

Helena Orieščiková



Špeciálna pedagogika

jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Špeciálna pedagogika jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Publikácia vyšla s podporou Katolíckej univerzity v Ružomberku,
Pedagogickej fakulty, Katedry pedagogiky a špeciálnej pedagogiky

Špeciálna pedagogika jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Helena Oriechiková



Ružomberok 2020

Autor

© PaedDr. Helena Orieščiková, PhD.

© VERBUM – vydavateľstvo KU

Recenzenti

Doc. Mgr. Ján Hučík, PhD.

Doc. PaedDr. Barbora Kováčová, PhD.

Sadzba

Mgr. Milan Pudiš, PhD.

Za jazykovú stránku zodpovedá autorka

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok

ISBN 978-80-561-0805-5

OBSAH

1	STRUČNÁ HISTÓRIA PEDAGOGIKY MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH	8
1.1	Prvotnopospolná a otrokárska spoločnosť	8
1.2	Pravek, starovek	9
1.3	Stredovek	10
1.4	Feudalizmus	11
1.5	Kapitalizmus	12
1.6	Starostlivosť o jednotlivcov s mentálnym postihnutím na Slovensku	16
2	PEDAGOGIKA JEDNOTLIVCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM V SYSTÉME VIED.....	20
2.1	Pedagogika mentálne postihnutých	20
2.2	Postavenie pedagogiky mentálne postihnutých v systéme vied.....	22
2.2.1	Pomocné vedy.....	23
2.2.2	Priame a nepriame pomocné vedy deskriptívne	24
2.2.3	Hraničné odbory	25
3	TERMINOLÓGIA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE A MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA	29
3.1	Mentálna retardácia	29
3.1.1	Mentálne postihnutie	34
3.2	Etiológia mentálnej retardácie.....	36
3.2.1	Symptomatológia mentálnej retardácie	41
4	KLASIFIKÁCIA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE	50
4.1	Stupne mentálnej retardácie	52
4.1.1	Fundamentálny popis jednotlivých stupňov mentálnej retardácie	54
4.2	Druhy a typy mentálnej retardácie	71
4.2.1	Druhy mentálnej retardácie	72
4.2.2	Typy mentálnej retardácie	76

5	VZDELÁVANIE JEDNOTLIVCOV	
	S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM	83
5.1	Možnosti vzdelávania žiakov s mentálnym postihnutím	98
5.2	Systém škôl pre deti a žiakov s mentálnym postihnutím	110
5.3	Profesijná príprava jednotlivcov s mentálnym postihnutím	131
	ZÁVER.....	144
	ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV	145

Úvod

Pedagogika jednotlivcov s mentálnym postihnutím je stredobodom pozornosti nielen výchovno-vzdelávacej, ale aj legislatívnej oblasti, pedagógov, rodičov, výchovných poradcov ako aj samotných špeciálnych pedagógov. Pre lepšiu orientáciu zložitej problematiky týkajúcej sa mentálneho postihnutia určite posluží predkladaná vysokoškolská učebnica určená pre odborný rast študentov bakalárskeho štúdia špeciálnej pedagogiky. Vysokoškolská učebnica spracúva teoretické základy pedagogiky mentálne postihnutých, ako jednej z najvýznamnejších špeciálnopedagogických disciplín. Úvodnú kapitolu s podkapitolami tvorí stručný náhľad do histórie starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím naprieč meniacim sa podmienkam vývinu spoločnosti. Na úvodnú kapitolu nadväzujú informácie a pedagogike mentálne postihnutých ako vednej disciplíny. Popísané sú názory na terminológiu z pohľadu rôznych autorov. Táto kapitola prináša aj základné informácie o postavení pedagogiky mentálne postihnutých v systéme vied. Tretia kapitola je svojim obsahom zameraná na pojmy mentálne postihnutie, mentálna retardácia popísané sú rozdiely v pojmoch. Informácie sa týkajú aj etiológie a symptomatologie mentálnej retardácie. Záver kapitoly tvorí popis kvantitatívneho hodnotenia inteligencie jednotlivcov s mentálnym postihnutím, druhy a typy mentálneho postihnutia. Súčasné možnosti vzdelávania jednotlivcov s mentálnym postihnutím prináša štvrtá kapitola. Tá popisuje jednotlivé inštitúcie, kde sa môžu jednotlivci s mentálnym postihnutím vzdelávať. Záver tvoria informácie o problematike profesijnej orienácie jednotlivcov s odlišnosťou.

1 STRUČNÁ HISTÓRIA PEDAGOGIKY MENTÁLNE POSTIHNUTÝCH

Úvodný text učebnice prináša informácie so zámerom osvojenia si poznatkov o vývoji starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím v priereze jednotlivých vývojových období ľudskej spoločnosti. Popísané sú obdobia represii, ale aj zárodoky snáh o starostlivosť o jednotlivcov s mentálnym postihnutím, pretože starostlivosť o nich úzko súvisí s vývojom spoločnosti a aj s vývojom sociálnej starostlivosti.

1.1 Prvotnospoločná a otrokárska spoločnosť

V prvotnospoločnej spoločnosti u primitívnych národov nenachádzame podľa Predmerského (1980) žiadne znaky starostlivosti o jednotlivcov s postihnutím. Predpokladá sa však, že podľa zvyklostí zaobchádzali rovnako tak s jednotlivcami s postihnutím, ako aj bez postihnutia. Rozhodovala však materiálna životná stránka. Zachovanie kmeňa vyžadovalo často vylúčenie jednotlivcov slabých a zaťažujúcich životaschopnosť kmeňa. Kmeň opúšťal a zabíjal najmä osoby staré, nevyliciteľne choré, slepé, zmrzačené a inak psychicky alebo fyzicky postihnuté. Takéto zvyklosti sa zachovali veľmi dlho. Pipeková (1998) píše, že u ľudí prevažovalo magické myslenie, prevládal strach z nadprirodzených síl. Starostlivosť spočívala v magických ochranných symboloch. Exorcizmus bol chápaný ako spôsob liečby. V otrokárskej spoločnosti sa zmenila sociálna štruktúra a aj vzťahy individua k spoločnosti. Vylučovanie starých a chorých stratilo svoje opodstatnenie. Slabé deti zabíjali z dôvodu, aby nezaťažovali rodinný majetok a aby chránili štát proti preľudneniu. Známe sú najmä Lykurgove a rímske zákony, ktoré dávali otcovi rodiny právo ihneď zabiť narodené dieťa s postihnutím (Predmerský, 1980). Rímsky filozof Seneca to vysvetlil nasledovne In Horňák, Kollárová, Matuška (2016, s. 104,105): „My usmrčujeme, topíme deti, ktoré prichádzajú na svet značne neduživé, nezdravé, znetvorené. Nerobíme tak

z hnevu, zlosti, ale riadime sa zásadami rozumu – oddeliť tak zlé od dobrého“. Išlo tu zrejme o ťažšie mentálne postihnutia na báze oligofrénie s výraznými somatickými anomáliami. Starogrécke a starorímske zákony určené na utrácanie detí s ťažším postihnutím patria k najstarším písomným záznamom o jednotlivcoch s mentálnym postihnutím. Prvou známou písomnou zmienkou je Tébsky terapeutický papyrus zo 16. storočia pred našim letopočtom.

1.2 Pravek, starovek

Horňák, Kollárová, Matuška (2016) uvádzajú represívne postoje (pravek, starovek) ako také, ktoré boli charakteristické určitými formami utláčania, majúce podobu likvidácie, či opúšťania jednotlivca, úlohu mohli hrať aj existenčné problémy, alebo neschopnosť jednotlivca zúčastňovať sa na bojových aktivitách, ale aj obvinenia so spojenectva s temnými silami (napr. staroveká Sparta). Aristoteles a Plínius (In Predmerský, 1980) tvrdili, že dieťa hluchonemé je aj idiotické, pretože kto je neschopný vzdelávania a kto nevie hovoriť, nemá rozum. Podľa autorov Horňák, Kollárová, Matuška, (2016), Spartania deti s mentálnym postihnutím likvidovali pohodením v pohorí Tigeru, Kartágijci rovnako, Rimania deti topili v Tibere, Indovia v Gange podľa zásad starostlivosti o človeka, ktorý ohrozoval silu ľudu, ktorý mal bojovať za svojho pána a mal na neho pracovať. Takéto zaobchádzanie nebolo ani trestné, ani verejnosťou odsudzované, bolo uznávané za správne. O dieťa s postihnutím bolo postarané len vtedy, ak išlo o dieťa príslušníka vládnucej triedy, alebo vrstvy boháčov. Bolo o ne postarané ešte lepšie, ako o deti zdravé. Hipokrates, ktorý je nazývaný aj „otec medicíny“ hlásal zásadu, že každá choroba, porucha má svoju prirodzenú príčinu, liečenie musí spočívať v znalosti ľudského tela a jeho pochodov. On a po ňom rímsky lekár gréckeho pôvodu Galenos opísali jednotlivé stupne mentálnej retardácie. Galenos mal aj osobnú skúsenosť, pretože vychovával syna cisára Marka Aurélia, ktorý bol s mentálnym postihnutím. Zároveň bol aj osobným cisárovým

lekárom. V staroveku sa u niektorých národov ukazovali zárodoky verejnej starostlivosti o deti s postihnutím (v Egypte každý postihnutý dostal prácu, v Aténach štátnu podporu). Žobravé osoby s postihnutím upozorňovali na seba aj rôznymi výkonmi-citáciami, piesňami, hrou na hudobný nástroj. Podľa Pipekovej (1998) vznikom triednej spoločnosti vznikol aj iný pohľad na jednotlivcov s postihnutím. Prevládala starostlivosť extramurálna (rodinná), inou možnosťou bolo vyobcovanie zo spoločnosti, čo viedlo k istej smrti. V Grécku boli zakladané tzv. asklepiony – liečebné ústavy, kde starostlivosť zabezpečovali lekári a kňazi. S pribúdajúcim vplyvom kresťanstva vznikali hospitaly – nemocničné zariadenia pri kláštoroch.

1.3 Stredovek

Charitatívna starostlivosť (stredovek - raný novovek) vznikla ako prejav snáh pomôcť jednotlivcom s postihnutím udržať sa pri živote. Mala charakter príležitostného almužníctva ako výrazu milosrdenosti k jednotlivcom s postihnutím. Títo patrili do vrstvy biednych a svoju obživu hľadali v žobráctve (Horňák, Kollárová, Matuška, 2016). Podľa Slowíka (2007, s.13) „pohľad na človeka ako na objekt milosrdenstva bol najviac typický práve pre kresťanský stredovek, kedy ochranárske postoje a pomoc pre jednotlivcov s postihnutím prichádzali stále silnejšie zo strany cirkvi s prepojením na štát. Objavovali sa rehoľné rády orientované na starostlivosť, zakladané boli kláštorne nemocnice, hospice.“ Bola tu aj starostlivosť organizovaná v útulkoch (azyloch). Horňák, Kollárová, Matuška, (2016) píšú, že v roku 313 bol vydaný Milánsky edikt, umožňujúci kresťanskej charite vykonávanie činnosti v prospech odkázaných na pomoc. Pre jednotlivcov s postihnutím sa začali budovať aj zvláštne ústavy. Jednotlivcov s telesným, mentálnym, alebo zmyslovým postihnutím zhromažďovali v azylových zariadeniach, ktoré vznikali obvykle pri kláštoroch. Ako píše Predmerský (1980), v stredoveku neboli všade deti s postihnutím vyvražďované, boli ponechávané pri živote a dávané do otroctva na najhrubšie práce.

Starostlivosť o jednotlivcov s postihnutím okrem zajakavosti nebola takmer vôbec známa. Štát chránil bohatého občana, rímske právo zákonom upravovalo majetkové pomery detí s postihnutím tak, že ich dával pod tútorstvo, ale aj tak bolo nutné žobranie, ktoré bolo výnosné. Jednotlivci s postihnutím vid' Horňák, Kollárová, Matuška (2016) boli zväčša žobrákmi, alebo sa živili rôznymi bizarnými výkonmi, obveseľovali verejnosť, feudálov a panovníkov. Stretnutie sa s mentálne postihnutým sa považovalo za predzvesť nehody, nešťastia. Preto im dávali almužnu, aby sa vykúpili a nešťastie ich obišlo. Niektoré konfesie, cirkvi a jej predstavitelia (Martin Luther, Ján Kalvín) sa vyjadrovali o jednotlivcoch s mentálnym postihnutím odsudzujúco, považovali ich za plod zlého ducha, plod čerta so ženou, za pomstu čerta za dokonalé božie dielo.

1.4 Feudalizmus

Predmerský (1980) uvádza, že zánik otrokárskej spoločnosti a vznik feudalizmu mal vplyv aj na postoje spoločnosti k jednotlivcom s postihnutím. Cirkev ovládala vedu a kultúru. Veda sa postavila do služieb náboženstva. Svetskí feudáli opovrhovali vedou. Ani táto spoločnosť nezmenila veľa na postoji k jednotlivcom s postihnutím. Aj keď ich nelikvidovali, ich život nebol nijako ľahký. Charitatívna činnosť bola sústredená do cirkevných zariadení. Starostlivosť bola v cirkevných zariadeniach celkom nepatrná a vzťahovala sa iba na niekoľkých jednotlivcov. Na konci stredoveku sa jednotlivci s postihnutím spoločovali s cieľom žobrania. Skupiny žobrákov, medzi ktorými boli aj zločinci, chodili od mesta k mestu a postupne sa stávali „metlou“ celých krajov. Obrodný renesančný proces znamenal aj obrat v položení ľudí s postihnutím dôsledkom zameranosti na vývin človeka, slobodnejší vývin vied, zameranosti a pozornosti aj na výchovu, vyučovanie a liečenie detí a mládeže s postihnutím. Spoločnosť ich považovala za chorých, ktorým je potrebné pomáhať a chrániť ich. Zároveň prišla spoločnosť na to, že pravidelná výchova je ten nástroj, ktorým možno stav dieťaťa

zlepšiť. Začínali vznikať prvé „špeciálno-pedagogické opatrenia“. (Pipeková 1987) píše, že renesancia sa snažila o hľadanie pravdy s pomocou vied. Bojovala proti poverám, čarodejníctvu. Aj napriek tomu dochádzalo k vyčleňovaniu jednotlivcov s mentálnym postihnutím zo spoločnosti, známe boli lode bláznov, ktoré mali izolovať a segregovať mentálne postihnutých zo spoločnosti zdravých. Obrodný renesančný proces podľa Predmerského (1980) znamenal rozhodujúci obrat aj v postavení postihnutých v spoločnosti. Spoločnosť začala obracať svoju pozornosť aj na postihnutých, považovala ich za chorých, ktorým je potrebné pomáhať a zachrániť ich. Spoločnosť spoznala, že duševné a telesné postihnutie je v mnohých prípadoch ustálený stav, ktorý možno lekárske „napraviť“. Tak isto pochopila, že pravidelná výchova je nástroj, ktorým možno oneskorený vývin dieťaťa „rozhýbať“. Bazilejskí lekári Paracelsus a Plater upozorňovali na problémy kretenizmu a jeho súvislosti so slabomyseľnosťou. Kretenizmus odporúčali liečiť v prírodných švajčiarskych podmienkach, no na ich výchovu nepomyslel ani jeden. Paracelsus hlásil, že v „chybných“ ľuďoch nesídlia nadprirodzené sily, ale že príčinou abnormality je chybný vývin funkcií telesných orgánov. Rozoznával štyri stupne duševných „chýb“:

- mentis imbecilitas (slabomyseľnosť),
- mentis aldenatio (choromyseľnosť),
- mentis conternatio (zádušnosť),
- mentis defatigatis (tuposť, apatia).

1.5 Kapitalizmus

Pipeková (1998), tvrdí, že obdobie osvietenstva bolo dobou vzniku veľkých internačných budov, vznikali veľké špitály ktoré však neboli lekárskou inštitúciou, ale polosúdnou. S jednotlivcami s mentálnym postihnutím sa jednalo ako s väzňami. Radikálnu zmenu pohľadu na jednotlivcov s mentálnym postihnutím priniesol Philipp Pinel, ktorý sa snažil humanizovať starostlivosť vo veľkých špitáloch. Podľa Horňák, Kollárová, Matuška (2002)

bol Pinel považovaný za zakladateľa svetovej psychiatrie. V ústave v Bicétri venoval neustále pozornosť chovancom, skúmal ich prejavy a symptómy¹. Locke vychádzal z výchovných potrieb buržoázie. Jeho filozofia sa charakterizuje vetou: „Nič nie je v rozume, čo nebolo v zmysloch“. Lock podľa (ibidem, 2017), popularizoval pojem tabula rasa. Tvrdil, že ľudské vedomie je pri narodení nepopísaná doska, čo naznačuje, že deti sa nerodia s vrozeným správaním. Ludvík (1956) uvádza, že Jean Jacques Rousseau sa síce špeciálnou výchovou nezaoberal, ale vo svojich prácach sa zmieňuje aj o jednotlivcoch s postihnutím. Vo svojom diele „Emil“ píše aj deťoch s postihnutím, pričom výchovu ponecháva len rodičom, neschvaľuje, aby sa ňou zaoberali aj vychovávatelia. Slaná Hromková, Letovancová (2017), uvádzajú, že zdôrazňoval slobodnú výchovu v zhode s potrebami dieťaťa založenú na individuálnom prístupe. Tak ako Lock, aj Rousseau vyzdvihoval dôležitosť výchovy v ranom detstve s cieľom rozvíjať schopnosti a danosti dieťaťa v čo najväčšej miere. Veľkú pozornosť venoval výchove zmyslov, neuznával prirodzené a zákonité spojenie všetkých zmyslov pri ich činnosti. Johann Henrich Pestalozzi², ako píše Predmerský (1980), sa nestaral len o deti opustené, siroty, ale aj deti výchovne zanedbané (pseudodebili) a deti s postihnutím. Zaoberal sa aj

^{1 1} V roku 1810 v štúdií O idiotizme podal klinický obraz mentálneho postihnutia, vysvetľoval jeho príčiny. Odlišoval slabomyseľnosť od psychóz, slabomyseľnosť členil na vrodennú a získanú. Pokúšal sa o liečenie a výchovu 12 ročného chlapca, nájdeného v lesoch v roku 1799 lovcami neďaleko Averyonu v južnom Francúzsku. Chlapec bol v 5 rokoch pravdepodobne opustený alebo odložený rodičmi, sedem rokov žil v lesoch ako divá bytosť celkom izolovaný od ľudí, živil sa lesnými plodmi, nehovoril a mal zvieracie správanie (odtiaľ označenie „divoch z Averyonu“. Po niekoľkých mesiacoch práce sa Viktor, ako ho nazvali, zmenil na pokojného chlapca, naučil sa výrazy „mlieko a ó Bože“, čo počul od gazdinej. Nikdy sa nič viac nenaučil (Hornák, Kollárová, Matuška, 2002).

² Bol zakladateľom ústavov napríklad v Neuhofo, Stanci

výchovou a vyučovaním týchto detí, pozornosť venoval aj vyučovaniu reči. Za účinný prostriedok výchovy považoval fyzickú prácu, ktorej dával prednosť pred čítaním, písaním a počtami. Do 19. storočia neprejavoval rakúsky štát záujem o vzdelávanie, túto otázku ponechal na Cirkvi. Mária Terezia dospela k záveru, že škola je „politikum“. V zákonoch sa odrážal boj Cirkvi a štátu o vplyv na školstvo. Významný bol najmä tereziánsky školský poriadok, ktorý schválili pre všetky krajiny Rakúska (rok 1774). Pre Rakúsko bola schválená nová školská sústava v roku 1777 pod názvom Ratio educationis. Jedným z významných autorov bol aj Ignác Felbiger. Ignác Felbiger zastával názor, aby „nenadané deti“ neboli vylučované z vyučovania. Učiteľov varoval pred trestaním týchto detí pre ich nechápavosť. Triedil žiakov podľa schopností na tri kategórie:

- ľahko chápujúci (učivo si zapamätajú a dobre aplikujú),
- stredne šikovní (učivo si osvojujú s veľkou námahou),
- na vyučovanie celkom nespôsobilí (nešikovní, ktorí si s veľkou námahou osvoja určitú časť učiva, toto však nevedia uplatniť a rýchlo zabúdajú),

Pre každú z týchto skupín odporúča iný výchovný a vyučovací postup. Pre deti „chybné“ neodporúča ani školy, ani ústavy. Autorky Slaná Hromková, Letovancová (2017), tvrdia, že Felbiger presadzoval názor, že deti s mentálnym postihnutím nemajú byť vylučované zo vzdelávania, ale majú byť vedené najschopnejšími učiteľmi a nabádané k učeniu. Odsudzoval ich trestanie za neúspechy v učení, za ktoré sami nemohli. Pinel v štúdii O idiotizme (1810) popísal klinický obraz mentálnej retardácie a vysvetlil príčiny. Odlišoval slabomyseľnosť od psychóz, slabomyseľnosť členil na vrodenu a získanu. Pokúšal sa o výchovu a liečenie 12 ročného chlapca, ktorého našli v lesoch (1799) lovci neďaleko Averyonu³. Podľa autorov Vašek, Bajo (1998), Horňák, Kollárová, Matuška (2016), Predmerský, (1980) bol Dominik Esquirol (1772-1840),

³ Pinel pomenoval chlapca Viktor. Po niekoľkých mesiacoch sa zmenil na pokojného chlapca, naučil sa dva výrazy – mlieko a Ó Bože, čo počul od gazdinej. Nikdy sa nič viac nenaučil. Zomrel ako 40 ročný.

Pinelovým žiakom a riaditeľom ústavu v Bicétri. Skúmal správanie jednotlivcov s mentálnym postihnutím. V ústave odstránil železá a zvieraciú kazajku. Chovancov s mentálnym postihnutím delil na idiotov a imbecilov. Odborne sa zaoberal najmä imbecilmi, kde ho zaujala možnosť ovplyvňovať ich vývin a správanie špeciálnymi výchovnými prístupmi a postupmi. Odporúčal týchto jednotlivcov zamestnávať prácou. Stupne mentálnej retardácie považoval za neliečiteľné. Praktický zmysel pre sociálne opatrenia pre osoby s mentálnym postihnutím prejavil Angličan Daniel Defoe. Navrhoval, aby vláda postavila ústav pre „slabomyseľných“, pre ktorý sám vypracoval plány a organizáciu. Parížsky ústav pre „slabomyseľných“ vznikol v Bicétri v roku 1824 (nejednotné dáta). Založený bol Felixom Voisinom, ktorý „slabomyseľných“ triedil podľa stupňa vzdelávateľnosti. Jan Gašpar Marei Itard bol francúzskym lekárom a priekopníkom práce so „slabomyseľnými“. Populárnym sa stal najmä tým, že sa ujal divocha z Averyonu. Vypracoval pre neho výchovný plán, učil ho hovoriť, rozvíjal jeho zmysly, motorické zručnosti, rozum, avšak bez väčších významnejších výsledkov. Napísal dve štúdie s názvom „O výchove averyonského divocha“. Boli to prvé psychopedické spisy o pokuse vychovávať a vzdelávať osobu s mentálnym postihnutím s predchádzajúcou absenciou výchovy v extrémne sociálnej izolácii (Hornák, Kollárová, Matuška, 2002). Dospel k záveru, že „idioti“ nie sú vychovávateľní. Edelsberger (1980) píše, že ústav v Salzburgu založil Gotthard Guggenmoos (pre nedostatok historických podkladov niet dát o jeho činnosti). Prijímali tam najmä ľahšie stavy „slabomyseľnosti“. Možno ho pokladať za prvý ústav pre „debilné“ deti. Jan Jakub Guggenbühl bol lekárom zaoberajúcim sa otázkami kreténizmu. Jeho cieľom bolo zakladanie ústavov pre špeciálnu výchovu a vzdelávanie kreténov pretože bol presvedčený, že takto ich môže liečiť a môžu sa z nich stať plnohodnotní občania. Chcel dokázať, že kreténizmu sa dá predísť lepšou telesnou výchovou, výdatnou stravou a hygienickými opatreniami. Jeho zásluhou bolo najmä to, že vo svojich ústavoch delil deti podľa stupňa mentálnej

odchýlky na „debilov, imbecilov a idiotov“, vytvoril pre nich špeciálne výchovné metódy.

1.6 Starostlivosť o jednotlivcov s mentálnym postihnutím na Slovensku

V Uhorsku nebolo pred rokom 1918 žiadnej cirkevnej, ani obecnej ustanovizne pre starostlivosť o deti s postihnutím. Na Slovensku vznikali v rámci Uhorska viaceré ústavy pre „chybných jedincov“ s vyučovacím jazykom maďarským. V roku 1898 založil dr. Blum v Plešivci⁴ súkromný ústav pre „slabomyseľných“ v Plešivci. V období prvej republiky mal významnú úlohu na úseku starostlivosti o „slabomyseľných“ Zemský spolek pro péči o slabomyslné na čele s prof. Heverochom⁵ a po ňom Herfortom a Zemanom. Spolok usporiadal kurzy pre učiteľov pomocných škôl, založil vedeckú revue Úchylná mládež, zapožičiaval literatúru pre učiteľov. Prvá sústavná starostlivosť o „slabomyseľných“ bola u nás založená v druhej polovici 19. storočia. Je spojená s menom Amerlinga. Rozhodujúcou mierou sa zaslúžil o to, že v roku 1871 bol založený Ústav idiotov paní sv. Anny v Prahe. V ústave Ernestínium vytvoril štyri programy–tzv. školy, nadväzujúce na seba. Deti do „škôl“ zaradovali s ohľadom na ich intelektovú úroveň a stupeň ich socializácie (Vojtko, 2010).⁶ Pre spolok paní a dievk

⁴ Samuel Blum bol riaditeľ miestnej „Gemerskej drevospracujúcej spoločnosti“ - parketárne. Dňa 4.júla 1898 ustanovil nadáciu pre starostlivosť o desať mentálne postihnutých. Ústav dal do prevádzky 16.októbra. Svojho syna Rudolfa vyslal študovať vtedajšiu starostlivosť o mentálne postihnutých a tendencie v tejto starostlivosti do Nemecka. Jeho študijná cesta trvala jeden a pol roka. Po získaní kvalifikácie požiadal Ministerstvo vnútra Uhorska o povolenie na zriadenie ústavu, ktoré dostal

⁵ Antonín Heveroch viedol viedol pedopatologickú rubriku v Pedagogických rozhledech, do ktorej písal o detskom chorobnom klamstve, zločinnosti a neposednosti (Hornák, Kollárová, Matuška, 2002, Hornák, Kollárová Matuška, 2016, Oriščiková, 2007).

⁶ Organizačne bol ústav rozdelený na tri oddelenia. V prvom oddelení (podľa súčasnej terminológie oddelení diagnostickom) mali byť chovanci len dočasne na základe lekárskeho a pedagogického pozorovania sa

sv. Anny vypracoval návrh na zriadenie ústavu pre slabomyseľných. V roku 1901 sa vedenia ústavu ujal Herfort, ktorý okrem svojej činnosti v ústave Ernestínium zastával aj miesto riaditeľa ústavu pre výskum dorastajúcej mládeže. Poukazoval na úzku spoluprácu medzi lekárom, pedagógom a sociálnym pracovníkom v starostlivosti o slabomyseľných. Zdôrazňoval nevyhnutnosť ručných prác a nápravného telocviku, ktorý zaviedol do vyučovacieho procesu vo svojom ústave. Základom budovania pomocného školstva bola činnosť priekopníka českej pedagogiky a priekopníka špeciálnej a experimentálnej pedagogiky, pedopschológie a pedológie profesora Čádu, ktorý pravidelne riadil rubriku Pedopsychologie v Pedagogických rozhľadoch v roku 1908. Vo svojich prednáškach poukazoval na nedostatky v starostlivosti o slabomyseľných a na nutnosť zaoberať sa starostlivosťou o nich. Za prvej republiky vznikol časopis „Úchylná mládež“. Horňák, Kollárová, Matuška (2002, s. 103) uvádzajú, že „po oslobodení roku 1945 a najmä po roku 1948 sa spolupráca českých a slovenských špeciálnych pedagógov na rozvoji špeciálnej pedagogiky začala rozvíjať ešte intenzívnejšie a to zásluhou O. Chlupa, M. Sovák a Gaňu.“

Záver

Ako píše Monatová (2007, s. 78), „Mimoriadny pokrok v starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím nastal až v 20. storočí. Špeciálna starostlivosť sa orientovala na jednotlivcov s mentálnym postihnutím a na ich výchovu. Predchádzajúci text poukazuje na meniace sa snahy o riešenie problematiky

preradzovali do jedného z ďalších oddelení ústavu. Druhé oddelenie malo charakter výchovno-vyučovací s náplňou práce podobnou prvej riede vtedajšej „obecnej školy“. Vyučovalo sa tu čítanie, písanie, náboženstvo (biblická dejepis), rysovanie, kreslenie, telocvik a spev. Cieľom výchovy v druhom oddelení bolo, aby sa chovanci po odchode z ústavu stali schopní zárobku. V treťom oddelení bol azyl pre idiotické deti. Tu K.S. Amerling uplatňoval princípy starostlivosti ako lásku, opatrnosť, rozumné ošetrovanie a liečenie (Horňák, Kollárová, Matuška, 2002, Horňák, Kollárová, Matuška, 2016, Oriecháková, 2007).

starostlivosti o túto skupinu jednotlivcov, ktorá bola vždy závislá na podmienkach vývoja spoločnosti.

Otázky a úlohy

1. V skupinovom diskurze uskutočnite analýzu základných období v starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím.

Charakterizujte jednotlivé obdobia starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím.

2. Uveďte príklady prvých ústavov vznikajúcich na Slovensku venujúcich starostlivosť jednotlivcom s postihnutím.

3. Vysvetlite a prezentujte prínos najvýznamnejších predstaviteľov z oblasti starostlivosti o jednotlivcov s postihnutím z tohto obdobia.

Bibliografia

EDELSBERGER, L. 1980. *Speciální pedagogika*. Praha, SPN, 1980.

HORNÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O. 2002. Dejiny špeciálnej pedagogiky. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2002. 94s. ISBN 80-8068-122-8.

HORNÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O. 2016. *História starostlivosti o ľudí s postihnutím a narušením v európskom kontexte*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 260 s. 978-80-555-1663-9.

LUDVÍK, F. 1956. *Dějiny defektologie: historický nárys péče o mládež vyžadující veřejné ochrany a pomoci*. Praha: SPN, 1956.

MONATOVÁ, L. 2007. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.

PIPEKOVÁ, J. et al. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 235 s. ISBN 80-85931-65-6.

PREDMERSKÝ, V. 1980. *Kapitoly z dejín špeciálnej pedagogiky*. Trnava: Pedagogická fakulta UK. s.132.

- SLANÁ, M., HROMKOVÁ, M., MOLNÁROVÁ, LETOVANCOVÁ, K. 2017. *Včasná intervencia. Vývoj, súčasný stav a teoretické východiská*. Trnava: Trnavská univerzita, 2017. 198 s. ISBN 978-80-56800-84-3.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. 2007. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- VOJTKO, T. 2010. *Speciální pedagogika. Čítanka textů k vývojovým etapám oboru I*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 130 s. ISBN 978-80-7290-475-4.

2 PEDAGOGIKA JEDNOTLIVCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM V SYSTÉME VIED

Všeobecná humanizácia vedných odborov sa podľa Valentu (2012), demonštruje aj v ich terminológii, čo sa výrazne dotýka odborov pomáhajúcich profesií zameraných na jednotlivcov s mentálnym postihnutím. Stále sa hľadajú nové pojmy, ktoré by nahradili existujúce, ktoré získali pejoratívny nádych. Slovík (2007) píše, že žiadny druh postihnutia nerobí človeka v bežnej populácii tak odlišným, ako mentálne postihnutie. Ako uvádzajú autori Horňák, Kollárová, Matuška (2016), pedagogika mentálne postihnutých sa začala formovať oproti iným špeciálnopedagogickým odborom pomerne neskoro, súbežne so systematickým rozvíjaním ústavnej starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím začiatkom 20.storočia.

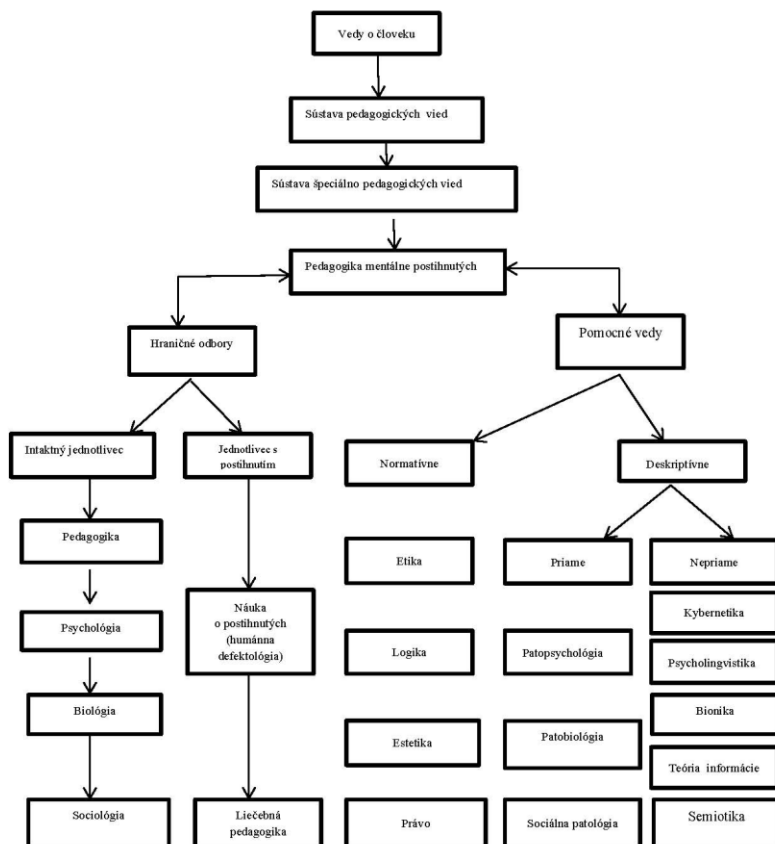
2.1 Pedagogika mentálne postihnutých

Valenta, Müller (2003, s. 4) charakterizujú pedagogiku mentálne postihnutých v širšom zameraní ako: „interdisciplinárny odbor zaoberajúci sa prevenciou (najmä terciárnou), prognostikou mentálnej retardácie, so zreteľom na edukáciu, reedukáciu, diagnostiku, terapeuticko-formatívnu intervenciu, kompenzáciu, rehabilitáciu, inklúziu a socializáciu, či resocializáciu jednotlivcov s mentálnym, alebo iným duševným postihnutím“. Slowík (2016, s.113) tvrdí, že „pedagogika mentálne postihnutých sa historicky orientovala na jednotlivcov s mentálnym postihnutím a jednotlivcov s psychickými poruchami. Toto však nie je úplne jednoznačné – situácia človeka s mentálnym postihnutím je úplne odlišná od jednotlivca s psychickou poruchou alebo chorobou. Medzi odborníkmi preto neexistuje úplná zhoda v odpovedi na otázku, či a ako by sa mala táto oblasť špeciálnej pedagogiky jednotlivcov s psychickými poruchami zaoberať.“ Podľa Pipekovej (1998) je pedagogika mentálne

postihnutých špeciálnou pedagogickou disciplínou, ktorá sa zaoberá rozvojom, výchovou a vzdelávaním jednotlivcov so zníženými rozumovými schopnosťami. Cieľom je dosiahnutie ich maximálneho stupňa rozvoja osobnosti. Ako píše Grambličková (1996), je jednou zo špecializácií špeciálnej pedagogiky zaoberajúca sa rozvojom, výchovou a vzdelávaním jednotlivcov s mentálnym postihnutím a mentálnym a iným postihnutím, výskumom, prevýchovou, skúmaním príčin, prejavov a dôsledkov mentálneho postihnutia. Vančová (2007, s. 92) tvrdí: „Pedagogika mentálne postihnutých je vedným odborom v sústave špeciálnopedagogických vied, ktorý sa zaoberá teóriou a praxou edukácie a edukatívnej (re) rehabilitácie mentálne postihnutých osôb v biodromálnom kontexte. Je tvorený súborom vedeckých poznatkov o interakciách medzi jednotlivcami s mentálnym postihnutím a špeciálnopedagogickým pôsobením na nich a ich prostredie v procese edukácie a edukatívnej (re)habilitácie.“ Podľa Markovej (2014) je pedagogika mentálne postihnutých vedný odbor špeciálnej pedagogiky, ktorý sa zaoberá rozvojom, výchovou a vzdelávaním jednotlivcov s mentálnym a mentálnym a viacnásobným postihnutím. Je jedným z dôležitých odborov, pretože sa dotýka najpočetnejšej časti populácie s postihnutím. Pedagogika mentálne postihnutých je podľa Bazalovej (2006) špeciálnopedagogická disciplína, ktorá sa zaoberá edukáciou jednotlivcov s mentálnym, či iným duševným postihnutím a skúmaním výchovných a vzdelávacích vplyvov na týchto jednotlivcov. Zaoberá sa edukáciou, reedukáciou, diagnostikou, poradenstvom, terapeuticko-formatívnou intervenciou, kompenzáciou, rehabilitáciou, integráciou a socializáciou jednotlivcov s mentálnym postihnutím, ale aj prevenciou a prognostikou mentálnej retardácie (Bajo-Vášek, 1994). Valenta, Müller (2003, s. 4) uvádzajú, že: „pedagogika mentálne postihnutých je špeciálnopedagogická disciplína, ktorá sa zaoberá edukáciou osôb s mentálnym postihnutím, alebo iným duševným postihnutím a skúmaním formatívnych (výchovných a informatívnych (vzdelávacích) vplyvov na tieto osoby.“ Predmetom pedagogiky mentálne postihnutých je aj diagnostika

a skúmanie prejavov a spoločenských dôsledkov mentálne postihnutia.

2.2 Postavenie pedagogiky mentálne postihnutých v systéme vied



Podľa: Vašek, 2003, s.13

Vančová (2007, s. 100) píše, že „ pedagogika mentálne postihnutých čerpá jednak zo súvzťažných odborov, jednak zo svojich vlastných poznatkov.“ V širšom ponímaní patrí do sústavy vied o človeku. Kooperuje s celým radom súvzťažných vied s cieľom optimalizácie výchovno-vzdelávacieho procesu žiakov s mentálnym postihnutím a mentálnym a inými postihnutiami. Pedagogika mentálne postihnutých využíva pri formulovaní svojich cieľov a pri popisovaní jednotlivca spomínanú spoluprácu so súvzťažnými vedami. Tieto sa označujú ako vedy pomocné. Tie sa ďalej rozdeľujú na normatívne (aký by mal byť vychovávaný jednotlivec) a deskriptívne (aký je jednotlivec s mentálnym postihnutím po stránke psychologickkej, biologickej a sociálnej (Vašek, 2003).

2.2.1 Pomocné vedy

Priame pomocné vedy normatívne

Pomocné vedy normatívne poskytujú poznatky aký by mal byť vychovávaný jednotlivec - formulujú cieľové zámery.

Marková (2014) uvádza, že etika - je jedna z najstarších teoretických disciplín, ktorá sa zaoberá skúmaním morálky (je to spôsob ako žijeme v súlade s princípmi dobra, je to celková hierarchia hodnôt človeka). Význam etiky v špeciálnej pedagogike je veľký vzhľadom na osobitosti vyplývajúce z postihnutia, alebo narušenia. Iba správnou výchovou môžeme dosiahnuť to, aby vedeli jednotlivci s postihnutím a narušením pomocou autoregulácie ovládať svoje sociálne správanie a usmerňovať ho tak, aby to zodpovedalo požiadavkám mravného správania sa. Zaoberá sa aj skúmaním morálky (spôsob života v súlade s princípmi dobra). Pomáha pri formulovaní výchovných cieľov z etického hľadiska. Súčasťou je:

- axiológia-veda o hodnotách,

- deontológia (náuka o povinnostiach) (Vašek, 2011).

Logika - veda o pravidlách a spôsoboch správneho myslenia a poznávania (poskytuje poznatky na formulovanie cieľov výchovy mysliaceho človeka) (ibidem). Ako interpretuje

Marková (2014), logika pomáha vytvárať teoretické konštrukty o tom, aký by mal byť jednotlivec s postihnutím po špeciálno-pedagogickej výchovnej intervencii.

Estetika - veda o krásne, poskytuje poznatky o krásne z formálneho a obsahového aspektu (pomáha pri formulovaní výchovných cieľov so zameraním na rozvíjanie estetických citov a potrieb.

Právo - veda o záväzných normách správania sa, spolužitia ľudí (Vašek, 2011). Podľa Valentu, et al (2012) sa práva jednotlivcov s mentálnym postihnutím stali súčasťou medzinárodného práva a noriem stojacich mimo jeho rámec, predstavujú však súhrn deklarácií, cieľov a myšlienok. Dohovor OSN o právach osôb so zdravotným postihnutím je prvým právne záväzným medzinárodným nástrojom v oblasti ľudských práv, ktorého zmluvnou stranou je aj Slovenská republika.

Cieľom tohto dohovoru je presadzovať, ochraňovať a zabezpečiť plnohodnotný a rovný výkon ľudských práv a základných slobôd pre všetky osoby so zdravotným postihnutím a podporovať úctu k ich dôstojnosti bez akejkoľvek diskriminácie na základe zdravotného postihnutia. Tento medzinárodný dokument vychádza z presvedčenia zúčastnených štátov, že komplexný a ucelený medzinárodný dohovor významne prispeje ku kompenzovaniu výrazného sociálneho znevýhodnenia osôb so zdravotným postihnutím a k presadeniu ich účasti v občianskych, politických, hospodárskych, sociálnych a kultúrnych sférach na princípe rovnakých príležitostí, a to ako v rozvojových, tak aj vo vyspelých krajinách (www.employment.gov).

2.2.2 Priame a nepriame pomocné vedy deskriptívne

Priame pomocné vedy popisujú, aký je jednotlivec s mentálnym postihnutím z hľadiska psychologického, biologického a sociálneho. Patrí tu:

- patopsychológia - skúma osobitosti utvárania a vývinu psychických procesov osôb s mentálnym postihnutím,

-patobiológia - zaoberá sa anatomickými, fyziologickými a morfológickými osobitosťami, etiológiou, priebehom a prognózou chorobných zmien,

-sociálna patológia - zaoberá sa skúmaním negatívnych javov v spoločnosti a ich dôsledkov na osoby s mentálnym postihnutím (Vančová, 2005).

Nepriame pomocné vedy - popisujú jednotlivca s mentálnym postihnutím nepriamo. Patrí tu:

- kybernetika - veda o všeobecných zákonitostiach prenosu, spracovania a využívania informácií (význam má najmä bionika-zaoberá sa skúmaním štruktúr a funkcií orgánov a sústav v živých organizmoch vo vzťahu k prijímaniu, spracovaniu a vysielaniu informácií, teória informácií a komunikácie umožňuje uplatňovanie nových prístupov v komunikácii jednotlivcov s odlišnosťou vo výchovno-vzdelávacom procese),

-psycholingvistika - skúma reč a jej vnímanie v závislosti od štruktúry príslušného jazyka, popisuje osobitosti rečových procesov jednotlivcov s mentálnym postihnutím (Vašek, 2011).

Marková (2014) charakterizuje semiotiku ako teóriu o systémoch znakov (komunikácia sa pri niektorých postihnutiach realizuje pomocou znakov),

- bioniku ako vedu, ktorá sa zaoberá biologickými systémami, prijímaním, zaznamenávaním a spracúvaním informácií v týchto systémoch, ich štruktúrou a možnosťami kooperácie medzi ľudským organizmom,

-informatiku ako vedu o systematickom spracovaní informácií prostredníctvom počítačov (Marková, 1987).

2.2.3 Hraničné odbory

Sú nimi odbory, ktoré majú spoločný predmet. K osobám s mentálnym postihnutím pristupujú z rôznych aspektov. Patrí tu pre intaktného jednotlivca:

-pedagogika - zaoberá sa teóriou a praxou výchovy intaktného jednotlivca,

-psychológia - zaoberá sa psychikou človeka,

-sociológia - zaoberá sa skúmaním spoločenských subjektov, spoločenských procesov a vzťahov medzi nimi,

-biológia.

Pre jednotlivca s postihnutím:

- humánna defektológia - zaoberá sa komplexnou rehabilitáciou osôb s mentálnym postihnutím. Cieľom je socializácia, ktorú dosahuje komplexnou rehabilitáciou,

- liečebná pedagogika - prostredníctvom špeciálnych terapeutických metód intervenuje. Sú to náuky o socializácii osôb s postihnutím, ktorú dosahujú komplexnou rehabilitáciou (Vašek, 2011).

Záver

Vančová (2007) tvrdí, že vzhľadom na ponímanie pedagogiky mentálne postihnutých, jej predmetu a objektov na ktoré sa zameriava je zrejmé, že na svoje poslanie a rozvoj potrebuje kooperovať s celým radom vedných odborov a disciplín. Miera kooperácie a využívania poznatkov iných odborov a disciplín je rôzna, rozhodujúcim kritériom je miera súvzťažnosti. Poznatky vied tak pomocných, ako aj hraničných odborov pomáhajú pedagogike mentálne postihnutých chápať a interpretovať javy a procesy, ktoré sú vstupom pre plánovanie a realizáciu výchovy a vzdelávania detí s úpostihnutím.

Otázky

1.V čom podľa vás spočíva nejednotnosť v terminológii pedagogiky mentálne postihnutých.

2.Charakterizujte systém vied v pedagogike mentálne postihnutých.

3.Komparujte systém spolupracujúcich vied v pedagogike a pedagogike mentálne postihnutých.

Bibliografia

- BAJO, I., VAŠEK, Š. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava : Sapiaientia, 1994. 240 s. ISBN 80-967180-1-0.
- BAZALOVÁ, B.2006. Psychopedie. In *Kapitoly te speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s.269-287. ISBN 80-7315-120-0.
- DOHOVOR OSN O PRÁVACH OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM. [online]. [citované 01.04.2022]. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnute/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim.html>
- GRAMBLIČKOVÁ K.1996. *Pedagogika mentálne postihnutých*. Bratislava: Metodické centrum, 1996. 33 s. ISBN 80-7164-155-3.
- HORNÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O. 2016. *História starostlivosti o ľudí s postihnutím a narušením v európskom kontexte*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 260 s. 978-80-555-1663-9.
- MARKOVÁ, Z. 1987. *Mentálne postihnuté dieťa v rodine*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987.126 s. ISBN 14-340-87
- MARKOVÁ, J. 2014. *Základy špeciálnej pedagogiky pre študentov odboru sociálna práca*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2014.148 s. ISBN 978-80-8132-100-9.
- PIPEKOVÁ, J.1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
- VALENTA, M. 2012. Koncept mentálního postižení a terminologie. In VALENTA, M., MICHALÍK, J., et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. s. 29-55.

ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2005. 332 s. ISBN 80-968797-6-6.7

VANČOVÁ, A. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 171 s. ISBN 978-80-89113-30-9.

VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003. 210 s. ISBN 8096879707.

VAŠEK, Š. 2011. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2011. 228 s. ISBN 978-80-89229-21-5 EAN 9788089229215.

3 TERMINOLÓGIA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE A MENTÁLNEHO POSTIHNUTIA

V súčasnosti sa používajú dva paralelné pojmy. Mentálnou retardáciou rozumieme vývinovú poruchu integrácie psychických funkcií postihujúcu jednotlivcov vo všetkých zložkách osobnosti - stránke duševnej, telesnej a sociálnej. Pojem mentálna retardácia má širší význam, zahŕňa v sebe označenie pre zníženie intelektu bez ohľadu na stupeň postihnutia, alebo etiológiu (Procházková, 1998). Mentálna retardácia sa vyskytuje s inými psychickými či somatickými poruchami, alebo aj bez nich. Niektorí autori uvádzajú, že pri mentálnej retardácii je zasiahnutý len jeden aspekt osobnosti a tou je inteligencia. Růžičková (1996) charakterizuje rast miery interdisciplinárnej kooperácie medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou, rehabilitačnými službami a špeciálnou edukáciou ako takú, ktorá vyžaduje vznik nových pojmových vymedzení, ktoré budú reflektovať terminológiu všetkých participujúcich odborov. Michalík, Lečbych (2012 s. 29), „pojem mentálne postihnutie nemá status terminus technicus, je široko využívaný a to predovšetkým v (špeciálno) pedagogickej a poradenskej praxi, kde má jeho využitie istotu. Ibidem (s. 30) uvádzajú, „pokiaľ zdravotnícka oblasť (predovšetkým psychiatria a klinická psychológia) používajú pojem mentálne postihnutie ako synonymum mentálnej retardácie, v školstve môže byť – s ohľadom na tradíciu – pojem chápaný širšie. Môže byť zastrešujúcim pojmom využívaným v pedagogickej dokumentácii v školstve, ktorý ktorý orientačne zahŕňa všetkých jednotlivcov s IQ pod 85.“

3.1 Mentálna retardácia

Svetová zdravotnícka organizácia v úsilí zjednotiť terminológiu prijala návrh komisie zloženej z významných odborníkov, ktorí odporúčali názov mentálna retardácia. V slove retardácia je vyjadrená nádej, že nejde o úplné zastavenie duševného vývinu, ale iba o jeho zadržanie, oneskorenie. V mladšom veku je

nevhodné takéto pomenovanie, skôr sa uplatňuje názov oneskorený vývin. Na viedenskom svetovom kongrese ILSMH v roku 1978 sa používal aj pojem mental handicap (Matulay, 1982). Podľa Vaška, Baja (1998) mentálnou retardáciou označujeme aj stav zastaveného, oneskoreného, neúplného vývinu intelektu charakteristický podpriemernou inteligenciou. Je to neutrálny pojem vyjadrujúci aktuálnu úroveň retardovaného vývinu bez ohľadu na príčinu, druh, klinickú formu, typ a stupeň. Mentálna retardácia je novším pomenovaním stavov, ktoré sa predtým označovali aj ako slabomyseľnosť, alebo oligofrénia. Podľa Jakabčica (2017, s.17) je mentálna retardácia „súhrnné označenie vrodeneho postihnutia rozumových schopností, ktoré sa prejavujú neschopnosťou porozumieť svojmu okoliu a v požadovanej miere sa mu prispôbiť. Je to stav, ktorý vznikol v dôsledku organického poškodenia mozgu.“ Bartoňová (2011), píše, že mentálna retardácia je stav, pre ktorý je charakteristické celkové zníženie intelektových schopností. Vzniká v priebehu života jednotlivca. Prejavuje sa zníženou schopnosťou orientovať sa v životnom prostredí, obmedzenými možnosťami vzdelávania a zníženou sociálnou prispôbivosťou. Autorky Gordošová, Szabóová (1988) sumarizujú mentálnu retardáciu ako stav vznikajúci dôsledkom pôsobenia dedičnosti a prostredia, ktoré ovplyvňuje vývin centrálnej nervovej sústavy, v dôsledku čoho celková mentálna schopnosť jednotlivca zaostáva od priemeru populácie. Pojem mentálna retardácia chápe Hlebová (2016) ako súborné označenie pre výrazne podpriemernú úroveň všeobecnej inteligencie (IQ nižšie ako 70) prejavujúcu sa už v útlom detstve a spôsobujúcu aj poruchy prispôsobenia. Preto môžeme pod pojmom mentálna retardácia rozumieť oneskorený, poškodený všeobecný vývin dieťaťa zo stránky rozumovej, pričom sa veľmi často vyskytujú telesné postihnutia a premietajú sa môže aj do celkového správania sa dieťaťa. Retardácia je definovaná aj ako spomalenie, alebo oneskorenie telesného, duševného, alebo charakterového vývinu. Znamená zaostávanie normálneho vývinu psychických, najmä vyšších psychických poznávacích procesov, pričom ide zvyčajne aj o štrukturálnu poruchu celej osobnosti.

Pojem retardácia sa používa zvyčajne ako synonymum pojmu zaostávanie. Mentálnou retardáciou rozumieme podľa Prochádzkovej (1998) vývinovú poruchu integrácie psychických funkcií, ktorá postihuje jednotlivca vo všetkých zložkách jeho osobnosti. Najvýraznejším rysom je trvalo porušená poznávací schopnosť - rôzna miera zníženia rozumových schopností prejavujúca sa najmä v procese učenia. Nie je to choroba, ale stav charakterizovaný celkovým znížením intelektových schopností (schopnosť myslieť, učiť sa, prispôbovať sa požiadavkám, svojho okolia). Nývltová (2010) uvádza, že mentálna retardácia je závažná psychická porucha, pri ktorej býva vážne narušené predovšetkým myslenie. Narušenie kognitívnych procesov sa prejavuje aj v správaní a sociálnom uplatnení. Podľa autorky nie je možné mentálnu retardáciu odstrániť, vývin dieťaťa záleží na tom, ako je dieťa vychovávané a v akom prostredí žije. V priebehu života a vplyvom správnej výchovy je možné, že dôjde k priaznivým zmenám. Ibidem (2010) ju chápe aj ako celkovú nevyvinutosť osobnosti s výrazným postihnutím v intelektovej oblasti. Znamená aj oneskorenie rozumového vývinu. Nie je to choroba, ani syndróm, ale široký komplex stavov, ktoré môžu byť determinované rôznymi faktormi tak biologickej, ako aj psychickej a sociálnej povahy. Bazalová (2006) chápe mentálnu retardáciu ako vývinovú poruchu integrácie psychických funkcií postihujúcich jednotlivca vo všetkých zložkách jeho osobnosti – duševnej, telesnej a sociálnej. Bendová, Zíkl (2011, s.9) tvrdia, že: „mentálna retardácia je vývinová porucha integrácie psychických funkcií rôznej hierarchie s variabilnou ohraničenosťou a celkovou subnormálnou inteligenciou, závislá na niektorých z činiteľov ako nedostatkoch genetických predispozícií, porušenie stavu anatomicko-fyziologickej štruktúry a funkcie mozgu, jeho zrenia, na nedostatočnom nasycovaní základných psychických potrieb dieťaťa vplyvom deprivácie senzorickej, emočnej a kultúrnej, na deficitnom učení, na osobitostiach vývinu motivácie, najmä negatívnych skúsenostiach jednotlivca po opakovaných stavoch frustrácie a stresu.“ Slowík (2016, s. 112) uvádza: „mentálna

retardácia je pojem vzťahujúci sa k podpriemernému všeobecnému, intelektuálnemu fungovaniu osobnosti, ktoré sa stáva zreteľným v priebehu vývinu a je spojené s poruchami adaptačného správania. Poruchy adaptácie sú zrejme z pomalého tempa dospievania, zníženej schopnosti učiť sa a z nedostatočnej sociálnej prispôsobivosti.“ Podľa Valentu (2012, s. 31) môžeme „mentálnu retardáciu vymedziť ako vývinovú poruchu intelektových schopností, ktoré sa prejavujú znížením kognitívnych, rečových, pohybových a sociálnych schopností s prenatálnou, perinatálnou, postnatálnou etilógiou, ktorá oslabuje adaptívne schopnosti jednotlivca.“ Zezulková (2014) chápe mentálnu retardáciu ako neschopnosť jednotlivca dosiahnuť zodpovedajúci stupeň intelektuálneho vývinu aj napriek tomu, že bol jednotlivec výchovne stimulovaný. MKN 10 uvádza mentálnu retardáciu ako stav zastaveného, alebo neúplného duševného vývinu, ktorý je charakterizovaný oneskorením vývinu schopností prejavujúci sa v priebehu vývinové obdobia, postihuje všetky zložky ineteligencie – oblasť rečovú, motorickú a sociálne schopnosti. Pipeková (1998, 2006) popisuje mentálnu retardáciu ako vývinovú poruchu integrácie psychických funkcií, ktorá postihuje jednotlivcov vo všetkých zložkách ich osobnosti - duševnej, telesnej, sociálnej. Najvýraznejším rysom je trvalo porušená poznávací schopnosť, ktorá sa prejavuje najnápadnejšie v procese učenia. Možnosti výchovy a vzdelávania sú obmedzené v závislosti na stupni postihnutia. Mentálna retardácia je stav charakterizovaný celkovým znížením intelektových schopností, ktoré v sebe zahŕňajú schopnosť myslieť, učiť sa, prispôbovať sa svojmu okoliu. Je to trvalý, vrodený, alebo včasne získaný stav pričom je dôležité odlišovanie od postihnutia získaného po druhom roku života (demencia). MKCH 10 (10 revízia) považuje za mentálnu retardáciu zastavenie, alebo nedokončenie vývinu intelektu. Porucha sa prejavuje počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopností patriacich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, jazykových, pohybových a sociálnych schopností. Hlebová (2016) uvádza, že Medzinárodná štatistická klasifikácia chorôb a pridružených

zdravotných problémov nahrádza pojem mentálna retardácia pojmom duševná zaostalosť, ktorý radí medzi duševné poruchy a definuje ich ako celkové zastavenie alebo nedokončenie vývinu intelektu. Táto porucha sa prejavuje počas vývinovej periódy a charakterizuje ju najmä poškodenie schopnosti patriacej k celkovej úrovni inteligencie - poznávacej, jazykovej, pohybovej a sociálnej (MKCH-10 [hovoríte o tom istom?](#)). Vančová (2005) predpokladá, že mentálna retardácia môže byť chápaná aj ako stav zastaveného alebo neúplného rozumového vývinu, ktorý je charakterizovaný najmä narušením schopností prejavujúcich sa v priebehu vývinového obdobia prispievajúcich k celkovej úrovni inteligencie. Ide najmä o poznávacie, rečové, motorické a sociálne schopnosti. Môže sa vyskytnúť spoločne s akoukoľvek inou duševnou, telesnou alebo zmyslovou poruchou, alebo aj bez nej. Jednotlivci však môžu byť postihnutí celým radom mentálnych porúch, ktorých prevalencia je u nich tri až štyrikrát častejšia ako v bežnej populácii. V dnešnej dobe sa pojem mentálna retardácia používa najmä z medicínskeho hľadiska, z pedagogického sa používa pojem mentálne postihnutie. Votava (2003, s.184) píše, že „jednotlivci s mentálnym postihnutím sú, čo sa týka počtu významnou skupinou, ktorá nie je homogénna. Preto sú aj prístupy k jednotlivcom s rôznym stupňom odlišné.“ V rámci rozvoja nových edukačných a rehabilitačných koncepcií, stratégií a systémov je nutné uvažovať nad množstvom terminologických problémov, s ktorými sa v súčasnej dobe špeciálna pedagogika stretáva. Rast miery interdisciplinárnej kooperácie medzi zdravotnou a sociálnou starostlivosťou, rehabilitačnými službami a špeciálnou edukáciou vyžaduje vznik nových pojmových vymedzení, ktoré budú reflektovať terminológiu všetkých participujúcich odborov. Pojmová nejednota v rôznych odvetviach ucelenej rehabilitácie je daná rýchlym a značne nekoordinovaným vývojom ich oblastí, rovnako ako pôsobením odlišných paradigmatických modelov. Vznik postihnutia býva v odborných zdrojoch definovaný z rôznych pohľadov.. Jesenský (2000), definuje handicap na báze antropologickej paradigmaty a porovnáva ho pomocou porovnávania kvality života. Definícia

mentálnej retardácie prechádzala zmenami v súvislosti s vývojom poznatkov vedy a v súvislosti s tým, aké hľadiská autori vyzdvihovali. V súčasnej dobe existuje pre pojem mentálna retardácia tak u nás ako aj vo svete mnoho rôznych pojmov a definícií. Viac či menej je zdôraznené hľadisko inteligencie, sociálnej začleniteľnosti, hľadisko etiologické, prognostické... (Dolejší, 1983). Hučík (2016) uvádza mentálnu retardáciu ako závažnú poruchu inteligencie podmienenú vnútornými – biologickými faktormi s trvalým charakterom, vonkajšími faktormi môže byť ovplyvnená iba v rámci limitov, ktoré sú dané biologicky. Mentálnu retardáciu nemôžeme považovať za chorobu, ale stav charakterizovaný celkovým znížením intelektových schopností, ktoré v sebe zahŕňajú schopnosť myslieť, učiť sa a prispôbovať sa požiadavkam svojho okolia. Tento stav vzniká v priebehu vývinu jednotlivca, ktorý je sprevádzaný poruchami adaptácie - nižšou schopnosťou orientovať sa v životnom prostredí. Nedostatok v adaptácii na prostredie súvisí so spomaleným, zaostávajúcim vývinom, s obmedzenými možnosťami vzdelávania a nedostatočnou sociálnou prispôsobivosťou. Pojem mentálna retardácia má širší význam, zahŕňa v sebe označenie pre zníženie intelektu bez ohľadu na stupeň postihnutia, alebo etiológiu (Procházková, 1998). Žolnová, Semanová (2016 s.19) charakterizujú mentálnu retardáciu ako: „stav označujúci neúplnosť alebo nedostatočnosť psychických funkcií najmä v intelektovej oblasti. Vzniká počas vývinového obdobia a je sprevádzaný poškodením v niektorej oblasti alebo vo všetkých sférach, t.j. v maturácii, učenia a sociálnej adaptácii.“

3.1.1 Mentálne postihnutie

Zezulková (2014) predpokladá, že vymedzenie pojmu má veľký význam teoretický, ktorý spočíva v presnej klasifikácii podstatných znakov stavu a praktický, pretože terminologická presnosť prispieva k rozhodovaniu pri stanovení odporúčaného spôsobu odbornej špeciálnopedagogickej starostlivosti. Termín

mentálne postihnutie je skôr termínom špeciálnopedagogickým, psychologickým a teda relatívne novým. Pre súvzťažné vedy ako biológia či medicínske odbory je typické používanie termínu mentálna retardácia, ktorý je súčasťou viacerých medzinárodných klasifikačných systémov (Vančová, 2005). Vašek (2011, s.33) tvrdí: „termín postihnutie nahradil predtým používaný pojem defekt. Tento termín môžeme z hľadiska symptomatologického vymedziť ako „relatívne trvalý, ireparabilný stav jednotlivca v kognitívnej, komunikačnej, motorickej, alebo emocionálno-vôľovej oblasti, ktorý sa manifestuje signifikantnými ťažkosťami v učení a sociálnom správaní sa. Jakabčic, (2017, s.14) uvádza „mentálne postihnutie ako stav, ktorý je trvalý. Trvalosť stavu (ibidem, s. 15) „je najdôležitejšia charakteristika, ktorá umožňuje diferencovať jednotlivé prípady oneskorenia vývinu.“ Podľa Vančovej (2007), je aktuálne ponímanie človeka s mentálnym postihnutím a pojmu mentálne postihnutie nasledovné:

- mentálne postihnutie je pojmom s interdisciplinárnym charakterom, kde sa v obsahu pojmu prekrývajú medicínske, psychologické, pedagogické, sociálne a právne aspekty,
- pojem mentálne postihnutie sa dotýka biologickej, sociálnej a psychickej dimenzie bytia, kde v prístupoch v ponímaní multidisciplinárneho fenoménu a k vymedzeniam jeho obsahu je reflektovaná aj aktuálna epistemologická, axiologická a deontologická rovina spoločenskej existencie,
- z mnohých faktorov vplývajúcich na vývoj definovania mentálneho postihnutia je možné spomenúť poznatky a skúsenosti plynúce z prítomnosti jednotlivcov s mentálnym postihnutím v spoločnosti a postoje spoločnosti k nim,
- mentálne postihnutie je fenomén dotýkajúci sa príslušníkov ľudstva, societ, človek je tu chápaný ako integrita v bio-psycho-sociálnej dimenzii,
- postihnutie spôsobuje narušenie integrity systému vo funkčnej a orgánovej zložke, čo vedie k dočasným, alebo trvalým narušeniam fungovania tohto systému.

Mentálne postihnutie vzniká ako dôsledok pôsobenia dedičnosti a prostredia, ktoré ovplyvňuje vývin centrálnej nervovej sústavy,

v dôsledku čoho celková mentálna schopnosť jednotlivca zaostáva od priemeru populácie (Gordošová, Szabóová, 1988).

Hlebová (2015) píše, že pojem mentálne postihnutie je najširší a najvšeobecnejší, strešný pojem používaný v pedagogickej dokumentácii v školstve, ktorý orientačne označuje prakticky všetkých jednotlivcov s IQ pod 85, teda osoby v pásme mentálnej retardácie. Mentálne postihnutie je podľa Valentu (2012) pojem široko používaný najmä v špeciálnopedagogickej poradenskej praxi, kde má aj legislatívnu oporu (viď školské zákony). Podľa autora je mentálne postihnutie širší a zastrešujúci pojem zahŕňajúci mentálnu retardáciu a hraničné pásmo, kognitívno-sociálnu disabilitu, na základe ktorej znevýhodňuje žiakov najmä v edukácii v bežnej škole. Títo potom vyžadujú rôzne opatrenia či už edukačného, alebo psychosociálneho charakteru.

Na základe uvedeného by mal špeciálny pedagóg v rámci svojej profesionálnej pracovnej činnosti presne a jasne vedieť používať pojem mentálna retardácia a pojem mentálne postihnutie vo vzťahu ku odborníkom klinickej medicíny a psychológie a na druhej strane voči pedagógom, rodičom, sociálnym pracovníkom a všetkým tým, ktorí participujú akýmkoľvek spôsobom na starostlivosti o deti, žiakov i dospelých s mentálnym postihnutím.

3.2 Etiológia mentálnej retardácie

Výskum príčin mentálnej retardácie nie je ani zďaleka ukončený. Mentálnu retardáciu spôsobuje mnoho rôznorodých príčin, ktoré sa vzájomne podmieňujú, prelínajú a spolupôsobia. Vo výskume príčin vždy vystupovali do popredia tieto hľadiská:

- hľadisko akceptujúce dedičnosť a viac či menej podceňujúce hľadisko vplyvov prostredia a výchovy na vývin človeka,
- hľadisko zdôrazňujúce vplyv prostredia na utváranie osobnosti človeka (Vágnerová, 2004). Černá, et al., (2015, s.84) tvrdí, že „medzi jednotlivcami s mentálnou retardáciou existuje obrovská variabilita týkajúca sa príčin vzniku mentálnej retardácie a ich možnej kombinácie. Je potrebné si uvedomiť, že u každého jednotlivca nie je väčšinou možné jednoznačne určiť či ide

o mentálnu retardáciu spôsobenú biologickými vplyvmi a do akej miery sa na jeho aktuálnom stave podieľajú vplyvy sociálne. Biologické a sociálne faktory sa v osobnosti človeka prelínajú – pôvodný obraz postihnutia môže byť zmenený tak pozitívne, ako aj negatívne vplyvom podnetného, alebo menej podnetného prostredia a životných skúseností. Dôležitú úlohu zohráva časový faktor. Aj napriek pokroku biologických vied a spresňujúcej diagnostike mentálnej retardácie zostáva mnoho príčin neznámych“. Valenta (et al., 2012) tvrdí, že etiológia mentálnej retardácie je rovnako variabilná a komplikovaná, ako je aj symptomatológia. Je to ovplyvňované mnohými faktormi podieľajúcimi sa na vzniku špecifického psychického stavu, ktorý vykazuje zníženú inteligenciu. Tak ako neexistujú dvaja jednotlivci s totožnou symptomatológiou, tak neexistujú ani jednotlivci s rovnakým začiatkom intelektovej subnormality. Z tohto dôvodu je problematické vytvárať adekvátne etiologické kategórie. Slowík (2016, s. 113-114) píše: „jednoznačne je možné určiť príčiny mentálneho postihnutia pri syndrómoch vyvolaných genetickými poruchami (génové mutácie, chromozomálne odchýlky), ako aj v prípadoch metabolických porúch - fenyketonúrie), intoxikácii (FAS), alebo následkom rôznych tráum (hypoxie, asfyxie plodu pri pôrode). V mnohých prípadoch nie je možné príčinu jasne a presne stanoviť a potvrdiť, pretože ju nie je možné dokázať, alebo sa možných a pravdepodobných príčin objavuje hneď niekoľko – multifaktorálna etiológia.“ Na etiológii sa podieľa podľa Valentu, Müllera (2003) množstvo rôznorodých činiteľov prenatálnych, perinatálnych, postnatálnych. V prenatálnom období pôsobí celý rad vplyvov, medzi ktorými majú dôležitú úlohu vplyvy dedičné – hereditárne, kde zaraďujeme po predkoch zdedené choroby (najmä metabolické poruchy) ale aj to, keď dieťa dedí po rodičoch nedostatok vlôh k určitej činnosti. Intelektové predpoklady dieťaťa pri narodení nemôžeme považovať za matematický priemer inteligencie rodičov. V tomto ohľade pôsobí tendencia regresie ku stredu, kedy inteligencia dieťaťa vysoko inteligentných rodičov je štatisticky nižšia, než u rodičov

a naopak, inteligencia dieťaťa so subnormálnou inteligenciou je vyššia. Z kvantitatívneho hľadiska sú prevažujúcim faktorom genetické príčiny, kedy vplyvom mutagénnych faktorov (žiarenie, dlhodobé hladovanie, chemické vplyvy) a iné dochádza k mutáciám génov a aberáciám chromozómov. Veľká časť však nebola doposiaľ rozpoznaná. Mentálna retardácia nemáva jednotnú príčinu, väčšinou vzniká súčinnosťou vrodených a environmentálnych faktorov, kde medzi najčastejšie podľa Vančovej (2005) patrí:

- dedičnosť (intelektové schopnosti dieťaťa sú orientačne výslednicou priemeru intelektového nadania rodičov. Ľahká mentálna retardácia vzniká v dôsledku zdedenej inteligencie a vplyvu rodinného prostredia),
- sociálne faktory (zníženie intelektových schopností je spôsobené sociokultúrnou depriváciou v rodine, alebo v inštitucionálnej starostlivosti. Objavuje sa aj v súvislosti s výchovou v nižších sociálnych vrstvách, v súvislosti s nevhodnými materiálnymi podmienkami, nestabilnými rodinnými vzťahmi, bytovými podmienkami...),
- ďalšie environmentálne faktory (patria tu rôzne infekčné ochorenia matky v priebehu tehotenstva, pobyt v znečistenom prostredí, alkoholizmus, nesprávna výživa matky v priebehu tehotenstva. K oneskoreniu vo vývine dieťaťa dochádza aj počas infekčných ochorení počas novorodeneckého obdobia - meningitídy, encefalitídy), ale aj následkom nesprávnej výživy dieťaťa, alebo vplyvom úrazov spojených s vnútrolebečným krvácaním,
- špecifické genetické príčiny (dominantne podmienené - vzácne sa vyskytujúca neurofibromatóza, recesívne podmienené - väčšina dedičných metabolických ochorení ako napr. fenylketonúria, podmienené poruchou sex chromozómov - Klinefelterov a Turnerov syndróm, podmienené chromozomálnymi aberáciami - Downov syndróm),
- nešpecificky podmienené poruchy (nielen chromozomálna, ale ani metabolická porucha nebola objavená, nebola zistená pôrodná trauma a ani iné poškodenie plodu, alebo novorodenca). Valenta,

Müller (2003, s.52) sumarizujú „environmentálne faktory a ochorenia matky v dobe tehotenstva kedy platí zákonitosť, že čím skôr k patológii príde, tým fatálnejšie to má následky pre zdravie dieťaťa (vo všeobecnosti je blastopatia a embryopatia – 15 dní od oplodnenia závažnejšia ako fetopatia – vplyvy pôsobiace vo fetálnom období po 3. mesiaci tehotenstva).“ Na vznik mentálnej retardácie môže mať vplyv aj nedostatok plodovej vody, vrodené poškodenia lebky (mikro, makro, hydrocefálie). Príčiny vzniku mentálnej retardácie sú podľa Slovika (2007) rôznorodé, vždy však ide o závažné organické, alebo funkčné poškodenie mozgu. Tým sa vyraduje ako jedna z možností príčin málo podnetné a patologické sociálne prostredie. Infekcie matky sú najdôležitejším faktorom najmä v prvom trimestri tehotenstva. Placenta neochraňuje plod úplne, preto môžu infekčné choroby aj keď len subklinické prechádzať aj na plod. Z vírusových ochorení to môže byť najmä varicella, parotitis epidemica, herpes, rubeola... Najviac sa etiologicky uplatňujú tie infekcie, ktoré sa u dospelých vyskytujú ojedinele (morbili, rubeola.). Vírus chrípky poškodzuje plod iba zriedkavo. Z ostatných infekcií sú to najmä syfilis, toxoplazmóza. Plod je postihnutý tým výraznejšie, čím skôr počas tehotenstva matka ochorela, pričom ak matka ochorie v posledné dva mesiace tehotenstva nemusí choroba znamenať narodenie dieťaťa s postihnutím.

Vplyv liekov môže:

- vyvolať odumretie plodu, predčasný pôrod, potrat,
- vrodené vývinové chyby,
- vrodené metabolické chyby (málo preskúmané),
- toxicky účinkovať na plod,
- spôsobiť vznik neskorších porúch.

Počas blastogenézy bunky rýchlo rastú, delia sa, preto je pri užívaní liekov plod s veľmi vážnym postihnutím, čo zapríčiňuje odumretie, alebo malformácie plodu. Hormonálne poruchy sú u detí matiek trpiacich cukrovkou trikrát častejšie. Deti diabetičiek bývajú rozmermi väčšie - majú väčšiu pôrodnú hmotnosť. Placentárne poruchy môžu pochádzať tak zo strany

matky, ako aj dieťaťa. Táto insuficiencia môže vzniknúť už pri poruchách implantácie oplodneného vajíčka. Zvyčajne ide o poškodenie sliznice maternice. Nedostatočná výživa trvalo poškodzuje mozgové bunky. Zmeny na mozgu pretrvávajú aj vtedy, keď sa výživa po narodení zlepši. Intrauterinná hypoxia-uplatňujú sa tu činitele, ktoré zapríčiňujú hypoxiu, anoxiu a acidózu plodu. Ide o komplikáciu v druhej polovici tehotenstva. Príčinou môže byť anémia, krvácanie v tehotenstve, pôrod dvojčiat, predlžovanie tehotenstva (Matulay, 1982).

Perinatálne príčiny, najčastejšie je to mozgové krvácanie a hypoxia (nedostatok kyslíka). Vzájomne sa ovplyvňujú, pretože nedostatok kyslíka zvyšuje aj nebezpečenstvo krvácania. Ďalšími príčinami môžu byť predčasný pôrod, nízka pôrodná hmotnosť (menej ako 1500 g), abnormality plodu, abnormality pôrodných ciest. Perinatálnych faktorov pôsobiacich pri pôrode môže byť veľmi veľa. Ide najmä o rozmanité príhody týkajúce sa predčasného a oneskoreného pôrodu. Mnohé príčiny súvisia s anatomickými pomermi - zlá poloha plodu, veľký plod a úzke pôrodné cesty predlžujú trvanie pôrodu. To spôsobuje krvácanie do mozgu, alebo do dutín okolo neho, môže vyvolať kratšie, alebo dlhšie bezvedomie novorodenca. Bezvedomie dieťaťa je výrazom nedokrvenia mozgu, nervové bunky sú nedostatočne vyživované kyslíkom, následkom čoho odumierajú (asfyxia plodu). Postnatálne príčiny spôsobujú zápalové ochorenia (vírusové, bakteriálne zápaly mozgu, mozgových blán), úrazy hlavy, rôzne ochorenia spojené s nedostatkom kyslíka a pod. Výskum príčin mentálnej retardácie nie je zďaleka ukončený. Možno povedať, že sa nachádza skôr na počiatku než v záverečných fázach svojho vývoja. Cestou pre rodičov detí s mentálnym postihnutím je usilovné neutíchajúce hľadanie príčin mentálnej retardácie a nie hľadanie viny a vinníkov tam, kde žiadna vina neexistuje. Takým prístupom trpí celá rodina a aj dieťa s postihnutím, ktoré je vždy nevinné (Valenta-Müller et al.2007) pretože ako predpokladá Žolnová (2013), rodina je prostredie rodičov, ktorí na dieťa pôsobia trvalo, intenzívne, majú uspokojovať potreby všetkých jej členov. Vzájomné vzťahy a postoje navzájom ovplyvňujú

a formujú osobnosť dieťaťa. Rodina má pre dieťa význam aj v tom, že mu dáva emocionálne zázemie, je miestom bezpečnosti a istoty. K mentálnemu postihnutiu môže viesť celý rad rôznorodých príčin, ktoré sa vzájomne podmieňujú, prelínajú a spolupôsobia (Valenta-Müller et al.2007, Vančová, 2005, 2007). Mentálna retardácia vzniká často aj na základe kombinácie nižšieho nadania a výchovnej nepodnetnosti, alebo dokonca zanedbanosti. Ide predovšetkým o deti rodičov s podobným s postihnutím, ktorých intelektová a vzdelanostná úroveň je nízka. Podnetnosť takéhoto rodinného prostredia býva nedostatočná (Vágnerová, 2004).

3.2.1 Symptomatológia mentálnej retardácie

Vančová (2007, s.100) charakterizuje symptómy mentálnej retardácie nasledovne: „Senzorická percepcia sa vyznačuje inaktivitou, pomalým tempom, rigiditou, zníženou diferenciatnou schopnosťou, poruchami rozsahu, celistvosti a výberovosti vnímania, stereotypnosťou, pričom relatívne najmenej je poškodené hmatové, čuchové a chuťové vnímanie. Predstavy sú fragmentárne, spodobňované, je ich málo, sú „ bezfarebné“ , pretože vznikajú na základe narušených vnemov.“ Definovanie prejavov retardácie je ovplyvnené rôznymi faktormi a kritériami. Vo všeobecnosti je možné rozčleniť ich podľa toho, z akých hľadísk ich autori koncipovali nasledovne:

- z hľadiska posúdenia inteligenčného kvocientu (kvalitatívne vyjadrenie rozsahu postihnutia na základe vyšetrenia stupňa intelektu,
- z pohľadu biologických faktorov je mentálna retardácia chápaná ako trvalé poškodenie poznávacích činností, ktoré vznikli v dôsledku organického poškodenia mozgu),
- vývinové faktory (zaostalý vývin somatopsychickej osobnosti, ktorý je nesúmerný u každého jednotlivca inak),
- sociálne hľadisko (zníženie schopnosti jednotlivca úplne sa socializovať) (Renotierová, et al, 2006).

Podľa Požára (2007) existujú tri hlavné znaky mentálnej retardácie:

1. znížená úroveň rozumových schopností, ktorá sa prejavuje v nedostatočnom vývine myslenia (najmä abstraktného), v obmedzenej schopnosti učenia a v problémoch sa adaptáciou na spoločnosť,

2. trvalosť postihnutia,

3. aj keď je postihnutie trvalé, v dôsledku výchovného a terapeutického pôsobenia môže dôjsť k určitému zlepšeniu (v prípade nevhodného pôsobenia aj k zhoršeniu). Jakabčic a Požár (1996) uvádzajú všeobecné prejavy mentálnej retardácie nasledovne:

- je to stav oneskorenia mentálneho vývinu. Môže ísť o celkové oneskorenie duševného vývinu s rovnomerným zaostávaním vo všetkých oblastiach, alebo o nerovnomerný vývin s relatívne zachovalou úrovňou vývinu jednotlivých oblastí a niektorých psychických funkcií. Vývin v iných oblastiach, či psychických funkciách pritom značne zaostáva,

- je to stav, ktorý je relatívne trvalý, dočasné oneskorenie psychického vývinu nepovažujú za retardáciu,

- je to stav, ktorý nie je nemenný. Vplyvom intenzívnej výchovnej starostlivosti sa môže stav podstatne zlepšiť, ale aj zhoršiť, táto menlivosť stavu však neznamená, že sa dá časom odstrániť,

- je to stav, z ktorého sa „nevyrastá“. Vývinový proces zrenia nemôže sám o sebe priniesť zlepšenie stavu. Pozitívne zmeny môžu byť navodené len intenzívnou vonkajšou stimuláciou a to primeranou výchovnou starostlivosťou. Najvýznamnejšou charakteristikou retardovaného vývinu je porucha tempa vývinu (Jakabčic, Požár, 1996).

Ako typické symptómy mentálnej retardácie uvádza Vančová (2007) nasledovne:

- podpriemerná úroveň inteligencie – všeobecných rozumových schopností,

- poruchy sociálnej adaptácie, neprimerané sociálne správanie,

- poruchy percepcno-motorické,

- poruchy biologicko-somatické,

- vysoká miera závislosti na okolí, spoločenská nesamostatnosť,
- poruchy myslenia, komunikačných schopností,
- poruchy správania a učenia.

Hučík, (In Lechta, et al, 2010) uvádza tieto prístupy k prejavom mentálnej retardácie:

- biologický (dieťa s postihnutím v dôsledku trvalého závažného organického alebo funkčného poškodenia mozgu),
 - psychologický (primárne znížená úroveň rozumových schopností meraných štandardizovanými IQ testami vzhľadom k intaktnej populácii),
 - sociálny (postihnutie charakteristické dezorientáciou vo svete a v spoločnosti, ktorá obmedzuje zvládanie vlastnej existencie bez cudzej pomoci,
 - pedagogický (znížená schopnosť učiť sa s využitím špecifických metód a postupov),
 - právny (znížená spôsobilosť pre samostatné právne konanie)
- Mentálna retardácia býva sprevádzaná zvýšenou závislosťou dieťaťa na rodičoch, vychovávateľoch, infantilnosťou dieťaťa, zvýšenou pohotovosťou k úzkosti, neurotickými reakciami a pasivitou v správaní. Typické sú aj nedostatky v osobnej identifikácii a vývine „ja“, v psychosexuálnom vývine. Porucha v interpersonálnych skupinových vzťahoch a komunikácii spôsobuje zníženú prispôsobivosť k sociálnym a školským požiadavkám. Tieto znaky sú sprievodné a zároveň nešpecifické pre mentálnu retardáciu (Dolejší, 1983).

Sprievodné javy mentálnej retardácie

	mentálna retardácia			
	ľahká (IQ 69-50)	stredne ťažká (IQ 49-35)	ťažká (IQ 34-20)	hlboká (IQ nižšie ako 20)
neuropsychický vývin	obmedzený, oneskorený	obmedzený, výrazne oneskorený	celkovo obmedzený	výrazne obmedzený
somatické postihnutia	ojedinelé	časté, častý výskyt epilepsie	časté, neurologické príznaky, epilepsia	veľmi časté, neurologické príznaky, viacnásobné postihnutie telesné a zmyslové
poruchy motoriky	oneskorený motorický vývin	výrazné mobilné oneskorenie	časté stereotypné automatické pohyby, výrazná porucha motoriky	zväčša imobilita alebo výrazné motorické obmedzenie
poruchy psychiky	znížená aktivita psychických procesov, nerovnomerný vývin, funkčné oslabenie, prevládajú konkrétne, názorné a mechanické schopnosti	celkové obmedzenie, nízka koncentrácia pozornosti, výrazne oneskorený rozvoj porozumenie, oneskorený rozvoj sebaobslužných zručností	výrazne obmedzená úroveň všetkých schopností	ťažké poruchy všetkých funkcií
komunikácia a reč	schopnosť komunikovať je vytvorená, oneskorený vývin reči, obsahovo chudobná, časté poruchy	úroveň rozvoja reči je variabilná, niektorí jednotlivci sú schopní sociálnej interakcie a komunikácie, verbálny prejav	prevažuje nonverbálna komunikácia, neartikulované výkriky, prípadne jednotlivé slová	rudimentárna, nonverbálna komunikácia, alebo nekomunikujú vôbec

	formálnej stránky reči	býva často chudobný, dysgramatický, nesprávne artikulovaný		
poruchy citov a vôle	afektívnejšia labilita, impulzivnosť, úzkostlivosť, zvýšená sugestibilita	nestálosť nálady, impulzivnosť, skratové konanie	celkové poškodenie afektívnej sféry, časté sebapoškodzo- vanie	ťažké poškodenie afektívnej sféry, potrebujú trvalý dohľad
možnosti vzdelávania	vzdelávanie na základe špeciálneho vzdelávacích o programu	na základe špeciálnych výchovno- vzdelávacích programov	vytváranie zručností a návykov, rehabilitačné trendy	veľmi obmedzené (individuálny starostlivosť)

Podľa Hučík (2016, s.287,288, Valenta 2015).

Zezulková (2014) píše, že mentálna retardácia je stav zastaveného, alebo neúplného mentálneho vývinu, ktorý je charakterizovaný porušením schopností, prejavujúci sa v priebehu vývinového obdobia, postihuje všetky zložky inteligencie – reč, motoriku, sociálne zručnosti. Symptómy chápe aj ako všeobecný pojem obsahujúci určitú formu narušeného ontogenetického vývinu, podstatné negatívne odchýlky od normy v úrovni intelektových funkcií, učenia a sociálnom vývine. Označuje ich ako stav zastaveného, oneskoreného alebo neúplného vývinu intelektu, ktorý charakterizuje predovšetkým podpriemerná inteligencia. Ide o neutrálny termín, ktorý vyjadruje aktuálnu úroveň retardovaného vývinu bez ohľadu na príčinu, druh, klinickú formu, typ a stupeň postihnutia. Symptómy sa podľa Vaška, Baja (1998) prejavujú aj v neúplnosti alebo nedostatočnosti psychických funkcií najmä v intelektovej oblasti, ktorý vznikol vo vývine a je združený s poruchou sociálnej prispôsobivosti.

Otázky

1. Komparujte názory rôznych autorov na pojem mentálna retardácia.
2. Popremýšľajte nad rozdielmi medzi pojmami mentálna retardácia a mentálne postihnutie.
3. Vysvetlite etiológiu a symptomatológiu mentálnej retardácie, vyhľadajte informácie v domácej a zahraničnej literatúre.

Bibliografia

- BARTOŇOVÁ, M. 2011. Postavení osob s mentálním postižením v rodině a společnosti. In: VÍTKOVÁ, M., OPATŘILOVÁ, D. *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním*. Brno: Paido, 2011. s.201-215. ISBN 978-80-7315-219-2.
- BAZALOVÁ, B. 2006. Psychopedie. In *Kapitoly te speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s.269-287. ISBN 80-7315-120-0.
- BENDO VÁ, P., ZIKL, P. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 97-88024-738-54-3.
- ČERNÁ, M. 2015. *Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 97-88024-615-65-3.
- DOLEJŠÍ, M. 1987. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 224 s.
- GORDOŠOVÁ-SZABÓOVÁ, A. 1988. *Špeciálna pedagogika*. Bratislava: Univerzita Komenského, 1988. 170 s.
- HLEBOVÁ, B. et al. 2016. *Vybrané kapitoly zo špeciálnej didaktiky predmetov (pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím)*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 496 s. ISBN 978-80-555-1644-8.
- HUČÍK, J. 2010. Mentální postižení. In *základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- JAKABČIC, I., POŽÁR, L. 1996. *Všeobecná patopsychológia*.

- Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- JAKABČIC, I. 2017. *Psychológia detí a mládeže s mentálnym postihnutím*. Nové Zámky, 2017. 104 s. ISBN 978-80-893-222-68.
- JESENSKÝ, J. 2000. *Základy komprehenzívni speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s. ISBN 80-7041-196-1.
- MATULAY, K. 1989. *Ošetrovanie mentálne poškodených*. Martin : Osveta, 1989. 159 s.
- MATULAY, K. 1982. *Mentálna retardácia*. Vybrané kapitoly. Martin: Osveta, 1982. 156 s.
- MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB. V. kapitola [citované 20.12.2021] Dostupné z <http://primar.sme.sk/c/4116529/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.html>.
- MEDZINÁRODNÁ KLASIFIKÁCIA CHORÔB. Platná od 01.03.2022. [online] [citované 20.03.2022]. Dostupné z: <http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>
- MKN 10 [online] [citované 20.12.2021]. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/?term=Ment%C3%A1ln%C3%AD%20retardace&limit=10&page=1&sort=2>
- NÝVLTOVÁ, V. 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita J.A.Komenského, 2010. 240 s. ISBN 9788086723853.
- PIPEKOVÁ, J. 1998. Kapitoly ze speciální pedagogiky. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- POŽÁR, L. 2007. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 97-880-8082-147-0.
- PROCHÁZKOVÁ, M. 1998. Mentální retardace. In *Integrativí*

- speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. s.124-132. ISBN 80-85931-51-6.
- RENOTIÉROVÁ, L.2006. *Speciální pedagogika*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- RŮŽIČKOVÁ, K. 2011. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I. Východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 88 s. ISBN 978-80-7435-099-3.
- SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.
- SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika*. 2., aktualizované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023.
- MÜLLER, O., VALENTA, M. 2003.*Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039- 2.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2007. *Psychopedie / Teoretické základy a metodika* (3. vydání) Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-807-3200-992.
- VALENTA, M. 2012. Koncept mentálního postižení a terminologie.. In VALENTA, M., MICHALÍK, J., et al. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. s. 29-55. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapientia, 2005. 332 s. ISBN 80-968797-6-6.7
- VANČOVÁ, A.2007. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl*. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 171 s. ISBN 978-80-89113-30-9.
- VAŠEK, Š.2011. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapientia, 2011. 228 s. ISBN 978-80-89229-21-5 EAN 9788089229215.

- VAŠEK, Š., BAJO, I. 1998. *Psychopédia I*. Bratislava: UK, 1988. 173 s.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Patopsychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023.
- VOTAVA, J., et al. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003. 205 s. ISBN 80-246-0708-5.
- ZEZULKOVÁ, E. 2014. Prediktory předprofesní a profesní přípravy žáků s mentálním postižením. In *Inkluzivní dimenze primárního a sekundárního vzdělávání ve speciální pedagogice*. Ostrava: Pedagogická fakulta, 2014. s.103-154. ISBN 978-80-7464-692-8.
- ŽOLNOVÁ, J. 2013. Osoba s mentálním postihnutím a delikventné správanie. In *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján: PROHU. ISBN 978-80-89535-13-2. - s. 203-215.
- ŽOLNOVÁ, J., SEMANOVÁ, A. 2016. *Edukácia žiaka so psychosociálnym narušením na základnej škole*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1657-8.
- <http://primar.sme.sk/c/4116978/downov-syndrom-trizomia-21.html#ixzz1khc9hcmt>
- <http://www.nczisk.sk/Search/results.aspx?k=ment%C3%A1lna%20retard%C3%A1cia>

4 KLASIFIKÁCIA MENTÁLNEJ RETARDÁCIE

Matulay (1989) sa zmieňuje o tom, že pri klasifikácii mentálnej retardácie sa používajú viaceré kritériá. Najčastejšie to býva hľadisko etiologické a symptomatologické. „Jednotlivci s mentálnym postihnutím však môžu byť postihnutí celým radom duševných porúch, ktorých prevalencia je u nich najmenej 3-4x častejšia ako v bežnej populácii“ (Lechta, 1995, s. 11). Časť jednotlivcov s mentálnym postihnutím sa môže v dôsledku neskoršieho dozrievania, spoločenského zásahu alebo iných vplyvov v konečnom dôsledku natoľko zlepšiť, že sa blížia v niektorých kvalitách normalite, alebo ju dokonca dosahujú (Bajo, Vašek, 1998). Aby sa vyhovelو legitímnemu záujmu systematicky nálepkovať ľudí s inakosťou sú kategórie MKF pomenované neutrálnymi jazykovými prostriedkami, aby sa vyhlo ponižovaniu, stigmatizovaniu a nevhodným vedľajším významom. Tento prístup prináša so sebou problém, ktorý je možné nazvať „sanovanie termínov“. Bez ohľadu na to, ako sa mentálnej retardácii hovorí, postihnutie existuje aj bez nálepiek. Nie je to problémom jazyka, ale problém postojov iných jednotlivcov a spoločnosti k zdravotnému postihnutiu. Je potrebný správny obsah a použitie termínu a klasifikácie (Orgonášová, Palát, 2004). Pokusom o stanovenie jednotného výkladu pojmu mentálna retardácia a zároveň aj základných pravidiel starostlivosti o ľudí s postihnutím je Dohovor OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím, ktorý vznikol v roku 2006 na pôde OSN. Do platnosti vstúpil 3. mája 2008. Členské krajiny OSN dostali jednotný návod pre implementovanie starostlivosti o zdravotne postihnutých do svojich národných sociálnych systémov (Bebľavý, 2012). Komisia expertov Svetovej zdravotníckej organizácie vo svojej vo svojej „Správe o organizácii služieb pre mentálne postihnutých“ zdôrazňuje skutočnosť, že „klasifikácia mentálnej retardácie sa zásadne nemá chápať ako nemenný, doživotný stav, ale ako dynamický proces, široký komplex

stavov, ktoré môžu byť determinované biologickými, psychologickými a sociálnymi faktormi. Časť jednotlivcov s mentálnym postihnutím s ľahkým stupňom sa môže v dôsledku neskoršieho dozrievania, spoločenského zásahu alebo iných vplyvov v konečnom dôsledku natoľko zlepšiť, že sa blížila v niektorých kvalitách normalite, alebo ju dokonca dosahujú (Repková, Sedláková, 2012). Požár (2007) tvrdí, že mentálnu retardáciu chápeme aj ako všeobecný pojem obsahujúci určitú formu narušeného ontogenetického vývinu, podstatné negatívne odchýlky od normy v úrovni intelektových funkcií, učenia a sociálnom vývine. Nývtová (2010) píše, že v súčasnosti sú stupne mentálnej retardácie iba približné, pretože kognitívnu úroveň jednotlivca s mentálnym postihnutím nemôžeme presne zmerať a stanoviť. Kognitívnu úroveň jednotlivca s mentálnym postihnutím musíme hodnotiť komplexne na základe pozorovania správania v prirodzených podmienkach. Vančová (2007) uvádza, že podľa AAMR je mentálna retardácia neschopnosť (nedostatočnosť) charakterizovaná signifikantnými obmedzeniami tak v intelektovom funkcionovaní, ako aj v adaptívnom správaní. Obmedzenia sa týkajú najmä adaptívnych schopností z oblastí pojmovej, sociálnej a praktickej inteligencie. Nedostatočnosť vzniká do 18. roku veku života.. Pojem retardácia sa používa zvyčajne ako synonymum pojmu zaostávanie. Najvýznamnejšou charakteristikou retardovaného vývinu je porucha tempa vývinu (Jakabčic, Požár, 1996). Podľa definície Medzinárodnej klasifikácie chorôb v Ženeve (1992), chápeme mentálnu retardáciu ako stav zastaveného, alebo neúplného mentálneho vývinu, ktorý charakterizuje najmä narušenie zručností prejavujúcich sa v priebehu vývinového obdobia, prispievajúcich k celkovej úrovni inteligencie, t. j. poznávacích, rečových, pohybových a sociálnych schopností. Názory na pojem mentálna retardácia sa menili a líšili v závislosti od vedeckých zistení, ktoré sa stali viac komplexné, veľká pozornosť sa venovala aj širším aspektom prostredia. Nakoniec však vznikla dohoda v rámci všeobecných definícií, ktorá sa používa. Táto definícia Americkej spoločnosti pre mentálnu poruchu (AAMD) taktiež

známou ako Americká spoločnosť pre mentálnu retardáciu (AAMR) bola prijatá aj Americkou psychologickou spoločnosťou a v zásade neporušená bola aj zadefinovaná vo federálnych pravidlách a nariadeniach pre verejné právo.

4.1 Stupne mentálnej retardácie

Stupne mentálnej retardácie sa zvyčajne hodnotia štandardnými inteligenčnými testami. Niekedy sa dopĺňajú stupnicami hodnotiacimi sociálnu adaptáciu v danom prostredí. Takéto hodnotenie umožňuje približné stanovenie stupňa mentálnej retardácie. Diagnóza bude závisieť od celkového zhodnotenia intelektuálnych funkcií skúseným diagnostikom. Intelektuálne schopnosti a sociálna adaptácia sa môžu časom meniť a akokoľvek nízke, môžu sa zlepšiť vplyvom nácviku alebo rehabilitácie (www.nczisk.sk). Klasifikácia prešla viacerými úpravami. Snahou modifikácie „Medzinárodnej klasifikácie porúch, dizability a handicapu“ bolo vytvorenie modelu, v ktorom by bola zdôraznená snaha vyjadriť momenty v psycho-sociálnej oblasti, ktoré sú súčasťou života osoby s mentálnym postihnutím, jeho životných a pracovných aktivít, jeho účasti na sociálnom a spoločenskom živote. Tým vznikla nová, modifikovaná klasifikácia „Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia - MKF“ (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF). Aby sa vyhovel legitímnemu záujmu systematicky nálepkovať ľudí, sú kategórie MKF pomenované neutrálnymi jazykovými prostriedkami, aby sa vyhlo ponížovaniu, stigmatizovaniu a nevhodným vedľajším významom. Tento prístup prináša so sebou problém, ktorý je možné nazvať „sanovanie termínov“. Pokusom o stanovenie jednotného výkladu pojmu a zároveň aj základných pravidiel starostlivosti o ľudí s postihnutím je Dohovor OSN o právach ľudí so zdravotným postihnutím, ktorý vznikol v roku 2006 na pôde OSN. Do platnosti vstúpil 3. mája 2008. Členské krajiny OSN dostali jednotný návod pre implementovanie starostlivosti o zdravotne postihnutých do svojich národných sociálnych

systémov (Beblavý, 2012). Nývltová (2010) píše, že v súčasnosti sú stupne mentálnej retardácie iba približné, pretože kognitívnu úroveň jednotlivca s mentálnym postihnutím nemôžeme presne zmerať a stanoviť. Kognitívnu úroveň jednotlivca musíme hodnotiť komplexne na základe pozorovania správania v prirodzených podmienkach. Je nutné posudzovať, ktoré bežné úlohy je, alebo nie je dieťa schopné zvládať a aká je jeho prognóza. Pojem mentálna retardácia sa preferuje najmä v medzinárodnej vedeckej komunite. Vyhyba sa aj nedorozumeniam s pojmami, ktoré majú v rôznych krajinách rôzne významy a umožňuje nepoužívať výrazy, ktoré získali v mnohých krajinách hanlivý význam. Táto definícia bola neskôr doplnená aj o podstatné obmedzenie súčasnej existencie. Mentálna retardácia je charakterizovaná výrazným znížením všeobecného intelektu so súbežne súvisiacim obmedzením v dvoch, alebo viacerých využiteľných oblastiach adaptívnych schopností ako komunikácia, sebaobsluha, život doma, sociálne zručnosti, vzdelávanie. Mentálna retardácia sa prejavuje do troch rokov veku dieťaťa (Emerson, 2001). Ako píše Požár (2007) najčastejšie sa používa kvantitatívne hodnotenie inteligencie mentálnej retardácie. Hodnoty IQ je potrebné chápať orientačne. Podľa Procházkovej (1998) sa pri klasifikácii mentálnej retardácie používajú rôzne hľadiská. Najčastejšia to býva hĺbka postihnutia vyjadrená stupňami mentálnej retardácie v závislosti na miere postihnutia intelektu, hľadisko etiologické a symptomatické. Žiadna klasifikácia však nemôže byť presná, pretože pracuje len s jedným kritériom, vytvorené kategórie nie sú presne ohraničené, u jednotlivcov dochádza k vývinu tak negatívnym, ako aj pozitívnym smerom. Klasifikačný systém nepočíta ani s nerovnomernosťami v postihnutí jednotlivých stránok osobnosti, ktorá je pre osoby s mentálnym postihnutím typická. Preto je stanovenie intelligenčného kvocientu považované za orientačné diagnostické kritérium. Dôležitým vodítkom je aj doba,

v ktorej sa mentálna retardácia objavila. Hodnotenie IQ umožňuje približné stanovenie stupňa mentálnej retardácie. Diagnóza závisí od celkového zhodnotenia intelektuálnych funkcií diagnostikom. Intelektuálne schopnosti a sociálna adaptácia sa môžu časom meniť, môžu sa zlepšiť vplyvom nácviku alebo rehabilitácie (data.nczisk.sk). Z hľadiska pedagogiky mentálne postihnutých je najdôležitejšia klasifikácia mentálnej retardácie z hľadiska závažnosti. Orientačne sa jednotlivé stupne ohraničujú IQ, mentálna retardácia sa charakterizuje ako disproporcionalita chronologického a mentálneho veku. Pri klasifikácii sa v súčasnej dobe používa 10. revízia Medzinárodnej klasifikácie chorôb, spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve, platná od roku 1992 (Švarcová, 2006).

4.1.1 Fundamentálny popis jednotlivých stupňov mentálnej retardácie

Retardácia sa vyskytuje s inými psychickými či somatickými poruchami alebo bez nich. Stupne mentálnej retardácie sa zvyčajne hodnotia štandardnými intelligenčnými testami. Niekedy sa dopĺňajú stupnicami hodnotiacimi sociálnu adaptáciu v danom prostredí. Takéto hodnotenie umožňuje približné stanovenie stupňa mentálnej retardácie. Diagnóza by sa mala stanoviť na základe súčasnej úrovne funkcie. Na vyznačenie porúch správania s položkami F70 – F79 sa používa podrozdelenie:

0 bez poruchy správania alebo s minimálnou poruchou správania

1 s významnou poruchou správania a s potrebou pozorovania alebo liečby

8 s inou poruchou správania

9 bez údajov o poruche správania (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022). Hlebová (2016) uvádza, že MKCH-10 z roku 2013 určuje stupeň mentálnej retardácie (Intellectual Developmental Disorder) na základe posúdenia štruktúry inteligencie a posúdenia

schopnosti adaptability (adaptačného správania), orientačne inteligenčným koeficientom (IQ). Celková diagnóza závisí potom od celkového zhodnotenia intelektuálnych funkcií skúmaným diagnostikom:

F70 mierna mentálna retardácia (Mild Intellectual Developmental Disorder) – IQ 50 – 69,

F71 stredne ťažká mentálna retardácia (Moderate Intellectual Developmental Disorder) – IQ 35 – 49,

F72 ťažká mentálna retardácia (Severe Intellectual Developmental Disorder) – IQ 20 – 34,

F73 hlboká mentálna retardácia (Profound Intellectual Developmental Disorder) – IQ do 20,

F78 iná mentálna retardácia,

F79 nešpecifikovaná mentálna retardácia.

Tieto označenia, aktuálne platné a používané sú záväzné v oblasti medicíny, klinickej psychológie, psychologickkej a špeciálno-pedagogickej diagostike mpre stanovenie diagnóz a odporúčaní špecifických opatrení starostlivosti v prospech dieťaťa, žiaka, dospelého s mentálnym postihnutím.

Ľahká mentálna retardácia (IQ od 50 do 69) – F70

Rozsah IQ od 50 do 69 (u dospelých, mentálny vek od 9 do 12 rokov). Problémy s učením v škole. Veľa dospelých je schopných pracovať, udržiavať dobré spoločenské vzťahy a byť prospešnými v spoločnosti.

Patrí sem:

Debilita

Ľahké duševné postihnutie (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022).

Niekedy býva ľahká mentálna retardácia nazývaná aj „rodinná“, je tvorená genetickou transmisiou v kombinácii s nepriaznivými vonkajšími vplyvmi (sociokultúrna deprivácia, ekonomická, príp. fyzické nedostatky, nedostatok stimulácie). Negenetické poškodenie plodu tvorí cca 10 % prípadov, vplyvy sociálne a kultúrne tvoria 30 % , polygénnou dedičnosťou je tvorených okolo 60 % prípadov (Požár, 2007). Vágnerová (2014, s.285) tvrdí: „jednotlivci s ľahkým mentálnym postihnutím dokážu aj

v dospelosti uvažovať v najlepšom prípade na úrovni detí stredného školského veku. Rešpektujú základné práva logiky, ale nie sú schopní myslieť hypoteticky.“ Ako píše Pipeková (1998) do troch rokov môžeme pozorovať ľahké oneskorenie, alebo spomalenie psychomotorického vývinu. U týchto jednotlivcov sa môžu v individuálnej miere prejaviť aj pridružené chorobné stavy ako autizmus, vývinové poruchy, epilepsia, poruchy správania, alebo telesné postihnutia (Švarcová, 2000). Pri narastajúcom počte jednotlivcov je zisťovaná etiológia organického pôvodu. U mnohých však zostávajú príčiny vzniku ľahkej mentálnej retardácie neodhalené. Individuálne a v rôznej miere sa môžu prejaviť aj pridružené chorobné stavy ako napríklad epilepsia, poruchy správania, telesné postihnutie (data.nczisk.sk).

Reč

Hučík (2013) konštatuje, že u tejto skupiny jednotlivcov je schopnosť komunikovať vytvorená, oneskorený je však vývin reči, reč je obsahovo chudobná, prítomné sú časté poruchy formálnej stránky reči. Podľa Kulíškovej (2012, s. 291) „sa môžu jednotlivci v tomto pásme dostať aj na úroveň druhej signálnej sústavy sú schopní zovšeobecňovania a abstrahovania. Verbálne schopnosti môžu byť v bežných komunikačných situáciách postačujúce, preto ich reč nemusí byť nápadná. Ich reč môže byť gramaticky správna, aj keď majú problémy s naučením sa výnimiek z gramatických pravidiel. Niekedy veľmi ťažko formulujú svoje myšlienky do slov, pretože v priebehu ontogenézy reči neprichádza u nich k adekvátnej harmónii medzi vonkajšou a vnútornou rečou.“ Najnápadnejšie problémy sú medzi tretím až šiestym rokom - malá slovná zásoba, oneskorený vývin reči a komunikačných zručností, vady reči, nedostatočná zvedavosť, vynaliezavosť, stereotypy v hre. Podľa Požára (2007), jednotlivci v tomto pásme dokážu v najlepšom prípade uvažovať na úrovni detí stredného školského veku. Rešpektujú niektoré pravidlá logiky, nie sú však schopní uvažovať abstraktne, vo verbálnom prejave chýba väčšina abstraktných pojmov, používajú iba konkrétne označenia. Pipeková (2006) píše, že vývin reči je

oneskorený, slovník ochudobnený najmä o abstraktné pojmy. Výrazné sú pretrvávajúce agramatizmy, artikulácia je u týchto jednotlivcov neobratná, často býva prítomná dyslália. Deti majú často zafixované rečové stereotypy. V inom komunikačnom prejave málokedy zlyhávajú. Ak sú však vystavení stresujúcej udalosti, nevedia stereotypy použiť. Rozvoj sociálnych zručností býva spomalený, avšak v sociálne menej náročnom prostredí môžu byť úplne bez problémov. Hučík (2013) uvádza, že ich rečové schopnosti nebývajú výrazne postihnuté.

Motorika

Psychomotorický vývin zaostáva už od kojeneckého veku, okolo tretieho roku veku je vývin oneskorený už o jeden rok. Vývin jemnej a hrubej motoriky je ľahko oneskorený, objavujú sa poruchy pohybovej koordinácie, avšak v priebehu dospievania a dospelosti môže dosiahnuť normu. Stupňánková, Navrátilová, Procházka (2018, s.214) tvrdia : „ do troch rokov veku sa prejavuje iba ľahké oneskorenie, môže byť spomalený psychomotorický vývin. V období školskej dochádzky pretrváva väčšinou oneskorenie jemnej motoriky a celková koordinácia pohybov.“ Podľa Bazalovej (2006), najvýraznejšie problémy sa objavujú v období školskej dochádzky (konkrétne mechanické myslenie, obmedzená schopnosť logického myslenia, slabšia pamäť zaostávanie analýzy a syntézy, motorika tak jemná, ako aj hrubá býva oneskorená vo vývine, prejavuje sa aj porucha pohybovej koordinácie).

Pozornosť

Pozornosť býva u týchto jednotlivcov povrchnejšia, krátkodobá, nestála, myslenie jednoduché, konkrétne, stereotypné, rigidné, nesamostatné, nepresné, s prvkami infantilizmu. Taktiež sa prejavuje aj neschopnosť dosiahnuť primeranej úrovne rozvíjania logického myslenia. V myslení a v celom správaní dominuje napodobňovanie, mechanicky, bezmyšlienkovite napodobňujú to, čo vidia a počujú. Napodobňovanie u nich prevláda aj v čase, keď je u intaktných detí už v pozadí. V emocionálnej oblasti sa

prejavuje citová nezrelosť, neadekvátnosť citov k podnetom, nízka sebakontrola, sugestibilita. Táto oblasť je závislá na temperamente dieťaťa. Niektorí jednotlivci sa prejavujú ako plačliví, iní, naopak urozprávaní a sebavedomí (Pipeková, 2006). Požár (2017, s. 24) tvrdí, že „u týchto jednotlivcov je nerovnomerne vyvinutá záujmová štruktúra, mnohé záujmy sú obsahovo plytké. Prejavuje sa tiež tendencia vytvárať si nevhodné záujmy – predčasný záujem o opačné pohlavie, fajčenie, pitie alkoholu. „

Sociálne zručnosti

Bazalová (2006) píše, že je spomalený aj rozvoj sociálnych zručností, v sociálne nenáročnom prostredí nemávajú problémy. Tak výchovné, ako aj rodinné prostredie majú významný vplyv na socializáciu jednotlivcov. Jednotlivci v tomto pásme mentálnej retardácie dosahujú schopnosť účelne používať reč v každodennom živote, udržiavať konverzáciu, aj keď si reč osvojujú oneskorene. Väčšina jednotlivcov dosiahne úplnú nezávislosť aj v osobnej starostlivosti a v praktických domácich zručnostiach, ktoré sú však oproti intaktným jednotlivcom pomalšie. Vančová (2007) uvádza, že sú ľahko manipulovateľní, ovplyvniteľní, nekritickí voči sebe, iným, sú malo zvedaví, vynaliezaví, tvoriví. Ich správanie býva problematické, sú impulzívni, alebo, naopak, príliš pasívni, majú problémy s autoreguláciou. Ako predpokladajú autori Bendová, Zíkl (2011, s.13) „vzhľadom k tomu, že v sociálnom kontakte je kladený len veľmi malý dôraz na teoretické vedomosti, nemusí ľaký stupeň mentálneho postihnutia spôsobovať jednotlivcom v sociálnom kontexte žiadne vážnejšie problémy.“ Prítomná býva u nich afektívnejšia labilita, impulzivnosť, úzkostlivosť a zvýšená sugestibilita (Hučík, 2013).

Prognóza

Ak sa zamestnajú, tak potom v práci, ktorá vyžaduje skôr praktické, ako teoretické schopnosti. Často získavajú prácu, ktorá nevyžaduje kvalifikáciu. Väčšina osôb v tomto pásme dosahuje

úplnej samostatnosti v osobnej starostlivosti ako je jedlo, umývanie, obliekanie, hygienické návyky. Hlavné problémy sa prejavujú pri teoretickej práci v škole. Mnohí majú problémy s čítaním, písaním a počítaním. Týmto jednotlivcom prospieva systematická výchova a vzdelávanie rozvíjajúce ich schopnosti a kompenzuje ich nedostatky (Švarcová, 2000). V sociokultúrnom kontexte, kde sa vyžadujú znížené teoretické vedomosti nemusí tento stupeň mentálnej retardácie spôsobovať jednotlivcovi žiadne vážnejšie problémy. Dôsledky zaostalosti sa prejavujú až vtedy, ak je jednotlivec nezrelý po stránke emočnej a sociálnej (ťažšie sa prispôsobuje kultúrnym tradíciám, normám, nie je schopný vyrovnávať sa s požiadavkami kladenými na manželstvo a výchovu detí, nedokáže samostatne riešiť problémy ako získanie a udržanie si zamestnania, finančného zabezpečenia, zabezpečenia bývania...). Hučík (2013) tvrdí, že tieto osoby dosahujú väčšinou úplnú nezávislosť na okolí.

Stredne ťažká mentálna retardácia (IQ od 35 do 49) – F71

Rozsah IQ od 35 do 49 (u dospelých, mentálny vek od 6 do 9 rokov). Výrazne oneskorený vývin v detstve, ale väčšina je schopná dosiahnuť určitý stupeň nezávislosti a schopnosti primerane komunikovať a nadobudnúť školské zručnosti. Život a práca dospelých v spoločnosti vyžaduje starostlivosť rôzneho stupňa.

Patrí sem:

Stredne ťažké duševné postihnutie (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022).

U väčšiny osôb so stredným stupňom mentálnej retardácie je zistená organická etiológia. Často je prítomný detský autizmus, alebo iné pervazívne vývinové poruchy výrazne ovplyvňujúce klinický obraz a spôsob, ako s jednotlivcom pracovať. Väčšina z nich môže chodiť bez pomoci. Často sa vyskytujú telesné postihnutia, neurologické choroby, psychiatrické choroby. Diagnóza sa stanovuje veľmi ťažko najmä z dôvodu obmedzenej verbálnej schopnosti. Informácie sú vždy závislé na osobách, ktoré jednotlivca dobre poznajú (www.primar.sme.sk). Požár (2017, s.24) charakterizuje túto kategóriu ako „výrazné

oneskorenie a limity tak v psychickom, ako aj motorickom vývine.“ U väčšiny jednotlivcov je diagnostikovaná organická etiológia. Môže, ale ani nemusí byť prítomný dedičný podklad (chromozomálne aberácie, trauma, infekcie organizmu - najmä CNS, metabolické a iné choroby spôsobujúce výrazné zmeny v neurobiologickom substráte a vedúce k trvalému defektu). Genetickými príčinami sú v 10 % chromozomálne anomálie, v 3 % vrodené poruchy metabolizmu. Prítomné sú aj somatické degeneratívne znaky (Pipeková, 2006). Problémy a možnosti jednotlivcov podľa Nývtlovej (2010) závisia na tom či majú, alebo nemajú postihnuté zmyslové orgány, motoriku, či sa pridružujú neurologické a psychické poruchy. Tento stupeň znamená podľa Vančovej (2007) závažnejší dopad na život jednotlivca. Jednotlivci sú vývinovo retardovaní a obmedzení vo všetkých zložkách komplexnej osobnosti. Hučík (2013) definuje túto kategóriu ako skupinu osôb, u ktorých je výrazne oneskorený neuropsychický vývin rovnako, ako aj rozvoj porozumenia a používanie reči.

Reč

Podľa Požára (2007), je uvažovanie jednotlivcov v tomto pásme na úrovni myslenia dieťaťa v predškolskom veku. V ich slovníku absentujú menej bežné konkrétne pojmy. Verbálny prejav býva chudobný, agramatický, nesprávne artikulovaný. Učia sa mechanicky, najmä na praktickej úrovni. Reč býva oneskorená vo vývine, prítomné sú agramatizmy, do dospelosti pretrvávajúca dyslália. Reč býva jednoduchá, alebo zostávajúca na neverbálnej úrovni s porozumením jednoduchým verbálnym inštrukciám (Pipeková, 2006). Ako píše Vančová (2007) reč je výrazne narušená, komunikácia je možná vo forme slov, krátkych viet gramaticky a často aj obsahovo nesprávnych. Niekdy sú prítomné len významové zvuky. Mnohí jednotlivci so stredným stupňom mentálnej retardácie komunikujú pomocou komunikačných systémov. U jednotlivcov je výrazne oneskorený rozvoj porozumenia a používania reči a aj ďalšie schopnosti plynúce z používania hovorenej reči sú výrazne oneskorené. Ako uvádza

Kulišková (2012, s.209) „reč môže dosiahnuť úroveň prvej signálnej sústavy. Jednotlivci dokážu niekedy zopakovať dlhšie rečové celky, avšak bez porozumenia. Postupne sa naučia dorozumievať rečou so svojim okolím, pričom viac slov poznajú, ako dokážu používať. Ich reč zostáva na úrovni významových zvukov s jednoduchými vetami.“ Metódy alternatívnej komunikácie pomáhajú čiastočne kompenzácii komunikačných problémov (Hučík, 2013).

Motorika

Psychomotorický vývin je veľmi oneskorený, v šiestich až siedmych rokoch dosahuje úroveň trojročného dieťaťa. Vývin jemnej a hrubej motoriky je spomalený, pretrvávajúca neobratnosť, nekoordinovanosť pohybov, neschopnosť jemných úkonov. V oblasti sebaobsluhy sú niektorí jednotlivci čiastočne samostatní, niektorí vyžadujú pomoc a dohľad po celý život. Myslenie a reč je výrazne oneskorená, čo je pretrvávajúcim faktorom až do dospelosti (Vančová, 2007). Stupňánková, Navrátilová, Procházka (2018, s.214) tvrdia, že „vývin jemnej a hrubej motoriky je výrazne oneskorený a pretrvávajúca celková neobratnosť, jednotlivci sú väčšinou mobilní.“

Pozornosť

Prítomné sú poruchy vnímania, pozornosti, sústredenosti, pamäti. Myslenie je konkrétne a primitívne. Učenie je obmedzené, mechanické a trvá veľmi dlhú dobu, myslenie je stereotypné, rigidné, nepresné, zamerané na nepodstatné, ale nápadné detaily, mechanická pamäť má malú kapacitu (Vančová, 2007). Prítomné je celkové obmedzenie, nízka koncentrácia pozornosti, výrazné oneskorenie rozvoja porozumenia.

Sociálne zručnosti

Požár (2017, s. 24) píše, že: „jednotlivci majú úzku paletu interpersonálnych vzťahov, schopnosť nadväzovať sociálne kontakty sa viaže v značnej miere na rodinných príslušníkov a priateľov, interpretácia sociálnych situácií je obmedzená.“

Zvládajú bežné návyky, jednoduché zručnosti ako je sebaobsluha, jednoduché pracovné úkony. Obmedzenie psychických procesov je sprevádzané epilepsiou, neurologickými a telesnými problémami.

Prognóza

Oneskorená a obmedzená býva aj schopnosť postarať sa o seba a zručnosti. Limitované sú aj schopnosti v škole. Niektorí jednotlivci sú schopní osvojiť si základy trívia, samozrejme, pod vedením kvalifikovaného pedagóga. Vytvorené špeciálne vzdelávacie programy poskytujú týmto jednotlivcom príležitosť rozvíjať obmedzený potenciál a získanie základných vedomostí a zručností (www.primar.sk). V dospelosti sú títo jednotlivci schopní vykonávať jednoduchú manuálnu prácu za predpokladu, že sú zadané úlohy štruktúrované a je zaistený odborný dohľad. V dospelosti dokážu málokedy viesť úplne samostatný život. Zvyčajne bývajú úplne mobilní, fyzicky aktívni, väčšina preukazuje schopnosť nadväzovania kontaktu ku komunikácii s druhými, podieľajú sa na jednoduchých sociálnych aktivitách. Rozdiely sa medzi jednotlivcami prejavujú najmä v povahe ich schopností. Niektorí dosahujú vyššiu úroveň v schopnostiach senzoricko-motorických ako v úlohách závislých na verbálnych schopnostiach, iní sú, naopak, neobratní, ale sú schopní nielen sociálnej interakcie, ale aj komunikácie. Od týchto a mnohých iných závisí aj prognóza jednotlivca.

Ťažká mentálna retardácia (IQ od 20 do 34) – F72

Rozsah IQ od 20 do 34 (u dospelých mentálny vek od 3 do 6 rokov). Stav jednotlivca potrebuje neustálu podporu.

Patrí sem:

Ťažké duševné postihnutie (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022).

Požár (217, s. 25) tvrdí : „ v tomto stupni je výrazne obmedzený mentálny vývin, ktorý je podobný stredne ťažkej mentálnej retardácii čo sa týka klinického obrazu, prítomnosti organickej etiológie a pridružených stavov.“ Príčiny vzniku môžu byť negenetické (poškodenie zárodočnej bunky embrya, plodu a

novorodenca) a genetické. Veľmi často sa objavujú malformácie CNS ako makro, mikrocefália, infekcie spôsobujúce ťažké poruchy štruktúry a funkcie mozgovej činnosti - rubeola (Pipeková, 2006). Vo väčšine prípadov ide podľa Požára (2007), o kombinované postihnutie motoriky, zraku a podobne. Jednotlivci dokážu v najlepšom prípade chápať základné súvislosti a vzťahy zhruba na úrovni batolaťa.

Reč

Reč je jednoduchá, obmedzená na jednoduché slová, nemusí sa vôbec vytvoriť. Výrazne býva narušená afektívna sféra s prítomnosťou nestálosti, nálad, impulzivitou. Vyžadujú celoživotnú starostlivosť (Pipeková, 2006). Väčšinou prevláda podľa Hučíka (2013) nonverbálna komunikácia, neartikulované výkriky, výnimočne jednoduché slová. Jednotlivci sú schopní osvojenia si niekoľkých nesprávne artikulovaných slovných výrazov, používajú ich generalizovane, nepresne. Niekedy sa nenaučia hovoriť vôbec. Učenie vyžaduje dlhodobé úsilie a aj napriek tomu zvládnu iba základnú sebaosbluhu, plnenie jednoduchých príkazov (Švarcová, 2000,2006). Pipeková (2006) píše o minimálnom rozvoji komunikačných schopností obmedzených na jednotlivé slová, škrekry, reč často nebýva vytvorená vôbec. Kulišková (2012, s. 290) uvádza: „títo jednotlivci nedosiahnu úroveň vyššej nervovej činnosti. Ich rečové prejavy zostávajú na pudovej úrovni. V ťažších prípadoch vydávajú neartikulované zvuky, ktoré rôznym spôsobom modulujú. Niekedy sú schopní osvojiť si pár slov. U niektorých jednotlivcov môžeme dosiahnuť reakciu na zavolanie, ale bez pochopenia vzťahu ku svojej osobe. Niekedy sú schopní aj jednoduchých posunkov.“

Motorika

Ako uvádza Hučík (2013), prítomné sú výrazné obmedzenia a masívne poruchy motoriky, taktiež aj somatické postihnutie. Špeciálna rehabilitačná, výchovná a vzdelávacia starostlivosť môže prispieť k rozvoju motoriky. Podľa Bazalovej (2006),

psychomotorický vývin je oneskorený už v predškolskom veku, pretrvávajú značná pohybová neobratnosť, dlhodobé osvojovanie si základných hygienických návykov a prvkov sebaobsluhy. Stupňánková, Navrátilová, Procházka (2018, s.214) tvrdia: „psychomotorický vývin je oneskorený, preto je nevyhnutný dlhodobý nácvik koordinácie pohybov. Často sa vyskytuje telesné postihnutie, stereotypné, automatické pohyby, výrazné je narušenie motoriky.“

Pozornosť

Narušená je koncentrácia pozornosti. Pri systematickej výchovnej starostlivosti sú schopní vykonávať niektoré jednoduché úkony, avšak celoživotne bývajú odkázaní na starostlivosť a pomoc iných osôb (Pipeková, 2006). Kognitívne procesy u tejto skupiny jednotlivcov môžu celkom absentovať. Títo jednotlivci pôsobia, akoby si neboli vedomí diania vo svojom okolí alebo takmer nereagujú na prichádzajúce podnety. Niektorí jednotlivci s ťažkým postihnutím sú schopní pochopiť princíp kauzality a uvedomujú si stálosť objektov. Princíp kauzality znamená chápanie príčiny a následku, keď dieťa chápe, že akákoľvek jeho aktivita môže vyvolať určitú reakciu alebo na ňu môže získať spätnú väzbu. Povedomie o stálosti objektu znamená, že jednotliviec chápe, že daný objekt stále existuje, aj keď ho nevidí. Tieto dve skutočnosti sú kľúčové pre utváranie si obrazu o okolí a jeho chápanie. Tieto schopnosti sa u dieťaťa rozvíjajú vo veku približne 8 mesiacov. Niektorí jednotlivci chápu najjednoduchšie súvislosti (Hrčová, 2015).

Prognóza

Jednotlivci si môžu dlhodobým tréningom osvojiť hygienické návyky a čiastočne aj iné činnosti z oblasti sebaobsluhy. Niektorí však nedokážu udržať telesnú čistotu ani v dospelosti. Taktiež je prítomné značné obmedzenie psychických procesov (Pipeková, 2006). Možnosti vzdelávania sú značne obmedzené, avšak včasná systematická a dostatočne kvalifikovaná rehabilitačná, výchovná a vzdelávacia starostlivosť môže významne prispieť k rozvíjaniu

ich motoriky, rozumových, komunikačných schopností, sebestačnosti a tým celkovému zlepšeniu kvality ich života (Švarcová, 2000,2006).

Hlboká mentálna retardácia (*IQ pod 20*)

IQ je pod 20 (u dospelých mentálny vek menej ako 3 roky). Výsledkom bude pravdepodobne závažné obmedzenie samostatnosti, kontinencie, samostatnosti a pohyblivosti.

Patrí sem hlboké (najťažšie duševné postihnutie) (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022). Vo väčšine prípadov ide o organickú etiológiu. Bežná je prítomnosť neurologických, alebo iných postihnutí majúcich vplyv na pohyblivosť (Pipeková, 2006). Vančová (2007) uvádza, že v tomto stupni mentálnej retardácie ide o fatálne poškodenie, obmedzenie vývinu a funkcionovania organizmu. Vývin neuropsychických funkcií je, ako píše Hučík (2013) výrazne obmedzený, zásadné obmedzenia sú v oblasti porozumenia požiadavkám okolia a schopnosti reagovať na ne. Prítomná býva epilepsia, poruchy zraku, sluchu, často bývajú prítomné najťažšie formy pervazívnych vývinových porúch (atypický autizmus).

Reč

Požár (2007) popisuje týchto jednotlivcov ako takých, ktorí neovládajú artikulovanú reč. Chápanie a porozumenie reči charakterizuje vyhovovanie jednoduchým požiadavkám. Možno je dosiahnutie najzákladnejších zrakovo-priestorových orientačných schopností. Vo väčšine prípadov ide o organickú etiológiu, bežné sú ťažké neurologické, alebo telesné postihnutia, epilepsia, postihnutie zraku a sluchu. Ako tvrdí Kulíšková (2012, s.290) „komunikácia zostáva na nižšej pudovej úrovni, jednotlivci zvyčajne vydávajú len neartikulované škrekky, stereotypne sa opakujúce zvuky, ktoré modulujú podľa svojho momentálneho citového rozpoloženia. Neprejavuje sa u nich mimika, ani nonverbálna komunikácia. Obyčajne produkujú aspoň dysfonický chrapľavý hlas, veľmi zriedka sa vyskytne úplne nehovoriaci človek.“ Podľa Hučíka (2013) je oblasť komunikácie obmedzená

na neverbálny, rudimentárny spôsob.

Motorika

Podľa Stupňánková, Navrátilová, Procházka (2018, s.214) „sa vyskytuje ťažké oneskorenie psychomotoriky, obmedzenie motoriky s častou imobilitou, stereotypnými pohybmi.“ Jednotlivci majú podľa Vančovej (2007) problémy s príjmom, hryzením, prehĺtaním potravy, mnohí z nich bývajú sondovaní. Jednotlivci sa nedožívajú vyššieho veku. Mnohí jednotlivci sú imobilní, nedokážu sedieť, iní sa plazia, lozia, ich pohyby sú nekoordinované. Apatickí jednotlivci celé hodiny ležia, alebo sedia. Naopak, eretické typy môžu vykonávať stereotypné phyby (kývanie hlavou). Podľa autora Hučíka (2013) sú prítomné bežné neurologické, alebo iné telesné odlišnosti, ktoré ovplyvňujú pohyblivosť jednotlivca.

Pozornosť

Požár (2007) píše o takmer vôbec sa nevyvíjajúcich pozorovacích schopnostiach. Jednotlivci s postihnutím dokážu v najlepšom prípade diferencovať známe a neznáme predmety, reagovať na ne negatívne, alebo pozitívne.

Sociálne zručnosti

U mobilných jednotlivcov sú časté najťažšie formy pervazívnych vývinových porúch, najmä atypický autizmus (Švarcová, 2000). Bendová, Zíkl (2011, s.15) uvádzajú, že „ vo výchove detí s hlbokou mentálnou retardáciou sa využívajú predovšetkým také momenty, ktoré jednotlivca približujú naspäť do fázy intrauterinného života a poskytnú mu tak návrat k vývinovému štádiu, ktoré zodpovedá rozsahu jeho postihnutia a poskytnú mu tak návrat k vývinovému štádiu zodpovedajúcemu rozsahu jeho postihnutia a potrieb z toho vyplývajúcich. Ide predovšetkým o metódy a techniky založené na bazálno - dialogickom vzťahu medzi učiteľom/terapeutom a dieťaťom s mentálnym postihnutím.“ Typická je pre nich veľmi malá, alebo žiadna schopnosť starať sa o svoje základné potreby, vyžadujú stálu pomoc a dohľad (Požár, 2007).

Prognóza

Prítomné bývajú najťažšie formy porúch autistického spektra, najmä atypický autizmus. Jednotlivci majú ťažko obmedzenú schopnosť porozumieť požiadavkám, alebo inštrukciám. Väčšina z nich je imobilná, alebo výrazne obmedzená v pohybe, prítomná je inkontinencia. Sú schopní rudimentárnej neverbálnej komunikácie, nie sú schopní sebaobsluhy, vyžadujú neustálu starostlivosť (Pipeková, 2006). Výsledkom je závažné obmedzenie samostatnosti, kontinencie a pohyblivosti. Jednotlivci v tomto pásme mentálnej retardácie sú ťažko obmedzení vo svojej schopnosti porozumenia požiadavkám, alebo inštrukciám, poprípade im vyhovieť. Väčšina jednotlivcov je imobilná, alebo má výrazné obmedzenie v pohybe. Bývajú inkontinentní, prinajlepšom sú schopní rudimentárnej neverbálnej komunikácie (Švarcová, 2000,2006). Požár (2017, s. 25): „ v najťažších prípadoch sa v podstate nevyvíja charakteristický obraz – osobnosť. Potrebná je celoživotná, veľmi intenzívna a permanentná starostlivosť.“ Vzhľadom na uvedené skutočnosti je jednou z foriem, ako komunikovať s jednotlivcami v ťažkom a hlbokom pásme mentálnej retardácie využívanie alternatívnej a augmentatívnej komunikácie.

Alternatívna a augmentatívna komunikácia (AAK)

Bendová, Zikl (2011) uvádzajú alternatívnu a augmentatívnu komunikáciu ako takú, ktorá sa využíva u detí s výrazne narušenou expresívnou zložkou reči. Tieto systémy majú za úlohu minimalizovať možnosť vzniku komunikačného deficitu a vytvoriť nový podporný, alebo náhradný komunikačný kanál, ktorý by umožňoval deťom s mentálnym postihnutím a súčasne s ťažko narušenou komunikačnou schopnosťou stať sa rovnocennými komunikačnými partnermi v edukačnom procese. Pri poruchách realizácie komunikačného procesu u žiakov s mentálnym postihnutím sa podľa Hlebovej, Ďordovičovej (2015), môžu využívať tzv. systémy augmentatívnej komunikácie. Tie sú zamerané na podporu už existujúcich komunikačných schopností s cieľom zvýšenia kvality porozumenia a uľahčenia

vyjadrovania a alternatívnej komunikácie, ktoré slúžia ako náhrada hovorenej reči, ktoré im uľahčujú aktívne sa dorozumievať nielen v každodennej medziľudskej komunikácii, ale aj v procese ich edukácie pri rozvíjaní jazykových a kognitívnych schopností. Podľa autoriek rozlišujeme tieto metódy augmentatívnej a alternatívnej komunikácie:

- bez pomôcok – využívanie prostriedkov nonverbálnej komunikácie (pohľad, mimika, gestikulácia, vizuálne motorické znaky);

- s pomôckami – využívanie rôznych predmetov, obrázkov, fotografií, symbolov (piktogramy, písmo), komunikátorov;

- iné typy – doplnky k ľahšiemu ovládaniu osobných počítačov pri komunikácii (alternatívne klávesnice, spínače a pod.).

Využitie systémov AAK u detí s mentálnym postihnutím prinášajú v komparácii s bežnou komunikáciou určité nevýhody. Môže to byť napríklad menšia spoločenská využiteľnosť systémov AAK, evokovanie pozornosti zo strany sociálneho okolia, nemožnosť komunikácie s jednotlivcom, ktorý daný jazyk neovláda. Môže ísť aj o zvýšené nároky na sociálne okolie v zmysle osvojenia si náhradného, alebo podporného komunikačného systému.

K základným systémom patria piktogramy (maximálne zjednodušené zobrazenia, ktoré sú zrozumiteľné všetkým kategóriám osôb bez ohľadu na ich kultúru). V špeciálnopedagogickej praxi majú piktogramy najmä podpornú a substitučnú formu pri rozvoji reči jednotlivcom so závažným mentálnym postihnutím, s poruchami autistického spektra, v dôsledku čoho je výrazne narušená ich komunikačná schopnosť (Bendová, Zíkl, 2011).

V systéme BLISS sú podľa Maštalířa, Pastierikovej (2018) pre používateľov symboly spracované do individuálnej komunikačnej tabuľky. Vzhľadom na vyššiu abstraktnosť nie je možné systém Bliss až tak veľmi využívať napríklad u jednotlivcov s ťažkým a hlbokým mentálnym postihnutím. Systém Bliss je tvorený podľa Bendovej, Zíkla (2011) 26 základnými grafickými prvkami, z ktorých je možné vytvoriť 2300 symbolov, ktoré predstavujú

rozsiahly komunikačný slovník, ktorý je usporiadaný do komunikačných tabuliek. Symboly sú pomerne abstraktné, vytvorené z geometrických tvarov, ktorých rôzna veľkosť, orientácia a poloha demonštruje ich diferencované významy. Komunikácia u detí s mentálnym postihnutím prebieha ich identifikáciou prstom, alebo manipuláciou so symbolmi. Systém Bliss bol vytvorený primárne pre jednotlivcov s centrálnymi poruchami motoriky so súčasne narušenou expresívnou zložkou reči s intelektom v pásme normy, bola táto metóda rozpracovaná aj pre jednotlivcov s mentálnym postihnutím, viacnásobným postihnutím a poruchou autistického spektra.

Výmenný obrázkový komunikačný systém (VOKS)

Systém VOKS definuje Mašťalíř, Pastieriková (2018) ako systém, ktorý pracuje s vizuálnymi symbolmi, avšak oproti piktogramom deti obrázky neukazujú, ale prinášajú. VOKS je podľa Kollárovej (2015) rýchle získanie funkčných komunikačných schopností. Ide o spôsob ako učiť žiakov komunikovať, ale predovšetkým, ako im vysvetliť prečo komunikovať, teda význam a silu komunikácie. Celý systém výuky je postavený tak aby viedol žiaka k nezávislosti – k samostatnému používaniu svojho komunikačného systému. Je komunikačným systémom podľa Bendovej, Zikla (2011) na báze AAK, ktorý môže slúžiť nielen ako podpora, ale aj náhrada verbálnej komunikácie. Komunikácia funguje na báze výmeny symbolov. Na pochopenie princípu sa najskôr využívajú obľúbené pochutiny, obľúbené predmety.. Pre deti s detským autizmom alebo mentálnym postihnutím je toto príťažlivé, pretože dostanú, čo chcú. Výmena obrázkov je zo strany komunikačného partnera slovne komentovaná, čím má dieťa spätnú, sluchovú väzbu a ak toto slovo zopakuje, dochádza k rozvíjaniu slovnej zásoby. Cieľom systému

Komunikačný systém MAKATON

Poláčková Beliková (2014) charakterizuje Makaton ako systém komunikácie, ktorá sa používa v rámci alternatívnej a augmentatívnej komunikácie. Jednou z jeho zložiek sú posunky, ktoré boli použité z prirodzeného posunkového jazyka. Dnes sa

prevažne používa u nepočujúcich detí a dospelých s pridruženým mentálnym postihnutím, u autistov, jedincov s poruchami artikulácie, u zrakovo postihnutých, u afatikov, u detí s ťažkými formami balbuties, ale aj pri osvojovaní si čítania, u detí so špecifickými poruchami. Využíva sa aj na komunikáciu jednotlivcov s telesným a kombinovaným postihnutím so závažnými artikulačnými problémami. Maštalíř, Pastieriková (2018) píše o systéme Makaton ako takom, kde je základom 350 znakov a symbolov. Tieto sú upravené tak, aby boli ľahko pohybovo stvárniteľné a významovo rozpoznateľné. Aplikácia systému je spojená so znakovaním kľúčových slov vo vete, pričom je znakovanie sprevádzané rytmizovanou rečou, mimickými prvkami, moduláciou reči a demonštráciou symbolov. U malých detí s mentálnym postihnutím je využívanie systému často kombinované s využitím obrázkov, fotografií, piktogramov. V súčasnej dobe sa podľa autorov využíva u nepočujúcich dospelých, mentálne postihnutých, malých nepočujúcich deťoch, detí s autizmom, viacnásobne postihnutých po cievnych mozgových príhodách a pod.

Znak do reči

Za základ môžeme považovať podľa Maštalířa, Pastierikovej (2018) považovať aplikáciu giest a zapojenie mimiky jednotlivca s ťažkou narušenou komunikačnou schopnosťou. Ide o otvorený komunikačný systém prirodzených znakov, ktoré sa dajú upravovať a dopĺňať podľa individuálnych potrieb jednotlivca. Gestá sú jednoduché, ilustratívne, rešpektujúce individuálnu úroveň motorických, vizuálnych a kognitívnych funkcií jednotlivca. Bendová, Zíkl (2011) tvrdia, že systém je doplnkom určeným pre jednotlivcov s narušenou expresívnou zložkou reči. Ide najmä o deti a mládež s mentálnym postihnutím a s centrálnym narušením motoriky.

Využitie špeciálnych počítačových programov a pomôcok pre AAK

Deťom s mentálnym postihnutím, ktoré komunikujú prostredníctvom AAK môžeme komunikáciu uľahčiť tým, že im statické symboly umiestnime do zariadenia s hlasovým výstupom.

Deti s mentálnym postihnutím, aj keby vôbec nekomunikovali získajú spätnú sluchovú väzbu. Tá je dôležitá pre rozvíjanie vnútornej reči jednotlivcov jeho symbolické myslenie.

Iný stupeň mentálnej retardácie

Táto kategória by sa mala použiť, ak je použitie štandardných inteligenčných testov veľmi ťažké alebo nemožné pre zmyslové alebo telesné postihnutie, ako napríklad slepota, hluchonemosť, ťažké poruchy správania alebo fyzické postihnutie (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022).

Toto označenie sa používa vtedy, keď stanovenie intelektovej retardácie pomocou zvyčajných metód je nemožné, alebo nie je ľahké z dôvodu prítomnosti senzorických, alebo telesných postihnutí (jednotlivci nevidiaci, s poruchami správania, s autizmom, s ťažkým telesným postihnutím..).

Nešpecifikovaný stupeň mentálnej retardácie

Označenie sa používa v prípadoch, kedy je síce mentálna retardácia preukázaná, ale nie je dostatok informácií, aby bolo možné zaradiť jednotlivca do vyššie uvedených kategórií.

Informácie nie sú dostačujúce na zatriedenie mentálnej retardácie do jednej z vyššie uvedených kategórií.

Patrí sem:

Psychické:

- postihnutie, bližšie neurčené
- deficit, bližšie neurčený (MKCH 10, platnosť od 1.3.2022).

4.2 Druhy a typy mentálnej retardácie

Vančová (2007) tvrdí, že mentálna retardácia sa klasifikuje na 4 základné kategórie a to druhy mentálnej retardácie, typy, stupne a formy mentálnej retardácie. Druhy mentálnej retardácie je možné klasifikovať s ohľadom na etiológiu a dobu ich vzniku na:

- oligofréniu,
- demenciu,
- sociálne podmienenú mentálnu retardáciu.

4.2.1 Druhy mentálnej retardácie

Vašek, Bajo (1994) popisujú **oligofréniu** (z gréckeho oligos – málo, fren – duša, myseľ, rozum) ako druh mentálnej retardácie organického pôvodu, pri ktorom došlo k organickému poškodeniu mozgu a CNS pred narodením, pri narodení alebo po narodení do 2. roku veku dieťaťa. Je to stav zapríčinený štrukturálnym difúznym poškodením mozgu v prenatalnom, perinatálnom, alebo postnatálnom vývinovom období zhruba do druhého roku života dieťaťa. Valenta, Müller (2003, s. 15): „ Ak ide o mentálnu retardáciu vrodenu, alebo získanu do dvoch rokov života, hovoríme o primárnom mentálnom postihnutí pomenovanom ako oligofrénia.“

Marková (2014) charakterizuje oligofréniu ako obmedzenie vývinu všetkých psychických funkcií, najmä rozumových. Vzniká organickým poškodením mozgu, alebo CNS pred, pri a po narodení, zhruba do 2 rokov veku života. Býva viditeľná na prvý pohľad najmä vtedy, ak ide o ťažšiu formu mentálneho postihnutia. Oligofrénia môže byť hereditárna (dedičná), vrodená (kongenitálna), včasne získaná. Ťažko sa rozlišuje vrodená oligofrénia od včasne získanej v prvých rokoch života (Vašek, Bajo, 1988). Rozsah poškodenia závisí od patogénnych faktorov a doby ich pôsobenia. Ako dôsledok týchto poškodení sa oligofrénia symptomaticky prejavuje v poruche tempa a kvality celkového komplexného vývinu osobnosti jednotlivca po stránke motorickej, senzorickej, sebaobslužnej, komunikácie, kognície, orientácie v prostredí, aj z hľadiska sociálnej adaptácie. Medicína zatiaľ nevie intelektuálne znevýhodnenie vyliečiť, ale mnohými intervenciami a terapiami je možné stav jednotlivca relatívne zlepšovať (Vašek, Bajo 1994).

Etiológia

Vančová (2007, s. 100) uvádza, že „patogénne faktory zapríčiňujú rôzny charakter postihnutia mozgu a CNS – poškodenie mozgových nervových buniek či podporných tkanív z hľadiska morfogénézy, nedostatočný počet neurónov, nedostatočné vytváranie funkčných spojov medzi neurónmi, poruchy myelinizácie. Rozsah poškodenia v závislosti od patogénnych faktorov a doby ich pôsobenia môže byť od mierneho, až po masívne poškodenie.“ Podľa Pipkovej (1998) z etiologických faktorov sa najčastejšie uvádzajú v predkoncepčnom období mutácie génov, aberácie chromozómov žiarením, alebo chemickými látkami, alebo neznámymi faktormi. V perinatálnom období sú príčinami abnormality plodu abnormality pôrodných ciest a pôrodu, v postnatálnom období to bývajú infekcie, zápal mozgu a úrazy. Tieto a ďalšie iné faktory môžu zapríčiniť poškodenie mozgu, mozgového tkaniva, ciev, nedostatočný, nerovnomerný vývin mozgu, mozgovej kôry, čo sa následnej prejavuje disharmóniou vo vývine celej osobnosti s najvýraznejším poškodením v intelektovej oblasti.

V poslednom období nastupuje trend chápania mentálnej retardácie v rámci oligofrénie ako dynamického procesu, tento stav sa začína považovať za relatívny.

Symptomatológia

U jednotlivcov je významne poškodená aj motorická, citová a vôľová zložka osobnosti. Oligofréniu môžeme považovať aj za stav stacionárneho charakteru, relatívne nemenný, trvalý, chronický. Tento stav nemá tendenciu k zlepšovaniu a zhoršovaniu. Preto oligofréniu nemožno vyliečiť, mentálny defekt nemožno kompenzovať a ani počítať s výraznejšou, spontánnou, vývinovou úpravou (Vašek, Bajo, 1988). Vančová (2007, s.100) predpokladá: „Rozsah poškodenia má spravidla vplyv na manifestujúci stupeň mentálneho postihnutia. Ako dôsledok takýchto poškodení sa oligofrénia symptomaticky prejavuje v poruche tempa aj kvality celkového komplexného

vývinu osobnosti jednotlivca po stránke motorickej, senzorickej, sebaobslužnej, komunikácie, kognície, orientácie v prostredí, po stránke osobnostnej aj z hľadiska sociálnej adaptácie. Býva viditeľná už na prvý pohľad jednotlivec sa odlišuje od osôb rovnakého veku prejavmi, správaním, reakciami, komunikáciou, motorikou a často aj výzorom.“

Valenta, Müller (2003, s. 15) charakterizujú **demenciu** ako: „stav po druhom roku života dieťaťa, ktorá má v porovnaní s oligofréniou väčšinou progredujúci charakter s tendenciou postupného zhoršovania a prehlbovania symptómov.“

Demencia podľa Pipekovej (1998) vzniká po druhom roku veku života, je to proces zastavenia, rozpadu normálneho mentálneho vývinu, ktorý je zapríčinený neskoršou poruchou, chorobou, úrazom mozgu. Demencia je mentálna retardácia spôsobená organickým poškodením mozgu a CNS. Je zapríčinená neskorším poškodením mozgu, zhruba po druhom roku života dieťaťa (Vašek, Bajo, 1988). Demencie sú v klasifikačnom systéme Medzinárodnej klasifikácie chorôb uvedené nie pod strešnou mentálnou retardáciou, ale ako organické duševné poruchy. Detské demencie je vhodnejšie pomenovať termínom „deteriorácia“ inteligencie, keďže zasahujú do organizmu, ktorý je vo vývine (Vašek, Bajo, 1988).

Etiológia

Najčastejšie je to encephalitída, meningitída, úrazy mozgu, poruchy metabolizmu. Spôsobuje nerovnomerný úbytok intelektových schopností (ibidem). Medzi najčastejšie etiologické faktory patria zápal mozgu, mozgových blán, úrazy mozgu, poruchy metabolizmu, intoxikácie, degeneratívne a demyelizačné procesy v CNS (Vančová, 2007).

Symptomatológia

Príznakom je zvýšená dráždivosť, únava, emocionálna labilita, výkyvy pozornosti, poruchy pamäti a učenia. Vančová (2007) uvádza, že vývin jednotlivca prebieha intakne až po dobu, kedy zapôsobil patogén a poškodil mozog a CNS. Patogén môže

spôsobiť tak organickú deštrukciu mozgu, ako aj funkcionálnu poruchu, môže spôsobiť aj oboje. Na rozdiel od oligofrénie nejde o relatívne stabilný stav. Tu ide o regres, prerušenie normálneho vývinu, regresívne procesy nezasahujú jednotlivé výkonové a funkčné oblasti organizmu rovnako rýchlo a závažne. Niektoré z demencií sa môžu po určitom čase ako progresívny proces spomaliť, zastaviť, alebo sa môžu dokonca zlepšovať, smerovať k východiskovému stavu, typický je však postupný či už rovnomerný, alebo nerovnomerný progresívny proces - zhoršovanie celej psychiky, alebo niektorých jej oblastí. Osoby s demenciou si vyžadujú, na rozdiel od oligofrénnych odlišné pedagogické prístupy a individuálne edukačné stratégie, sú ťažšie diagnostikovateľné. Pre väčšinu demencií je charakteristické poškodenie mozgu a následne aj psychiky, na rozdiel od difúzneho poškodenia mozgu pri oligofrénii. Pri lokálnych poruchách sú niektoré mechanizmy poškodené, iné, naopak zostali na rozličných úrovniach zachované. Môže sa to prejaviť napríklad špecifickými poruchami učenia. Postupne sa rozpadáva schopnosť koncentrácie, autoregulácie a práceschopnosť. Demencie sa diagnostikujú ťažšie ako oligofrénie. Čím skorší je začiatok demencie, tým je väčší problém odlíšiť ju od oligofrénie. Členenie jednotlivcov s mentálnym postihnutím na oligofrénov a dementných je veľmi dôležité najmä z hľadiska výchovy, pretože odlišná je ich prognóza a s tým súvisiaci program, obsah, tempo, metódy a formy práce (Vašek, Bajo, 1988).

Sociálne podmienená mentálna retardácia v minulosti označovaná ako sociálna debilita, pseudooligofrénia, pseudodebilita je postihnutie, ktoré nemá organický charakter. V extrémne nevhodnom sociálnom prostredí, pri extrémnom nedostatku výchovných, citových a sociálnych podnetov sa kognitívny a celkový psychosociálny vývin nemôže realizovať normálne. Následne dochádza k disproporcii chronologického a mentálneho veku a intelekt môže zostúpiť až do pásma mentálnej retardácie. Väčšinou ide o ľahký stupeň mentálnej retardácie.

Z hľadiska edukácie a socializácie majú najlepšiu prognózu v porovnaní s oligofrénmi a dementnými (Vančová, 2007).

Rýchle porozumenie potrebám žiaka s mentálnym postihnutím považujeme za dobré východisko pre poskytnutie včasného poradenstva všetkým zainteresovaným. Včasnú intervenciu môžeme vyhodnotiť ako proces, keď posilňujeme zdravie, predchádzame rôznym formám rizikového vývinu. Cieľom aktivít je predchádzanie vzniku patologického vývinu vytváraním podmienok pre optimálny vývin žiaka (Žolnová, 2020).

4.2.2 Typy mentálnej retardácie

Typy mentálnej retardácie sa vyčleňujú prevažne na základe typu vyššej nervovej činnosti, prejavov správania a typológie správania. Podľa reaktivity sa redukujú tieto typológie:

- eretický typ,
- apatický typ,
- nevyhrančný typ.

Eretický typ (nepokojný, dráždivý, instabilný, verzatilný). Patria sem deti nepokojné, vzrušivé a dráždivé. Procesy vzruchu a útlmu prebiehajú patologicky rýchlo. Vzruch prevláda nad útlmom.

Symptomatológia

Typický je pre nich motorický nepokoj, nedisciplinovanosť, nesústredenosť, prelietavá pozornosť, krátkodobá práceschopnosť, neobratnosť, výbušnosť, prehnané emocionálne reakcie a agresivita. Reagujú neadekvátne na vonkajšie podnety a problémom je vybudovanie elementárnej autoregulácie. Sú ťažko ovládateľní, majú problém spolupracovať a podriaďovať sa autorite. Výrazná je u nich instabilita, hyperkinetickosť, permanentný motorický nepokoj. Deti sú ťažko ovládateľné, sú zdrojom konfliktov (Bajo, Vašek, 1994). Podľa Vančovej (2007) prebieha u nich proces vzruchu a útlmu patologicky rýchlo, pričom majú problém s osvojením si elementárnej autoregulácie, majú problémy so sociálnou adaptáciou. V rečovej sfére sa

prejavujú ako veľmi hlučné, vyrušujú, vykrikujú, neustále majú nejaké pripomienky. Zrýchlené myslenie je málo hodnotné, s primitívnymi asociáciami a neschopnosťou koncentrovať sa na potrebný čas. Toto všetko sa odráža na ich výkonnosti v škole, v akceptovaní výchovných požiadaviek. Citovo sa prejavujú ako nestále, so slabou vôľou, s obmedzenou možnosťou motivácie, emocionálne labilné, afektívne, inkontinentné, neochotné prekonávať aj malé prekážky. S týmto všetkým úzko súvisia sekundárne poruchy sociálnych vzťahov a ťažkosti so sociálnou adaptáciou. Typické prejavy sa dajú tlmieť medikamentózne (ataraktiká, sedatíva), alebo psychoterapeuticky, tréningom správania a posilňovaním žiaducich foriem správania (Bajo, Vašek, 1994). Instabilita detí je nápadná najmä v škole, deti nevydržia dlhšie sedieť, stále sa vrtia, otáčajú, vyskakujú, všetko chytajú, ničia. Prejavujú sa aj ako zlostné, agresívne, bijú spolužiakov. Deti sú ťažko ovládateľné, sú zdrojom konfliktov v okolí, ťažko sa podriaďujú disciplíne, požiadavkam. Žiaci predstavujú zložitý výchovný problém (Pipeková, 1998, 2006).

Apatický typ (torpidný, strnulý) je podľa Vančovej (2007), Slowíka, (2007) charakteristický výraznou a nápadnou nepohyblivosťou, nečinnosťou, hypokinetickosťou.

Symptomatológia

Jednotlivci sú pomalí v myslení, konaní, komunikácii. Motoricky sa prejavujú jednoduchými, nediferencovanými, stereotypnými pohybmi. Väčšinou bývajú tieto deti poslušné a bez problémov sa podriaďia autorite. Máločo ich zaujíma, sú málo zvedaví, preto je veľmi ťažké ich motivovať a niečím zaujať. Nejde o zámerné prejavy. Ťažké apatické stavy je možné ovplyvňovať medikamentózne. Apatické deti sú všeobecne ľahšie vychovateľné ako deti eretické. Jednotlivci sú výkonnejší v jednoduchých nenáročných manuálnych činnostiach ako deti instabilné. V škole patria medzi dobré a slušné deti, nie sú s nimi výchovné problémy. Bývajú spokojné, voči podnetom ľahostajné. Chôdza je u nich pomalá, pomaly vnímajú, hovoria, myslia. Majú slabú vôľu, málo si zapamätajú, málo sa naučia, máločo

z naučeného vedia použiť. Neochotne prekonávajú prekážky, citovo sú zväčša tupé. Veľmi častý je komunikačný handicap, málo a pomaly hovoria, hovoria monotónne, s častými perseveráciami. Apatickosť sa dá čiastočne ovplyvniť medikamentózne a špeciálnou výchovou. Sú ľahšie vychovávateľní ako eretici. Pokiaľ ide o jednoduché, nenáročné, manuálne práce sú výkonnejšie, ako apatici. Podobne ako eretici, ani apatici si svoj stav neuvedomujú (Bajo, Vašek, 1994).

Nevyhranený typ. Medzi výrazne instabilnými a torpídnymi typmi je široká škála prechodných typov detí, u ktorých procesy vzruchu a útlmu sú relatívne v rovnováhe, resp. niektorý z nich mierne prevláda. Ich správanie, reakcie, prejavy nemajú charakter extrémnosti. Z hľadiska výchovnej prognózy sú pre sociálnu adaptáciu, rehabilitáciu a integráciu najvhodnejšie (ibidem).

Záver

Serfontein (1999, s. 115) vo svojej publikácii uvádza: „Nikto nie je ako opustený ostrov v oceáne.“ Dieťa s mentálnym postihnutím nežije v izolácii, jeho správanie sa odráža na ľuďoch, ktorí sú v jeho blízkosti a ich reakcie spätne ovplyvňujú jeho život. Špecifické správanie u detí s mentálnym postihnutím je odlišné od bežnej populácie a môže spôsobiť problémy v sociálnych interakciách.

Otázky a úlohy

1. Popremýšľajte nad klasifikáciou mentálnej retardácie, vyhl'adajte názory rôznych autorov doma a v zahraničí, komparujte ich názory.
2. Pouvažujte nad stupňami mentálnej retardácie, vyhl'adajte rozdiely medzi MKCH 10 a MKCH 10 platnej od 01.03.2022
3. Popíšte druhy a typy mentálnej retardácie.
4. V skupine popremýšľajte nad etiológiou, symptomatológiou.

Bibliografia

- BAZALOVÁ, B.2006. Psychopedie. *In Kapitoly te speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s.269-287. ISBN 80-7315-120-0.
- BEBLAVÝ, M. Sociální politika. 168 s. [citované 20.12.2020]. Dostupné z file:///C:/Users/ories/Desktop/Socilnapolitika.pdf.
- BENDO VÁ, P., ZIKL, P. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 97-88024-738-54-3.
- EMERSON, E.2001. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2001. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- HLEBO VÁ, B., ĎORĎOVIČOVÁ, J. 2015. Rozvíjanie komunikačnej a čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v inklúzii. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 121 s. ISBN 978-80-555-1356-0.
- HUČÍK, J. 2013. Edukácia žiakov s mentálnym postihnutím. In *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján : PROHU, 2013, s. 145. ISBN 978-80-89535-13-2.
- JAKABČIC, I., POŽÁR, L.1996. Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých. Bratislava: Iris, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- KOLLÁROVÁ, S. 2015. Využitie alternatívnych prístupov pri rozvoji komunikačných schopností žiakov s autizmom. Prešov: MPC. 38 s.
- KULÍŠKOVÁ, O. 2012. Fatické funkce. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., et al. *Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2012. s. 286-295. ISBN 978-80-271-0378-2.
- LECHTA, V. 1995. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 1995. 267 s. ISBN 80-88824-18-4.
- MARKOVÁ, J. 2014. *Základy špeciálnej pedagogiky pre*

- študentov odboru sociálna práca*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2014. 148 s. ISBN 978-80-8132-100-9.
- MAŠTALÍŘ, J., PASTIERIKOVÁ, L. 2018. Alternativní a augmentativní komunikace. Olomouc: Univerzita Palackého, 2018. 55 s.
- MATULAY, K. *Ošetrovanie mentálne poškodených*. Martin: Osveta, 1989. 159 s.
- NÝVLTOVÁ, V. 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita J.A.Komenského, 2010. 240 s. ISBN 9788086723853.
- OBDRŽÁLEK, Z., HORVÁTHOVÁ, K., et al. 2004. Organizácia a manažment školstva. Bratislava: SPN, Mladé letá, 2004. 419 s. ISBN 80-10-00022-1.
- ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M. 2004. *MKF Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka*.
- PIPEKOVÁ, J. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. 2006. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- POLÁČKOVÁ BIELIKOVÁ, V. 2014. *Sociálna dimenzia v inkluzívnej edukácii žiakov so sluchovým postihnutím*. Nitra: UKF, 2014. 145 s. ISBN 978-80-558-0655-6.
- POŽÁR, L. 2007. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 97-880-8082-147-0.
- PROCHÁZKA, M. 2012. Pozornost. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně -právním kontextu.*. Praha: Grada, 2012. s 200-208. ISBN 978-80-247-3829-1.
- PROCHÁZKOVÁ, M. 1998. Mentální retardace. In *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 1998. s.124-132. ISBN 80-85931-51-6.
- REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. 2012. *Zdravotné postihnutie –*

vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.

SERFONTEIN, G. 1999. *Potíže dětí s učením a chováním.* Praha : Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.

SLOWÍK, J. 2007. *Speciální pedagogika.* Praha: Grada, 2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

STUPŇÁNKOVÁ, E., NAVRÁTILOVÁ, M., Procházka, M. 2012. Motorika. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., et al. *Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání.* Praha: Grada, 2012. s.212-227. ISBN 978-80-271-0378-2.

ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace.* Praha : Portál, 2006. s. 178 ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. 2000. *Mentální retardace.* Praha: Portál, 2000. 178s. ISBN 80-7178-506-7.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika.* Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O., et al. 2007. *Psychopedie.* Praha : Parta, 2007. 393 s. ISBN 978-80-7320-099-2.

VANČOVÁ, A. 2007. *Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl.* Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 171 s. ISBN 978-80-89113-30-9.

VAŠEK, Š., BAJO, I. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia).* Bratislava: Sapientia, 1994. 240 s. ISBN 80-967180-1-0.

VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023.

VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese.* Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 9788026206965.

ŽOLNOVÁ, J. *Individuálna podpora žiaka s mentálnym postihnutím a problémami správania v kontexte zostavenia*

individuálneho vzdelávacieho programu. *In Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae*. ISSN 1336-2232. - roč. 19, č. 2 (2020), s. 138-151.

http://www.statpedu.sk/files/documents/svp/vp_pre_zz/vp_mentalne_postihnutie/vp_pre_deti_s_mentalnym_postihnutim_isc_ed_0.pdf [online]. 2020 [2020-29-12].

<http://www.displus.sk/cast0500.pdf-MKCH>

<http://primar.sme.sk/c/4116978/downov-syndrom-trizomia21.html#ixzz1khC9hcmt> [online].

2022 [2022-29-01].

Medzinárodná klasifikácia chorôb: Duševné poruchy a poruchy správania [online]. 2021 [2021-29-12]. Dostupné na internete: <http://data.nczisk.sk/old/infozz/mkch/mkch-10/cast0500.pdf>.

5 VZDELÁVANIE JEDNOTLIVCOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM

Žolnová, Semanová (2016, s.17) uvádzajú: Každé dieťa má právo na rovnoprávny prístup ku vzdelávaniu, na vzdelanie v štátnom i materinskom jazyku, na individuálny prístup rešpektujúci jeho osobitosti, možnosti, nadanie a zdravotný stav s akceptovaním jeho vierovyznania, svetonázoru, národnostnej a etnickej príslušnosti. Má právo na poradenstvo spojené s výchovou a vzdelávaním, ktoré je v bezpečnom prostredí. V neposlednom rade má každé dieťa právo na úctu k svojej osobe“. Výsledky výchovy u žiakov s mentálnym postihnutím prichádzajú veľmi pomaly, niekedy ich vychovávateľ ťažko pozoruje. Každá schopnosť vyžaduje niekoľkonásobné opakovanie a veľkú trpezlivosť. Vychovávateľa často cítia pocit bezúspešnosti, bezmocnosti, potrebujú nielen pochopenie, ale aj rady odborníkov (Švarcová, 2006). Výchovu a vzdelávanie jednotlivcov s mentálnym postihnutím chápeme ako celoživotný proces. Hlavným cieľom výchovy dieťaťa je optimálne rozvinutie jeho osobnosti. Dnes je známe, že väčšinu populácie s mentálnym postihnutím možno za určitých podmienok špeciálnou výchovou pozitívne ovplyvniť. Od stupňa mentálnej retardácie sa odvíja tak stupeň socializácie, ako aj miera zapojenia jednotlivca do pracovného a spoločenského života (Kovářová, Klugová, 2011). Filozofickým, etickým a právnym východiskom súčasnej koncepcie špeciálneho vzdelávania je uplatňovanie princípov charty OSN na osemdesiate roky, kde sa v článku 46 uvádza, že každý národ nesie zodpovednosť za to, aby sa jeho školský systém postaral aj o deti so zdravotným postihnutím tak, ako aj o deti s intaktným intelektom (Švarcová, 2006). Na Slovensku sa školský systém skladá z predškolskej siete zariadení, základného, stredného a vysokoškolského štúdia. Paralelne s týmto systémom je organizovaná aj výchova a vzdelávanie žiakov s mentálnym postihnutím, ktorí sa vychovávajú a vzdelávajú v špeciálnych

materských školách, špeciálnych základných školách, praktických školách a odborných učilištiach.

Osobitosti vývinu jednotlivca s mentálnym postihnutím vo vzťahu ku výchove a vzdelávaniu

Cieľom výchovy jednotlivcov s inakosťou je čo najvšestrannejší rozvoj ich osobnosti s ohľadom na ich optimálne možnosti, ktoré sú dané stupňom mentálnej zaostalosti. Výsledkom celého procesu má byť čo možno najvyšší stupeň socializácie jednotlivcov, čo možno najširšie a najúspešnejšie pracovné a spoločenské uplatnenie (Vašek, Bajo, 1988).

Podporu dieťaťa môžeme rozdeliť nasledovne:

- občasná podpora-podpora krátkodobá, prechodná,
- obmedzená podpora-časovo obmedzená podpora,
- rozsiahla podpora - priebežná, časovo neobmedzená podpora, aspoň v jednom prostredí, kde sa jednotlivec pohybuje (napr. škola),
- úplná podpora-celoživotná, vo všetkých typoch prostredia, kde sa jednotlivec pohybuje (Kovářová, Klugová, 2011).

Celý výchovno – vzdelávací proces ovplyvňujú odlišnosti dieťaťa s postihnutím. K najčastejším patrí pomalejší vývin motoriky oproti normálu, trvalá neobratnosť, prítomnosť viacnásobných postihnutí.

Špecifiká vývinu motoriky a grafomotoriky u jednotlivcov s mentálnym postihnutím podľa Petráša (2018), s. 219, s. 219,223

Lahká mentálna retardácia	Vývin jemnej motoriky je oproti normálu pomalejší. Problémy sa prejavujú najmä v období školskej dochádzky, avšak vhodným cvikom a výchovným vedením sa môžu tieto nedostatky postupne zlepšovať. V priebehu dospievania a dospelosti môžu dosiahnuť úroveň normálu.
Stredný stupeň mentálnej retardácie	Vývin jemnej motoriky je výrazne spomalený, trvalo zostáva neobratnosť, problémy s koordináciou pohybov pri jemných úkonoch – zapínanie gombíčiek, zaväzovanie šnúrok na topánkach. Medzi deťmi sú podstatnejšie rozdiely v povahe schopností. Niektorí jednotlivci dosiahnu vyššiu úroveň v neverbálnych úlohách ako v úlohách závislých na verbálnych schopnostiach. Naopak, iní jednotlivci trpia značnou neobratnosťou, pričom ich úroveň sociálnej interakcie a komunikácie dosahuje vyššiu úroveň.
Ťažká mentálna retardácia	Psychomotorický vývin je výrazne oneskorený už v ranom veku. Deti trpia výrazným stupňom poruchy motoriky a inými pridruženými vadami.
Hlboká mentálna retardácia	Deti sú väčšinou imobilné, alebo výrazne obmedzené v pohybe.
Grafomotorika	
Lahká mentálna retardácia	Vývin jemnej motoriky je oproti normálu pomalejší. Problémy sa prejavujú najmä v období školskej dochádzky, avšak vhodným cvikom a výchovným vedením sa môžu tieto nedostatky postupne zlepšovať. V priebehu dospievania a dospelosti môžu dosiahnuť úroveň normálu.
Stredný stupeň mentálnej retardácie	Vývin jemnej motoriky je výrazne spomalený, trvalo zostáva neobratnosť, problémy s koordináciou pohybov pri jemných úkonoch – zapínanie gombíčiek, zaväzovanie šnúrok na topánkach. Medzi deťmi sú podstatnejšie rozdiely v povahe schopností. Niektorí jednotlivci dosiahnu vyššiu úroveň v neverbálnych úlohách ako v úlohách závislých na verbálnych schopnostiach. Naopak, iní jednotlivci trpia značnou neobratnosťou, pričom ich úroveň sociálnej interakcie a komunikácie dosahuje vyššiu úroveň.

Ťažká mentálna retardácia	Psychomotorický vývin je výrazne oneskorený už v ranom veku. Deti trpia výrazným stupňom poruchy motoriky a inými pridruženými vadami.
Hlboká mentálna retardácia	Deti sú väčšinou imobilné, alebo výrazne obmedzené v pohybe.
Grafomotorika u jednotlivcov s odlišnosťou	Postihnutá býva jemná motorika prstov, rúk, čo má za následok menšiu neobratnosť, ktorá sa prejavuje pri kreslení a písaní. Deti môžu vykazovať odlišnosti vo vývine kresby a grafomotorických a spoločne aj vizomotorických schopností. Miera problémov je závislá na stupni mentálnej retardácie, rozsahu. Čím hlbšie je postihnutie, tým sú prejavy oneskorenia vo vývine dieťaťa väčšie a podobne je to tak aj v kresbe. V kresbe ľudskej postavy sa u detí s mentálnym postihnutím najmä v predškolskom veku prejavuje malý počet detailov, neadekvátne spájanie častí, ktoré v skutočnosti k sebe nepatria. Niektoré deti majú nechúť ku kresleniu, čo je spôsobené ich motorickou neobratnosťou a často aj kritickými poznámkami okolia, preto dieťa radšej kreslí jednoduché obrázky.

Vnímanie ako vývinovo primárne je ovplyvňované úrovňou rozumových schopností. U jednotlivcov zdravých je proces utvárania podmienených spojov rýchly, u jednotlivcov s mentálnym postihnutím je vplyvom poškodenia CNS tento proces pomalý, prebieha s určitými odchýlkami. Spomalenosť tempa vnímania a značné zúženie rozsahu vnímania sa prejavuje tým, že na rozdiel od jednotlivca intaktného je u dieťaťa s mentálnym postihnutím obmedzená schopnosť globálneho videnia, zotrvávajú vo fáze vnímania detailov, percepčná syntéza je problematická (Petráš, 2012).

Vnímanie	Prítomná je spomalenosť a znížený rozsah zrakového vnímania, čo je potrebné zohľadňovať v procese edukácie, bezprostredné vnímanie je vždy výberové (vizuálna percepcia nemá podobu fotografie, alebo filmového pásu, akustické vnímanie nie je obdobou magnetofónového záznamu, proces zrakového vnímania vykazuje oproti normálu niektoré osobitosti, ktorých príčiny môžeme zhrnúť do týchto kategórií: - fyziologické (špecifická činnosť CNS, najmä zníženie pohyblivosti kôrových procesov), - psychologické (malá miera skúsenosti, nedostatočné využitie skúseností v procese vnímania, -inaktivita, ktorá je aj najvýraznejšou charakteristikou procesu vnímania u osôb s mentálnym postihnutím. Spomalenosť tempa vnímania, zúženie rozsahu vnímania, obmedzená schopnosť globálneho videnia, zotrávajú vo fáze vnímania detailov, percepčná syntéza je problematická, narušená je aj schopnosť pochopiť perspektívu, jednotlivec nerozlišuje polohu, nedostatočne diferencuje detaily a celky, pri vnímaní priestoru a času dochádza k častému zlyhávaniu (odhad dĺžky, hĺbky, času..).
Hmatové vnemy	Najväčším problémom býva inaktivita, zníženie citlivosti hmatových vnemov, pocity a vnemy sú nediferencované, narušená je diskriminácia figúry a pozadia. Táto skutočnosť v rámci vyučovania negatívne ovplyvňuje najmä oblasť vyučovania čítania a písania, avšak má vplyv aj na využitie akéhokoľvek obrazového materiálu v priebehu ich edukácie.
Sluchové vnímanie	Pre akustický analyzátor je charakteristické oneskorenie fonematického sluchu (diferenciácia foném). Toto taktiež ovplyvňuje edukačný proces a čítanie, pretože dieťa s mentálnym postihnutím nedokáže diferencovať podobne znejúce hlásky (p-b; t-d; m-n; s-š).Narušená je aj schopnosť sluchovej analýzy a syntézy.

(Bendová, Zikl, 2011), Valenta, Müller (2003, s.39), (Jakabčic, Požár, 1996).

Myslenie je podľa Bendová, Zikl (2011) druhosignálnou funkciou. Mentálne postihnutí najmä v ľahších stupňoch postihnutia sú schopní do určitej miery abstraktne riešiť problémové situácie. Ťažkosti však majú s verbálnou definíciou podobností, s formulovaním stanoviska, z ktorého úlohu prakticky riešili. Deti s mentálnym postihnutím sa môžu naučiť zovšeobecňovať, proces však prebieha oveľa pomalšie, ako u detí intaktných. Konkrétne-názorné myslenie, nedostatky v myšlienkových operáciách (analýze, syntéze, abstrakcii, porovnávaní) sú jedny z hlavných charakteristík procesu myslenia jednotlivcov s inakosťou. (Slowík.... Osobitosťou myslenia sú aj nedostatky v myšlienkových operáciách. Veľmi časté je nedostatočné zovšeobecňovanie, čo sa prejavuje v problémoch pri osvojovaní si pravidiel a všeobecných pojmov. Preto si deti s mentálnym postihnutím ťažko osvojujú gramatiku a aj aritmetiku. Dieťa s mentálnym postihnutím je fixované na konkrétnu situáciu, čo vyvoláva obrovské problémy pri abstrahovaní. Pre deti s intelektovým znevýhodnením je charakteristická nedôslednosť myslenia. Pri odpovediach sa im často stáva, že stratia niť danej myšlienky a začnú hovoriť o niečom úplne inom (Požár, 2007).

Myslenie	Myslenie je stereotypné, rigidné, viazané k určitému spôsobu myslenia, je zaťažené konkrétnosťou a chybami v myšlienkovvej analýze a syntéze, značná nekritičnosť, pojmy sú tvorené ťažkopádne, úsudky sú nepresné, nie sú schopné vyššej abstrakcie a generalizácie, myslenie je zaťažené prílišnou konkrétnosťou, dieťa nie je schopné vyššej abstrakcie a generalizácie, nepresnosti a chyby v analýze a syntéze, myslenie je nedôsledné, vyznačuje sa slabou riadiacou funkciou, značnou nekritickosťou, pojmy sa tvoria ťažkopádne, úsudky sú nepresné, líšia sa najmä konkrétnosťou myslenia a slabou schopnosťou nielen zovšeobecňovania, ale aj abstrakcie.
----------	---

Osobitosti myslenia	- porucha organizácie myšlienkovvej činnosti (problém, ktorý majú riešiť nevzbudzuje u nich pokusy na určenie možných postupov, nesnažia sa vopred vybrať možné spôsoby na určenie postupu, okamžite začínajú riešiť), -tendencia k stereotypnému mysleniu (sklon opakovať už raz spomenuté spôsoby riešenia a to aj v tom prípade, ak je nový problém úplne iný, podobajúci sa len niektorými vonkajšími charakteristikami na predchádzajúci), - nedôslednosť myslenia (osoby s odlišnosťou nepostupujú systematicky, dôsledne. Aj keď úlohu začnú riešiť správne, náhodná chyba ich odkloní od správneho postupu), - nekritičnosť myslenia (pre jednotlivcov s inakosťou je charakteristické nepochybovať o správnosti svojich domnienok, málokedy spozorujú svoje chyby, nepredpokladajú, že sa môžu u nich tiež vyskytnúť. Skutočnosť, že problém nevyriešili pripisujú vonkajším okolnostiam), - proces utvárania pojmov prebieha pomalšie, nemôžeme ho však považovať za obmenu normálneho vývinu
---------------------	---

Valenta, Müller (2003), Požár (2007), Jakabčic, Požár, 1996).

Podľa Bendovej, Zikl (2011) vykazujú pamäť jednotlivcov s mentálnym postihnutím určité špecifiká. Pamäť ako píše Jakabčic, Požár (1996) nedosahuje takú kvantitatívnu a kvalitatívnu úroveň ako pamäť jednotlivcov intaktných. Zaostávanie je výraznejšie v oblasti logickej pamäti, pri mechanickej pamäti sa úroveň približuje normálu. Činnosť jednotlivcov s odlišnosťou je charakterizovaná celým radom osobitostí, ktoré vedú k neadekvátnym postupom pri osvojovaní úlohy.

Pamäť	Nové poznatky si osvojujú pomaly, s podporou viacnásobného opakovania, majú problém so znovuvybavením si podstatného, Žiaci majú problém s triedením pamäťových sŕôp, preto majú skôr mechanicú pamäť, pre ktorú nie je potrebná výrazná selekcia pamäťových sŕôp, tie sa udržia bez väčšieho triedenia, bez ohľadu na význam, obsah, dôležitosť, pomalé a komplikované osvojenie si abstraktných pojmov, pamäť
-------	--

	je prevažne mechanická, konkrétna, krátkodobá, potrebuje viacnásobné opakovanie, všetko nové si osvojujú pomaly, až po viacnásobnom opakovaní, naučené rýchlo zabúdajú, pamäťové stopy si vybavujú nepresne, vedomosti nevedia včas uplatniť v praxi. .
--	---

K osobitostiam pamäti jednotlivcov s mentálnym postihnutím patrí aj nekvalitné triedenie pamäťových stôp, jednotlivci s mentálnym postihnutím majú skôr mechanickú pamäť.

Výrazné charakteristiky v priebehu učenia sú: časté narušenie orientácie v úlohe, nevhodné postupy volené jednotlivcami s inakosťou, chybný vzťah k ťažkostiam pri riešení úlohy, neschopnosť dať do súvisu priebežný a konečný výsledok. Rozdiely medzi deťmi s mentálnym postihnutím a deťmi intaktnými sú aj pri zámernom a mimovoľnom zapamätávaní. Pamäťový výkon osôb s odlišnosťou je lepší vtedy, ak je materiál usporiadaný. To však závisí od toho, či je možné učebný materiál schematizovať na základe určených kritérií. U jednotlivcov s mentálnym postihnutím je novonadobudnutý materiál a poznatky neorganizované, často sa uchováávajú bez prepojenia alebo začlenenia do existujúcich systémov. Jednotlivé fakty sa k sebe priradujú, vytvárajú sa zhľuky, akoby izolované „trsy“ poznatkov. Toto sa prejavuje aj v kvalite podržania v pamäti a následného procesu vybavovania. Problémom pre nich je vybaviť si z pamäti práve ten fakt a poznatok, ktorý v danom momente potrebujú. Pri reprodukcii dochádza k strate výrazných znakov, predmetov a javov, často si zamieňajú slová použité v texte vlastnými slovami bez toho, aby čo len v malej miere súviseli s textom (Jakabčic, Požár, 1996). Podmienené spoje majú podľa Svobodu (2012) tendenciu vyhasínať rýchlejšie, ako u intaktnej populácie. Preto je potrebné v rámci edukácie venovať zvýšený priestor cyklickému opakovaniu učiva, jeho fixácii a automatizácii, dôležité je klásť dôraz na rôznorodosť precvičovaného a najmä modifikáciu formy práce so žiakmi.

Výkon osôb s mentálnym postihnutím v učení je podstatne nižší, ako u intaktných. Priebeh učenia má diferenciálne znaky ako je neschopnosť realizovať inštrukcie o charaktere a cieľi úlohy,

často ignorujú požiadavky obsiahnuté v inštrukcii a tým aj odchýlenie od cieľa učenia, nevhodná voľba stratégie (často volia nesprávnu stratégiu, v menšej miere dochádza u nich k zmene zvoleného postupu aj vtedy keď je zrejmé, že nie je správny, menšia schopnosť využiť vedľajšie kľúče obsiahnuté v úlohe, znížená schopnosť využiť informáciu o mieste chyby v procese učenia sa, zvýšená tendencia vytvárať si stereotypné chybné reakcie.

Učenie	Štyri kategórie možných príčin zníženého výkonu v učení: 1. Porucha vytvárania pamäťovej stopy (jednotlivé opakovania málo posilňujú pamäťový stopu, je potrebné viackrát informáciu opakovať, aby sa pamäťová stopa vytvorila. 2. Porucha zamerania pamäti (nedostatočná diferenciácia relevantného od nepodstatného podnetu). 3. Porucha vzťahu medzi prvou a druhou signálnou sústavou (učenie sa často zužuje len na jednu z nich bez vzájomnej podpory). 4. Nedostatky v motivácii k učeniu (motivačné faktory sa stimulujú iným spôsobom, ako u intaktných).
--------	--

Illyés, 1978 (in Jakabčic, Požár, 1996)

Charakteristickým javom u jednotlivcov s intelektuálnym znevýhodnením je aj nedostatočne rozvinutá záujmová oblasť a jej diferenciácia. Priebeh učenia ovplyvňuje aj nerovnomerný vývin chápania pojmov, nadobúdanie zručností, fragmentárne chápanie znemožňujúce celkové pochopenie úlohy (Jakabčic, Požár, 1996). Dieťa s mentálnym postihnutím vykazuje viacero osobitostí. Okrem špecifických poznávacích, vôľových a motivačných osobitostí sa dieťa najmä v strednom pásme mentálnej retardácie vyznačuje kvantitatívne a kvalitatívne odlišnými predčitateľskými schopnosťami. Úspešná edukácia dieťaťa s odlišnosťou oproti edukácii intaktných detí vyžaduje oveľa viac didaktickej prepracovanosti obsahu učenia. Dieťa s inakosťou sa nevyznačuje len problémami v oblasti predstavivosti a v základných myšlienkových operáciách

(rozlišovanie, triedenie, komparácia, nedostatky v syntéze a analýze nie je schopné vyššej abstrakcie a generalizácie, vo svojom myslení je nedôsledné a nepresné), ale aj nedostatkami a nepresnosťami zrakového vnímania (postupné vnímanie časti obrázkov, čiastočné prekryvanie figúr, nerozlišovanie polotieňov, nechápanie perspektívy, alebo rozpoznávanie odtieňov farieb) (Vojtko, 2011).

Pozornosť

Podľa Bendová, Zikl (2011), pozornosť patrí medzi kognitívne funkcie, úzko súvisí s bezprostredným vnímaním a poznaním. Pozornosť môžeme deliť na nepodmienenú (mimovoľne sa zameriava na silné podnety z okolia) a na podmienenú, viazanú na vôľu jednotlivca s mentálnym postihnutím. Pre výkon vyžadujúci určitú koncentráciu zámernej pozornosti je u detí s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia 15-20 minút. Potom nastupuje u detí zvýšená unaviteľnosť (Jakabčic, Požár, 1996). Valenta, Müller (2003, s.42) tvrdia, že „žiak s mentálnym postihnutím je schopný udržať zámernú pozornosť oveľa kratšiu dobu, ako jeho intaktný rovesník. Po sústredení musí nasledovať relaxácia, čo je dôležitý poznatok z hľadiska štruktúrovania vyučovacej jednotky. Je nutné počítať s tým, že schopnosť udržať pozornosť je rôzna podľa postihnutia. Procházka (2012, s.204) uvádza: „U detí s mentálnym postihnutím sa môžeme stretnúť s prípadmi veľmi ľahkého zníženia zámernej pozornosti, až po jej masívnu fluktuáciu. U detí vykazuje udržanie zámernej pozornosti zníženú úroveň, ak je prítomný aj faktor organického poškodenia CNS, úroveň zámernej pozornosti sa ešte znižuje.“

Pozornosť	Zámerná – podmienená pozornosť je špecifická obmedzeným rozsahom sledovaného javu, je fluktuujúca, charakteristická zníženou schopnosťou až neschopnosťou venovania sa viacerým činnostiam naraz, s narastajúcim výkonom narastá aj počet chýb, zúžený je rozsah pozornosti, s rastom kvantity výkonu vzrastá počet chýb a naopak, ak je lepšia kvalita, klesá kvantita.
-----------	--

(Jakabčic, Požár, 1996). Valenta, Müller (2003, s.42)

Rozsah zámernej pozornosti a neschopnosť dieťaťa s inakosťou udržať ju v nevyhnutnej miere je jedným z najväčších problémov vzdelávania žiaka s inakosťou. Okrem nestálosti a rýchlej unaviteľnosti pozornosti dieťa s odlišnosťou nedokáže svoju pozornosť rozdeliť na viac činností, naopak, je schopné reflektovať na jednu, jednoduchú činnosť (Vojtko, 2011).

Reč

„Jednou spomedzi fascinujúcich ľudských schopností je schopnosť rečovej komunikácie. Definujeme ju ako schopnosť vedome používať jazyk ako zložitý komunikačný systém znakov a symbolov vo všetkých jeho formách. Táto schopnosť je nielen akousi „hraničnou zónou“ medzi človekom a živočíšnou ríšou, ale aj schopnosťou, vďaka ktorej sa ľudstvo môže usilovať o nadviazanie kontaktov s iným svetom“ (Lechta, 2000, s. 13). Prvotná funkcia reči, je funkcia oznamovacia, sociálneho styku, pôsobenia na iných, a to ako u dospelých, tak aj u detí. Prvotná reč dieťaťa je čisto sociálna. Zložitý a bohatý sociálny kontakt dieťaťa vedie k mimoriadne skorému vývinu prostriedkov komunikácie. Vývin reči je zložitý proces, ktorý ovplyvňuje mnoho aspektov či už vnútorných (napr. genetická predispozícia osvojovať si reč, celkový stav dieťaťa, nervový systém - jeho dozrievanie, spôsoby, akými spracováva podnety z okolia, pohlavie, charakterové vlastnosti dieťaťa), alebo vonkajších (rečové prostredie, množstvo a kvalita podnetov,...). Sú založené na princípe viacnásobnej spätnej väzby, čo komplikuje možnosť úplne presne identifikovať všetky činitele, ktoré vo svojej nesmiernej rozmanitosti ovplyvnili z kvalitatívneho i kvantitatívneho aspektu rečový vývin dieťaťa. Nemožno teda vždy konkrétne a jednoznačne určiť príčinu narušenej komunikačnej schopnosti, poznáme ale stratégie, ktoré umožnia rodičom i pedagógom stať sa pre dieťa efektívnym komunikačným partnerom a deťom pomôžu správne rečovo napredovať (Hornáková, et al. 2005).

Reč detí s mentálnym postihnutím

Reč detí s ľahkým mentálnym postihnutím	Reč nemusí byť mimoriadne nápadná vzhľadom na to, že ich verbálne schopnosti sú viac-menej dostačujúce. Deti sa môžu dostať na úroveň druhej signálnej sústavy, sú schopné zovšeobecňovania a abstrahovania. Myslenie zaostáva v usudzovacích schopnostiach. Verbálne zlyhanie nastáva najmä v komunikačných situáciách, ktoré neočakávajú, vtedy, keď nemôžu použiť zafixované rečové stereotypy. V priebehu ich vývinu niekedy nedochádza k splynutiu medzi vnútornou a vonkajšou rečou, čo spôsobuje, že niekedy formulujú svoje myšlienky do slov veľmi ťažko. Keď si osvoja primeraný aktívny a pasívny slovník potrebný pre komunikáciu vo svojom okolí a odstránia závažnejšie rečové poruchy nemusia byť tieto deti svojou rečou nápadné. Mnohí často používajú hovorové stereotypy, nezvládajú gramatické formy jazyka, niekedy sa prejavuje echolália. U týchto detí sa môže správne vyvinúť artikulácia, ale porozumenie obsahu reči, ktoré je priamo závislé od inteligencie, je narušené. Správne vyvinutá artikulácia býva u detí s neporušenou motorikou a so silne vyvinutou napodobňovacou schopnosťou - dokážu reprodukovat' aj moduláciu reči, tiež sa naučia reprodukovat' celé pesničky.
Reč detí so stredným stupňom mentálneho postihnutia	Môže dosiahnuť úroveň prvej signálnej sústavy. Deti dokážu niekedy zopakovať dlhšie rečové celky, avšak bez porozumenia. Postupne sa naučia dorozumievať rečou so svojim okolím. Poznajú viac slov, ako vedia aktívne použiť. Niekedy sa začína reč rozvíjať okolo šiesteho roku života. V ľahších prípadoch sa môže neskôr dobre rozvinúť. Mechanicky dokážu opakovať, ale tomu o čom hovoria nerozumejú. Je to spôsobené tým, že majú dobre vyvinutú napodobňovaciu schopnosť. Neskôr sa naučia dorozumievať so svojim okolím, pričom viac poznajú ako aktívne používajú.

Reč detí s ťažkou duševnou zaostalosťou	Deti nedosiahnu úroveň vyššej nervovej činnosti. Rečové prejavy zostávajú na pudovej úrovni. V ťažších prípadoch vydávajú jednotlivci neartikulované zvuky, ktoré rôznym spôsobom modulujú v závislosti od toho či ide o želanie, odpor alebo zlosť. Niekedy si osvoja niekoľko slov ako mama, tata, bez pochopenia vzťahu ku svojej osobe. U detí s ťažkým mentálnym postihnutím na rečovej úrovni síce pretrvávajú pudové zložky, no je prítomný aj nový prvok – spájanie počutých zvukov s ich zdrojom a s konkrétnymi situáciami. Dieťa na prvosignálnej úrovni reaguje na zvuky reči a samo produkuje významové zvuky. Vety sú jednoslovné, častá je echolália, ktorá súvisí s napodobňovacou schopnosťou. Tieto deti dokážu napodobňovať aj dlhšie vetné celky, čo im umožňuje ich živý napodobňovací pud. Je to prejav skôr pasívneho napodobňovania, ako vlastného aktívneho spracovania. Slová sú na úrovni významových signálnych zvukov a tieto deti dokážu zvládnuť aj základy trívia. Ich psychický vývin dosahuje úroveň podmienenej reflexnej činnosti, preto môže ich reč dosiahnuť úroveň prvej signálnej sústavy. Majú schopnosť reprodukovat' aj dlhšie rečové celky bez toho, aby rozumeli tomu, čo hovoria. Na naučené verbálne signály niekedy reagujú a sami produkujú slová – zvuky zvyčajne echolalicky, ich zmysel nechápu. Veľmi často sa vyskytuje nemota, avšak spravidla nebýva totálna. Produkujú aspoň chrapľavý hlas, postupom času si osvoja zopár skomolených slov (mama, tata, a pod.), no akusticky tieto slová vyznievajú skôr ako džavot. Aj keď oslovujú rodičov tata a mama nechápu ich vzťah ku svojej osobe.
Reč detí s hlbokým mentálnym postihnutím	Deti s hlbokým mentálnym postihnutím nedosahujú úroveň vyššej nervovej činnosti, čo sa prejavuje aj na ich rečovom vývine. Komunikácia zostáva na nižšej pudovej úrovni, jednotlivci vydávajú neartikulované škreky, stereotypne sa opakujúce zvuky, ktoré modulujú. U niektorých jednotlivcov môžeme dosiahnuť reakciu na zavolanie.

	Neprejavuje sa u nich mimika, ani nonverbálna komunikácia. Obyčajne produkujú aspoň dysfonický, chrapľavý hlas, veľmi zriedka sa vyskytuje úplne nehovoriaci človek.
Rečové osobitosti jednotlivcov z pohľadu jednotlivých jazykových rovín	
Lexikálno-sémantická rovina	V súvislosti so stupňom zníženia intelektu je obmedzená slovná zásoba, reč je extrémne chudobná, prevládajú názvy bežných predmetov. Len zriedkavo sa objavujú slová, ktoré vyjadrujú vlastnosti a kvalitu predmetov. Výrazný je nepomer medzi pasívnou a aktívnou slovnou zásobou. Prevažuje pasívny slovník, ktorý sa aj v priebehu špeciálno-pedagogickej stimulácie aktivizuje s veľkými ťažkosťami. Dominuje situačná reč (je zrozumiteľná len pre toho, kto pozná situáciu). V procese sémantizácie žiaci s mentálnym postihnutím priradujú to isté slovo celej rade viac-menej podobných alebo aj úplne rozdielnych vecí a javov, pričom sa nedá hovoriť o generalizácii či diferenciacii pojmov. Používajú veľký počet nevýznamových slov v porovnaní s relatívne menším počtom slov významových. Deti s mentálnym postihnutím nedospejú ku generalizácii, v reči prevládajú podstatné mená, menej slovesá. Prídavné mená sa objavujú veľmi málo, zámená a číslovky takmer vôbec nevyužívajú. Typické je takmer nulové používanie prísloviak príčinných a dôsledkových.
Morfologicko-syntaktická rovina	Gramatické formy jazyka zvládne iba dieťa s ľahkým mentálnym postihnutím a čo sa týka predškolského veku iba mizivé percento takýchto detí. Reč jednotlivcov so stredne ťažkým mentálnym postihnutím sa po gramatickej stránke ani nepriblíži norme. Pokiaľ ide o syntax, prevažujú jednoslovné, len zriedka jednoduché vety. Typická je preferencia veľmi krátkych viet a jednoznačných konkrétnych pojmov. Na prvom mieste v stavbe vety sa často vyskytujú slová, ktoré majú pre tieto deti subjektívne najvyšší význam. Vety sú dysgramatické. Tvorenie

	vedľajších viet sa začína u jednotlivcov s ľahkým mentálnym postihnutím až po piatom roku. Pri stavbe vety kladú deti na prvé miesto to, čo má pre nich najväčší význam. Stavba viet zostáva na úrovni jednoduchých výpovedí o javoch, vedľajšie vety vyjadrujúce vzťahy medzi udalosťami sa vyskytujú len veľmi zriedka. U jednotlivcov so stredným stupňom mentálneho postihnutia a hlbokým stupňom mentálneho postihnutia sa reč po stránke gramatickej nepriblíži k normálu.
Foneticko-fonologická rovina	Je známe, že s klesajúcim IQ stúpa počet detí s chybnou výslovnosťou, sú prípady, že deti s mentálnym postihnutím majú už od narodenia bezchybnú výslovnosť. Deti markantne zaostávajú za normou, hovoriť začínajú oveľa neskôr. Proces fixácie hlások sa posúva do školského veku. U ťažších foriem postihnutia je výslovnosť ďaleko horšia. Aj v tejto oblasti sa prejavuje markantné zaostávanie za normou. Svoj podiel má na tom nielen oneskorený začiatok reči (deti majú menej verbálnej praxe), ale aj často sa vyskytujúca motorická neobratnosť, či nedoslýchavosť zabráňujúca poskytovanie potrebnej spätnej väzby. Proces fixácie hlások sa u detí s odlišnosťou posúva až do školského veku, kde ešte pomerne dlho pretrvávajú nepresnosti
Pragmatická rovina	Táto jazyková rovina je u osôb so stredne ťažkým mentálnym postihnutím najmenej preskúmaná. Častý je problém so samotným prezentovaním svojho komunikačného zámeru, s pochopením svojej roly komunikačného partnera, so špecifickým reagovaním v komunikačnej situácii, s aplikáciou rozličných komunikačných vzorcov v konkrétnom komunikačnom kontexte. Situáciu komplikujú i pomerne časté pridružené postihnutia, ktoré aj v tejto jazykovej rovine často limitujú možnosť týchto osôb. Ich reagovanie v komunikačnej situácii je špecifické, často sa uplatňujú osvojené komunikačné vzorce.

Spracované podľa Sováka, (1986), (Vágnerová, 2014), (Lechta, 2000), Mandzáková (2008), Podľa: (Bajo et al., 1994) (Lechta, 2000), (Petráš, 2018) (Klenková, 2006).

Učiteľ musí vychádzať z individuality a potrieb dieťaťa a s postihnutím a chápať ho ako osobnosť v procese zmien a vývinu. Mal by sa orientovať predovšetkým na existujúce využiteľné kapacity. Jednotlivca s postihnutím by mal vnímať vo výchovno-vzdelávacom procese ako aktívneho „spolupracovníka“ v interakcii s jeho užším a širším spoločenským prostredím. Obsah výchovy a vzdelávania by mal byť zmysluplný a využiteľný v situáciách bežného života. Mandzáková (2008), v kontexte s komunikáciou a rečou upozorňuje na to, že u jednotlivcov s odlišnosťou:

- nepresná sluchová diferenciácia deformuje a sťažuje vnímanie a porozumenie hovorenej reči,

- nediferencovaná reč vedie k nediferencovanému mysleniu, nepresné vnímanie jazyka spôsobuje ťažkosti pri opakovaní slov, viet, nepresnosť v intonácii, následne sa pridružujú problémy v čítaní, písaní a celkovej úrovni komunikácie, deficit vo vývine sluchovej diferenciácie oslabuje verbálnu pamäť, čo sa negatívne prejavuje v materinskom jazyku.

Lechta (1995), poukazuje skôr na paradox, že u týchto jednotlivcov často zisťujeme narušený vývin reči, no súčasne je komunikačný kanál neraz jedinou cestou ku kompenzácii nepriaznivých dôsledkov tohto postihnutia. Preto treba s výstavbou reči, jej komplexným rozvíjaním začať už v najranejšom veku a to cieľovým rozvíjaním za spoluúčasti rodičov a pri dodržiavaní zásad. Na prvé miesto treba uviesť zásadu imitácie normálneho rečového vývinu.

5.1 Možnosti vzdelávania žiakov s mentálnym postihnutím

Špotáková, Dočkal (2020) tvrdia, že zmeny v nazeraní na ľudí s postihnutím sa premietli aj do školstva a pedagogiky. Pri etablovaní nového prístupu, zvlášť ak ho možno nazvať novou paradigmou, ho jeho autori a zástancovia často nekompromisne

vymedzujú voči predchádzajúcim prístupom. Diskusie o integrácii boli vo veľkej miere argumentáciou proti segregácii (separácii) a diskusie o inklúzii sú vo veľkej miere argumentáciou proti integrácii. Segregácia (separácia) so špeciálnym školstvom, integrácia s integrovanými školami a inklúzia s inkluzívnymi školami sú realizáciou rôznych uchopení odlišnosti. Líšia sa v odpovedi na otázky čo je znak odlišnosti, aká je jeho príčina a ako treba postupovať voči jedincom s týmto znakom.

Rozdiel medzi segregáciou, integráciou a inklúziou vo vzdelávaní

	Znak	Príčina	Postup
Segregácia	postihnutie	medicínska	špeciálne školy
Integrácia	špeciálne edukačné potreby	pedagogická	bežné školy s individuálnym vzdelávacím programom
Inklúzia	individuálne potreby	prirodzená rozmanitosť	inkluzívne školy

Exklúzia

Exklúzia je pojem veľmi málo zaužívaný. Exklúzia je v podstate „predstupňom“ segregácie, a teda ide o úplné vylúčenie, separovanie zo spoločnosti, v našom prípade z edukačného procesu. Môže ísť o vylúčenie na základe stanovených kritérií, resp. noriem ktoré stanovuje spoločnosť. S takýmto prístupom sme sa stretávali prevažne v minulosti. „Vylúčenie znamená bariéru prístupu nielen k ekonomickému kapitálu majoritnej spoločnosti a k jej životnej úrovni či životným šanciam v nej, ale aj k jej sociálnemu a kultúrnemu kapitálu a vedie k nezaujmu o ne“ (Mareš, 2004, s. 21). V dnešnej dobe sa exklúzia dostáva do úzadia, a to najmä pre jej nehumánny a neetický princíp. Exklúziu definuje Lechta nasledovne: „Deti s postihnutím, nesplňajúce (ale prípadne aj splňajúce) kritériá, ktoré viac či menej svojvoľne vymedzí nejaká vyššia inštitúcia, sa kompletne vylúčia z edukačného procesu“ (Lechta, 2010, s. 26). Takto izolovaná skupina jedincov s duševnou zaostalosťou sa nezúčastňuje spoločenského života, nenadväzuje socio-kultúrne vzťahy, a

pohybuje sa len v úzkom kruhu okolitej spoločnosti, napr. rodiny. V tomto prípade teda len zriedka môže dôjsť k socializácii, a tým k úplnému začleneniu do spoločnosti. Na sociálnu exklúziu dá pozerat' ako na mieru, v akej je „určitým skupinám populácie odopretý prístup k základnému sociálnemu a pracovnému prostrediu a k inštitúciám sociálneho systému a súčasne ako na vzore viacdimenzionálnej nevýhody, ktorej sú tieto skupiny vystavené“ (Walker, 1995, s. 7). Mechanizmy exklúzie stanovujú hranice medzi tými, ktorí sú a ktorí nie sú členmi daného spoločenského celku a vylučujú nielen určitých jednotlivcov, ale aj celé skupiny z hlavného spoločenského prúdu (Bauman, 2000). Podľa Walkera (1995) je proces exklúzie v niektorých prípadoch prakticky nezvratný. Dochádza k reprodukcii exklúzie v rámci ďalších generácií a vylúčení už ani nemajú záujem byť začlenení do majoritnej spoločnosti, ktorá dovolila a zároveň zapríčinila ich vylúčenie. Sociálna exklúzia má negatívne dôsledky nielen pre vylúčených jednotlivcov, ale aj pre spoločnosť, z ktorej sú vylučovaní. Mareš (2004) upozorňuje na to, že hlavným problémom je podrypanie a nerešpektovanie základných hodnôt akceptovaných spoločnosťou. Dôvodom je, že ak spoločnosť toleruje vylúčenie časti populácie zo svojich štruktúr, je ťažké všeobecne legitimizovať hodnoty akceptované väčšinou spoločnosťou.

Segregácia

Začlenenie do spoločnosti bolo vždy cieľom vzdelávania detí s postihnutím. Na jednotlivé formy vzdelávania môžeme teda nazerať aj ako na postupné eliminovanie diskriminácie a optimalizovanie možností participácie. K segregácii došlo rozšírením idey a praxe vzdelávateľnosti ľudí s postihnutím a preto sa popri všeobecnej pedagogike vyvinuli aj metódy so špecifickým akcentom; nasledoval nevyhnutný proces inštitucionalizácie a profesionalizácie. Diferenciácia na základe skupinových znakov, ale aj rozšírenie poznatkov o ľuďoch s postihnutím priniesla oddelenie skupiny žiakov do systému špeciálnych škôl. Vznik špeciálnych škôl umožnil participáciu na

vzdelávaní a zvýšil šance na pracovné začlenenie. Cieľom komplexnej špeciálnopedagogickej starostlivosti bola integrácia chápaná ako najvyšší stupeň socializácie jednotlivca s postihnutím. Zmena medicínskeho hľadiska na pedagogické, ktorú ponúkol koncept špeciálnych edukačných potrieb, umožnila prispôsobený, individualizovaný prístup k vzdelávaniu väčšej skupiny detí než sú deti s postihnutím. Koncept špeciálnych edukačných potrieb predstavoval paradigmatickú zmenu. Integrácia dominovala školským systémom niekoľko desaťročí. V závislosti od vzdelávacích tradícií jednotlivých krajín a úrovne ich školských systémov (bežného aj špeciálneho) boli jej podoby variáciami základnej témy: umožniť časti detí s diagnostikovaným postihnutím spoločné vzdelávanie s deťmi so štandardným vývinom. Kritika medicínskych kategórií ako základu špeciálneho školstva a jeho diferenciácie poukazovala na obmedzenia takéhoto prístupu: diagnóza môže, ale nemusí mať priamy dopad na vzdelávací proces, medicínske kategórie sú orientované výlučne na deficit a prispievajú k stigmatizácii, zahmlievajú existenciu vysokej vnútroskupinovej variability a zároveň púšťajú zo zreteľa školsky neúspešné deti, ktoré sú bez medicínskej diagnózy. Žiakov integrovaných na základe diagnostikovaných špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb možno teda rozdeliť na dve skupiny. Jednu tvoria žiaci, ktorí by na základe diagnózy mohli navštevovať niektorú zo škôl špeciálneho školstva, čiže „desegregovaní“. Druhú skupinu tvoria žiaci, ktorí by tradične boli zaradení do bežného prúdu, ale ich špecifické potreby by zostali nerozpoznané. Osobitnú skupinu tvoria žiaci, ktorí nesmú byť na základe svojho znaku odlišnosti vzdelávaní segregované, sú to deti z kultúrnej alebo jazykovo odlišného prostredia. Ide o deti zo sociálne znevýhodneného prostredia, spravidla z marginalizovaných rómskych komunít, v iných krajinách prednostne o deti imigrantov. Pochádzajú z prostredia, ktoré je oproti majorite zároveň ohrozené vyššou mierou chudoby, nezamestnanosťou a sociálnou exklúziou (Špotáková, Dočkal, 2020). Metodický materiál (2018) uvádza, že segregáciu môžeme najjednoduchšie definovať ako fyzickú separáciu členov rôznych

skupín. Väčšinou ide o cielené oddeľovanie určitej časti obyvateľstva, ktorá má spoločné rasové, etnické, náboženské, sociálne alebo iné znaky, v určitom priestore. Aj keď zvyčajne hovoríme o nedobrovoľnej separácii vieme, že dlhodobá systematická segregácia v istých prípadoch vytvorí očakávania ďalšej dobrovoľnej separácie dotýkaných skupín. Segregácii sú v rôznych podobách vystavené viaceré komunity a aj v jej dôsledku sa stávajú marginalizovanými. Desegregácia, teda odstraňovanie segregácie predstavuje proces, ktorého výsledkom je zníženie alebo ukončenie priestorového oddelenia príslušníkov rôznych komunít a majoritnej populácie. Zvýšenie segregácie naopak spôsobia zmeny, ktoré zvyšujú priestorové oddelenie medzi skupinami a zamedzia miešaniu členov týchto skupín.

Integrácia

Ako píše Valenta, Müller (2003), v literatúre sa objavuje s pojmom integrácia viac, a lebo menej chápané synonymá ako mainstreaming (zaradenie do hlavného prúdu vzdelávania) a inklúzia (zahnutir). Niektoré školské sústavy chápu tieto pojmy diferencovane. Napríklad inklúziou niekedy chápu zaradenie žiaka so zdravotným znevýhodnením do bežnej školy s tým, že jeho priradenie do špeciálnej základnej školy je možný až vtedy, keď budú vyčerpaé všetky možnoszi edukácie v bežnej škole.

Hučík (2013) definuje integráciu ako najvyšší stupeň socializácie, úplné zapojenie jednotlivca s odlišnosťou do spoločnosti majoritnej populácie, bezproblémové začlenenie do pracovného a spoločenského prostredia bez doplňujúcich opatrení. Špotáková, Kundrátová, Štefková, et al., (2018) tvrdia, že integrácia detí so špeciálnymi vzdelávacími potrebami je na Slovensku, podobne ako vo väčšine iných krajín, už dlhodobo školskou realitou. Legislatívne rámce integrácie a jej reálne podoby sa síce v jednotlivých krajinách líšia, vychádzajú však zo spoločnej myšlienky. Tá časť žiakov, ktorá kvôli závažným odchýlkam v psychickom alebo fyzickom fungovaní bola vzdelávaná v špeciálnych školách, môže byť integrovaná do bežných škôl. Dôvody pre zavádzanie integrácie boli rôznorodé.

Výskumy realizované v mnohých krajinách nepotvrdili, že oddelené vzdelávanie zabezpečuje lepšie vzdelávacie výsledky než spoločné vzdelávanie. Časté spojenie špeciálnych škôl s internátmi znamená negatívny zásah do života rodín a socio-emočného vývinu mladších detí. Oddelené vzdelávanie nepripraví na spoločný život ani postihnutých, ani nepostihnutých. Ibidem (2018) tvrdia, že aj keď integrované školstvo umožnilo veľkému počtu detí s postihnutím navštevovať bežné školy, nenaplnilo pôvodné očakávania. Prítomnosť žiakov s postihnutím nevedla k zásadným zmenám v pedagogickej teórii a praxi. Striktná vonkajšia diferenciácia (špeciálne školy pre žiakov s postihnutím a bežné školy pre bežných žiakov) sa síce prelomila, ale nevedlo to k skutočnej vnútornej diferenciácii. Integrované vzdelávanie žiakov so závažnejšími odlišnosťami nie je zakázané, ale naráža na rôzne prekážky. Naďalej sa očakáva, že s využitím jednotných pedagogických metód a materiálov si žiaci rovnakým tempom osvoja rovnaké obsahy a postupy, čiže ich vzdelávacie potreby sú rovnaké. Výnimku tvoria len integrovaní žiaci, priznávajú sa im špeciálne potreby, ale tie sa tiež obmedzujú na také, ktoré sú v predpokladanom vzťahu k diagnostikovanej odchýlke. Kevická Marčeková (rok neuvedený) píše o integrácii ako takej, ktorá je postavená na predpoklade, že existuje „normálny“, alebo bežný žiak. Autorka uvádza, že deťom, ktoré sa od tejto normy odlišujú, je priznaný status žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami. Cieľom vzdelávania týchto žiakov podľa modelu integrácie je pomocou špeciálnej starostlivosti a špecifických metód a postupov kompenzovať ich znevýhodnenia tak, aby boli schopné dosiahnuť nastavené štandardy spoločné pre všetky deti. Deti so špeciálnym i výchovno-vzdelávacími potrebami sa v bežných školách vzdelávajú podľa individuálnych výchovno-vzdelávacích programov.

Individuálny výchovno-vzdelávací program

Križo, Ďurčová (2021) charakterizujú individuálny vzdelávací program ako taký, ktorý je dokumentom, stanovujúcim možné

podporné opatrenia pre žiaka so špeciálnym i výchovno-vzdelávacími potrebami a to pri úprave podmienok, obsahu, foriem, metód a prístupov vo výchove a vzdelávaní. Je štandardnou súčasťou podmienok vzdelávania žiakov s inakosťou v školskej integrácii, ale aj pri individuálnom vzdelávaní, či v špeciálnej škole a triede, hoci školský zákon ho nenariaďuje ako povinný, ale iba ak je potrebné ho vypracovať. Vypracúva sa vtedy, ak žiak potrebuje nejaké špecifické úpravy oproti školskému vzdelávaciemu programu školy, alebo svojej triedy. Hrebeňarová, Hučík, et al.,(2015) charakterizujú individuálny vzdelávací program ako taký, pomocou ktorého sa vzdeláva začlenený žiak do hlavného prúdu vzdelávania. Individuálny vzdelávací program je zameraný na konkrétneho žiaka, zodpovedný zaň je triedny učiteľ. V prípade potreby úpravy sa odporúča vyučujúcim spolupracovať s poradenským zariadením, so školským špeciálnym pedagógom, alebo psychológom. Taktiež je dôležité dodržiavať pokyny a odporúčania príslušného poradenského zariadenia. Individuálny výchovno-vzdelávací program sa vypracováva na jeden školský rok, najneskôr do dvoch mesiacov od začiatku školského roka, alebo prijatia žiaka do školy. Tento sa môže v priebehu školského roka upravovať a dopĺňať podľa potrieb žiaka. Na vysvedčení sa tento údaj uvádza v doložke vysvedčenia. Zelinková (2001) tvrdí, že individuálny vzdelávací plán je záväzný pracovný materiál ktorý slúži všetkým, ktorí sa zúčastňujú na výchove a vzdelávaní detí v procese inkluzívneho vzdelávania. Prínos individuálneho vzdelávacieho plánu umožňuje žiakovi pracovať podľa schopností, individuálnym tempom bez ohľadu na učebné osnovy, stresujúceho porovnávania sa so spolužiakmi. Má vysokú motivačnú hodnotu. Učiteľovi taktiež umožňuje pracovať s dieťaťom na úrovni, ktorú samo dosahuje bez obavy z nesplnenia požiadavky učebných osnov. Do jeho prípravy sa zapájajú aj rodičia, ktorí sú takto spoluzodpovední za výsledky svojho dieťaťa. Optimálna štruktúra individuálneho vzdelávacieho plánu neexistuje. Základná štruktúra umožňuje reagovať na prípadné zmeny. Musí obsahovať dve základné

roviny. Prvá rovina je tvorená obsahom vzdelávania, metódami a postupmi. Tvorí sa podľa princípov ako sú:

- diagnostika odborného pracoviska (poradenské zariadenia) – údaje o úrovni rozumového vývinu dieťaťa sú len doplňujúcou informáciou pri plánovaní dlhodobých cieľov,
- vychádza z pedagogickej diagnostiky učiteľa - učiteľ rešpektuje zistenie odborného pracoviska, pracuje s údajmi, ktoré ku práci potrebuje,
- rešpektuje závery z diskusie so žiakom a rodičmi – ak rodičia súhlasia s redukciou učiva pre problémy žiaka, nemali by priaznivé výsledky chápať ako signál na štúdium na strednej škole. Ak sa rodičia nezaujímajú o prípravu dieťaťa na vyučovanie a žiadajú iba úľavy, je potrebné argumentovať spoločným dohovorom s nimi,

vypracováva sa pre predmety, kde sa odlišnosť výrazne prejavuje – najčastejšie slovenský jazyk a matematika. Pri vypracovávaní by mal učiteľ sledovať aspekty ako sú ciele vzdialené - prechod na druhý stupeň ukončenie školskej dochádzky a pod. Učiteľ si **kladie** v individuálnom vzdelávacom programe **kladie** aj ciele dlhodobé – čo by sa mal žiak naučiť v danom ročníku a ciele krátkodobé – čo by mal žiak zvládnuť v najbližšej dobe, aké očakáva výsledky. Súčasťou plánu by malo byť aj osvojenie si učebných stratégií, učiť sa riešiť problémy. V žiadnom prípade nejde iba o množstvo poznatkov. Hrebeňárová, Hučík, et al.,(2015)predpokladajú, že individuálny výchovno-vzdelávací program je pre učiteľa náročnou a vysoko odbornou činnosťou, ktorá si vyžaduje tímovú spoluprácu s odborníkmi, ktorí majú daného žiaka na starosti. Mal by podľa autorov obsahovať základné informácie o žiakovi, požiadavky na úpravu prostredia školy, prípadnú modifikáciu učebného plánu, špeciálne vzdelávacie postupy, špecifické postupy hodnotenia, organizáciu a formy vzdelávania, požiadavky na učebné materiály žiaka a charakteristiku pomoci asistenta učiteľa, školského špeciálneho pedagóga, školského psychológa. Taktiež je nevyhnutné uviesť zabezpečenie odborného servisu pre žiaka a rešpektovanie

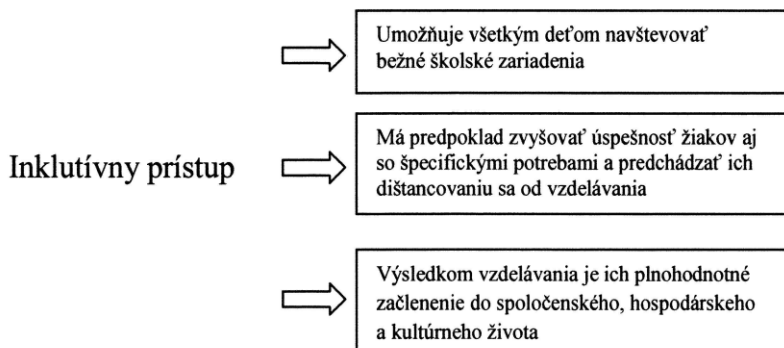
odporúčaní odborníkov. Individuálny výchovno-vzdelávací program podpisuje riaditeľ školy, triedny učiteľ, špeciálny pedagóg, zákonný zástupca žiaka. Všetci zúčastnení sú povinní zachovávať mlčanlivosť. Podľa Hučíka, et al., (2013) chýbajú základné informácie o obsahu učiva, ktoré si má žiak so znevýhodnením osvojiť najmä učiteľom základných škôl. Tí často nevedia posúdiť, nakoľko je potrebné učivo modifikovať, upravovať. Učiteľom chýbajú základné poznatky a praktické skúsenosti so žiakmi s inakosťou na výchovu a vzdelávanie pretože každé takéto dieťa má právo na vzdelávanie s využitím špecifických foriem práce, metód a prostriedkov, ktoré zodpovedajú jeho potrebám. Integrácia teda predpokladá umiestňovanie žiakov so zdravotným znevýhodnením do hlavného vzdelávacieho prúdu, kde sa od nich očakáva, že sa prispôbia existujúcej výučbe a organizácii školy Kevická Marčeková (rok neuvedený). Pri integrácii sa vychádza ako uvádza Prípravný proces tvorby stratégie postupného rozvoja inkluzívneho vzdelávania na Slovensku z predpokladu, že do homogénnej skupiny „bežných“ žiakov je za presne vymedzených podmienok zaradený žiak s diagnostikovanou odchýlkou, ktorá musí vyhovovať niektorej z kategórií vymenovaných v zákone. Špecifické opatrenia sa odvíjajú od uvedených kategórií, týkajú sa len diagnostikovaného žiaka a nemajú vplyv na výchovno-vzdelávací proces triedy. V protiklade s tým inklúzia vychádza z rozmanitosti ako prirodzenej charakteristiky každej ľudskej skupiny, teda aj školskej triedy či inej skupiny učiacich sa. Túto rozmanitosť víta ako príležitosť pre vzájomné obohacovanie. Diferenciáciou pedagogických prístupov, vzdelávacích obsahov, cieľov a hodnotenia vytvára prostredie pre individualizované a úspešné vzdelávacie cesty každého jednotlivca. Nevyhnutne predpokladá zmenu kultúry a riadenia školy, alebo školského zariadenia. Lechta (2016) charakterizuje hlavné rozdiely medzi integráciou a inklúziou nasledovne:

-do konceptu inkluzívnej edukácie zaradíme oveľa širšiu populáciu, nie iba žiakov s postihnutím, alebo narušením

- integrácia akceptuje duálny systém vzdelávania žiakov s postihnutím, v rámci inklúzie by mala každá škola prijať každého žiaka,
- koncept integrácie je asociovaný s edukáciou zameranou na špeciálne potreby detí s postihnutím, inklúzia sa asociuje s tézou škola pre všetky deti,
- integrácia zahŕňa prípravu žiakov na začlenenie do bežných škôl, inklúzia implikuje riadnu reformu školstva.

Inklúzia

Špotáková, Kundrátová, Štefková, et al., (2018) konštatujú, že v súčasnosti prebieha prechodné obdobie medzi integráciou a inklúziou. Používanie týchto termínov nie je úplne jednotné. Inklúzia sa môže ponímať tromi spôsobmi: 1. stotožňuje sa s integráciou 2. chápe sa ako vylepšená, „optimalizovaná“ integrácia 3. predstavuje novú kvalitu prístupu k deťom s postihnutím, odlišnú od integrácie - ako bezpodmienečné akceptovanie špeciálnych potrieb všetkých detí. Stotožňovanie integrácie a inklúzie nevychádza z analýzy pedagogických teórií a je považované skôr za pokus vyhnúť sa zmenám a za nový pojem skryť starú prax. Integračné hnutie však vo svojich počiatkoch zdôrazňovalo, že integrácia neznamená premiestnenie dieťaťa s postihnutím do bežnej školy, ale takú zmenu školy, aby bola pripravená skutočne prijať inakosť. Ideové východiská integrácie a inklúzie sú si teda veľmi blízke. V praxi však integrácia neopustila predstavu homogénnej skupiny intaktných žiakov, do ktorej prijímame aj dieťa, ktoré je „iné“. Začlenenie detí s postihnutím si nevynútilo odklon od tradičných pedagogických postupov a organizačných štruktúr.

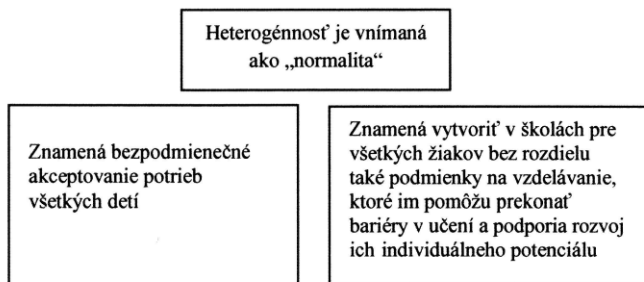


Podľa Kevická Marčeková (rok neuvedený)

Podľa Pripravného procesu tvorby Stratégie postupného rozvoja inkluzívneho vzdelávania na Slovensku je inkluzívne vzdelávanie spoločné vzdelávanie a výchova všetkých vzdelávaných realizované na základe rovnosti príležitostí a bez diskriminácie podľa pohlavia, pôvodu, etnickej, kultúrnej, náboženskej a jazykovej príslušnosti, socioekonomického statusu ich rodín, spôsobu života, zdravotného a emočného stavu, úrovne nadania či príslušnosti k majoritnej alebo akejkoľvek minoritnej spoločenskej skupine. Vychádzajúc z humanistických princípov zabezpečuje právo na kvalitné vzdelanie rešpektujúce individuálne osobitosti jednotlivca, ako aj špecifiká vyplývajúce z jeho príslušnosti ku skupine. Pri zavádzaní inklúzie do školského systému je dôležité odlišiť inklúziu od integrácie, ktorá je u nás v súčasnosti legislatívnou normou aj školskou praxou.

I'

Inkluzívne vzdelávanie



Podľa Kevická Marčeková (rok neuvedený)

Chápanie inkluzívneho vzdelávania ako píše Petőcz (2015) vychádza predovšetkým z požiadavky fyzického začlenenia všetkých detí z príslušného školského obvodu do spoločnej vzdelávacej inštitúcie, či jedného kolektívu. Podstatu a zmysel konceptu inklúzie však nevystihuje úplne, pretože sa sústreďuje najmä (alebo výhradne) na vonkajšiu formu vzdelávania a menej na jeho ciele, obsah, metodiku a celkové prostredie, v ktorom sa proces vzdelávania odohráva. Hučík, et al., (2013) uvádza, že o inklúzii v edukačnom procese by sme mali hovoriť až vtedy, keď bude spoločnosť pripravená prijať medzi seba jednotlivcov s inakosťou a taktiež pedagógovia budú odborne pripravení vzdelávať a vychovávať tieto osoby. Inkluzívny školský systém je otvorený k potrebám všetkých detí (všetkých subjektov vzdelávania). Pre všetkých musí byť dostupný, všetkým musí zabezpečiť rovnaké šance a zodpovedajúcu úroveň a kvalitu vzdelávania. Ak systém nefunguje dobre a dieťa nedosahuje predpokladané výsledky, chybu je potrebné primárne hľadať v systéme a nie v dieťati. Inkluzívna škola je škola zameraná na dieťa, žiaci sú v nej vnímaní ako aktívne participujúce subjekty vzdelávania a nie ako jeho objekty. Keďže každá ľudská bytosť je unikátna a každé dieťa je osobité, každé dieťa je normou. Vo svojej podstate teda inkluzívne vzdelávanie predstavuje „sústavu

hodnôt, zásad a praktík, ktorá sa snaží poskytnúť všetkým žiakom zmysluplné, účinné a kvalitné vzdelávanie rešpektujúce rozmanitosť učebných podmienok a požiadaviek nielen detí so zdravotným postihnutím ale všetkých žiakov. Inkluzívna škola je preto škola, do ktorej deti rady chodia. Inkluzívny vzdelávací systém napomáha utužovaniu inkluzívnej spoločnosti. Inkluzívnou je spoločnosť vtedy, ak sa v nej všetci cítia dobre, ak ju všetci považujú za svoju vlastnú. Inkluzívna spoločnosť poskytuje rovnosť šancí pre všetkých a každý si v nej dokáže nájsť patričné uplatnenie. Či už ide o integrované, alebo inkluzívne vzdelávanie, je to skôr túžba, želanie rodičov o rovnoprávne vzdelávanie dieťaťa so znevýhodnením v blízkosti ich bydliska, v prostredí svojej rodiny, svojich blízkych. Momentálne nie je situácia taká, aby sa dokázali jednotlivci so znevýhodnením aktívne zapojiť do pracovného procesu. Hociktorá z foriem vzdelávania nie je ku jednotlivcom so znevýhodnením priaznivá. Otázne je, či dosiahnutá úroveň vedomostí, zručností a návykov v procese integrovaného, alebo inkluzívneho vzdelávania dokáže dieťaťu zabezpečiť samostatný život. Len čas ukáže, ako to s ich vzdelávaním po reforme školstva bude.

5.2 Systém škôl pre deti a žiakov s mentálnym postihnutím

Zastková (2021) uvádza, že kvalita a úroveň sociálnych spôsobilostí žiakov predstavujú významný determinant kreovania sociálno-emocionálneho ovzdušia školských tried. Je nevyhnutné venovať pozornosť sociálnym vzťahom medzi žiakmi, ich interakcii, ktoré môžu pôsobiť ako regulátor ich duševného zdravia. Najmä pre školský vek je charakteristický túžbou po sociálnom kontakte, potrebou detí niekam patriť a mať svoje miesto v skupine... Hučík (2018) píše o edukácii detí so znevýhodnením ako takej, ktorá podlieha zákonu 245/2008 Z.z., a vyhláske č.322/2008. Práve školský zákon 245/2008 dáva žiakom s mentálnym postihnutím možnosť v rámci slobodnej

voľby vzdelávania zvolíť si možnosť vzdelávania v bežných materských a základných školách. Pri zaradovaní dieťaťa s mentálnym postihnutím podľa Hučíka, et al., (2013) je dôležitá psychologická, lekárska, špeciálnopedagogická diagnostická činnosť, ktorá je rozhodujúca pre prijatie žiaka do systému vzdelávania na základe jeho zdravotného znevýhodnenia.

Vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím v predškolských zariadeniach

Pre celý proces výchovy a vzdelávania dieťaťa s mentálnym postihnutím sú rozhodujúcimi a determinujúcimi tieto faktory:

-stupeň postihnutia, výskyt rôznych druhov mentálneho postihnutia v triede, taktiež výskyt pridružených porúch či už somatických, senzorických, rečových a porúch správania). Výrazným spôsobom ovplyvňujú celý výchovno-vzdelávací proces v predškolských zariadeniach aj špecifiká poznávacích procesov a učenia dieťaťa, špecifiká v jeho emocionálnej, vôľovej a osobnostnej oblasti so špecifikami vývinu motoriky. Medzi externé faktory ovplyvňujúce úspešnú výchovu a vzdelávanie na ISCED 0 patrí najmä kvalita špeciálnej materskej školy z hľadiska prostredia, vybavenosti a najmä učiteľ ako osobnosť s naviazanosťou na kvalitu jeho pedagogickej práce. V neposlednom rade je to aj kvalita rodinného prostredia a v rámci neho najmä vzťah rodina – dieťa s mentálnym postihnutím (Tarabová, Krammerová, 2017).

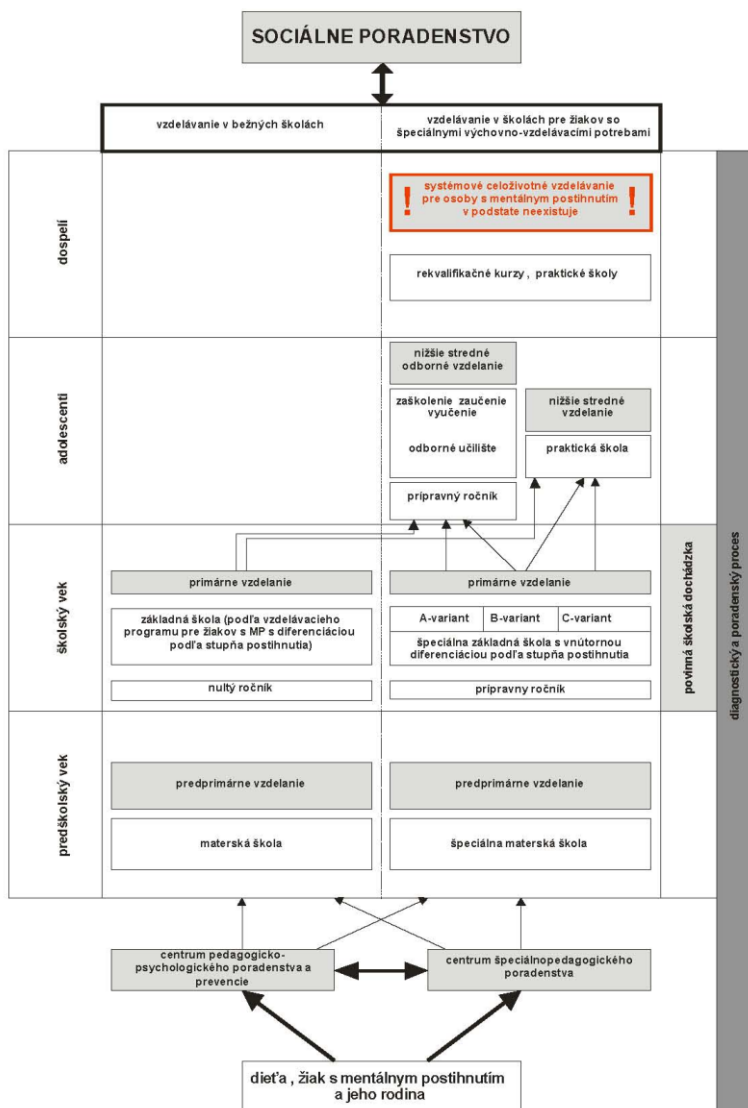
Dieťa s mentálnym postihnutím môže byť vzdelávané:

- a) v špeciálnej materskej škole pre deti s mentálnym postihnutím,
- b) v triede materskej školy spolu s inými deťmi, t. j. v školskej inklúzii alebo v špeciálnej triede pre deti s mentálnym postihnutím v bežnej materskej škole.

Predškolské obdobie predstavuje významnú etapu utvárania budúcej osobnosti dieťaťa po stránke psychických a fyzických predpokladov. S omnoho väčším významom to platí aj pre deti s mentálnym postihnutím. Význam poskytnutia včasnej špeciálnopedagogickej starostlivosti je nespochybniteľný.

Koncepcia špeciálnych materských škôl má svoje špecifiká, ktoré odrážajú problematiku postihnutia a situáciu rodín, v ktorých deti žijú. Základnou zásadou súčasnej predškolskej výchovy je tendencia zachovania priameho vplyvu rodiny na vývin dieťaťa (Švarcová, 2006). Vzdelávanie dieťaťa v špeciálnej triede nie je možné považovať za školskú integráciu. Počas denných činností učiteľka v primeranej miere využíva situačné rozhodovanie, ktoré rešpektuje záujmy, možnosti, potreby a emocionality dieťaťa. Využíva špeciálne metódy, formy, prostriedky a uplatňuje všetky pedagogické a špeciálno-pedagogické zásady, ktoré sú podriadené zdravotnému stavu dieťaťa. Je dôležité, aby sa dieťa s odlišnosťou mohlo za každých okolností nenásilne rozvíjať, učiť sa a prežívať zážitky úspechu. V prípade potreby musí byť dieťaťu umožnené prerušenie činností na potrebný čas, zaradenie vhodných relaxačných, resp. nenamáhavých aktivít (hra na koberci, vychádzka a iné). Vzdelávacia aktivita v špeciálnej triede pre deti s odlišnosťami sa realizuje analogicky ako v materskej škole bežného typu. Vzhľadom na špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby detí sa pri výchove a vzdelávaní zohľadňujú vyššie uvedené špecifiká výchovy a vzdelávania. Ak zdravotné znevýhodnenie dieťaťu znemožňuje vzdelávať sa podľa príslušného vzdelávacieho programu, odporúča sa dieťaťu vypracovať individuálny vzdelávací program (Vladová, Lechta, et al., 2017).

Schéma edukácie detí a žiakov s mentálnym postihnutím v zmysle Zákona o výchove a vzdelávaní č.245/2008 Z.z.



Materská škola

Výchova v materskej škole spočíva v zámernom pôsobení na komplexné procesy rozvoja dieťaťa v predškolskom veku a má pre toto vekové obdobie zásadnú dôležitosť. Výchova v materskej škole zahŕňa prežívanie blízkosti a vzťahu so starostlivosťou a bezpečím, ktoré umožňuje dieťaťu aktívne spoznávať a učiť sa. Deti v predškolskom veku majú možnosť slobodného získavania schopností spojených s hovorením, čítaním, písaním, počítaním, rozmyšľaním v súlade s vlastným tempom vývinu. Vzdelávacie procesy, či už sú spontánne, alebo zámerné navodené, majú v tomto veku významnú súvislosť s naplnením fyziologických potrieb a ďalších psychosociálnych potrieb. Vzdelávacie pôsobenie učiteľky materskej školy by malo vychádzať z pedagogickej diagnostiky, ktorá poskytuje učiteľke informácie o aktuálnom stave rozvoja dieťaťa v rôznych oblastiach vývinu, o jeho individuálnych potrebách a záujmoch. Na základe priebežnej pedagogickej diagnostiky môže učiteľka kvalitnejšie a individuálne naviazať na detské poznatky, vedomosti. Prostredníctvom organizačných foriem usporadúvame vzdelávanie a výchovu v materských školách. Materská škola je prakticky jediné miesto, kde sa dá sústredene týmto spôsobom pracovať. Každodenný pobyt v materskej škole je svojou mnohostrannou kvalitou podstatne niečím iným, ako keď sa dieťa jeden alebo dvakrát týždenne stretáva s deťmi niekde v hracích kútikoch pre deti v nákupných centrách (Duchovičová, Lazíková, 2008).

Inkluzívny režim dňa v materských školách

Režim v materských školách má veľký vplyv na efektívnosť edukácie. Má rešpektovať vekové a individuálne osobitosti dieťaťa. Vymedzuje striedanie činností, ktoré zabezpečujú plynulý rozvoj dieťaťa. Dobre premyslené usporiadanie dňa určuje do značnej miery štýl života v materskej škole. V konkrétnej materskej škole sa spracúva vo forme denného poriadku (Obdržálek, Horváthová, 2004). Pri usporiadaní denných činností za zabezpečuje vyvážené striedanie činností,

dodržiavanie zásad zdravej životosprávy, časový priestor na hru a učenie, dodržiavanie stanoveného času na činnosti zabezpečujúce životosprávu. Všetky činnosti prispievajú k súžitiu vo vrstovníckej komunite. V materskej škole prispievajú k zvládnutiu ďalšej fázy socializácie. Pri striedaní denných činností by mal pedagóg rešpektovať pravidelnosť, dôslednosť, optimálny biorytmus a bezstresové prostredie (Karbowniczek, Vargová, 2011). Kováčová (2019) tvrdí, že začlenenia dieťaťa závisí už od jeho prvých vstupov do (sociálneho) prostredia a jeho skúseností s reakciami okolia. Na ihrisku, v detskom centre, či v materskej škole sú reálne príležitosti nájsť si kamaráta. Nadväzovanie priateľstiev je spojené nielen s pozitívnymi, ale aj negatívnymi skúsenosťami. Pri inkluzívnej výchove a vzdelávaní sa v materských školách a triedach vytvára také prostredie, ktoré víta a oceňuje odlišnosť, dáva si za úlohu vytvoriť v triede spoločenstvo, ktoré sa zaujíma a prejavuje starostlivosť o všetky deti. Ide o spoločenstvo otvorené pre všetky deti, predstavujúce bezpečné prostredie pre všetkých (Kováčová, 2012; Švábová, 2018). Začlenenie detí s postihnutím pomáha ich rodinám tým, že si vytvoria kontakty s inými rodinami v komunite a o to skôr zistia, že ich deti, ktoré sú s odlišnosťou majú možnosť uspieť v bežnej triede, pričom im bude aj naďalej poskytovaná špecializovaná podpora. Prítomnosť dieťaťa s odlišnosťou v kolektíve prospieva všetkým. Deti s odlišnosťou získavajú viac pozorovaním a imitáciou v konaní a správaní, kde získavajú sociálne skúsenosti a schopnosti. Naopak, sociálnou interakciou sú stimulované sociálne a komunikačné zručnosti. Prostredie poskytuje pozitívne vývinové príležitosti pre všetky deti s mentálnou odlišnosťou. V inkluzívnej triede je dieťaťu poskytovaná pomoc bez akéhokoľvek diferencovania tak, aby sa rešpektovali potreby každého dieťaťa. Inkluzívne vzdelávanie umožňuje vyhovieť nielen potrebám dieťaťa s odlišnosťou, ponúka aj možnosť zvyšovania kvality učenia všetky deti (Kováčová, 2019). Denné činnosti by sa mali striedať v určitom rytme, čo pozitívne vplýva na celkovú atmosféru a klímu triedy a

vytvára medzi deťmi a pedagógom atmosféru pohody a vzájomnej dôvery.

Ciele výchovy a vzdelávania v materskej škole

Každá materská škola je niečím špecifická a výnimočná. Vplývajú na ňu rôzne činitele, ako sú tradície, spoločenské vzťahy, ekonomická situácia štátu a zriadenie. V predprimárnom vzdelávaní rozdeľujeme ciele na všeobecné a špecifické. Všeobecné určujú smery konania a perspektívu výchovno-didaktickej práce v dlhšom časovom rozsahu (Cejpeková, 2001).

Podľa Helusa (2003) môžu edukačné ciele získať formu: kreatívnu, optimalizačnú, minimalizujúcu, korekčnú. V materských školách sa využívajú formou úloh, aktivít, plánov, realizujú sa v edukačných aktivitách, vychádzkach, počas hier.

Okrem edukačných cieľov sú dôležité úlohy v materských školách. Vzťahujú sa na: úvodné rozoznanie vlastných možností dieťaťa, začiatok pokusov riešenia úloh len pre získanie výsledku, možnosti vyjadrovania sa o sebe rôznym spôsobom, pomocou obrázkov, pomocou rozprávania, bezprostredného vnímania seba iným dieťaťom, vlastného hodnotenia, motivovanie k náprave, uvedenie detí k zodpovednosti, vytvorenie možnosti tvoriť a nie hodnotiť (Kolláriková, Pupala, 2001). Cieľom predprimárneho vzdelávania je aj dosiahnutie optimálnej perceptuálno-motorickej, kognitívnej a sociálnej úrovne ako základu pripravenosti na predškolské vzdelávanie a na život v spoločnosti. Východiskom je jedinečnosť dieťaťa a začleňovanie dieťaťa do skupiny a kolektívu v materskej škole, učenie k vzájomnej tolerancii a spolupráci (Kováčová, 2019).

Cieľmi predškolskej výchovy v materskej škole sú: naplniť potrebu dieťaťa po sociálnom kontakte s rovesníkmi, uľahčiť dieťaťu plynulú adaptáciu na zmenené prostredie, podporiť vzťah dieťaťa k poznávaniu a učeniu hrou, rozvíjať cieľavedome, systematicky a v tvorivej atmosfére osobnosť dieťaťa v psychomotorickej, poznávacej, sociálnej, emocionálnej a morálnej oblasti, prihliadať na rôzne sociokultúrne a socioekonomické zázemie dieťaťa, posilňovať úctu k rodičom, ku kultúrnym a

národným hodnotám a tradíciám štátu, štátnemu jazyku, k materinskému jazyku a k svojej vlastnej kultúre, získať a posilňovať úctu k ľudským právam a základným slobodám, naučiť sa rozvíjať a kultivovať svoju osobnosť, pripraviť sa na vzdelávanie, naučiť sa spolupracovať v skupine, kolektíve a preberať na seba primeranú zodpovednosť, naučiť sa chrániť svoje zdravie vrátane využitia zdravej výživy a chrániť životné prostredie, naučiť sa rešpektovať ľudské hodnoty. Predprimárne vzdelávanie a výchova detí nemá pestrý návod, ako a akým spôsobom vychovávať, vzdelávať našu najmenšiu populáciu. Predpokladom toho, aby sa budúci pedagógovia stali dobrými pedagógmi, nie je len študovať, ale mať rád svoju prácu. Mali by byť otvorení a vnímaví. Počas celého predprimárneho vzdelávania a aj mimo neho by mali byť pedagógovia pre deti vzorom, poradcom a dobrým priateľom (ibidem). Často pozorovaná neschopnosť bežnej materskej školy vytvoriť deťom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami vhodné vzdelávacie podmienky nie je na Slovensku považovaná za chybu školského systému. Naopak, v našej krajine stále veríme, že zdrojom problémových situácií sú deti, nie nepružný školský systém. Učitelia, špecialisti, pracovníci ministerstva školstva, ale aj laická verejnosť podliehajú ilúzii, že je všetko v poriadku a že ak sa niekde rodičia dieťaťa stretnú s neprofesionálnym prístupom zo strany materskej školy, ide skôr o ojedinelý prípad.

Špeciálna materská škola

Predprimárne vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím podľa Hučíka (2018) rešpektuje pri plnení svojich cieľov jedinečnosť dieťaťa. Cieľom je zabezpečenie ich komplexného rozvoja, ktorý rešpektuje jedinečnosť a možnosti každého dieťaťa, ich obmedzené možnosti a potenciál daný prítomnosťou mentálneho postihnutia. Koncepcia špeciálnych materských škôl pre deti s mentálnym postihnutím má svoje špecifické odlišnosti, ktoré odrážajú problematiku výchovy dieťaťa. Špeciálna materská škola pre deti s inakosťou vo svojej výchovno-vzdelávacej ponuke uspokojuje potreby dieťaťa a vytvára podmienky pre jeho

optimálny rozvoj. Zaisťuje individuálnu starostlivosť v kolektíve v oblasti rozvíjania reči, myslenia, hrubej a jemnej motoriky, sociálny a citový vývin v úzkej spolupráci s rodinou. Pomocou hier a rozmanitých činností sa rozvíja ich zmyslové vnímanie, základné formy rozumovej aktivity a spolupráce s rovesníkmi. Neustále rozvíja zmyslové vnímanie a správne životné návyky (Švarcová, 2006). Deti so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, medzi ktoré sa radia aj deti s mentálnym postihnutím, majú na Slovensku k dispozícii viaceré formy pomoci a podpory. Zriaďujú sa pre ne špeciálne materské školy a špeciálne triedy, majú k dispozícii špeciálnych pedagógov, psychológov a asistentov. Zároveň im je ponúkaná možnosť vzdelávať sa spoločne s ostatnými vrstovníkmi v bežných materských školách. Rodičia si teda môžu vybrať. Školská inklúzia na Slovensku naráža na množstvo prekážok, ktoré slobodnú voľbu rodičov výrazne okliešťujú. V skutočnosti sa nie všetky pravidlá dodržiavajú a pomoc, ktorú deti a ich rodičia očakávajú, často neprichádza. Niekedy je to dokonca práve škola, ktorá deťom s rôznymi ťažkosťami namiesto podania pomocnej ruky život ešte viac skomplikuje (Iné príbehy..).

Ciele výchovy a vzdelávania v špeciálnej materskej škole

Hlavnými cieľmi v oblasti predprimárnej výchovy a vzdelávania v špeciálnej materskej škole je rozvíjanie obmedzeného a pomalého vývinu v psychomotorickej, poznávacej, emocionálnej a sociálnej oblasti a rozvíjať obmedzené, až výrazne obmedzené komunikačné schopnosti dieťaťa. Deti s mentálnym postihnutím postupujú podľa určeného obsahu vzdelávania a špecifických cieľov vzdelávania určených pre deti s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia, stredným stupňom mentálneho postihnutia a ťažkým stupňom mentálneho postihnutia. Špecifické ciele sú vypracované s ohľadom na závažnosť, t.j. stupeň mentálneho postihnutia. Obsah vzdelávania sa chápe ako záväzok pre učiteľa. Obsahuje základný rozsah učiva, ktoré má dieťa s mentálnym postihnutím prostredníctvom špeciálnych metód a prostriedkov zvládnuť počas predprimárneho vzdelávania,

primerane svojim individuálnym možnostiam a schopnostiam. Špecifické ciele vzdelávania sú koncipované ako predpokladané cieľové požiadavky, ku ktorým má smerovať výchovno-vzdelávacie pôsobenie v predprimárnom vzdelávaní dieťaťa s mentálnym postihnutím s rešpektovaním jeho individuálnych možností a schopností (Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie, 2017).

Ciele predprimárneho vzdelávania detí s mentálnym postihnutím sú:

- rozvíjať zaostávajúci vývin v psychomotorickej, poznávacej, emocionálnej a sociálnej oblasti, rozvíjať komunikačné schopnosti dieťaťa, vytvoriť podmienky na plynulú adaptáciu na nové prostredie (pri vstupe do materskej školy), naplniť potrebu sociálneho kontaktu dieťaťa s rovesníkmi, umožniť dieťaťu sebarealizáciu prostredníctvom hrových aktivít,

- rozvíjať samostatnosť dieťaťa, posilňovať jeho sebadôveru a sebavedomie, vytvárať elementárne sociálne kompetencie a ich využitie v reálnom živote, odstraňovať druhotné problémy (správania), utvárať elementárne prosociálne a environmentálne cítenie,

- pripraviť dieťa na plynulý prechod do špeciálnej základnej školy. Absolvent predprimárneho vzdelania je pripravený na vstup do primárneho vzdelávania v špeciálnej základnej škole. Špeciálna materská škola pripravuje deti na život v intaktnej spoločnosti v súlade s osobitosťami a individuálnymi rozvojovými možnosťami danými ich mentálnym postihnutím (www.statpedu.sk).

Špeciálna materská škola podporuje osobnostný rozvoj detí v oblasti sociálno-emocionálnej, telesnej, morálnej a estetickej. Rozvíja ich kognitívne schopnosti, sebaobslužné, kultúrne, hygienické návyky, utvára predpoklady na ďalšie vzdelávanie v špeciálnej základnej škole. Na predprimárne vzdelávanie v špeciálnej materskej škole sa prijímajú deti spravidla od troch do šiestich rokov a deti s odloženou povinnou školskou dochádzkou (Vzdelávacie programy pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie, 2017).

Prijímanie detí do špeciálnej materskej školy

Špeciálna materská škola sa zriaďuje pre deti s mentálnym postihnutím a s mentálnym a viacnásobným postihnutím. Je to zariadenie s poldennou, celodennou, týždennou, alebo nepretržitou výchovnou starostlivosťou. Výchova v špeciálnej materskej škole predstavuje systém ujednoteného, cieľavedomého a zámerného pôsobenia na deti s cieľom ich socializácie a prípravy na vstup do školy s rešpektovaním ich odlišností. Cieľom výchovy je maximálny rozvoj osobnosti dieťaťa s mentálnym postihnutím (Vančová, 2005). Špeciálna materská škola sa vnútorne člení na triedy, do ktorých sa spravidla zaraďujú deti rovnakého veku s rovnakým zdravotným znevýhodnením. Tento postup platí aj pre špeciálnu triedu v materskej škole bežného typu (Vladová, Lechta, 2017).

Do špeciálnej triedy materskej školy sa prijímajú deti spravidla s rovnakým druhom zdravotného znevýhodnenia. Do takej triedy môže byť prijaté dieťa len so súhlasom zákonného zástupcu a zástupcu zariadenia po diagnostických vyšetreniach zameraných na zistenie ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb vykonaných zariadením výchovného poradenstva a prevencie. Prítomnosť dieťaťa s odlišnosťou v kolektíve prospieva všetkým. Dieťaťu s inakosťou pomôže v procese inkluzívnej výchovy a vzdelávania ak všetci dospelí tvoria tím, vymieňajú si skúsenosti a sú naladení „na jednu notu“. Patria tu, samozrejme aj rodičia, ktorí svoje dieťa poznajú najdlhšie a najlepšie. Práve oni majú záujem na tom, aby sa ich dieťa rozvíjalo, aby boli rešpektované jeho záujmy a potreby. Rodičia by nemali myslieť len na nedostatky. Na tie by mali myslieť v prípade, ak by bol ohrozený vývin ich dieťaťa a cítili by potrebu niečo zmeniť. V prípade potreby by mali obidve strany – tak pedagógovia, ako aj rodičia požiadať odborníkov o radu. Pre pedagógov pôsobiacich v materských školách by malo byť samozrejmosťou ďalšie vzdelávanie v odbore. Za samozrejmosť je považovaná aj úcta k dieťaťu (Anderliková, 2014).

Špeciálna základná škola

Pojem edukácia vyjadruje širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania žiakov s mentálnym posilnutím. Cieľom nie je len získavanie vedomostí a poznatkov, ale aj dosiahnutie určitej zmeny v správaní jednotlivca, premeny hodnotových a vzťahových postojov, citových a vôľových štruktúr osobnosti. Proces edukácie žiakov s mentálnym posilnutím je založený na uplatňovaní špecifických metód, foriem prostriedkov edukácie s rešpektovaním špecifik osobnosti žiaka (Pipeková, 2013). Špeciálna základná škola musí podľa Gažiho (1991) cieľavedomou a systematickou prácou pripravovať žiakov tak, aby sa vedeli uplatniť v nových pracovných podmienkach.

Ciele výchovy a vzdelávania žiakov v špeciálnej základnej škole

Gaži (1991) píše o dôležitosti opierania sa o skúsenosti žiaka pri príprave na vnímanie nového učiva. Ide o skúsenosti, ktoré nadobudli žiaci sami, alebo prostredníctvom napríklad vychádzok, exkurzií. Veľmi dôležité je spájanie teórie so životom. Cieľom vyučovania nie je len osvojovať si vedomosti, musí zahŕňať aj zložku výchovnú. Cieľ vzdelávania jednotlivcov s mentálnym posilnutím môžeme dosiahnuť len s vytvorením špecifických vnútorných a vonkajších podmienok. Determinujúcimi činiteľmi sú druh a stupeň posilnutia, prostredie a výchova dieťaťa. Hlebová et al (2016) sa domnieva, že cieľ tak špecifický, ako aj konkrétny by mal definovať stav jednotlivca, jeho správanie sa ktorý sa má dosiahnuť na konci vyučovacieho procesu (čo konkrétne sa má žiak naučiť, čo konkrétne má vedieť, ktoré konkrétne vedomosti, zručnosti, návyky, postoje, schopnosti, kompetencie si má osvojiť, do akej hĺbky a za akých podmienok). Na základe uvedeného ponúka klasifikáciu cieľov v špeciálnej edukácii:

1. všeobecné (komplexné) - vyjadrenie určitého ideálu výchovy a vzdelávania, ale aj vyjadrenie všeobecných spoločenských požiadaviek na výchovu a vzdelávanie odrážajúcich rôzne

filozofie a perspektívy taktiež rôzne prístupy k obsahu výchovy a vzdelávania,

2. čiastkové (rámcové) sú ciele jednotlivých typov škôl, študijných a učebných odborov je to konkrétnejšia formulácia cieľov, (žiak zvládne umelecký prednes, dokáže navrhnúť pracovný postup a pod.)

3. špecifické (konkrétne) sú cieľmi vyučovacích predmetov, tematických celkov, vyučovacích hodín, ktoré jednoznačne definujú stav osobnosti žiaka a jeho správania, ktorý sa má dosiahnuť na konci vyučovacieho procesu (čo konkrétne sa má žiak naučiť, čo konkrétne má vedieť, ktoré vedomosti, zručnosti, návyky, postoje, schopnosti, kompetencie si má osvojiť, do akej hĺbky a za akých podmienok (napr. žiak bude vedieť mená aspoň trochžijúcich autorov pre deti a pod.), pričom špecifické ciele uvádza tieto:

- kognitívne (poznávacie) zahŕňajúce oblasť vedomostí, intelektuálnych zručností, poznávacích schopností (vnímanie, pamäť, myslenie, hodnotenie a tvorivosť); sú to ciele vzdelávacie
- afektívne (výchovné) ciele zahŕňajú citovú oblasť, oblasť postojov, hodnotovej orientácie a sociálno-komunikatívnych zručností - sú to výchovné ciele;
- psychomotorické (zmyslovo-pohybové)) zahŕňajú oblasť motorických zručností a návykov za účasti psychických procesov, v praxi sú to výcvikové ciele (Vašek, Bajo, 1988).

Vyučovací proces žiakov s mentálnym postihnutím

Vyučovanie je cieľavedomý a dobre organizovaný proces, v ktorom učiteľ v súlade s výchovno-vzdelávacími cieľmi riadi a organizuje učebnú činnosť žiakov tak, aby si aktívne osvojili požadované učivo, rozvíjali svoje schopnosti a tým aj celú svoju osobnosť (Ibidem, 1988).

Vyučovacia hodina podľa Gažiho (1991) predpokladá určité zoskupenie žiakov tvoriacich kolektív, ktorí svojimi psychickými a osobnostnými predpokladmi determinuje formy a metódy práce na hodine. Znížený počet žiakov v triede umožňuje využiť účinnejšie individuálnu formu práce. Vyučovacia hodina má

odlišnú formu podľa toho, aký cieľ sleduje, pričom veľmi dôležité je osvojenie si spôsobilosti vedieť prakticky využiť nadobudnuté vedomosti. Vyučovacia hodina má sledovať - fixovať návyky kvalitne a usilovne pracovať, vedieť sa podriaďiť učiteľovmu vedeniu, upevňovať dobré vzťahy medzi spolužiakmi. Na záver každej hodiny musí učiteľ zhodnotiť nielen svoje didaktické, ale aj výchovné pôsobenie. Vyučovaciu hodinu determinujú faktory ako:

- mentálna úroveň žiakov, stupeň postihnutia, osobitosti žiakov v oblasti emocionálnej, vôľovej, osobnostnej, osobitosti vývinu motoriky a sociálnej adjustácie žiakov,
- činitele súvisiace s odlišnosťami žiakov, homogenita, resp. heterogenita žiakov v triede,
- prostredie a vybavenie školy, kvalifikovaný učiteľ a rodinné prostredie vychovávajúce dieťa s mentálnym postihnutím.

Z vonkajších podmienok je to obsah, rozsah učiva, primerané učebnice a didaktické prostriedky, vonkajšie podmienky a organizácia učiva, tempo, metódy a formy vyučovania, hodnotenie a diagnostika žiakov (Vašek, Bajo, 1988).

Osobitosti a zákony uplatňujúce sa vo výchove a vzdelávaní žiakov s mentálnym postihnutím

Podľa Hlebovej et. al (2016) psychologické zákonitosti v špeciálnej edukácii

predstavujú tieto zákony:

1. zákon motivácie kladie dôraz na uprednostňovanie pozitívnej motivácie pred negatívnou, má vzbudiť záujem žiakov o učenie prostredníctvom atraktívnych a zaujímavých detailov, audiovizuálnych prostriedkov, lebo záujem žiakov je silný motivačný aspekt. Taktiež má vytvárať situácie úspechu pre žiaka, lebo aj úspech má veľmi dôležitý motivačný význam, pretože vhodným motivačným podnetom býva aj odmena žiaka za dobrú prácu, vhodná je aj súťaživosť s pozitívnym hodnotením práce všetkých žiakov;
2. zákon spätnej aferentácie (spätnej väzby) tento stanovený cieľ je konfrontovaný s dosiahnutými výsledkami. Druhy spätnej

väzby sú - simultánna, okamžitá (okamžite informuje, napr. vyslovením hlásky), následná (úroveň výkonu zisťujeme po pripojení optického a akustického analyzátora, efektívna s odozvou súhlasu či nesúhlasu);

3. zákon transferu v učení znamená, že pozitívny transfer (naučené vedomosti, schopnosti pomáhajú k rýchlejšiemu učeniu a osvojovaniu ďalších vedomostí a schopností) naopak, negatívny transfer (naučené schopnosti bránia ďalšiemu procesu učenia). Základom je zovšeobecnenie prvkov obsahu učenia, a to empirické, analyticko-syntetické, dedukčné, pričom pojmom interferencia vyjadrujeme aplikáciu postupov žiakov, ktoré sa naučili pri

jednej činnosti mechanicky na druhú bez generalizácie prvkov;

4. zákon opakovania – opakovaním sa posilňujeme spojenie - podnet – reakcia, čím sa reakcia uchováva v pamäti, je to jedna z najdôležitejších činností vo vyučovacom procese. Zásady opakovania kladú za úlohu opakovanie rozmanitým spôsobom, opakovat' systematicky, pri opakovaní využívať pozitívny transfer, frekvenciu opakovania riadiť podľa vlastností učebného materiálu a učiaceho sa subjektu a tak zaistiť aktívnu účasť psychických funkcií pri opakovaní (nie iba mechanické memorovanie), rešpektovanie psychohygieny (prestávky, striedanie činností a pod.), neustále motivovanie subjektu učenia.

Deti alebo žiaci sa do škôl prijímajú na základe ich zdravotného znevýhodnenia po diagnostických vyšetreniach zameraných na zistenie ich špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb vykonaných zariadením výchovnej prevencie a poradenstva. Výchova a vzdelávanie sa v školách uskutočňuje s využitím špeciálnych učebných pomôcok a kompenzačných pomôcok, ktoré spolu s učebnicami a špeciálne upravenými učebnými textami podľa špeciálnych výchovno-vzdelávacích potrieb dieťaťa alebo žiaka poskytuje bezplatne škola, v ktorej sa žiak vzdeláva. Školy sa zriaďujú aj ako internátne. Výchova a vzdelávanie detí a žiakov v školách sa prispôsobuje ich špeciálnym výchovno-vzdelávacím potrebám, na základe ktorých sa môžu tieto školy vnútorne diferencovať podľa druhu a stupňa zdravotného

znevýhodnenia detí alebo žiakov. Špeciálne triedy sa v školách nezriaďujú. Deťom alebo žiakom problémy vyplývajúce z ich zdravotného znevýhodnenia pomáhajú prekonávať asistenti učiteľa. Pri výchove a vzdelávaní detí a žiakov so zdravotným znevýhodnením sa postupuje podľa Vzdelávacích programov pre deti a žiakov s mentálnym postihnutím. Vzdelávacie programy sú určené pre vzdelávanie žiakov s jednotlivými druhmi postihnutia alebo narušenia v špeciálnych školách, v špeciálnych triedach základných škôl a žiakov vzdelávaných v školskej integrácii (začlenených) v základnej škole. Vzdelávacie programy pre deti a žiakov sú súčasťou štátneho vzdelávacieho programu (www.statpedu.sk).

Vzdelávacie varianty v špeciálnej základnej škole

Gaži (1991) konštatuje, že škola má zabezpečiť všestranný harmonický vývin osobnosti žiakov. Škola musí zabezpečiť, aby sa dieťa rozvíjalo po stránke duševnej a telesnej. Takto s avo vyučovacom procese plní požiadavka gnozeologická (dieťa si osvojuje poznatky), psychologická (v procese vyučovania a učenia sa dieťa rozvíja po stránke duševnej a telesnej), spoločenská (dieťa sa pripravuje na život v spoločnosti). Odlišnosti detí ovplyvňujú celý výchovno-vzdelávací proces.

Špeciálna základná škola ktorá vzdeláva žiakov s mentálnym postihnutím alebo s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným postihnutím sa vnútorne člení podľa stupňa mentálneho postihnutia žiakov na

a) prípravný ročník

b) variant A pre žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia,

c) variant B pre žiakov so stredným stupňom mentálneho postihnutia,

d) variant C pre žiakov s ťažkým, alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia (Hučík, 2018).

<i>Prípravný ročník</i>	Vychádza zo špecifik skupiny detí, ktorá prípravný ročník navštevuje. Akceptuje vek detí, stupeň postihnutia, ich individuálne možnosti. Vzbudzuje záujem žiaka o prácu v škole, buduje kladný vzťah žiaka k učeniu. Taktiež učí žiaka žiť v kolektíve, budovať optimálne sociálne vzťahy a žiaduce správanie. Usiluje o maximálne rozvíjanie schopností detí pre vstup do prvého ročníka. Taktiež napomáha rozvíjať komunikačné schopnosti, motoriku, senzoriku, sebaobsluhu.
<i>A variant</i>	Vzdelávajú sa tu žiaci s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia. Podobá sa najviac na vzdelávanie v bežnej škole. Cieľom je rozvíjanie individuálnych schopností a predpokladov žiakov tak, aby si osvojili vedomosti, zručnosti a návyky potrebné pre ich ďalší život a profesionálnu prípravu.
<i>B variant</i>	Cieľom je optimálne rozvíjanie žiakovej osobnosti v oblasti motoriky, senzoriky, kognície, sebaobsluhy, komunikácie. Dieťa si osvojuje elementárne poznatky o prírode, spoločnosti, sebe samom. B variant ho taktiež pripravuje na vykonávanie jednoduchých manuálnych činností. V jednej triede sú žiaci vekovo rozdielni, avšak zhruba s rovnakým stupňom mentálneho postihnutia a vývinu. V tomto stupni sa vzdelávajú žiaci so stredným stupňom mentálneho postihnutia.
<i>C variant</i>	Do triedy sa zaraďujú žiaci, ktorí nezvládajú učivo vo variante B. Naopak, do triedy nemôžu byť zaraďovaní žiaci vtedy, ak na škole nie je zabezpečená zdravotnícka starostlivosť (epileptické záchvaty, diabetes...). Veková hranica na zaradenie žiaka do variantu je 15 rokov.
<i>Praktická škola</i>	Je určená pre menej zručných absolventov špeciálnej základnej školy obsahovo vzdelávaných v A variante, ktorí neuspeli na prijímacích pohovoroch do odborných učilíšť, pre manuálne zručných absolventov vzdelávaných vo variante B, alebo C. Do praktickej školy sa prijímajú žiaci s mentálnym postihnutím, alebo žiaci s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorí ukončili základnú školu alebo povinnú školskú dochádzku a ich stupeň postihnutia im neumožňuje zvládnuť prípravu v odbornom učilíšti. Do praktickej školy sa prijímajú aj iné fyzické osoby s odlišnosťou, alebo dospelí občania s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným postihnutím, ktorí dovŕšili vek 18 rokov a neboli vzdelávaní v odbornom učilíšti alebo praktickej škole (Z.z.245/2008).

Podľa Z.z.245/2008, Vančová, 2005

Cieľom výchovy a vzdelávania žiakov so stredným stupňom mentálneho postihnutia je rozvíjanie kognitívnych a psychomotorických procesov, všestrannej komunikácie. Výchova vzdelávanie si kladie za cieľ rozvíjanie individuálnych schopností a predpokladov žiakov s mentálnym postihnutím tak, aby si osvojili vedomosti, zručnosti a návyky, ktoré dokážu využiť v osobnom živote, taktiež aj na zameranie sa na pripravenosť v praktickom živote s možnosťou prirodzenej integrácie do spoločnosti a stali sa jej prirodzenou súčasťou. Ciele majú podnecovať žiakov k mysleniu na podklade názoru a k riešeniu problémov a učiť žiakov chrániť si svoje zdravie a zdravie iných (www.statpedu.sk). Žiaci s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia sa vzdelávajú podľa individuálnych vzdelávacích programov. Pri organizácii vyučovania sa odporúča predovšetkým blokové vyučovanie. V prípade, že žiak zvládol obsah vzdelávania a splnil kritériá na prijatie do špeciálnej základnej školy - variant B, môže tam byť preradený. Žiakovi s ťažkým stupňom alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia a narušenou komunikačnou schopnosťou (symptomatickou poruchou reči) poskytuje individuálnu alebo skupinovú logopedickú intervenciu školský logopéd (245/2008 Z.z.). Vzdelávací program pre Praktickú školu, ktorej vzdelávacie programy poskytujú vzdelávanie a prípravu na výkon jednoduchých pracovných činností žiakom s mentálnym postihnutím alebo žiakom s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorým stupeň postihnutia neumožňuje prípravu v odbornom učilišti, je súčasťou vzdelávacích programov pre deti a žiakov s mentálnym postihnutím. Praktická škola je určená pre chlapcov i dievčatá, menej zručných absolventov špeciálnej základnej školy vzdelávaných podľa variantu A a manuálne zručných absolventov špeciálnej základnej školy vzdelávaných podľa variantu B a C. Škola má žiakom poskytnúť možnosť fyzicky a psychicky dospieť tak, aby mohli čo najsamostatnejšie žiť v domácom prostredí alebo v chránenom bývaní a pracovať v chránenom pracovisku. Cieľom praktickej školy je pripraviť žiakov na život v rodine, na

sebaobsľuhu, na rôzne jednoduché praktické práce, vrátane prác v domácnosti, zacvičiť ich v prácach profilujúceho voliteľného predmetu a na vykonanie jednoduchých pracovných činností spravidla pod dohľadom inej osoby (statpedu.sk). Hučík (2018) charakterizuje praktickú školu ako vzdelávaciu inštitúciu, ktorá poskytuje žiakom možnosť dospieť po stránke psychickej a aj fyzickej tak, aby boli schopní samostatne žiť v domácom prostredí, alebo v chránenom bývaní a pracovať na chránenom pracovisku. Praktická škola pripravuje žiakov na život v rodine, sebaobsľuhu, na jednoduché praktické práce. Žiaci sa zacvičujú na vykonávanie jednoduchých pracovných činností pod dohľadom. Súčasťou je aj praktické vyučovanie. Dokladom o získanom vzdelaní je po troch rokoch vzdelávania vysvedčenie kde je uvedené zameranie činností, ktoré je žiak schopný vykonávať.

Praktická škola a odborné učilište

Je to podľa Hučíka (2018) vzdelávacia inštitúcia, ktorá poskytuje odbornú prípravu na výkon nenáročných pracovných činností žiakom s mentálnym postihnutím. Cieľom výchovy a vzdelávania je umožniť žiakovi získať primerané kompetencie v oblasti komunikačných schopností, rozvíjanie manuálnych zručností, tvorivých schopností. Žiak s mentálnym postihnutím absolvovaním tohto typu vzdelávania získa nižšie stredné odborné vzdelanie. Odborné učilište môže podľa autora zriaďovať prípravný ročník pre žiakov, ktorých mentálne schopnosti a manuálne zručnosti nemohli byť dostatočne diagnostikované.

<i>Praktická škola</i>	Praktická škola je typ školy, v ktorej vzdelávacie programy poskytujú vzdelávanie a prípravu na výkon jednoduchých pracovných činností žiakom s odlišnosťou, alebo žiakom s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorým stupeň postihnutia neumožňuje prípravu v odbornom učilišti alebo v strednej škole. Vzdelávací program praktickej školy pripravuje žiakov na život v rodine, na sebaobsľuhu, na rôzne jednoduché praktické práce, vrátane prác v domácnosti, pričom sa títo žiaci zaciľujú na vykonávanie jednoduchých pracovných činností spravidla pod dohľadom. V praktických školách je neoddeliteľnou súčasťou odborného vzdelávania a prípravy praktické vyučovanie. V triedach praktickej školy pre žiakov s viacnásobným postihnutím je spravidla na výchovnovzdelávacom procese prítomný aj asistent učiteľa. Príprava v praktickej škole trvá najviac tri roky. Vzdelávací program praktickej školy sa ukončuje celkovým zhodnotením manuálnych zručností žiaka v rozsahu učiva určeného príslušným vzdelávacím programom. Dokladom o získanom vzdelaní je záverečné vysvedčenie s uvedením zamerania činností, ktoré je žiak schopný vykonávať. Praktická príprava na výkon jednoduchých pracovných činností žiakov sa vykonáva činnosťou na pracovisku praktickej školy alebo na pracovisku mimo praktickej školy. Praktická škola môže vzdelávať aj iné fyzické osoby s odlišnosťou alebo s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným postihnutím, ktoré dovŕšili vek 18 rokov a neabsolvovali výchovu a vzdelávanie v odbornom učilišti alebo praktickej škole. Je určená pre menej zručných absolventov špeciálnej základnej školy obsahovo vzdelávaných v A variante, ktorí neuspeli na prijímacích pohovoroch do odborných učilišť, pre manuálne zručných absolventov vzdelávaných vo variante B, alebo C. Do praktickej školy sa prijímajú žiaci s mentálnym postihnutím, alebo žiaci s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorí ukončili základnú školu alebo povinnú školskú dochádzku a ich stupeň postihnutia im neumožňuje zvládnuť prípravu v odbornom učilišti. Do praktickej školy sa prijímajú aj iné fyzické osoby s odlišnosťou, alebo dospelí občania s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným postihnutím, ktorí dovŕšili vek 18 rokov a neboli vzdelávaní v odbornom učilišti alebo praktickej škole (Z.z.245/2008).
-------------------------------	--

<i>Odborné učilište</i>	Odborné učilište je typ školy, ktorej vzdelávacie programy odborov výchovy a vzdelávania poskytujú odbornú prípravu na výkon nenáročných pracovných činností žiakom s mentálnym postihnutím alebo s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím. V odborných učilištiach je neoddeliteľnou súčasťou odborného vzdelávania a prípravy praktické vyučovanie. Úspešným absolvovaním vzdelávacieho programu odborov výchovy a vzdelávania v odbornom učilišti môže žiak s odlišnosťou získať nižšie stredné odborné vzdelanie, ktoré sa podľa stupňa zvládnutia príslušných vzdelávacích štandardov a posudzovania kvalifikácie na výkon pracovných činností člení na a) zaškolenie-dokladom o získanom vzdelaní je vysvedčenie a osvedčenie o zaškolení⁷, b) zaučenie-dokladom o získanom vzdelaní je vysvedčenie a osvedčenie o zaučení⁸, c) vyučenie-dokladom o získanom vzdelaní a odbornej kvalifikácii je vysvedčenie o záverečnej skúške a výučný list⁹. Odborné učilište môže poskytovať prípravu na výkon jednoduchých pracovných činností žiakov s mentálnym znevýhodnením, ktorí sú schopní samostatne pracovať, ale ktorých pracovné a spoločenské uplatnenie musia usmerňovať iné osoby. Odborné učilište má podľa vzdelávacích programov príslušných odborov výchovy a vzdelávania prvý až tretí ročník, môže zriadiť aj prípravný ročník. Prípravný ročník v odbornom učilišti je určený pre študentov, ktorých mentálne schopnosti a manuálne zručnosti nemohli byť dostatočne diagnostikované. Po absolvovaní prípravného ročníka riaditeľ odborného učilišťa určí, či bude žiak pokračovať v prvom ročníku niektorého odboru výchovy a vzdelávania odborného učilišťa, alebo bude pokračovať v príprave v praktickej škole.¹⁰
--------------------------------	--

⁷ -predpoklad najjednoduchších pracovných činností, práca pod dozorom

⁸ - predpoklad zvládnutia zložitejších pracovných činností, práca pod dozorom

⁹ - predpoklad zvládnutia zložitých, náročných pracovných činností, práca bez dozoru

¹⁰ Do odborného učilišťa sa prijímajú žiaci s mentálnym postihnutím alebo žiaci s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorí ukončili vzdelávanie v poslednom ročníku základnej školy alebo ukončili povinnú školskú dochádzku.

5.3 Profesijná príprava jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Práca zohráva v živote človeka v procese integrácie do spoločnosti významnú úlohu. Problematikou voľby povolania sa zaoberá profesionálna orientácia.

Profesionálna orientácia

Môžeme ju definovať ako proces prípravy mládeže na voľbu povolania a začlenenie sa do povolania za účinnej pomoci tak učiteľa, ako aj výchovného poradcu a rodičov. Profesionálnu orientáciu žiakov s postihnutím môžeme definovať ako cieľavedomý, multifaktoriálne podmienený výchovný proces uskutočňovaný na báze rozpoznanie individuálne podmienených dispozícií žiaka, pri ktorom sa zosúladujú s požiadavkami kladenými na profesionálnu prípravu. Celý proces vrcholí voľbou povolania (Vašek, 2011). Profesijná orientácia je, ako píše Hučík (2016) organická súčasť prípravy na profesiu v rámci výchovy, vzdelávania a prípravy na povolanie. Zosúladzuje individuálne, osobné záujmy, osobnostné predpoklady, schopnosti s celospoločenskými potrebami a záujmami, pričom vychádza z dlhodobých požiadaviek žiakov, ich záujmov a zo schopností prejavovaných v procese vzdelávania a výchovy. Profesionálna orientácia je definovaná aj ako cieľavedomý a zámerný proces, prostredníctvom ktorého sa jednotlivец s postihnutím a narušením zameriava na určitý okruh pracovných činností (Vašek, 2004). Krištofiková (2001) chápe profesijnú orientáciu ako proces, ktorý zámerne ovplyvňuje profesijný vývin jednotlivca, ktorý má vyústiť do voľby určitého povolania. Ide v podstate o utváranie osobného profesijného cieľa a osobnej profesijnej perspektívy človeka a jeho úsilie ich dosiahnuť. Profesijná orientácia má dlhodobý charakter, je procesom, v rámci ktorého škola v spolupráci s rodinou a inými výchovno-vzdelávacími a poradenskými inštitúciami zámerne pripravuje žiakov na voľbu

povolania. Voľba povolania sa uskutočňuje vo veku, kedy dieťa nie je kompetentné pre druh a stupeň postihnutia rozhodovať sa v tomto smere. Veľmi dôležitá je preto pomoc špeciálnych pedagógov (triedneho učiteľa, výchovného poradcu. Voľba povolania by nemala byť, ako tvrdí Hučík, et al., (2009) nikdy záležitosťou viazanou na ukončenie povinnej školskej dochádzky. Musí byť pripravená dlhodobým výchovným procesom, ktorý začína od vstupu žiaka do školy. Sledujeme, čo žiaka zaujíma, baví, jeho možnosti, schopnosti, dobré stránky, ale aj negatívne vplyvy postihnutia v psychickej a telesnej oblasti. Krištofiková (2001) píše o nevyhnutných diagnostických aktivitách zameraných na: všeobecné a profesiové záujmy, ich trvácnosť, psychických predpokladov pre zvolené povolanie, úrovne požadovaných školských spôsobilostí, vedomostí a návykov pre zvolené povolanie, somatických predpokladov pre zvolené povolanie.

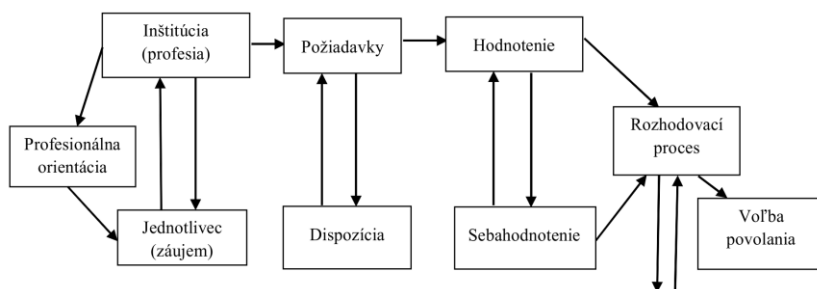
Možné neadekvátne predstavy a úsilia pri voľbe povolania a ich príčiny:

- precenenie schopností dieťaťa zo strany rodičov a nevhodné ovplyvňovanie dieťaťa z ich strany, žiaci s postihnutím nemajú dostatok informácií, pre profesiu sa rozhodujú na základe len jedného faktora a nie komplexných poznatkov o nej, nepoznajú kontraindikácie pre zvolené povolanie, nemajú informácie, ktoré povolania sú im odporúčané, alebo neodporúčané (Vašek, 2004).

Na profesijnú orientáciu má vplyv aj vyučovanie, pretože prostredníctvom vyučovacích predmetov získava žiak informácie o jednotlivých profesiách. Ide najmä o predmety prírodovedného a technického charakteru. U žiakov s mentálnym postihnutím je to najmä pracovné vyučovanie, ktoré výraznou mierou prispieva k ich voľbe povolania a pripravuje ich na vzdelávanie v odbornom učilišti (Krištofiková, 2001). Okrem toho získavajú žiaci základné poznatky, školské spôsobilosti, zručnosti a návyky. Žiaci sa profesionálne orientujú tak, aby aj napriek ich psychickej, biologickej a sociálnej nezrelosti boli schopní voliť si najprimeranejšie budúce povolanie. Na túto etapu nadväzuje profesionálna príprava v stredných odborných učilištiach. Jej

úlohou je poskytovanie komplexných predpokladov na uplatnenie sa vo zvolenom odbore. Študenti si rozširujú všeobecnovzdelávacie poznatky, poskytujú sa im potrebné teoreticko-odborné poznatky vo zvolenej profesii, úkony a operácie potrebné pre praktický výkon povolania spojených s profesionálnymi návykmi a postojmi. Ďalšou etapou profesionálneho vývinu je profesionálna adjustácia, ktorá nasleduje po ukončení profesionálnej prípravy a nástupe do zamestnania. Obdobie je veľmi dôležité, pretože absolvent začína po prvýkrát pracovať samostatne a bez školského zázemia. Ak absolvent nezvládne svoje začlenenie do práce, nastáva jeho zlyhanie spojené so sociálnym zlyhaním a inými negatívnymi javmi. Záverečnou etapou je profesionálna integrácia, v rámci ktorej sa pracovník stáva súčasťou pracovného kolektívu, tento akceptuje a je ním akceptovaný. Zdokonaľuje sa v profesii, pracovný výkon stúpa po dosiahnutí kulminačného bodu, po ktorom v dôsledku plynúceho veku pracovnosť výkonu pomaly klesá (Vašek, 2011).

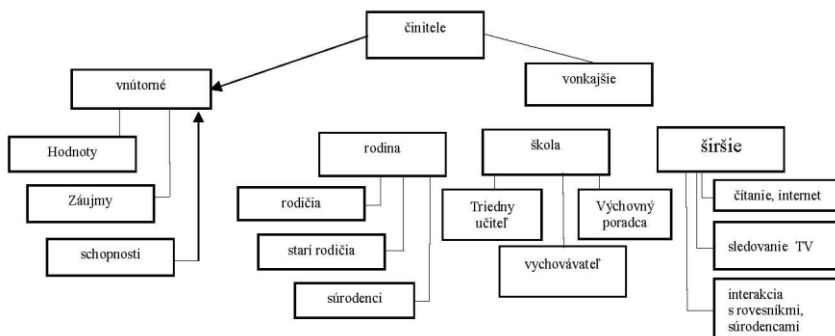
Model profesionálnej orientácie podľa (Vašek, 2011, s.64).



Podľa Hučíka (2018) voľba povolania u osôb s mentálnym postihnutím je oveľa náročnejšia, ako u jednotlivcov intaktných. Ide tu predovšetkým o obmedzené možnosti výberu budúceho povolania. Niektoré povolania sú vylúčené samotným postihnutím, avšak závažným problémom je aj nedostatočný

výber povolání, z ktorých si môžu žiaci vyberať. Základom fungovania celého modelu je jednotlivec so záujmom o profesiu a inštitúcia, kde sa môže na danú profesiu pripraviť. Každá inštitúcia kladie na prípravu jednotlivca určité požiadavky, na ktoré musí mať uchádzač dispozície. Tieto inštitúcie hodnotí v rámci diagnostických aktivít, jednotlivec svoje predpoklady dáva do vzťahu k požiadavkám v rámci sebahodnotenia. Výsledky hodnotenia a sebahodnotenia ovplyvňujú rozhodovací proces, výsledkom ktorého je voľba povolania. Celý proces sa realizuje v sociálnom prostredí, ktoré proces ovplyvňuje, pričom proces spätne pôsobí na sociálne prostredie. Proti sebe stoja požiadavky inštitúcie a individuálne podmienené dispozície jednotlivca. Vonkajšia motivácia vyplýva z požiadaviek, vnútorná motivácia zo subjektívnych faktorov vyplývajúcich zo subjektívnych faktorov pôsobiacich na jednotlivca (záujem, profesionálne predstavy, želania..). Oproti objektívnym požiadavkám stoja subjektívne danosti jednotlivca, ktoré sú predmetom zvýšenej pozornosti, pretože ovplyvňujú rozhodovací proces. Subjektívnym faktorom je záujem a želanie jednotlivca z hľadiska možnosti uskutočniť reálny a ireálny variant. Ďalším faktorom sú predstavy jednotlivca o budúcom povolaní. Dôležitú úlohu zohrávajú profesionálne informácie umožňujúce získať reálnejšie predstavy o budúcom povolaní (Vašek, 2011).

Činitele ovplyvňujúce výber profesie u žiakov s mentálnym postihnutím (Hučík, 2016, s.300)



Voľba povolania

Voľba povolania prechádza nasledovnými štádiami:

- štádium fantázie, začínajúce pred 11. rokom žiaka kedy žiak verí, že sa môže stať čímkoľvek, profesijné želania vyslovuje bez toho, aby mal žiak primerané vedomosti o požiadavkách kladených na určitý druh povolania, štádium pokusnej voľby je medzi 11.-17. rokom veku žiaka, vyznačuje sa uvedomovaním svojich záujmov a schopností, o voľbu povolania sa pokúša na základe subjektívnych faktorov, štádium realistickej voľby je v rozmedzí rokov 17-19, kedy je žiak schopný zvážiť pri výbere povolania faktory ako sú záujmy, schopnosti, spoločenské potreby s vykonávať primerané kompromisy. Uvedené štádiá platia aj pre osoby s mentálnym postihnutím v pásme ľahkej mentálnej retardácie s prihliadnutím na časový posun vyplývajúci z ich stupňa postihnutia.

Základom úspešnej voľby povolania je zosúladenie požiadaviek vyplývajúcich nielen z danej profesie, ale aj z individuálnych dispozícií každého žiaka s mentálnym postihnutím. Pri profesijnej orientácii je to zosúladenie záujmov a možností žiaka s postihnutím s potrebami spoločnosti. Zohľadňujú sa:

- záujmy a želania žiaka tak profesijné, ako aj všeobecné, trvalosť záujmov, psychické predpoklady pre danú profesiu, dostatočná úroveň požadovaných školských vedomostí, spôsobilostí

a návykov pre danú profesiu, somatické predpoklady pre danú profesiu. S prípravou žiakov na povolanie je potrebné začať čo najskôr po špeciálno-pedagogickej diagnostike. Od vstupu do špeciálnej základnej školy je potrebné začať so základnou predprípravou ako je usposobenie fyzických a psychických síl, obratnosť, šikovnosť rúk. Od piateho ročníka je naopak vhodné ponúkať žiakom informácie o profesijnej orientácii. Rozvíjanie pohybových schopností, telesná zdatnosť a fyzická príprava sú predpokladom úspešného zvládnutia nárokov na budúce povolanie. Voľbu povolania ovplyvňujú viaceré faktory ako sú záujmy, schopnosti, vplyv rodiny, okolia, city, vôľa, zdravotný stav, telesná zdatnosť žiakov a fyzická pripravenosť. Mentálna retardácia sa prejavuje výraznými odlišnosťami v motorike. Žiaci špeciálnych základných škôl sa vyznačujú širokou škálou úrovne motoriky ovplyvnenou stupňom zaostalosti. Stav motoriky žiakov zhoršujú časté telesné deformity, malformácie, hypotónia, dystrofia, nižšia telesná hmotnosť, výška a nižšia fyzická zdatnosť v porovnaní s intaktnou populáciou. Preto je dôležité včasné rozpoznanie možných kontraindikácií, ktoré by mohli znemožniť profesijnú prípravu a uplatnenie absolventov v určitých profesiách. Žiak sa musí sledovať a komplexne hodnotiť. Odhalenie kontraindikácií môže vhodne usmerniť profesijný vývin žiakov. K individuálnym schopnostiam žiakov patria aj manuálne schopnosti potrebné na výkon budúcej profesie najmä záujmy, pretože u žiakov absentujú poznávacie potreby a z nich vyplývajúce záujmy. Vytváranie záujmov u žiakov s inakosťou predstavuje zložitú úlohu, výsledky často nezodpovedajú námahe. Preto je dôležité aby pochopili skutočný spoločenský význam práce (Hučík, 2007). Osobitný význam má včasné rozpoznanie kontraindikácií, ktoré by mohli znemožniť profesionálnu prípravu, alebo uplatnenie v určitých povolaniach (napr. zdravotné požiadavky..). Hučík, et. al., (2009) uvádza voľbu povolania v živote dieťaťa s postihnutím ako jedno z najdôležitejších rozhodnutí, pretože ide o prvé stretnutie dieťaťa s postihnutím s ostatnými ľuďmi v pracovnom zaradení. Je to vždy krok a smrom k sociálnej adaptácii problém, pretože veľa

faktorov rozhoduje o tom, ako sa jednotlivec s odlišnosťou včlení do povolania a či zapadne do kolektívu.

Záver

Ako píše Hučík, Mikurčíková et al., (2018), by mala byť odborná činnosť ľudí, ktorí pracujú so žiakmi s inakosťou poslaním, kde prvoradým cieľom je pomoc všetkými možnými prostriedkami, pretože problematika kvality života jednotlivcov s mentálnym postihnutím patrí v súčasnosti k najdiskutovanejším otázkam spoločnosti. Táto otázka je stotožňovaná s ich životným štandardom. Zameranie pozornosti na kvalitu života žiakov s mentálnym postihnutím je v našej spoločnosti aj napriek snahám o ich integráciu, inklúziu nedostatočné a skôr príležitostné. Vzdelávanie je dôležitou sociálnou podmienkou života, pretože kladie na jednotlivca s mentálnym postihnutím nároky tak v oblasti fyzických síl, ako aj v psychickej oblasti ako je napríklad adaptácia na nové podmienky, režim dňa a súčasne ich formuje. Preto je nutné poznať druhy, príčiny a následky zdravotného postihnutia, určiť z toho vyplývajúce potreby jednotlivca ako napríklad primerané vzdelávanie v rámci jeho možností, kompenzačné pomôcky, úpravu životného prostredia, pomoc pri integrácii / inklúzii do sociálneho prostredia. Ako tvrdí Zastková (2021, s. 102) „vedomá práca so sociálnymi situáciami a sociálnymi vzťahmi v triede v konkrétnych didaktických situáciách umožňuje okrem rozvoja kognitívnych aspektov osobnosti aj rozvoj nonkognitívnych. Učiteľ preto zostavuje skupiny, určuje a spoluurčuje ciele, navrhuje úlohy a dbá o ich rozdelenie, monitoruje správanie žiakov, podporuje, povzbudzuje ku kooperácii, vytvára podmienky pre reflexiu učenia a správania. Keďže ide o konkrétne správanie, kde je potrebné experimentovanie, napodobňovanie, nacvičovanie a tréning, učiteľ musí zvoliť vhodné metódy, ktoré motivujú a aktivizujú žiakov a v prípade kooperatívneho učenia zároveň podporujú interakciu v záujme kooperatívnej činnosti „.

Otázky

1. V spoločnej diskusii rozoberte problematiku školskej sústavy pre žiakov s mentálnym postihnutím.
2. Popíšte kontraindikácie pri vzdelávaní žiakov s mentálnym postihnutím, ich odlišnosti ovplyvňujúce výchovno-vzdelávací proces.
2. Aké sú súčasné možnosti vzdelávania žiakov s mentálnym postihnutím? Popremýšľajte nad budúcnosťou.
3. Popremýšľajte nad problematikou profesijnej orientácie jednotlivcov s mentálnym postihnutím. Popíšte kontraindikácie.

Bibliografia

- ANDERLIKOVÁ, L. 2014. *Cesta k inklúzii. Úvahy z praxe a pro praxi*. Praha: Triton, 2014. 210 s. ISBN 978-80-7387-765-1.
- BENDO VÁ, P., ZIKL, P. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 97-88024-738-54-3.
- BAUMAN, Z. 2000. What it Means To Be Excluded: Living to Stay Apart - or together? 2000. Pp. 73 - 88 In *Social Inclusion: Possibilities and tensions*. Ed. by P. Askonas, A. Stewart. New York: Palgrave.
- CEJPEKOVÁ, J. Pedagogika predškolského veku. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2001. str. 104. ISBN 80-8055-491-9.
- DUCHOVIČOVÁ, J., LAZÍKOVÁ, A. *Rozvoj osobnosti dieťaťa a profesionalita učiteľky v materskej škole I*. Vydanie. Bratislava: Iris, 2008. str. 249, ISBN 978-80-89256-28-0.
- GAŽI, M. 1991. Mentálne postihnuté dieťa v škole. Bratislava: SPN, 1991. 301 s. ISBN 80-08-00392-8.
- HELUS, Z. 2003. *Psychologie pro střední školy*. Praha: Fortuna, 2003. 119 s. ISBN 80-7168-876-2.
- HLEBOVÁ, B., et al. 2016. *Vybrané kapitoly zo špeciálnej didaktiky predmetov (pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím)*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity,

2016. 498 s. ISBN 978-80-555-1644-8.
- HORNÁKOVÁ, K., KAPALKOVÁ, S., MIKULAJOVÁ, M.
2005. *Kniha o detskej reči*. Bratislava: Slniečko, 2005. 155 s. ISBN 8096907433.
- HREBEŇÁROVÁ, L., HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A., et al. 2015.
Vybrané oblasti inkluzívnej edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v primárnom vzdelávaní. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 179 s. ISBN 978-80-555-1457-4.
- HUČÍK, J. 2013. Edukácia žiakov s mentálnym postihnutím. In *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján : PROHU, 2013, s. 144. ISBN 978-80-89535-13-2.
- HUČÍK, J. 2018. Osoba s mentálnym postihnutím. In Hučík, J. et al., *Špeciálna pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2018. s.9-31. ISBN 978-80-555-2171-8.
- Iné príbehy. Manuál advokačného poradenstva*. Bratislava: Nové školstvo, 2018. 109 s.
- JAKABČIC, I., POŽÁR, L. 1996. *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- KEVICKÁ MARČEKOVÁ, K. rok neuvedený. *Inkluzívne vzdelávania doma a v zahraničí*. Štátna školská inšpekcia ŠIC Bratislava.
- KARBOWNICZEK, J. VARGOVÁ, M. *Predprimárne vzdelávanie včera a dnes*. Ružomberok: Verbum, 2011. 184 s. ISBN 978-80-8084-820-0.
- KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 8024711109.
- KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B.. 2001. *Předškolní a primární pedagogika/předškolná a elementárna pedagogika*. Praha: Portál, 2001. 455 s. ISBN 8071785857
- KOVÁČOVÁ, B. 2019. *S inklúziou od raného veku : dieťa s odlišnosťou a jeho vstup do kolektívu*. 1. vyd. Hliník nad Hronom: Reziliencia, 2019. 100 s. ISBN 978-80-972277-5-

- KOVÁŘOVÁ, R., KLUGOVÁ, I. 2011. Speciální pedagogika ve školním věku. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 62 s. ISBN 978-80-7368-976-6.
- KRIŠTOFÍKOVÁ, J. 2001. Profesijsná orientácia mentálne postihnutých v špeciálnom školstve. Bratislava: UK, 2001. 72 s. ISBN 80-88868-75-0.
- KRIŽO, V., ĎURČOVÁ, V. 2021. Individuálny vzdelávací program ...na ceste k inkluzívnemu vzdelávaniu. Bratislava: VÚDPaP, 2021. 11 s. ISBN 978-80-974157-3-0
- LECHTA, V. 1995. Diagnostika narušenej komunikačnej schopnosti. Martin: Osveta, 1995. 267 s. ISBN 80-88824-18-4.
- LECHTA, V. 2000. Symptomatické poruchy reči u detí. Bratislava: Univerzita Komenského, 2000. 193 s. ISBN 8022313955.
- LECHTA, V. 2010. Základy inkluzivní pedagogiky. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-736-767-97.
- LECHTA, V. 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Praha, Portál, 2016. 463 s. ISBN 978-80-262-1123-5.
- MAREŠ, J. (2004). Negativní aspekty sociální opory. In Ruisel, I., Lupták, D., Falat, M. (eds.): Sociálne procesy psychológie. (284-294). Ústav experimentálnej psychológie. SAV.
- MANDZÁKOVÁ, S. 2008. *Mikrovyučovacia analýza edukačného štýlu učiteľov žiakov so stredne ťažkou mentálnou retardáciou*. Olomouc: Vydavatelství Olomouc, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7182-245-5.
- OBDRŽÁLEK, Z., HORVÁTHOVÁ, K., et al. 2004. Organizácia a manažment školstva. Bratislava: SPN, Mladé letá, 2004. 419 s. ISBN 80-10-00022-1.
- PETŐCZ, K. 2015. Základné východiská. In HORNÁ, D., et al., Právo na vzdelanie a jeho kľúčové aspekty. Bratislava, ŠPÚ, 2015. s. 18-35. ISBN 978-80-8118-141-2.
- PIPEKOVÁ, J. 2006. Osoby s mentálnym postihnutím ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. 208 s.

ISBN 80-86633-40-3.

- POŽÁR, L. 2007. *Základy psychologie lidí s postihnutím*. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 97-880-8082-147-0.
- PETRÁŠ, P. 2018. Smyslová percepce. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. s.138 - 149. ISBN 978-80-247-8257-7.
- SOVÁK, M. 1986. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- Školská integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach ZŠ* (Interný metodický materiál ŠŠI). Bratislava, 2018.
- Stratégia inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní*. Bratislava, 2021. [online]. [citované 17.03.2022]. Dostupné na: <https://www.minedu.sk/data/att/21468.pdf>
- ŠPOTÁKOVÁ, M., DOČKAL, V. 2020. Východiská inkluzívneho vzdelávania. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 54, 2020, č. 1, s. 61–77.
- ŠPOTÁKOVÁ, M., KUNDRÁTOVÁ, B., ŠTEFKOVÁ, M. ET AL. 2018. *Od integrácie k inklúzii*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, 2018. 43 s. ISBN 978-80-89698-27-1.
- ŠVÁBOVÁ, B. 2018. Tvorivý učiteľ v inkluzívnej škole. In *Naukovyj visnyk Mukačivskoho deržavnoho universytetu* [textový dokument (print)] [elektronický dokument] : serija pedagogika ta psihologija. – Mukačevo (Ukrajina) : Mukačivskij deržavnyj universytet. ISSN 2413-3329. ISSN (online) 2520-6788. – č. 2(8) (2018), s. 176-180 [tlačená forma] [online].
- ŠVARCOVÁ, I. 2006. *Mentální retardace*. Praha : Portál, 2006. s. 178 ISBN 80-7178-506-7.
- TARABOVÁ, M., KRAMEROVÁ, M. 2017. *Výchova a vzdelávanie detí s mentálnym postihnutím v predprimárnom vzdelávaní*. In: VLADOVÁ, K., LECHTA,

- V. *Aplikácia vzdelávacích programov pre deti so zdravotným znevýhodnením pre predprimárne vzdelávanie*. Bratislava: ŠPÚ, 2017. s. 25-45. ISBN 978-80-8118-197-9.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. *Psychopedie: Teoretické základy a metodika*. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.
- VANČOVÁ, A. 2005. *Základy pedagogiky mentálne postihnutých*. Bratislava: Sapiaientia, 2005. 332s. ISBN 80-968797-6-6.
- VÁGNEROVÁ, M. 2014. *Současná psychoÖologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 9788026206965.
- VAŠEK, Š., BAJO, I. 1994. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava: Sapiaientia, 1994. 240 s. ISBN 80-967180-1-0.
- VAŠEK, Š., BAJO, I. 1998. *Psychopédia I*. Bratislava: UK, 1998. 173 s.
- VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2011. 228 s. ISBN 978-80-89229-21-5 EAN 9788089229215.
- VAŠEK, Š. 2003. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003. 210 s. ISBN 8096879707.
- VLADOVÁ, K., LECHTA, V., et al. *Aplikácia vzdelávacích programov pre žiakov so zdravotným znevýhodnením a všeobecným intelektovým nadaním*. bratislava: ŠPÚ, 2017. 201 s. ISBN 978-80-8118-196-2.
- VOJTKO, T. *Není obrázek jako obrázek, aneb když má obrázek edukační funkci*. In *Speciální pedagogika Teorie a praxe oboru v 21. století*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-132-7 s. 248-256.
- WALKER, R. 1995. *The Dynamics of Poverty and Social Exclusion*. In *Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion*. Ed. By G. Room. Bristol: Policy Press. 1995. s. 102 – 128.

- ZASTKOVÁ, Z. 2021. Edukácia - kľúč k úspechu katedra pedagogiky pf ukf v nitre 92 vplyv kooperatívneho učenia na zmenu sociálno emocionálneho prostredia triedy v primárnej edukácii . In EDUCA XVI - Edukácia - kľúč k úspechu. Zborník príspevkov z XVI. vedeckej konferencie doktorandov s medzinárodnou účasťou. Nitra: Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta UKF v Nitre, 2021. s. 92-100. ISBN 978-80-558-1811-5.
- ZASTKOVÁ, Z. 2021. Pedagogické myšlienky J. A. Komenského a ich uplatnenie v kontexte kooperatívneho učenia. In DISPUTATIONES SCIENTIFICAE UNIVERSITATIS CATHOLICAE IN RUŽOMBEROK Číslo 2, apríl 2021, ročník XXI. s.100-105. ISSN 1335-9185 .
- ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuálny vzdelávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci. Praha: Portál, 2001. 207.s. ISBN 80-7178-544-X.
- ŽOLNOVÁ, J., SEMANOVÁ, A. 2016. Edukácia žiaka so psychosociálnym narušením na základnej škole. Prešov: vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1657-8

Zákon 245/2008 Z. z. z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
 Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky o špeciálnych školách č. 322/2008 Z. z.

http://www.statpedu.sk/files/documents/svp/vp_pre_zz/vp_mentalne_postihnutie/vp_pre_deti_s_mentalnym_postihnutim_isced_0.pdf

ZÁVER

Predkladaná vysokoškolská učebnica poskytuje študentom špeciálnej pedagogiky fundamentálne teoretické informácie o problematike mentálnej retardácie. Vysokoškolská učebnica je určená najmä študentom špeciálnej pedagogiky, ktorým pomôže rozšíriť vedomosti a orientáciu v danej problematike a všetkým, ktorí hocijakým spôsobom pracujú a starajú sa o jednotlivcov s mentálnym postihnutím. Taktiež môže pomôcť študentom rozširujúceho štúdia špeciálnej pedagogiky. Učebnica ponúka stručný pohľad do histórie starostlivosti o jednotlivcov s mentálnym postihnutím a postavením pedagogiky mentálne postihnutých v systéme vied. Taktiež prináša popis pojmu mentálna retardácia z aspektu pohľadu rôznych odborníkov či už z oblasti psychológie, pedagogiky a medicíny. Na túto časť nadväzuje nosná problematika, ktorou je mentálna retardácia. Vysokoškolská učebnica prináša popis stupňov mentálnej retardácie a etiológiu. Záver učebnice je tvorený možnosťami vzdelávania jednotlivcov s odlišnosťou a ich profesijnou prípravou. Celkovo učebnica prináša informovanosť o problematike jednotlivcov s mentálnym postihnutím.

ZOZNAM BIBLIOGRAFICKÝCH ODKAZOV

- ANDERLIKOVÁ, L. 2014. *Cesta k inklúzii. Úvahy z praxe a pro praxi*. Praha: Triton, 2014. 210 s. ISBN 978-80-7387-765-1.
- BAJO, I.VAŠEK, Š. 1998. Psychopédia I. Bratislava: UK, 1998. 173 s.
- BAUMAN, Z. 2000. What it Means To Be Excluded: Living to Stay Apart - or together? 2000. Pp. 73 - 88 in Social Inclusion: Possibilities and tensions. Ed. by P. Askonas, A. Stewart. New York: Palgrave.
- BAZALOVÁ, B.2006. Psychopedie. *In Kapitoly te speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. s.269-287. ISBN 80-7315-120-0.
- BARTOŇOVÁ, M.2011. Postavení osob s mentálním postižením v rodině a společnosti. In: VÍTKOVÁ, M., OPATŘILOVÁ, D. Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Brno: Paido, 2011. s.201-215. ISBN 978-80-7315-219-2.
- BEBLAVÝ, M. Sociálna politika. 168 s. [citované 20.12.2020]. Dostupné z file:///C:/Users/ories/Desktop/Socilnapolitika.pdf.
- BENDO VÁ, P., ZIKL, P. 2011. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011. 140 s. ISBN 97-88024-738-54-3.
- CEJPEKOVÁ, J. Pedagogika predškolského veku. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2001. str. 104. ISBN 80-8055-491-9.
- ČERNÁ, M. 2015. Česká psychopedie : speciální pedagogika osob s mentálním postižením. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2015. 222 s. ISBN 97-88024-615-65-3.
- DOHOVOR OSN O PRÁVACH OSÔB SO ZDRAVOTNÝM POSTIHNUTÍM. [online]. [citované 01.04.2022]. Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne->

- miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim.html.
- DOLEJŠÍ, M. 1987. K otázkám psychologie mentální retardace. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1987. 224 s.
- DUCHOVIČOVÁ, J., LAZÍKOVÁ, A. *Rozvoj osobnosti dieťaťa a profesionalita učiteľky v materskej škole I.* Vydanie. Bratislava: Iris, 2008. str. 249, ISBN 978-80-89256-28-0.
- EDELSBERGER, L. 1980. Speciální pedagogika. Praha : SPN, 1980.
- EMERSON, E.2001. Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem. Praha: Portál, 2001. 166 s. ISBN 978-80-7367-390-1.
- GAŽI, M. 1991. Mentálne postihnuté dieťa v škole. Bratislava: SPN, 1991. 301 s. ISBN 80-08-00392-8.
- GRAMBLÍČKOVÁ K.1996. *Pedagogika mentálne postihnutých.* Bratislava: Metodické centrum, 1996. 33 s. ISBN 80-7164-155-3.
- HELUS, Z. 2003. Psychologie pro střední školy. Praha: Fortuna, 2003. 119 s. ISBN 80-7168-876-2.
- GORDOŠOVÁ-SZABÓOVÁ, A.1988. Špeciálna pedagogika. Bratislava: Univerzita Komenského, 1988. 170 s.
- HLEBOVÁ, B., ĎORĐOVIČOVÁ, J. 2015. Rozvíjanie komunikačnej a čitateľskej kompetencie žiakov s ľahkým stupňom mentálneho postihnutia v inklúzii. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 121 s. ISBN 978-80-555-1356-0.
- HLEBOVÁ, B. et al.2016. Vybrané kapitoly zo špeciálnej didaktiky predmetov (pre učiteľov žiakov s mentálnym postihnutím. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 496 s. ISBN 978-80-555-1644-8.
- HORNÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O.2016. *História starostlivosti o ľudí s postihnutím a narušením v európskom kontexte.* Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. 260 s. 978-80-555-1663-9.
- HORNÁK, L., KOLLÁROVÁ, E., MATUŠKA, O.2002. Dejiny

- špeciálnej pedagogiky. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2002. 94s. ISBN 80-8068-122-8.
- HORNÁKOVÁ, K., KAPALKOVÁ, S., MIKULAJOVÁ, M. 2005. Kniha o detskej reči. Bratislava: Slniečko, 2005. 155 s. ISBN 8096907433.
- HREBEŇÁROVÁ, L., HUČÍK, J., HUČÍKOVÁ, A., et al. 2015. *Vybrané oblasti inkluzívnej edukácie žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami v primárnom vzdelávaní*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2015. 179 s. ISBN 978-80-555-1457-4.
- HUČÍK, J. 2013. Edukácia žiakov s mentálnym postihnutím. In *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján : PROHU, 2013, s. 145. ISBN 978-80-89535-13-2.
- HUČÍK, J. et al., 2009. Rola školy v procese volby povolania. In *Predprofesijná príprava a profesijná orientácia postihnutých*. Bratislava: ZOUS, 2009. s.23-33 ISBN 978-80-970359-6-9.
- HUČÍK, J. 2010. Mentální postižení. In *základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- HUČÍK, J. 2018. Osoba s mentálnym postihnutím. In Hučík, J. et al., *Špeciálna pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2018. s.9-31. ISBN 978-80-555-2171-8.
- ILLYÉS, S.: *Špeciálnopedagogická psychológia*, Bratislava: SPN, 1978. 676 s.
- JAKABČIC, I., POŽÁR, L.1996. Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých. Bratislava: Iris, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- JAKABČIC, I. 2017. Psychológia detí a mládeže s mentálnym postihnutím. Nové Zámky, 2017. 104 s. ISBN 978-80-893-222-68.
- JESENSKÝ, J. 2000. Základy komprehenzivní speciální pedagogiky. Hradec Králové: Gaudeamus, 2000. 275 s.

ISBN 80-7041-196-1.

KARBOWNICZEK, J. VARGOVÁ, M. *Predprimárne vzdelávanie včera a dnes*. Ružomberok: Verbum, 2011. 184s. ISBN 978-80-8084-820-0.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha: Grada, 2006. 224 s. ISBN 8024711109.

KEVICKÁ MARČEKOVÁ, K. rok neuvedený. *Inkluzívne vzdelávania doma a v zahraničí*. Štátna školská inšpekcia ŠIC Bratislava.

KOLLÁROVÁ, S. 2015. VYUŽITIE ALTERNATÍVNYCH PRÍSTUPOV PRI ROZVOJI KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ ŽIAKOV S AUTIZMOM. PREŠOV: MPC. 38 S.

KOLLÁRIKOVÁ, Z., PUPALA, B.. 2001. *Předškolní a primární pedagogika/předškolná a elementárna pedagogika*. Praha: Portál, 2001.455 s. ISBN 978-80-7367-828-9.

KOVÁČOVÁ, B. 2019. *S inklúziou od raného veku : dieťa s odlišnosťou a jeho vstup do kolektívu*. 1. vyd. Hliník nad Hronom: Reziliencia, 2019. 100 s. ISBN 978-80-972277-5-3.

KOVÁŘOVÁ,R., KLUGOVÁ,I. 2011. Speciální pedagogika ve školním věku. Ostrava: Ostravská univerzita, 2011. 62 s. ISBN 978-80-7368-976-6.

KRIŠTOFÍKOVÁ, J. 2001. Profesijná orientácia mentálne postihnutých v špeciálnom školstve. Bratislava: UK, 2001. 72 s. ISBN 80-88868-75-0.

KRIŽO, V., ĎURČOVÁ, V. 2021. Individuálny vzdelávací program ...na ceste k inkluzívnemu vzdelávaniu. Bratislava: VÚDPaP, 2021. 11 s. ISBN 978-80-974157-3-0

KULÍŠKOVÁ, O. 2012. Fatické funkce. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., et al. *Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání*. Praha: Grada, 2012. s. 286-295. ISBN 978-80-271-0378-2.

LECHTA, V. 1995. Diagnostika narušenej komunikačnej

- schopnosti. Martin: Osveta, 1995. 267 s. ISBN 80-88824-18-4.
- LECHTA, V. 2000. Symptomatické poruchy řeči u dětí. Bratislava: Univerzita Komenského, 2000. 193 s. ISBN 8022313955.
- LECHTA, V. 2010. Základy inkluzivní pedagogiky. Praha: Portál, 2010. 440 s. ISBN 9788073676797
- LECHTA, V. 2016. *Inkluzivní pedagogika*. Praha, Portál, 2016. 463 s. ISBN 978-80-262-1123-5.
- LUDVÍK, F. 1956. Dějiny defektologie: historický nárys péče o mládež vyžadující veřejné ochrany a pomoci. Praha: SPN, 1956.
- MANDZÁKOVÁ, S. 2008. *Mikrovyučovacia analýza edukačného štýlu učiteľov žiakov so stredne ťažkou mentálnou retardáciou*. Olomouc: Vydavatelství Olomouc, 2008. 160 s. ISBN 978-80-7182-245-5.
- MAREŠ, J. (2004). Negativní aspekty sociální opory. In Ruisel, I., Lupták, D., Falat, M. (eds.): Sociálne procesy psychológie. (284-294). Ústav experimentálnej psychológie. SAV.
- MARKOVÁ, J. 2014. *Základy špeciálnej pedagogiky pre študentov odboru sociálna práca*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce Sv. Alžbety, 2014. 148 s. ISBN 978-80-8132-100-9.
- MARKOVÁ, Z. 1987. *Mentálne postihované dieťa v rodine*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987. 126 s. ISBN 14-340-87.
- MAŠTALÍŘ, J., PASTIERIKOVÁ, L. 2018. Alternativní a augmentativní komunikace. Olomouc: Univerzita Palackého, 2018. 55 s.
- MATULAY, K. 1989. Ošetrovanie mentálne poškodených. Martin : Osveta, 1989. 159 s.
- MATULAY, K. 1982. Mentálna retardácia. Vybrané kapitoly. Martin: Osveta, 1982. 156 s.
- Medzinárodná klasifikácia chorôb. v. kapitola [citované 20.12.2021]. dostupné z

<http://primar.sme.sk/c/4116529/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.html>.

- MONATOVÁ, L. 2007. Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska. Brno: Paido, 1998. 85 s. ISBN 80-85931-60-5.
- NÝVLTOVÁ, V. 2010. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita J.A.Komenského, 2010. 240 s. ISBN 9788086723853.
- OBDRŽÁLEK, Z., HORVÁTHOVÁ, K., et al. 2004. Organizácia a manažment školstva. Bratislava: SPN, Mladé letá, 2004. 419 s. ISBN 80-10-00022-1.
- OBDRŽÁLEK, Z., HORVÁTHOVÁ, K., et al. 2004. Organizácia a manažment školstva. Bratislava: SPN, Mladé letá, 2004. 419 s. ISBN 80-10-00022-1.
- ORGONÁŠOVÁ, M., PALÁT, M. 2004. MKF Medzinárodná klasifikácia funkčnej schopnosti, dizability a zdravia – príručka .
- PETRAŠ, P. 2018. Smyslová percepcie. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. s.138 - 149. ISBN 978-80-247-8257-7.
- PIPEKOVÁ, J. 1998. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. 234 s. ISBN 80-85931-65-6.
- PIPEKOVÁ, J. 2006. Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů. Brno: MSD, 2006. 208 s. ISBN 80-86633-40-3.
- POLÁČKOVÁ BIELIKOVÁ, V. 2014. Sociálna dimenzia v inkluzívnej edukácii žiakov so sluchovým postihnutím. Nitra: UKF, 2014. 145 s. ISBN 978-80-558-0655-6.
- POŽÁR, L. 2007. Základy psychologie lidí s postihnutím. Trnava: Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 97-880-8082-147-0.
- PETŐCZ, K. 2015. Základné východiská. In *Právo na vzdelanie a jeho kľúčové aspekty*. Bratislava, ŠPÚ, 2015. s. 18-35. ISBN 978-80-8118-141-2.
- PREDMERSKÝ, V. *Kapitoly z dejín špeciálnej pedagogiky*. Trnava: Pedagogická fakulta UK. s.132.

- PROCHÁZKA, M. 2012. Pozornost. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně -právním kontextu..* Praha: Grada, 2012. s 200-208. ISBN 978-80-247-3829-1.
- PROCHÁZKOVÁ, M. 1998. Mentální retardace. In Integrativní speciální pedagogika. Brno: Paido, 1998. s.124-132. ISBN 80-85931-51-6.
- RENOTIÉROVÁ, L.2006. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. 313 s. ISBN 80-244-1475-9.
- REPKOVÁ, K., SEDLÁKOVÁ, D. 2012.Zdravotné postihnutie – vybrané fakty, čísla a výskumné zistenia v medzinárodnom a národnom kontexte. Bratislava: Kancelária Svetovej zdravotníckej organizácie na Slovensku, 2012. 74 s. ISBN 978-80-970993-9-8.
- RŮŽIČKOVÁ, K. 2011. *Vybrané texty ze speciální pedagogiky I. Východiska pro speciální pedagogiku a rehabilitaci osob se zrakovým postižením.* Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. 88 s. ISBN 978-80-7435-099-3.
- SERFONTEIN, G. 1999. Potíže dětí s učením a chováním. Praha : Portál, 1999. 149 s. ISBN 80-7178-315-3.
- SLANÁ, M., HROMKOVÁ, M., MOLNÁROVÁ, LETOVANCOVÁ, K. 2017. Včasná intervencia. Vývoj, súčasný stav a teoretické východiská. Trnava: Trnavská univerzita, 2017. 198 s. ISBN 978-80-56800-84-3.
- SOVÁK, M. 1986. *Nárys speciální pedagogiky.* Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- STUPŇÁNKOVÁ, E., NAVRÁTILOVÁ, M., Procházka, M. 2012. Motorika. In Valenta, M., Michalík, J., Lečbych, M., et al. Mentální postižení. 2. přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada, 2012. s.212-227. ISBN 978-80-271-0378-2.
- SLOWÍK, J. 2016. *Speciální pedagogika.* 2., aktualizované a doplnené vydanie. Praha: Grada, 2016. 168 s. ISBN 978-80-271-0095-8.
- SLOWÍK, J. 2007. Speciální pedagogika.2007. Praha: Grada,

2007. 160 s. ISBN 978-80-247-1733-3.

Stratégia inkluzívneho prístupu vo výchove a vzdelávaní. Bratislava, 2021. [online]. [citované 17.03.2022]. Dostupné na: <https://www.minedu.sk/data/att/21468.pdf>.

Školská integrácia žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami (ŠVVP) a vzdelávanie žiakov so ŠVVP v špeciálnych triedach ZŠ (Interný metodický materiál ŠŠI). Bratislava, 2018.

ŠPOTÁKOVÁ, M., DOČKAL, V. 2020. Východiská inkluzívneho vzdelávania. In *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 54, 2020, č. 1, s. 61–77.

ŠPOTÁKOVÁ, M., KUNDRÁTOVÁ, B., ŠTEFKOVÁ, M. ET AL. 2018. *Od integrácie k inklúzii*. Bratislava: Výskumný ústav detskej psychológie a patopsychológie, 2018. 43 s. ISBN 978-80-89698-27-1.

ŠVARCOVÁ, I. 2006. Mentální retardace. Praha : Portál, 2006. s. 178 ISBN 80-7178-506-7.

ŠVARCOVÁ, I. 2000. Mentální retardace. Praha: Portál, 2000. 178s. ISBN 80-7178-506-7.

ŠVÁBOVÁ, B. Tvorivý učiteľ v inkluzívnej škole. In: Naukovýj visnyk Mukačivskoho deržavnoho universytetu [textový dokument (print)] [elektronický dokument] : serija pedagogika ta psychologija. – Mukačevo (Ukrajina) : Mukačivskyj deržavnyj universytet. ISSN 2413-3329. ISSN (online) 2520-6788. – č. 2(8) (2018), s. 176-180 [tlačená forma] [online].

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2003. Psychopedie: Teoretické základy a metodika. Praha: Parta, 2003. 443 s. ISBN 80-7320-039-2.

VALENTA, M., MÜLLER, O. 2007. Psychopedie / Teoretické základy a metodika (3. vydání) Praha: Parta, 2007. 386 s. ISBN 978-807-3200-992.

VALENTA, M. 2012. Koncept mentálního postižení a terminologie. In VALENTA, M. Koncept mentálního postižení a terminologie. In VALENTA, M., MICHALÍK, J., et al. *Mentální postižení v pedagogickém,*

- psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada, 2012. s. 29-55. ISBN 978-80-247-3829-1.
- VALENTA, M., MICHALÍK, J., LEČBYCH, M. 2012. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada, 2012. 352 s. ISBN 978-80-247-8257-7.
- VALENTA, M., MÜLLER, O. 2013. Psychopedie: Teoretické základy a metodika. Praha: Parta, 2013. 495 s. ISBN 80-7320-039-2.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023.
- VANČOVÁ, A. 2005. Základy pedagogiky mentálne postihnutých. Bratislava: Sapientia, 2005. 332 s. ISBN 80-96. 8797-6-6.7
- VANČOVÁ, A. 2007. Základy špeciálnej pedagogiky pre prácu so študentmi stredných a vysokých škôl. Bratislava: Univerzita Komenského, 2007. 171 s. ISBN 978-80-89113-30-9.
- VAŠEK, Š. 2003. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapientia, 2003. 210 s. ISBN 8096879707.
- VAŠEK, Š., BAJO, I. 1994. Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia). Bratislava: Sapientia, 1994. 240 s. ISBN 80-967180
- VAŠEK, Š., BAJO, I. 1998. Psychopédia I. Bratislava: UK, 1996. 173 s. ISBN 80-967180-1-0.
- VAŠEK, Š. 2011. Základy špeciálnej pedagogiky. Bratislava: Sapientia, 2011. 228 s. ISBN 978-80-89229-21-5 EAN 9788089229215.
- VÁGNEROVÁ, M. 2004. Patopsychologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. 870 s. ISBN 8071788023
- VÁGNEROVÁ, M. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2014. 816 s. ISBN 9788026206965. .
- VLADOVÁ, K., LECHTA, V., et al. 2017. Aplikácia vzdelávacích programov pre žiakov so zdravotným znevýhodnením a všeobecným intelektovým nadaním.

- Bratislava: ŠPÚ, 2017.
- VOJTKO, T. 2010. Speciální pedagogika. Čítanka textů k vývojovým etapám oboru I. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. 130 s. ISBN 978-80-7290-475-4.
- VOJTKO, T. 2011. Není obrázek jako obrázek, aneb když má obrázek edukační funkci. In Speciální pedagogika Teorie a praxe oboru v 21. století. Hradec Králové : Gaudeamus, 2011. ISBN 978-80-7435-132-7 s. 248-256.
- VOTAVA, J., et al. 2003. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Univerzita Karlova v Prahe, 2003. 205 s. ISBN 80-246-0708-5.
- WALKER, R. 1995. The Dynamics of Poverty and Social Exclusion. In Beyond the Threshold. The Measurement and Analysis of Social Exclusion. Ed. By G. Room. Bristol: Policy Press. 1995. s. 102 – 128.
- ZASTKOVÁ, Z. 2021. Edukácia - kľúč k úspechu katedra pedagogiky pf ukf v nitre 92 vplyv kooperatívneho učenia na zmenu sociálno emocionálneho prostredia triedy v primárnej edukácii . In EDUCA XVI - Edukácia - kľúč k úspechu. Zborník príspevkov z XVI. vedeckej konferencie doktorandov s medzinárodnou účasťou. Nitra: Katedra pedagogiky, Pedagogická fakulta UKF v Nitre, 2021. s. 92-100. ISBN 978-80-558-1811-5.
- ZASTKOVÁ, Z. 2021. Pedagogické myšlienky J. A. Komenského a ich uplatnenie v kontexte kooperatívneho učenia. In DISPUTATIONES SCIENTIFICAE UNIVERSITATIS CATHOLICAE IN RUŽOMBEROK Číslo 2, apríl 2021, ročník XXI. s.100-105. ISSN 1335-9185 .
- ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci. Praha: Portál, 2001. 207.s. ISBN 80-7178-544-X.
- ZEZULKOVÁ, E. 2014. Prediktory předprofesní a profesní přípravy žáků s mentálním postižením. In: *Inkluzivní dimenze primárního a sekundárního vzdělávání ve speciální*

pedagogice. Ostrava: Pedagogická fakulta, 2014. s.103-154. ISBN 978-80-7464-692-8.

ŽOLNOVÁ, J. 2013. Osoba s mentálnym postihnutím a delikventné správanie. In: *Osoby s mentálnym postihnutím a spoločnosť*. Liptovský Ján : PROHU. ISBN 978-80-89535-13-2. - s. 203-215.

ŽOLNOVÁ, J. 2020. Individuálna podpora žiaka s mentálnym postihnutím a problémami správania v kontexte zostavenia individuálneho vzdelávacieho programu. In: *Studia Scientifica Facultatis Paedagogicae*. - ISSN 1336-2232. - Roč. 19, č. 2 (2020), s. 138-151.

JARMILA ŽOLNOVÁ, ANNA SEMANOVÁ 2016. *Edukácia žiaka so psychosociálnym narušením na základnej škole*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity, 2016. ISBN 978-80-555-1657-8.

<http://primar.sme.sk/c/4116978/downov-syndrom-trizomia-21.html#ixzz1khC9hcmt>

<http://www.nczisk.sk/Search/results.aspx?k=ment%C3%A1lna%20retard%C3%A1cia>

<https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/tazke-zdravotne-postihnutie/kontaktne-miesto-prava-osob-so-zdravotnym-postihnutim/dohovor-osn-pravach-osob-so-zdravotnym-postihnutim.html>

Zoznam diagnóz, ktorých kód a názov sa zapisuje do patientskeho sumára účinné od 01.01.2022 [online]. [citované 21.04.2022]. Dostupné na

<http://www.nczisk.sk/standardy-v-zdravotnictve/pages/medzinarodna-klasifikacia-chorob-mkch-10.aspx>

Zákon 245/2008 Z. z. z 22. mája 2008 o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky o špeciálnych školách č. 322/2008 Z. z.

O AUTORKE

PhDr. Helena Orieščiková, PhD., vyštudovala študijný odbor špeciálna pedagogika – učiteľstvo pre špeciálne školy a zariadenia na Pedagogickej fakulte Univerzity Komenského v Bratislave (1995), kde ukončila doktorandské štúdium v roku (2001) v odbore špeciálna pedagogika a rigorózne konanie (2005). V praxi pôsobila na pozícii špeciálneho pedagóga a pedagóga na 1.stupni základnej školy. Od roku 2004 až doteraz pôsobí na akademickej pôde ako vysokoškolský pedagóg. Odborne sa profiluje v oblasti problematiky jednotlivcov s metálnym postihnutím.

Prílohy
Špeciálna základná škola Martin
A variant



Jakub Strkáč, 12 r., 5. ročník



Jakub Strkáč, 12r., 5. ročník



Nicolas Andel, 13. roč.



Nicolas Andel, 13. roč.



Kristián Cicko, 11. rm 5. roč.



Renáta Facunová, 14.r, 8. ročník



Leonard Baláž, 14 r., 8. ročník



Rebeka Facunová, 13r., 6. ročník



Ján Cinko, 13r., 7. ročný



Nikolas Pompa, 10 roč.

Špeciálna pedagogika jednotlivcov s mentálnym postihnutím

Autor: Helena Oriechová

Vydanie prvé

Náklad 150 ks

VERBUM – vydavateľstvo KU

VERBUM – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku
Hrabovská cesta 5512/1A, 034 01 Ružomberok

ISBN 978-80-561-0805-5



ISBN 978-80-561-0805-5



9 788056 1108055