

Jaromír Maštaliř

Kam dál?

Ukončování školní docházky
a plánování přechodu u žáků
se speciálními vzdělávacími potřebami

Bydlení
a volný čas



Univerzita Palackého
v Olomouci

Vzdělání
a zaměstnání

Domov
a rodina





Univerzita Palackého
v Olomouci

Kam dál?

Ukončování školní docházky
a plánování přechodu u žáků
se speciálními vzdělávacími potřebami

Jaromír Maštalíř

OLOMOUC 2021

Recenzovali:
doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.
Mgr. Petra Tomalová, Ph.D.

KATALOGIZACE V KNIZE – NÁRODNÍ KNIHOVNA ČR

Maštaliř, Jaromír, 1983-

Kam dál? : ukončování školní docházky a plánování přechodu u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami / Jaromír Maštaliř. -- 1. vydání. -- Olomouc : Univerzita Palackého v Olomouci, 2021.

-- 1 online zdroj

Anglické resumé

Obsahuje bibliografické odkazy

ISBN 978-80-244-5954-7 (online ; pdf)

* 316.344.6-056.26/.3-053.2 * 376.04 * 659.2 * 364-7 * 37.013.42:001.891 * (437.3) * (048.8)

– děti se zdravotním postižením -- Česko

– speciální vzdělávací potřeby -- Česko

– poradenství -- Česko

– sociální služby -- Česko

– sociálněpedagogický výzkum -- Česko

– ukončení základního vzdělávání

– monografie

376 - Výchova a vzdělávání zvláštních skupin osob [22]

1. vydání

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popřípadě trestněprávní odpovědnost.

© Jaromír Maštaliř, 2021

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2021

ISBN 978-80-244-5953-0 (print)

ISBN 978-80-244-5954-7 (online : PDF)

PODĚKOVÁNÍ

Velmi děkuji Mgr. Janu Chrastinovi, Ph.D., za cenné rady a kritické připomínky v oblasti metodologie a designu výzkumu i za ochotu a lidský přístup. Rovněž děkuji PhDr. Jiřímu Pospíšilovi, Ph.D., za podnětné konzultace ke statistické analýze dat a za pomoc při jejím vypracování. Dále bych chtěl poděkovat Mgr. Vendule Holínkové a Mgr. Veronice Škopové za spolupráci při realizaci pilotní studie a všem účastníkům výzkumu za otevřenost, žákům i jejich rodičům za odvahu nebát se (vy)zkoušet nové věci.

Obsah

ÚVOD.....	10
I TEORETICKÁ VÝCHODISKA A RÁMEC	15
1 Základní charakteristika cílové skupiny	16
1.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami a podpůrná opatření.....	16
1.2 Žák s mentálním postižením – charakteristika a terminologické vymezení	19
1.3 Symptomatologie mentálního postižení	23
1.4 Ukončování povinné školní docházky a hledisko vývoje osobnosti žáka	24
1.5 Žák se souběžným postižením více vadami	28
1.5.1 Klasifikace kombinovaného postižení a modely přístupu.....	29
1.5.2 Mentální postižení a další možná přidružená postižení	30
2 Základní vzdělávání a ukončování povinné školní docházky	32
2.1 Základní vzdělávání a právní aspekty.....	32
2.2 Vládní strategie a kurikulární politika s přihlédnutím na vzdělávání žáků se SVP.....	33
2.3 Rámcový a školní vzdělávací program.....	39
2.3.1 Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální	39
2.3.2 Školní vzdělávací program a zásady zpracování u cílové skupiny žáků.....	40
2.4 Pojetí, cíle a zásady základního a speciálního vzdělávání	42
2.4.1 Pojetí, cíle, zásady speciálního vzdělávání.....	43
2.4.2 Žáci se středně těžkým mentálním postižením	43
2.4.3 Žáci s těžkým a hlubokým mentálním postižením	44
2.4.4 Žáci se souběžným postižením více vadami	45

2.5	Možnosti a formy plnění povinné školní docházky u cílové skupiny	48
2.6	Hodnocení výsledků vzdělávání a ukončování základního vzdělávání	49
2.6.1	Slovní hodnocení	51
2.6.2	Splnění povinné školní docházky a doklad o dosaženém stupni vzdělání	56
3	Poradenství, vybraná zařízení sociálních služeb	58
3.1	Vymezení pojmu poradenství	58
3.1.1	Poradenství v oblasti pomáhajících profesí a školní poradenství	60
3.1.2	Poradenské služby na úrovni školy	63
3.1.3	Školská poradenská zařízení	67
3.1.4	Sociální poradenství	75
3.1.5	Poradenské aktivity v oblasti státní správy a ve zdravotnictví	80
3.2	Vybraná zařízení sociálních služeb – jejich základní atributy	83
3.2.1	Zásady a účel poskytování sociálních služeb	83
3.2.2	Podmínky poskytování sociálních služeb a povinnosti poskytovatelů sociálních služeb	85
3.2.3	Registr poskytovatelů sociálních služeb	87
3.2.4	Smlouva o poskytování sociálních služeb a důvody vedoucí k odmítnutí smlouvu uzavřít	87
3.2.5	Sociální pracovník v zařízení sociálních služeb	89
3.2.6	Individuální plánování v sociálních službách	89
3.2.7	Vybraná zařízení sociálních služeb a deskripce jejich základních činností	93
4	Období ukončování povinné školní docházky a plánování přechodu	96
4.1	Úvod do problematiky	96
4.2	Plánování přechodu a jeho vymezení	98
4.2.1	Individualizovaný plán přechodu	104
4.2.2	Přechodové domény	104
4.2.3	Fáze plánování přechodu	106
4.3	Vybrané přístupy a principy v procesu plánování přechodu	108

4.3.1	Na osobu zaměřený přístup a Plánování zaměřené na člověka	108
4.3.2	Zapojení důležitých osob do procesu plánování	111
4.3.3	Diagnostické nástroje, techniky a metody práce.....	112
4.4	Plánování přechodu v zahraničí – krátký exkurz do Velké Británie	118
4.4.1	Anglie	120
4.4.2	Wales.....	126
4.4.3	Severní Irsko	128
4.4.4	Skotsko.....	129
II EMPIRICKÁ ČÁST.....		133
5	Cíle práce, výzkumná otázka a hypotézy	134
6	Metodický rámec výzkumu	138
6.1	Etické aspekty výzkumu	140
6.2	Zkoumaný soubor	141
6.3	Triangulace	147
6.4	Sběr dat	148
6.4.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	148
6.4.2	Skupinová diskuse	149
6.4.3	Dotazník	150
6.5	Analýza dat	153
6.5.1	Analýza kvantitativních dat	153
6.5.2	Analýza kvalitativních dat	154
7	Výsledky	155
7.1	Výsledky kvantitativní části výzkumu	155
7.1.1	Sociodemografické charakteristiky respondentů a další údaje	156
7.1.2	Žák a řešení problematiky ukončování povinné školní docházky.....	161
7.1.3	Možnosti spolupráce a informovanosti třídních učitelů a sociálních pracovníků v kontextu přechodu žáků ze škol do zařízení sociálních služeb	165

7.1.4	Vysvědčení jako zdroj informací pro práci v zařízení sociálních služeb.....	173
7.1.5	Koordinátor plánování přechodu jako případný garant procesu plánování přechodu.....	180
7.1.6	Plánování přechodu – zdroje pro práci třídních učitelů a sociálních pracovníků.....	187
7.2	Výsledky kvalitativní části výzkumu.....	190
7.2.1	Kategorie čas.....	190
7.2.2	Kategorie informovanost.....	197
7.2.3	Kategorie plánování přechodu.....	207
7.2.4	Kategorie koordinátor plánování přechodu.....	213
8	Diskuse.....	222
8.1	Limity studie.....	241
8.2	Doporučení pro praxi.....	243
	Závěr.....	246
	Seznam bibliografických citací.....	248
	Seznam tabulek, grafů, obrázků a schémat.....	268
	Seznam zkratk.....	272
	Seznam příloh.....	274
	Příloha 1 Vzor tiskopisu vysvědčení pro základní školy speciální.....	275
	Příloha 2 Dohoda o spolupráci.....	277
	Příloha 3 Informovaný souhlas.....	278
	Příloha 4 Dotazník (třídní učitel/učitelka).....	279
	Příloha 5 Dotazník (sociální pracovník).....	284
	Summary.....	293
	O autorovi.....	295
	Z recenzních posudků.....	297

ÚVOD

Mezi dvěma základními mezníky ohraničujícími život každého z nás, tj. narození – smrt, existuje celá řada významných životních událostí, momentů a situací, se kterými se v průběhu našeho bytí setkáváme a určitým způsobem je reflektujeme. V případě, že jsou spojeny i s některou ze životních změn, hledáme takové strategie a řešení, které nám pomáhají se těmito změnám co nejlépe přizpůsobit. Některé životní události mohou být povahy ryze individuální, některé z nich však máme společné. Období ukončování povinné školní docházky lze bezesporu považovat právě za jeden z takových významných životních mezníků, s nímž se v určitém věku setkáváme všichni. Je to doba spojená s odchodem ze školy do další etapy života. Doba, která může být rovněž spjata se změnou z období dospívání na období přípravy a následného vstupu do rané dospělosti.

Období ukončování povinné školní docházky a odchod ze školy do další etapy života po škole jsou i u žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) spojeny s mnoha životními změnami. Jedná se zejména o celkové rozhodování žáků a jejich blízkých o dalším směřování vzhledem k budoucnosti. Je to doba, která může být jak pro samotného žáka, tak i pro jeho rodiče vzrušující, plná očekávání a změn. Na druhou stranu může být pro obě strany toto období provázeno obavami, nejistotou a strachem z toho, jakým způsobem a směrem se bude život žáka po škole dále ubírat.

Jestliže hovoříme o období ukončování povinné školní docházky, pak máme na mysli dobu, ve které je nutno čelit výzvám spojeným s určitým rozhodováním žáka a jeho blízkých, stejně jako s realizací dalších důležitých kroků v dosavadním žákově životě. Erikson tuto etapu života jedince nazývá obdobím *hledání vlastní identity v konfliktu s nejistotou v kontextu své role mezi ostatními lidmi*, ve které si dospívající člověk stojící na prahu své životní dráhy pokládá základní otázky „*Kdo jsem?*“ a „*Čím mohu být?*“.

Volba tématu předkládané publikace byla ovlivněna hned několika faktory. Prvním z nich byla autorova vlastní pracovní zkušenost v oblasti

sociálních služeb i speciálního školství. Zde byl s tímto tématem také poprvé přímo konfrontován, a to v roli sociálního pracovníka v denní stacionáři pro dospělé osoby se zdravotním postižením a později v roli třídního učitele na jedné ze základních škol, přímo zřízené pro žáky se SVP (dříve označované jako základní škola speciální). Díky dlouhodobým a opakovaným zahraničním stážím (UK, USA) měl autor možnost získávat v dané oblasti více poznatků.

Impulzem pro vydání takto specificky zaměřené publikace je nejen autorův dlouholetý zájem o danou oblast, ale především fakt, pomíneli-li jedinou do českého jazyka přeloženou publikaci autorky McLeod (2002), že je oblast ukončování povinné školní docházky u žáků se SVP a plánování přechodu ze školy do další etapy jejich života u nás – na úrovni vědeckého zkoumání i teoretických poznatků – nedostatečně probádána.

Tuzemská situace je však v ostrém kontrastu s bohatě zastoupenou cizojazyčnou literaturou, vědeckými studiemi a zejména samotným naplňováním tohoto požadavku v praxi. V určitých zemích (např. Velká Británie, USA, Kanada, Austrálie) již řadu let existuje právní úprava i specifický systém podpory. Jedná se o přímo státem garantovanou povinnost zajistit každému žákovi se SVP, který si plní povinnou školní docházku, koordinovaný, komplexně pojatý, odborně vedený a na principech interdisciplinární/transdisciplinární spolupráce založený proces podpory při plánování přechodu ze školy do další etapy jeho života. Jde o koordinovaný proces u žáků se SVP nejčastěji v posledních dvou ročnících povinné školní docházky, v němž klíčovou roli sehrává tzv. koordinátor plánování přechodu (*Transition Planning Coordinator*), pozice přímo vymezená k tomuto účelu.

I přes absenci česky psaných dostupných zdrojů lze konstatovat, že v našich podmínkách je největší similarita dané problematiky spojována s pojmem „*tranzitní program*“. Zde (myšleno v tranzitních programech) je však obsah činností a postupů zaměřen primárně na oblast rozvoje klíčových kompetencí směrem k zaměstnávání a zaměstnavatelnosti osob se SVP / zdravotním postižením. Téma spojené s možností zaměstnání je samozřejmě v procesu plánování přechodu také řešeno, avšak není to téma jediné. Nalezení či udržení zaměstnání není hlavním výsledkem/výstupem procesu plánování přechodu, jak je tomu právě v tranzitních programech.

Nejen pro tyto výše nastíněné diskrepance autor na základě zjištěných dat komparovaných s dosavadními zkušenostmi a poznatky z teoretických přístupů v úvodní části knihy připravil návrh konceptualizace pojmu „plánování přechodu“ ve znění:

Plánování přechodu je podpůrný, specificky orientovaný poradenský proces, ve kterém je cíleně pracováno s ukončováním povinné školní docházky u žáka se speciálními vzdělávacími potřebami a blížícím se odchodem žáka z prostředí školy do další etapy (ideálně co možná nejvíce samostatného) života. Je to interaktivní, dynamický proces vyžadující dlouhodobou a pravidelnou kooperaci založenou na interdisciplinární i transdisciplinární spolupráci všech důležitých osob/odborníků.

Klíčovou roli zde sehrává profesionál (tzv. koordinátor plánování přechodu), který na základě vzájemné partnerské spolupráce poskytuje žákovi, jeho zákonným zástupcům i dalším osobám tento proces facilitující informace, rady, vedení a podporu. Tato podpora je poskytována průběžně a pravidelně s akceptací žáka jako nejdůležitějšího subjektu celého procesu. Vždy se usiluje o co největší míru zapojení žáka do celého procesu plánování přechodu. Proces plánování přechodu by měl být započat alespoň dva roky (ideálně tři roky) před odchodem žáka ze školy. Jeho intenzita by měla postupně narůstat tak, aby se zlepšila schopnost žáka (i jeho blízkých osob) se ve své aktuální životní situaci lépe (z)orientovat a na odchod ze školy se co nejlépe připravit. Současně je možné přijmout určitá rozhodnutí vymezená akceptací odpovědnosti za důsledky svých rozhodnutí.

Cílem procesu plánování přechodu je společně hledat a zjišťovat životní cíle konkrétního žáka, znát a diagnostikovat potřeby (především dysfunkční), včetně možností další seberealizace i míry potřebné podpory nutné k dosažení těchto cílů. Smyslem procesu plánování přechodu je zajistit co nejvhodnější dostupné a dosažitelné podmínky pro co možná nejvíce plynulý (a v dostatečné době předem dobře připravený) přechod (odchod) žáka ze školy do další etapy jeho života.

Administrativním/evaluačním výsledkem/výstupem celého procesu je vytvořený dokument – plán přechodu. Jedná se o kombinaci určitého portfolia žáka – informace o tom, co si žák dál po škole (ne)přeje dělat, co jej baví, jaké má sny a v čem by se chtěl i s pomocí druhých dál rozvíjet. Plán přechodu tedy obsahuje konkrétní cíle žáka, včetně definování případné míry potřebné podpory k dosažení tohoto cíle/cílů.

V rámci výzkumné činnosti (kapitoly 5–8) autor definuje a dále rozvíjí tyto tři cíle:

Prvním cílem bylo realizovat, deskribovat a následně evaluovat proces podpory při ukončování povinné školní docházky a plánování přechodu u třech vybraných žáků s mentálním postižením ze školy do další etapy jejich života, a to z různých perspektiv.

Druhým cílem bylo získaná zjištění vycházející z výzkumných dat, limitů/benefitů osob facilitujících proces ukončování povinné školní docházky a plánování přechodu ze školy u výše uvedené skupiny sumarizovat a následně navrhnout doporučení pro možnou implementaci procesu plánování přechodu do speciálněpedagogické praxe.

Třetím cílem bylo identifikovat, deskribovat a analyzovat současný stav (pojetí procesu ukončování povinné školní docházky a plánování přechodu u žáků s mentálním postižením ze školy do další etapy jejich života s využitím pěti tematických dimenzí), a to z perspektivy třídních učitelů pracujících s těmito žáky a sociálních pracovníků vybraných zařízení sociálních služeb ve čtyřech vybraných krajích České republiky.

Jelikož se jedná o téma v našich podmínkách téměř vědecky neprobádané (je zde spatřován vědecko-výzkumný „gap“), autor si uvědomuje limitující faktory, které mohou pojetí, koncepci výzkumu i interpretaci dat ovlivňovat. V první řadě je to nemožnost získané výsledky výzkumu komparovat s dosavadními tuzemskými výzkumy. Proto autor teoreticky vychází, odkazuje a srovnává zjištěné výsledky se zkušenostmi zahraničními. Dále si autor uvědomuje významovou nejednotnost, obsáhlost a do jisté míry i určitou neuchopitelnost pojmu „běžný život“. Tento pojem autor proto konceptualizuje v úvodní části čtvrté kapitoly.

Poznámka ke čtení textu:

- ☒ **tučným písmem**, popřípadě *kurzívou* jsou v textu zvýrazněny klíčové pojmy, výrazy či důležité pasáže textu;
- ☒ některá pojednání převzatá z anglických zdrojů byla ponechávána v původním jazyce, a to z důvodu zachování originality sdělení. Autor si je vědom faktu, že možný překlad do češtiny (a do prostředí, kde

plánování přechodu není realizováno) by mohl „deformovat“ dané sdělení;

- ☒ informace uvedené v poznámkovém aparátu pod čarou mají v textu informativní či doplňkový charakter, popřípadě vyjadřují vlastní stanovisko či názor autora práce;
- ☒ v textu se pracuje s několika pojmy, které vymezují cílovou skupinu příjemců plánování přechodu, a proto se užívají tato synonyma: žák/žáci se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP); mentálním postižením / mentální retardací; mladý člověk / jedinec / osoba; klient/ uživatel.

Olomouc květen 2021

Inspirativní čtení přeje autor

I TEORETICKÁ VÝCHODISKA A RÁMEC

Teoretická východiska a rámec tvoří čtyři kapitoly. První kapitola vymezuje žáka se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP). Blíže se pak zaměřuje na skupinu žáků s mentálním postižením, které lze – v kontextu tzv. speciálního vzdělávání – považovat za základní nositele podpory. Druhá kapitola popisuje základní vzdělávání a jeho specifika u cílové skupiny v návaznosti na ukončování povinné školní docházky. Třetí kapitola sumarizuje východiskové poznatky o systému poradenských služeb a v závěru se zaměřuje na bližší popis vybraných zařízení sociálních služeb. Poslední kapitola je tematicky zaměřena na problematiku ukončování povinné školní docházky a plánování přechodu žáků ze školy do další etapy jejich života. Jedná se o reflexi poznatků o dané problematice vycházející z ryze zahraničních zdrojů.

1 Základní charakteristika cílové skupiny

Na úvod je s ohledem na cílovou skupinu osob, která v knize dominuje, zařazena kapitola pojednávající o mentálním postižení. Jejím cílem je vymezit a dále charakterizovat pojmy speciální vzdělávací potřeby a mentální postižení. Dále zde autor popisuje vývoj osobnosti jedince s mentálním postižením, a to z hlediska časového, tj. období ukončování povinné školní docházky. Vzhledem k tomu, že je mentální postižení málokdy u jedince přítomno jako solitérní, autor na závěr kapitoly zařadil i problematiku žáků s vícenásobným postižením.

1.1 Žák se speciálními vzdělávacími potřebami a podpůrná opatření

U žáků, kterým byly zjištěny speciální vzdělávací potřeby (na základě speciálněpedagogického, případně psychologického vyšetření školským poradenským zařízením), probíhá zpravidla proces edukace prostřednictvím specifických metod, prostředků i forem vzdělávání. Před účinností vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění, zahrnovala tato oblast tzv. **speciální vzdělávání**. V případě řešené skupiny žáků realizované pomocí soustavy základních škol speciálních (srov. školský zákon, § 16 odst. 9).

Nejpřesnější vymezení žáka se SVP nabízí jeden ze základních právních dokumentů, a to zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění (školský zákon, § 16 odst. 1): „Žákem se SVP se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí

podpůrných opatření. Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám. Žáci se SVP mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením.“

Podpůrná opatření spočívají v:

- ☒ poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení;
- ☒ úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně-pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání;
- ☒ úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání;
- ☒ použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob;
- ☒ úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy;
- ☒ vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu;
- ☒ využití asistenta pedagoga;
- ☒ využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů;
- ☒ poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených (tamtéž).

Aniž by autor snižoval význam jednotlivých výše uvedených podpůrných opatření (PO), v kontextu problematiky ukončování povinné školní docházky (PŠD) a plánování přechodu ze školy do další etapy žáka nabývají na významu zejména ta PO, která se orientují na podporu žáka a jeho nejbližších rodinných příslušníků (jako přirozené součásti) v daném období – zahrnují zejména poskytování poradenských služeb a přístup k informacím; úpravu podmínek spojenou s ukončováním povinné školní docházky; vzdělávání podle individuálního plánu včetně úpravy

podmínek (vy)hodnocení žáka. Tyto oblasti budou proto blíže popsány v dalších částech.

Jak již bylo uvedeno, **účelem poskytování podpůrných opatření (PO) je v co možná maximální možné míře podpořit žáka se SVP v celém procesu vzdělávání.** „Škola tato opatření poskytuje na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, průběhu i výsledků jeho vzdělávání, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením, tj. speciálněpedagogickým centrem (SPC) a pedagogicko-psychologickou poradnou (PPP)“ (Michalík, 2013, s. 33). Žákům s těžkým zdravotním postižením, s ohledem na rozsah SVP, náleží nejvyšší míra PO (vyhláška č. 27/2016 Sb.).

Další možnost individuální podpory žáka se zdravotním postižením nabízí rovněž dokument *individuální vzdělávací plán* (dále také „IVP“). Zjednodušeně lze říct, že smyslem IVP je vytvořit žákovi se SVP v procesu vzdělávání „podporu šitou na míru“. Základním východiskem pro tvorbu IVP jsou zjištěné individuální potřeby a aktuální možnosti žáka přenesené do jeho vzdělávacího procesu ve škole. IVP vychází ze ŠVP příslušné školy, jeho obsahem může být například individuálně upravený učební plán pro daný ročník, který umožňuje žákovi postupovat dle jeho aktuálních možností. IVP rovněž může obsahovat popis speciálních metod pedagogické práce nebo personálního, materiálního či technického zabezpečení nezbytného pro optimální naplňování výchovně-vzdělávacího procesu (Michalík, 2013). Podmínky pro tvorbu IVP, strukturu, obsah, období platnosti, vyhodnocování a další náležitosti s tímto spojené upravují § 18 školského zákona a § 3 vyhlášky č. 27/2016 Sb.

Dle Zelinkové (2007) je pro úspěšné vytvoření, sestavení a realizaci IVP důležité respektovat určité principy a zákonitosti:

- ☒ IVP vychází ze závěrů provedené diagnostiky a doporučení odborného školského poradenského pracoviště a v jisté míře i z odborného úsudku samotného učitele, který se opírá o vlastní speciálněpedagogickou diagnostiku, zkušenosti a intuici;
- ☒ IVP by měl reflektovat závěry z diskuse s žákem (jeho spoluúčast při sestavování IVP je přirozeně závislá na mnoha faktorech – věk, kognitivní úroveň apod.) a jeho zákonnými zástupci, pracovníkem poradenského zařízení, ředitelem školy, popřípadě dalšími odborníky;

- ☒ i přesto, že je podpora zacílena na žáka se SVP, nezastupitelnou roli zde hraje spolupráce se zákonnými zástupci i dalšími odborníky;
- ☒ při vypracování IVP by měly být sledovány a vyhodnoceny krátkodobé dílčí cíle (např. obsah a míra naplňování učiva v jednotlivých měsících či dle tematických celků), dlouhodobé cíle (učební plán v rámci daného školního roku/ročníku), ale i cíle vzdálené (např. změny spojené s přechodem na druhý stupeň, ukončení školní docházky).

Za další prostředky speciálněpedagogické podpory žáka se zdravotním postižením lze považovat:

- ☒ možnost působení dvou učitelů ve třídě (tzv. podpůrný učitel);
- ☒ možnost dopravy dítěte do školy (tzv. svozovým autem příslušné školy);
- ☒ trvalé či dočasné odstranění architektonických bariér;
- ☒ sociálněpsychologické mechanismy (práce s třídním kolektivem, osvětová činnost a komunikace s rodiči v případě individuálně integrovaného žáka ve třídě apod.);
- ☒ spolupráci školy s dalšími organizacemi a subjekty (interdisciplinární/meziresortní spolupráce) (Valenta, Petráš et al., 2012).

1.2 Žák s mentálním postižením – charakteristika a terminologické vymezení

V intencích problematiky je nutné jako dominantní cílovou skupinu v prvé řadě zmínit žáky s mentálním postižením. Jedná se o žáky, u kterých se stupeň mentálního postižení nachází na úrovni středního, těžkého až hlubokého mentálního postižení/retardace. Někteří autoři považují pojmy **mentální postižení** a **mentální retardace** za synonyma a staví je na stejnou významovou úroveň, mnozí však spatřují odlišnosti zejména v jejich hierarchii, ve které často považují pojem mentální postižení (dále také „MP“) za významově širší. Valenta (in Valenta et al., 2012, s. 30) s tímto tvrzením rovněž souhlasí a dodává, že „mentální postižení je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně–sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního (popř. psychosociálního)

charakteru“ . MP lze charakterizovat jako „trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku“ (Švarcová, 2006, s. 30). Slowík (2007, s. 110) uvádí, že na termín MP lze nahlížet z různých hledisek:

- ☒ přístup biologický: postižení v důsledku trvalého závažného organického nebo funkčního poškození mozku; syndrom podmíněný chorobnými procesy v mozku;
- ☒ přístup psychologický: primárně snížená úroveň rozumových schopností měřitelných standardizovanými IQ testy (tzn. vzhledem k populační normě);
- ☒ přístup sociální: postižení charakteristické dezorientací ve světě a ve společnosti, která omezuje zvládat vlastní sociální existenci samostatně bez cizí pomoci;
- ☒ přístup pedagogický: snížená schopnost učit se navzdory využití specifických vzdělávacích metod a postupů;
- ☒ přístup právní: snížená způsobilost k samostatnému právnímu jednání (provádění složitých právních úkonů a rozhodnutí).

Postojům autora této práce je blízké pojetí vycházející z principů humanistické psychologie, kde je MP chápáno jako možná forma bytí člověka, jež se teprve v kontextu společnosti stane vlastním postižením (Prouty, Werde, Pörtner, 2005).

Termín **mentální retardace**¹ (dále také „MR“) se začal používat v širším rozsahu po konferenci Světové zdravotnické organizace v Miláně v roce 1959 a pozvolna nahrazoval celou řadu dřívějších pojmů². Od 1. 1. 1994 se začal oficiálně používat i v České republice (dále jen „ČR“), a to v souladu s desátou verzí Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-10“), zpracovanou Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě v roce 1992 (MKN-10, 2006). Ta je aktuálně stále platná³ a na MR nahlíží jako na „stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností

¹ Pojem *mentální retardace* je odvozen z latinského *mens* = mysl, rozum; *retardatio* = zdržovat, zaostávat, opožďovat (Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007).

² Např. slabomyslnost, slaboduchost, oligofrenie, duševní zaostalost, rozumový defekt aj.

³ V současné době se již finalizuje revidovaná verze MKN, tj. MKN-11. Pojem *mentální retardace* by měl být nahrazen pojmem *poruchy intelektu* či *vývojové poruchy intelektu* (srov. DSM-5).

projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoli jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou anebo bez nich. Jedinci s mentální retardací mohou být postižení celou řadou duševních poruch, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné“ (MKN-10, in Valenta, Müller, 2009, s. 12). Podobné pojetí MR, založené na závažném postižení rozumových schopností a adaptability, definují i Říčan, Krejčířová et al. (1997, s. 151). Definice a možných paradigmat vztahujících se k pojmu MR lze dle autora najít v odborné literatuře ve srovnání s pojmem MP mnohem více (srov. Černá et al., 2008; Renotiérová, Ludíková et al., 2006; Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007; Vítková, 2004; Vágnerová, 2008).

Na druhou stranu lze v posledních letech sledovat změnu v preferencích používání odborného názvosloví, kdy se pojem MP (oproti dříve hojněji uváděnému termínu MR) začíná dostávat mnohem více do předí. Valenta a Müller (2009, s. 8.) upozorňují na preferenci principu *People-first language*, kdy se „s důrazem na osobnost individua doporučuje používat místo pojmu mentálně retardovaný (mentálně postižený) označení osoba s mentálním postižením“.

Na změnu paradigmatu terminologického pojmání osob s MP v nedávných letech reagovala i Americká asociace pro mentální retardaci, která přeregistrovala původní název organizace na současné označení **Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení** (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities, dále jen „AAIDD“), kdy je pojem MR nahrazen označením **intelektová disabilita**. Ve své definici mimo jiné reflektuje problematiku výrazného omezení intelektových funkcí a adaptačního chování, které se následně projevují v každodenních sociálních i praktických dovednostech/činnostech jedince, a dodává, že toto postižení vzniká ještě v období před dosažením osmnáctého roku života jedince (AAIDD, 2013).

AAIDD zároveň upozorňuje na fakt, že je důležité při stanovení výše zmíněné diagnózy *zohlednit níže uvedená kritéria* (in Šiška, 2005):

- ☒ posuzovat jedince v souvislosti s prostředím a komunitou typickou pro daný věk a kulturní rozmanitost;

- ☒ zohľadňovať individuálne rozdiely v komunikácii, ve vnímaní, v pohybových možnostiach a v chovaní jedince;
- ☒ nachádzať tak individuálne omezené, tak zejména silné stránky osobnosti jedince s postihom,
- ☒ byť schopní spoločne vypracovať kvalitný plán podpory;
- ☒ vhodnou individuálnou podporou docíliť celkového zlepšenia kvality života osoby s MP.

Pro úplnosť je nutné zmieniť i Diagnostický a štatistický manuál duševných poruch Amerického psychiatrického asociácie (DSM-5), ktorý zavádza pojem *porucha intelektu*. Tá „vzniká v priebehu vývoje a zahŕňa poruchu intelektových a adaptívnych funkcií v konceptuálnej, sociálnej a praktickej oblasti“ (Raboch a kol., 2015, s. 33). K tomu, aby bola u jedince diagnostikovaná porucha intelektu, musí byť splnená nasledujúca kritéria (tamtiež):

- ☒ deficit intelektových funkcií v oblasti plánovania, riešenia problémov, abstraktného myslenia, skúsenostného učenia a vzdelávania sa ve škole, premýšľania a usudzovania. Deficity musia byť potvrdené klinickým vyšetrením a štandardizovaným testom IQ;
- ☒ deficity v oblasti adaptívnych funkcií, zejména pak nemožnosť naplniť vývojové a sociokultúrne štandardy v rámci sebestačnosti a nezávislosti, zahŕňujú oblasť konceptuálnu, sociálnu a praktickú;
 - oblasť konceptuálna zahŕňa školní alebo študijnú dovednosť, jako je trivium, riešenie problémov, osvojovanie praktických dovedností, dovedností spojených s pamäťou a jazykom;
 - sociálna oblasť zahŕňa empatiu jedince, schopnosť medziľudské komunikácie, reč, naviazovanie kontaktov a zvládanie sociálnych situácií;
 - oblasť praktická rieši schopnosť učiť sa novým životnými situáciami (napr. starostlivosť o seba sama, práca v zamestnaní a domácnosti, zvládanie financií a jednotiek času, ale také umenie relaxácie a rozvoj svojich voľnočasových aktivít) a v neposlednej rade i starosť o zdravotný stav, somatické ochorenia alebo duševné poruchy;
- ☒ potrebnosť začiatku ťažkostí už v priebehu vývojového obdobia jedince (Raboch a kol., 2015).

1.3 Symptomatologie mentálního postižení

Spektrum uvedených definic a pojetí MP do značné míry ilustruje i variabilitu symptomů a celkovou heterogenitu této skupiny osob. V následujícím textu se autor pokusí vymezit základní charakteristiky osob s MP z hlediska typické symptomatologie. V kontextu této práce autor usiluje o vytvoření rámcové charakteristiky, která by čtenáři umožnila bazální vhléd do situace, jejímž hlavním subjektem je právě jedinec s MP.

„Z hlediska psychické struktury osobnosti mentálně retardovaní jedinci *netvoří homogenní skupinu, kterou by bylo možno globálně a vyčerpávajícím způsobem charakterizovat. Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u výrazné 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*“ (Švarcová, 2006, s. 35). Pro Vágnerovou (2008) je skupina lidí MP signifikantní jak pro omezenější schopnosti poznávacích procesů, sníženou potřebu zvědavosti, tak i kvůli nízkým preferencím k podmětovým stereotypům a zájmům.

Dolejší (in Bartoňová, Bazalová, Pipeková, 2007) uvádí možné determinanty, které se u těchto jedinců mohou v nejrůznějších obměnách vyskytovat (s různorodou intenzitou a ve variabilním složení):

- ☒ zvýšená závislost na rodičích;
- ☒ infantilnost osobnosti;
- ☒ sugestibilita a rigidita chování;
- ☒ malá přizpůsobivost sociálním a školním požadavkům;
- ☒ pohotovost k úzkosti a neurastenickým reakcím;
- ☒ nerovnováha aspirace a výkonu;
- ☒ zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí;
- ☒ hyperaktivita nebo hypoaktivita;
- ☒ citová vzrušivost a impulzivnost;
- ☒ nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji „Já“;
- ☒ opoždění psychosexuálního vývoje;
- ☒ porucha vizuomotoriky a celkové pohybové koordinace;
- ☒ snížená mechanická a logická paměť;
- ☒ ulpívání na detailech;
- ☒ malá srovnávací schopnost;

- ☒ těkavá pozornost;
- ☒ zpomalená chápavost.

Vágnerová (2008) doplňuje další znaky možných projevů:

- ☒ obtížnější orientace v běžném prostředí;
- ☒ zkreslené sebehodnocení;
- ☒ preference známějšího prostředí a stereotypů;
- ☒ učení je mechanické a mnohdy nevyužitelné v praxi (nepochopení rozdílů mezi různými situacemi), podmíněno (motivováno) emočně, nikoliv kognitivně;
- ☒ poruchy řeči jsou charakteru obsahového i formálního – méně přesná výslovnost, agramatismy;
- ☒ jednoduchost ve slovním vyjadřování.

Dle Lečbycha (2008, s. 29–30) je nutno chápat výše zmíněnou a zevšeobecňující deskripci osob s MR nikoliv jako obecně platné zákonitosti pro všechny osoby s MR, ale jen jako *možná vodítka* či *artefakty*, neboť „často ignorují vliv sociálního prostředí a specifickou podmínku, ve kterých lidé s mentální retardací vyrůstají a žijí. V této oblasti se také setkáváme s řadou mýtů. Omylem je například *přirovnávat osobu s mentální retardací k vývojově mladší osobě*. K tomuto omylu často přispívá chybná interpretace zprávy z psychologického vyšetření, ve které je uváděn tzv. mentální věk. I když intelektové schopnosti odpovídají normě pro mladší vývojové období, nelze z toho faktu vyvozovat, že se osoba bude chovat jako vývojově mladší“. Pörtner (2009, s. 14) doplňuje, že „od určitého věku jsou lidé s mentálním postižením dospělí, i když stupeň jejich vývoje v leckterém ohledu odpovídá stavu dítěte. Nemůžeme prostě nebrat ohled na všechna ta léta života, která mají za sebou a která jim přinesla určité zkušenosti“.

1.4 Ukončování povinné školní docházky a hledisko vývoje osobnosti žáka

Z vývojového hlediska znamená období ukončování povinné školní docházky pro člověka (žáka) také **období dospívání** (adolescence). Dle Macka (in Lečbych, 2008) je pojem adolescence synonymem pro

mezidobí dětství a dospělosti, kterou, s přihlédnutím k anglosaské periodizaci, Macek člení na *časnou* (10–13 let), *střední* (14–16 let) a *pozdní* (17–20 let). Vágnerová (2012) naopak období adolescence dělí na dvě fáze: *raná adolescence* (11–15 let) je význačná zejména tělesným dospíváním, pohlavním dozráváním, změnou způsobu myšlení a postupným osamostatňováním se od vlivů rodičů oproti velkému vlivu u vrstevníků, *pozdní adolescence* (15–20 let) je charakteristická ukončením povinné školní docházky (dále jen „PŠD“) a dalším studiem (profesní příprava), dosažením plnoletosti, zpravidla prvním pohlavním stykem, ukončením dalšího vzdělávání a vstupem do zaměstnání, spojeným se získáním ekonomické nezávislosti adolescenta.

Podle Řičana (2004, s. 191) je adolescence dobou, kdy „mladý člověk zpravidla tělesně dozrává jako muž (o něco později) nebo jako žena (o něco dříve), a zároveň dobou, kdy si zvolil učební nebo studijní obor a začíná se připravovat na určité povolání. Konec období je obtížné stanovit jednoznačně. Nenabízí se žádný předěl v biologickém vývoji a tím méně v sociálním vývoji. Individuálně je významný vstup do povolání, prozaicky řečeno první výplata, tu však dostane mladá dělnice o šest let dříve než začínající lékařka, takže tento sociální předěl není jako hranice použitelný. Dvacátý rok tedy volíme jako hranici období poněkud libovolně“ (srov. Langmeier, Krejčířová, 2006).

Stejně jako intaktní jedinci **podléhají i dospívající mladí lidé se SVP přirozeným biologickým vývojovým změnám**. V mnoha případech lze u dospívajících jedinců se SVP (zejména z důvodu přítomného MP) v rané adolescenci sledovat *opožděný nástup rozvoje primárních i sekundárních pohlavních znaků* či *opožděnou celkovou změnu jejich fyziognomie* (Vágnerová, Hadj-Moussová, 2003). Vývoj kognitivních funkcí je u dospívajícího člověka s MP ovlivněn zejména rozsahem narušení jeho intelektových funkcí (tj. rozsah organického poškození mozku a stupeň MP). Z vývojového hlediska osoby s MP již *stadia formálních myšlenkových operací nedosahují*, dochází spíše k fixaci a stabilizaci převládajícího stylu myšlení. Jejich *kognitivní vývoj se tak zastavuje přibližně před 15. rokem života* (tzv. adolescentní plató). I přes stagnaci dalšího vývoje rozumových funkcí *je nutné člověka s MP neustále podporovat, stimulovat a rozvíjet*. V opačném případě hrozí *nebezpečí výrazného úbytku již získaných kompetencí*, ale také i *celkové rezignace jedince s MP do pozice pasivního příjemce péče* (Vágnerová, 2004; Lečbych, 2008).

Dle Lečbycha (2008) může být v období dospívání pro vývoj *osobnosti člověka* klíčové to, **jakým způsobem je konfrontován s vlastní odlišností**. Významnou úlohu zde sehrává to, jak a do jaké míry je mladý člověk s MP *přijímán* či *konfrontován* *rodinnými příslušníky* či *nejbližšími*, i to, s *jakými reakcemi se ve svém okolí ve vztahu ke svojí odlišnosti setkává*. V oblasti fyziologické se jedná zejména o procesy spojené s *hledáním vlastní identity*, ve kterých se může adolescent s MP srovnávat (vytvářet aktivní strategie) s reálným vnímáním vlastního těla v kontrastu se společensky uznávanými ideály krásy a atraktivity. Frustrace základních existenčních potřeb se u člověka s MP v období dospívání může také z velké části odvíjet od jeho (*ne*)*možnosti své další potřeby v dostatečné míře naplnit* či *realizovat* – omezené možnosti dalšího vzdělávání, najít si vhodné zaměstnání, trávit volný čas podle svých představ či mít dostatek vlastních kompetencí k jeho naplnění. V rovině osobní to pak mohou být obtíže v nenaplnění přání trávit čas s vrstevníky, pocit samoty či nenaplněná touha najít si partnera. Vančura (2007) doplňuje, že *negativní zkušenosti* či *nedostatečné přijetí* (tj. sociální odmítnutí) *mohou být pro člověka s MP značně stigmatizující a mohou mít za následek zvnitřnění předpokladů o vlastní nedůležitosti, neschopnosti a nekompetentnosti* (srov. Vágnerová 2004; Vágnerová, Hadj-Moussová, 2003).

V oblastech **emočního vývoje** a **socializace** lze za hlavní téma u *intaktního adolescenta* považovat *problematiku postupného uvolňování se od přílišných rodinných vazeb a výrazné závislosti na rodičích*. První tendence citového odpoutávání se objevují již v období rané adolescence (tj. období pubescence) a měly by postupně eskalovat přes proces vzájemného vyrovnávání vztahů adolescenta s rodiči zahrnující *kolísavé tendence ve smyslu odmítání a přijímání rodiny až do fáze vzájemného přirozeného psychologického osamostatnění a případné separace mezi rodiči a jejich raně dospělým synem či dcerou* (Lečbych, 2008; Vágnerová, 2012).

U *dospívajících osob s MP* může být *proces postupné emancipace od rodiny poněkud složitý*. Vágnerová (2004) přímo hovoří o *neexistenci dostatečných kompetencí k samostatnému životu a osamostatňování, dokonce ani potřeby lidí s MP žít zcela samostatný život*. Proces osamostatňování se od rodiny může být pro člověka s MP natolik komplikovaný, že dokonce zůstává i v období dospělosti nadále v rodině. Zde pak bývá dospělý jedinec s MP v *pozici závislého dítěte, který má minimální možnost rozhodování* (srov. Lečbych, 2008). Vágnerová (2004, s. 311) k tomu dodává, že „rodiče ani nenapadne, že by mohli podporovat jeho osamostatnění

a učit jej různým domácím činnostem. V důsledku toho bývají mentálně postižení často velmi málo soběstační a neumějí ani to, co by se naučit mohli“. Za určitou formu možného osamostatnění se Vágnerová (2004) považuje využívání sociální služby v podobě chráněného bydlení, ve kterém pod kontrolou a dohledem žije společně několik osob s MP.

Rozpor s výše uvedeným zobecňujícím tvrzením Vágnerové (2004) o nekompetentnosti a vůli lidí MP vyjadřovat svá přání a požadavky v souvislosti s jejich potřebou osamostatnit se lze například nalézt u Lečbycha (2008, s. 193–194), který v rámci svého výzkumu realizovaného v jedné ze sociálních služeb primárně zaměřených na podporu lidí s MP zjistil, že „osoby s mentální retardací v tomto kontextu vyjadřují potřebu osamostatnit se, ale mnohé z nich jí prostřednictvím (nejen – pozn. autora) profesionální podpory skutečně reálně dosahují“. Lečbych (tamtéž, s. 194) rovněž zdůrazňuje nutnost informovat člověka s MP (přímo či prostřednictvím blízké osoby) o možnostech podpůrných sociálních služeb, které v jeho blízkosti existují, neboť „pokud bychom posuzovali člověka s mentální retardací v uzavřeném prostředí, které jej neinformuje o jeho možnostech a možnostech sociálních služeb, jistě nelze hovořit o svobodných a samostatných volbách“.

Za diskutabilní považuje autor této práce jednostranně formulovaný názor Vágnerové (2004, s. 311) o vlivu rodičů při podpoře jejich dítěte s postižením v osamostatňování a učení různým domácím činnostem, který, tak jak je v publikaci uveden, v zásadě nereflektuje existenci dalších možných výchovných stylů či individuálních strategií podpory rodičů dítěte s postižením v rodině (srov. Matějček, 1992; Prevendárová, 1998; Langmeier, Krejčířová, 2006). Při procesu osamostatňování v období adolescence autor považuje za klíčové dále pokračovat a individuálně rozvíjet dospívajícího člověka s MP zejména v nábviku praktických činností a konkrétních dovedností, které povedou k jeho co nejvíce samostatnému a nezávislému životu v dospělosti.

Na základě výzkumu, v němž analyzoval konkrétní požadavky (tzv. individuální cíle) u více než 70 osob s různým stupněm MP ve věkovém rozmezí 12–35 let směrem k sociální službě poskytující podporu při osobní asistenci, Lečbych (2008) zjistil, že tito lidé potřebovali (co se četnosti týče) nejvíce podpořit v oblasti samostatného cestování. Dále se jednalo o podporu v hospodaření s penězi spojenou s podporou samostatného nakupování a podporu při rozvoji mezilidské komunikace. Mezi další požadavky ve smyslu přímé podpory v rámci osobní asistence

patřily: trénink základní sebeobsluhy, trénink společenského chování, telefonování, orientace v čase, vaření a příprava jídla, příprava do školy, úklid a chod domácnosti, rozvoj jemné motoriky.

1.5 Žák se souběžným postižením více vadami

Mentální postižení bývá **málokdy přítomno jako tzv. solitérní** – často je posuzováno jako **kombinované postižení**. Za osoby se souběžným postižením více vadami lze označit ty jedince, u kterých je **přítomna kombinace dvou či více různých postižení**, a to v **různých stupních**. Vzhledem k tomu, že se zpravidla jedná o různé kombinace zdravotního postižení či znevýhodnění, není možné vytvořit jednotný klasifikační systém. Určitým dokladem potvrzujícím výše uvedené může být terminologie, která se při popisu osob s tímto postižením používá. Mnohdy se tak v odborné literatuře zaměřené na problematiku osob s kombinovaným postižením setkáváme s následujícími pojmy: *kombinované postižení, postižení více vadami, vícenásobné postižení, souběžné postižení více vadami* aj. Zde je nutné poznamenat, že žádný z těchto vymezených pojmů nezaujímá vyšší postavení, jedná se totiž o synonyma.

Přesně klasifikovat kombinované postižení představuje další problém, jelikož ani zde se autoři neshodují. Nabízí se proto značné množství přístupů ke klasifikaci. Kombinované postižení se tak může dělit následně (Ludíková, 2005):

- ☒ dominance zdravotního postižení;
- ☒ druh zdravotního postižení;
- ☒ vrstvení postižení;
- ☒ projevy postižení a jejich dopady na proces rozvoje osobnosti a socializace.

Podle Ludíkové (in Renotiérová, Ludíková, 2006, s. 305) se „situace, že jsou *vícenásobná postižení nejednotně chápána, odráží i v přístupech ke kategorizaci*, neboť lze volit celou řadu kritérií, podle kterých je možné dělit tuto heterogenní skupinu, ale vždy dojdeme ke zjištění, že provedené členění není zcela vyhovující, že stav dokonale nepopisuje“. Jak doplňuje Slowík (2007), u vícenásobného postižení je velmi složité najít jeho příčinu, proto se zaměřujeme na příčiny postižení dominujícího.

Podle Vaška (in Vančová, 2001) nelze vícenásobné postižení chápat jako přítomnost více postižení, ale musí se hodnotit jako nová kvalita.

1.5.1 Klasifikace kombinovaného postižení a modely přístupu

Jak autor popsal výše, názory odborníků na členění kombinovaných postižení se rozcházejí. Vašek (2005) například dělí kombinované postižení na mentální postižení s dalším/i postižením/i; slepohluchotu; poruchy chování v kombinaci s dalším/i postižením/i či narušením/i. Sovák (in Vančová, 2001) kombinovaná postižení klasifikuje (dle dřívější terminologie) na jedince slepohluchoněmé; slabomyslně hluchoněmé; slabomyslně slepé; slabomyslně tělesně postižené.

Další možné dělení najdeme u Eisové (in Vančová, 2001), která kombinovaná postižení člení do čtyř kategorií:

1. osoby, jejichž společným znakem je mentální retardace (jedná se o kombinaci oligofrenie s tělesnou vadou, z nichž nejčastější je dětská mozková obrna, nebo se smyslovou vadou a vadou řeči);
2. osoby, které mají kombinaci tělesných, smyslových a řečových poruch, případně poruch hlasu;
3. osoby s kombinovanou vadou vyžadující opakovanou léčebnou péči ve speciálních zdravotnických zařízeních;
4. osoby s kombinovanou vadou lehčího stupně, která jim nebrání navštěvovat základní školu běžného typu.

Další klasifikace je například možná z hlediska stupně postižení (lehké/střední/těžké); doby vzniku (vrozené/získané); syndromální/nesyndromální kombinované postižení aj. (Kunhartová, 2014). Zíkl (2005, s. 242–243) uvádí čtyři modely přístupu k lidem s kombinovaným postižením:

- ☒ *model sčítání*: o kombinovaném postižení hovoříme, pokud se u jedince vyskytují dvě nebo více vad současně. Závažnost vady je pak rovna součtu obtíží, které jednotlivá postižení přinášejí;
- ☒ *model násobení*: dvě nebo více vad také tvoří kombinované postižení, ale objem problémů se zvětšuje mnohem rychleji než u předchozího modelu;

- ☒ *model schodů*: ústřední místo již nezabírá samotné postižení, ale konkrétní fungování člověka. Při plánování intervencí je nutné nejdříve formulovat problémy určitého jedince a teprve na tomto základě stanovit další postup po jednotlivých krocích, jak odstraňovat nebo mírnit dříve zjištěné nedostatky;
- ☒ *model kruhu*: zde je důraz kladen na to, že dvě nebo více vad stále ovlivňují fungování celého organismu a také působí na sebe navzájem.

Tentýž autor (2005) dodává, že při plánování cílů je nutné nahlížet zejména na individuální potřeby takto postiženého žáka a nelze jen mechanicky slučovat jednotlivá postižení. Dále tímto způsobem přistupovat k následné rehabilitaci a vykonávat ji pouze podle rehabilitačních postupů pro jednotlivá postižení, ale s ohledem na ucelený rehabilitační postup (srov. Opatřilová, 2013).

1.5.2 Mentální postižení a další možná přidružená postižení

Kozáková (in Ludíková, 2005, s. 35) poznamenává, že je poměrně obtížné uvádět všeobecnější charakteristiky takto pojaté kombinace, neboť „v kombinacích postižení, narušení či poruch s mentálním postižením je možné zaznamenat různé (prakticky všechny) druhy, stupně, formy a typy mentálního postižení s různou dobou vzniku, s různými etiologickými faktory, jako i geneticky podmíněné, vrozené či získané jiné postižení, narušení, poruchy, choroby rozličné závažnosti a etiologie“. Vančová (2001) další možná přidružená postižení, která se u jedinců společně s MP mohou paralelně vyskytovat, sumarizuje v níže uvedené Tab. 1.