lehké mentální retardace

Lehká mentální retardace nejčastěji vzniká v důsledku zděděné inteligence a důsledku vlivů rodinného prostředí (příčiny mohou být pochopitelně i jiné – organická etiologie je zjišťována u narůstajícího počtu jedinců). Rodiče, kteří mají nízké intelektové vybavení, postihují své děti několikanásobně – dědičností, nepodnětnou výchovou, nestabilními rodinnými vztahy, špatnými bytovými podmínkami,

Za orientační diagnostické kritérium při určení jakéhokoliv mentálního deficitu je považováno stanovení sníženého inteligenčního kvocientu (standardizované inteligenční testy). Skutečné poznání intelektové a inteligenční úrovně je ale nezbytné doplnit dalšími psychologickými rozbory. Správná diagnóza (pokud nejde o kombinované postižení) bývá stanovena až v předškolním věku, nebo po nástupu do školy (méně často), kdy dítě selhává. Pozornosti rodičů i celého okolí může v předškolním věku unikat jeho retardace z vícero důvodů:

- je somaticky zdravé,
- je dobře vyvinuté v hrubé motorice,
- po formální stránce nemívá opožděnou řeč,
- může mít poměrně dobrou mechanickou paměť (Koluchová, 1989).

Hlavní potíže se obvykle projevují při teoretické práci ve škole – problémy mohou být navíc umocněny specifickými vývojovými poruchami učení, přidruženými chorobnými stavy apod.

Většina jedinců blížících se k horní hranici lehké mentální retardace však zvládne výuku podle osnov zvláštní (speciální) školy, k čemuž jim dopomáhá speciálně pedagogické působení zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků (Müller, 2002, s. 19).

2.1 Psychologické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují (ve větší či menší míře) 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 (Švarcová, 2000, s. 33).

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 pamětí,
- těkavostí pozornosti,
- nedostatečnou slovní zásobou a neobratností ve vyjadřování,
- poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace,
- impulzivností, 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 s některými dalšími, charakteristickými znaky (Švarcová, 2000, s. 33).

Myšlení

Myšlení je zprostředkované a zobecňující poznání skutečnosti. Umožňuje poznávat podstatu předmětu a jevů. Bývá velmi jednoduché, převážně konkrétní, stereotypní. Je charakterizováno jako chudé, málo produktivní. Myšlenkové operace, především analýza a syntéza, jsou neplnohodnotné. Neschopnost dosáhnout přiměřené úrovně rozvoje logického myšlení je jednou ze základních charakteristik poruchy (Vítková, 1994).

Paměť

Paměť patří mezi základní kameny psychického rozvoje dítěte. 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. Děti s mentální

retardací si všechno nové osvojují velmi pomalu. Potřebují k tomu, v závislosti na hloubce svého postižení, mnoho opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a zpravidla je nedokážou včas a vhodně využívat v praxi. Charakteristikou paměti dětí s mentální retardací je pomalé tempo osvojování všeho nového a nestálost uchování spojená s nepřesností vybavování, což se někdy označuje jako „zapomnětlivost“ (Švarcová, 2000, s. 40).

Vnímání

Vnímání dítěte s mentální retardací je zpomalené a omezené. Rozsah vnímání je zúžený. Problémem vnímání u mentálně retardovaných dětí je nedostatečná diferenciacce při rozpoznávání rozdílů mezi předměty.

Prostřednictvím vnímání jedinec poznává své okolí, diferencuje známé a neznámé podněty a situace a na základě takto získaných informací se orientuje ve svém prostředí. Vnímání je spojeno s rozeznáváním přijímaných objektů na základě minulé zkušenosti. Dítě s mentální retardací vnímá postupně a tím se ztěžuje jeho orientace v novém prostředí (Švarcová, 2000, s. 37).

Velkou úlohu v psychickém vývoji má sluchové vnímání, které velmi těsně souvisí s rozvojem řeči. Pokud se diferenciační podmíněné spoje v oblasti sluchového analyzátoru vytvářejí pomalu, vede to k opožděnému utváření řeči, což zase způsobuje opoždění psychického vývoje.

Obohacování životních zkušeností těchto jedinců, rozšiřování okruhu jejich znalostí a představ, to jsou základní prostředky pro zlepšování kvality jejich počitků a vjemů. Naopak nedostatek podnětů zpomaluje rozvíjení myšlení dítěte, brzdí rozvoj vnímání, a tím prohlubuje u dítěte mentální postižení. Opožděná a omezená schopnost vnímání, charakteristická pro děti s mentální retardací, má velký vliv na celý další průběh jejich psychického vývoje.

2.2 Osobnost lehce mentálně retardovaného žáka školního věku

Základním cílem speciálně pedagogického působení na osoby s mentálním postižením je dosažení maximálně možného stupně rozvoje jejich osobnosti, což slouží k výslednému nalezení adekvátního místa pro jejich uplatnění ve společnosti.

Kvalifikovaný speciální pedagog (psychoped) si je velmi dobře vědom faktu, že lidé s touto úrovní postižení jsou schopni si v průběhu promyšlené, systematické

a dostatečně dlouhodobé výchovně vzdělávací činnosti osvojit základní vědomosti, dovednosti a návyky, společenská pravidla a způsoby humanizace v takové míře, která jim umožní se téměř plně integrovat. Pro úspěšnou výchovně vzdělávací práci potřebuje v dostatečné míře znát zvláštnosti vývoje a utváření osobnosti mentálně retardovaných.

Je především záležitostí speciálního pedagoga (psychopeda), aby zvolil takové činnosti, které budou klást úměrné požadavky. Jeho speciálně pedagogické působení by mělo mimo jiné spočívat v dostatečném, přiměřeném zatěžování rozumové složky žákovy osobnosti, a to takovými aktivitami, které ve svém výsledném efektu podporují jeho zdravé sebevědomí (měl by se pokusit eliminovat odpor k učení, pocit neúspěchu a s tím související negativní emoce, které působí jak dovnitř, směrem k žákovi „já“, tak navenek vůči jeho okolí).

Důležitými nástroji osobnostního rozvoje mentálně retardovaných dětí školního věku jsou jejich výchova a vyučování. Tyto nástroje jsou plně v moci (pomineme-li rodinu) kvalifikovaného speciálního pedagoga – psychopeda, který je aplikuje ve školách a zařízeních psychopedického typu.

Výchova, stejně jako vyučování mentálně retardovaných, je podstatně ovlivňována specifiky mentálního postižení. Obsah, metody i formy psychopedova působení se hlavně musí řídit individuálními zvláštnostmi každého postiženého jedince (Müller, 2002, s. 21).

3 Současný systém edukace osob s mentálním postižením

Legislativní zakotvení změn vedoucích k rovnému přístupu ke vzdělání všech osob bez rozdílu a bez ohledu na stupeň jejich zdravotního postižení či sociálního znevýhodnění přinesl v současnosti platný **Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání** (Školský zákon).

Problematicke vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, včetně integrovaného vzdělávání, se velmi podrobně věnuje především Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

V současné době se do naší vzdělávací soustavy zavádí nový systém kurikulárních dokumentů, které mají nahradit stávající vzdělávací programy. Tyto dokumenty jsou vytvářeny na dvou úrovních – státní a školní. Státní úroveň v systému kurikulárních dokumentů představují **Národní program vzdělávání a Rámcové vzdělávací programy**. Národní program vzdělávání formuluje požadavky na vzdělávání, které jsou platné v počátečním vzdělávání, rámcové vzdělávací programy vymezují závazné rámce vzdělávání pro jeho jednotlivé etapy – předškolní, základní a střední vzdělávání. Školní vzdělávací programy, podle nichž se bude uskutečňovat vzdělávání na jednotlivých školách, představují školní úroveň. Školní vzdělávací program si vytváří každá škola v souladu s příslušným rámcovým vzdělávacím programem. Rámcové a školní vzdělávací programy jsou veřejné dokumenty.

Obsah, rozsah a podmínky základního vzdělávání vymezuje **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání**. Samostatnou přílohou Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání je **Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením**, určený těm žákům, kteří nezvládají požadavky obsažené v Rámcovém vzdělávacím programu pro základní vzdělávání z důvodů snížení úrovně rozumových schopností.

Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením podporuje přípravu na společenské a profesní uplatnění žáka. S ohledem na tuto skutečnost stanovuje cíle vzdělávání žáků s mentální retardací,

specifikuje úroveň klíčových kompetencí, již by měli tito žáci dosáhnout na konci základního vzdělávání, zařazuje jako součást základního vzdělávání průřezová témata a vymezuje vzdělávací obsah a podmínky pro speciální vzdělávání žáků s různým stupněm mentální retardace. Zároveň umožňuje uplatňování speciálně pedagogických metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, s jejichž pomocí mohou žáci dosahovat výsledků, které odpovídají jejich maximálním možnostem (Pipeková, 2006, s. 90).

Základní vzdělávání žáků s mentálním postižením se realizuje na základní škole nebo základní škole speciální v rámci povinné školní docházky po dobu devíti školních let, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne sedmnáctého roku věku (Školský zákon, § 55, odstavec 1, 2 – další zákonné možnosti ukončení základního vzdělávání).

Vzdělání žáků s hlubokým mentálním postižením se může realizovat jiným způsobem plnění povinné školní docházky (Školský zákon, § 42 – vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením).

Začátek povinné školní docházky lze odložit nejvýše do dovršení osmého roku věku dítěte. O odkladu školní docházky rozhoduje ředitel školy na základě písemné žádosti zákonného zástupce žáka, která musí být doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení a odborného lékaře (Školský zákon, § 37).

Žák plní povinnou školní docházku:

- v základní škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením,
- v základní škole speciální,
- ve speciální třídě základní školy podle RVP ZV – MP (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením),
- v rámci individuální integrace ve třídách základní školy nebo školy určené pro žáky s jiným druhem postižení podle individuálního vzdělávacího plánu,
- v rámci jiného způsobu plnění povinné školní docházky, který je stanoven zákonem (individuální vzdělávání, vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením).

Vzdělávání v těchto školách v současné době probíhá, s ohledem na individuální možnosti žáka s mentální retardací, podle některého z následujících vzdělávacích programů, respektive na základě individuálního vzdělávacího plánu, do něhož jsou zakomponovány prvky některého z následujících vzdělávacích programů:

*Vzdělávací program zvláštní školy,
Alternativní vzdělávací program zvláštní školy pro žáky romského etnika,
Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy,
Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy.*

Podmínky vzdělávání žáků s mentálním postižením (Vítková, 2004, s. 39):

- snížené počty žáků ve třídách,
- vhodně upravené prostředí,
- speciální učební metody,
- výběr učiva odpovídající úrovni rozumových schopností žáků,
- učitelé se speciálně pedagogickou kvalifikací,
- speciální zařízení a kompenzační pomůcky v závislosti na potřebách žáků a závažnosti jejich postižení,
- učebnice, které odpovídají úrovni rozumových schopností žáků (existují pro všechny předměty).

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

3.1 Školní věk

Období vstupu dítěte do základní školy můžeme považovat za jedno z nejdůležitějších pro celé vzdělávací období a profesní přípravu. Rodiče stojí před otázkou, jakou vzdělávací cestu zvolí pro své zdravotně postižené dítě. Je-li rodič ve styku s odborníky již od raného věku dítěte, vyvíjí se pohled na vzdělávací aktivity dítěte s pomocí odborníků, kteří posoudí možnosti dítěte a rodiny a podle toho doporučí rodičům nejvhodnější typ školského zařízení.

Rodiče přijímají odpovědnost za volbu vzdělávací cesty svého dítěte. Je to těžké rozhodnutí, protože alternativy jsou dvě: integrace, tj. integrované vzdělávání v základním proudu, nebo segregace do speciální školy. Obě tyto možnosti mají výhody a nevýhody.

Pro úspěšný průběh integračních snah je nezbytné bezproblémové přijetí postiženého dítěte spolužáky. Je nutné, aby se postižený žák, integrující do society, nestal terčem verbálních a agresivních útoků ze strany spolužáků, aby nezůstal sociálně izolován v dané societě, aby s ním nebylo zacházeno soucitně a aby se neetabloval jako kuriozita třídy. Nepřípustný je také druhý extrém, kdy se učitel věnuje zdravotně postiženému žákovi natolik plně, že má na zbytek třídy minimum času (Mühlpachr in Vítková 2004, s. 15).

Problémy, které přinese žákovi a jeho rodině integrované vzdělávání na škole běžného typu, mohou v pozdějším životě přinést mnoho užitečného pro samotný život postiženého. Velkou roli zde sehrávají osobní vlastnosti jedince, podpora rodiny, pedagogická zkušenost a takt učitele, přístup školy, vytvořené materiální a pracovní podmínky pro vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami.

Druhá možnost vzdělávání zdravotně postižených dětí je segregace do speciálních škol dle druhu a stupně postižení. Děti jsou vzdělávány ve speciálních školách, speciálními učiteli a metodami. Jsou však vysegregovány ze společnosti zdravých dětí a jejich plná integrace neboli včlenění je po pobytu ve speciální škole velmi obtížné, v mnoha případech i nemožné.

Proces vzdělávání žáků s mentálním postižením probíhá, v závislosti na míře a hloubce postižení, odlišně od procesu vzdělávání ostatních žáků. Vyžaduje proto speciální vyučovací metody, vhodný výběr učiva, individuální přístup učitele – speciálního pedagoga a výrazně snížený počet žáků ve třídě. Tyto požadavky je v rámci početné třídy běžné školy velmi obtížné splnit. Navíc děti s mentální retardací zpravidla trpí poruchou adaptačních schopností, a to jejich výuku v běžných třídách značně ztěžuje.

Školní integrace žáků s mentálním postižením přináší řadu problémů, vyplývajících ze skutečnosti, že tito žáci mají, v závislosti na míře postižení, vzdělávací potřeby odlišné od svých nepostižených spolužáků. Vzdělávací obsahy v běžné škole zpravidla nechápou, takže musí být vyučováni podle vzdělávacích programů zvláštní či pomocné školy. Většina žáků s mentální retardací trpí poruchami koncentrace pozornosti a trvale vyžadují zvýšenou pozornost učitele. Pokud těmto žákům není soustavná pozornost

věnována, často svými projevy vyvolávají nežádoucí pozornost spolužáků a narušují nejen koncentraci jejich pozornosti, ale i kvalitu vyučování. Žáci s mentálním postižením jsou jen zřídka schopni samostatné práce a učitel, který se musí věnovat i ostatním žákům, jim nemůže poskytovat dostatečnou individuální péči. Za úspěch je často považováno, jestliže se žák s mentální retardací „zklidní“, tiše sedí a nevyrušuje.

Má-li být vzdělávání žáků s mentální retardací efektivní a vést k jejich přípravě pro život, měli by být vyučováni v klidném prostředí malých tříd se sníženým počtem žáků učitelem s psychopedickou kvalifikací (Švarcová, 2000, s. 114).

Je nutné se zamyslet nad tím, jaké úkoly s integrovaným žákem plnit a procvičovat. Proto je třeba vypracovat pro takové dítě individuální vzdělávací program, který má cíle speciálně sestavené. Někdy je potřeba více opakovat, postupovat pomaleji nebo zadat dítěti úkol jinak a názorně. Dobré je také nechat dítě chvíli pozorovat, jak řeší úkol ostatní děti. Velmi důležité je integrované dítě chválit a povzbuzovat i tím, že mu ostatní děti zatleskají, zazpívají. Charakter speciálních potřeb integrovaného žáka může vyžadovat natolik individuální přístup, že neumožňuje vyučujícímu věnovat se v potřebné míře žákovi i ostatním dětem ve třídě. V těchto situacích je ve třídě nutná přítomnost další osoby – asistenta pedagoga (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 7).

3.2 Základní vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

Běžná základní škola by se neměla „vyhýbat“ práci s určitou skupinou dětí jenom proto, že tyto děti jsou zdrojem jistých výchovně vzdělávacích potíží. Velmi záleží na provedení profesionálně-odborné psychologické i pedagogické diagnózy, která usoudí, nakolik dítěti bude zmíněné prostředí přínosné.

Děti se sníženou úrovní inteligence tvoří velmi různorodou skupinu – skupinu, někdy více, někdy méně potencionálních klientů běžných základních škol. Je nejvíce pravděpodobné, že se pedagog, vyučující na běžné základní škole, ve své školní praxi setká s dítětem s lehkou mentální retardací (Müller a kol., 2001, s. 221).

Pedagog musí především počítat se skutečností, že chování a prožívání těchto dětí je primárně ovlivněno poškozením v oblasti kognitivních funkcí, sekundárně pak osobnostními vlastnostmi a faktory vnějšího prostředí. Pro pedagoga z toho vyplývá, že tyto příčiny sice způsobují celkové snížení schopností jeho žáků, avšak současně nezamezují jejich možnému výraznému zlepšení. Hlavně musí počítat s patologií rodinného prostředí (především při výchovné a sociální zanedbanosti) a následně pak

s obsahovým opožděním řeči, s malým rozsahem znalostí, s nedostatky v oblasti návyků, s neobvyklým chováním a řešením sociálních situací, s nedostatečnou motivací ke školní práci i domácí přípravě (Müller a kol., 2001, s. 221).

Vzhledem k tomu, že dítě s lehkým mentálním postižením dosahuje školní zralosti v pozdějším věku, než je tomu u ostatní populace, je dané skutečnosti přizpůsobeno i vzdělávání na **prvním stupni**, především v 1. období (1. – 3. ročník). Většina dětí s lehkým mentálním postižením je opožděná z hlediska sociálního, psychického a fyzického vývoje. Přejít z rodinné péče nebo předškolního vzdělávání musí být pozvolný a postupný. S ohledem na rozdílnost rozumových schopností žáků, schopnosti učení a pracovních výsledků, je třeba přistupovat ke každému žákovi individuálně, respektovat jeho možnosti a pozitivně hodnotit každý pokrok v rozvoji jeho osobnosti. V tomto období je tedy hlavním úkolem adaptace žáků na nové prostředí, nový styl práce, upevňování základních hygienických a vytváření návyků sociálních.

Druhý stupeň základního vzdělávání je zaměřen na získávání vědomostí, rozvíjení dovedností a návyků, které žáci mohou využít ke zvýšení kvality osobního života včetně profesního uplatnění. Z tohoto důvodu je ve vzdělávacím procesu žáků s lehkým mentálním postižením, na rozdíl od vzdělávání žáků bez postižení, kladen větší důraz na vytváření sociálních a praktických dovedností.

Program je koncipován tak, aby žáci s různým stupněm mentálního postižení, za podpory speciálně vzdělávacích metod, mohli dosáhnout co nejvyšší možné úrovně osobnostních kvalit.

Pro vzdělávání je třeba vytvořit optimální podmínky, které vyžadují především přátelskou atmosféru a takové pracovní klima, aby žáci školu rádi navštěvovali, nebáli se případných neúspěchů a v rámci svých možností dosáhli základního vzdělání nebo základů vzdělání (RVP ZV – MP).

3.3 Edukace jedinců s mentální retardací

Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako **celoživotní proces**. Edukace jedinců s mentální retardací je realizována v rámci celé škály škol a zařízení.

Předškolní vzdělávání

Předškolní vzdělávání se organizuje pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti (sedmi) let (Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 14/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.). Děti s mentální retardací mohou navštěvovat tato zařízení:

- **mateřská škola,**
- **mateřská škola speciální,**
- **speciální třída při mateřské škole.**

Vzdělávání v období povinné školní docházky

Žáci s mentálním postižením mohou navštěvovat tyto školy (Školský zákon č. 561/2004 Sb., Vyhláška č. 48/2005 Sb., Vyhláška č. 73/2005 Sb.):

- **základní škola,**
- **základní škola praktická,**
- **základní škola speciální,**
- **třída pro žáky se zdravotním postižením základní školy.**

V posledních letech se problematika přípravy romských dětí, případně dětí ze **sociálně znevýhodněného prostředí** řešila vznikem **přípravných tříd** základní školy.

Základní škola praktická

Tato škola je nejfrekventovanějším zařízením edukačního systému pro žáky s mentálním postižením. Vzdělávají se zde žáci s takovými rozumovými nedostatky, pro které se nemohou s úspěchem vzdělávat v základní škole. Jedná se o žáky **v pásmu lehké mentální retardace.**

Žáci s lehkým mentálním postižením se vzdělávají podle **Vzdělávacího programu základní školy praktické** (*Vzdělávací program zvláštní školy, v platnosti od 1. 9. 1997*).

Základní škola praktická trvá **9 let**. Od školního roku 2007/2008 bude členěna dle nové legislativy na 1. stupeň (1. – 5. ročník) a 2. stupeň (6. – 9. ročník).

Alternativou Vzdělávacího programu zvláštní školy je **Alternativní vzdělávací program zvláštní školy pro žáky romského etnika**, který je přizpůsoben specifickým potřebám a zájmům žáků romského etnika zefektivnit proces jejich vzdělávání a jejich přípravu na povolání a usnadnit tak jejich společenskou integraci.

Základní škola speciální

Vzdělávají se zde žáci v pásmu **středně těžké mentální retardace**, v současné době ale i **těžké** (Přípravný stupeň základní školy speciální) a **hluboké** (Rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální) **mentální retardace**. Základní škola speciální trvá **10 let**.

Žáci se zde vzdělávají podle **Vzdělávacího programu základní školy speciální** (*Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy, platný od 1. 9. 1997*). Od školního roku 2007/2008 bude členěna dle nové legislativy na 1. stupeň (1. – 6. ročník) a 2. stupeň (7. – 10. ročník) a obsahuje 2 úrovně.

K základní škole speciální může být přiřazeno školské zařízení **přípravný stupeň základní školy speciální**, které je samostatnou jednotkou. V přípravném stupni se žáci vzdělávají podle **Vzdělávacího programu přípravného stupně základní školy speciální**.

Dalším alternativním programem je Rehabilitační vzdělávací program základní školy speciální. Je určen žákům s těžkým a hlubokým mentálním postižením, s autismem a s více vadami. Vzdělávání dle tohoto programu trvá 10 let a je členěno na dva stupně:

- **první** (5 let),
- **druhý** (5 let).

Vzdělávání v rámci profesní přípravy

Profesní příprava jedinců s mentálním postižením je realizována v těchto zařízeních:

- **střední odborné učiliště**,
- **odborné učiliště** (OU, 2 a 3 roky),
- **praktická škola** (1 rok a 2 roky).

Další vzdělávání

V oblasti dalšího vzdělávání dospělých jedinců s mentálním postižením existují dvě alternativy:

- **večerní školy**,
- **kurzy k doplnění vzdělání**.

Ústavy sociální péče (ÚSP)

Jsou zde zpravidla klienti v pásmu středně těžké, těžké a hluboké mentální retardace, s autismem a kombinovanými vadami. Ústavní zařízení pracují v denním režimu (tzv. denní stacionáře – často bývají v kompetenci soukromých zřizovatelů, církve, občanských sdružení), týdenním režimu (neoptimálnější řešení) či celoročním režimu. Co se vzdělávání týče, bývají zde zřizovány třídy základní školy speciální (Bazalová in Pipeková 2006, s. 275–284).

4 Praktická část

4.1 Vlastní šetření

Ve své bakalářské práci se zabývám problematikou vzdělávání dětí s lehkou mentální retardací a dětí v hraničním pásmu lehké mentální retardace, které nejsou na běžné základní škole integrovány. Při práci s těmito dětmi mi velmi pomohlo, že studuji obor speciální pedagogika. Snažila jsem se využít všech informací a dosud získaných poznatků, které mi jsou nápomocny při vzdělávání těchto dětí. Díky studiu jsem mohla proniknout do dané problematiky a pochopit lépe specifické prostředí dětí.

Dítě se začíná intenzivně učit a jeho dosažený výkon je klasifikován. Motivací školáků je potřeba uspět, dosáhnout co nejlepšího výkonu a být ohodnocen co nejlepší známkou. U těchto dětí obvykle nebývá viditelné žádné postižení. Postižení je vlastně skryté a je velmi důležité, jaký postoj k dítěti zaujmou rodiče i nejbližší okolí a později pedagogové a spolužáci.

Naše speciální školství v uplynulých letech zaznamenalo výrazný krok vpřed. Společnost dala možnost rodičům handicapovaných dětí rozhodovat o budoucnosti svých dětí. Nabídla jim možnost zařadit jejich dítě do běžné základní školy formou integrace.

Ve vzdělávacím procesu na běžné základní škole se stále častěji setkáváme s dětmi, u nichž byla stanovena diagnóza hraniční pásmo lehké mentální retardace, a přesto tyto děti nejsou integrovány. Pracují podle osnov základní školy, což jim činí značné potíže a bez pomoci je sami nezvládnou.

Dítě si nemůže věřit, pokud mu nevěříme my. Nemůže si věřit, pokud neuspořádáme podmínky tak, aby zažilo úspěch. Nelze dávat dítěti více úkolů najednou, často nesplní ani jeden, protože není schopné si je zapamatovat, a pokud ano, je nejisté a má obavy, že je nezvládne, a tak je raději neudělá.

V praxi se mi mnohokrát potvrdilo, že pokud se setkají děti s postiženým dítětem v mateřské či základní škole a naučí se jej přijímat, nesou si tento postoj dále do života. Aby tento přístup děti získaly, záleží především na osobnostním přístupu učitelky k postiženému dítěti, ke vztahu postižené dítě – ostatní děti a přístupu učitelky ke vztahu postižené dítě – rodiče, veřejnost. Jestliže děti vnímají chování učitelky, ale i ostatního personálu školy jako zcela přirozené, nemají důvod se chovat jinak.

4.2 Charakteristika školského zařízení

Vlastní šetření jsem prováděla na Základní škole v Lomnici (viz příloha č. 1). Základní škola sdružuje tato školská zařízení: základní školu (první i druhý stupeň), základní uměleckou školu, mateřskou školu, školní družinu, školní klub a školní jídelnu.

Škola pracuje podle výukového programu Základní škola. Je postavena ve velmi příjemném a klidném prostředí. Celkem do školy dochází 271 žáků, kteří navštěvují 12 tříd, z toho 6 je na 1. stupni, 6 na 2. stupni. Naše škola preferuje individuální přístup k žákům na základě jejich zvláštností, což vede ke zvyšování jejich sebevědomí a samostatnosti při řešení životních situací. Neuzavírá se před řešením vzdělávacích i výchovných problémů, pro tyto žáky je zajištěna spolupráce s PPP v Blansku.

Oba vyšetření chlapci jsou žáky 3. ročníku základní školy. V této třídě je celkem 30 žáků, 18 chlapců, 12 dívek (viz příloha č. 2). U dvou žáků bylo stanoveno hraniční pásmo lehké mentální retardace a 12 žáků třídy má specifické poruchy učení. V této třídě jsem již druhým rokem třídní učitelkou.

4.3 Kazuistiky sledovaných dětí

❖ Petr

- Narozen: v únoru 1997
- Žák 3. ročníku základní školy
- Matka: v domácnosti (příležitostná dělnice, práce v lese)
- Otec: řidič autobusu
- Sourozenci: dva bratři (starší, mladší) a jedna sestra

Somatická charakteristika

Petr je středně vysoké, štíhlé postavy, má světlé, velmi nakrátko ostříhané vlasy. Je to spíše sportovní typ. Oblečení má vždy čisté, upravené, hygienické návyky má zafixovány a celkově na svůj vzhled dbá.

Osobní anamnéza

Petr je ze třetího těhotenství matky. Zdravotní anamnéza bez nápadností, raný motorický vývoj mírně opožděn, ostatní v normě. V září 2003 nastoupil Petřík do 1. třídy základní školy. Téměř od počátku se objevily velké výukové obtíže, týkající se

českého jazyka (potíže s analýzou a syntézou slov, pomalé čtení, neschopností plnit samostatně zadané úkoly) a matematiky. Rodiče zažádali o vyšetření v pedagogicko-psychologické poradně.

Rodinné prostředí

Rodina mu poskytuje podmínky pro jeho zdravý, harmonický rozvoj. Matka se pravidelně informuje o prospěchu. Do školy se připravuje průměrně 1 hodinu denně s aktivním zapojením rodičů.

Z psychologického vyšetření

V testu rozumových schopností se projevuje výrazná disproporce mezi slovní a prakticko-názornou částí testu – ve slovní části se výkon pohybuje kolem středního pásma průměru s výrazně nízkou schopností vyjadřování. Velmi kvalitní je však úroveň všeobecné informovanosti, což svědčí o zvědavosti a pozitivnímu vztahu k učení. Velmi dobrá je také krátkodobá paměť a koncentrace. V prakticko-názorné části testu se výkon pohybuje na **hranici lehké mentální retardace** – výkon je vyrovnaný. To spolu s dalšími testy organicity a kresebným projevem svědčí o možném dílčím organickém postižení CNS, které se projevuje právě selháváním v oblasti logického a neverbálního úsudku, samostatnosti úsudku, schopnosti analýzy, syntézy, konstrukčních úloh, prostorové percepce a psychomotorického tempa. Lateralita zkřížená – ruka dominantní levá, oko pravé.

Ze speciálně pedagogického vyšetření:

Petřík používá při čtení nesprávnou techniku (dvojí čtení), některá delší slova ještě slabikuje, pouze krátká a známá slovíčka přečte najednou. Chápe smysl přečteného textu, nedokáže jej ovšem ještě samostatně reprodukovat.

Píše levou rukou, pero drží správně, zápěstí má ale ještě neuvolněné, hlavu sklání příliš nízko nad sešit. Jeho písmo je kostrbaté, objevuje se nerovnost linií, nepravidelná velikost a rozličnost tvarů, nerovnoměrný sklon, častá je také chlapcova neschopnost dodržet psaní na řádku, je patrné nepravidelné uspořádání na stránce vzhledem k řádkům a okrajům. Píše-li Petřík diktát, velice často nerozlišuje délky samohlásek, vynechává diakritická znaménka, zrcadlově obrací některé velké grafémy (E, CH, Č,...), nezvládá hranice slov v písmu, v důsledku výrazné artikulační neobratnosti

chybuje ve skladbě hlásek v obtížnějších souhláskových skupin, některá slova při psaní komolí.

Nevyzrálá je oblast audiomotorické koordinace, v řeči chlapce je patrná artikulační neobratnost a nízká úroveň vyjadřovacích schopností, při zkoušce motorických funkcí je sledována rovněž nízká úroveň. V oblasti sluchové analýzy a syntézy a zrakové percepce je chlapec poměrně zralý.

Ze závěru PPP vyplývá:

Nízká úroveň čtení a grafomotoriky – susp. dysgrafie na podkladě organického postižení. Aktuální úroveň nadání celkově podprůměrná, slovní nadání v pásmu průměru, neverbální nadání v hraničním pásmu LMR. Lateralita zkřížená (LxP).

Je třeba posilovat jeho silné stránky a najít oblasti, které by kompenzovaly jeho deficity jiných oblastí. Nesrovnávat chlapce se spolužáky či sourozenci a přistupovat k němu individuálně. V domácí i školní přípravě jej nepřetěžovat, je nutné se vyhnout přetížení i za cenu snížení prospěchu.

Velmi vhodné je zařazení do dyslektického kroužku. Doporučujeme vést ho k používání správné techniky ve čtení, k procvičování čtení delších a obtížnějších slov, k osvojení si správného návyku při psaní, uvolňovat jeho zápěstí prostřednictvím rozvíčovacích kresebných cviků, rozvíjet slovní zásobu a obratnost ve vyjadřování, rozvíjet vizuomotorickou koordinaci, vést ho k diferenciaci dlouhých a krátkých samohlásek pomocí bzučáku a procvičovat a upevňovat s ním tvary jednotlivých grafémů. Pro dodržování stejné velikosti písma a jeho správného sklonu doporučujeme využívat sešity s pomocnými linkami. K potížím chlapce v grafomotorice doporučujeme přihlídnout i při hodnocení, pokud možno zadávat kratší písemnou práci a vést ho k pečlivé zpětné kontrole.

Vlastní výzkum (viz příloha č. 3):

Petřík je hodný, tichý žák bez sebemenších problémů kázně. K jeho nejoblíbenějším předmětům patří prvouka, protože mu nedělá velké problémy a je hodnocen většinou pěknými známkami. Také v hodinách výtvarné výchovy se aktivně zapojuje.

Čtení – Petřík používá při čtení nesprávnou techniku (dvojitě čtení), delší slova ještě slabikuje, pouze krátká a známá slovíčka přečte najednou. Chápe smysl přečteného

textu, nedokáže jej ovšem ještě samostatně reprodukovat. V řeči je patrná nízká úroveň vyjadřovacích schopností.

Změna k lepšímu se projevila Petříkovým zařazením do dyslektického kroužku, kam dochází 1x týdně. Do kroužku se těší a práce v něm ho baví.

Největší problémy se u Petra vyskytují při **psaní**. Píše levou rukou, pero drží správně, zápěstí má ale ještě neuvolněné, hlavu sklání příliš nízko nad sešit. Písmo je kostrbaté, nepravidelné velikosti a rozličnosti tvarů, nerovnoměrný sklon, nepravidelné uspořádání na stránce vzhledem k řádkům a okrajům. Petřík často nerozlišuje délky samohlásek, vynechává diakritická znaménka, zrcadlově obrací některé velké grafémy, některá slova při psaní komolí. Je-li mu ale věnována dostatečná individuální péče a čas na přípravu, psaní a zpětnou kontrolu, dokáže si většinu chyb najít a opravit. Velmi důležitá je také kontrola pochopení zadání úkolu a ocenění snahy a zájmu dítěte. Osvědčilo se mi učení hravou formou, práce na počítači a doplňování ofocených textů. Dlouhodobá paměť je na nižší úrovni, již probrané učivo rychle zapomíná.

O přestávkách se chlapec zapojuje do dětských her, někdy bývá pouze jejich pozorovatelem. Jeho vztah k dětem, ke spolužákům je velice přátelský. Ve třídním kolektivu je oblíben a má hodně kamarádů.

Tento žák se mnou komunikuje dobře, ale s jinými vyučujícími, např. v hodině hudební výchovy, daleko méně. Petr byl v pololetí třetí třídy klasifikován z českého jazyka a matematiky trojkou a jeho pracovní výsledky byly pro všechny příjemným překvapením.

Ve 4. ročníku bude vyučování rozšířeno o 4 hodiny anglického jazyka týdně. Vzhledem k výše uvedeným potížím bych doporučovala pro příští školní rok vypracování individuálního vzdělávacího plánu z českého i anglického jazyka a uplatňování individuálního přístupu (viz příloha 5 a 6).

❖ Zdeněk

- Narozen: v září 1995
- Žák 3. ročníku základní školy
- Matka: dělnice
- Otec: podnikatel
- Sourozenci: dva nevlastní starší bratři – dvojčata

Somatická charakteristika

Zdeněk je menší, velmi drobné postavy, má světlé vlasy, velmi krátkého střihu. Je hodně uzavřený (ne s každým komunikuje), nejistý svým výkonem a má malou, skoro žádnou sebedůvěru. Projevuje se u něj psychomotorický neklid (tiky – pokašlávání, jemné trhané pohyby v oblasti hlavy, rukou). Oblečení má upravené, ale často je zapomíná ve třídě nebo v šatně.

Osobní anamnéza

Zdeněk je z druhého těhotenství matky. Zdravotní prenatalní a postnatální anamnéza bez nápadností, v raném dětství častá onemocnění, časté hospitalizace. Projevil se opožděný vývoj řeči, mluvit začal až ve třech letech.

Navštěvoval mateřskou školu, kde začaly jeho kázeňské potíže, ubližoval spolužákům. Rodiče zažádali o odklad školní docházky o 1 rok. V září 2003 nastoupil do 1. ročníku základní školy a téměř současně se k výchovným obtížím přidaly obtíže výukové. Názory na Zdeňkovu domácí a školní přípravu se liší – rodiče si odporují délkou času přípravy.

Rodinné prostředí

Pochází z rodiny, která mu neposkytuje podmínky pro zdravý, harmonický rozvoj. Jeho neúspěch pramení z velké části z nezájmu rodiny o syna a o jeho školní práci, nedokáží mu poskytnout oporu, kterou by tolik potřeboval. Zdeněk trpí narušením sociálních vztahů ve svém okolí, objevuje se u něj negativismus a vzdor. Myslím si, že je to reakce na jejich chování k němu. Matku jako autoritu neuznává, nerespektuje ji a její trestání bitím jí vrací (otci to připadá úsměvné)! Rodiče konflikty řeší křikem, zákazy a příkazy, což vede k dalšímu uzavření se Zdeňka do sebe a k vytváření si svého vlastního světa.

Matka na zhoršení prospěchu v pololetí reagovala návrhem na přeřazení do základní školy praktické (internátního typu), budou-li jeho výukové obtíže pokračovat.

Z psychologického vyšetření:

První kontakt byl s rodinou navázán v červnu 2004, především kvůli výchovným potížím ve škole i doma, rodiče se však poté již nedostavili. V současnosti navázali rodiče na žádost školy kontakt s PPP znovu, k výchovným potížím se přidružily

výukové obtíže v ČJ. Z rozhovoru s rodiči vyplývá, že je pro ně Zdeněk obtížně zvladatelný, objevuje se u něj negativismus a vzdor. Ve vztahu k vrstevníkům je spíše samotářský, hraje si sám, v komunikaci je uzavřený.

Během vyšetření bylo obtížné navázat se Zdeňkem komunikaci, byl hodně uzavřený, chybí adekvátní oční kontakt, psychomotorický neklid (tiky – pokašlávání, jemné trhané pohyby v oblasti hlavy, rukou). Při vyšetření samotném spolupracoval dobře, byl snaživý, avšak znatelná je u něj nejistota ve vztahu k výkonu, nízká motivace způsobená malou sebedůvěrou.

Aktuální intelektový výkon je velmi nevyrovnaný – ve slovní části textu se výkon pohybuje v hraničním pásmu lehké mentální retardace – především nízké výkony oblasti všeobecné informovanosti, sociálního porozumění, slovního vyjadřování, slovních početních dovedností. Koncentrace pozornosti spadá do hranice s dolním pásmem průměru. V prakticko-názorné části testu se výkon pohybuje v dolním pásmu průměru, s výjimkou oblasti grafomotorické koordinace a tempa – kde je výkon opět v pásmu defektu. Celkové rozložení tedy svědčí o nedostacích v oblasti mluveného projevu, které přičítáme mimo jiné nezralosti, nedostatečným podnětům, nízkým předpokladům (dané i opožděným vývojem řeči). Lateralita je vyhraněná levostranná jak u ruky tak u oka.

Ze speciálně pedagogického vyšetření:

Čtení chlapce je pomalejší, delší slova ještě slabikuje, kratší již přečte najednou. Specifické chyby se v jeho čtení neobjevují, přečtenému textu rozumí Zdeněk pouze útržkovitě.

Pero drží v levé ruce, úchop je správný, grafomotorické tempo nápadně pomalé. Písmo chlapce je roztřesené, nemá stejnou velikost a tvar. V písemném projevu Zdeněk chybí ve skladbě hlásek v obtížných souhláskových skupinách (cvrček, neštěstí, ...), zaměňuje tvrdé a měkké slabiky, vynechává diakritická znaménka, nerozlišuje délky samohlásek, nezvládá hranice slov.

Nevyzrálý je Zdeněk v oblasti sluchové percepce a vizuální orientace v prostoru, nízká úroveň byla shledána při zkoušce motorických funkcí a v řeči chlapce, v níž je patrná malá slovní zásoba a výrazná artikulační neobratnost. Oblast zrakové percepce je na dobré úrovni.

Ze závěru PPP vyplývá:

Aktuální rozumové nadání velmi nerovnoměrně rozložené – **slovní nadání v pásmu LMR, neslovní nadání hranice dolního pásma průměru**. Velmi oslabené psychomotorické tempo, mluvený projev. Prospěchové obtíže shledáváme jako důsledek spíše fyziologické nevyzrállosti psychických funkcí k učení, než projevy dysfunkce CNS.

Doporučujeme preventivně zařadit chlapce do dyslektického kroužku, v němž je vhodné zaměřit se na rozvíjení výše jmenovaných nevyzrálých funkcí a na rozvíjení slovní zásoby chlapce. Vhodné je pokračovat v logopedické péči. Prosíme o vstřícný a laskavý přístup ke Zdeňkovi, o toleranci jeho pomalého grafomotorického tempa a mírnější hodnocení úpravy jeho písemného projevu.

Rodičům byla nabídnuta další péče v řešení otázky výchovných obtíží Zdeňka.

Vlastní výzkum (viz příloha č. 4):

V mateřské škole Zdeněk ubližoval svým kamarádům, nejraději je štípal. V 1. třídě pokračuje agresivita, přidávají se příležitostné krádeže (nikdy se ale nepřiznal, i když byl viděn). Ve 2. třídě se agresivní chování zlepšilo, krádeže přestaly, přetrvává úzkost, nervozita, hlavně v komunikaci s dospělými. Náhodná příležitost z něj v pololetí 2. ročníku udělala opět zloděje (vzal ze země peníze své spolužačky, které jí vypadly z kapsy, a utratil je s kamarádem). Koncem 2. třídy byl Zdeněk vyšetřen na žádost rodičů v PPP v Blansku. Hned druhý den jsem byla kontaktována paní psycholožkou, která byla velmi překvapena negativním přístupem rodičů k Zdeňkovi. Rodiče nedokázali říct cokoli pozitivního o svém synovi! Neuměli jmenovat ani jednu jeho kladnou vlastnost a zálibu.

Ve 3. ročníku přišlo zklidnění, častá je absence ze zdravotních důvodů. Od 22. 12. 2005 do 26. 1. 2006 byl Zdeněk opět nemocen – spála (rodiče ho ve škole neomluvili) a přesto byl viděn spolužáky, jak si hraje venku a leze po stromech. Zameškané učivo dopsáno a osvojeno nemá.

Mezi jeho oblíbené předměty patří výtvarná výchova. Sám sebe ale podceňuje a nevěří si. Musí být často chválen, motivován a povzbuzován (vlídným slovem, pohlazením).

K nejméně oblíbeným patří čtení, psaní a hudební výchova (jako jediný ze třídy má dvojku na vysvědčení).

Ve čtení delší slova slabikuje, kratší a známá slova již přečte najednou. Přečtenému textu rozumí jen útržkovitě. Je často nesoustředěný, nedává pozor a snadno se rozptyluje maličkostmi. V řeči je patrná nízká úroveň vyjadřovacích schopností – malá slovní zásoba. V samostatné práci je u něj znatelná nejistota ve vztahu ke svému výkonu, způsobená malou sebedůvěrou.

Při **psaní** je mu poskytováno více času, ale práci odevzdává jako jeden z prvních. Po upozornění na pravopisné chyby a po společné kontrole (zkráceného opisu, přepisu, doplňování či diktátu) si dokáže chybný pravopis odůvodnit a text opravit. Myslím si, že horší klasifikace z českého jazyka pramení spíše z jeho pohodlnosti a nechuti přemýšlet. Velmi se mi osvědčilo ústní zkoušení – doplňování a práce s měkkými a tvrdými kostkami.

Zdeněk sedí v 1. lavici u katedry. Na lavici má vyskládány veškeré školní potřeby, ve kterých neustále něco hledá a listuje. Také se rád dívá z okna na krajinu a často je zasněný. Je samotářský, o přestávkách se nezapojuje do dětských her a tudíž i ostatní děti si s ním hrát nechtějí. Ve třídě má jen dva kamarády.

V říjnu byl zařazen do dyslektického kroužku. Jeví o práci zájem, ale domácí příprava není žádná, neplní úkoly písemné ani „čtecí“ a často zapomíná na docházku. Rodiče jsou písemně informováni formou zápisu do žákovské knížky nebo deníčku o jeho zapomínání, ale přesto příprava do dyslektického kroužku je téměř nulová.

Zdeněk byl v pololetí třetí třídy klasifikován z českého jazyka a matematiky stupněm čtyři a jeho vysvědčení bylo pro rodiče velkým překvapením.

Domnívám se, že kdyby Zdeněk vyrůstal v rodině, která by se mu daleko více věnovala a **měla ho ráda**, tak by jeho školní výsledky odpovídaly daleko lepšímu hodnocení, než je v současnosti.

Dostatek péče a pozornosti je to, co by mohlo mít na Zdeňkovo chování a vzdělávání pozitivní vliv. Chlapec má potřebu trvalého vztahu a pozitivního hodnocení. Z tohoto důvodu je třeba jej často zaměstnávat pracemi, v nichž může vyniknout a zlepšovat tak své sebehodnocení. Je třeba, aby si vyučující dokázali k němu najít cestu. Měli by u něj vytvářet správné návyky a formy chování a zdůrazňovat věci, které jsou správné. Také se obávám, že si Zdeněk bude těžce zvykat na nové učitele v následujících ročnících.

Ve 4. ročníku bude vyučování rozšířeno o 4 hodiny anglického jazyka týdně. Vzhledem k výše uvedeným potížím si myslím, že pro příští školní rok je zapotřebí

vypracovat individuální vzdělávací plán v českém i anglickém jazyce a uplatňovat ke Zdeňkovi individuální přístup (viz příloha 5 a 6).

Závěr

Začlenění dítěte s mentálním postižením do běžné třídy základní školy je náročné z hlediska profesionálního chování a jednání učitele – úrovně jeho komunikačních dovedností, schopnosti vytvářet pozitivní atmosféru ve třídě, vedení výuky a metodiky vyučování. Pro vývoj mentálně postižených má mimořádný význam cílevědomá, promyšlená výchova odpovídající schopnostem a možnostem dítěte. Bude-li zajištěna komplexní péče, která spočívá ve spolupráci mezi rodinou – školou – poradnou, mohou se žáci s lehkou mentální retardací vzdělávat na běžné základní škole.

Je dobře, že dnes mohou být některé děti s postižením právě díky integraci zapojeny do běžného života ve školách a školských zařízeních. Tam, kde jsou ochotní a laskaví pedagogové, kteří se nebojí bojovat s různými překážkami a mohou věnovat úsilí, snahu, trpělivost a znalosti, je to přínos nejen pro integrované, ale i pro ostatní spolužáky a vrstevníky.

Je třeba poukázat na nutnost znalostí z oblasti speciální pedagogické problematiky při práci s dětmi s mentálním postižením v předškolním a školním věku. Je důležité umět důsledně spolupracovat se všemi odborníky a jejich odbornými nálezy o dítěti a používat vlastní pozorování dítěte k jeho prospěchu.

I když dětí ubývá a zdálo by se tedy, že škola bude méně naplněna a učitelé budou mít na práci s dítětem, a hlavně na tak důležitý individuální přístup k jednotlivci, více času a prostoru, opak je pravdou. Reakcí na ubývání dětí není snižování počtu dětí ve třídách, ale naopak uzavírání tříd nebo dokonce škol, snižování úvazků učitelů a hlavně přeplňování tříd. Bohužel na úkor kvalitní výchovy dětí.

Je zřejmé, že všechny postižené děti integrovány být nemohou. Ale je dobře, že společnost si nachází k těmto lidem stále se zvětšující „cestičky“.

Seznam použité literatury

1. BAZALOVÁ, B. Psychopedie. In PIPEKOVÁ, J. (ed.) *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.
2. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: KU, 1995. ISBN 80-7066-899-7.
3. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1973.
4. KYSUČAN, J. *Úvod do psychopedie*. Olomouc: UP, 1986.
5. MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-85931-20-6.
6. MÜHLPACHR, P. Axiologická a normativní dimenze integrace. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
7. MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
8. MÜLLER, O. *Lehká mentální retardace v pedagogickopsychologickém kontextu*. Olomouc: UP, 2002. ISBN 80-244-0207-6.
9. PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6 .
10. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-40-3.
11. PIPEKOVÁ, J. Pedagogika osob s mentálním postižením – psychopedie. In VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
12. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání upravený pro žáky s mentálním postižením*. Praha: VÚP, 2005.
13. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: SPN, 1980.
14. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-506-7
15. VALENTA, M., MÜLLER, O., *Psychopedie*. Praha: Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
16. VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

17. VÍTKOVÁ, M. *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe.* Brno: MSD, 2004. ISBN 80-86633-22-5.
18. *Vyhláška MŠMT ČR č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.*
19. *Vyhláška MŠMT ČR č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky.*
20. *Vyhláška MŠMT ČR č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.*
21. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy.* Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-030-3.
22. *Vzdělávací program zvláštní školy.* Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-025-7.
23. *Vzdělávací program pomocné školy a přípravného stupně pomocné školy.* Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-030-3.
24. *Vzdělávací program zvláštní školy.* Praha: Septima, 1997. ISBN 80-7216-025-7.
25. *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).* Praha: 2004.
26. ZVOLSKÝ, P. a kol. *Speciální psychiatrie.* Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-7184-203-6.

Seznam příloh

Příloha 1: Základní škola Lomnice - fotografie

Příloha 2: Fotografie žáků 3. ročníku

Příloha 3: Školní práce - Petr

Příloha 4: Školní práce - Zdeněk

Příloha 5: Podklady pro IVP

Příloha 6: Doporučení pro výuku cizího jazyka