

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Brno 2010

Bc. Barbora Hochmannová

UNIVERZITA TOMÁŠE BATI VE ZLÍNĚ
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ
Institut mezioborových studií Brno

**Integrativní forma vzdělávání u Downova syndromu
z pohledu rodiny a školy**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Vedoucí diplomové práce:
PhDr. Dagmar Přinosilová, Ph.D.

Vypracovala:
Bc. Barbora Hochmannová

Brno 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Integrativní forma vzdělávání u Downova syndromu z pohledu rodiny a školy“ zpracovala samostatně a použila jsem literaturu uvedenou v seznamu použitých pramenů a literatury, který je součástí této diplomové práce. Elektronická a tištěná verze diplomové práce jsou totožné.

Brno 01. 02. 2010

.....
Bc. Barbora Hochmannová

Poděkování

Mnohokrát děkuji PhDr. Dagmar Přinosilové, Ph.D. za odborné vedení, vstřícný přístup a cenné rady při zpracování diplomové práce.

Touto cestou upřímně děkuji svému manželovi Mgr. Marku Hochmannovi za psychickou podporu při psaní této práce.

Mé velké poděkování patří také sestře Zuzaně, Stevovi a rodičům, kteří se s velkou láskou starají o Salinku.

Bc. Barbora Hochmannová

OBSAH

Úvod	3
1. Mentální retardace	5
1.1. Lidé s mentální retardací	5
1.2. Vymezení pojmu mentální retardace	6
1.3. Klasifikace mentální retardace	7
1.4. Rozumová schopnost dětí s mentální retardací	11
2. Downův syndrom	13
2.1. Lidé s Downovým syndromem	13
2.2. Příčiny vzniku Downova syndromu	15
2.3. Fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže lidí s Downovým syndromem	17
2.4. Formy Downova syndromu	19
2.5. Vyšetření – prenatální diagnostika	20
3. Edukační systém pro žáky s mentálním postižením	23
3.1. Edukace jedinců s Downovým syndromem	23
3.2. Připravenost dítěte na školu a diagnostika školní zralosti u dětí se zdravotním postižením	25
3.3. Předškolní vzdělávání a rámcový vzdělávací program	28
3.4. Vzdělávání v období povinné školní docházky, individuální vzdělávací program	29
3.5. Asistent pedagoga	31
4. Školská integrace	32
4.1. Základní pojmy v oblasti integrace	32
4.2. Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace	37
4.3. Poradenské služby v rámci integrace	38
4.4. Integrace a právo	40
5. Praktická část	44
5.1. Cíl práce, hypotézy a metody šetření	44
5.2. Charakteristika souboru respondentů	45
5.3. Analýza výsledků, diskuse	50
5.4. Shrnutí výsledků	59
Závěr	61
Resumé	63
Anotace	64
Seznam použité literatury	65
Seznam příloh	67

„Mimo společnost nedochází k utváření člověka jako lidské osobnosti.“

Václav Příklad

ÚVOD

Téma vzdělávání dítěte s Downovým syndromem, procházení různými životními etapami s jejich radostnými i méně radostnými okamžiky, je pro mě velice blízké a osobní – má neteř, Salissa 9 let, je postižena touto chorobou a vzhledem k jejímu věku a možnostem vzdělávání, který nabízí současný školský systém je integrativní forma vzdělávání postižených dětí všeobecně vysoce aktuálním tématem i u nás v rodině.

Na integrativní vzdělávání dětí se zdravotním, resp. mentálním postižením i proto nahlížím jako na nedílnou součást vyspělé společnosti, které vede nejen k začlenění nemocných dětí do společnosti zdravých, ale i k vnímání postižených osob jako součást běžné populace. Z mého pohledu a zkušeností je včasné začleňování jedinců s Downovým syndromem do kolektivu zdravých oboustranně prospěšnou zkušeností, ze které mohou obě strany čerpat nejen v čase, kdy jsou spolu v kontaktu, ale navíc po celý život a zároveň tuto zkušenost přenášet dál. Díky láskyplné podpoře v rodině a snaze odborníků, dostává budoucnost dětí s Downovým syndromem v dnešní době mnohem příznivější podobu, než tomu bylo kdy dříve.

Integrace zdravotně postižených dětí do běžných škol nemůže být pouze záležitostí speciálních pedagogů, ale záležitostí široké pedagogické veřejnosti. Proto je správné, že v učebních plánech budoucích učitelů je pamatováno na základy speciální pedagogiky. Pro stávající učitele v praxi je speciální pedagogika jako studijní obor dalšího vzdělávání pedagogů. Začlenění dítěte s mentálním postižením do běžné třídy ZŠ je náročné z hlediska profesionálního chování a jednání učitele – úrovně jeho komunikačních dovedností, schopnosti vytvářet pozitivní atmosféru ve třídě, vedení výuky a metodiky vyučování.

Integrace neznamena konec potřeby speciálně pedagogické podpory. Jenom se poskytuje v přirozeném, běžném prostředí běžné spádové školy, na rozdíl od dřívějšího pobytu dítěte v segregačním prostředí speciální školy s internátem či v ústavu.

Česká republika má rozvinutý systém institucí a forem specializovaného vzdělávání dětí s postižením, v posledních letech můžeme také hovořit o rozvoji integrovaného vzdělávání dětí s postižením v běžných školách. Nový přístup usiluje o vyloučení jakékoliv diskriminace, usiluje o skutečnou emancipaci opírající se o vysokou míru rovnocennosti, ale hlavně o záměrné nacházení hodnot, pro které si můžeme postiženého člověka vážít, proč jej nebudeme pouze litovat a proč nám nebude zatěžko mu pomoci tam, kde si to okolnosti

vyžádají, aniž bychom měli pocit sebeobětování a mimořádného činu. Jde o dosažení přirozených lidských vztahů, vzájemné důvěry, porozumění a lásky.

Předkládaná diplomová práce je rozčleněna do pěti kapitol, z nichž první čtyři kapitoly tvoří teoretický základ ke zvolenému tématu, pátá kapitola obsahuje průzkumné šetření.

První kapitola se věnuje charakteristice osob s mentální retardací. Pozornost je věnována základním pojmům z oblasti mentální retardace, její různé klasifikaci a charakteristice jednotlivých stupňů. Dále popisuje rozumovou schopnost dětí s mentální retardací.

Druhá kapitola se zabývá Downovým syndromem, popisuje příčiny jeho vzniku a formy. Současně popisuje fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže osob s Downovým syndromem. Závěr druhé kapitoly se věnuje možnostem prenatální diagnostiky.

Třetí kapitola teoretické části informuje o možnostech vzdělávání dětí s Downovým syndromem, věnuje se rovněž problematice školní zralosti. Dále charakterizuje předškolní vzdělávání, rámcový vzdělávací program, vzdělávání v období povinné školní docházky a individuální vzdělávací program.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na školskou integraci, jsou zde vysvětleny základní používané pojmy a faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace. Kapitola popisuje činnost speciálně pedagogických center a pedagogicko psychologických poraden. Dále je pozornost věnována současným legislativním opatřením u nás.

Pátá kapitola prezentuje cíle průzkumu, hypotézy a metody průzkumného šetření. Cílem průzkumného šetření bylo zjištění subjektivních názorů české populace v pohledu na integrativní vzdělávání u dětí s Downovým syndromem.

Názory na integraci jsou z řad pedagogů i široké veřejnosti různé. Je nutné si ale uvědomit, že integrovaná výchova a vzdělávání zdravotně postižených jedinců představuje nejpřirozenější formu pedagogického procesu. Ne pro všechny jedince je však integrace ideálním řešením. Integrace není jen jednostranný akt začlenění postiženého mezi zdravou populaci, ale především přiblížení se zdravých jedinců světu postižených.

Od druhé poloviny 20. století se stále více zdůrazňuje významnost osobnosti. Postiženým lidem jsou přiznávána práva na plnohodnotný život ve společnosti, do níž se narodili a jejíž povinností je vytvořit takový systém speciálních služeb a podpor, aby jejich potřeby byly po celý život adekvátně naplňovány a byla dosažena co nejvyšší možná kvalita života.

Budiž k tomu částečným přispěním i předkládaná diplomová práce a výsledky průzkumu názorů české veřejnosti.

1. MENTÁLNÍ RETARDACE

1.1. LIDÉ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Osoby s mentálním postižením jsou skupinou velmi různorodou, každý jedinec s mentálním postižením je naprosto jedinečnou osobností. Charakterizovat tuto skupinu je velmi obtížné, tito lidé se od sebe vzájemně velmi liší individualitou své osobnosti a svého postižení. Tak jako všichni lidé mají své osobnostní zvláštnosti, které se významně podílejí na celkové charakteristice každého jedince. Dalším důležitým faktorem jsou zvláštnosti jejich psychických procesů, především v oblasti vnímání, pozornosti, paměti a myšlení, ale i emocionality a volných vlastností, závislé do značné míry na hloubce a nerovnoměrnosti postižení, na věku jedince i na míře podnětnosti sociálního prostředí, v němž žije. Jedinec s mentálním postižením je trvale závislý na pomoci druhých. Jeho nejnapadnějším symptomem je snížení schopností intelektuálního výkonu spojeného s narušeným sociálním chováním.

„Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci, u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná.“ (Švarcová, 2003, s. 24)

Mentálně postižení tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Údaje OSN a Světová zdravotnická organizace uvádějí výskyt 19,64 % zdravotně postižených v lidské populaci. Z toho mentálně retardovaných 3,15 %. Odhad výskytu lidí s mentální retardací u nás se pohybuje mezi 1-5 %, nejpravděpodobnější hodnota je asi 3 %.

(Pipeková, 2006, s. 59)

Problematikou edukace, podpory a poskytování služeb v jednotlivých fázích života osob s mentálním postižením se zabývá „**psychopedie**“. Předmětem oboru je tedy člověk s mentálním postižením bez ohledu na věk, stupeň postižení a případně kombinaci postižení, u kterého by záměrným, speciálním působením mělo být dosaženo maximálního individuálního rozvoje osobnosti a vytvoření podmínek pro kvalitní život. Cílem psychopedie je dosažení maximální stupně rozvoje osobnosti jedinců s mentálním postižením při respektování zvláštnosti postižení a jedinečnosti každé osobnosti a snaha o jejich integraci do majoritní společnosti.

Jedinec s mentálním postižením je víceméně neschopný (Pipeková, 2006, s. 37):

- logicky chápat souvislosti a vzhledem ke svému věku je přiřadit do pro něj přehledného systému
- přenášet zkušenosti na podobné situace, bezpečně rozlišovat mezi logickými a chronologickými souvislostmi
- dlouhodobě, někdy také krátkodobě plánovat

1.2. VYMEZENÍ POJMU MENTÁLNÍ RETARDACE

Pojem mentální retardace je v současnosti vymezován značným množstvím definic, jež mají víceméně společné zaměření na celkové snížení intelektových schopností jedince, popř. jeho schopnosti adaptace na prostředí. Černá (1995, s. 8) upozorňuje, že „stanovení adekvátní definice mentální retardace, která by vyhovovala všem odborným a zároveň různorodým aspektům je stále problémem. V současné době je k dispozici velké množství definic od nejstručnějších k definicím popisným“ Zároveň zdůrazňuje nutnost vytvoření sjednocující definice, neboť pouze na základě jednotného pojetí mentální retardace lze řešit i praktické problémy související s péčí, potřebných služeb a podpor osobám s postižením.

U nás nejznámější a nejvíce citovaná definice mentální retardace je od Dolejšího (1983, s. 38): „Mentální retardace je vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některých z těchto činitelů: na nedostatečích genetických vloh; na porušeném stavu anatomicko-fyziologické struktury a funkce mozku a jeho zrání; na nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace sensorické, emoční a kulturní; na deficitním učení; na zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušenostech jedince po opakovaných stavech frustrace a stresu; na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti.“

Ve většině definicí mentální retardace jsou uváděny výrazně snížené intelektové schopnosti s deficitem sociální přizpůsobivosti.

Dolejší (1983, s. 38) popisuje **příznaky, kterými bývá provázena mentální retardace**:

„Mentální retardace bývá provázena zvýšenou závislostí dítěte na rodičích a vychovatelích, infantilností osobnosti, zvýšenou pohotovostí k úzkosti, k neurotickým reakcím a pasivitě v chování, konformností se skupinou, sugestibilitou a rigiditou chování, nedostatky v osobní

identifikaci a ve vývoji „já“, v opožděném psychosexuálním vývoji, v nerovnováze aspirací a výkonů, ve zvýšené potřebě uspokojení a bezpečí, poruchou v interpersonálních skupinových vztazích a komunikaci, sníženou přizpůsobivostí k sociálním a školním požadavkům, impulsivností, hyperaktivitou nebo celkovou zpomaleností chování, citovou vzrušivostí. Snížená inteligence se klinicky projevuje zpomalenou chápavostí, primitivností a konkrétností úsudků, ulpíváním na detailech, sníženou schopností srovnávat a vyvozovat logické vztahy, sníženou mechanickou a logickou pamětí, těkavostí pozornosti, nízkou slovní zásobou a neobratnostmi ve vyjadřování, poruchami vizuomotoriky a pohybové koordinace.“ Tyto příznaky vzájemně tvoří celistvý syndrom, který by byl vždy přítomný u každého mentálně retardovaného. Řada z výše uvedených příznaků se nemusí u postiženého dítěte vůbec vyskytovat, záleží na druhu mentální retardace.

1.3. KLASIFIKACE MENTÁLNÍ RETARDACE

Z důvodu humanizace péče o osoby s mentální retardací bylo i u nás upuštěno od původní terminologie označující jednotlivé stupně mentální retardace pojmy debilita, imbecilita, idiocie, idioimbecilita, stejně jako se upustilo od označení nevzdělavatelnost a nevychovatelnost.

KLASIFIKACE PODLE STUPNĚ MENTÁLNÍHO POSTIŽENÍ:

Pro současnou speciálně pedagogickou praxi je nejpoužívanější klasifikace podle stupně mentálního postižení. Podle stupně postižení probíhá zařazování žáků do výchovně-vzdělávacích institucí. Orientačně se jednotlivé stupně mentální retardace ohraničují inteligenčním kvocientem IQ.

Česká republika se řídí Mezinárodní statistickou klasifikací nemocí a přidružených zdravotních problémů Světové zdravotnické organizace, MKN-10 z roku 1992. Ta rozlišuje šest základních kategorií mentálního postižení (Černá, 2008, s. 103):

- F70 lehká mentální retardace
- F71 středně těžká mentální retardace
- F72 těžká mentální retardace
- F73 hluboká mentální retardace
- F78 jiná mentální retardace
- F79 nespecifikovaná mentální retardace

Písmeno F označuje duševní poruchu, první číslo její druh. Stupeň mentálního postižení určuje další číslo v pořadí a je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu.

Bartoňová a kol. (2007, s. 32) popisuje jednotlivé kategorie následovně:

Lehká mentální retardace

IQ se pohybuje mezi 50 až 69 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 9-12 let). Stav vede k obtížím při školní výuce. Mnoho dospělých je ale schopno práce a úspěšně udržují sociální vztahy a přispívají k životu společnosti.

Střední mentální retardace

IQ dosahuje hodnot 35 až 49 (což u dospělých odpovídá mentálnímu věku 6-9 let). Výsledkem je zřetelné vývojové opoždění v dětství, avšak mnozí se dokáží vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti, dosáhnout přiměřené komunikace a školních dovedností. Dospělí budou potřebovat různý stupeň podpory k práci a k činnostem ve společnosti.

Těžká mentální retardace

IQ se pohybuje v pásmu 20 až 34 (u dospělých odpovídá mentálnímu věku 3-6 let). Stav vyžaduje trvalou potřebu podpory.

Hluboká mentální retardace

IQ dosahuje nejvýše 20 (což odpovídá u dospělých mentálnímu věku pod 3 roky). Stav způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybování, komunikaci a hygienické péči.

Jiná mentální retardace

Mentální retardaci nelze přesně určit pro přidružená postižení smyslová a tělesná, poruchy chování a autismus.

Nespecifikovaná mentální retardace

Je určeno, že jde o mentální postižení, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit.

KLASIFIKACE PODLE ETIOLOGIE:

Mentální retardace nemá jednotnou příčinu, většinou vzniká součinností více faktorů. V literatuře často uváděná klasifikace etiologických faktorů podle Penrose (Černá, 1995, s. 18) rozděluje příčiny mentální retardace takto:

Příčiny endogenní (genetické, dědičné):

1. dávné – způsobené spontánní mutací v zárodečných buňkách
2. čerstvé – spontánní mutace

Příčiny exogenní (vzniklé vlivem prostředí)

1. v raném těhotenství – poškození oplozeného vajíčka
2. v pozdním těhotenství – intrauterinní infekce, špatná výživa, inkompatibilita
3. intranatální – abnormální porod
4. postnatální – nemoci nebo úrazy v dětství, nepříznivý vliv výchovy

Uvedený přehled podává ucelený obraz o rozmanitosti etiologických příčin podílejících se na vzniku mentální retardace.

Dolejší (1983, s. 48) popisuje příčiny mentální retardace následovně:

1. Hereditární příčiny mentální retardace: geneticky podmíněné choroby
2. Fyzikální prostředí: úrazy centrálního nervového systému, infekce, úrazy organismu
3. Determinace vývojových změn psychologickým, výchovným a sociálním prostředím

ČASOVÝ FAKTOR:

Mezi lidmi s mentální retardací existuje obrovská variabilita týkající se příčin vzniku mentální retardace a jejich možných kombinací. Důležitou roli hraje i časový faktor, totiž kdy a v jakých souvislostech k mentální retardaci došlo (Černá, 2008, s. 87):

Prenatální:

Chromozomální aberace: Downův syndrom, Turnerův syndrom,
syndrom fragilního X chromozomu

Metabolické a výživové poruchy: fenylketonurie, nemoc Tay-Sachsova, galaktosemie,
Prader-Williho syndrom

Infekce matky: zarděnky, syfilis, HIV, cytomegalovirus, Rh inkompatibilita, toxoplasmóza

Podmínky prostředí: fetální alkoholový syndrom, užívání drog

Neznámé: anencefalie, hydrocefalus, mikro-, makrocefalus

Perinatální

Nízká porodní hmotnost, nezralost

Neonatální komplikace: hypoxie, porodní úraz, následek klešťového porodu, respirační
nouze, překotný nebo protražovaný porod

Postnatální

Infekce, otravy, intoxikace: otravy olovem, encefalitida, meningitida, Reyův syndrom

Faktory prostředí: špatné zacházení či zanedbávání dítěte, úrazy hlavy, podvýživa, deprivace

Onemocnění mozku: neurofibromatóza, tuberkulózní skleróza

Dále se v literatuře uvádí dělení mentální retardace na (Bartoňová a kol., 2007, s. 14):

Vrozená mentální retardace – je spojena s určitým poškozením, odchýlnou strukturou nebo odchýlným vývojem centrálního nervového systému v období prenatálním, perinatálním nebo časně postnatálním, nejdéle do dvou let života dítěte.

Získaná mentální retardace, demence – jedná se o proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje dítěte po druhém roku života dítěte, jehož příčinou je pozdější vývojová porucha CNS, různé typy nemocí a úrazy mozku. Demence způsobuje nerovnoměrný úbytek intelektových a kognitivních schopností.

Sociálně podmíněná mentální retardace, zdánlivá mentální retardace, pseudooligofrenie – vzniká v důsledku působení vnějšího nepodnětného prostředí, není tedy způsobena poškozením CNS, ale nedostatečnou stimulací dítěte.

„Jestliže se jedná o mentální retardaci vrozenou či získanou časně do 2 let života, hovoříme někdy o tzv. primárním mentálním postižení zvaném **oligofrenie** (tj. slabomyslnost). Oligofrenie se považuje za stacionární stav, relativně neměnný, trvalý, chronický, který nemá tendenci se zlepšovat či zhoršovat. Pokud došlo k poruše inteligence po druhém roce života, jedná se o sekundární postižení – **demenci**, která má v porovnání s oligofrenií většinou progredující charakter s tendencí postupného zhoršování a prohlubování symptomů.“

(Valenta, 2003, s. 63)

PODLE TYPU CHOVÁNÍ:

Další členění je podle typu chování na (Bartoňová a kol., 2007, s. 31):

- **eretické** (verzatilní)
- **torpidní** (apatické)
- **nevyhraněné**

SYMPTOMATOLOGICKÁ KLASIFIKACE

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

KLASIFIKACE PODLE VÝVOJOVÝCH OBDOBÍ:

Ve vývoji mentálně postižených se nachází znaky a zvláštnosti, které jsou závislé na charakteru postižení, na jeho hloubce i na příčinách jeho vzniku.

Černá uvádí (1995, s. 20) jednotlivé vývojové období:

1. **kojenecký věk** – různé vegetativní poruchy, zaostávají pohybové funkce, je porušena senzomotorická koordinace, těžko se vytvářejí základní hygienické návyky, dítě většinou nedovede samostatně jíst, řeč se objevuje opožděně a bývá od počátku nesprávná
2. **předškolní věk** – více je rozvinuto porozumění řeči než vlastní aktivní řeč, poruchy vnímání, hra je málo vynalézavá, dítě těžko spolupracuje s druhými dětmi, bývá uzavřené
3. **školní věk** – nedostatečná abstrakce, malá schopnost zevšeobecnování

1.4. ROZUMOVÁ SCHOPNOST DĚTÍ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

Nejpoužívanějším kritériem při vyjádření kvantitativního standardu mentální retardace je výsledek vyšetření, vyjádřený stupněm inteligence, tzn. inteligenční kvocient (číselně vyjádřený stupeň rozumových schopností měřený za pomoci testů inteligence).

Inteligence je schopnost myslet, učit se a na základě těchto procesů se adaptovat na požadavky prostředí. Inteligence se vztahuje ke schopnostem jedince řešit problémy a tato schopnost je měřitelná a klasifikovatelná.

První standardizovaný test měření lidské inteligence, tzn. měřitelných škál inteligence, vydal v roce 1895 francouzský psycholog Binet. Testy inteligence, mezi které patří například u nás nejpoužívanější Wechslerův test, jsou konstruovány tak, že vyjadřují všeobecné mentální schopnosti jedince vzhledem k jeho věkové skupině. Pomocí IQ je možné stanovit prognózy, především v oblasti školní úspěšnosti.

Černá (1995, s. 9) popisuje rozdělení jedinců podle IQ do různých skupin. Za průměrný je považován rozsah IQ mezi 90-100, pásmo vyšší než 100 je označováno jako vyšší průměr, v pásmu pod 90 jsou skupiny označeny jako nižší průměr, hraniční pásmo mentální retardace. Za mentálně retardované bývají považovány všechny osoby, jejich rozsah IQ je nižší než pásmo hraniční, tj. nižší než 80-70.

„Podle teorie kapacity inteligence, založené na dědičnosti, jednou naměřená úroveň inteligence u dítěte je stále stejná až do dospělého věku, vyloučíme-li určité kolísání dané náhodnými vlivy, jako je např. únava, strach, nemoci atd.“ (Dolejší, 1983, s. 19)

Mentální retardace jakkoliv těžká nemůže být pokládána za nezlepšitelnou, dokonce těžce mentálně retardovaní jedinci jsou schopni učení. Děti se sníženou úrovní inteligence mohou tvořit velmi různorodou skupinu potencionálních žáků běžných základních škol, neboť se ve velké míře jedná o jedince, příčinou jejichž deficitu je především výchovná a sociální zanedbanost, případně příslušnost k jiné etnické menšině.

PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI JEDINCŮ S MENTÁLNÍ RETARDACÍ

„Každý mentálně postižený je svébytný subjekt s charakteristickými osobnostními rysy. Přesto se však u značné části z nich projevují určité společné znaky. Jejich individuální modifikace závisí na druhu mentální retardace, na její hloubce, rozsahu, na tom, zda jsou rovnoměrně postiženy všechny složky psychiky, nebo zda jsou výrazněji postiženy některé psychické funkce a duševní vývoj je nerovnoměrný.“ (Švarcová, 2003, s. 35)

Mentální retardace se klinicky projevuje zejména:

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

2. DOWNŮV SYNDROM

2.1. LIDÉ S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Downův syndrom (DS) je nejrozšířenější ze všech dosud známých forem mentální retardace. V literatuře se udává, že lidé s tímto syndromem tvoří okolo 10 % všech lidí s mentálním postižením. „U nás se rodí cca 50 dětí s DS ročně, oficiální statistika udává poměr 1:700.“ (VOX Paediatricae, říjen 2009, s. 39)

V minulosti byly největším problémem života osob s DS předsudky společnosti, že život v segregaci je pro osoby s mentálním postižením tím optimálním řešením. Ještě před rokem 1989 bylo v České republice nejčastějším modelem odložení narozeného dítěte s DS do ústavní péče. Rodiny, které si navzdory všem varováním ponechaly děti ve své výchově, byly postaveny do těžké situace – setkávaly se velice často s nepochopením, jak ve svém okolí, tak i mezi odborníky. Rozvoj osobnosti jedinců s Downovým syndromem byl omezen sociálně vzdělávacím systémem, který nevycházel z individuálních, speciálních potřeb této skupiny obyvatel. Tyto děti byly považovány převážně za nevzdělavatelné. Přesto se i v této době našla řada pedagogů, kteří neodmítli tyto děti vzdělávat a přispěli tak k tomu, že mezi dříve narozenými osobami s DS jsou i osoby vzdělané.

Po roce 1989 se v České republice v problematice mentálního postižení mnohé obrátilo k lepšímu. Společnost se pomalu začíná zajímat o osoby se speciálními potřebami, začínají vznikat nejrůznější iniciativy s cílem zrovnoprávnit životní podmínky pro všechny osoby, včetně osob s mentálním postižením. Obdobně jako v ostatních vyspělých zemích, tak se i v ČR začínají vytvářet sítě svépomocných, rodičovských iniciativ, zaměřených v případě Downova syndromu na stimulační programy podpory rozvoje dítěte již od nejtělejšího věku.

V pořadí již desátý celosvětový **kongres o Downově syndromu** se konal na půdě Dublin City University, 20.-22. srpna 2009. Kongres se konal půlstoletí po objevení genetické podstaty Downova syndromu (J. Lejeune, 1959). Jedním z podstatných znaků letošního kongresu byl zjevný posun v přístupu k osobám s DS. Opouští se tradiční lékařský model DS, který se používal od první definice tohoto syndromu lékařem Johnem Langdonem Downem v r. 1866 (tento model dost nevhodně dodnes přežívá v lékařské terminologii – Morbus Down) a který je z hlediska dnešního poznání již zastaralý. Definicí Downova syndromu není nemoc v lékařském pojetí, z farmakologického hlediska na DS není lék.

Kondice DS je způsobena přirozeně se vyskytujícím nepravidelným uspořádáním chromozomů, nadbytečným 21. chromozomem. Jedinci s touto odchylkou vždy byli a jsou součástí lidské populace jako každá odlišnost i oni byli z ní odsouváni na okraj a vylučováni. Tzv. lékařský (medicínský) model DS byl však v uplynulém půlstoletí velmi užitečný z hlediska rozvoje lékařského výzkumu o charakteristice DS, o přidružených nemocech DS a především v prosazování a uplatňování plnohodnotné lékařské péče všem dětem a osobám s DS, která jim byla často „omylem“ odepírána.

V současnosti máme snahu prosazovat tzv. sociální, nebo též rovnoprávný model DS, kdy by se na novorozence s DS nemělo pohlížet jako na nevléčitelně nemocného, ale jako na člověka, který je sice určitým způsobem znevýhodněný, ale poskytnutím vhodné sociální a lékařské intervence lze docílit jeho částečné, nebo úplné inkluze do běžné společnosti.

Na podnět organizací Down Syndrome International (DSI) a European Down Syndrome Association (EDSA) je **21. březen vyhlášen jako Světový den Downova syndromu**. Symbolické datum 21.03. bylo odvozeno z číslic 3 a 21 (trizomie 21. chromozomu) a celosvětová kampaň s ním spojená si klade za cíl objasnit a lépe porozumět problematice narozených s jedním chromozomem navíc.

Pokud se pokusíme nahlédnout za základní klinickou diagnostiku, nalezneme mezi dětmi s Downovým syndromem více odlišností než podobností. To neplatí jen o fyzickém vzhledu, ale i o povaze a nejrůznějších schopnostech. Děti i dospělí s Downovým syndromem se značně liší, každý je jedinečnou osobností.

MÝTY A SKUTEČNOSTI O LIDECH S DOWNOVÝM SYNDROMEM:

Mýty

lidé s DS:

jsou nepřizpůsobiví a agresivní

jsou neschopní učit se

jsou nevzdělavatelní

musí vyrůstat v ústavní péči

jsou předmětem charity

jsou pacienti

rozhodují za ně odborníci

mají mnohé nedostatky

jsou závislí a neschopní pracovat
potřebují stálou podporu společnosti formou finančních dotací
potřebují segregované vzdělávání, zaměstnávání a ostatní oblasti života

Skutečnosti

lidé s DS:

mají výbornou schopnost napodobování a učení

učí se pomaleji

všichni jsou vzdělatelní

mají vyrůstat v domácím prostředí

mají práva jako jiní občané

jsou občané, klienti

rozhodují sami za sebe

mají právo na odstraňování bariér

na základě individuálních schopností je možné je zaměstnávat

potřebují individuální flexibilní pomoc a podporu v oblasti vzdělávání, zaměstnávání a kompenzací

potřebují se zapojit do hlavního proudu vzdělávání a zaměstnávání

(Šustrová a kol., 2004, s. 17)

2.2. PŘÍČINY VZNIKU DOWNOVA SYNDROMU

Výskyt Downova syndromu je v každé populaci přibližně stejný. Současné vědecké poznatky ukazují, že na jeho vznik nemá žádný vliv ani příslušnost rodičů k určitému etniku, ani jejich sociální postavení nebo místo bydliště. Vznik tohoto onemocnění není závislý ani na zdravotním stavu matky, kvalitě její stravy, přísunu vitamínů, ani na způsobu života v těhotenství. Ani alkohol, nikotin a drogy, které mohou způsobit různá jiná závažná poškození plodu, vznik Downova syndromu neovlivňují. Určitá souvislost byla prokázána u faktoru věku rodičů. Bylo vyzkoumáno, že matky starší 35 let a otcové starší 50 let jsou narozením dítěte s DS ohroženi více než rodiče mladší.

Jako samostatná diagnóza byl Downův syndrom uznán v roce 1866, kdy anglický lékař John Langdon Down poprvé popsal charakteristické rysy tohoto syndromu, příčinu popsané diagnózy ale neznal.

Příčinu Downova syndromu objevil až v roce 1958 francouzský profesor a vědec světového věhlasu Jerome Lejeune (1926-1994). Byl prvním, kdo izoloval přebytečný chromozóm v páru 21 a zjistil tak skutečnou podstatu DS. Svým objevem dokázal, že narození dítěte s trisomií 21 je ve své podstatě nehodou, jakýmsi genetickým karambolem. „V roce 1959, Lejeune zveřejnil, že dítě s Downovým syndromem má jeden malý chromozom navíc. Při zkoumání těchto dětí si všiml 47 chromozomů v každé buňce místo běžných 46, místo běžných dvou chromozomů č. 21 našel tři chromozomy č. 21 v každé buňce, což bylo označeno termínem trisomie. Genetici také zjistili, že u dětí s Downovým syndromem se mohou vyskytovat ještě další chromozomální abnormality: translokace a mozaika.“ (Pueschel, 1997, s. 32)

K dětem a osobám s Downovým syndromem choval Lejeune zvláštní něhu, lásku a pochopení a vždy zdůrazňoval fakt, že trisomie 21 je sice vážné genetické postižení, ale nesmí se zapomínat, že tyto děti podědily po svých rodičích také množství pozitivních vlastností a že záleží na způsobu jejich výchovy, aby dosáhly v životě co nejlepších možných výsledků.

„Downův syndrom je považován za nejrozšířenější formu mentální retardace, je nejčastější chromozomální aberací vyskytující se kdekoliv na světě. Na světě se ročně narodí přibližně 100 tisíc dětí s Downovým syndromem, u nás se rodí přibližně 70 dětí ročně.“

(Bartoňová a kol., 2007, s. 106)

JAK VZNIKÁ DOWNŮV SYNDROM popisuje Selikowitz (2005, s. 45):

Lidské tělo se skládá z drobných buněk, pocházejících z jediné buňky, která vznikla spojením vajíčka matky a spermie otce. Každá buňka nese ve svém středu malé jádro, které obsahuje přibližně 100 000 genů. Geny nespočívají v jádru volně, ale jsou seskupeny jako korálky na niti v řetězcích, jimž se říká chromozomy. Když se během růstu buňka dělí na dvě nové buňky, rozdělí se i jádra na dvě totožné poloviny. Každá buňka v těle má 46 chromozomů. Těchto 46 chromozomů se skládá ze 23 párů, každý pár obsahuje chromozomy obou rodičů. Pokaždé, když se buňka rozdělí, obě nové takto vzniklé buňky mají stejný počet chromozomů, a to je 46.

Downův syndrom nastává v případě, že na 21. místě je nadbytečný jeden chromozom. Tento chromozom vzhledem ke svému genetickému obsahu způsobuje, že se v buňce vytvářejí určité nadbytečné bílkoviny. Tím se poruší normální růst těla plodu.

Matky se často cítí vinny, že mohly během těhotenství zavdat příčinu k tomu, že dítě má Downův syndrom. Jak však bylo uvedeno výše, chromozom č. 21 je obvykle přítomen již ve spermii nebo ve vajíčku před početím, abnormalita nemůže být tedy zaviněna matkou ani být výsledkem něčeho, co udělala nebo neudělala během těhotenství.

2.3. FYZIOGNOMICKÉ ZVLÁŠTNOSTI A ZDRAVOTNÍ OBTÍŽE LIDÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Obdobně jako u všech ostatních dětí jsou fyzické rysy dětí s Downovým syndromem ovlivněny jejich genetickou výbavou. Dítě, které zdědilo geny od matky i do otce, se bude do jisté míry podobat svým rodičům stavbou těla, barvou vlasů, očí a některými dalšími rysy.

„Vzhledem k dodatečné genetické výbavě v chromozomu č. 21, mají děti s Downovým syndromem takové fyzické rysy, které je činí odlišnými od svých rodičů, sourozenců a dětí bez handicapu. Protože tento chromozom č. 21 se nachází v buňkách každého dítěte s Downovým syndromem, má shodný vliv na stavbu těla u všech takovýchto dětí. Proto mají děti s DS mnoho fyzických rysů společných a vypadají téměř jedno jako druhé.“

(Pueschel, 1997, s. 38)

U Downova syndromu bylo popsáno více než 120 charakteristických příznaků. Mnoho dětí jich nemá však víc než šest nebo sedm. V literatuře jsou nejčastěji popisovány

společné tělesné znaky:

- obličej: bývá kulatý, většinou plochý profil
- hlava: vzadu lehce oploštělá
- oči: mírně zešikmené vzhůru, malá kožní řasa
- vlasy: většinou jemné a rovné
- krk: krátký a široký
- ústa: ústní otvor je o něco menší, jazyk naopak trochu větší
- ruce: široké s krátkými prsty, na dlani bývá jenom jedna příčná rýha
- nohy: bývají silné a mívají širokou mezeru mezi palcem a ukazováčkem
- svalové napětí: končetiny a krk malých dětí bývají ochablé

Děti s Downovým syndromem většinou rostou pomaleji než jejich vrstevníci. Jejich růst závisí i na genetických a etnických faktorech, na výživě, hormonech a na jiných zdravotních podmínkách a určitých vlivech životního prostředí. „V průměru dorůstají muži s Downovým výšky 147-162 cm a ženy asi 135-155 cm“ (Švarcová, 2003, s. 124)

NEMOCI, JIMIŽ ČASTO TRPÍ DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM

U dětí s Downovým syndromem se častěji než u jejich nepostižených vrstevníků objevují smyslové vady.

Švarcová (2003, s. 124) uvádí, že mnoho dětí má problémy se zrakem, asi 50 % z nich bývá krátkozrakých a dalších 20 % dalekozrakých, poměrně značný počet jich šilhá. Mnohé děti s Downovým syndromem (v literatuře se uvádí kolem 60 %) jsou lehce až středně sluchově postižené.

Dalšími častými dysfunkcemi mohou být:

- chybná funkce štítné žlázy
- kožní nemoci: mnoho dětí s DS má suchou pokožku, která se olupuje, praská, nebo svědí.
- zuby: rostou později, některé mohou i někdy chybět.
- poruchy spánku (apnoe): děti při dýchání sípají a chrápou, ve spánku dochází krátkodobě k výpadku dýchání. Bývá způsobena zúžením hrtanu, zvětšenými mandlemi a polypy.

Asi jedna třetina dětí s Downovým syndromem se rodí s různě závažnými srdečními vadami, které často vyžadují včasný zásah a léčbu kardiochirurga.

Pro zásady zdravotní péče o osoby s Downovým syndromem je vydán oficiální dokument Evropské asociace Downova syndromu (EDSA), na kterém v období 2000-2003 spolupracoval mezinárodní tým lékařů a odborníků v problematice DS pod vedením prof. Alberta Rasore-Quartina. U lidí s Downovým syndromem se často vyskytují změny ve vývoji, struktuře a funkci řady orgánů nebo tělových systémů, které mohou mít za následek komplikace jejich fyzického zdraví a snížení kvality života. Mnohým z těchto komplikací lze předejít, pokud jsou brány v úvahu a léčeny v raných fázích spolu se správným využitím specifického programu skutečně preventivního lékařství. EDSA tímto dokumentem předkládá a navrhuje speciální program zdravotní péče, který by mohl být užitečný pro všechny pediatry a praktické lékaře pečující o osoby s DS všech věkových skupin. Tyto

zásady vycházejí z dřívějších publikací a osobních zkušeností participujících autorů, do budoucna se předpokládá jejich průběžná aktualizace. (PLUS 21, číslo 2/2009, s. 15)

NĚKTERÉ ČASTO SE VYSKYTUJÍCÍ PROJEVY CHOVÁNÍ:

vystrkování jazyka: děti s DS mívají ve zvyku vyplazovat jazyk. Je to důsledek většího jazyka a menších úst.

slinění: děti s DS mají v raném dětství, z důvodu nízkého svalového napětí, sklon nechávat otevřená ústa a slinit.

nadměrná aktivita (hyperaktivita): dítě je roztěkané, výbušné, nesoustředěné, neustále neklidné a aktivní, nedokáže zaměřit svou pozornost na jednu činnost.

2.4. FORMY DOWNOVA SYNDROMU

Všechny děti s Downovým syndromem mají ve svých buňkách nadbytečné kritické množství 21. chromozomu. Množství 21. chromozomu a způsob, jímž porucha vzniká, může mít trojí podobu. Tyto podoby popisuje Selikowitz (2005, s. 49):

- 1. Trisomie 21. chromozomu:** velká většina dětí s Downovým syndromem (asi 95 %) má nadbytečný celý 21. chromozom v každé buňce svého těla. Je to nejběžnější forma Downova syndromu. Vzniká tím, že jeden z rodičů předá dítěti z vajíčka nebo spermie místo obvyklého jednoho 21. chromozomu chromozomy dva.
- 2. Translokace:** asi ve 4 % případů není příčinou Downova syndromu celý nadbytečný chromozom, ale nadbytečná část 21. chromozomu. K této poruše dochází v případě, že se odlomí malé vrcholky 21. chromozomu a jiného chromozomu a zbývající části obou chromozomů se spojí. Děti s Downovým syndromem způsobeným translokací se od dětí s trisomií co do rozsahu postižení nikterak neliší.
- 3. Mozaicismus:** asi 1 % dětí s Downovým syndromem má nadbytečný 21. chromozom pouze v některých tělových buňkách. Ostatní buňky jsou normální. Mozaicismus nemá tak zjevné příznaky, protože proti poruše stojí i normální buňky. Lidé postižení mozaicismem nemívají tolik nápadné fyzické příznaky Downova syndromu, jejich vývoj a projevy se blíží obecnému průměru. Avšak normální úroveň intelektových schopností mají jedinci s tímto typem Downova syndromu velmi zřídka.

ÚROVEŇ ROZUMOVÝCH SCHOPNOSTÍ LIDÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM

Bylo by chybné domnívat se, že úroveň rozumových schopností všech dětí s DS je stejná nebo velmi podobná. Bylo prokázáno, že u všech těchto dětí se vyskytuje mentální retardace, která je však u jednotlivých dětí různě hluboká a má rozmanitá specifika.

U některých jedinců byl naměřen intelekt nepříliš vzdálený od normy, u malého množství z nich se pohybuje v pásmu těžké a hluboké mentální retardace.

„Průměrná hodnota IQ, na níž se shoduje více autorů, odpovídá přibližně úrovni střední mentální retardace.“ (Švarcová, 2003, s. 127)

Děti vychovávané v rodinách vykazují obecně vyšší úroveň intelektových schopností než děti vychovávané od časného věku v ústavech.

„Děti s Downovým syndromem mívají většinou středně těžkou mentální retardaci, tedy IQ v rozmezí 35-49 bodů IQ stupnice, ale některé děti mohou mít i lehkou mentální retardaci či naopak těžkou, jiné mohou mít téměř průměrnou inteligenci.“

(Bartoňová a kol., 2007, s. 106)

2.5. VYŠETŘENÍ – PRENATÁLNÍ DIAGNOSTIKA

Těhotné ženy podstupují v průběhu těhotenství četná vyšetření, která mají za cíl předcházet komplikacím těhotenství a porodu. V posledních letech byla tato vyšetření doplněna o testy, které mohou odhalit vrozené vady plodu.

Je obecně známo, že výskyt Downova syndromu je spojován s vyšším věkem matky. Proto lékaři doporučují, aby matky starší 35 let podstoupily prenatální test.

Pueschel (1997, s. 35) uvádí zvýšená rizika výskytu Downova syndromu u dětí:

1. Matka ve věku 35 let nebo starší
2. Otec ve věku 45 až 50 let nebo starší
3. Sourozenec s Downovým syndromem nebo jinou chromozomální odchylkou
4. Balancovaná translokace chromozomů u jednoho z rodičů
5. Rodiče s nějakou chromozomální poruchou

Vyšetření na Downův syndrom se dělí na:

- neinvazivní,
- invazivní vyšetření (zasahující do těla matky).

NEINVAZIVNÍ:

Pro vyhledávání (screening) plodu s vrozenými vadami, speciálně s Downovým syndromem, se používá neinvazivní prenatální diagnostika (mezi 14.-16. týdnem těhotenství) a pravděpodobnost odhalení vrozené vývojové vady se udává mezi 54-65 %:

- Kvantitativní biochemické vyšetření z krve matky – tzv. **triple test**: Je založen na poznatku, že v krvi těhotné ženy jsou tři látky, které produkuje plod s Downovým syndromem (a placenta) ve změněné koncentraci. Jedná se o sníženou hladinu alfafetoproteinu (AFP), sníženou hladinu volného estriolu (E3) a zvýšenou hladinu lidského choriového gonadotropinu (HCG). Měření je spolehlivé až po 16. týdnu těhotenství.
- **Ultrazvukové vyšetření** – (11. – 13. týden), šíjové projasnění. V tomto období má každý plod v podkožní oblasti šíje přítomnou vrstvičku tekutiny. Tato tekutina se na ultrazvuku zobrazuje jako projasnění, přítomnost většího množství této tekutiny je často spojeno s výskytem chromozomálních aberací, tedy i Downova syndromu. Dalším vyšetřením je vyšetření přítomnosti nosních kůstek plodu. Provádí se v 1. trimestru. Pokud kůstky chybí, je možnou příčinou chromozomální vada. Toto vyšetření se moc nevyužívá. Ve 2. trimestru (většinou mezi 18.-22. týdnem), kdy se provádí podrobné vyšetření ultrazvukem, lze zjistit výskyt Downova syndromu, pokud se objeví zkrácení stehenní kosti, rozšíření močových cest, nález vrozené srdeční vady atd.

INVAZIVNÍ:

Mezi invazivní, tedy zasahující do těla matky, patří:

- **Amniocentéza** (odběr plodové vody) – zpravidla mezi 16.-18. týdnem těhotenství, spolehlivost je až 99,5 %. Membránózní (amniocentický) vak obaluje a chrání plod. Odebírá se vzorek tekutiny z tohoto vaku, který obsahuje plodové buňky, které mohou být pěstovány, aby bylo možné vyšetřit chromozomy plodu. Nevýhodou je dlouhé trvání a tedy nepříjemné období velké nejistoty pro matku a je u něj také zvýšené riziko spontánního potratu (1/2-1 %). Výsledky cytogenetického zpracování jsou velice spolehlivé.

- **Biopsie choriových klků (CVS)** - 9.-11. týden těhotenství. Odebírá se vzorek z budoucí placenty plodu. Oproti amniocentéze trvá kratší dobu. Nevýhodou je zvýšené riziko samovolného potratu a nejistá interpretace výsledků, protože tkáň placenty může mít jinou genetickou výbavu než plod samotný. V případě pozitivního výsledku se provádí amniocentéza.
- **Kordocentéza** znamená odběr krve plodu z pupečnickové cévy. Toto vyšetření se provádí pod kontrolou ultrazvuku. Je indikováno většinou u těhotných po 20. týdnu gravidity, kdy je třeba objasnit nejasný nále z amniocentézy nebo je-li při ultrazvukovém vyšetření zjištěna vada a je třeba zjistit, zda je či není geneticky podmíněna. Kordocentéza (stejně jako CVS) má dvojnásobně zvýšené riziko spontánního potratu oproti amniocentéze. (Bartoňová a kol., 2007, s. 112)

Nejmodernější způsob snížení rizika Downova syndromu je screening NT + biochemický screening v 1. trimestru. Tento test kombinuje ultrazvukové vyšetření tloušťky nuchálního projasnění (NT = nuchal translucency) s vyšetřením z krve matky. Vyšetření se provádí v 11.-13. týdnu těhotenství. Kombinace těchto dvou metod umožňuje detekci 85 - 90 % dětí s Downovým syndromem. Tradiční screening prováděný v 16. týdnu - tzv. trojitý test dokáže zachytit jen 50-60 % dětí s tímto syndromem. (www.prenatal.cz)

3. EDUKACE JEDINCŮ S DOWNOVÝM SYNDROMEM

3.1. EDUKAČNÍ SYSTÉM PRO ŽÁKY S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

Nástup dítěte do školy znamená důležitou změnu v jeho životě. Dítě získává novou roli, roli školáka. Systém edukace jedinců s Downovým syndromem je totožný se systémem edukace jedinců s mentální retardací. Síť speciálních škol a zařízení pro mentálně retardované děti a žáky je tvořena následovně (Franiok, 2008, s. 51):

Předškolní věk 2-6 let:

- **mateřská škola**
- *speciální třída MŠ*
- **mateřská škola speciální**

Vzhledem k dobré míře socializace dětí s DS je vhodné umístit je do běžné mateřské školy. Děti zde mají velké množství pohybových i řečových vzorů a celkově to velice prospívá jejich dalšímu vývoji. Běžná MŠ poskytuje dětem s DS přirozený prostor pro nácvik sociálních dovedností a pro chování ve skupině. Naopak zdravé děti takto dostanou možnost naučit se pracovat a komunikovat se svými znevýhodněnými spolužáky, neboť v tomto věku je přijímají bezvýhradně. Dítě s DS, které není od útlého věku izolováno od svých zdravých vrstevníků, má mnohem větší šanci na všestranný rozvoj, protože se učí především nápodobou a děti v běžné škole je svým způsobem „táhnou“. Naopak přítomnost takového dítěte v kolektivu zdravých vrstevníků má samozřejmě na kolektiv velmi pozitivní vliv. Vedle dítěte s DS se mohou ostatní děti učit toleranci, empatii, solidaritě a dalším sociálním dovednostem, které využijí ve svém dospělém životě.

Školní věk 6-15 (19) let:

- **Základní škola**
- *přípravný ročník pro žáky ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*
- *třída základní školy se Vzdělávacím programem zvláštní nebo pomocné školy*

- *třída pro žáky s autistickým spektrem poruch*
- **Základní škola praktická (zvláštní škola)**
- *přípravný ročník pro žáky ze sociokulturně znevýhodněného prostředí*
- *třída základní školy praktické se Vzdělávacím programem pomocné školy*
- *třída pro žáky s autistickým spektrem poruch*
- *třída základní školy praktické při ústavu sociální péče pro mentálně postižené*
- **Základní škola speciální (pomocná škola)**
- *přípravný stupeň základní školy speciální*
- *třída základní školy speciální pro žáky s více vadami*
- *třída základní školy speciální pro žáky s autistickým spektrem poruch*
- *třída základní školy speciální s Rehabilitačním vzdělávacím programem pomocné školy*
- *třída základní školy speciální při ústavu sociální péče pro mentálně postižené*

Je dobře, když mají rodiče dětí s handicapem z čeho vybírat, aby mohli zvolit to, co je pro jejich dítě to pravé. Některému dítěti bude dobře ve speciálním zařízení, jinému svědčí plná integrace, další potřebuje kombinaci obou modelů. Výběr školy je závislý na stupni mentální retardace. Většina dětí s DS se pohybuje v pásmu lehké až středně těžké mentální retardace, proto tyto děti navštěvují nejčastěji základní školu speciální. Doporučuje se i integrace, opět vzhledem k dobrým adaptačním schopnostem dětí. Pokud dítě s DS dáme mezi děti s postižením, tak nevidí běžné projevy dětí, které se vyvíjejí normálně. A pak ani nemůže napodobovat věci, které dělají zdravé děti, nezná dětský slovník, spontánní projevy vrstevníků, zkrátka nezažívá situaci jako ostatní děti, a to samo už ho může jistým způsobem omezovat v jeho vývoji.

Absolvováním vzdělávacího programu základní školy a základní školy praktické získává žák **základní** vzdělání, absolvováním vzdělávacího programu základní školy speciální získává žák **základy** vzdělání.

Bartoňová (2005, s. 233) vymezuje **podmínky vzdělávání žáků s mentálním postižením** následovně:

- snížené počty žáků ve třídách
- vhodně upravené prostředí
- speciální učební metody

- výběr učiva odpovídající úrovni rozumových schopností žáků
- speciální zařízení a kompenzační pomůcky v závislosti na potřebách žáků a závažnosti jejich postižení
- učebnice, které odpovídají úrovni rozumových schopností žáků (existují pro všechny předměty)
- speciálně upravené školní prostředí
- přísně individuální přístup
- učitelé se speciálně pedagogickou kvalifikací

3.2. PŘIPRAVENOST DÍTĚTE NA ŠKOLU A DIAGNOSTIKA ŠKOLNÍ ZRALOSTI U DĚTÍ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

V souvislosti se začátkem školní docházky hovoříme jednak o školní zralosti – tedy schopnosti dítěte zúčastnit se školního vyučování, jednak o připravenosti na školu.

„Školní způsobilostí rozumíme dosažení takového stupně v tělesném a duševním vývoji, který umožňuje, aby dítě bylo schopno bez újmy na tělesném a duševním zdraví vyhovovat nárokům, které na ně klade školní vyučování a dosahovat svému nadání a své pili přiměřených výsledků.“ (Kohoutek, 1988, s. 3)

Povinnou školní docházku začíná dítě plnit počátkem školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dovrší šestý rok věku. **Odklad povinné školní docházky** ustanovuje § 37 školského zákona: „Není-li dítě po dovršení šestého roku věku tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte do 31. května kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení nebo odborného lékaře.“ (www.msmt.cz)

Mezi obvyklé příčiny školní nezralosti mnoho autorů řadí nedozrálou centrálního nervového systému, sociální nezralost, nedostatečný somatický vývoj, neurotické projevy dítěte. Bartoňová (2005, s. 120) uvádí čtyři **oblasti školní zralosti**:

1. tělesná stránka: dobrý zdravotní stav, důležitý je rozvoj jemné a hrubé motoriky a senzomotorické koordinace

2. duševní vyspělost: je dána úrovní všech psychických funkcí – dostatečné rozvinuté vnímání, schopnosti komunikace, celkový rozvoj řeči, úroveň paměti
3. emoční zralost: dosažení určité citové stability, schopnost sebehodnocení, osamostatnění se. Další oblastí je schopnost přijímat nové poznatky, být zvědavé.
4. sociální zralost: projevuje se schopností být delší dobu bez matky, přijímat autoritu, schopností žít v kolektivu, přijmout roli žáka, podřídit se školnímu režimu

„Diagnostika školní zralosti a připravenosti pro školu musí být u dětí se zdravotním postižením v souladu s jejich mentálními možnostmi, druhem, stupněm a trváním postižení a je třeba, aby respektovala individuální zvláštnosti dítěte.“ (Přinosilová, 2007, s. 129)

„K nejužívanějším diagnostickým metodám patří **Orientační test školní zralosti** (Jiráskova verze původního Kernerova testu). Obsahuje tři úkoly: kresbu mužské postavy, napodobení psacího písma a obkreslení určitého počtu bodů s daným umístěním v prostoru. Mezi globální, screeningové testy lze dále zařadit i u nás užívaný **Edfeldtův Reverzní test**, který zjišťuje připravenost ke čtení. Je zaměřen na schopnosti dítěte rozlišovat zrcadlové tvary.“ (Přinosilová, 2007, s. 126)

Na orientační diagnostiku navazuje v případě potřeby komplexní diagnostika v pedagogicko-psychologické poradně a ve speciálně pedagogickém centru, jejíž součástí jsou testy inteligence.

Přinosilová (2007, s. 132) dále uvádí informace, které jsou důležité z hlediska zařazení dítěte do vzdělávání:

- příčina vzniku mentální retardace (rozdíl mezi organickým postižením CNS a Downovým syndromem)
- závažnost mentální retardace (důležité z hlediska volby přiměřené formy vzdělávání)
- současná přítomnost dalších zdravotních postižení
- dosavadní průběh vývoje v předchozích obdobích
- kvalita osobního psychomotorického tempa
- přístup k řešení úkolů (míra samostatnosti a schopnosti aplikovat naučené v praktickém životě)
- úroveň komunikačních schopností (jednoduchá verbální komunikace, augmentativní či alternativní komunikace)
- úroveň samostatnosti v sebeobsluhy (resp. míra nutné dopomoci)

- schopnost sociální přizpůsobivosti (zařazení do kolektivu vrstevníků, spolupráce s pedagogem, schopnost autoregulace, dodržování norem apod.)
- stabilita a úroveň emoční oblasti (projevy dráždivosti, impulzivity, negativismu, agrese a autoagrese aj.)

„Diagnostika dítěte s mentální retardací za účelem jeho vřazení do povinné školní docházky musí respektovat individuální možnosti a osobnostní zvláštnosti a na základě jejich poznání potom navrhnout pro dítě přiměřenou formu vzdělávání s optimálním vzdělávacím programem.“ (Přinosilová, 2007, s. 133)

Komplexním vyšetřením dětí se specifickými potřebami se zabývají pedagogicko psychologické poradny (PPP) nebo speciálně pedagogická centra (SPC). Na základě získaných informací je dítě umístěno v příslušné škole či zařízení, nebo je integrativně zařazeno s individuálním vzdělávacím programem. Podmínkou úspěšného výchovně-vzdělávacího procesu je správné zařazení těchto dětí.

U řady postižených dětí musíme počítat s opožděnou školní zralostí. V tomto případě je možné využít přípravný stupeň základní školy speciální. Dne 21.2.2009 byl vyhlášen **zákon č. 49/2009 Sb.**, kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Uvedená novela školského zákona mimo jiné upřesňuje opatření, týkající se vzdělávání dětí se zdravotním postižením. Do systému vzdělávací soustavy České republiky je vložení nového **§ 48a** zaváděna instituce „**přípravný stupeň základní školy speciální**“. Tyto třídy poskytují přípravu na vzdělávání v základní škole speciální dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s autismem. Třída přípravného stupně ZŠ speciální má nejméně 4 a nejvýše 6 žáků. (www.msmt.cz)

Děti zařazené do přípravného stupně nezískávají vysvědčení, ale osvědčení o absolvování příslušného ročníku, neboť zde neplní povinnou školní docházku. Po ukončení přípravy na vzdělávání jsou zařazovány podle přání rodičů do nejvhodnější formy vzdělávání:

- individuální integrace
- skupinová integrace
- nebo pokračují ve vzdělávání v ZŠ speciální

Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č.j.: 13 710/2001-24 ze dne 6.6.2002 vymezuje pojmy individuální a skupinová integrace následovně:

Individuální integrací žáka se rozumí:

- a) jeho vzdělávání ve třídě mateřské školy, základní školy, střední školy nebo vyšší odborné školy, která není samostatně určena pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami při současném zajištění odpovídajících vzdělávacích podmínek a nezbytně speciálně pedagogické nebo psychologické péče
- b) jeho vzdělávání ve třídě speciální školy samostatně určené pro žáky s jiným druhem nebo stupněm postižení

Skupinovou integrací se rozumí vzdělávání žáka ve speciální třídě nebo specializované třídě zřizované podle zvláštních předpisů. V některých vyučovacích předmětech se žáci mohou vzdělávat společně s ostatními žáky školy a v rámci svých možností jsou zapojeni do všech aktivit mimo vyučování.

3.3. PŘEDŠKOLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ A RÁMCOVÝ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM

Na věk, vhodný pro integrované vzdělávání, neexistuje jednotný názor. U nás je prakticky nejrozšířenější integrovaná výchova v předškolním věku. Integrace dětí do běžné mateřské školy znamená přiblížení se normálnímu prostředí a oslabení jeho případného vylučování ze společnosti ostatních vrstevníků. To usnadňuje osobnostní a sociální rozvoj i sociální integraci dítěte. Důležitou podmínkou úspěšnosti předškolního vzdělávání dětí s postižením je nejen volba vhodných vzdělávacích metod a prostředků, ale i uplatňování vysoce profesionálních postojů pedagogů i ostatních pracovníků, kteří se na péči o dítě a jeho vzdělávání podílejí. Při vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami spolupracuje pedagog s dalšími odborníky, využívá služeb SPC a PPP.

Předškolní vzdělávání je institucionálně zajištěno mateřskými školami a organizuje se pro děti ve věku zpravidla od tří do šesti let. Úkolem předškolního vzdělávání je doplňovat rodinnou výchovu a dítěti tak zajistit dostatek podnětů k jeho rozvoji. Na začátku období je hravé dítě a na konci období dítě připravené na školu. Mateřská škola se organizačně dělí na třídy, do kterých je možno zařazovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami a vytvářet

třídy integrované. Dětem se zdravotním postižením má předškolní vzdělávání poskytovat včasnou speciálně pedagogickou péči a tím zlepšovat jejich životní i vzdělávací šance.

Závazným dokumentem v rámci edukace je **Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání**. (Smolíková, 2006, s. 6)

Tento dokument vymezuje hlavní požadavky, podmínky a pravidla pro vzdělávání dětí předškolního věku. Stanovuje elementární vzdělanostní základ, na který může navazovat základní vzdělávání a představuje zásadní východisko pro tvorbu školních vzdělávacích programů i jejich uskutečňování. Rámcový vzdělávací program vychází z respektování individuálních potřeb a možností dítěte. Z toho je základním východiskem i pro přípravu vzdělávacích programů pro děti se speciálními potřebami.

U dětí s mentálním postižením se zaměřuje (Bartoňová a kol., 2007, s. 61):

- na zvládnutí sebeobsluhy a hygienických návyků s ohledem na stupeň a věk dítěte
- při edukaci užívá pedagog kompenzační pomůcky
- v případě potřeby je zajištěna pomoc asistenta pedagoga ve výuce
- počet dětí ve třídě je snížen

3.4. VZDĚLÁVÁNÍ V OBDOBÍ POVINNÉ ŠKOLNÍ DOCHÁZKY, INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PROGRAM

Mezi nové v současné době platné dokumenty týkající se vzdělávání je **Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání**. (www.msmt.cz)

Je dokumentem se vzájemnými návaznostmi na rámcový program pro předškolní vzdělávání, vymezuje představy státu o zaměření, obsahu a výsledcích základního vzdělávání. Pro vzdělávání žáků s mentální retardací je tento program ve svých požadavcích příliš náročný a slouží pouze jako východisko pro tvorbu speciálních programů.

Vzdělávání individuálně integrovaného žáka se uskutečňuje na základě komplexního vyšetření podle **individuálního vzdělávacího programu (IVP)**. Pojem IVP vymezuje vyhláška č.73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. V § 6 je uvedeno:

„Individuální vzdělávací plán se stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně taky pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.“ (www.msmt.cz)

IVP stanoví postup vzdělávání a má zajistit vzdělávání dítěte podle jeho možností. Jde o podrobné plány výchovy a vzdělávání, které vychází z odborné diagnózy, přihlíží k současnému stavu dítěte. Jsou v něm zachyceny výchovně vzdělávací cíle, které musí respektovat individuální zvláštnosti dětí se zdravotním postižením.

Individuální vzdělávací program dává dítěti příležitost postupovat podle vlastních schopností, individuálním tempem, aniž by ho stresovalo srovnávání se spolužáky. Je pomůckou k lepšímu využití individuálních potencií dítěte, vychází ze současné úrovně dítěte, staví na jeho dosavadních vědomostech, neklade nesplnitelné požadavky. Vzhledem k postižení musí učitel individuálně rozhodovat, kterou část látky vynechá, které speciální pomůcky - cvičení bude používat, jaké tempo zvolí. (Mertin, 1995)

Individuální vzdělávací program vypracovává třídní učitel nebo učitel vyučovacího předmětu, pro který upravuje organizaci nebo obsah vzdělávání žáka, ve spolupráci s poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka. Je vypracován zpravidla před nástupem žáka do školy a je doplňován a upravován v průběhu celého školního roku podle potřeby. Obsahuje všechny skutečnosti důležité pro úspěšnou integraci žáka, zejména:

- obsah, rozsah, průběh a způsob poskytování individuální péče žákovi
- cíle vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, způsob hodnocení a klasifikace

Vyššími stupni vzdělávání dětí s Downovým syndromem jsme se v rámci diplomové práce nezabývali.

3.5. ASISTENT PEDAGOGA

Asistent pedagoga je definován podle § 2 zákona č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnicích a o změně některých zákonů jako **pedagogický pracovník**. Pozici asistenta pedagoga upravují právní předpisy Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy. Vyhláška č. 73/2005 Sb. vymezuje v § 7 **hlavní činnosti asistenta pedagoga** „pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází“.

O **zřízení pozice asistenta pedagoga** na dané škole žádá ředitel této školy krajský úřad. To mu umožňuje § 16, odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) ve znění: „Ředitel mateřské školy, základní školy, základní školy speciální, střední školy a vyšší odborné školy může se souhlasem krajského úřadu ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení.“

Podnětem ke zřízení této pracovní pozice je doporučení, které většinou vydává speciálně pedagogické centrum či pedagogicko psychologická poradna v rámci zpracování individuálního vzdělávacího plánu žáka. Ředitel školy rovněž žádá kraj o finanční dotace pro pozici asistenta pedagoga. Finanční prostředky jsou poskytovány v rámci republikových normativů stanovených MŠMT.

Asistent pedagoga získává odbornou kvalifikaci podle § 20 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnicích a o změně některých zákonů. Asistent, který nemá odpovídající vzdělání absolvuje akreditovaný vzdělávací kurz, který pořádají Pedagogická centra či nestátní neziskové organizace. Podobně jako u jiných profesí (pedagogických i nepedagogických pracovníků) se u asistentů pedagoga předpokládá jejich celoživotní vzdělávání. Vzhledem k narůstajícímu počtu nových informací a tlaku na jejich ustavičné osvojování se potřeba celoživotního vzdělávání neustále zvyšuje

4. ŠKOLSKÁ INTEGRACE

4.1. ZÁKLADNÍ POJMY V OBLASTI INTEGRACE

Navzdory prospěšnosti speciálního školství (přímá práce speciálních pedagogů a menší počet žáků ve třídách) dochází v těchto zařízeních ke kumulaci nežádoucích projevů, které od sebe děti odkoukávají. Začlenění do běžného sociálního prostředí ZŠ se vzory běžné komunikace je největším přínosem pro integrované děti s mentálním postižením.

„Integrované vzdělávání představuje přístupy a způsoby, jak zapojit žáky s těžkým a trvalým zdravotním postižením do hlavního proudu vzdělávání. Tyto děti nemusí být nadále vyřazovány z běžného školního prostředí a izolovány ve speciálních zařízeních. Účelem je, aby se jim dostalo takového vzdělání a výchovné zkušenosti jako jejich zdravým vrstevníkům, ale zároveň aby byli i nadále chápáni jako jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami.“ (Vocilka, 1997, s. 8)

Na prvním stupni je prospěšnost integrace dětí s mentálním postižením ověřena. Otázkou zůstává účelnost a prospěšnost vzdělávání pro tyto žáky na druhém stupni ZŠ.

Často diskutována bývá také otázka potřebného vzdělání, odbornosti učitele, v jehož třídě může být integrováno dítě s mentálním postižením. Třídní učitel nemusí být nutně speciálním pedagogem. Musí mít k dispozici odborné vyšetření dítěte, ve kterém by mělo být konkrétně specifikováno, jaké má speciální potřeby a jakými způsoby je možné jeho potřeby vzdělávání uspokojit. Může využívat metodického vedení a poradenského servisu poskytovaného prostřednictvím SPC, která jsou zaměřena na jednotlivé typy postižení, PPP a středisek výchovné péče. Další vzdělávání pedagogů je dnes jedním z předpokladů kvalitního výchovně-vzdělávacího procesu.

„Integrované vzdělávání je vymezeno v Pedagogickém slovníku jako přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními (speciálními) vzdělávacími potřebami do hlavního vzdělávacího proudu, do běžných škol s cílem poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky.“

(Franiok, 2008, s. 14)

Cílem integrativního vzdělávání je plné sociální včlenění zdravotně postižených žáků do běžných škol, které je ale nadále nutné chápat jako jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Integraci je nutné také chápat jako integraci společenskou, tj. schopnost zdravotně handicapovaného jedince žít ve společnosti zdravých plnohodnotným životem.

Možnosti integrace jsou interindividuálně a intraindividuálně různé. Míra integrace je významně podmiňována mírou samostatnosti a nezávislosti postiženého, týká se jednak vlastní osobnosti postiženého, jednak jeho socializace. Hlavními prostředky integrace jsou speciální výchova a vzdělávání, enkulturace, sociální rehabilitace, psychologické působení a pracovní uplatnění.

Jesenský (1993, s. 33) uvádí dva hlavní směry v zabezpečení zdravotně postižených:

Integrace: žák se zdravotním postižením ve skupině dětí zdravých, usiluje o rozvinutí samostatnosti a nezávislosti na pomoci jiných osob a o společensko-pracovní zapojení zdravotně postižených do prostředí zdravých lidí. Opírá se o uchované schopnosti postižených a usiluje o jejich maximální rozvoj a využití.

Segregace: žák se zdravotním postižením ve speciálním zařízení, oddělení postižených od zdravé veřejnosti, v krajních polohách předstává izolaci postiženého od lidí vůbec, jeho vazbu pouze na subkulturu handicapovaných. Velmi rozšířená je segregace skupinová, tj. segregace skupin stejně postižených od jiných postižených a od zdravých. Segregace akcentuje disaptibility (neschopnosti) a podceňuje možnosti postižených v samostatnosti a nezávislosti. Segregace také fixuje stav nerovnocennosti a nejednou vede i k nerovnoprávnému postavení postižených.

Úspěch výchovy dítěte lze vidět především v tom, jak dobře se dítě stává členem společnosti. Nejprve rodiny, pak skupiny vrstevníků, třídy, školy, pracovní skupiny v zaměstnání. To znamená, jak úspěšně probíhá jeho socializace, tedy postupné začleňování, vrůstání člověka postiženého do společnosti a její kultury. Sociální přizpůsobení souvisí se schopností a inteligencí dítěte.

STUPNĚ SOCIÁLNÍ INTEGRACE

Sociální integraci definuje Jesenský (1993, s. 60) jako spolužití postižených a nepostižených při oboustranně přijatelné nízké míře konfliktnosti vztahů obou skupin lidí.

V našich podmínkách vymezil a odstupňoval socializaci Sovák (1986, s. 25):

- integrace: nejvyšší stupeň socializace, plné začlenění a splynutí postiženého se společností (jedinec je samostatný a nezávislý)
- adaptace: o něco nižší fáze socializace, která je charakterizována schopností handicapovaného jedince přizpůsobovat se sociálnímu prostředí a společenským podmínkám. To, jak se dovede včlenit jedinec mezi ostatní zdravé i postižené lidi záleží na osobnosti, schopnostech a potřebách postiženého jedince.
- utilita: označuje sociální upotřebitelnost postiženého jedince, jehož vývoj je značně omezen (jedinec není samostatný, v mnoha oblastech je závislý na jiných lidech)
- inferiorita: nejnižší stupeň socializace, typická je sociální nepoužitelnost a vyčlenění (totální izolace) ze společnosti - jedinec je naprosto nesamostatný, odkázán na ošetrovatelskou péči a pomoc při uspokojování nezákladnějších životních potřeb, nevytvářejí se sociální vztahy, proto většinou dochází k segregaci – vyloučení ze společnosti

Od pojetí sociální integrace dle Sováka se v současné době již upustilo. Propracovanější odstupňování přinesla Mezinárodní zdravotnická organizace, kde za hlavní kritérium třídění považuje míru narušení společenských vztahů (Franiok, 2009, s. 49):

1. sociálně integrovaný
2. inhibovaná účast
3. omezená účast
4. zmenšená účast
5. omezené vztahy
6. redukované vztahy
7. narušené vztahy
8. společensky izolované

„Integrace zdravotně postižených je stav, kdy se již samotný postižený nepovažuje za zvláštní součást společnosti a kdy ani intaktní společnost nepocítuje postiženého jako svou zvláštní součást.“ (Jesenský, 1993, s. 61)

Integrace nepředstavuje jednou daný stav, ale proces dalšího pozitivního i negativního rozvoje jednou dosaženého stavu. Má charakter permanentně měnícího se stavu.

STUPNĚ PEDAGOGICKÉ INTEGRACE:

Odstupňované pojetí pedagogické integrace přináší Jesenský (1995, s. 17). Klasifikace zohledňuje výchovně vzdělávací prostředí, použití/nepoužití pomůcek a sociální status:

1. **Plná** integrace v jakémkoliv výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
2. **Podmíněná** integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s rizikovým sociálním statutem.
3. **Snížená** integrace, vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, užívání speciálních pomůcek, s mírně sníženým sociálním statutem.
4. **Ohraničená** integrace, v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.
5. **Vymezená** integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6. **Redukovaná** integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.
7. **Narušená** integrace na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
8. **Segregovaná** výchova a vzdělání, v upravených podmínkách s použitím speciálních pomůcek, uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů s omezeným sociálním statutem.
9. **Vysoce segregovaná** výchova a vzdělání ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění reedukace integračních cílů a obsahů s podstatně omezeným sociálním statutem.

Uvedené členění zahrnuje velké množství variant a možností vzdělávání dětí se zdravotním postižením.

Charakteristiku forem mezistupňů integrace podal Jesenský (1993, s. 73), uvádějí je i další autoři:

1. vyčlenění třídy pro děti se speciálními pedagogickými potřebami v rámci běžné školy
2. vyčlenění třídy v rámci běžné školy poskytující prostor pro částečnou sociální integraci (v rámci velkých přestávek, obědů či mimoškolních aktivit)
3. lehce handicapované děti začleněné do běžné třídy se speciálními hodinami mimo svou kmenovou třídu
4. lehce handicapované děti trávící svůj veškerý čas nebo jeho většinu ve své kmenové třídě
5. všechny děti vzdělávané v co možno největším rozsahu v „nejméně poškozujícím prostředí“
6. většinu handicapovaných dětí trávících převážně nebo celou dobu ve své kmenové třídě
7. všechny děti se speciálně pedagogickými potřebami trávící většinu času nebo celou dobu ve své kmenové třídě

Výhody integrovaného vzdělávání:

- dítě zůstává žít v rodinném prostředí v místě bydliště
- neodvyká společnosti zdravých spolužáků
- získává životní zkušenosti a dovednosti v kontaktu s okolím
- dětem s postižením je umožněna účast na náročnějších a zajímavějších úkolech
- zdraví spolužáci se učí jednat se zdravotně postiženými již od dětství (změna vztahu společnosti k zdravotně postiženým)
- ve škole i společnosti se vytváří příznivé klima pro přijetí handicapovaných jedinců

4.2. FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ ÚSPĚŠNOST ŠKOLSKÉ INTEGRACE

Základní faktory ovlivňující úspěšnost školní integrace uvádí Michalík (1993, s. 105):

- rodiče a rodina (zabezpečení obslužných činností a dopravy dítěte, velká osobní angažovanost a podpora dítěte, ekonomická a sociální nejistota)
- škola (všechny školy nejsou připraveny na přijetí dítěte s každým druhem postižení)
- učitelé (požadavek na speciálně pedagogickou kvalifikaci učitele, samostudium, návštěva odborných seminářů a kurzů, vypracování individuálního vzdělávacího programu)
- poradenství a diagnostika (SPC a PPP)
- forma integrace (individuální integrace do běžné třídy základní školy nebo do speciální třídy takové školy)
- prostředky speciálně pedagogické podpory (podpurný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, kompenzační a učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek)
- další faktory (architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy, organizace zdravotně postižených)

Podmínky úspěšného vzdělávání žáků se zdravotním postižením vymezuje Bartoňová (2005, s. 223):

- příprava a uspořádání třídy, školy
- odborná připravenost pedagogů
- přijetí spolužáky, kolektivem třídy
- příprava kolektivu
- systematická spolupráce s rodinou
- zajištění potřebného materiálního vybavení
- nižší počet žáků ve třídě

Valenta (2003, s. 50) vymezuje podmínky pro úspěšnou pedagogickou integraci následovně:

1. Jelikož žák s mentálním postižením není schopen vcelku plnit učební plán a vzdělávací program ZŠ, je nezbytné uplatnit principy vnitřní diferenciacce ve vyučování.

2. Jelikož žák s mentálním postižením nemá v průběhu výuky vyžadovat nadměrnou individuální péči učitele na úkor ostatních žáků, je třeba zajistit ve vyučování podporu – třídního asistenta.
3. Jelikož žák s mentálním postižením nemá svým chováním a specifickými projevy narušovat průběh vyučování, je třeba uplatnit speciální programy behaviorální terapie a zajistit možnost využití i jiného prostoru mimo třídu pro individuální práci podle potřeb jednotlivého žáka.

Toto vymezení podmínek je nutné doplnit podmínkou nezbytného legislativního a finančního zabezpečení celého procesu.

Většina autorů zabývajících se otázkami pedagogické integrace věnuje značnou pozornost podmínkám jejich zabezpečení. Jesenský (1993, s. 76) uvádí pět základních podmínek:

1. Integraci si musí přát rodiče postižených.
2. Postiženému dítěti musí být poskytnuta speciální péče.
3. Péče o postižené nesmí způsobit újmu na péči o ostatní žáky.
4. Integrace musí být v souladu s účinným využitím prostředků, které má škola k dispozici.
5. Postižené dítě se musí účastnit činnosti školy spolu s ostatními nepostiženými dětmi.

4.3. PORADENSKÉ SLUŽBY V RÁMCI INTEGRACE

Některé náležitosti školské integrace upravuje vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o **poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních**. Vyhláška především stanoví následující typy školských poradenských zařízení:

- pedagogicko-psychologická poradna
- speciálně pedagogické centrum

V kompetencích speciálně pedagogických center, pedagogicko-psychologických poraden i středisek výchovné péče je na základě odborných vyšetření doporučit nebo nedoporučit integraci dítěte a specifikovat podmínky, které musí být splněny, aby začlenění mohlo být úspěšné, účelné a přínosné pro rozvoj dítěte. U dětí s mentálním postižením je

nutné vypracování individuálního vzdělávacího programu a podpora ve formě třídního asistenta.

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP):

Dle vyhlášky, § 5 poradna poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků.

- a) zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní odborný posudek; doporučuje zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou formu jeho vzdělávání; provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření
- b) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením
- c) poskytuje poradenské služby
- d) poskytuje metodickou podporu škole

Speciálně pedagogické centrum (SPC):

Podle vyhlášky, § 6 centrum poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením.

- a) zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření
- b) zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se zdravotním postižením, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění školní docházky
- c) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků se zdravotním postižením, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti
- d) poskytuje poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením
- e) poskytuje metodickou podporu škole

SPC pro smyslově, tělesně a mentálně postižené děti a mládež a pro děti s vadami řeči jsou speciální školská zařízení, která zřizuje MŠMT ČR prostřednictvím školských úřadů, obcí, zpravidla jako součást speciální školy. Základní odborný tým speciálně pedagogického centra tvoří speciální pedagog, psycholog a sociální pracovník. Tým může být doplněn dalšími odbornými pracovníky dle druhu a stupně zdravotního postižení klientů. Včasná odborná péče u zdravotně postižených dětí je nutná nejen pro jejich vzdělávání a osobnostní rozvoj, ale má i význam pro rodiče těchto dětí, kteří jsou vystaveni náročným životním situacím, spojeným s péčí a výchovou postižených dětí.

„Zřízení speciálně pedagogických center znamenalo významný posun na cestě vytváření lepších podmínek pro integraci dětí s postižením. V současné době existuje více než 130 speciálně pedagogických center a jejich počet stále stoupá. Velká většina z nich jsou centra pro děti s mentálním postižením.“ (Valenta, 2003, s. 25)

4.4. INTEGRACE A PRÁVO

Osobám s postižením jsou v současné době ve vyspělých zemích přiznávána práva na plnohodnotný a důstojný život ve společnosti. Práva osob s mentálním postižením jsou zakotvena v mnoha mezinárodních dokumentech, deklaracích a legislativě jednotlivých zemí, včetně České republiky. Zásadní změnou filozofie, která ovlivnila legislativní oblast je nový postoj k postiženým lidem. Vychází ze zásady, že ve všech případech, kde je to možné, musí být zabezpečena výchova a vzdělávání postižených dětí se zdravými vrstevníky v běžných školách. Speciální školství je určeno pro ty děti, pro něž takový způsob vzdělávání není vhodný.

Má dítě s postižením právo pobývat mezi zdravými vrstevníky ? Česká republika přijala dva základní dokumenty, které potvrzují právo dětí se speciálními potřebami vzdělávat se v systému běžných škol. Jde o mezinárodní dokument **Úmluva o právech dítěte**, která zakazuje diskriminaci kteréhokoli dítěte včetně dětí se zdravotním postižením a **Listinu základních práv a svobod**, kde článek 33 v odstavci 1 udává "Každý má právo na vzdělání".

Mentálně postižení obtížně komunikují, což je zbavuje možnosti, aby sami prosazovali svá práva a vyžadovali jejich dodržování. Proto na Valném shromáždění Organizace spojených národů dne 20. prosince 1971 byla vyhlášena **Deklarace o právech lidí s mentálním postižením**.

K dalším dokumentům patří Standardní pravidla OSN pro **vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením**, schválené Valným shromážděním OSN koncem roku 1993. Jedná se o důležitý dokument, který slouží zdravotně postiženým a jejich organizacím. Účelem těchto pravidel je zajistit všem osobám se zdravotním postižením a členům jejich rodin stejná práva a povinnosti, jaká mají jejich zdraví spoluobčané. Nemají platnost mezinárodního práva, ale pro státy světového společenství jsou morálním a politickým závazkem. Budou-li delší dobu přijímána a aplikována větším počtem zemí, mohou se stát normou mezinárodního práva obyčejového. Dokument má celkem 22 Pravidel, vzdělávání zdravotně postižených je věnováno Pravidlo 6.:

„Státy by měly uznat zásadu zajištění stejných příležitostí základního, středního a vysokoškolského vzdělání pro děti, mládež a dospělé se zdravotním postižením v integrovaném prostředí. Měly by zajistit, aby vzdělávání osob se zdravotním postižením bylo integrální součástí vzdělávacího systému.“ (Michalík, 1993, s. 77)

Od počátku 90. let docházelo k postupné proměně vztahu státu a skupiny občanů se zdravotní postižením. Potvrzením snahy o nový přístup k řešení jejich problémů byl vznik **Vládního výboru pro zdravotně postižené** občany. Tento orgán spolu s úsilím organizací zdravotně postižených přispěly k tomu, že v průběhu 90. let minulého století byly postupně přijaty tři „národní plány“, které znamenaly přínos pro zlepšení přístupu státu k občanům se zdravotním postižením. Jednalo se o následující plány (Michalík, 2005, s. 215):

1. Národní plán pomoci zdravotně postiženým občanům.
2. Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků zdravotního postižení.
3. Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením.

Úsilí o respektování ustanovení Standardních pravidel OSN v ČR vyjadřuje Národní plán vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením (usnesení vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998). Nejedná se o normativně právní akt, ale o usnesení vlády.

Právní normou, upravující základní vztahy ve školství, je **zákon ČNR č. 564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství** ve znění novel. Zákon stanoví základní práva a povinnosti ministerstva školství, krajského úřadu, obce, ředitele školy. V oblasti integrace dětí s postižením zakotvuje několik oprávnění a povinností pro zainteresované subjekty. Za klíčové je možné považovat § 3 potvrzující, že ředitel školy rozhoduje „o zařazení dětí do

speciálních mateřských škol a speciálních základních škol, základních škol, zvláštních škol a školských zařízení jim sloužících a do pomocných škol“.

Zákon dále stanovuje v § 8 povinnost školskému úřadu přidělit finanční prostředky „na nezbytné zvýšení nákladů spojených s výukou dětí zdravotně postižených“. Finanční prostředky obdrží školský úřad od Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy.

Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy k zajištění procesu integrace dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol vydává směrnici k **integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení** č.j.: 13 710/2001-24 ze dne 6.6.2002. Směrnice vymezuje **základní pojmy a ekonomické zabezpečení**.

Legislativní zakotvení změn vedoucích k rovnému přístupu ke vzdělání všech osob bez rozdílu a bez ohledu na stupeň jejich zdravotního postižení či sociálního znevýhodnění přinesl v současnosti platný **zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)**. Tento zákon posiluje tendenci k individuální integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. Pro tyto žáky mohou být upraveny vzdělávací programy podle jejich potřeb. Dle právní úpravy zákona je také možnost zřízení funkce asistenta pedagoga. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami je zahrnuto v § 16 uvedeného zákona. Za dítě, žáka či studenta se speciálními vzdělávacími potřebami je ve smyslu tohoto zákona považována „osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním“. Zákon se také v § 18 věnuje institutu individuálního vzdělávacího plánu, podrobněji pak *vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných*.

Tato vyhláška se problematice integrovaného vzdělávání věnuje velmi podrobně. Je třeba zdůraznit ustanovení § 3 odstavce 4, ve kterém se říká: „**Žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole**, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy“. Vyhláška stanoví i formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE PŘEDŠKOLNÍHO VĚKU:

Integraci zdravotně postižených dětí do mateřských škol upravuje *Zákon ČNR č. 390/1991 Sb., o předškolních a školských zařízeních*, který stanoví podmínky pro integrované vzdělávání zdravotně postižených dětí, a kde se říká, že škola musí, zajistit takové podmínky, aby **integrované dítě mohlo být řádně a kvalitně vzděláváno**.

Předškolní vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami upravuje *vyhláška MŠMT č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání*. Vyhláška stanovuje v § 2 **počty dětí ve třídách**: „Třída, ve které jsou zařazeny děti se zdravotním postižením má nejméně 12 dětí a naplňuje se do počtu 19 dětí.“

Podle § 4 *vyhlášky MŠMT ČR č. 35/1992 Sb. o mateřských školách* se **do třídy mateřské školy mohou zařazovat zdravotně postižené děti**. Postiženým dětem zajišťuje mateřská škola odbornou individuální péči, rozvíjí jejich soběstačnost, společenskou integraci a podporuje osobnostní rozvoj. Vedle individuální integrace je možno v mateřské škole **zřizovat i speciální třídy pro děti s postižením**. Podle § 9 se může do výchovné práce mateřských škol začlenit individuální specializovaná péče, například logopedická.

LEGISLATIVA TÝKAJÍCÍ SE OBDOBÍ ŠKOLNÍHO VĚKU:

Individuálně integrovaný žák s mentálním postižením je v základní škole vzděláván na základě *Směrnice k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení č.j. 13 710/2001-24* ze dne 6.6.2002.

V obecně závazných právních normách se o integraci dětí s postižením hovoří i ve *vyhlášce MŠMT ČR č. 291/1991 Sb. o základní škole*, která poprvé **potvrdila možnost** (nikoliv povinnost) **přijmout do běžné školy dítě se zdravotním postižením**. Podle znění § 5 „může ředitel školy zřizovat speciální třídy pro: sluchově postižené žáky, zrakově postižené žáky, tělesně postižené žáky, mentálně postižené žáky a pro žáky s vadami řeči.“

Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v základní škole se řídí *vyhláškou č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky*.

V minulosti velmi málo občanů se zdravotním postižením navštěvovalo střední školy. Současná *vyhláška MŠMT č. 354/1991 Sb. o středních školách* hovoří o žácích se zdravotním postižením. Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na střední škole se dále řídí *vyhláškou č. 13/2005 Sb., o středním vzdělávání a vzdělávání v konzervatoři*.

5. NÁZORY PEDAGOGICKÝCH A NEPEDAGOGICKÝCH PROFESÍ NA INTEGRATIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DS

5.1. CÍL PRÁCE, HYPOTÉZY A METODY ŠETŘENÍ

Cíl průzkumu:

V průzkumné části mé diplomové práce jsem se věnovala zjištění názorů na integrativní vzdělávání dětí s DS v systému školství ČR. V ústředí našeho zájmu bylo především zjištění, jakým způsobem lidé nahlíží na děti s tímto postižením a na možnosti, které jim současná společnost, stavějící své hodnoty především na zvyšující se edukovanosti, je schopna nabídnout.

Cílem tohoto průzkumu bylo zjištění subjektivních názorů populace v pohledu na integrativní vzdělávání u dětí s Downovým syndromem, které se řadí do stupně lehké až středně těžké mentální retardace.

Zároveň bylo záměrem zjistit, existují-li rozdíly v názorech zástupců pedagogických versus nepedagogických profesí, resp. zda-li jsou odlišnosti v názorech respondentů vzhledem k jejich věku, pohlaví, místu bydliště apod.

Hypotézy:

1. Skupina žen hodnotí integrativní formu vzdělávání dětí s Downovým syndromem častěji pozitivně, než muži.
2. Respondenti častěji přijímají integraci dětí s Downovým syndromem na prvním stupni, než na druhém stupni základní školy.
3. Největší omezení, pro bezproblémovou integraci dítěte s Downovým syndromem, vidí respondenti v nedostatku zkušeností pedagogů.
4. Nejsilnějším pocitem, který vyvolává přítomnost dítěte s DS ve třídě běžných žáků ZŠ, je soucit.
5. Přítomnost dítěte s DS ve společné třídě ZŠ s žákem – dítětem respondenta není vnímána jako negativní.
6. V případě, že respondentovo dítě by bylo postiženo DS, bude jako rodič upřednostňovat jeho vzdělávání ve speciální škole.

Metody průzkumu:

Anonymní nestandardizovaný dotazník (viz. příloha č. 1).

Pro účel průzkumného šetření jsme vytvořili vlastní nestandardizovaný dotazník. Dotazník byl anonymní a byl prezentován respondentům individuálně. Dotazník byl sestaven z celkem 15 otázek, z nichž prvních sedm jsou otázky zjišťovací, týkající se zařazení respondentů do určité skupiny (pohlaví, věk, rodinné zázemí, vzdělání atd.), ve zbývajících osmi otázkách respondenti hodnotili svůj subjektivní pohled na integrativní formu vzdělání dětí s DS.

Formuláře dotazníků i s průvodním slovem byly zasílány v tištěné podobě nebo formou emailu a po jejich vyplnění vráceny zpět ke statistickému vyhodnocení. Výsledky všech dotazníků byly poté kvantifikovány a statisticky zhodnoceny.

5.2. CHARAKTERISTIKA SOUBORU RESPONDENTŮ

Při výběru respondentů v realizovaném průzkumu jsme předem nedefinovali přesná kritéria. Šlo o to, zhodnotit názory dotazovaného souboru, jako celku. Při oslovení respondentů jsem se v první řadě obrátila na osoby z mého okolí, známé, rodinné příslušníky, zároveň, vzhledem k tématu mé diplomové práce bylo důležité získat i odpovědi od většího souboru pedagogických pracovníků. Proto jsem se osobně obrátila na pracovníky vzdělávacích institucí z oblastí mateřských a základních škol, převážně v Šumperku a Brně. Formou emailu jsem dále oslovila společnosti, sdružení a rodičovské skupiny, podporující rodiny s dětmi s Downovým syndromem v České republice: Centrum Downova syndromu - Brno, Úsměvy - Brno, Ovečka – České Budějovice, SPMP – Jablonec nad Nisou, Mandlové oči – Kopřivnice, Čtyřlístek – Ostrava, Okénko – Pardubice, Klub rodičů a přátel dětí s DS – Praha, SPMP – Ústí nad Labem.

Jednotlivé skupiny jsou rozděleny podle pohlaví, věku, povolání, s přihlédnutím na skutečnost, zda se v jejich blízkosti vyskytuje dítě s Downovým syndromem či je jejich rodinným příslušníkem. Dále byla sledována tato kritéria: místo bydliště, vzdělání a rodinné zázemí. Důležitým kritériem byla také profese respondentů, přesněji jejich příslušnost / nepříslušnost k zaměstnání ve školství.

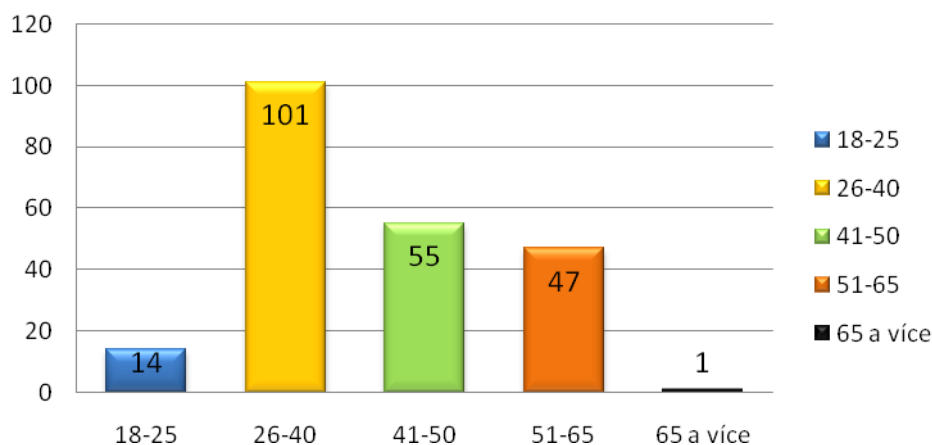
Realizace průzkumu probíhala v období září 2009 – leden 2010.

Počet respondentů v souboru je 218 celkem.

1. **Pohlaví.** Dotazování se účastnilo 187 žen (86 %) a 31 mužů (14 %).

2. **Věkové rozložení.** Rozděleno do pěti skupin.

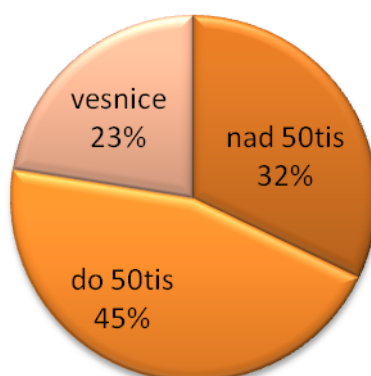
2. Věk - četnost (n=218)



Nejsilněji zastoupenou skupinou byli lidé ve věku 26-40 let (46%), naopak ve skupině seniorů byl pouze jeden respondent. Všeobecně můžeme konstatovat, že průzkumu se z 93% zúčastnily osoby v produktivním věku.

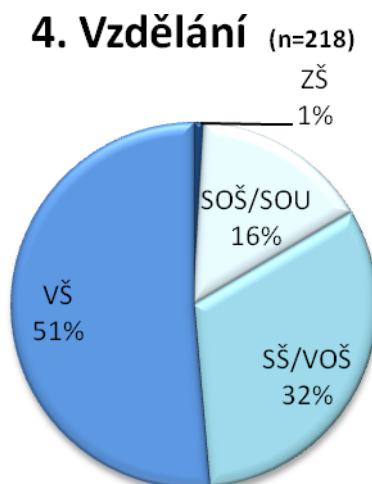
3. **Místo bydliště.** Dle počtu obyvatel v místě bydliště respondenta.

3. Místo bydliště (n=218)



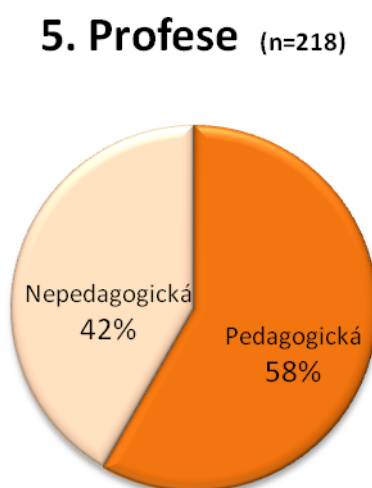
Nejvíce respondentů pochází z měst do 50 tisíc obyvatel (45%).

4. **Vzdělání.** Rozděleno do čtyř skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání respondenta.



Nejsilněji zastoupenou skupinou v průzkumu jsou vysokoškoláci (51%).

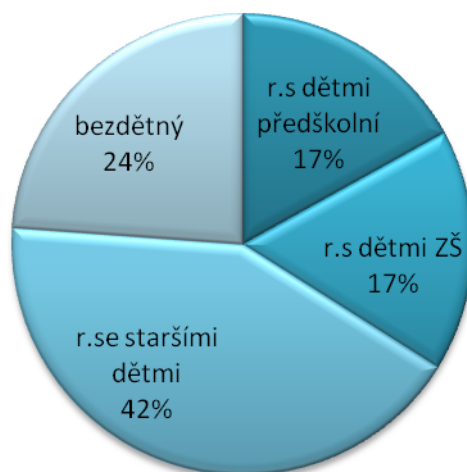
5. **Profese.** Zde bylo zásadní rozdělit profesní působnost dotazovaných osob především s ohledem na to, jsou-li zaměstnanci v oboru pedagogiky či nikoliv. Podrobnější pracovní zařazení pedagogických i nepedagogických profesí nebylo zkoumáno.



Většina respondentů (58%) potvrdila svoji profesi ve školství.

6. **Rodinné zázemí.** Zde jsme žádali respondenty o sdělení svého rodinného stavu, přesněji řečeno, zdali jsou bezdětní, nebo v jakém věku jejich děti jsou.

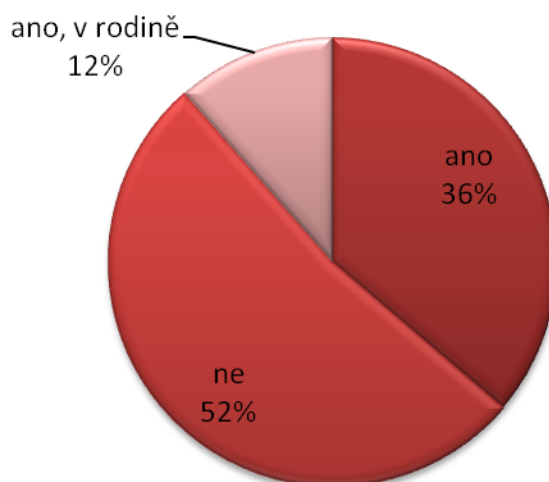
6. Rodinné zázemí (n=218)



Vzhledem k věku respondentů se ve sledované skupině nejčastěji vyskytovali rodiče se staršími dětmi (42%), stejně významně byli zastoupeni rodiče dětí předškolního věku a dětí navštěvujících ZŠ. Téměř čtvrtina dotazovaných dětí nemají.

7. **Přítomnost blízké osoby s DS.** V této otázce byly tři předdefinované možnosti s ohledem na přítomnost či nepřítomnost osoby s DS v respondentově okolí, či přímo v rodině.

7. Přítomnost dítěte s DS (n=218)



Smyslem této otázky bylo charakterizovat sociální vztah respondenta k lidem s Downovým syndromem, ať už jako k osobě blízké nebo přímo jako k rodinnému příslušníku. Zde musíme poznamenat, že jsme velice rádi za vstřícné a upřímné reakce respondentů, kteří mají DS přímo v rodině (12%). Při jejich oslovení jsme se obrátila i na organizace a sdružení věnujících se problematice DS. Především tito respondenti pak reagovali nejen vyplněním dotazníku, ale i např. průvodními dopisy, kde problematiku integrativního vzdělávání dětí s DS odhalují přímo ze svého pohledu a svých zkušeností (viz. příloha č.2).

Při spojení všech sedmi kritérií, můžeme konstatovat, že většinou skupinu ve sledovaném souboru tvoří ženy v produktivním věku, VŠ, matky starších dětí, žijící ve středně velkých městech, pracující ve školství, které nemají ve svém blízkém okolí osobu s Downovým syndromem.

5.3. ANALÝZA VÝSLEDKŮ, DISKUSE

V průzkumné části předkládané diplomové práce jsme se nezabývali pouze hodnocením souhrnných údajů v celé sledované skupině respondentů, ale navíc kvantifikací odpovědí v jednotlivých podskupinách vyplývajících z otázek 1–7. Pro úplnost uvádíme vždy vyhodnocení a kvantifikaci výsledků celé sledované skupiny. Markantní a zajímavé rozdíly vyplývající z rozdělení na jednotlivé podskupiny jsou uvedeny jako doprovodné výsledky k daným otázkám.

V otázkách číslo 8., 9. a 10. jsme zjišťovali, zda dotazovaní hodnotí začlenění dětí s Downovým syndromem do kolektivu zdravých dětí pozitivně nebo negativně s přihlédnutím k tomu, pro kterou skupinu/skupiny je tato forma podle názorů respondentů prospěšná či nikoliv. Přesná definice otázek a možností odpovědí (viz. příloha č. 1). Otázky 8., 9. a 10. byly položeny jako identické s rozdílem vztahujícím se k věku a stupni vzdělání – mateřská škola, první resp. druhý stupeň ZŠ.

V otázce 11. byla možnost více odpovědí. Zde byli respondenti dotazováni, jaká jsou podle nich největší omezení pro bezproblémovou integraci dětí s DS. Zde jsme záměrně předdefinovali možné odpovědi a umožnili respondentům také odpověď volnou. Při přípravě možností odpovědí jsme vycházeli z vlastních zkušeností s nedostatky, na které jsme naráželi při vzdělávání mé neteře s DS.

Otázka 12. byla volena jako vyjádření míry pocitu – na stupnici od 0-5. Opět, jako v předchozí otázce jsme při její definici vycházeli ze svých zkušeností.

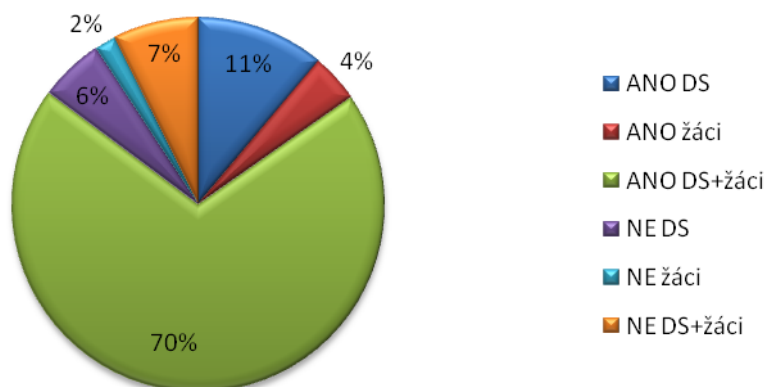
V otázkách 13. a 14. jsme se snažili zjistit přímý postoj dotazovaných k integrativnímu vzdělávání - ne pouze jako osoby „pozorovatele“, ale jako přímého účastníka – vztaheno k účasti respondentova dítěte. Účelem otázky 13. bylo zjištění, jak nahlíží na přítomnost cizího dítěte s DS ve třídě společně s jeho zdravým potomkem, naopak otázka 14. měla uvést respondenta do role rodiče dítěte s DS a nechat ho rozhodnout, v jakém typu školy by „své postižené“ dítě nechal vzdělávat raději.

Otázka 15. slouží jako dokreslující a z jejích výsledků by bylo možno odečíst, jak naše společnost přistupuje k podpoře potřebných.

Vzhledem k anonymitě dotazníků je možno všechny odpovědi považovat za relevantní, jak již poznamenáváme v metodice průzkumu, bylo z našeho pohledu klíčové respondenty neovlivňovat osobní přítomností a tím, byť nechtěně, zvýšit riziko zkreslování jejich odpovědí.

8. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí běžné mateřské školy?

8. MATEŘSKÁ ŠKOLA (n=218)

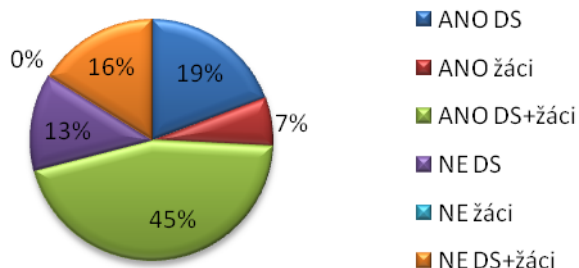


Z výsledků v celé sledované skupině 218 respondentů vyplývá, že v součtu 85 % hodnotí začlenění dítěte s DS do běžné třídy mateřské školy pozitivně, tedy prospěšné jak pro děti s DS tak pro zdravé žáky. Naproti tomu 15 % hodnotí negativně.

Zajímavé srovnání názorů na integraci žáků s DS do tříd běžné MŠ přineslo rozdělení celé sledované skupiny na muže a ženy – viz následující grafy.

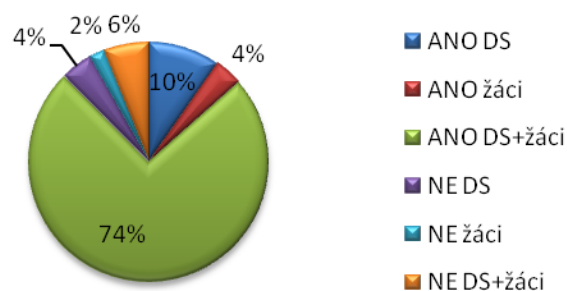
8. MATEŘSKÁ ŠKOLA - muži

(n=31)



8. MATEŘSKÁ ŠKOLA - ženy

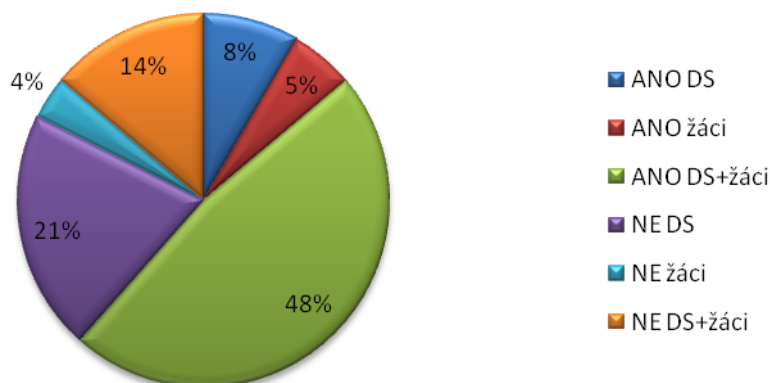
(n=187)



Z tohoto porovnání vyplývá, že ženy přistupují k integraci v MŠ markantně otevřeněji a pozitivněji (88%), než muži (71%). Zároveň ženy hodnotí integrativní přístup většinou jako prospěšný pro obě skupiny dětí (74%). Ve skupině mužů jsme zaznamenali vyšší procento negativních reakcí.

9. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí prvního stupně běžné základní školy?

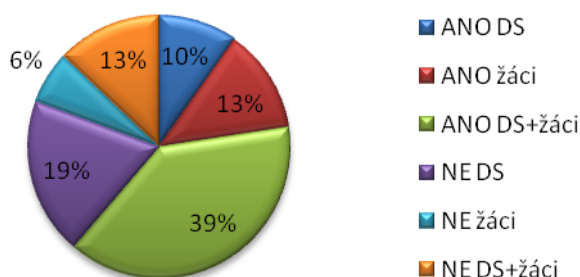
9. ZŠ 1.stupeň (n=218)



Z vyhodnocení výsledků deváté otázky, týkající se integrace dětí s DS do třídy 1.stupně běžné základní školy vyplývá, že souhrnně 61% respondentů hodnotí jako přínosné, tedy pozitivně pro obě strany. Vnímáme zde však posun oproti předchozí otázce – týkající se MŠ – přesněji úbytek o -24%. Naopak vzrůstá negativní hodnocení, nejvíce v podskupině „negativní pro DS“ (21% oproti 6% MŠ).

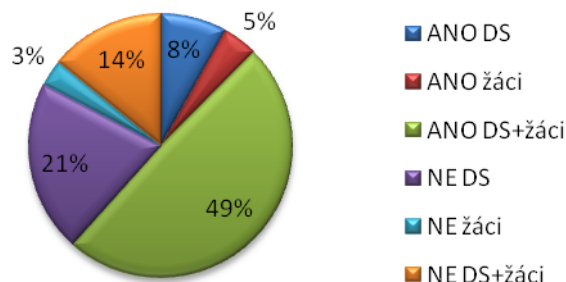
9. ZŠ 1.stupeň - muži

(n=31)



9. ZŠ 1.stupeň - ženy

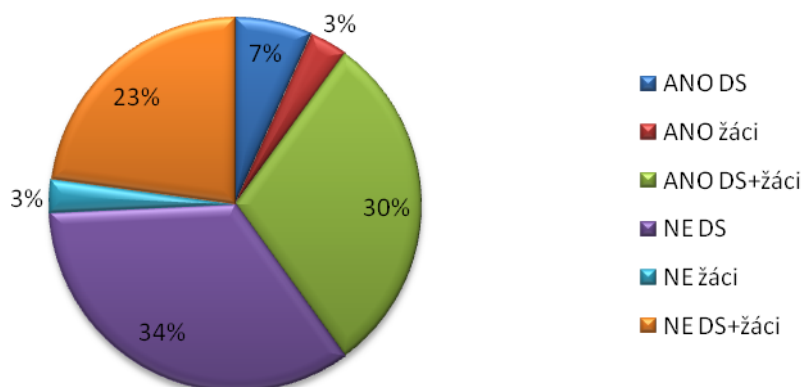
(n=187)



Z výsledků rozklíčovaných na skupiny mužů a žen opět můžeme odečíst rozdíl v názoru na tuto otázku. Ženy opět hodnotí integraci na 1.stupni ZŠ pozitivněji než muži, přičemž muži se více soustředí na prospěch/neprospěch pro zdravé žáky – v pozitivním hodnocení 13% (vs 5% ženy), v negativním 6% (vs 3% ženy).

10. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí druhého stupně běžné základní školy?

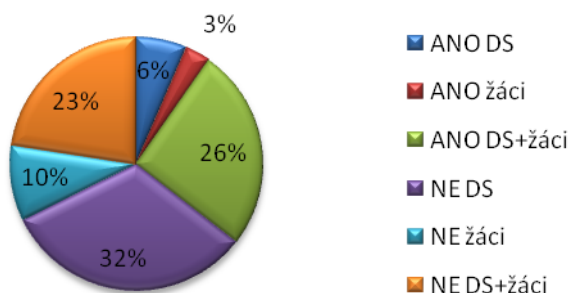
9. ZŠ 2.stupeň (n=218)



Z výsledků desáté otázky můžeme konstatovat, že v názorech respondentů převládá negativní hodnocení – souhrnně 60%, nejvíce je zastoupen názor, že integrace dětí s DS na druhém stupni je vnímána jako přítěž pro děti s DS (34%) a zároveň jako přítěž pro obě skupiny (23%). Jako pozitivní pro obě skupiny hodnotí integrativní přístup přibližně třetina respondentů.

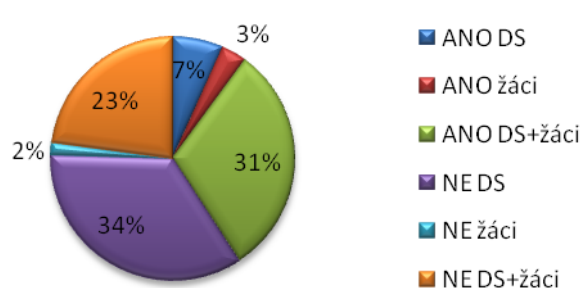
10. ZŠ 2.stupeň - muži

(n=31)



10. ZŠ 2.stupeň - ženy

(n=187)



Rozdíly v názorech mužů a žen, patrné v předchozích odpovědích na otázky 8. a 9., jsou při hodnocení integrace žáků s DS na druhém stupni ZŠ minimální. Prevládá negativní hodnocení, ve skupině mužů je navíc vidět vyšší procento negativního náhledu směrem ke zdravým žákům (10%).

Vyhodnocení hypotézy č. 1:

Hypotéza se potvrdila. Skupina žen hodnotí integrativní formu vzdělávání dětí s Downovým syndromem častěji pozitivně, než muži.

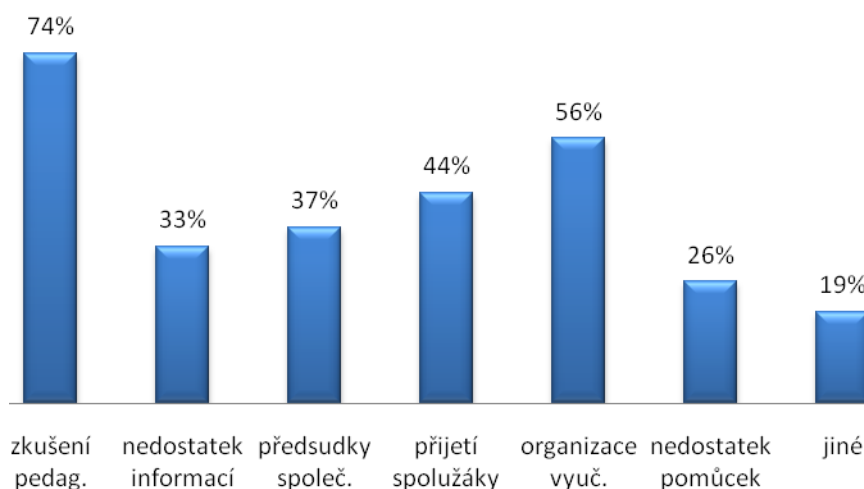
Vyhodnocení hypotézy č. 2:

Hypotéza se potvrdila. Respondenti častěji přijímají integraci dětí s Downovým syndromem na prvním stupni, než na druhém stupni základní školy.

11. Jaká jsou podle Vás největší omezení pro bezproblémovou integraci dítěte s Downovým syndromem do běžné základní školy?

V této otázce byla možnost odpovědět na více předdefinovaných voleb plus možnost volné odpovědi. V přípravě možných odpovědí jsme vycházeli ze zkušeností a úskalí, které nejčastěji kladly překážky v bezproblémové integraci mé neteře Salissy, postiženou DS.

11. Omezení pro integraci (n=218)

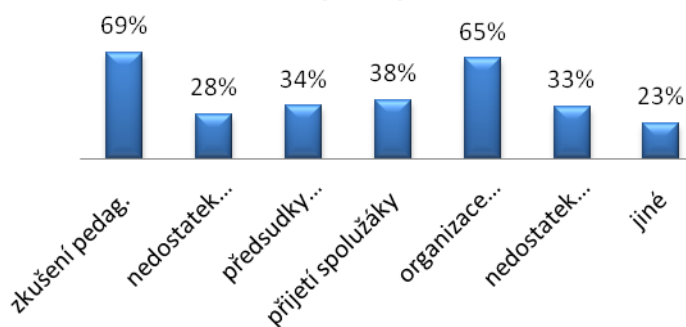


Největší omezení pro bezproblémovou integraci dětí s DS vidí 74% všech respondentů v nedostatku zkušeností pedagogů. Druhým největším úskalím je organizace vyučování (56%). Ve volné odpovědi se nejvíce vyskytovala podmínka asistenta pedagoga, volnou odpověď využívali především respondenti, kteří mají dítě s DS v rodině. Příklad volné odpovědi uvádíme v příloze č. 2 (respondentka udělila písemný souhlas s jejím uvedením).

Z pohledu tématu naší diplomové práce bylo v této otázce zajímavé sledovat, jak hodnotí omezení pro bezproblémovou integraci dětí s DS skupiny respondentů rozdělených dle profesí – pedagogické versus nepedagogické.

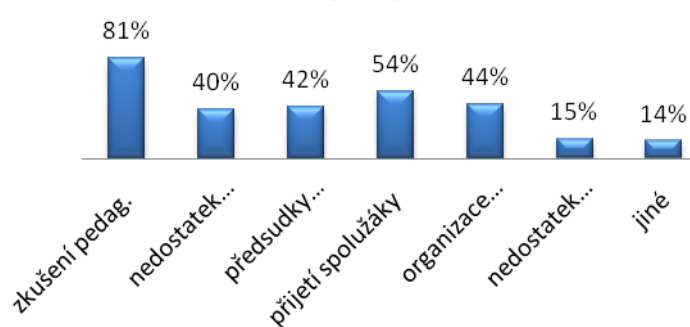
11. Omezení - pedagogové

(n=127)



11. Omezení - nepedagogové

(n=91)



Z uvedeného srovnání vyplývá, že pedagogové vnímají jako největší úskalí nedostatek zkušených pedagogů (69%), ve skupině respondentů nepedagogických profesí je to však až 81%. Na dalším místě vnímají pedagogové úskalí v organizaci vyučování (65%), což je dle našeho soudu ovlivněno jejich osobními zkušenostmi. Ve skupině nepedagogů lidé akcentují úskalí v přijetí dítěte s DS zdravými spolužáky (54%), naopak pouze z poloviny v porovnání s pedagogy vnímají nedostatek vyučovacích pomůcek.

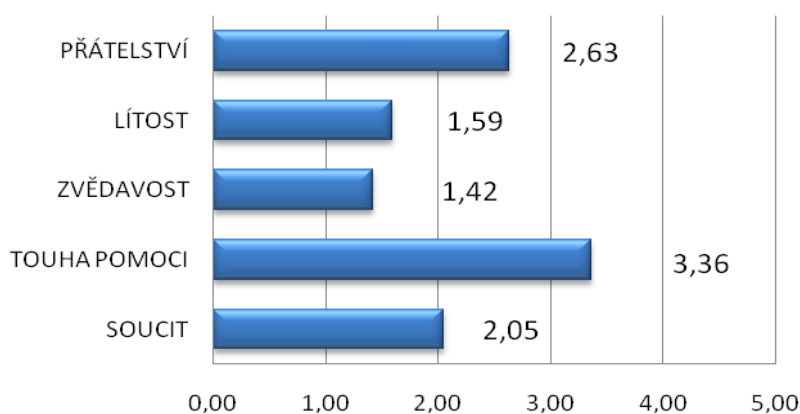
Vyhodnocení hypotézy č. 3:

Hypotéza se potvrdila. Největší omezení, pro bezproblémovou integraci dítěte s Downovým syndromem, vidí respondenti v nedostatku zkušeností pedagogů.

12. Jaký pocit ve Vás vyvolává přítomnost dítěte s Downovým syndromem ve třídě se zdravými dětmi běžné ZŠ?

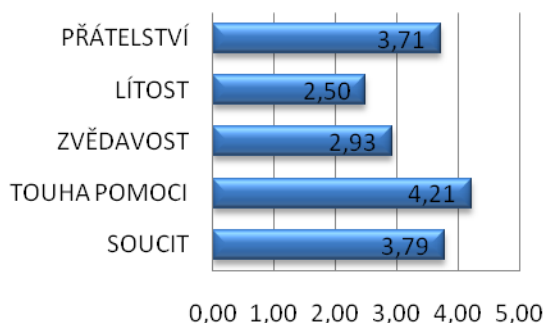
V této otázce měli respondenti předdefinované odpovědi s možností vyjádření svého pocitu na stupnici od 0 do 5 (nula znamenala „nemám názor“, 1 – nízká intenzita pocitu, 5 – maximální intenzita pocitu). V následujícím grafu je zobrazeno průměrné hodnocení pocitů všemi respondenty.

12. Pocit z přítomnosti DS (n=218)

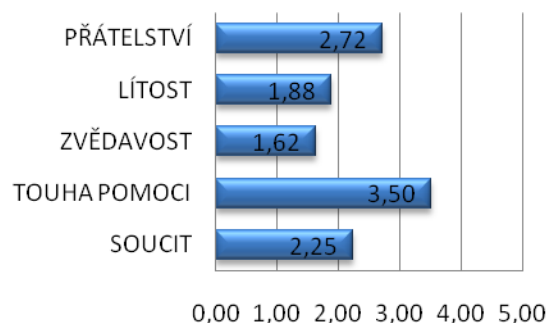


Přítomnost dítěte s DS ve třídě běžné základní školy nejčastěji vyvolává u respondentů touhu pomoci (3,36) a pocit přátelství (2,63). Tato data vyznívají velmi optimisticky a vyjadřují otevřenost populace k přítomnosti postižených dětí v kolektivu zdravých žáků ZŠ.

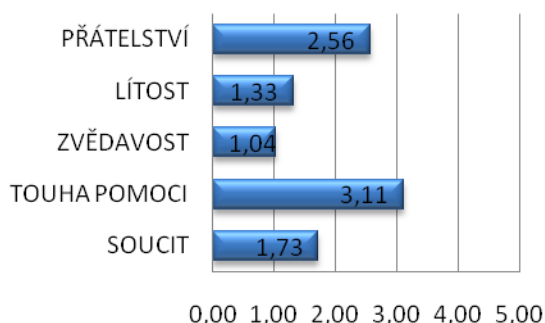
12. Pocity - skupina 18-25let (n=14)



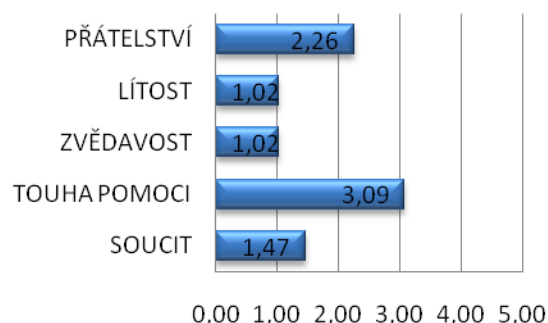
12. Pocity - skupina 26-40let (n=101)



12. Pocity - skupina 41-50let (n=55)



12. Pocity - skupina 51-65let (n=47)



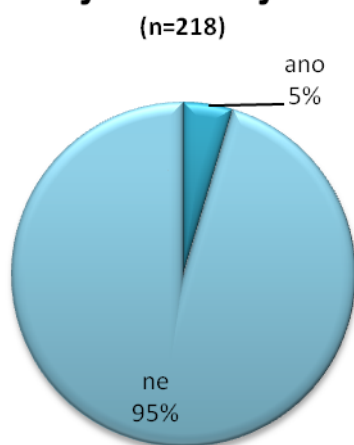
V této otázce bylo zajímavé sledovat, jak se intenzita pocitů liší ve vztahu k věkové skupině respondentů. Zatímco ve skupině 18-25let byly všechny pocity vyjádřeny v průměru silnou intenzitou, naopak u dotazovaných ve skupině 51-65let byly intenzity nejnižší. Navíc, u mladších věkových skupin byly v porovnání se staršími silně vyjádřeny pocity zvědavosti a soucitu.

Vyhodnocení hypotézy č. 4:

Hypotéza se nepotvrdila. Nejsilnějším pocitem, který v respondentech vyvolává přítomnost dítěte s DS ve třídě běžných žáků ZŠ, je touha pomoci.

13. Vadilo by Vám, kdyby dítě s Downovým syndromem chodilo do stejné třídy jako Vaše dítě?

13. DS ve stejné třídě jako Vaše dítě



Při vyhodnocení odpovědí na tuto otázku můžeme opět velmi optimisticky konstatovat otevřenost a přístupnost české populace k integrativnímu vzdělávání žáků s DS. Vzhledem k počtu respondentů, kteří mají vlastní děti (76%), můžeme celkový výsledek hodnotit jako vysoce relevantní – tedy vyplývající ze zkušeností respondentů jako rodičů.

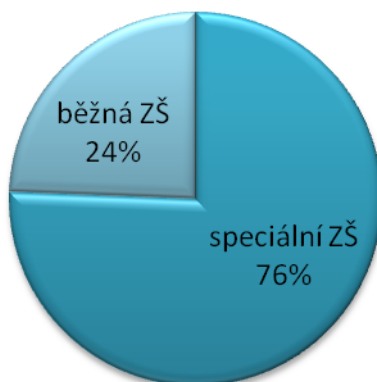
Vyhodnocení hypotézy č. 5:

Hypotéza se potvrdila.

Přítomnost dítěte s DS ve společné třídě ZŠ s žákem – dítětem respondenta není vnímána jako negativní, naopak, 95% respondentům přítomnost žáka s DS ve stejné třídě nevadí.

14. Pokud by Vaše dítě mělo Downův syndrom, jakou formu vzdělávání na základní škole byste pro něj volili?

14. Jakou formu vzdělání pro DS (n=218)



Z vyhodnocení otázky č. 14 je zřejmé, že pouze necelá čtvrtina dotazovaných by volila pro své dítě, pokud by mělo DS, docházku do běžné základní školy. Podle našeho názoru to svědčí o nízké informovanosti české veřejnosti o možnosti a přínosech integrativního vzdělávání pro mentálně postižené děti. Zároveň můžeme usuzovat, že tento postoj souvisí s potřebou ochránit své dítě před možnými negativními vlivy kolektivu zdravých dětí, navíc je možné odvodit (i s přihlédnutím k výsledkům v otázce č. 11), že česká populace vnímá nejruznější omezení pro bezproblémovou integraci dětí s DS na běžné ZŠ a spíše upřednostňuje vzdělávání na školách speciálních.

Vyhodnocení hypotézy č. 6:

Hypotéza se potvrdila.

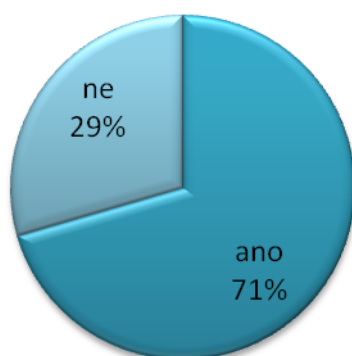
V případě, že respondentovo dítě by bylo postiženo DS, bude jako rodič upřednostňovat jeho vzdělávání ve speciální škole.

15. Přispíváte finančně lidem se zdravotním postižením?

Tato otázka byla položena respondentům spíše jako doplňující a měla za cíl dokreslit obraz o české populaci a vnímání zdravotně postižených jako osob, které jsou běžnou součástí moderní a vyspělé společnosti.

15. Přispíváte zdravotně postiženým

(n=218)



Z uvedeného grafu můžeme odvodit, že téměř tři čtvrtiny dotazovaných přispívají lidem se zdravotním postižením.

5.4. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ

Na začátku šetření bylo stanoveno celkem 6 hypotéz, na základě kterých jsme připravili otázky pro jejich verifikaci. Z otázek byl poté sestaven anonymní dotazník, který obsahuje celkem 15 otázek. Dotazník byl distribuován respondentům buď dopisem nebo v elektronické podobě a po jeho vyplnění zaslán zpět k vyhodnocení. Dotazník vyplnilo celkem 218 respondentů. Výsledky byly zaznamenány, kvantifikovány a poté vyhodnoceny. Z výsledků jsme sestavili grafické znázornění a pro každou otázku jsme připojili svůj hodnotící komentář. Vzhledem k relativně rozsáhlému sledovanému souboru respondentů bylo možno vyhodnotit i data vyplývající z hodnocení jednotlivými podskupinami, což umožnilo rozšířit tento průzkum o zajímavá srovnání.

Pro souhrnné shrnutí uvádíme přehled hypotéz a výsledků:

Hypotéza č. 1.:

Skupina žen hodnotí integrativní formu vzdělávání dětí s Downovým syndromem častěji pozitivně, než muži.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů potvrdila.

Hypotéza č. 2.:

Respondenti častěji přijímají integraci dětí s Downovým syndromem na prvním stupni, než na druhém stupni základní školy.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů potvrdila.

Hypotéza č. 3.:

Největší omezení, pro bezproblémovou integraci dítěte s Downovým syndromem, vidí respondenti v nedostatku zkušeností pedagogů.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů potvrdila.

Hypotéza č. 4.:

Nejsilnějším pocitem, který vyvolává přítomnost dítěte s DS ve třídě běžných žáků ZŠ, je soucit.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů nepotvrdila.

Hypotéza č. 5.:

Přítomnost dítěte s DS ve společné třídě ZŠ s žákem – dítětem respondenta není vnímána jako negativní.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů potvrdila.

Hypotéza č. 6.:

V případě, že respondentovo dítě by bylo postiženo DS, bude jako rodič upřednostňovat jeho vzdělávání ve speciální škole.

Hypotéza se pro náš vzorek respondentů potvrdila.

Z výsledků šetření můžeme odvozovat, že česká společnost je příznivě nakloněna integrativní formě vzdělávání dětí s DS, především pro děti navštěvující mateřské školy a první stupeň základních škol. Dále můžeme konstatovat, že otevřenější přístup jsme zaznamenali ve skupině žen. Za největší úskalí bezproblémové integrace je považován nedostatek zkušených pedagogů, přímo ve skupině pedagogů byl na druhém místě akcentován problém s organizací vyučování. Je nasnadě, že při vysokých počtech žáků ve třídách, pedagogové vnímají integrativní vzdělávání jako další komplikaci už v tak nelehké profesionální situaci, ve které se dnešní školství ocitá.

Na druhou stranu však průzkum potvrdil, že námi oslovený vzorek respondentů je již natolik vyžralý a přístupný ke vzdělávání mentálně postižených dětí společně s dětmi zdravými, což dokládají výsledky otázky č. 13. a 14. Zde můžeme konstatovat, že námi oslovený vzorek respondentů vnímá přítomnost zdravotně postižených v kolektivu zdravých jako zcela běžnou.

Zároveň však průzkum ukázal, že pokud by dítě s Downovým syndromem bylo jejich vlastním dítětem, pak by upřednostňovali jeho vzdělávání ve speciální škole. Můžeme tedy odvodit, že pokud by integrativní formu vzdělávání pro mentálně postižené měly zcela standardně ve svých programech a osnovách běžné základní školy a zároveň by se těmto školám dostávalo patřičné podpory ze strany státu, zřizovatelů a dalších spojených institucí, rodiče by tuto formu vzdělávání pro své děti žádali častěji.

Dalším důležitým bodem, který průzkum ukázal, je především náklonnost naší společnosti k pomoci potřebným. Ukazují na to zejména odpovědi na otázky č. 12. a 15., kde jsme s radostí shledali, že převládajícím pocitem, který vyvolává přítomnost dítěte s DS v kolektivu zdravých žáků je touha pomoci a přátelství. Podle našeho názoru je toto velmi dobrým signálem o pozitivní proměně společnosti, která nastala po dobách, kdy byli mentálně postižení lidé vytěsňováni a segregováni na okraj společnosti.

ZÁVĚR

Je nesporné, že lidé s Downovým syndromem se rodili od nepaměti, rodí se dnes a budou se i přes veškerý pokrok v prenatalní diagnostice rodit i nadále. Považuji proto za nezbytné, aby je naše společnost začala přijímat bez předsudků a pomáhala jim v jejich všestranném rozvoji.

O Downově syndromu, coby diagnóze, v dnešní době víme takřka vše. Víme jaký je její genetický základ, víme, jakou část naší populace postihuje, víme, jaké jsou přidružené zdravotní komplikace a umíme je z valné části medicínsky léčit. Víme také, jaké jsou základní fyzické potřeby osob postižených Downovým syndromem – jsou prakticky stejné, jako nás „zdravých“ lidí. Co se týče poznání psychických potřeb lidí postižených DS, můžeme také konstatovat, že díky vědeckým výzkumům provedených v poslední době a především díky skutečnému lidskému přístupu zapálených výzkumníků, máme již dnes dostatek informací a poznatků, abychom, pokud budeme chtít, mohli do vnitřního světa dětí s DS nahlédnout a být mu v něm oporou. Vzhledem ke ztížené komunikativnosti a snížené schopnosti sdělovat svoje psychické potřeby dětmi s DS, je často vzhled do jejich individuálních světů obtížnější, resp. vyžaduje delší čas, trpělivost, vstřícnost a především lásku nás ostatních. Můžeme však jednoduše odvodit, že psychické potřeby dětí s DS se nebudou až tak lišit od potřeb běžných dětí. S jistotou můžeme říci, že stejně jako děti zdravé, potřebují především lásku, pocit bezpečí, oporu nejbližších osob, rodinné sounáležitosti, ale také jako každý člověk touhu být úspěšný, oblíbený a mít přátele. Co však nesmíme opomíjet, je potřeba učit se nové věci – tedy vzdělávat se. Vždyť tato základní potřeba nás coby lidský druh odlišuje od druhů zvířecích.

Jako příklad, že i děti s DS jsou vzdělavatelné, uvádím diplomovanou pečovatelku, Peetjie Engels, Holandsko, která získala v březnu 2002 závěrečnými zkouškami diplom absolventky postgraduálního studia. Závěrečné zkoušky dělala za stejných podmínek jako ostatní spolužáci, neměla žádné úlevy studentky s Downovým syndromem. Dosáhla vynikajících známek bez opravných termínů. Na základě diplomu je oprávněna pracovat jako asistentka v odpovídajících zařízeních. (PLUS 21, číslo 1/2002, s. 12)

Integrace je přínosem pro jedince se zdravotním postižením především v oblasti podpory jejich sebevědomí, přináší jim lepší podněty k učení. Integrace nepředstavuje pouze řešení ve prospěch zdravotně postižených. Zdravým dětem přinese integrace spolužáka se

zdravotním postižením především to, že si uvědomí, že do společnosti patří i lidé s handicapem. Naučí se, že tito lidé mohou na něco reagovat jinak, že někdy potřebují pomoc. Ovlivní to i jejich hodnotový systém, možná si začnou vážit toho, že mohou běhat, číst, mluvit, dívat se na obrázky, kreslit... Navíc, když jsou děti malé, tak berou všechny odlišnosti jako samozřejmost, jako něco přirozeného.

Integrace často bývá větším problémem pro rodiče zdravých dětí. Mohou mít pocit, že pedagog nebude mít na jejich děti dostatek času, že dětem bude chybět stimulace, bohatý program, možná i to, že to jejich děti zatíží a bude je to zdržovat. Rodiče se bojí, že to jejich dětem nebude dělat dobře. Ale přitom to jsou jejich obavy, bojí se oni sami. Hodně přitom záleží na pedagogovi, na tom, jak zvládne situaci a jak to dětem vysvětlí.

Jako maximálně pozitivní můžeme hodnotit příklon naší společnosti, akcentovaný především v době po sametové revoluci, kdy otevřením občanské společnosti nejen s výhledem za hranice naší republiky, ale především k postupnému začleňování minoritních skupin, dříve direktivně segregovaných, byly a jsou postupně bourány dřívější bariéry.

S radostí můžeme kvitovat, že v poslední době byla učiněna také legislativní opatření, která rozšiřují rámec a definují možnosti vzdělávání dětí s DS, zároveň také definují povinnosti a odpovědnosti institucí a orgánů státní správy. Jako nedílnou součást legislativního zajištění vnímáme také systém sociální a finanční podpory ze strany státu, jak rodin pečujících o zdravotně postiženého člena, tak institucí, které naleznou ochotu, prostor a čas se vzdělávání těchto dětí věnovat. Zde musíme poznamenat, že finanční prostředky, které do této oblasti plynou, by zcela jistě mohly být vyšší a tím pádem rozsah poskytované péče kvalitnější.

Z předkládaného průzkumu navíc vyplývá, že naše společnost je otevřená a staví se veskrze vstřícně k integraci mentálně postižených a je ochotna tyto handicapované mezi sebe bez problému přijmout. Zároveň však největší úskalí spatřuje naše společnost v nedostatku zkušených pedagogů, v nejasné organizaci školního vyučování a také v nedostatku financí. Nicméně všechny tyto bariéry lze podle mého názoru již velmi jednoduše překlenout, budeme-li chtít.

Cílem teoretické části diplomové práce bylo poskytnout informace o Downově syndromu a možnostech vzdělávání těchto dětí. Praktická část měla za cíl přinést pohledy a názory lidí na školskou integraci dětí s Downovým syndromem.

RESUMÉ

Předkládaná diplomová práce se zabývá problematikou mentální retardace, přesněji osob postižených Downovým syndromem, možností vzdělávání a včleňování takto postižených osob do společnosti. V praktické části se práce zabývá průzkumem a hodnocením názorů české populace na integrativní vzdělávání dětí s touto diagnózou.

V současné době je řada nových trendů v oblasti společenského života, vzdělávání a možnostech zaměstnání lidí s Downovým syndromem a došlo také ke změně postoje společnosti k nim. V minulosti si děti s Downovým syndromem brali lidé domů jen zřídka, dnes většina dětí s Downovým syndromem bydlí doma a rodiče jim věnují péči a lásku.

Diplomová práce se stává z pěti kapitol, z nichž první čtyři kapitoly tvoří teoretický základ ke zvolenému tématu, pátá kapitola obsahuje průzkumné šetření a závěry z něj vyplývající.

První kapitola se věnuje charakteristice osob s mentální retardací. Pozornost je věnována základním pojmům z oblasti mentální retardace, její různé klasifikaci a charakteristice jednotlivých stupňů. Dále popisuje rozumovou schopnost dětí s mentální retardací.

Druhá kapitola se zabývá Downovým syndromem, popisuje příčiny jeho vzniku a formy. Současně popisuje fyziognomické zvláštnosti a zdravotní obtíže osob s Downovým syndromem. Závěr druhé kapitoly se věnuje možnostem prenatální diagnostiky.

Třetí kapitola teoretické části informuje o možnostech vzdělávání dětí s Downovým syndromem, věnuje se rovněž problematice školní zralosti. Dále charakterizuje předškolní vzdělávání, rámcový vzdělávací program, vzdělávání v období povinné školní docházky a individuální vzdělávací program.

Čtvrtá kapitola je zaměřena na školskou integraci, jsou zde vysvětleny základní používané pojmy a faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace. Kapitola popisuje činnost speciálně pedagogických center a pedagogicko psychologických poraden. Dále je pozornost věnována současným legislativním opatřením u nás.

Pátá kapitola se věnuje praktické části a je zaměřena na šetření, jehož cílem bylo zjištění subjektivních názorů české populace v pohledu na integrativní vzdělávání u dětí s Downovým syndromem. Výsledky průzkumného šetření jsou shrnuty v závěru diplomové práce.

ANOTACE

HOCHMANNOVÁ, Barbora, Bc., Integrativní vzdělávání u Downova syndromu z pohledu rodiny a školy, Brno, 2010. Diplomová práce.

Předložená diplomová práce je zaměřena na Downův syndrom, zkoumá názory české populace na integrativní vzdělávání dětí s touto diagnózou.

Cílem teoretické části bylo nashromáždit co nejvíce poznatků a informací, které se týkají tohoto typu postižení v návaznosti na možnosti vzdělávání.

Praktická část si klade za cíl zjistit názory české populace na integrativní vzdělávání dětí s Downovým syndromem.

Klíčová slova: mentální retardace, Downův syndrom, školská integrace, individuální vzdělávací program

ANNOTATION

HOCHMANNOVA, Barbora, Bc., Integrative education in Down syndrome people from family and school point of view, Brno, 2010. Diploma papers.

Introduced diploma papers is focused on Down syndrome, it investigates Czech population meanings on integrative education of children with this diagnosis.

The aim of the theoretical part was to assembly as much informations, connected to this type of handicap in correlation to education possibilities.

The aim of the practical part was to ascertain meanings of Czech population on integrative education of children with Down syndrome.

Keywords: mental retardation, Down syndrome, school integration, individual educational programme

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. BARTOŇOVÁ, M. a kol. *Psychopedie*. Brno: Paido, 2007, 150 s.
ISBN 978-80-7315-161-4
2. BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno: MSD, 2005, 419 s. ISBN 80-86633-37-3
3. ČERNÁ, M. *Česká psychopedie*. Praha: Karolinum, 2008, 222 s.
ISBN 978-80-246-1565-3
4. ČERNÁ, M. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum, 1995, 82 s.
5. DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. Praha: Avicenum, 1983, 222 s.
6. FRANIOK, P. *Rovné příležitosti v edukaci osob se speciálními potřebami*. Ostrava: Pedagogická fak. Ostravské univerzity v Ostravě, 2009, 256 s. ISBN 978-80-7368-654-3
7. FRANIOK, P. *Vzdělávání osob s mentálním postižením*. Ostrava: Repronis, 2008, 144 s.
ISBN 978-80-7368-622-2
8. JESENSKÝ, J. a kol. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995, 175 s. ISBN 80-7184-030-0
9. JESENSKÝ, J. *Integrace – znamení doby*. Praha: Karolinum, 1998, 214 s.
ISBN 80-7184-691-0
10. JESENSKÝ, J. *Prostor pro integraci*. Praha: Comenia Consult, 1993, 129 s.
11. KOHOUTEK, R. *Způsobilost dítěte pro zahájení školní docházky*. Brno: Pedagogicko psychologická poradna města Brna, 1988
12. LANG, G. a BERBERICHOVÁ, CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál, 1998, 146 s. ISBN 80-7178-144-4
13. MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 1995, 107 s.
ISBN 80-7178-033-4
14. MICHALÍK, J. *Právní úprava postavení handicapovaných občanů*. Olomouc: Vydavatelství Univerzita Palackého, 1993, 72 s. ISBN 80-7067-333-8
15. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí se zdravotním postižením na základních školách České Republiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005, 297 s.
ISBN 80-244-1045-1
16. MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1999, 135 s. ISBN 80-7067-981-6

17. MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, 289 s. ISBN 80-244-0231-9
18. PIPEKOVÁ, J. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Brno: MSD, 2006, 208 s. ISBN 80-86633-40-3
19. PIPEKOVÁ, J., VÍTKOVÁ, M. *Sociálně pedagogické aspekty ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 1996, 136 s. ISBN 80-85931-27-3
20. PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. Brno: Paido, 2007, 178 s. ISBN 978-80-7315-142-3
21. PŘINOSILOVÁ, D. *Vybrané okruhy speciálně pedagogické diagnostiky a její využití v praxi speciální pedagogiky*. Brno: Masarykova univerzita, 2004, 89 s. ISBN 80-210-3354-1
22. PUESCHEL, M. *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha: Tech-Market, 1997, 130 s. ISBN 80-86114-15-5
23. SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-7178-973-9
24. SMOLÍKOVÁ, K. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání*. Praha: Výzkumný ústav pedagogický, 2006, 48 s.
25. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986, 231 s.
26. ŠUSTROVÁ, M. a kol. *Diagnóza: Downov syndróm*. Bratislava: Perfekt, 2004, 240 s. ISBN 80-8046-259-3
27. ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2003, 187 s. ISBN 80-7178-821-X
28. VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, 322 s. ISBN 80-244-0698-5
29. VOCILKA, M. *Integrace sociálně a zdravotně handicapovaných a ohrožených dětí do společnosti*. Praha: Ústav pro informace ve vzdělávání, 1997, 108 s.

Časopisy a internetové zdroje:

30. www.msmt.cz
31. www.prenatal.cz
32. časopis PLUS 21, číslo 2/2009
33. JAROŠOVÁ J., ŠIMEROVÁ, K., *Rodina a děti s Downovým syndromem v současnosti*. Praha: Vox paediatricae, říjen/2009, č.8. ročník 9

PŘÍLOHY

Příloha č. 1 Dotazník

Příloha č. 2 Názor respondentky dotazníku na integrativní vzdělávání dětí s DS

DOTAZNÍK:

1. Pohlaví:

MUŽ

ŽENA

2. Věk:

18-25

26-40

41-50

51-65

65 a více

3. Místo Vašeho bydliště:

MĚSTO NAD 50 tis. OBYVATEL

MĚSTO DO 50 tis. OBYVATEL

VESNICE

4. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání:

ZŠ

SOŠ/SOU

SŠ/VOŠ

VŠ

5. Vaše profese:

PEDAGOGICKÁ

NEPEDAGOGICKÁ

6. Vaše rodinné zázemí:

RODIČ S DĚTMI PŘEDŠKOLNÍ VĚK

RODIČ S DĚTMI NAVŠTĚVUJÍCÍ ZŠ

RODIČ SE STARŠÍMI DĚTMI

BEZDĚTNÝ

7. Vyskytuje se ve Vašem blízkém okolí osoba s Downovým syndromem ?

ANO

NE

ANO, V RODINĚ

8. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí běžné mateřské školy ?

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro zdravé žáky

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

9. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí prvního stupně běžné základní školy ?

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro zdravé žáky

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

10. Jaký je Váš názor na začlenění dítěte s Downovým syndromem do kolektivu dětí druhého stupně běžné základní školy ?

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro zdravé žáky

ANO, POZITIVNÍ - chápu to jako přínos pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro zdravé žáky

NE, NEGATIVNÍ - chápu to jako přítěž pro dítě s Downovým syndromem i pro zdravé žáky

11. Jaká jsou podle Vás největší omezení pro bezproblémovou integraci dítěte s Downovým syndromem do běžné základní školy ? Možnost více odpovědí.

Nedostatek zkušeností pedagogů.

Nízká informovanost.

Předsudky společnosti.

Problémové přijetí spolužáky.

Organizace vyučování.

Nedostatek pomůcek.

Jiné, uveďte...

12. Jaký pocit ve Vás vyvolává přítomnost dítěte s Downovým syndromem ve třídě se zdravými dětmi běžné ZŠ ? Více možností, vyznačte na stupnici intenzitu Vašeho pocitu, kde 0 = nemám názor, 5 = maximální intenzita.

SOUCIT	0	1	2	3	4	5
TOUHA POMOCI	0	1	2	3	4	5
ZVĚDAVOST	0	1	2	3	4	5
LÍTOST	0	1	2	3	4	5
PŘÁTELSTVÍ	0	1	2	3	4	5

13. Vadilo by Vám, kdyby dítě s Downovým syndromem chodilo do stejné třídy jako Vaše dítě ?

ANO

NE

14. Pokud by Vaše dítě mělo Downův syndrom, jakou formu vzdělávání na základní škole byste pro něj volili ?

VE SPECIÁLNÍ ZŠ

V BĚŽNÉ ZŠ

15. Přispíváte finančně lidem se zdravotním postižením ?

ANO

NE

Dobrý den!

Jsem ráda, že se můžu zúčastnit Vaší diplomky a dovoluji si připsat pár poznámek a mých zkušeností s Downovým syndromem. Nechci, aby to vypadalo, že Vás poučuji či haním dotazník. Naopak. Velmi mě zaujal a donutil přemýšlet. Při prvním letmém přečtení jsem byla s nadšením pro ANO ve všech otázkách. Když jsem vzala pero do ruky a měla psát, napadaly mě otázky další a další a na některé bylo těžké odpovědět jednoznačně. Proto píšu tato řádky, které Vám možná vysvětlí moje odpovědi.

Máme ve vzdálenější rodině 2 chlapce s DS. Jeden žije v Norsku a je mu 31 let. Je velmi těžce postižený – fyzicky (má těžkou srdeční vadu) i mentálně. Celý den tráví vsedě s gumovými hračkami a štěrchátky, které cucá a kouše. Chodí jen nemotorně. Vydává pouze skřeky, nenají se sám, neobslouží, o nic si neumí říct, nijak nedá najevo své potřeby, musí mít pleny ... Prostě vyžaduje přítomnost a péči celých 24 hodin. Bydlí se svými asistenty v jednom ze speciálních bytů pro lidi s různým postižením. Na víkendy bývá s rodiči doma. Jakékoliv vzdělání u něj nebylo a není možné.

Druhý chlapec, dnes 40 letý, prožíval dětství na sídlišti mezi zdravými dětmi. Chodil do školy při ústavu, ve kterém býval přes týden, a myslím, že se i vyučil. Dnes bydlí ve chráněném bytě poblíž Olomouce a zvládne se postarat o sebe, byt, nakupuje, pracuje. Nevím, jestli by byl vzdělanější, či se naučil více věcí, kdyby měl možnost absolvovat aspoň několik ročníků v běžné základní škole.

Jsou jistě i děti s ještě lehčím postižením, které první stupeň základní školy se zdravými dětmi zvládnou a bude pro ně přínosem, pokud jim bude pomáhat asistent či učitel se speciálním vzděláním a individuálně pro ně připraví program, přizpůsobí rychlost a náročnost úkolů Jsem tedy pro, aby děti s DS mohly pobývat se zdravými ve školkách, kroužcích, programech pro děti v ZUŠkách... Ale všechny násilně nutit vzdělávat se v běžných školách není určitě vhodné. Tedy individuálně posoudit, co danému dítěti prospěje a podle toho mu vybrat nejlepší místo. A tím i trochu odpovídám na otázku, jak bych se zachovala, kdybych měla dítě s DS já. Nevím přesně. Prostě bych se snažila přizpůsobit možnostem dítěte.

Napadají mě další a další myšlenky, ale nechci Vás jimi už obtěžovat.

Přeji Vám úspěšné obhájení diplomky, ukončení školy a aby Vás Vaše profese uspokojovala a byla ku prospěchu Vám i dětem.

S pozdravem


Jana Polášková