

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

bakalárske kombinované štúdium
2009 - 2012

**VÝCHOVA A VZDELÁVANIE POSTIHNUTÉHO
DIEŤAŤA S DMO V RODINE**

BAKALÁRSKA PRÁCA

KATARÍNA HLÁVKOVÁ

Praha 2012

Vedúci bakalárskej práce: PhDr. Edita Ondrišková

JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY PRAGUE

Bachelor Combined Studies
2009 – 2012

BACHELOR THESIS

Katarína Hlávková

**EDUCATION OF CHILD WITH CEREBRAL PALSY IN THE
FAMILY AND IN THE SOCIETY**

PRAGUE 2012

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

PhDr. Edita Ondříšková

Vyhlasenie

Prehlasujem, že predložená bakalárska práca je mojim pôvodným autorským dielom, ktoré som vypracovala samostatne. Všetku literatúru a ďalšie zdroje, z ktorých som pri spracovaní čerpala, v práci riadne citujem a sú uvedené v zozname použitej literatúry.

Súhlasím s prezenčným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knižnici.

V Prahe, dňa 15.3.2012

Meno autorky: Katarína Hlávková

ÚVOD	8
1. VYMEDZENIE A CHARAKTERISTIKA POJMOV	10
2. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA - DMO	13
2.1. <i>Pojem DMO</i>	13
2.2. <i>História DMO</i>	13
2.3. <i>Príčiny vzniku DMO</i>	14
2.4. <i>Delenie DMO</i>	14
2.5. <i>Príznaky DMO</i>	16
2.6. <i>Klasifikácia pohybových vád</i>	18
2.7. <i>Sociálne dôsledky DMO</i>	20
3. EDUKÁCIA DIEŤAŤA S DMO V RODINE	21
3.1. <i>Rodina</i>	21
3.2. <i>Rodina so zdravotne postihnutým dieťaťom</i>	22
4. EDUKÁCIA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÉHO DIEŤAŤA V SPOLOČNOSTI	26
4.1. <i>Historický pohľad</i>	26
4.2. <i>Špeciálne základné školy</i>	27
4.3. <i>Osobitosti organizácie v špeciálnych školách</i>	28
4.4. <i>Mentálna retardácia</i>	28
4.5. <i>Vzdelávací program</i>	34
5. KAZUISTIKA KONKRÉTNÉHO DIEŤAŤA S DMO	35
5.1. <i>Diskusia</i>	41
5.2. <i>Doporučenia pre prax</i>	42
VŠEOBECNÝ ZÁVER	42
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	44
ZOZNAM PRÍLOH	46

ABSTRAKT

HLÁVKOVÁ, Katarína: *Výchova a vzdelávanie zdravotne postihnutého dieťaťa s DMO v rodine* [Záverečná bakalárska práca]/ Katarína Hlávková. - Univerzita Jána Amose Komenského Praha, Katedra špeciálnej pedagogiky – Školiteľ bakalárskej práce PhDr. Edita Ondříšková. Stupeň odbornej kvalifikácie: Bakalár špeciálnej pedagogiky. – Praha: 2012. 43 s.

Bakalárska práca sa zaoberá výchovou detí zdravotne postihnutých v rodine a v spoločnosti. Cieľom práce bolo zistiť ďalšie možnosti edukácie u konkrétneho dieťaťa postihnutého detskou mozgovou obrnou. V teoretickej časti práca objasňuje niektoré skutočnosti súvisiace s etiológiou telesného postihnutia a edukačným prostredím postihnutého dieťaťa, či už rodinným alebo spoločenským. Dôvodom pre výber práve tejto témy bola osobná skúsenosť s týmto problémom.

Kľúčové slová: rodina, zdravotne postihnuté dieťa, edukácia detí so zdravotným postihnutím, rodina, dieťa so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami.

ABSTRACT

HLÁVKOVÁ, Katarína: *Education of child with cerebral palsy in the family and in the society* Katarína Hlávková.

Univerzity of Amos Komensky Prague, Faculty of special education and tutoring.

Trainer of bachelor thesis PhDr. Edita Ondříšková. Degree of qualification : Bachelor – Prague, 2012. 43 p. The paper of bachelor is concentrated on one of the current field of education system in the Slovak republic respectively on education of mentally disabled learners and their possible integration. The paper concentrate on learners with special educational needs and the importance of their evolutionary inequality being taken into account during their educational programme.

Key words: cerebral palsy, family, mentally disabled learners, education, children with special educational needs

ZOZNAM SKRATIEK

CNS	Centrálny nervový systém
DMO	Detská mozgová obrna
MŠ	Materská škola
PV	Pracovné vyučovanie
ŠVVP	Špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby
ŠZŠ	Špeciálna základná škola
ZŠ	Základná škola
LMR	Lahká mentálna retardácia
IVP	Individuálny vzdelávací plán
MP	Mentálne postihnutie

ÚVOD

Je prirodzené, že všetci rodičia chcú mať zdravé „normálne“, skoro až „perfektné“ deti. Nezanedbateľnú úlohu tu zohráva aj spoločenské prostredie, lebo aj to má konkrétnu predstavu o „správnom“ dieťati.

Narodenie dieťaťa, ktoré sa javí ako zdravé a bezproblémové je radostnou udalosťou. Keď detský neurológ po vykonaní potrebných vyšetrení oznámi rodičom závažnú diagnózu, ktorá v nich môže vyvolať hnev, úzkosť, strach a beznádej. Vtedy sa začne rodičom rúcať ich doterajšia optimistická predstava rodinného života. Ich reakcia na oznámenie závažnej skutočnosti prechádza niekoľkými fázami - prvá fáza je fáza šoku, ktorý sprevádza iracionálne myslenie, zmätok a dezorientácia - reakcia na subjektívne neprijateľnú skutočnosť, že dieťa je ťažko choré. Ďalšou je fáza popretia, kedy rodičia môžu až vytesniť neprijemnú skutočnosť (informáciu o diagnóze). Je to obrana pred stratou vlastnej psychickej rovnováhy.

Ďalšou je fáza smútku, pocity viny, zlosti, úzkosti – rodičia začínajú racionálne uvažovať nad konkrétnou skutočnosťou. Vyskytuje sa u nich snaha hľadať vinu u druhých, agresívne pocity voči svetu aj voči sebe samým. Vo fáze rovnováhy dochádza k ústupu depresií a úzkosti a dochádza k čiastočnému prijatiu situácie. Obdobie vyrovnávania sa so situáciou je individuálne a môže prebiehať v rôznej intenzite. Racionálnemu spracovávaní často bráni smútok, depresia, zlosť alebo zúfalstvo rodičov. V tejto fáze sú rodičia schopní spolupracovať pri liečbe a intenzívnej starostlivosti o dieťa. Nastáva fáza reorganizácie – v nej sú rodičia zmierení a hľadajú cesty do budúcnosti. Vo všetkých fázach sú vystavení enormnej psychickej záťaži a je do hĺbky preverená kvalita a trvácnosť ich vzťahu.

Stabilita manželstva súvisí so stabilitou (vyrovnanosťou) každého z partnerov, pretože narodenie zdravotne postihnutého dieťaťa a nepretržitá starostlivosť oň vytvára špecifickú atmosféru, ktorá umožňuje rodičom lepšie sa vyrovnáť so stresom a osobnostne dozrieť (Prevendárová, 1998).

V našej práci sa budeme zaoberať edukáciou zdravotne postihnutého dieťaťa a možnosťami jeho edukácie v rodine aj v spoločnosti a vplyvu edukácie na jeho vývin.

Kľúčovým momentom vo výbere tejto témy bola osobná životná skúsenosť so zdravotne postihnutým dieťaťom s diagnózou DMO.

Práca je rozdelená do piatich kapitol, v ktorých sme sa snažili vystihnúť základnú problematiku výchovy, základného vzdelávania dieťaťa so zdravotným postihnutím a sociálnym a zdravotným znevýhodnením a zaradením sa do života.

Úvodná kapitola obsahuje základné vymedzenie pojmov. Druhá kapitola vysvetľuje pojem DMO, históriu a príčiny vzniku, príznaky, rozdelenie, s ktorým sa ďalej budeme stretávať. Taktiež sa zaoberá popisom jednotlivých druhov DMO.

Tretia kapitola je venovaná starostlivosti o dieťa v rodine od narodenia do obdobia pred vstupom do školy až po obdobie vstupu do školy. Rodinnú výchovu považujeme za prvý stupeň celoživotného vzdelávania dieťaťa a jeho plnohodnotného zapojenia sa do edukačného procesu.

Štvrtá kapitola je venovaná edukácii zdravotne postihnutých detí v spoločnosti, vplyvu edukačného procesu na vývin zdravotne postihnutých detí, osobitosťami štúdia na Špeciálnych školách.

V empirickej časti v piatej kapitole sme zamerali na konkrétny prípad zdravotne postihnutého dieťaťa s diagnózou DMO – spastickej hemiparetickej formy a jeho edukačných pokrokov či stagnácií.

Pri vypracovaní bakalárskej práce sme vychádzali z dostupnej českej a slovenskej literatúry a dokumentácie konkrétneho prípadu. Práca bola vypracovaná samostatne pod odborným vedením PhDr. Edity Ondriškovej, ktorej ďakujeme za odborné pripomienky, rady a názory. Bakalársku prácu dopĺňa abstrakt v anglickom jazyku so zoznamom použitej literatúry a prílohy vo forme fotografií a kresieb s legendou.

I. TEORETICKÁ ČASŤ

V tejto časti sme sa zamerali na mentálne postihnutia, s ktorými sú deti schopné vzdelávať sa v špeciálnych školách.

1. VYMEDZENIE A CHARAKTERISTIKA POJMOV

Telesné postihnutie Kollárová (1993) charakterizuje ako chybu, resp. poruchu či postihnutie pohybového a nosného ústrojenstva (svaly, kosti, kĺby, šľachy, príslušné cievy) a nervového ústrojenstva, ktoré sa prejavujú porušenou hybnosťou.

Telesné postihnutie podľa Vaška (1996) je také, kde spravidla ide o anomálie takého výrazného stupňa, že odlišujú jedinca od ostatných, napr. amélia, dyslália, deformácie chrbtice, znetvorenia kĺbov, deformity končatín, poruchy tvaru lebky, znetvorujúce poruchy, poruchy vývinu kostí, rázštepy atď.

Telesné postihnutie podľa Krausa a Šanderu (1964, s. 16) predstavuje „chyby pohybového a nosného ústrojenstva, teda kostí, kĺbov, šliach aj svalov a cievneho zásobovania, ako aj poškodenie alebo poruchy nervového ústrojenstva, ak sa prejavujú narušenou hybnosťou. Patria sem všetky odchýlky od normálneho tvaru tela a končatín, teda deformity, tiež abnormality – „anomálie“.

Zdravotné postihnutie je podľa Kollárovej (1993) zhrňujúci termín, vzťahujúci sa na pomenovanie dvoch kategórií postihnutých, a to zdravotne oslabených a chorých.

Defekt - (z lat. defectus – úbytok) – chyba, nedostatok. Rozoznávame: *defekt orgánový* (vývojová anomália, následok choroby, následok úrazu) a *defekt funkčný* (porucha funkcie bez postihnutia orgánových tkanív, napr. neuróza srdca, žalúdka a pod.) (Sovák, 1984, s. 9).

Defekt - zdravotne postihnutých jedincov charakterizuje ako jednotlivcov s výraznými negatívnymi zmenami v zdravotnom stave, kvôli ktorým ich edukácia musí byť špeciálna (v rôzne dlhom trvaní) a je u nich zaznamenaná potreba výchovnej rehabilitácie (Vašek 1996).

Dieťa telesne a zdravotne postihnuté - dieťa s chybou pohybového a oporného ústrojenstva alebo poškodením nervového ústrojenstva, ak sa prejavuje porušenou hybnosťou a dieťa v stave choroby alebo zdravotne oslabené. Sú tu zhrnuté tri skupiny postihnutých detí.

Nedá sa vždy určiť, do ktorej skupiny daný jednotlivec patrí, lebo uvádzané skupiny postihnutia nemožno presne ohraničiť (Vašek, 1995, s. 49).

Vyššie spomínaní autori poukazujú na skutočnosť (Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999, s. 59), že závažnejšie postihnutia (najmä vrodené a vývinové), poruchy, chyby a nedostatky dieťaťa sa dosť často združujú a dieťa resp. jednotlivec môže byť súčasne postihnutý viacerými chybami, postihnutiami.

Kombinované telesné a zdravotné postihnutie - v odbornej literatúre sú frekventované termíny (Vašek, Vančová, Hatos a kol., 1999, s. 60) ako viaceré chyby, kombinované chyby, resp. vady, kombinované postihnutia, multifaktorálne defekty, združené defekty, pridružené postihnutia, viaceré postihnutia, pridružené poruchy, viacnásobné postihnutia...

Maďarská autorka Gordoszová-Szabová považuje za „kombinované chyby“ tie prípady, keď ide o kombináciu dvoch a viacerých primárnych postihnutí, symptómov.

Mentálne postihnutý podľa Vančovej (1964, s. 13) je bytosť, ktorú treba chápať a prijímať ako komplex biologických, psychických a sociálnych daností, znakov, prejavov a dôsledkov.

Matulay (1989) charakterizuje *mentálnu retardáciu* ako oneskorený alebo poškodený všeobecný normálny vývin dieťaťa, a to po stránke rozumovej, pričom sa veľmi často vyskytujú poruchy motoriky a narušené je celkové správanie.

Definícia AAMD (American Association on Mental Deficiency) z roku 1983 (Grossman): "*Človeka s mentálnou retardáciou* charakterizuje signifikantne podpriemerná celková inteligenčná schopnosť, súčasne s poruchou adaptívneho správania, ktorá sa manifestuje počas obdobia vývinu“.

Edukácia - širšie chápaný proces výchovy a vzdelávania. Vančová (2001, s. 27) uvádza definíciu edukácie podľa Šveca (1995) „*Edukácia* (ako zámerné výchovné pôsobenie relevantného prostredia) je zložkou komplexnejšieho javu sociálneho formovania (utvárania, stvárňovania) osobnosti. Je súčasťou socializácie ako spoločenského procesu včleňovania jednotlivcov do svojej komunity so špecifickou kultúrou“.

Deti alebo žiaci so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami - sú deti so zdravotným postihnutím, deti zo sociálne znevýhodneného prostredia alebo deti s nadaním (Vašek, 1974).

Integrácia podľa definície z „Terminologického a výkladového slovníka“ od Š. Vaška (1995) je socializácia postihnutých a narušených, proces začleňovania jedinca do spoločnosti. Proces, v ktorom sa jedinec stáva plnohodnotnou sociálnou bytosťou, ktorá sa aktívne zúčastňuje na spoločenskom a kultúrnom živote danej spoločnosti. Definícia sociálnej integrácie bola odvtedy veľakrát modifikovaná, rozšírená.

J. Jankovský (2001) uvádza niekoľko príbuzných slov (z Latinsko – českého slovníka z roku 1970), ako „integer“ – neporušený, úplný, celý; „integralis“ – náležiaci celku či „integritas“ – neporušenosť, bezúhonnosť.

Etiológia je náuka o pôvode a príčinách, napr. chorôb. Etiológia skúma zákonitosti využívania poznatkov o príčinnosti v praxi vôbec (všeobecná etiológia) alebo v určitej konkrétnej praktickej oblasti, napr. pri liečení. (Vašek, 1998)

2. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA - DMO

2.1. Pojem DMO

Na Slovensku a v Českej republike je všeobecne zaužívaná Lesného klasifikácia, ktorá je obdobou Ingramovej (1964, 1966, 1984). Podľa Lesného (1989, s. 112) je detská mozgová obrna porucha riadenia hybnosti a vývoja riadenia hybnosti a iných centrálnych funkcií, vyplývajúca z poškodenia mozgu v najrannejšom vývinovom období.

2.2. História DMO

Stavy, ktoré zahrňame pod pojem DMO sa vyskytovali už oddávna. Z antickej literatúry môžeme predpokladať, že ju mal už cisár Claudius. Bol podľa Tacita už od narodenia slabý, zle pohyblivý a koktal. Predpokladá sa, že aj Richard III, anglický kráľ mal pohybovú poruchu. Prvým popisom DMO je dopis francúzskeho vyslanca v Lisabone popisujúci portugalského kráľa: „Je slabý na pravú stranu od narodenia a pravá ruka sa mu tak trasie, že v nej neudrží kord.“ (I. Lesný a kol., 1972).

Prvým lekárom, ktorý sa zaoberal včasnými mozgovými disfunkciami bol taliansky anatóm Gianbattista Morgagni. Koncom 18. storočia o nich nachádzame zmienku v prácach francúzskeho psychiatra J.D. Esquirola. V r. 1885 Richardière popisuje ako príčinu ranných hemiplégií atrofickú lobálnu sklerózu. Prvý vedecký popis pochádza od Cazauvielha z r. 1827. Bolo to prvé spojenie mozgovej hemiatrofie s protilahlou hemiplégiou u detí. Diparetickú formu DMO objavil Delpech (Lesný a kol., 1972), ktorý ako prvý upozornil na možnosť mozgového pôvodu súmernej obrny obidvoch ľavých končatín. Londýnsky ortopéd W. J. Little vo svojej práci „Obrny spôsobené abnormálnymi pôrodmi“ ako prvý objavil súvislosť spastickej hemiplégie a spastickej diplégie ranného detstva s ťažkými pôrodmi. (Lesný a kol., 1972).

Prvé práce o tejto tématike v Česku písali v r. 1887 a r. 1888 Antonín Heveroch a Ladislav Haškovec. Po týchto prácach nastáva dlhá prestávka. Ďalší záujem prišiel až po II. sv. vojne. Medzitým sa však radikálne zmenil aj význam DMO. Zo vzácneho ochorenia sa stalo sociálne zlo (Lesný a kol., 1972). Stalo sa to tým, že sa podstatne znížila novorodenecká

a kojenecká úmrtnosť. Ukázalo sa, že problematika DMO zďaleka nie je taká jednoduchá a od rehabilitácie sa pristúpilo k hlbšiemu štúdiu klinického obrazu a priebehu hybných a iných syndrémov.

2.3. Príčiny vzniku DMO

„Vývoj mozgu sa podstatne líši od vývoja ostatných orgánov. Pre väčšinu orgánov platí, že po prvých šiestich týždňoch života je už dokončená ich morfogéza. To však neplatí pre mozog.“ (Lesný a kol, 1972, s. 24). Treba uviesť, že až po prvom roku života dieťaťa dozrieva hematoencefalická bariéra, priehrada medzi krvou a mozgom. Táto priehrada nie je pri narodení vyvinutá (Lesný, 1972, s. 31-32). Tento systém znamená významnú ochranu mozgu a jeho nezrelosť je jedným z častých ťažkých poškodení detskej centrálnej nervovej sústavy. (Himlich, 1955).

Lesný (1989, s. 112) uvádza príčiny vzniku DMO . Prenatálne príčiny – pred narodením dieťaťa (ide o infekcie matky v rannom tehotenstve, gestózy, čiže chorobné prejavy sprevádzajúce tehotenstvo a obehové poruchy v neskorom tehotenstve, ale aj psychické traumy matiek, dedičnosť, nedonosenosť, či prenášanie).

Ďalšou skupinou sú perinatálne príčiny – v dobe narodenia dieťaťa (abnormálne, dlhotrvajúce, prekotné pôrody koncom panvovým, kliešťové pôrody) kedy dochádza k nedostatočnému okysličovaniu mozgu.

Treťou skupinou sú postnatálne príčiny DMO - do šiestich mesiacov veku, spôsobené hlavne infekciami, ktorých toxíny prenikajú z krvi dieťaťa do mozgu alebo ako ďalej uvádza Renotierová (2002, s. 34) aj ťažké hnačkovité choroby s toxickými následkami na organizmus, hnisavé zápaly stredného ucha, novorodenecká žltacka pri inkompaktibilite RH krvi.

2.4. Delenie DMO

Lesný (1989, s. 114) uvádza delenie DMO po stránke klinickej na *spastické a nespastické formy*.

Medzi spastické formy DMO, ktorých základným príznakom je zvýšenie svalového napätia (tonusu) patria: *forma diparetická, hemiparetická a kvadruparetická*. “*Diparetická forma*“ DMO vzniká poškodením mozgového kmeňa, v miestach, kde sú nervové motorické dráhy oboch hemisfér už spojené. Mozgová kôra spravidla zasiahnutá nie je a tak intelekt pri

tejto forme nebýva zasiahnutý“ (Kraus, Šandera, 1964, s. 37). *Diparetická forma* je zároveň klasickou a najskôr popísanou podobou DMO. Ide v nej o spastické ochrnutie dolných končatín prejavujúce sa zvýšeným svalovým napätím nielen nôh, ale aj panvy. Väčšina svalov na nohách sa zvýšením týmto napätím skrakuje (nápadný je aj nepomer medzi vzrastom trupu a dolných končatín, ktoré vyzerajú viditeľne kratšie). V ľahšej forme sa však dieťa dopracuje až k chôdzi, väčšinou medzi tretím až piatym rokom života, ale to len s oporou druhej osoby alebo s pomocou barličiek.

Hemiparetická forma DMO podľa Krausa a Šanderu (1964) vzniká poškodením jednej z hemisfér, ktorá je opačnou (druhostrannou) vzhľadom k postihnutým končatinám. Z tohto dôvodu je hemiparetická forma pravostranná alebo ľavostranná. Ide teda o spastickú obrnu hornej aj dolnej končatiny jednej polovice tela. Ako uvádza Renotiérová (2002) postihnuté končatiny bývajú slabšie a kratšie, ako menšia dokonca pôsobí aj postihnutá polovica tváre. Intelekt je asi u polovice prípadov znížený v rôznom stupni. U ľahších prípadov postihnuté dieťa touto formou DMO pôsobí takmer zdravo, len ľahko kríva a jemná motorika na postihnutej ruke nie je dokonalá. Pri ťažkých stavoch dieťa väčšinou nechodí, je odkázané na invalidný vozík a pomoc druhej osoby. Sprievodným javom tohto ochorenia sú aj časté epileptické záchvaty. U polovice detí býva znížená inteligencia – najčastejšie do pásma ľahkej mentálnej retardácie bez rozdielu medzi verbálnou a názorovou zložkou (Řičan, Krejčířová 1997).

Kvadruparetická forma DMO vzniká poškodením pohybových dráh oboch mozgových hemisfér. Ide o postihnutie všetkých štyroch končatín, ktoré sú v patologickom držaní, s obmedzenou hybnosťou v rôznych stupňoch. Ide o najťažšiu formu DMO a v takmer všetkých prípadoch je spojená so znížením intelektu a epileptickými záchvatmi (Kraus, Šandera, 1964, s. 39).

Medzi *nespastické formy DMO*, ktorých základným príznakom je patologicky znížený svalový tonus patria *diskinetická forma* (prejavuje sa v nepotlačiteľných, nechcených pohyboch buď pomalých, vlnitých alebo prudkých až nečakaných) a *hypotonická forma* (typická znížením svalového napätia a z toho vyplývajúcou abnormálnou ohybnosťou končatín).

Pre všetky formy DMO sú podľa Lesného (Vančová, 2001) charakteristické tieto príznaky: poruchy hybnosti, oneskorený motorický vývin, zvýšený masseterov reflex, poruchy okohybného aparátu a zraku, poruchy reči (dizartria, zajakavosť, mutizmus, oneskorený vývin

reči), nadmerná slinivosť, epileptické záchvaty, časté zníženie intelektových schopností pod normu, neurotické a afektívne poruchy a malá odolnosť voči infekciám. Diskinetická forma skôr nazývaná extrapyramídová (Monatová 1994, Pipeková, Vítková 1994, Kábele 1986, Lesný 1987, Šlapal 1996) .

Znalosť vývoja dieťaťa s DMO je dôležitá nielen pre rodičov a fyzioterapeutov, ktorí s deťmi pracujú pri cvičení, ale i pre pedagógov, pretože ako uvádza Kraus a Šandera (1964, s. 63) každá emócia u postihnutého dieťaťa DMO spôsobí stuhnutie a napätie svalov, čo znemožňuje potom akúkoľvek činnosť. Z toho teda vyplýva, že i pedagóg by mal vedieť ako priviesť svojim pokojným prístupom dieťa do stabilizovanej polohy, aby bolo možné s ním naďalej realizovať edukatívne zámery (Vítková, 2006, s. 57).

V súčasnosti existuje v oblasti široké spektrum pojmov, ktoré sa nie vždy adekvátne používajú ako defektný, postihnutý. Zdravotnícka terminológia používa pojmy: poškodený, abnormálny, dieťa so špecifickými potrebami, neprispôsobivé dieťa, narušené dieťa alebo výnimočné dieťa. Zdravie je stav plnej fyzickej psychickej a sociálnej pohody. Za normu z pedagogického hľadiska budeme pokladať stav, vlastnosť a proces, ktorý nevybočuje z priemeru bežnosti alebo zo zaužívaných či predpísaných pravidiel. Normalita znamená stav, ktorý zodpovedá obvyklosti, pravidelnosti alebo očakávaniu. Normalita sa môže týkať somatickej, psychickej alebo sociálnej stránky človeka.

2.5. Príznaky DMO

Charakteristické príznaky DMO podľa Kozoňa (2000, s. 101): poruchy hybnosti, oneskorený motorický vývin, poruchy oko-hybného aparátu a zraku (najmä strabizmus), poruchy reči, ako je , zajakavosť, mutizmus, oneskorený vývin reči, hypersalivácia (nadmerná slinivosť), epileptické záchvaty , malá odolnosť voči infekciám a intoxikáciám, zvýšenie svalového napätia, stvrdnutie svalstva, poruchy koordinácie a rovnováhy, rečové poruchy, zmena reaktivity, poruchy pozornosti, pamäti, učenia, nápadnosti alebo odlišnosti v emocionálnej sfére.

Ďalej môžeme u detí trpiacich DMO pozorovať veľa zvláštností (Kozoň 2000, s. 101). Vyskytujú poruchy jemnej motoriky, jemné poruchy vnímania, kvalita a rozsah pozornosti,

pamäti, reči, poruchy pri zrakovej analýze a syntéze tónov. V správaní sa môže prejaviť neklud, nestálosť, neposednosť alebo naopak pomalosť, nezáujem, náladovosť, afektívna dráždivosť .

Pre všetky typy DMO sú charakteristické poruchy hybnosti. Pohyb sa dá chápať ako spúšťač procesov, ktoré sú riadené mozgom (Rachen 1987 in Vítková 1999). Pre pohyb sú v mozgu dôležité tri lokality: mozgová kôra, mozgový kmeň a mozoček. Mozoček hrá dôležitú úlohu pričom dôležitými funkciami je pohybová kordinácia a jemná diferenciácia pohybov (Hedderich 1999, s.19, Čáp, Mareš 2000, s.47). Rôzne výskumy potvrdzujú, že existuje úzka väzba medzi pohybom a vnímaním. K. Neumann (1977 in Vítková 1999) na základe svojich výskumov u detí s mozgovým pohybovým poškodením konštatoval, že obmedzené pohybové skúsenosti vedú k zmene v oblasti vnímania. Často v týchto súvislostiach Piaget (1997) existuje úzka súhra medzi pohybom, vnímaním a kogníciou.

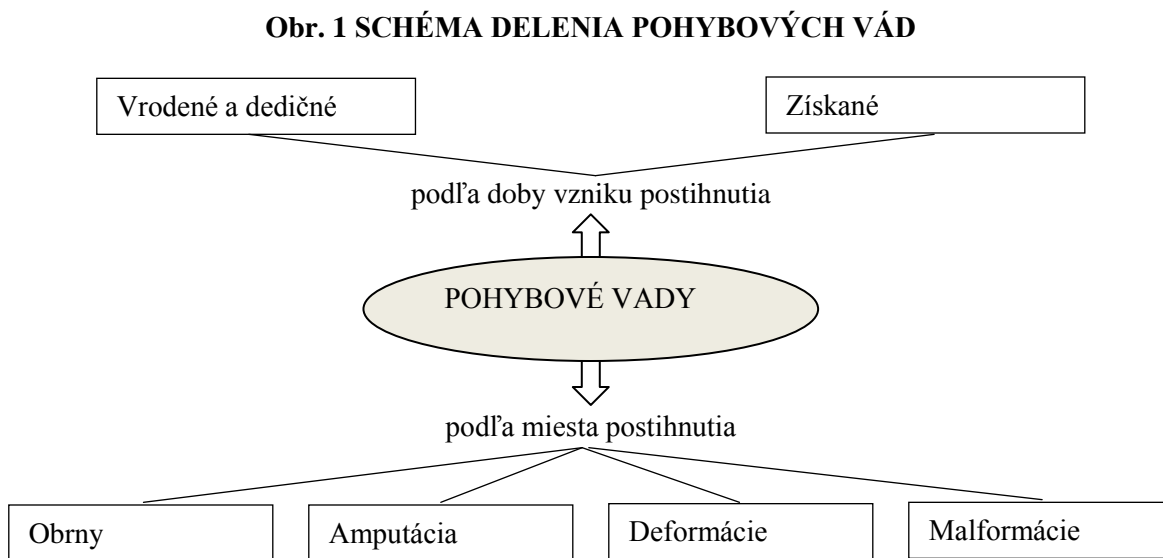
2.6. Klasifikácia pohybových vád

Pohybové vady alebo ortopedické vady môžeme deliť podľa rôznych kritérií. Monatová (1994) rozlišuje dve základné skupiny porúch vrodené vrátane dedičných a získané.

Podľa postihnutých častí rozoznávame skupiny obrn centrálnych a periférnych, deformácie, malformácie a amputácie.

Deformácie - zahŕňajú veľkú skupinu vrodených a získaných vád. *Skoliózy* a *kyfózy* sú získané deformácie. Príčiny zlého držania tela sa delia na *vnútorné* (fyziologické) a *vonkajšie* (spôsobené prostredím).

Malformácie, amputácie - *malformáciou* rozumieme patologické vyvinutie rôznych častí tela, najčastejšie končatín *amélie* (čiastočné chýbanie končatiny) a *fokomélie* (končatina naväzuje priamo na trup). Malformácia patrí do skupiny vrodených vývojových vád. *Amputácia* je umelé odobratie časti končatín od trupu. Príčinou môžu byť úrazy alebo choroba (Vítková, 2006).

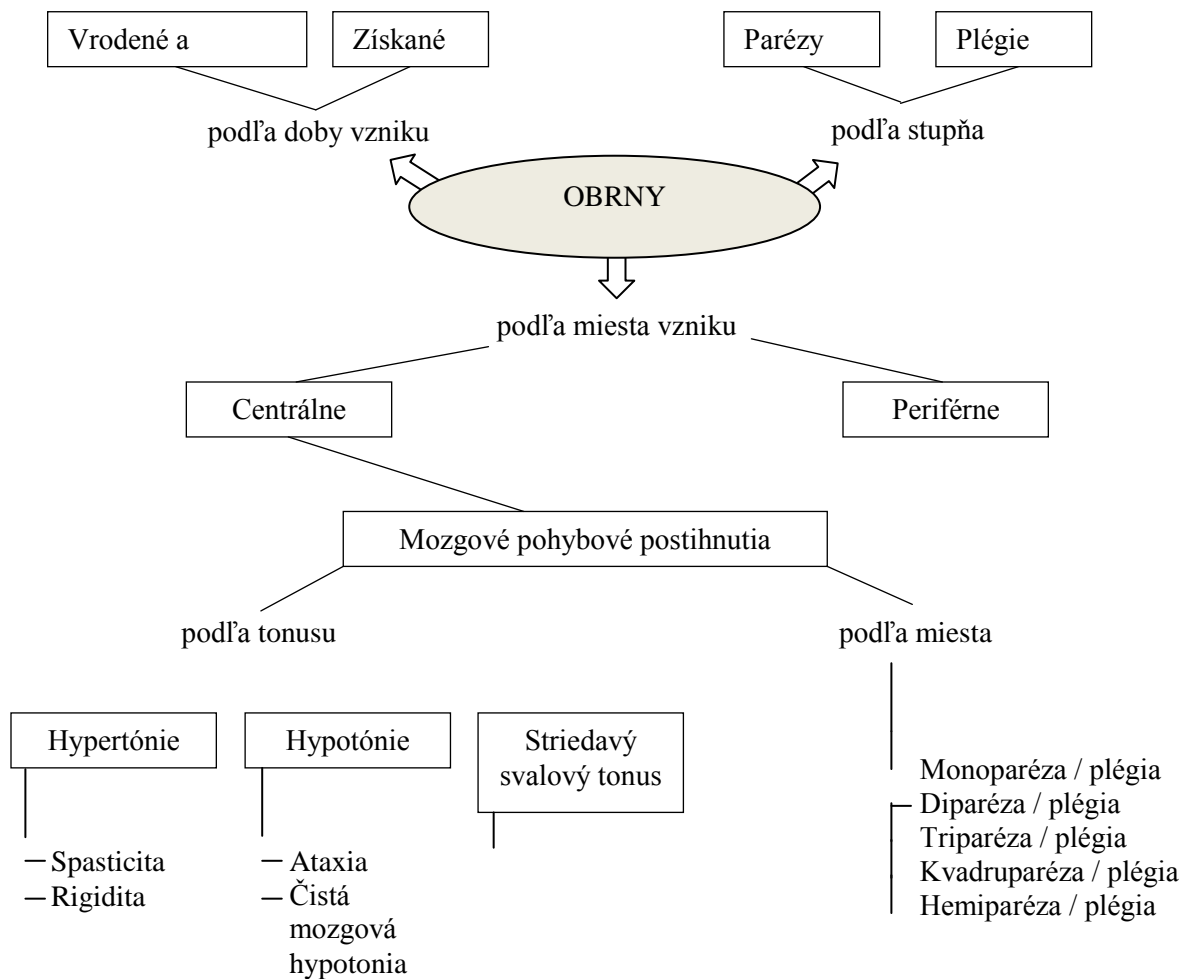


Obr. Schéma delenia pohybových vád

Vítková (in Pipeková, 2006, s. 170)

Obrny centrálné a periférne - jednotlivé druhy sa od seba líšia rozsahom a stupňom závažnosti a delia sa na *parézy* (čiastočné ochrnutie) a *plégie* (úplné ochrnutie). **Detská mozgová obrna** - DMO je porucha CNS. Pre DMO je typické hybné postihnutie, telesná neobratnosť, najmä v jemnej motorike, prchavosť, nedokonalé vnímanie a nedostatočná predstavivosť, impulzivne reakcie, striedanie nálad, výkyvy v duševnej výkonnosti. Podľa charakteru tonusovej a hybnej poruchy ich delíme na *spastické* (diparetické, hemiparetické, kvadraparetické) a *nespastické* formy (hypotonické, diskinetické) (Lesný, 1985 in Vítková, 1998). Diskinetická forma bola skôr nazývaná extrapyramídová (Monatová 1994, Pipeková, Vítková 1994, Kábele 1986, Lesný 1987, Šlapal 1996). **Ľahká mozgová dysfunkcia** - ľahším typom poruchy CNS, kedy je oslabená celková úroveň aktivácie, sebakontroly, pozornosti, psychomotorickým nekludom a diskoordináciou (Vítková, 1999, 2003, 2004).

Obr. 2 SCHÉMA DELENIA OBRŇ



2.7. Sociálne dôsledky DMO

Obmedzenie v oblasti motoriky a poškodenie reči podľa M. Vágnerovej má vplyv na socializáciu chorých s DMO. Majú málo sociálnych skúseností (často sú izolovaní v rodine alebo v ústavnom zariadení). Sociálny kontakt niekedy komplikujú ešte aj zmeny telesného vzhľadu a odlišnosť reakcií (hlavne mimovoľné zášklby). Zjavné postihnutie ľudí s DMO spôsobuje, že sú viac tolerovaní, na druhej strane sa od nich menej očakáva (Končeková, 2004).

Podľa M. Vágnerovej (2004), deti s DMO môžu pri normálnom intelektu navštevovať bežnú školu. Môžu sa tu však objaviť mnohé problémy pri adaptácii, hlavne vo vzťahu so spolužiakmi – kvôli významnému obmedzeniu pohybu, odlišnostiam aktívneho rečového prejavu a neadekvátnym citovým reakciám (Končeková, 2004).

Podľa M. Vágnerovej (2004), menšie skúsenosti a iná sociálna akceptácia ľudí s DMO majú za následok rozvoj určitých osobnostných črt. Sú infantilnejší, závislejší, uzavretejší, a to nie primárne v dôsledku choroby, ale sekundárne pod vplyvom inej životnej situácie, štýlu výchovy v rodine a postojov rodičov a iných ľudí. Nepriaznivé hodnotenie ľudí s DMO môže negatívne ovplyvniť sebaúctu postihnutého človeka (Končeková, 2004).

3. EDUKÁCIA DIEŤAŤA S DMO V RODINE

3.1. Rodina

Rodina (podľa Wikipédie) je biosociálna skupina tvorená aspoň jedným rodičom a dieťaťom. Je malou sociálnou skupinou, tvorenou jednotlivcami spätými manželstvom, pokrvným príbuzenstvom alebo adopciou. Roe (Košč, 1980) rozlišuje v rámci pôsobenia rodiny tieto prístupy: - *milujúce uznanie* – akceptácia je spojená s láskou, *náhodná akceptácia* - príležitostné uznávanie dieťaťa, nemiešanie sa. Roe-Siegelmann (Košč, 1980) vyslovil hypotézu, že úroveň orientácie v neskoršom živote vo všeobecnosti závisí od množstva lásky a pozornosti, ktorú dieťa dostalo od rodičov v detstve.

Podľa A. Stehlíka a kol. (1997) v zrýchlenom civilizačnom vývoji rodina stratila niektoré svoje tradičné funkcie napr. výrobnú, vzdelávaciu, poisťovaciu...tým však relatívne veľmi stúpol význam ostatných funkcií, ktoré sa ukázali ako základné a rozhodujúce. Podľa A. Stehlíka a kol. (1997) je to zaistenie citového uspokojenia všetkým členom tohoto spoločenstva a príprava dieťaťa pre život v spoločnosti. To platí pre každú rodinu, či sú v nej deti zdravé alebo nejakým spôsobom postihnuté. Informácie týkajúce sa štruktúry rodiny, vzťahov medzi členmi, ekonomickej či kultúrnej úrovne a v neposlednom rade zdravotného stavu členov rodiny majú veľký význam pri výchovnom pôsobení na deti (Kollárová, 2007, s. 9).

Členovia rodiny (podľa Wikipédie) sa riadia ustálenými vzormi správania sa, každý člen rodiny plní určitú sociálnu úlohu. Rodina má reprodukčnú, výchovnú, ekonomickú, ochrannú, emocionálnu funkciu.

Ak zoberieme do úvahy práve výchovnú funkciu rodiny osobitnú pozornosť si zasluhuje štýl výchovy. Rozlišujeme niekoľko druhov výchovných štýlov, ako uvádza Kollárová (2004, s. 89) „okrem štýlu, ktorý sa vyznačuje vyváženosťou racionálnej a emocionálnej zložky vo vzťahu k dieťaťu, možno uviesť štýly, pre ktoré je príznačná jednak nadmerná starostlivosť alebo zhovievavosť, ľahostajnosť či zanedbávanie a zavrhovanie dieťaťa.“

Všetky definície, ktoré charakterizujú rodinu majú niečo spoločné. Sociológovia, psychológovia i pedagógovia sa stotožňujú v tom, že za rodinu sa zvyčajne pokladá „*malá spoločenská skupina, zložená z dvoch členov opačného pohlavia a ich potomkov*“ (Prevendárová, 1998, s. 11).

Všeobecne je rodinné prostredie považované za jeden zo základných životných síl každého človeka. Jeho pôsobenie je osobitne významné pre rozvoj osobnosti každého dieťaťa za predpokladu, že naplňa podstatu svojho pôsobenia v pozitívnom smere (Trubíniová, 1998,1999). Život v rodine je pre dieťa najvýdatnejším zdrojom podnetov počas celého predškolského obdobia. Dieťa je za normálnych okolností veľmi pohyblivý, premenlivý, náročný živel, ktorý rodičom prináša množstvo vzrušenia a napätia. A. Stehlík a kol. (1997).

Matějček (in Mikulová, 2003, 2004) na základe bohatého štúdia detí z rôznych rodín odvodil nasledovné princípy rodinnej výchovy:

1. V rodine sú uspokojované základné potreby dieťaťa, ale rovnako aj dieťa uspokojuje základné potreby rodičov, takže ide o obojstranný vzťah.
2. Rodina je nielen biologickým dedičstvom detí po rodičoch, ale je dedičstvom celého života rodičov, vlastníctvo spoločnej minulosti, prítomnosti a budúcnosti.
3. Ďalším princípom rodinného života je spoločný čas a priestor, spolužitie v čase i priestore, prelínanie súkromia všetkých jej členov.
4. Modely sociálnych vzťahov prijímajú prirodzene, sociálne učenie vytvárajú každodenné situácie a relatívna stabilita rodičovských modelov.
5. Výchovné pôsobenie rodiny je vzájomné. Vychovávame a sme vychovávaní. Robíme druhým radosť bez zásluh, nezištne, dokážeme odpúšťať bez odčinenia.

V živote každého človeka je rodina považovaná za najvyššiu hodnotu. V prípade, že rodinu zasiahne skúška v podobe postihnutia či choroby dieťaťa ovplyvní to celé jej fungovanie, funkcie a mnohokrát i štruktúru.

3.2. Rodina so zdravotne postihnutým dieťaťom

Poznanie, že niečo nie je s dieťaťom v poriadku znamená pre väčšinu rodičov určitý otras v ich predstavách a očakávaníach. Ako uvádza Prevendárová (1998, s. 19) „zistením, že dieťa je nejakým spôsobom trvalo postihnuté, je hlboko otrasená identita rodičov, ich prania, snahy, ambície a túžby vkladané do rodičovstva i vedomie vlastnej hodnoty“. Podľa Renotierovej (2002, s 70) prijatie faktu telesného postihnutia je podmienené aj jeho typom, individuálnou charakteristikou dieťaťa, individuálnymi charakteristikami ostatných členov rodiny, štruktúrou

a organizáciou rodiny a prostredím. Tento prvý pocit sklamaní a napätia je väčšinou úmerný tomu, aký viditeľný je defekt dieťaťa (A. Stehlík a kol., 1977, s. 26).

Vstup dieťaťa do rodiny znamená veľkú zmenu v právach a povinnostiach dovtedajších členov rodiny (Bartoňová, Pipeková, 2006). Ak sa sústredíme na rodiny so zdravotne postihnutými deťmi, tak sa predovšetkým ukáže, že sú vystavené väčšiemu výchovnému zaťaženiu ako rodiny so zdravotne nepostihnutými deťmi (Bartoňová, 2005). Pre rodinu so zdravotne postihnutým dieťaťom je splnenie jej základných funkcií ťažšie, zložitejšie, náročnejšie (Stehlík a kol., 1977).

Rodina zdravotne postihnutého dieťaťa prechádza od momentu potvrdenia postihnutia (handicapu) dieťaťa niekoľkými fázami, počas ktorých sa mení postoj a vzťah k dieťaťu, a tým aj vykonávanie rôznych činností spojených s výchovou. Podľa Wikipédie sú to fázy:

- neakceptovania zdravotného postihnutia, keď rodičia neveria, že ich dieťa je zdravotne postihnuté, vyvarujú sa situáciám, kedy by ich dieťa mohlo prísť do styku so svojimi vrstovníkmi, aby nemuseli porovnávať;

- vyvíja sa pocit viny, ľútosť a smútok, pocit „podvedenosti“, strach z budúcnosti, uzavretosť, často i nenávisť voči dieťaťu, a ak ho umiestnia v špeciálnom zariadení, tak pociťujú vinu a sebaobviňovanie;

- získavajú nové skúsenosti ako zaobchádzať s dieťaťom. Dokážu postupne oddeliť zmysel svojho života od zmyslu života dieťaťa, snažia sa študovať literatúru, kontaktovať sa s rodičmi rovnako postihnutých detí, pomaly začínajú mať predstavu o ďalšom postupe a svoje dieťa milujú také, aké je, akceptujú ho (Zubová, 1995, s. 75-76).

„Nadmerné ochraňovanie, ľutovanie zo strany rodičov brzdí dieťa v rozvoji samostatnosti, v sociálnych kontaktoch, stravovaní, obliekaní“ (Hudáčková, 2001, s. 100). Ak takýto postoj rodičia neprekonajú, naruší sa rovnováha celého rodinného systému bez potrebnej opory pre postihnuté dieťa“ (Renotierová, 2002, s. 69).

Podľa Featherstona zdravotne postihnuté dieťa zasahuje štruktúru manželstva 4 rozličnými spôsobmi:

- vzbudzuje silné city u oboch rodičov, koncentruje na seba maximum pozornosti
- zdravotne postihnuté dieťa predstavuje pre rodičov často symbol zlyhania

- zdravotne postihnuté dieťa narúša organizáciu a chod domácnosti
- zdravotne postihnuté dieťa a problémy späté s jeho výchovou a opaterou sú živnou pôdou pre manželský konflikt.

Ako uvádza Blažek (1988, s. 37) „zdravotne postihnuté dieťa môže rodinu tak narušiť, ako aj zomknúť“.

Podľa Stehlíka a kol. (1977, s. 130) majú rodičia so svojim zdravotne postihnutým dieťaťom viac práce, viac ošetrovania, ale hlavne viac starostí a viac úzkostlivého napätia.

Obdobie, keď sa rodina dozvie, že dieťa je zdravotne postihnuté, je pre ňu jedno z najnáročnejších životných období. Ďalšie faktory, ktoré zvyšujú rodinný stres - *zvýšená finančná záťaž* (liečba, rehabilitácia, ale aj výdavky na dopravu, jedlo apod.) *zvýšená časová záťaž* (nielen návštevy lekárov, kontroly, hospitalizácie, ale aj väčšie množstvo času vynaložené na zvládnutie hygieny, obliekanie, stravovanie a pod.), *sociálna izolácia* manželov od ďalšej rodiny, príbuzných, priateľov, známych. (Stehlík a kol. 1977).

Hlavné princípy vo výchove dieťaťa sú (Bartoňová 2004, 2005, Pipeková 2004, 2006, Pipeková in Vítková 2003, s. 102-116):

- Vedľa telesnej starostlivosti a pravidelnej lekárskej starostlivosti potrebuje dieťa výchovu.
- Výchova dieťaťa s postihnutím nie je iba možná, ale veľmi dôležitá.
- Je potrebné začať tak skoro, ako je to len možné.
- Výchova musí byť v súlade s psychickým vývojom dieťaťa.

V rodine si dieťa osvojuje informácie tradičným spôsobom, t.j. priamou účasťou na činnostiach, na chode rodiny, ale aj odovzdávaním informácií pri bežnom dennom kontakte, pri práci, odpočinku a hrách, keď sa dozvedá o povolaniach, ktoré nemusí poznať z vlastnej a praktickej činnosti (Bubelíni, 1981).

Na základe analýzy psychosociálnych charakteristík bolo definovaných päť typov rodín so zdravotne postihnutým dieťaťom (Mink, 1984, s. 115):

Kohézná rodina - má najlepšie predpoklady na dobré zvládanie záťažových a stresových situácií. Dieťa v takejto rodine dostáva starostlivosť, ale aj stimuláciu a emocionálnu podporu.

Rodina orientovaná na riadenie a kontrolu - je charakteristická hierarchickou organizáciou a rigidnými pravidlami či postupmi, pričom sa kladú na dieťa vysoké požiadavky a často sa používajú aj telesné tresty.

Rodina málo otvorená - odmieta sociálnu podporu v rámci širšej alebo užšej komunity. Rodina sa izoluje s vedomím, že problém si môže riešiť iba sama.

Rodina orientovaná na dieťa - podobná kohéznej rodine. Stimuláciou a emocionálnou podporou, ktorú poskytuje, vytvára sebadôveru u detí, čo je základný predpoklad pre ich správnu motiváciu bojovať so svojím handicapom a tak sa vyvíjať. Pri tomto type rodiny však môže vzniknúť aj nebezpečie nadmernej, úzkostlivej starostlivosti, keď sa dieťaťu neumožní rozvoj samostatnosti aj nebezpečie nadmerných prejavov lásky, podriadenie sa želaniam dieťaťa, ktoré si uvedomuje svoje výnimočné postavenie a môže ho zneužívať, čím sa u neho pestuje nadmerný egoizmus až agresivita voči svojmu okoliu.

Rodina s nízkou morálkou - prejavuje ľahostajnosť až ignorantstvo k potrebám dieťaťa. Takáto rodina sa ihneď snaží previesť zodpovednosť za výchovu na špeciálnu inštitúciu.

V predškolskom období rodičia – v ideálnom prípade – pod vedením profesionálov pripravujú svoje dieťa na život. Zdravotne postihnutí jedinci sa líšia vzhľadom, somatickým, motorickým, psychickým vybavením i osobnostnými črtami. Odlišná psychopedická prognóza určuje aj program, obsah, tempo, postup, metódy formy a prostriedky nápravy, výchovy a vyučovania (Bajo, Vašek, 1994).

4. EDUKÁCIA ZDRAVOTNE POSTIHNUTÉHO DIEŤAŤA V SPOLOČNOSTI

4.1. Historický pohľad

Hoci na Slovensku má inštitucionalizovaná starostlivosť o deti a mládež so špeciálnymi edukačnými potrebami pomerne bohatú históriu a dlhoročnú tradíciu môžeme konštatovať, že starostlivosť o zdravotne postihnutých ľudí v minulosti bola len sporadická. Systematická starostlivosť sa začala uplatňovať až v 19. storočí. V porovnaní so záujmom spoločnosti o telesne, zrakovo a sluchovo postihnutých ľudí bol záujem všeobecne vyšší ako o mentálne postihnutých ľudí. Pozornosť sa venovala zväčša nápadným postihnutiam, ľahšie mentálne postihnutia, ktorých je väčšina, pozornosti unikali (J. Hučík, 2007).

Aj dnes existujú problémy so selekciou do špeciálno-pedagogickej starostlivosti. Problémy vyplývajú najmä z nejednotnosti názorov na možnosti socializácie týchto osôb. (J. Hučík, 2007).

Na Slovensku sa starostlivosť o zdravotne postihnutých začala z hľadiska prípravy rozvíjať až koncom 19. storočia. Začiatkom 20. storočia plnili pri socializácii zdravotne postihnutých úlohu rozličné spolky a dobročinné spoločnosti, ktoré podporovali vznik ústavov, pripravujúcich chovancov na praktický život. Rehabilitačné ústavy vznikali hlavne za druhej svetovej vojny a po jej skončení, ako dôsledok veľkého množstva vojnových invalidov. „Práve komplexná rehabilitácia mala týchto jedincov navrátiť do pracovného procesu“ (Renotierová, 2002, s. 12).

V 60. rokoch bola špeciálna pedagogika veľmi mladou disciplínou pedagogických vied a hoci bol pre ne príznačný rozvoj osobitných škôl a osobitných učňovských škôl, tieto školy sa stretávali s niektorými nedostatkami. Školy a učebné odbory v nich boli rozložené nerovnomerne, fungovali často v nevyhovujúcich podmienkach. Výrazným medzníkom v profesijnej príprave zdravotne postihnutých bol „Školský zákon č. 31/1953 Zb.“, ktorý pripravil legislatívnu pôdu pre vznik osobitných škôl pre zdravotne postihnutých.

Obdobie umiestňovania postihnutých detí a jedincov do štátnych zariadení, ktoré síce ponúkali štandardnú starostlivosť, no však často ich izolovali od rodiny a spoločnosti sa končí spoločenskými zmenami v roku 1989. Do roku 1989 bola integrácia vnímaná ako očakávaný

výsledok resp. cieľ komplexnej špeciálno-pedagogickej starostlivosti, zatiaľ čo po roku 1989 je prezentovaná ako proces zameraný na dosiahnutie stanoveného cieľa a zároveň aj ako samotný cieľ starostlivosti o jednotlivca so špeciálnymi edukačnými potrebami (O. Németh, 2010).

So socializáciou vnímanou ako výstup špeciálno-pedagogického pôsobenia sa môžeme stretnúť už v prácach V. Gaňu (1962), V. Predmerského (1961), Sováka (1972), Edelsbergera (1978), Čajku (1986) a ďalších autorov. Postupne sa prijímajú medzinárodné dohovory a úprava legislatívy umožňuje zdravotne postihnutým bežný život nielen medzi blízkymi, v rodine, ale i v celej spoločnosti.

Od roku 2006 začínajú pedagogickí zamestnanci vzhľadom na dôslednejšie uskutočňovanú špeciálno-pedagogickú diagnostiku upravovať základnú pedagogickú dokumentáciu. (J. Hučík, 2007). Z prieskumov Inštitútu práce a rodiny vyplýva, že na Slovensku k septembru 2006 bolo približne 2/3 (vyše 31 000) detí so zdravotným postihnutím vzdelávaných v špeciálnych materských, základných a stredných školách alebo špeciálnych triedach bežných škôl. (K. Repková, 2007). Zvyšok (vyše 16 000) detí so zdravotným postihnutím bol vzdelávaný formou individuálnej integrácie.

4.2. Špeciálne základné školy

Špeciálne základné školy poskytujú žiakom so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami, ktorí sa z dôvodu zdravotného postihnutia nemôžu vzdelávať v bežných základných školách, výchovu a vzdelávanie spôsobom primeraným ich postihnutiu. Zriaďujú sa spravidla ako školy pre žiakov s jedným druhom zdravotného postihnutia. Vzdelávanie v nich sa uskutočňuje diferencovane podľa stupňa zdravotného postihnutia jednotlivých žiakov.

Všeobecne platí, že do špeciálnych škôl sa zaraďujú žiaci s takými rozumovými nedostatkami (J. Hučík, 2007, s. 14), ktoré im znemožňujú úspešne absolvovať školy poskytujúce ucelené základné vzdelanie. Do uvedeného pásma patrí aj početná skupina osôb, ktoré nemožno zaradiť do kategórie mentálnej retardácie, ale ktoré ani v najmenšom prípade nedosahujú priemernú mentálnu úroveň. Väčšinou ide o osoby z výchovne a zo sociálne málo podnetného prostredia – duševne infantilné osoby, osoby s poruchami vedomia, **s detskou mozgovou obrnou**, s ľahkou mozgovou dysfunkciou, osoby neurotické, choré, fyzicky oslabené a osoby s poruchami percepcie (J. Hučík, 2007, s. 15).

4.3. Osobitosti organizácie v špeciálnych školách

Špeciálne školy sa zriaďujú pre najmenej desať žiakov a zrušujú sa, ak klesne počet žiakov pod osem. V odôvodnených prípadoch možno školu ponechať v prevádzke aj pri nižšom počte žiakov. Triedu špeciálnej školy možno zriadiť pre najmenej štyroch žiakov.

Vzdelávanie žiakov v špeciálnej základnej škole pre žiakov s mentálnym postihnutím sa uskutočňuje diferencovane podľa stupňa postihnutia žiakov v troch vzdelávacích variantoch:

- žiaci s ľahkým mentálnym postihnutím sa vzdelávajú podľa učebných plánov a učebných osnov vzdelávacieho variantu A. Deti dokážu úspešne ukončiť štúdium a môžu ísť ďalej do učilišťa.
- žiaci so stredným mentálnym postihnutím sa vzdelávajú podľa učebných plánov a učebných osnov vzdelávacieho variantu B. Deti môžu len úspešne ukončiť ŠPŠ a potom môžu ísť do praktickej školy cca na 2 roky, nemôžu však potom samostatne pracovať.
- žiaci, ktorých nemožno vzdelávať podľa vzdelávacieho variantu A alebo B, sa vzdelávajú podľa individuálnych vzdelávacích programov – vzdelávací variant C. Deti môžu len ukončiť štúdium ŠPŠ a potom idú do domova alebo sa o nich starajú rodičia. Keďže nemôžu byť zamestnaní dostávajú dôchodok mladosti, ktorý za nich poberá buď rodič alebo riaditeľ domova. (Vašek, 2006).

4.4. Mentálna retardácia

Mentálna retardácia je súhrnné označenie vrodeného postihnutia rozumových schopností, ktoré sa prejavia neschopnosťou porozumieť svojmu okoliu a v požadovanej miere sa mu prispôbiť (Matulay, 1986). Mentálna retardácia je vrodená a trvalá, napriek tomu, že je v závislosti na etiológii a kvalite stimulácie možné určité zlepšenie (Vágnerová, 2004). Z psychologického aspektu sa pri mentálnom postihnutí osobitne zdôrazňuje znížená inteligencia a miera zníženia sa vyjadruje pomocou IQ, pričom sa venuje pozornosť aj nedostatočnej sociálnej kompetencii takto postihnutých osôb (Vašek, 2001, s. 12). Ako uvádzajú Bajo, Vašek (1994), Sovák (1978), Gaňo (1968), Gaňo (1968) a Švarcová (2000) mentálna retardácia môže byť podmienená organicky alebo sociálne.

Švarcová (2000) uvádza klasifikáciu MR tak, ako je uvedená v 10. revízii *Medzinárodnej klasifikácii chorôb*, spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve. Táto klasifikácia popri ľahkej MR (F70), stredne ťažkej MR (F71), ťažkej MR (F72) a hľbokej MR (F73) rozdeľuje MR ešte na inú MR (F78) a nešpecifikovanú MR (F79). Uvedená klasifikácia neobsahuje kategóriu „mierna MR“, podľa ktorej ide o také zníženie rozumových schopností, ktoré nesúvisí s organickým poškodením mozgu, v ktorého dôsledku by sa psychika MP jedincov nemohla normálne vyvíjať, ale býva zapríčinená inými faktormi (genetickými, sociálnymi a ďalšími). Takýchto jedincov nepovažuje za mentálne postihnutých.

Jakabčic a Požár zovšeobecnilí charakteristiku MR takto:

- Ide o oneskorenie duševného vývinu.
- Je to trvalý stav.
- Je to nemenný stav.
- Je to stav, ktorý sa nemôže zlepšiť samostným vývinovým procesom.

Klasifikácia mentálnej retardácie podľa WHO z roku 1992 (in Švarcová):

Tabuľka 1 Škála úrovnne rozumových schopností

Mentálna retardácia	Zaužívaný termín	Bližšie určenie
hľboká (IQ pod 20)	hľboká idiocia	-
ťažká (20 – 34)	jednoduchá idiocia	-
stredná (35 – 49)	imbecilita	ťažká (35 -39) stredná (45 – 49) ľahká (45 – 49)
ľahká (50 – 70)	debilita	ťažká (50 – 56) stredná (57 – 63) ľahká (64 – 70)
hraničné pásmo mentálnej retardácie (71 – 85)	Výrazná zaostalosť (obmedzenosť) ľahká zaostalosť(tuposť)	(71 – 77) (78 – 85)

Bajo, Vašek (1994) uvádzajú, že pojmy debilita, imbecilita a idiocia postupne nadobudli pejoratívny charakter, a tak boli oficiálne nahradené pojmami ľahká (stupeň ľahká alternuje s termínom mierna), stredná, ťažká a hlboká MR.

Gregušová (2004, s. 12) si myslí, že delenie v psychopédii, ako ho uvádzajú Bajo, Vašek (1994), t. j. na *oligofréniu, demenciu, sociálne podmienenú MR*, podľa etiológie a delenie na typ *eretický, apatický*, prípadne *nevyhraný* podľa reaktivity je popri stupňoch najdôležitejšie.

Žiaci s **ľahkým mentálnym postihnutím** sa vzdelávajú podľa učebných plánov a učebných osnov vzdelávacieho **variantu A**. Učebné osnovy pre variant A uvádzajú ako cieľ výchovy a vzdelávania mentálne postihnutých žiakov rozvíjanie individuálnych schopností a predpokladov tak, aby:

- si osvojili vedomosti, zručnosti a návyky potrebné pre ich profesionálnu prípravu,
- si vedeli vytvoriť správne postoje a dobrý vzťah k ostatným ľuďom, k sebe samému a k životnému prostrediu,
- boli pripravení na praktický život tak, aby sa mohli integrovať do spoločnosti a stali sa jej prirodzenou súčasťou.

Bajo a Vašek, (1994) uvádzajú, že dieťa, osoba s **ľahkým stupňom mentálnej retardácie** má čiastočne narušený neuropsychický vývin (dochádza k čiastočne obmedzenému alebo oneskorenému rozvoju v senzomotorickej – zmyslovopohybovej oblasti). Celkovo je znížená kvalita a aktivita psychických procesov, nerovnomerný rozvoj psychických funkcií (pomalšie myslenie, chápanie, učenie sa).

Podľa J. Hučíka (2007) myslenie je konkrétne, názorné (najlepšie chápajú to, čo vidia alebo zažívajú), mechanické (viac-menej sa viaceré veci naučia mechanicky tak, ako ich počujú, ale nerozumejú im tak, ako bežný človek). Osoba s LMR dosahuje postupom času štádium abstraktného myslenia (chápe pojmy, ktoré nemajú konkrétnu podobu, napr. ďaleko, blízko...), ale logické myslenie chýba, poznatky nevedia v praxi dobre uplatniť. Ľahko retardovaným deťom veľmi prospieva výchova a vzdelávanie zamerané na rozvoj zručnosti a na kompenzáciu nedostatkov (Švarcová, 2000).

Bajo a Vašek, (1994) uvádzajú, že deti s LMR sú vychovávateľné a vzdelávateľné v špeciálnych základných školách, odborných učilištiach, pričom ich sociálna prognóza (predpoveď začlenenia sa do spoločnosti, bežného života, ako i budúceho pracovného uplatnenia) s určitými obmedzeniami vyplývajúcich z LMR je priaznivá. Majú predpoklad na vykonávanie určitého povolania spočívajúceho v manuálnej činnosti (práca rukami) pod dohľadom iných osôb prihliadajúc na stupeň MR (Švarcová, 2000).

Žiaci so stredným mentálnym postihnutím sa vzdelávajú podľa učebných plánov a učebných osnov vzdelávacieho **variantu B**.

Ján Hučík (2007) definuje **strednú mentálnu retardáciu** v pásme IQ 35-49, dieťa zaostáva v somatickom a neuropsychickom vývine a výrazne v motorike. Obmedzený neuropsychický vývin v senzomotorickej oblasti je vývin čiastočný. Nápadné sú poruchy jemnej motoriky (problém v činnostiach vyžadujúcich si drobné pohyby rúk a prstov). Myslenie je na úrovni konkrétnej, názornej, chápe len to, čo vidí, čoho sa dá dotknúť, prípadne čo zažil (Bajo, Vašek, 1994). Oneskorená je schopnosť starať sa sám o seba – samoobsluha (Bajo, Vašek, 1994).

Špeciálne vzdelávacie programy môžu poskytnúť postihnutým príležitosť na rozvíjanie obmedzeného potenciálu a získanie základných vedomostí a zručností (Švarcová, 2000). Verbálny prejav je obmedzený, chudobný, agmatický, nesprávne artikulovaný (Renotierová, 2003). U jednotlivcov so stredným mentálnym postihnutím zistíme organickú etiológiu, býva prítomný detský autizmus alebo iná pervazívna vývojová porucha (Švarcová, 2000).

V tabuľke 2 uvádzame Učebný plán špeciálnej základnej školy pre žiakov s mentálnym postihnutím so vzdelávacím variantom B.

Tabuľka 2 Učebný plán SZŠ - vzdelávací variant B

Zložky výchovy	Stupne									
	nižší			stredný			vyšší		pracovný	
	Ročníky									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
Zmyslová výchova	1	1	1							
Rozumová výchova	8	8	8	11	11	11	10	10	10*	10*
Vecné učenie	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3
Čítanie	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Písanie	1	1	1	2	2	2	2	2	1	1
Počty	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3
Rozvíjanie reči	1	1	1	1	1	1				
Pracovná výchova	5	5	5	5	5	5	7	7	8*	8*
Estetická výchova	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Telesná výchova	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Rečová výchova	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Spolu	23	23	23	25	25	25	26	26	27	27
Náboženská výchova	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Etická výchova				1	1	1	1	1	1	1
Záujmové krúžky	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

Učivo jednotlivých zložiek sa prelína, nedá sa striktne oddeliť. Preto aj počet hodín je len orientačný, ukazuje, v akom pomere sa má venovať pozornosť obsahu týchto zložiek. V pracovnom stupni možno urobiť úpravu učebného plánu v predmetoch označených jedničkou.

Žiaci, ktorých nemožno vzdelávať podľa vzdelávacieho variantu A alebo B, sa vzdelávajú podľa individuálnych vzdelávacích programov – vzdelávací variant C.

Podľa Ďuriča, L. a kol. (1992) celkovo je možné v stručnosti vývin dieťaťa, osoby s **ťažkým stupňom mentálnej retardácie** charakterizovať častými príznakmi detskej mozgovej obrny (DMO) a epileptickými prejavmi. Prítomná je aj značná fybová neobratnosť, ťažšie prípady sa nenaučia chodiť ani dodržiavať telesnú čistotu a je potrebné celoživotne sa o ne starať. Narušené môže byť aj vnímanie základných telesných pocitov – napr. pocit hladu, smädu, bolesti, psychický vývin je vo veľkej miere obmedzený (všetky psychické funkcie sa vyvíjajú veľmi pomaly a veľmi obmedzene). Majú problémy s pozornosťou a sústredením sa. Majú

predpoklady na to, aby si osvojili a naučili sa aspoň základy sebaobsluhy a jednoduchých činností pod dohľadom.

Osoby s **mentálnou retardáciou hlbokého stupňa** nie sú vzdelávateľné, ani prakticky vychovávateľné, nenavštevujú školy a sú klientmi špeciálnych ústavných zariadení, nakoľko sú odkázaní na celoživotnú pomoc a starostlivosť zo strany iných osôb. Zvyčajne sú osoby s mentálnou retardáciou hlbokého stupňa umiestňované v ústavoch sociálnej starostlivosti.

Medzi mentálnou retardáciou a inteligenciou sa nachádza pásma, ktoré sa nazýva a označuje termínom **hraničné pásma**. Sem spadá pomerne veľké množstvo ľudí, ktorých nie je možné jednoznačne začleniť ani do kategórie ľudí s úplne normálnym intelektom, ale ani do kategórie mentálnej retardácie. Je to teda akýsi medzistupeň, pretože jedinci, ktorých sem zaraďujeme síce vykazujú nižšiu inteligenciu než je priemer, no nie je to tak nízko, aby spadali na úroveň mentálnej retardácie. Hraničné pásma mentálnej retardácie IQ = 85 – 70.

Bajo, Vašek, (1994) uvádzajú: „deti sú zdravé, ale sú v špeciálnych triedach, pretože sú nepokojné až hyperaktívne, majú psychomotorický neklud, sú mentálne postihnuté, ale nie retardované. Ich školské výkony nie sú zlé, niektoré sú dokonca nadpriemerné. Časom sa stav týchto detí upraví a sú začlenené medzi ostatné deti.“

Uvedené škály mentálnej retardácie sú umelo vytvorené a medzi jednotlivými stupňami nie sú presné hranice, ale jednotlivé stupne prechádzajú jeden do druhého. Práve na hraniciach medzi stupňami boli vždy problémy pri selekcii a zaraďovaní dieťaťa do príslušného psychopedického zariadenia alebo školy (Bajo, Vašek, 1994). Špecificky sa to týka práve detí s intelektom v **hraničnom pásme**, ktoré boli tiež vo väčšine prípadov zaraďované do špeciálnych škôl .

V súčasnosti slovenská legislatíva nedefinuje v bodovom vyjadrení, kedy dieťa má byť a kedy ešte nemá byť zaradené do špeciálneho vzdelávania pre mentálne postihnutých. Avšak výklad ministerstva školstva smeruje k tomu, že hraničné pásma nie je mentálne postihnutie a teda deti s intelektom v hraničnom pásme majú byť vzdelávané v bežných základných školách.

Dĺžka vzdelávania v jednotlivých špeciálnych školách je rôzna, podrobnosti upravuje vyhláška o špeciálnych školách. Pri výchove a vzdelávaní žiakov so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami môže pôsobiť aj asistent učiteľa.

4.5. Vzdelávací program

Pri výchove a vzdelávaní detí so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami sa postupuje podľa vzdelávacích programov, ktoré súvisia s jednotlivým druhom postihnutia, znevýhodnenia . Tieto vzdelávacie programy rešpektujú špeciálne výchovno-vzdelávacie potreby žiakov a sú súčasťou štátnych vzdelávacích programov pre jednotlivé stupne vzdelávania.

Napr. v zmysle § 94 ods. 2 písmeno k) sa pri výchove a vzdelávaní detí a žiakov s viacnásobným postihnutím postupuje podľa vzdelávacieho programu pre deti a žiakov s viacnásobným postihnutím.

V zmysle § 94 ods.1 a § 2 písmeno s) zákona č. 245/2008 Z.z. o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov sa výchova a vzdelávanie detí a žiakov s viacnásobným postihnutím uskutočňuje v špeciálnej škole, v špeciálnej triede v základnej škole alebo v školskej integrácii.

Ak sa v priebehu školského roka prejaví, že výchovno-vzdelávacie výsledky žiaka so zdravotným znevýhodnením, ktorého individuálny vzdelávací program zahŕňa aj úpravu obsahu vzdelávania niektorého vyučovacieho predmetu, nie sú uspokojivé a žiak nespĺňa potrebné kritériá na jeho súhrnné hodnotenie lepším klasifikačným stupňom ako nedostatočný, je potrebné neodkladne prehodnotiť a upraviť obsah, resp. formu jeho vzdelávania v súčinnosti so špeciálnym pedagógom a psychológom. Takýto žiak nemá opakovať ročník z tých vyučovacích predmetov, v ktorých majú na jeho neúspešnosť vplyv dôsledky jeho diagnózy. Ak sa na prospechu žiaka okrem jeho zdravotného znevýhodnenia podieľa významnou mierou viac faktorov, k hodnoteniu a klasifikácii stupňom nedostatočný je možné pristúpiť, avšak len po odbornom posúdení a odporúčení tohto postupu príslušným poradenským zariadením.

II. EMPIRICKÁ ČASŤ

V tejto časti sme sa zamerali na edukáciu zdravotne znevýhodneného 11- ročného dievčaťa a zároveň žiačky so špeciálnymi výchovno-vzdelávacími potrebami s cieľom zistiť, či jej vzdelávanie napreduje a prognózu jej ďalšieho vzdelávania.

5. KAZUISTIKA KONKRÉTNÉHO DIEŤAŤA S DMO

Cieľom tejto práce je poukázať na vývin dieťaťa s diagnózou DMO od narodenia až po súčasnosť.

Dieťa sme sledovali v priebehu školského roku metódou pozorovania v škole a v rodine metódou rozhovoru s rodičmi, pedagógmi a dieťaťom, štúdiom posudkov a použili sme kazuistické štúdium prípadu. Konzultovali sme niektoré dôležité etapy života Dušany s detským lekárom, ktorý nám poskytol dôležité informácie, dostali sme súhlas nahliadnúť do zdravotnej karty, pedagógovia nám ochotne odpovedali v rámci možností na naše otázky. Tieto informácie sme spracovali so súhlasom rodičov.

Rodinná anamnéza:

Rodina je štvorčlenná. Otec má 43 rokov, živnostník, matka 39 rokov v domácnosti - stará sa o postihnuté dieťa, ktoré potrebuje sústavnú starostlivosť. Sestra 17 rokov, žiačka 2. ročníka gymnázia. U rodičov, príbuzných neboli žiadne dedičné, či vážne choroby. Ekonomické zabezpečenie priemerné. Rodina býva v meste, v panelákovom dome, kde má Dušana svoju izbu. Rodina má auto. Rodinné prostredie je veľmi dobré. Rodina žije usporiadaným životom, výchova je jednotná voči obidvom deťom, racionálno-emocionálny štýl výchovy. Rodičia obe deti milujú a starajú sa o ne s láskou. Chodia do školy upravené, každý deň majú čisté oblečenie, nosia adekvátne desiaty. Spolupráca rodičov s odborníkmi, učiteľmi je veľmi dobrá. Nekonfliktné rodinné prostredie je prínosom najmä pre ďalší vývoj Dušany.

Osobná anamnéza:

Meno: Dušana H.

Fyzický vek: 11 rokov

Pohlavie: ženské

Dušana je dieťa z druhého tehotenstva, narodila sa koncom šiesteho mesiaca. Mala nízku pôrodnú váhu, vážila len 950g a merala 32 centimetrov. Hneď po narodení prekonala kriptogénnu sepsu, bola lekárom kriesená z dôvodu asfyxie. Piaty deň po narodení nastalo krvácanie do mozgu, zvýšil sa krvný tlak a nastalo liečenie v inkubátore, kde zostala 2 mesiace. V inkubátore bola napojená na ventilátor. Vzhľadom na sono nález CNS, bola zahájená liečebná rehabilitácia. Diagnóza znela detská mozgová obrna (DMO) – spastická hemiparetická forma so stuhnutím svalov oboch ľavých končatín. Po vybraní z inkubátora zistili, že sa dieťaťu sietnica odlupuje od očí a bola prevezená na retinopatiu do Bratislavy, kde strávila jeden mesiac.

V prvom roku veku bola u nej diagnostikovaná definitívna forma DMO. V tomto období sa porucha začína fixovať a stáva sa trvalou. Rodina bola v situácii dlhodobého stresu, uvedomili si, že poškodenie ku ktorému v centrálnej nervovej sústave došlo z akejkoľvek príčiny je definitívne a nedá sa odstrániť. Jediné čo mohli zmeniť boli následky vzniknuté na podklade tejto centrálnej poruchy mozgu. Dušana absolvovala nespočetné vyšetrenia, kontroly a rehabilitácie.

Od ôsmich mesiacov jedenkrát do týždňa navštevovala rehabilitačné a terapeutické centrum v Olomouci, kde prebiehala rehabilitácia hybných porúch Vojtovou metódou. Tu sa matka pod odborným vedením rehabilitačného lekára učila cvičiť Vojtovú metódu, ktorá sa ukázala ako účinná metóda na Dušanin motorický vývoj. Rehabilitácia dieťaťa touto metódou pokračovala aj po návrate do domáceho prostredia. Rehabilitačné cvičenia Vojtovou metódou Dušana absolvovala 4-5 x denne. Najdôležitejšie výsledky sa dostavili v troch rokoch veku dieťaťa, kedy Dušana začala samostatne chodiť.

V štyroch rokoch dostala prvý epileptický záchvat, záchvaty sa pravidelne opakovali každý týždeň, kým sa nenastavila správna liečba. Bola liečená medikamentami a infúziami. Matka s ňou pravidelne chodila na kontroly, niekoľkokrát do roka, absolvovala konzultácie a pohovory s lekármi, psychológmi, pedagógmi a rehabilitačnými pracovníkmi najmä na klinike v Brne na neurologickom oddelení.

Po piatich rokoch bol stav Dušany stabilizovaný, epileptické záchvaty sa objavovali zriedkavejšie, ale zostala naďalej na liekoch a pod dohľadom lekárov. Počas liečby, napriek

čiasťkovým úspechom sa oneskoril mentálny vývoj dieťaťa a neistota rodičov ohľadom prognózy s možnosťou mentálneho postihnutia dieťaťa sa zvyšovala. Nakoniec sa obavy rodičov potvrdili a k diagnóze DMO sa pridružila diagnóza ľahká mentálna retardácia (LMR). Dušana bola síce neposedná, ale na požiadavky lekára reagovala dobre. Keď mala štyri a pol roka začala používať jednotlivé slová, hovorenému slovu rozumela iba čiastočne. Kultúrno-hygienické návyky mala primerané, mala osvojený hygienický štandard, ovládala základné pravidlá slušného správania sa. Pri sebaobslužných prácach potrebovala pomoc dospelého ako dôsledok svojho postihnutia .

Edukácia:

V štyroch rokoch nastúpila do očného stacionára, ktorý navštevovala 5 x do týždňa štyri hodiny počas dvoch rokov. Predprimárne vzdelávanie začala v septembri 2007 v MŠ Lietavská Lúčka. Tam absolvovala edukačný proces 5 krát do týždňa, štyri hodiny denne bez matky. Ťažkosti spôsobené odlúčením od matky sa objavili iba na začiatku školského roka. Aj naďalej bola Dušana sledovaná v pedagogicko-psychologických poradniach.

V MŠ tvorila vety, slovná zásoba bola chudobnejšia, nerozumela slovám a výrazom z oblasti živej a neživej prírody. Rozprávala o zážitkoch z domáceho a školského prostredia, najmä o subjektívne zaujímavých témach. Kontakt v novom prostredí nadviazala bez ťažkostí, bola prirodzená, dôverčivá. Pri práci sa prejavovala detská zvedavosť a tvrdohlavosť, niekedy až negativizmus. Typická bola rýchla zmena záujmov, dospelého rešpektovala iba do istej miery. Pasívne a váhavé plnenie zadávaných pokynov zapríčinila skorá unaviteľnosť. Ukázali sa aj problémy v jemnej motorike – prítomný pinzetový úchop pri obliekaní a pri manipulácii s drobným materiálom. Napr. pri strihaní potrebovala pomoc. Určité problémy sa vyskytli aj v grafomotorike, kresba bola primeraná veku, málo rozvinutá, prítlak na podložku slabší, mala nesprávnu rotáciu ruky. Dokázala postrehnúť ohraničený priestor, pri vymaľovaní jednoduchého obrázka dodržovala kontúry predlohy. Pri manuálnych zručnostiach preferovala pravú ruku. Školská dochádzka bola odložená o jeden rok z dôvodu zdravotného postihnutia a z dôvodu absolvovania liečebných pobytov v kúpeľoch.

Školský rok 2008-2009

Začiatok plnenia povinnej školskej dochádzky v špeciálnej základnej škole bol v septembri 2008. Po psychotestoch v pedagogicko-psychologickej poradni bola Dušana zaradená do Špeciálnej základnej školy J.Vojtašáka v Žiline – variant A so špeciálno-pedagogickou

poradňou. V súčasnosti je to Centrum špeciálno-pedagogického poradenstva pri špeciálnej základnej škole, kde je deťom k dispozícii psychopéd, somatopéd, logopéd, liečebný pedagóg, psychológ, sociálny pracovník, fyzioterapeut a poradca pre predprimárne vzdelávanie.

V prvom roku školskej dochádzky po dvoch mesiacoch pozorovania triedna učiteľka zhrnula výchovno-vzdelávacie výsledky. Žiačka sa rýchlo prispôsobila školským povinnostiam a novému školskému prostrediu, snažila sa plniť školské povinnosti. S deťmi nadviazala kontakt bez ťažkostí, v triede bola obľúbená. Úroveň perцепčno-motorickej koordinácie - chôdza kolísavá, neistá, vyhľadáva oporu, pohyby menej koordinované, neobratné. Dobre si osvojila predpísané tvary písmen, číslíc, grafomotorika veľmi dobrá. Pracovná aktivita – vyžadovala si spomalené pracovné tempo, ľahko unaviteľná, vyžadovala si aktiváciu, povzbudenie k dokončeniu úloh, o učenie prejavovala záujem. Komunikačnú schopnosť precvičovala s logopédom. Čo sa týka rozumovej úrovne zadávané úlohy riešila formou pokus-omyl, pri riešení bola nesamostatná. Absentovali poznatky z oblasti živej a neživej prírody, predmatematické predstavy pojmy – veľa, málo, pred, za hore, dole priradovávala s chybami, problematická bola jej orientácia v čase a priestore, nevedela pomenovať farby, geometrické tvary. Nezvládla jednoduché skladačky, pri riešení úloh potrebovala pomoc, detaily a rozdiely si nevšímala. Zvládla postaviť vysokú vežu z kociek. Zaspievala časť detskej pesničky.

Školský rok 2009 - 2010

V druhom ročníku pracovala podľa individuálneho vzdelávacieho plánu (IVP), ktorý bol vytvorený pedagogicko-psychologickou poradňou za spolupráce s triednou učiteľkou, výchovným poradcom a asistentkou pedagóga. V priebehu druhého ročníka začala dosahovať výborné výsledky. *Čítanie* – v poznávaní písmeniek pokročila o veľký kus dopredu. Aj skladanie slabík a čítanie sa začalo zlepšovať. Naučila sa ďalšie písmená a funkciu spojky medzi obrázkami (bábika a kočiarič, psíček a mačička, atď.). *Písanie* - naučila sa písať písanými písmenami. V písaní sa pokračovalo v rozvíjaní jemnej motoriky a grafomotoriky. Za týmto účelom Dušana vytrhávala, vystrihovala a skladala papier, modelovala, navliekala gorálky, pracovala za asistencie pedagóga s rôznymi stavebnicami. Dušana bola milá a prívetivá k všetkým učiteľom, ba čo viac aj k ostatným zamestnancom. Učiteľky väčšinou oslovovala krstnými menami a často používala zdobneliny mien. Keď niečo vyvedla a bola napomenutá, zarazila sa, zosmutnela a bolo vidieť, že ju to mrzí a snažila sa situáciu pokiaľ možno rýchlo vyriešiť. Bola schopná

ospravedlniť sa. Niekedy však v podobných situáciách doma s matkou mala agresívne prejavy. Bola hodnotená formou slovného hodnotenia. Veľkou výhodou pri všetkých činnostiach s Dušanou je tá skutočnosť, že školu navštevuje veľmi rada, bez väčších problémov sa pohybuje v kolektíve detí a snaží sa bez odvrávania plniť všetky zadané úlohy, ktoré dostane. V tomto smere nastal veľký pokrok oproti predchádzajúcemu ročníku. Učivo jednotlivých zložiek sa prelínalo, na hodinách čítania absolvovala prípravné cvičenia súvisiace so zmyslovou výchovou.

Školský rok 2010-2011

V priebehu vyučovania bola Dušana roztržitá, výkony nepodávala rovnomerne. Často bola unavená zo sústredenia sa na plnenie úloh. Verbálny prejav bol dobrý. Tréningom v prirodzených ako aj v osobitne vytvorených situáciách používala primerané verbálne i neverbálne prostriedky komunikácie. Pracovala pomalším tempom. Na osvojovanie vedomostí potrebovala viac času, pomoc potrebovala najmä pri realizácii praktických úloh. Väčšie problémy jej robila matematika, čo pravdepodobne súviselo s logickým myslením a orientáciou. Naučila sa používať technické pomôcky najmä počítač. Písala úhladne, veľmi rada pracovala s omaľovánkami, vyfarbovala tak, že neprekročila kontúry vzoru so zmyslom pre kombináciu farieb. Jej obľúbený predmet bola telesná výchova, aj pohybové aktivity v krúžkoch, veľmi pekne recitovala, zúčastňovala sa školských súťaží. V rámci zdravotníckej starostlivosti využívala fyzioterapeutické procedúry. Navštevovala rehabilitačné plávanie a hipoterapiu. Žiačka sa pohybovala samostatne, vyžadovala si v niektorých činnostiach občasnú pomoc.

Z obsahu lekárskej správy detskej neurologickej ambulancie sa dozvedáme, že vo veku 10 rokov má v tomto období Dušana primeranú hmotnosť - 27 kg. Jej intelektová úroveň je v pásme ľahkej mentálnej retardácie.

Pri vyšetrení dieťa v kľude, pri chôdzi našlapuje na pravé končatiny, má zníženú hybnosť, najmä jemnú motoriku, pravá ruka je zručná, kresby k veku infantilnejšie, orientácia v norme. Má ľahký divergentný strabizmus. Reč má primeranú veku, je infantilná, ale odpovede má adekvátne.

Vzhľadom na výsledky dosiahnuté v koncoročnom písomnom teste bola preradená zo vzdelávacieho variantu A do variantu B.

Edukácia v súčasnosti

Navštevuje 4. ročník ŠPŠ podľa učebného plánu – vzdelávací variant B. Dušana je dievča komunikatívne, rozumie otázkam a tvorí stručné odpovede. Pozornosť má často ovplyvnenú únavou. Dokáže sa sústrediť na prácu iba určitý čas. V oblasti manuálnych zručností potrebuje malú pomoc. V oblasti samoobsluhy sa dokáže samostatne vyzliecť, vybrať si veci z aktovky, najesť sa, ísť na toaletu.

Celková rozumová úroveň je veku neprimeraná a znížená. Špeciálno-pedagogické vyšetrenie potvrdilo, že sa jedná o dieťa s DMO – ľavostranná hemiparéza, v očnej ambulancii potvrdili strabizmus, z toho dôvodu nedokáže fixovať predmet obidvoma očami, zle sleduje rýchlo sa pohybujúce predmety. V neurologickej ambulancii potvrdili epilepsiu a ADHD – dekoncentrácia pozornosti a iritabilita pozornosti. Vyšetrenie potvrdilo aj rečové poruchy - rotacizmus, disláliu, lambdacizmus. Záver psychologického vyšetrenia bol, že aktuálne rozumové schopnosti sa nachádzajú v pásme stredného mentálneho postihnutia.

Dušana v porovnaní s ostatnými deťmi je veľmi aktívna, rada sa hrá, prejavuje veľký záujem o okolité predmety vonkajšieho sveta. Celkovo je snaživá, zaujíma sa o dianie okolo seba. Intelektová úroveň v pásme strednej mentálnej retardácie. Naďalej úhladne píše. Menší záujem má o matematiku, má pomalé tempo, stíha vypracovať iba polovicu zo zadaných úloh. Najradšej zo všetkých predmetov má telesnú výchovu, rôzne pohybové aktivity, veľmi ju zaujíma hudba a tanec.

V súčasnosti má dieťa 11 rokov. Následky poškodenia nervového systému a motoriky sú trvalé. Doterajšia snaha viedla k zlepšeniu stavu. V sebaobslužných činnostiach dosahuje vo väčšine prípadov úplnu nezávislosť hoci pravdepodobne nebude nikdy úplne samostatná. Mentálna úroveň jej umožňuje vzdelávať sa podľa učebných osnov špeciálnej základnej školy aj napriek tomu, že najväčšie ťažkosti sa u nej prejavujú pri teoretickej práci v škole. Veľmi jej prospieva výchova a vzdelávanie zamerané na rozvoj zručností a na kompenzáciu nedostatkov. V súčasnosti je žiačkou 4. ročníka ŠZŠ, predpoklad profesionálneho uplatnenia - vzdelávanie na niektorom z odborných učilišť, podľa záujmov a fyzických schopností. Pre trvale zmenený zdravotný stav sú pre ňu vhodné fyzicky nenáročné povolania.

5.1. Diskusia

Deti s touto diagnózou predstavujú pre rodinu, pre pedagógov a zdravotníckych pracovníkov dlhodobú náročnú úlohu. Všetci, ktorí sa na nej podieľajú sú ľudia so svojimi prednosťami aj slabosťami, rôznym systémom hodnôt, rôznymi životnými skúsenosťami a rôznym zameraním do budúcnosti. Rodiny sa s touto úlohou vyrovnávajú rozdielne. Niektorá rodina sa do rehabilitačného programu zapojí iná sa mu bráni.

Dnes vieme, že vo vhodnom prostredí sa dieťa môže dobre a správne vyvíjať a je na nás, aby sme v náležitej miere jeho základné duševné potreby uspokojovali. Práve vhodné prostredie je interakcia, kde každý niečo prináša a niečím je ovplyvňovaný, vychováva a je vychovávaný, niečo prijíma, niečo dáva a niečo požaduje. Ide tu o interakciu zdravotne postihnutého dieťaťa s „postihnutou“ rodinou.

Základným cieľom vzdelávania a praktickej prípravy zdravotne znevýhodnených žiakov je pripraviť ich na výkon pracovných činností primeranými formami a prostriedkami v závislosti od druhu a stupňa postihnutia. „Postihnutie DMO spolu s *ľahkou mentálnou retardáciou nie je choroba, je to trvalý stav spôsobený neodstraniteľnou nedostatočnosťou alebo poškodením mozgu*“ (Švarcová, 2000, s. 25), preto je treba rešpektovať somatické a psychické osobitosti jednotlivcov. Systém výchovy a vzdelávania má zabezpečiť optimálny rozvoj jednotlivca v istom štádiu jeho vývinu pri telesnom a mentálnom znevýhodnení, chorobe alebo zdravotnom oslabení v danej etape rozvoja spoločnosti, do ktorej by sa mal primerane začleniť (Kolárová, 2004, s. 9).

V našej bakalárskej práci sme zvolili kazuistiku, pretože nám umožnila individuálne pristúpiť k dieťaťu a k jeho edukačným problémom. V teoretickej časti našej práce sme sa zamerali na objasnenie termínov, DMO, mentálne postihnutie, edukácia v rodine a v spoločnosti. Empirická časť spočívala v kvalitatívnom výskume konkrétneho dieťaťa postihnutého s DMO a v následnom zhrnutí jeho edukačných výsledkov.

Napriek diagnóze dieťaťa, ktorá mu nedovoľuje naplno sa rozvíjať vzdelávanie v ŠZŠ rozširuje komplex jeho skúseností, slúži k jeho rozvoju a sebauspokojeniu a celkovému harmonickému rozvoju jeho osobnosti.

5.2. Doporučenia pre prax

Z vyššie uvedených dôvodov by sme doporučili:

- Správnu diagnostiku zdravotne znevýhodneného dieťaťa.
- Zdravotne znevýhodnené dieťa neizolovať od spoločnosti, vo vhodnom prostredí dosahuje lepšie výsledky.
- Osobnejší prístup ku každému zdravotne znevýhodnenému dieťaťu. Individuálne by mal každý pedagóg vyzdvihnúť niektorú z vlastností, nadanie, či talent konkrétneho zdravotne znevýhodneného dieťaťa a snažiť sa v ňom ďalej tento dar rozvíjať.
- Motivovať rodičov a pravdaže i zdravotne znevýhodnené deti k záujmu o vzdelávanie, kultúru a celkové dianie v spoločnosti, ako nevyhnutnej cesty k ich celkovej socializácii.
- A práve na tomto stavať ďalší osobnostný rozvoj dieťaťa. V našom konkrétnom prípade ide o podporenie hudobného a hereckého nadania u Dušany a z toho plynúcej možnosti jej ďalšej edukácie.

VŠEOBECNÝ ZÁVER

Pri výchove dieťaťa, ktoré je postihnuté závažným ochorením vznikajú rôzne náročné výchovné situácie, ktoré sa pri nesprávnom výchovnom vedení môžu z drobných komplikácií premeniť až do neznesiteľného stavu, ktorý negatívne vplýva na chod celej rodiny. Rodičia chorých detí majú zvýšenú tendenciu siahnuť po nevhodných výchovných postupoch. Bývajú vystavení tlaku okolia, ktoré je nespokojné s výkonmi a chovaním ich dieťaťa a preto potrebujú podporu a povzbudenie. Najmä matka, ktorá je vo väčšine prípadov častejšie so svojim dieťaťom sa musí zorientovať v rozsahu problémov v rámci schopností a možností svojho zdravotne postihnutého dieťaťa. Nerozmýšľa o výchovných postupoch, často jedná správne, lebo ju k tomu vedie jej intuícia. Samozrejme musí mať pocit podpory celej rodiny a v nemalej miere aj svojho okolia.

Ak matka tento pocit podpory nemá, tak si môže myslieť, že jej výchovné pôsobenie je chybné a že jej vinou, že dieťa je také aké je. Časom sa naučí tieto ťažkosti zvládať a cíti sa vo výchove dostatočne kompetentná. Pre matku a neskôr aj pre dieťa je často obtiažne uveriť, že stav je nemenný. Matku láka dieťa rozmaznávať, okamžite uspokojovať všetky jeho prania

a túžby a až neskôr pochopí, aký má byť zdravý prístup k životu. A tak sa vráti do reality a zase na nej spočíva tá ťažká úloha, ktorú ona už dávno chápe, vysvetliť čo najmenej bolestivou formou dieťaťu, prečo nemožno túžiť po podobných veciach ako jeho rovesníci.

Musí vysvetľovať v danom časovom horizonte, kedy to jej resp. ich dieťa pochopí, že má obmedzené možnosti hybnosti a mobility, že choroba sa negatívne podieľa na činnosti jeho mozgu, že spôsobuje oneskorený rozvoj reči, sťažuje porozumenie, že musí odolávať zhoršenému prenosu informácií, trápiť sa s epileptickými záchvatmi, so zníženou krátkodobou sluchovou i vizuálnou pamäťou a celkovo nižším pracovným tempom.

Napriek tomu všetkému sa teší spolu s dieťaťom, že dokáže spozorovať a oceniť čo i len najmenšie a málo viditeľné zlepšenie celkového fyzického i duševného stavu. Spoločne oceňujú všetky výchovno-vzdelávacie pokroky, výborne skladajú puzzle, zdokonaľujú abstraktné myslenie a rozširujú si navzájom bohatú slovnú zásobu, plávajú, jazdia na koni, lyžujú a pracujú tak, ako keby dieťa nebolo zdravotne znevýhodnené.

A okolie zistí, že dieťa je dobre vychované, zvyknuté na spoluprácu, že sa teší zo života a zvláda všetky nástrahy, ktorým je vystavené. A všetci sa tešia spolu s ním...

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- A.FABÍKOVÁ, M.MIŇOVÁ.: *Rozvíjajúci program emocionálnej inteligencie*.Rocus, s.r.o. Prešov 2008. 12, 15 s. ISBN 978-80-89055-84-5.
- BLAŽEK, B.- OLMROVÁ, J.: *Svety postihnutých*. Praha: Avicenum, 1988. 179 s.
- HUČÍK, J.- HUČÍKOVÁ, A.: *Kazuistika v špeciálnej pedagogike*. Ružomberok: PF KU, 2008. 102 s. ISBN 978-80-8084-365-6.
- HUČÍK,J.: *Profesijná príprava žiakov s mentálnym postihnutím*.Osveta Martin 2007.
- HUDÁČOVÁ, V.. *Edukácia detí s DMO v predškolskom veku z aspektu pohybovej výchovy*. In *Zborník príspevkov z odborného seminára z cyklu: Výchova a vzdelávanie znevýhodnených detí*. Bratislava: Iuventa, 2001. ISBN 80-88893-73-9. s. 99-102.
- ISBN 97 8-80-8063-260-1
- KAPRÁLEK, K.-BĚLECKÝ, Z.:*Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. Praha Portál,2010.61s, 63s. ISBN 978-80-7367-824-1
- KOLEKTÍV AUTOROV: *Defektologický slovník*. Praha: SPN, 1984. 475 s.
- KOLLÁROVÁ, E.: *Somatopédia pre učiteľov* Bratislava: UK, 2007. 145 s. ISBN 978-80-223-2283-6.
- KOLLÁROVÁ, E.: *Somatopédia pre vychovávateľov*. Bratislava: UK, 2004. 120 s. ISBN 80-223-1591-5.
- KOZOŇ, A.: *PATOPSYHOLÓGIA, PSYHOPATOLÓGIA POSTIHNUTÝCH V SOCIALIZÁCI*. TRENČÍN 2010. 46 s.ISBN 978-80-970121-7-5
- KRAUS, J. – ŠANDERA, O.: *Telesne postihnuté dieťa*. Praha: SPN, 1964. 178 s.
- LACENA.I.: *Príručka pre výchovných poradcov*. Univerzita J.A.Komenského. Praha 2010. ISBN 978-80-7452-006-8
- LESNÝ, I. – ŠPITZ, J.: *Neurológia a psychiatria pre špeciálnych pedagógov*. Praha: SPN, 1989. 229 s. ISBN 80-04-22922-0.
- LESNÝ, I. A KOL.: *Detská mozgová obrna*. Avicenum Praha 1972.735-21-8/11
- MAJZLANOVÁ,K.: *Pracovná výchova mentálne postihnutých detí*. AT PUBLISHING. Bratislava 1997. ISBN 80-967429-5-7

- MATOUŠEK, O.- KOLÁČKOVÁ, J.-KODYMOVÁ, P.: *Sociálna práca v praxi*. Praha: Portál, 2005. 351 s. ISBN 80-7367-002-X.
- NÉMETH, O.: *Špeciálnopedagogické poradenstvo na Slovensku*. Sapiaientia. Bratislava 2010. ISBN 97 8-8089229-20-8
- PREVENDÁROVÁ, J.: *Rodina s postihnutým dieťaťom*. Nové Zámky: Psychoprof, 1998. 132 s. ISBN 80-967148-9-9.
- RENOTIEROVÁ, M.: *Somatopedické minimum*, Olomouc: UP, 2002. 87 s. ISBN 80-244-0532-6.
- REPKOVÁ, K.: Zdravotné postihnutie v mozaike vybraných faktov, výskumných zistení a dokumentov. In *Rodina a práca, bulletin Inštitútu pre výskum rodiny* [online] 2007, č.3 [cit. 2011-03-07].
- REPKOVÁ, K.- POŽÁR, L.- ŠOLTÉS, L.: *Zdravotné postihnutie v kontexte novodobej sociálnej politiky*. Bratislava: Informačná kancelária rady Európy v Bratislave, 2003. 214 s. ISBN 80-89141-03-X.
- ŠTEFUNKO, M. – SIHELSKÝ, B.. Úskalia individuálnej integrácie žiakov In *Pedagogické rozhľady* [online] roč.16, č. 1, s.27-29 [cit. 2011-03-04].
- ŠTEFUNKO, M.. Úskalia individuálnej integrácie žiakov. In *Pedagogické rozhľady* [online] roč.15, č. 4,5, s. 1-3 [cit. 2011-03-04].
- VANČOVÁ, A.a kol.: *Edukácia mentálne postihnutých*. Bratislava: Iris, 2010. 43-45s, 104-107 s. ISBN 978-80-89256-53-2.
- VAŠEK, Š. A KOL.: *Špeciálna pedagogika, Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: Svornosť, 1996. 157 s. ISBN 80-08-00864-4.
- VAŠEK, Š.: *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava: Sapiaientia, 2003. 210 s. ISBN 80-968797-0-7.
- VÍTKOVÁ, M.: *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. 301 s. ISBN 80-7315-134-0.
- Zákon č. 245/2008 Z. z. – o výchove a vzdelávaní (školský zákon).

ZOZNAM PRÍLOH

- Príloha č. 1 Ukážka polohových testov
- Príloha č. 2 Pracovný list rozumová výchova – 8 r.
- Príloha č. 3 Samostatná práca – písanie 2.ročník – 9 r.
- Príloha č. 4 Samostatná práca - písanie 2. ročník – 9 r.
- Príloha č. 5 Ukážka diktátu 3. ročník – 10 r.
- Príloha č. 6 Ukážka písania 2. ročník - 9 r.
- Príloha č. 7 Ukážka písania 4. ročník (viditeľné zlepšenie) – 11 r.
- Príloha č. 8 Pracovný list – matematika – 9 r.
- Príloha č. 9 Pracovný list . matematika – 10 r.
- Príloha č. 10 Ukážka vypracovania omalovánky – 10 r.

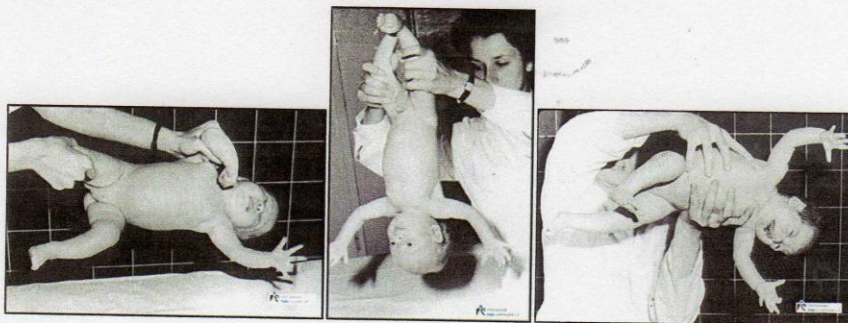
+

Príloha č. 1

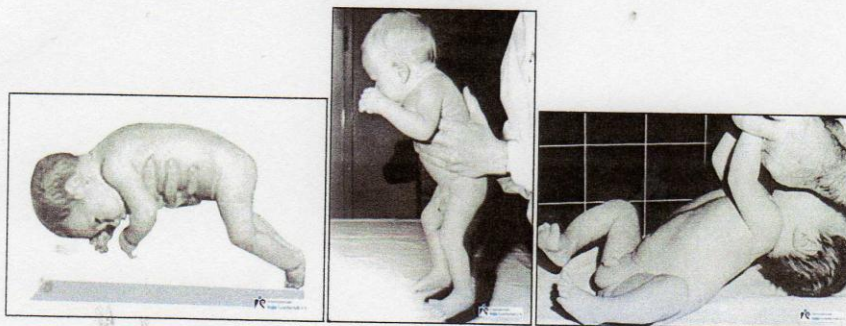
Ukážka polohových testov

Polohová reflexológia

Vykonávaním polohových testov dochádza k vzniku rôznych podnetov na kĺby, kĺbové púzdra, šlachy, vestibulárny aparát.... Následne vznikne charakteristická reprodukovateľná odpoveď CNS na komplexný podnet. Tento podnet predstavuje určitý „normovaný“ celok.



Collisovej horizontála, skúška Peiper-Isbert a Vojtova reakcia



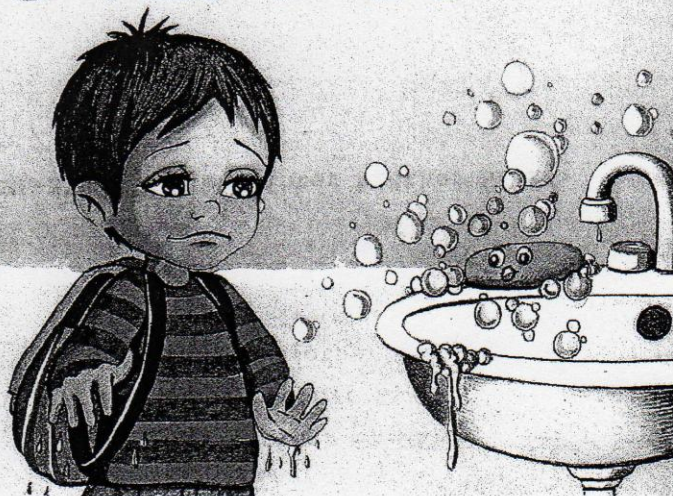
Landauova reakcia, axilárny vis a trakčná skúška

U

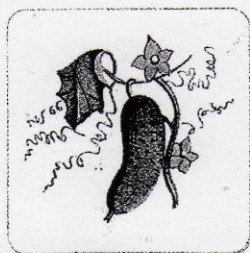
UTERÁČIK

Do školy prišiel žiačik,
zabudol si uteráčik.
Vraví mydlo potichúčky:
„Čím si teraz utrieš rúčky?“

E. Čepčáková



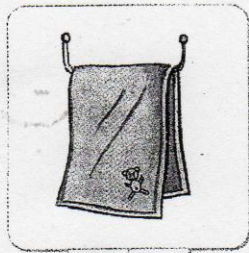
Pomenuj obrázky. Povedz, čo počuješ na začiatku slova.
Vyfarbi prvé písmeno slova.



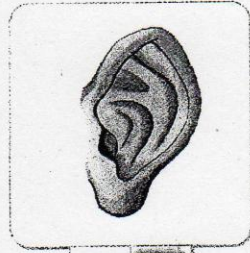
~~U~~ O



~~U~~ A



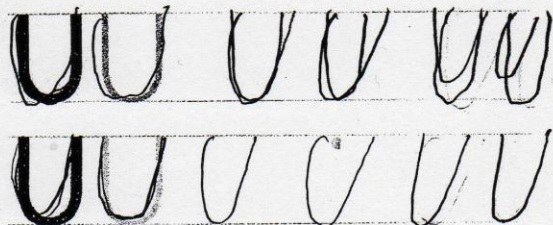
~~U~~ O



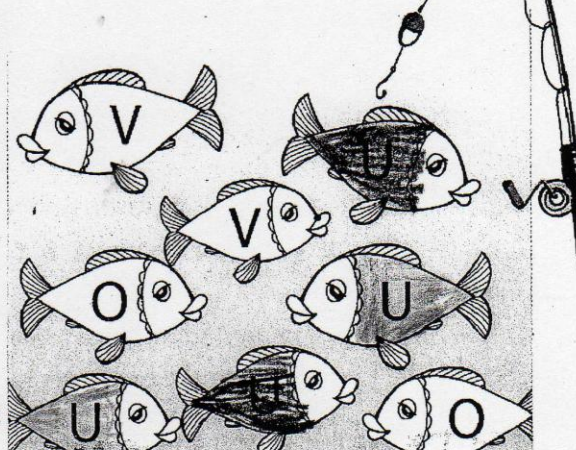
A ~~U~~



Píš.



Táto udica uloví len ryby s U.
Vyfarbi ich.



Doplň písmeno, ktoré sa učíš.
Slabiky prečítaj.

M S I

Príloha č. 2

Samostatná práca

meno: Duška

Pomenuj obrázok a napíš prvú slabiku



^a
misa



sova



má



veľa

Prepíš písmená

A	e	L	í	J	u	s	M	o
a	e	L	í	J	u	s	M	o

Prepíš slová

misa	Jula	máj	les	Samo
misa	Jula	máj	les	Samo

Prečítaj vety a prepíš

Eva je malá.	Eva je malá.
Ujo má sovu.	Ujo má sovu.
Mama má misu.	Mama má misu.

4. 11. 2020

Dátum:

Meno:

Duška

Vonku horí oheň.
Podaj mi vodu!

1. Piš diktát.

vonu vonu
voda voda

2. Prepíš písaným písmom.

žalobaba žalobaba žalúdok žalúdok
Janka Janka kočik kočik
Matúš Matúš klavír klavír

3. Pomenuj veci na obrázkoch.

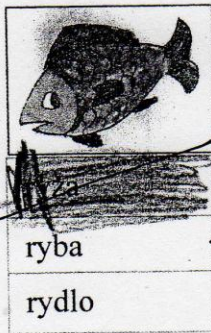


lopta



misica

4. Vyber k obrázku správne pomenovanie.



ryba
rydlo



mačka
mračno

5. Vyhl'adaj k písaným slovám tlačene.

Spoj ich.

harmanček	/	harmonika
harmatanec	/	čelo
harmonika	✓	kočík
včelo	/	harmatanec
✓ košík	✓	košík
kočík	/	harmanček

4.11.14

Dátum: 21.6

Meno: Duška

Slovenský jazyk 3.ročník

1. Diktát. *Odpis*

Plana nahmalhúsky.
Elena jej pomáha. Lúboš
s ľubí mrekvu.

3b

2. Prepíš písaným písmom.

fazuľa fazuľa brucho brucho
ďurko ďurko čelenka čelenka

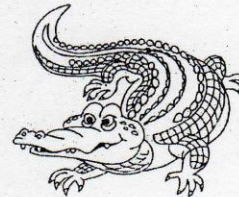
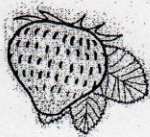
4b

3. Pomenuj veci na obrázkoch.



2b

4. Vyfarbi k obrázku správne pomenovanie.



jahody	sova	mačka	hroch
jablko	slimák	mucha	kameň
jahoda	socha	macík	krokodíl

4b

Duska

Dátum:

Meno: 20.6

1. Piš diktát.

Ukro surky. duse. doš osla.
chaj tá

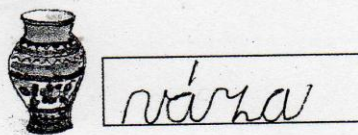
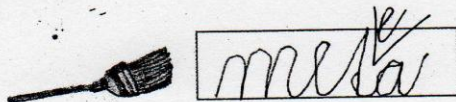
2. Prepíš písaným písmom.

čokoláda *čokoláda* kožušok *kožušok*

Jožko *Jožko* čapica *čapica*

Samko *Samko* koláč *koláč*

3. Pomenuj veci na obrázkoch.



4. Vyber k obrázku správne pomenovanie.

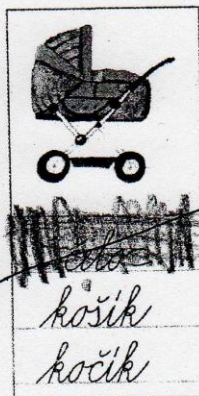
Vyfarbi.



rukavica

veverka

venček



~~metla~~

kočík

5. Vyhľadaj k písaným slovám tlačené.

Spoj ich.

<i>vedro</i>	/	drevo
<i>drevo</i>	/	nožik
<i>blato</i>	/	hračka
<i>nohavice</i>	/	vedro
<i>nožik</i>	/	blato
<i>hračka</i>	/	nohavice

4.11.11

Čárá Čárá Čárá Čárá

Čárá Čárá Čárá Čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

čárá čárá čárá čárá

④ Vypočítaj

1 + 4 = 5	2 + 3 = 5	3 + 1 = 4	3 + 3 = 6	3 + 2 = 5	2 + 2 = 4	1 + 5 = 6
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

3 - 1 = 2	5 - 4 = 1	6 - 2 = 4	2 - 1 = 1	6 - 1 = 5	6 - 4 = 1	6 - 5 = 1
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

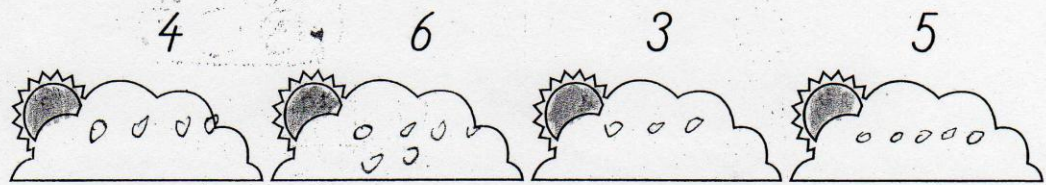
①

②

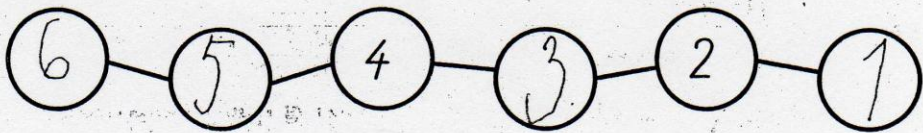
③ Koľko žltých motýľov je na lúke?



1. Nakresli daný počet guľôčok.



2. Doplň číselný rad.



3. Vypočítaj.

$$1 + 5 = \boxed{6}$$

$$5 + 4 = \boxed{9}$$

$$4 + 2 = \boxed{6}$$

$$4 - 2 = \boxed{2}$$

$$2 + 3 = \boxed{5}$$

$$6 + 2 = \boxed{8}$$

4. Porovnaj pomocou znakov >, <, =.

$$3 = 3$$

$$6 > 1$$

$$3 < 4$$

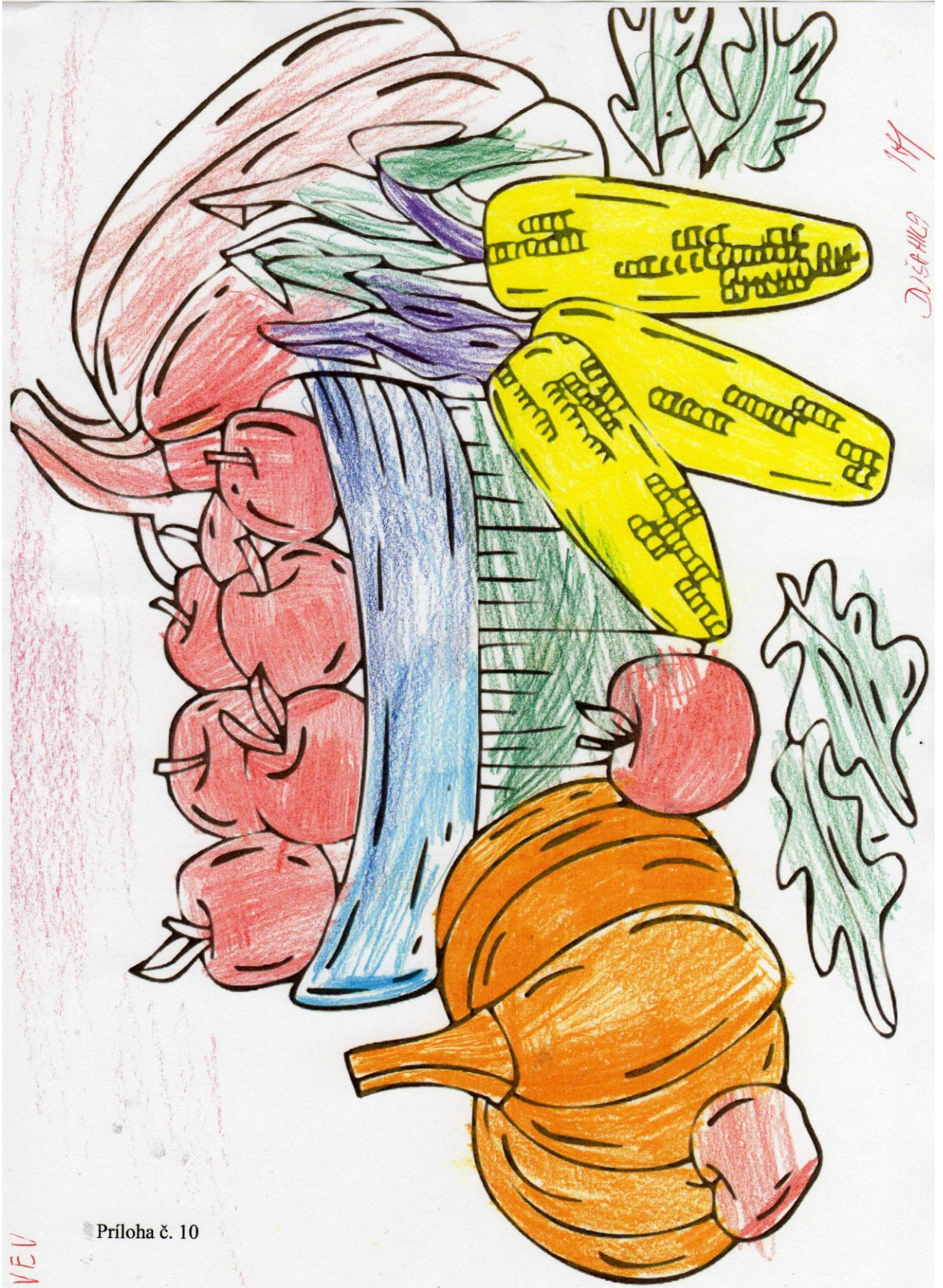
$$5 < 6$$

$$5 > 2$$

$$4 > 3$$

$$2 < 6$$

$$5 = 5$$



Priloha č. 10

VEU

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Katarína Hlávková

odbor: Špeciálna pedagogika

Forma štúdia: kombinované štúdium

Názov práce: Výchova a vzdelávanie postihnutého dieťaťa s DMO v rodine

rok: 2012

Počet strán textu bez príloh: 43

Celkový počet strán príloh: 10

Počet titulov slovenskej literatúry a prameňov: 16

Počet titulov zahraničnej literatúry a prameňov: 10

Počet internetových zdrojov: 0

Vedúci práce: PhDr. Edita Ondrišková