

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Teologická fakulta
Oddělení praxe

Bakalářská práce

**ŠKOLNÍ INTEGRACE DĚTÍ
S DOWNOVÝM SYNDROMEM**

Vedoucí práce: Mgr. Helena Machulová

Autor práce: Romana Košťálová

Studijní obor: PVČ/ KS

Ročník: 2.

2015

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích, 13. března 2015

podpis studenta

Poděkování

Děkuji vedoucí diplomové práce Mgr. Heleně Machulové za cenné rady, připomínky a metodické vedení práce.

OBSAH

1	Úvod	5
2	Downův syndrom	7
2.1	Historie Downova syndromu	7
2.2	Genetický základ Downova syndromu	8
2.3	Symptomy Downova syndromu.....	9
2.3.1	Mentální retardace	9
2.3.2	Mentální retardace u lidí s DS	11
2.3.3	Vzhled lidí s DS	12
2.3.4	Zdravotní problémy lidí s DS	13
2.3.5	Zvláštnosti ve vývoji a v chování	15
3	Podpora rodiny a vzdělávání dětí s DS.....	16
3.1	Sociální služby a neziskové organizace	16
3.2	Raná péče o děti s DS.....	18
3.3	Vzdělávání dětí s DS	20
3.3.1	Legislativní rámec vzdělávání dětí s DS.....	21
3.3.2	Předškolní vzdělávání dětí s DS	22
3.3.3	Základní vzdělávání dětí s DS	23
4	Školní integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.....	25
4.1	Integrace	25
4.2	Inkluze.....	25
4.3	Cíle integrativního a inkluzivního vzdělávání	27
4.4	Obecné principy integrace a inkluze	27
4.5	Příklady integrativního vzdělávání v zahraničí.....	29
5	Školní integrace dětí s DS v České republice.....	31
5.1	Psychosociální aspekty integrace dětí s DS	31
5.2	Podmínky úspěšné integrace dítěte s DS	33
5.3	Nevýhody a překážky integrace dítěte s DS	35
5.4	Význam školní integrace pro další vývoj dítěte s DS	36
6	Závěr.....	38
7	Seznam použitých zdrojů	39
8	Seznam příloh.....	42
9	Přílohy	43
10	Abstrakt.....	50
11	Abstract.....	51

1 ÚVOD

Nejtěžším úkolem, který člověka čeká na cestě životem, je výchova potomků. Stát se rodičem, znamená převzít zodpovědnost za zdraví, výchovu a vzdělání svých dětí. Rodič je dítěti tím, kdo zpočátku saturuje základní lidské potřeby (fyziologické potřeby, potřebu bezpečí a jistoty), dále bezpodmínečně uspokojuje potřebu lásky, přijetí a sounáležitosti a později pomáhá dítěti naplňovat potřebu uznání, úcty a seberealizace. Tyto nelehké úkoly má před sebou každý rodič, bez ohledu na to, zda vychovává zdravé dítě nebo dítě s jakýmkoli postižením. Snad každý z nás si přeje poskytnout svým dětem takové podmínky vývoje, aby pro ně jednou svět byl bezpečným místem k životu, kde naleznou své pevné místo. Většina dětí má na své cestě životem to štěstí, že překonává jen málo opravdových překážek. Je ale mezi námi mnoho dětí, jejichž životní cesty jsou křivolaké a plné takových překážek, které nejsou samy schopny zvládnout a proto potřebují podporu nejen ze strany rodiny, ale i společnosti, jíž jsou neoddělitelnou součástí.

Cílem této bakalářské práce je popsat školní integraci dětí, které dostaly do vínku diagnózu Downův syndrom. V první části práce uvádím, co to je Downův syndrom a popisuji specifika vývoje lidí s DS. Dále se zabývám nezbytností rané péče a důležitostí předškolního vzdělávání. Charakterizuji podmínky úspěšné školní integrace a její důležitost pro děti s Downovým syndromem. Stručně také zmiňuji vývoj integračních tendencí v ČR i v zahraničí. Zamýšlím se nad nevýhodami a překážkami integrace a na závěr pro srovnání zařazuji dvě kazuistiky dětí, jejichž rodiče se podíleli na podpůrných programech o.p.s. Ovečka. Záměrem výběru těchto dvou rozdílných osudů je poukázat na to, že citlivý přístup s ohledem na individuální potřeby dítěte s DS nemusí nutně končit školní integrací za každou cenu a že se tímto dítě nevylučuje z integrace sociální.

Téma se mě osobně dotýká, neboť jsem jako asistent pedagoga několik let pracovala s dětmi s Downovým syndromem střídavě v základní a mateřské škole běžného typu. Tato práce mě nesmírně obohatila o cenné zkušenosti. Umožnila mi blíže nahlédnout do rodin těchto dětí a poznat jejich starosti o budoucnost, na kterou má mimo jiné vliv i jejich vzdělávání. Na rozdíl od let minulých, kdy se tvrdilo, že tito jedinci jsou nevzdělavatelní, je dnes vzdělávání považováno za důležitou a smysluplnou náplň jejich života, která ve svém důsledku velmi významně ovlivňuje i trávení volného času. Můj obdiv mají všichni milující

rodiče, kteří neváhali své dítě s Downovým syndromem, navzdory mnohdy hrůzným prognózám lékařů, přijmout do rodiny. Mnoho z nich jsem poznala i během svého krátkého působení v obecně prospěšné společnosti Ovečka, která tyto rodiny sdružuje. Občas se zamýšlím nad přirozeným údělem všech rodičů, totiž nechat své děti v dospělosti žít svým vlastním životem a nechat se jimi přirozeně opustit. To je pro mnohé velmi smutné období a nevyhne se žádnému z nás. V rodině s postiženým dítětem tomu tak většinou nebývá a tak se péče o tyto děti a jejich setrvání v rodině i v dospělosti nakonec stává smysluplným naplněním volného času rodičů ve stáří.

Současné integrační trendy ve školství kladou na samotné rodiče dítěte s DS i pedagogický personál velmi náročné požadavky, na které nejsou mnozí připraveni. Děti s Downovým syndromem nezbytně potřebují rodiče i pedagogy, kteří jsou ochotni je vychovávat a vzdělávat s vědomím, že tento proces nebude jednoduchý. Jeho náročnost spočívá ve zcela specifickém přístupu ke vzdělávání těchto dětí, který vyžaduje tvořivost, trpělivost, mnoho času věnovaného přípravám a otevřenost novým poznatkům. Mnoho pedagogů si uvědomuje, že nejsou na integraci dostatečně připraveni, ať už osobnostně, tak odborně. Často pak integraci odmítají a tímto přístupem vlastně zodpovědně zabraňují integraci, která by pravděpodobně nebyla k užitku dítěte. Moje osobní zkušenost s praxí asistenta pedagoga u dítěte s DS ve škole a školce, a posléze i učitele ve školce, mi dovolila nahlédnout na tuto problematiku z různých úhlů pohledu. To bylo také důvodem volby tématu mé bakalářské práce.

2 DOWNŮV SYNDROM

Downův syndrom patří mezi nejznámější a nejtypičtější syndromy způsobené chromozomální aberací. V klasické formě jde o nejčastější syndrom způsobený trisomií chromozomu a nejčastější vrozenou příčinou mentální retardace (ŠÍPEK 2010).

Termín syndrom vyjadřuje soubor příznaků, projevujících se společně. Pokud se u člověka projeví současně několik příznaků, říkáme o něm, že trpí daným syndromem. V souvislosti s tím mají jedinci s Downovým syndromem rysy společné pro všechny osoby s tímto syndromem a díky tomu lékaři dokážou nezaměnitelně rozpoznat a stanovit diagnózu na základě vzhledu dítěte ihned po porodu nebo krátce po něm. Těchto charakteristických příznaků je popsáno více než 120, ale výskyt u dětí s DS je nejvýše 7 současně (srov. SELIKOWITZ 2005: 37-40).

2.1 Historie Downova syndromu

Kořeny Downova syndromu sahají hluboko do minulosti. PUESCHEL (srov. 1997: 25-28) popisuje vývoj Downova syndromu od raných poznatků až po dnešní dobu. Poukazuje na pravděpodobně nejstarší antropologický nález anglosaské dětské lebky ze 7. století, která vykazovala strukturální změny, se kterými se setkáváme u dětí s Downovým syndromem. První, kdo popsal dítě, které pravděpodobně mělo Downův syndrom, byl francouzský psychiatr Jean Esquirol v roce 1838. V roce 1846 popsal francouzský lékař Eduard Séguin pacienta, který vzhledově odpovídal Downově syndromu. Tento stav byl v té době nazván *strupovitá idiocie*. V roce 1866 popsal Duncan dívku, která měla malou kulatou hlavu, čínsky vyhlížející oči a velký, z úst vyčnívající jazyk. V tomtéž roce zveřejnil svou práci anglický lékař John Langdon Down, ve které popsal znaky typické pro tento syndrom. Downův syndrom dnes nese jeho jméno. J. L. Down věřil, že se jedná o zpětnou přeměnu na primitivnější rasový typ a užíval pro něj pojem *mongolismus*, přesněji *mongolská idiocie*. Nazval jej právě takto, protože tito jedinci se v obličejových rysech podobají asiátům. V dnešní době je tento termín zastaralý a nevhodný. V roce 1866 byl jeho zásluhou Downův syndrom uznán jako samostatná diagnóza. Později, v roce 1876, došli k novým poznatkům ohledně DS J. Fraser a A. Mitchell, kteří zjistili, že u 62 osob s Downovým syndromem, které pozorovali, se častěji objevuje menší hlava a vysoký věk matek v době porodu.

V roce 1886 prohlásil G. E. Shuttleworth, že tyto děti jsou „nehotové“ a že jejich vzhled je jednou z vývojových fází plodu. Koncem 19. století byl zaznamenán u jedinců s Downovým syndromem velký počet vrozených srdečních vad. V roce 1959 objevil francouzský biolog Jerome Lejeune přítomnost nadbytečného chromozomu č. 21. Tento objev byl pro Downův syndrom klíčový, ovšem i v dnešní době stále zůstávají některé otázky nezodpovězené (Tamtéž: 25-28).

2.2 Genetický základ Downova syndromu

Downův syndrom je nejrozšířenější ze všech známých forem mentální retardace. Je způsoben přítomností jednoho nadbytečného chromozomu u páru č. 21. Vrozná chromozomální vada, tzv. *chromozomální aberace*, může nastat v období, kdy se vytváří DNA plodu. Chromozom č. 21 je sice nejmenším lidským autozomem, ale zato nejpodrobněji prostudovaným. Celkově obsahuje asi 1,5 % všech genů lokalizovaných v jádře lidské buňky. Pueschel poukazuje na to, že se nejedná o celý chromozom 21, který je zodpovědný za symptomy Downova syndromu, nýbrž jen o malou část jeho dlouhého ramene. Jedinci s Downovým syndromem jsou si vzhledově podobní díky podobnému fenotypu, který má sice společné rysy, ale měli bychom si uvědomit, že děti jsou součástí rodiny, a proto jsou také podobné především svým rodičům a sourozencům, a to jak fyzicky, tak i duševně (srov. PUESCHEL 1997: 34-38).

Podle statistik výskytu sledovaných vývojových vad se v České republice v posledních letech rodilo za rok kolem 40 dětí s Downovým syndromem, což představuje přibližně 1 dítě s DS na 2 600 živě narozených dětí. Je prokázáno, že starší věk rodičů může mít určitou souvislost s Downovým syndromem. Do třicátého roku matky je riziko narození dítěte s DS nižší, než po třicátém pátém roku, kdy se riziko zvyšuje. Ovšem v poslední době je pozorován zvýšený výskyt Downova syndromu i u matek ve velmi mladém věku. Věk otce, jak bylo prokázáno, nemá vliv na pravděpodobnost narození dítěte s DS (srov. ŠUSTROVÁ 2004: 48-49).

2.3 Symptomy Downova syndromu

2.3.1 Mentální retardace

Mentální retardace znamená u člověka výrazně sníženou úroveň inteligence. Termín je odvozen z latinských slov *mens*, což je *mysl, rozum* a *retarde*, které znamená *opožďovat se*. U mentálně retardovaného jedince podle ŠVARCOVÉ (2006: 28) *dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování*. ŠUSTROVÁ (2004: 168) obdobně uvádí, že *mentální retardace není nemoc, ale je to spíše stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, který vzniká v průběhu vývoje jedince a je obvykle doprovázen poruchami adaptace, tj. nižší schopností orientovat se v životním prostředí*.

V roce 1992 vstoupila v platnost a v současné době se užívá *10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí*, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě. Vzhledem k tomu, že každá úroveň rozumových schopností je různě hluboká a má rozmanitá specifika, rozlišuje klasifikace následující kategorie mentální retardace (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 33-36):

1. *Lehká mentální retardace – IQ 50-69 (F70)* – řeč bývá opožděná, ale postižení jsou schopni užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci; většinou (i když pomaleji) dosahují úplné nezávislosti v hygienických návycích a v praktických domácích dovednostech; mají specifické problémy se čtením a psaním; v sociokulturním kontextu většinou nezpůsobuje žádné vážnější problémy; pokud jde o jedince silně emočně a sociálně nezralé, mohou nastat problémy s obtížnějším sociálním přizpůsobením. U osob s lehkou mentální retardací se mohou přidružit v různé míře i další chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesné postižení.
2. *Středně těžká mentální retardace - IQ 35-49 (F 71)* – rozvoj chápání a řeči je výrazně opožděn, vážně užívání řeči; bývá omezena schopnost sebeobsluhy a zručnosti; žáci v této klasifikaci mentální retardace mohou dosáhnout osvojení si základního trivia; pod speciálním vedením a s dohledem mohou vykonávat jednoduché a strukturované manuální úkony. Mezi jedinci jsou velké rozdíly na úrovni schopností a dovedností. I přes prokázaný vývoj komunikačních, jednodušších sociálních a plných fyzických schopností, nejsou v dospělosti schopni

vést samostatný život. U značné části je přítomen dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy; často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

3. *Těžká mentální retardace – IQ 20-34 (F 72)* – pokud jde o klinický obraz, je v mnohém podobná středně těžkému mentálnímu postižení; snížená úroveň schopností (např. porucha motoriky) je způsobena přítomností klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje CNS. Výchova a vzdělávání těchto osob jsou limitované, ale včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče, může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.
4. *Hluboká mentální retardace – IQ je nižší než 20 (F 73)* – postižení jedinci jsou těžce omezeni ve schopnosti porozumět, vyhovět požadavkům a instrukcím; většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu. Možnosti výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené, tito jedinci vyžadují stálou pomoc a dohled, neboť nejsou schopni chápat, reagovat a používat řeč. Postižený jedinec se i přes vhodný dohled a vedení podílí na praktických sebeobslužných úkonech jen omezeně. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.
5. *Jiná mentální retardace (F 78)* – bývá použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené senzorní nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.
6. *Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)* – užívá se tehdy, kdy je prokázána mentální retardace a není dostatek informací, pro které je možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií (Tamtéž: 33-36).

Stanovení stupně mentální retardace je dlouhodobý a složitý proces, který za pomoci inteligenčních testů a dalších metod zjišťuje zdravotní stav, tělesný vývoj, úroveň rozumových schopností, zrakové a sluchové percepce, kinestetického vnímání, grafomotoriky, motoriky a dále pravolevou a prostorovou orientaci, temperament,

paměť, řeč, motivaci, vnímání, schopnost koncentrace, ale i emoce, prožitky, zkušenosti, zájmy atd. Zdravotní diagnostiku zajišťují pediatři a odborní lékaři. První diagnostika by měla být provedena asi ve čtyřech měsících a následně v přiměřených intervalech až do ukončení školní docházky i s návštěvami sociálních pracovníků. Psychologická a pedagogicko-psychologická diagnostika probíhá v pedagogicko-psychologických poradnách (PPP) a speciálně pedagogická a psychologická ve speciálně pedagogických centrech (SPC). Tato diagnostika má za úkol pomoci ovlivňovat podmínky, ve kterých je dítě vychováno a vzděláváno tak, aby dosahovalo postupné změny ve vývoji (srov. SELIKOWITZ 2005: 120).

2.3.2 Mentální retardace u lidí s DS

U všech dětí s Downovým syndromem se vyskytuje mentální retardace. Podobně jako BAZALOVÁ (2014), i BARTOŇOVÁ (2007: 106) uvádí, že děti s DS mívají většinou středně těžké mentální postižení, tedy IQ v rozmezí 35-49 bodů IQ stupnice, ale někteří mohou mít lehké či naopak těžké mentální postižení, jiné mohou mít téměř průměrnou inteligenci.

Dá se předpokládat, že životní očekávání lidí s DS budou menší než u průměrného obyvatelstva, ale nebudou se odlišovat tolik, jak se dříve uvádělo. *Ačkoli jsou srovnání vývojových stupňů a testovací vyšetření pro výzkum nanejvýš cenná, neměli bychom nikdy zapomínat, že v každém člověku jsou skryty vlastnosti, které nelze změřit pomocí inteligenčních testů ani jinými metodami.* (PUESCHEL 1997: 56).

U dospívajících a dospělých lidí s DS se intelektové schopnosti s věkem mění v závislosti na možnostech dalšího podpůrného vzdělávání. Dříve se předpokládalo, že duševní schopnosti s narůstajícím věkem ochabují. Bohužel až do nedávna byly zveřejňovány zprávy, jež často používaly údaje, které byly nashromážděny o mnoho let dříve v ústavech sociální péče. V důsledku těchto informací pak byla stanovena špatná prognóza. Na základě nejnovějších vědeckých pozorování ovšem byly tyto poznatky vyvráceny. Na rozdíl od minulosti, kdy se za vzdělavatelné považovalo pouze 20-30 % dětí s DS, je v posledním desetiletí po důsledném uplatňování stimulační výchovy zařazováno 70 % dětí s DS do pásma lehkého až středního mentálního postižení. Tito jedinci se většinou pohybují ve stejném pásmu IQ po celý život. Na druhé straně

může být kombinované postižení u některých jedinců s DS diagnostikováno až v pásmu těžkého stupně mentální retardace (srov. PUESCHEL 1997: 54).

Jedinci žijící celoročně v ústavní péči se stereotypním životním stylem, budou mít jiné schopnosti, než lidé žijící v obohacujících podmínkách rodiny, kde mají více možností stimulace a sebeprosazení. Tito prokazatelně vykazují podle ŠVARCOVÉ (srov. 2006:145) vyšší úroveň intelektových schopností než děti vychovávané od časného věku v ústavech. Přestože duševní a tělesný vývoj dětí s DS je v porovnání s nepostiženými dětmi celkově zpomalen, jsou schopné se vzdělávat až do dospělosti. K ustrnutí vývoje na určité věkové hranici nemusí docházet, pokud se vhodnou stimulací různými učitelskými metodami úroveň nabytých znalostí a schopností udržuje.

2.3.3 *Vzhled lidí s DS*

Fyzické rysy dítěte s Downovým syndromem jsou ovlivněny jeho genetickou výbavou (srov. PUESCHEL 1997: 38). Dítě se bude do jisté míry podobat rodičům, protože zdědilo jejich geny, ale má specifické genetické vybavení rysy, které je odlišují od rodičů, sourozenců i od ostatních příbuzných (srov. ŠVARCOVÁ 2003: 141). Chromozom č. 21 se nachází v buňkách každého dítěte s DS a má shodný vliv na stavbu těla i na fyzické rysy u všech dětí se stejným syndromem, proto jsou si tak navzájem podobné. Ale přesto je dítě s Downovým syndromem podobné jakémukoliv průměrnému dítěti více, než se od něj odlišuje (srov. PUESCHEL 1997: 38).

Fyziognomie dítěte s DS vykazuje typické znaky, některé jsou u jednotlivých jedinců patrnější, jiné méně. Zde je výčet nejčastějších z nich:

- *obličej* má plochý a kulatější vzhled díky malému plochému nosu, užším menším očím a méně vyvinutým a nevýrazným obličejovým kostem,
- *hlava* je vzadu lehce oploštělá,
- *vlasý* bývají většinou rovné a jemné,
- *oční víčka* jsou úzká, ve vnitřním koutku oka se vyskytuje malá kožní řasa (*bilaterální epikantus*), díky které oči působí lehce zešíklým dojmem,
- *ústa* jsou o něco menší, než je běžné a jazyk je zase naopak větší, což může způsobit vyčnívání jazyka z úst; jazyk může být více vrásčitý,
- u *zubů* se mnohdy vyskytuje chybné postavení nebo tvar,
- *uši* bývají často menší, níže posazené, zúžené mohou být i ušní kanálky,

- kolem *šijové oblasti krku* jsou u novorozenců patrné kožní záhyby, které se časem vytrácejí; v dospělosti mohou mít lidé s DS širší a kratší krk, než jsme zvyklí u běžné populace,
- *dlaně* jsou široké s poměrně krátkými prsty, napříč dlaní může vést pouze jediná (tzv. opičí) rýha; otisky prstů mají svoji charakteristickou kresbu,
- *paže* bývají v poměru k tělu kratší,
- *nohy* mají normální tvar, avšak mohou být mohutnější,
- *chodidla* jsou menší a prsty kratší, než je obvyklé, často je patrná větší mezera mezi palcem a ukazováčkem; velké procento lidí s DS má ploché nohy,
- *celková svalová ochablost (hypotonie)*, která se nejvýrazněji projevuje u malých dětí; vyskytuje se také ochablost vazů, což má za následek volnější klouby; *hypotonie* ovlivňuje v určité míře i vyčnívání jazyka z úst,
- *porodní váha* dětí s DS je obvykle nižší, než je průměrné,
- u *tělesné hmotnosti* může asi od 3 let docházet k většímu nárůstu, proto je nutné v zájmu udržení normální váhy dbát na zdravou stravu,
- *tělesný růst* je pomalejší, než je obvyklé u běžné populace; dospělý muž s DS dosahuje průměrné výšky cca 155 cm (srov. PUESCHEL 1997: 38-40).

2.3.4 Zdravotní problémy lidí s DS

Downův syndrom se často pojí s dalšími zdravotními problémy. Pediatr, který má dítě v péči, by měl být obeznámen s odchylkami ve vývoji a zvláštnostmi zdravotních problémů a spolu s dalšími odbornými lékaři se na ně zaměřit a řešit je. Některé děti s DS mají jen málo anomálií, které se běžně vyskytují, zatímco jiné děti dostaly do vínku všechny známé odchylky či jejich velkou část. Škála biologických, ale i psychických aspektů, kterými se děti s DS od sebe liší, je velmi široká a je dokonce širší, než tomu je u ostatních dětí. Zde jsou uvedeny některé zdravotní odchylky typické pro Downův syndrom, jak je uvádí SELIKOWITZ (srov. 2005: 82-97):

- *Různé poruchy sluchu* – bývají následkem častých nachlazení a infekcí, které mohou způsobit převodní nebo i percepční nedoslýchavost. Zúžené ušní kanálky, ucpaní Eustachovy trubice a nosních dutin těmto chorobám napomáhají.
- *Problémy se zrakem* – jsou časté, proto je nutné zrak pravidelně vyšetřovat. Jedná se o vady jako dalekozrakost, krátkozrakost, strabismus, nistagmus, katarakta nebo

keratokonus, ale většinu z nich lze korigovat vhodnými brýlemi. S touto diagnózou se také často pojí riziko vzniku šedého zákalu. Děti s DS mívají ztížené prostorové vidění, které způsobuje pocit nejistoty při chůzi ze schodů nebo po nerovném terénu.

- *Hypotonie (snížené svalové napětí)* – vyskytuje se spíše u menších dětí než u dětí školního věku, ovlivňuje hrubou motoriku a koordinaci různých pohybů. Turecký sed, kterému děti s DS dávají přednost a který jim umožňuje déle pohodlně sedět, má za následek natahování slabých vazů a proto je z tohoto důvodu nevhodný.
- *Pokožka* – bývá u mnoha dětí suchá, svědivá, často praská a olupuje se.
- *Zuby* – prořezávají se později a mléčné zuby později vypadávají, dásně jsou náchylnější k onemocněním (např. paradontózou).
- *Atlanto-axiální instabilita* – vyvolává narušenou hybnost a bolestivost šíje, díky které se nedoporučují aktivity zatěžující krční obratle (např. kotouly nebo skoky na trampolíně).
- *Štítná žláza* – pravidelně se vyšetřuje kvůli zjištění vrozené nebo později získané *hypotyreózy*, nedostatku tyroxinu v krvi. Nesprávný poměr tohoto hormonu má za následek poruchy některých tělesných funkcí.
- *Střevní trakt* – běžným problémem u dětí s DS jsou časté zácpy. Dále 10-15 % dětí trpí *duodenální atresíí*, tj. zúžením první části tenkého střeva.
- *Srdeční vady* – vyskytují se u asi jedné třetiny dětí s DS (viz Kazuistika I.), mají mnoho různých podob, proto by měly být všechny děti vyšetřeny co nejdříve.
- Mezi časté zdravotní komplikace jedinců s Downovým syndromem patří dále *snížená imunita, snížená plodnost, vyšší pravděpodobnost vzniku leukémie, epilepsie a Alzheimerovy nemoci*.

Tento výčet zdravotních problémů je pro děti s DS typický, ale některé z nich nemusí jednoznačně souviset s Downovým syndromem. Uvedené obtíže může mít dítě všechny, jednu z nich nebo jen část z nich, přičemž léčba se zpravidla neliší od léčby nepostížených dětí. Ovšem z výše uvedených důvodů nelze celkově zdravotní kondici dětí s DS s jinými dětmi srovnávat, proto se dítě s DS musí mnohem více šetřit.

2.3.5 Zvláštnosti ve vývoji a v chování

Vývoj dětí s DS probíhá podobně a po celý život tak, jako u dětí nepostížených, ovšem přibližně v polovičním tempu. Stejně jako ostatní děti se vyvíjí různým tempem, ale po dosažení určitého vývojového stádia v něm déle setrvávají. Ohledně vývoje dětí s DS je důležité vědět, že:

- při správném vedení se děti s DS zcela jistě mohou vyvíjet rychleji, než se dříve předpokládalo, děti bez postižení ale dohonit nemohou,
- kognitivní vývoj postupuje během prvního až třetího roku rychleji než motorický vývoj (viz Kazuistika I., II.); po uplynutí tohoto období se zpoždění motorického vývoje vyrovnává,
- mozek dětí s Downovým syndromem je utvářen odlišně ve srovnání s mozky jiných dětí, proto je proces učení méně efektivní,
- děti s DS reagují na nabízené podněty až za delší dobu a dospělí často na reakci dítěte nečekají, takže dochází ke ztrátě kladné zkušenosti a může dojít až k rezignujícímu postoji dítěte,
- tyto děti reagují velmi citlivě na přetížení, popř. selhání; pomoci dítěti s DS jeho potenciál maximálně využít je velmi vhodné, nelze však jít za hranici jeho možností, to dítě stresuje a vede k opačnému efektu,
- mezi dětmi s Downovým syndromem jsou velmi podstatné individuální rozdíly, ať už v oblasti duševní či fyzické (srov. PUESCHEL 1997: 55-76).

Při posuzování optimálního vývoje dítěte s DS, by se mělo vždy přihlížet k jeho zvláštnostem v motorických a kognitivních funkcích, v psychosociální oblasti a k potížím s řečí (srov. ŠUSTROVÁ 2004: 177).

3 PODPORA RODINY A VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S DS

Podporu dětí s Downovým syndromem a jejich rodinám nabízejí v České republice různé sociální služby a další organizace, sdružení a rodičovské skupiny, jejichž hlavní náplní je sdružovat, vzdělávat a poskytovat pomoc rodinám při integraci jejich dětí do společnosti. Tendencí těchto služeb a společností je pravdivě informovat rodiče o všech aspektech výchovy dětí s DS v rodině, pokud pro to jsou vytvořeny potřebné podmínky. Nejsou ale výjimkou rodiče, kteří se vzdají možnosti své dítě vychovávat v rodině a svěří jej do ústavní péče. Je třeba si uvědomit, že takovéto rozhodnutí nesmí být odsuzováno, protože může vyplývat i z doporučení zdravotnického personálu po porodu, kdy je dítěti stanovena diagnóza DS. Každý má právo být pravdivě informován o všech důležitých aspektech DS a po jejich zvážení se rozhodnout, jak situaci řešit. Rodinám, kterým se postižené dítě narodí, tak vyvstává nelehká životní úloha, která mnohdy vyžaduje vyhledání odborné pomoci.

3.1 Sociální služby a neziskové organizace

Síť sociálních služeb, které poskytují podporu rodinám dětí se zdravotním postižením, je v České republice definována v *Zákoně o sociálních službách, 108/2006 Sb. § 32* a zahrnuje:

- a) sociální poradenství,
- b) služby sociální péče,
- c) služby sociální prevence.

Zatímco *základní sociální poradenství* je povinen poskytnout každý poskytovatel sociálních služeb, *odborné sociální poradenství* je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin (osoby se zdravotním postižením, senioři, oběti domácího násilí, lidé bez domova apod.). *Služby sociální péče* nabízí rodině dítěte s DS díky svému smluvnímu principu možnost rozhodnout se, kde, jak a do jaké míry se bude podílet na zajišťování jeho péče. Jejich cílem je podporovat takový rozvoj klientů, který bude směřovat ke zlepšení jejich schopnosti vést samostatný život, dále chránit a prosazovat práva klientů a poskytovat další aktivity, které napomáhají sociálnímu začlenění, případně pomoci při zajištění ubytování a stravy.

Podle místa poskytování rozlišujeme služby: *pobytové* (klienti jsou zde ubytováni), *ambulantní* (klienti sem docházejí) a *terénní* (služba je poskytována v přirozeném prostředí klientů). Rodinám dítěte s mentálním postižením se nabízejí mimo jiné následující sociální služby:

- *raná péče* – viz další kapitola,
- *osobní asistence* – je poskytována osobám, které potřebují pomoc jiné fyzické osoby z důvodu snížené soběstačnosti,
- *centra denních služeb, denní stacionáře* – jde o ambulantní služby, kam klienti docházejí, probíhá zde výuka i volnočasové aktivity, při kterých je klientům poskytována potřebná podpora,
- *Domovy pro osoby se zdravotním postižením* – dříve *Ústavy sociální péče*; jde o pobytové služby (s denním, týdenním nebo celoročním provozem); jsou určeny pro děti a mládež od 3 do 26 let a pro dospělé osoby (v praxi se díky mentálnímu věku svěřenců rozdíl v umístování často nedodržují); přijímají se zde osoby všech stupňů mentálního postižení, kromě osob s lehkým mentálním postižením,
- *odlehčovací služby* – jde o terénní, ambulantní nebo pobytové služby, které mají za cíl poskytnout nezbytný odpočinek pečující osobě,
- *chráněné bydlení* – skupinová nebo individuální pobytová služba pro osoby se sníženou soběstačností (srov. BENDOVIÁ; ZINKL 2011: 127-130).

Světové trendy péče o osoby s mentálním postižením dnes směřují spíše k zařízením rodinného typu v chráněných společných bytech, s malým počtem uživatelů a v běžné městské zástavbě (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 163).

Rodině, která se rozhodne dítě s DS přijmout, sama o ně pečovat a vychovávat je, se snaží být nápomocny i další nevládní a neziskové organizace napříč celou republikou. Tato sdružení většinou vznikla na základě potřeby samotných rodičů sdílet své radosti a trápení s lidmi s podobným osudem. Kromě této ryze lidské stránky, nabízí tyto organizace většinou také podporu při řešení otázek zdraví, vzdělávání či integrace dětí do majoritní společnosti. Mezi nejznámější patří např.:

- *Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem*, Praha (www.downsyndrom.cz)
- *Občanské sdružení Rytmus*, Praha (www.rytmus.org),
- *Občanské sdružení Úsměvy*, Brno (www.usmevy.cz),
- *Obecně prospěšná společnost Ovečka*, České Budějovice a Vsetín (www.ovecka.eu),

- *SPMP Klub pro Downův syndrom, Jablonec nad Nisou (www.downuv-syndrom.cz),*
- *Občanské sdružení Mandlové oči, Kopřivnice (www.mandloveoci.cz),*
- *Sdružení dětí s Downovým syndromem Čtyřlístek, Ostrava,*
- *Občanské sdružení Okénko, Pardubice (Další organizace DS, 2005).*

Zmíněné organizace pořádají různá setkání s přednáškami nejen pro rodiče ale i tam, kde jsou informace o dětech s DS potřeba. Dále organizují prázdninové a rehabilitační pobyty, tábory, hravé aktivity, cvičení maminek s dětmi a odborné kurzy (např. Orofaciální regulační terapie, Láska v rukách, Matematika Krok za krokem). Součástí rehabilitačních pobytových programů jsou opět odborné přednášky, logopedická poradna, poradna a kurzy pro rozvoj kognitivních schopností dětí s DS Feuersteinovou metodou a v neposlední řadě programy, připravené nejen pro pasivní, ale i aktivní tvůrčí aktivity.

Rodiče, kterým se narodí dítě s Downovým syndromem, stále častěji vyhledávají informace také na internetu. Existuje mnoho podpůrných webových portálů, kde se rodiče scházejí k výměně informací, diskuzím, sdílejí své zkušenosti, dotazují se odborníků atd. Kromě webových stránek výše uvedených organizací za mnohé uvádím např.: www.trisomie21.cz, www.alfabet.cz, www.dobromysl.cz, www.klubnejmensich.cz, www.lidemezilidmi.cz.

3.2 Raná péče o děti s DS

Děti přicházejí na svět vybaveny zpravidla vším, co na počátku svého života potřebují ke spokojenosti. Zdravé děti projevují radost a spokojenost broukáním a smíchem. Rodiče na to reagují zvýšenou náklonností, zájmem a snahou co nejvíce rozvíjet nejen psychické funkce, ale i předcházet negativním vlivům na jejich optimální vývoj. Bohužel ale nikdo z rodičů není dostatečně připraven na narození a přijetí dítěte s jakýmkoli druhem zdravotního postižení, natož aby věděl, jak takové dítě vychovávat a vzdělávat. Proto je pro některé rodiče dítěte s DS hned od počátku obtížnější reagovat spontánně a někdy dokonce potřebují pomoc, aby porozuměli pomalejšímu vývoji svého dítěte. Je známo, že lépe prospívají děti vychovávané v rodinách než ty, které žijí od raného věku v ústavech (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 145).

Správná a včasná intervence brzy po narození dítěte rozhoduje o jeho dalším vývoji, potažmo o životě celé rodiny, protože může pomoci jejím členům přizpůsobit se speciálním potřebám dítěte. Stanovení správné diagnózy umožní s dítětem pracovat tak, aby byl jeho potenciál co nejvíce rozvíjen, a to jak za pomoci subjektů tuto podporu nabízejících, tak i rodiny dítěte. Tato podpora zahrnuje intervenci pedagogickou, psychologickou, terapeutickou, diagnostickou a právní.

Raná péče (včasná intervence) patří mezi *služby sociální prevence* a nabízí pomoc a podporu rodičům a dětem se zdravotním postižením, popřípadě znevýhodněným nebo jakkoli ohroženým na vývoji. Ranou péčí vymezuje *Zákon o sociálních službách, č. 108/2006 Sb.*, konkrétně § 54, následovně: *Raná péče je terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby* (srov. Zákon o sociálních službách).

Poradcem rané péče se podle zákona může stát speciální a sociální pedagog na základě své odborné způsobilosti. Včasná intervence patří mimo jiné mezi standardní činnost speciálně pedagogických center a je stanovena vyhláškou č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. Rozsah působnosti a kvalita poskytovaných sociálních služeb je definována ve *Standardech kvality sociálních služeb*. Ve *Vyhlášce č. 505/2006 Sb.*, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jsou zahrnuty následující činnosti rané péče:

- a) výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti (zhodnocení kompetencí dítěte a rodičů, zjištění potřeb dítěte a rodičů, poradenství, posilování rodičovských schopností a dovedností dítěte, nácvik a upevňování dovedností pečujících osob, půjčování literatury a pořádání informačních seminářů),
- b) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím (pomoc při socializaci, podpora při využívání služeb a získávání informací),
- c) sociálně terapeutické činnosti (naslouchání klientům, pobytové kurzy, setkávání a výměna zkušeností rodin),
- d) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí (rozvoj komunikačních kompetencí, doprovod rodičů při odborných jednáních o vývoji dítěte) (srov. Vyhláška č. 505/2006 sbírky 2015).

Programy rané péče probíhají i při nestátních neziskových organizacích rodičů a přátel dětí s DS, vzniklých na různých místech Čech i Moravy. Do této péče můžeme zahrnout celou škálu terapií a vyučování. Například *Vojtova metoda* je známa po celé ČR, ale jí podobná *Orofaciální regulační terapie (ORT)*, která je na rozdíl od Vojtovy metody příjemná a bezbolestná pro matku i dítě, je známá už méně, stejně jako *Bobathova terapie*. Podobně dosud málo rozšířenou je *Feuersteinova metoda mentálního obohacení (FIE)*, ačkoli tato je již téměř nepostradatelnou formou podpory kognitivních funkcí dětí i dospělých osob s DS (viz Kazuistiky I., II.). Právě profesor Feuerstein, dokázal, že inteligence, která je měřena prostřednictvím tradičních testů, není nezměnitelnou veličinou, ale dá se ovlivnit zvýšenou podporou a péčí. Dále se domnívá, že méně nadaní jedinci mívají zpravidla větší učební potenciál, než se předpokládá. A děti s DS netvoří vyjimku. Literatura o včasné péči dokládá, že je možné ovlivnit tělesné i mentální omezení dětí s DS přiměřeným cvičením a včasnou péčí o kojence, čímž se podpoří nejen senzomotorický a sociální vývoj, ale stimulují se i procesy učení tolik potřebné pro uplatnění dospělého jedince ve společnosti (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 147). Také z vědeckých studií vyplývá, že pokud děti s DS prošly ranou intervencí, dosahovaly v inteligenčních testech o 20 % lepších výsledků (srov. SELIKOWITZ 2005: 128-129). Často ale nestačí přímá stimulace a normální životní zkušenost, aby se způsob učení u dětí s DS zásadně změnil. Tyto děti musí mít dobře strukturované prostředí, v němž rodiče nebo osoby, které se o ně starají, cíleně nabízejí vybrané vhodné podněty a zároveň eliminují ty nežádoucí. Je zapotřebí použít specifickou strategii, která vede ke zvýšení zájmu, pozornosti a obratnosti dítěte a kterou by měly v ideálním případě ovládat i osoby, které se výchovou a vzděláváním jedinců s DS zabývají (srov. ŠUSTROVÁ 2004: 142-143).

3.3 Vzdělávání dětí s DS

Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces. Tak jako u nepostižených jedinců chápeme nutnost zvyšování kvalifikace, rekvalifikace, prohlubování jazykových a dalších znalostí a dovedností, tak i u mentálně postižených, mezi něž se řadí i lidé s DS, je takováto intervence nezbytná. Ti, kdo se ve společnosti lidí s DS pohybují, rozhodně nepochybují o nezbytnosti a nutnosti vzdělávání těchto lidí

až do pozdní dospělosti, kdy je potřeba udržovat, opakovat, stále rozvíjet a prohlubovat dosažené dovednosti a znalosti (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 148).

Všechny děti se učí a jsou žáky, každá zkušenost přispívá k učení. Zodpovědnost za vzdělání a výchovu dětí zpravidla přebírá rodina. Toto pravidlo platí obecně, avšak pro rodiče dítěte s DS je situace mnohem náročnější na čas, trpělivost a pedagogické dovednosti. Opakovaná zkušenost, kdy se po dlouhodobém trpělivém nácviku a opakování určité dovednosti nedostavuje kýžený výsledek nebo není patrný žádný posun, přináší rodičům pocity bezmoci a beznaděje na úspěch. Zde přicházejí na pomoc již zmiňovaná střediska rané péče, nestátní neziskové organizace a společnosti sdružující tyto rodiny, kde je možno nalézt pomoc, radu a podporu. Podle ŠUSTROVÉ (2004: 175) vzdělávat jedince znamená:

- *zajistit každému dítěti možnosti plného rozvoje jeho potenciálu,*
- *podporovat všestranný rozvoj dítěte,*
- *umožnit každému dítěti, aby dělalo pokroky směrem k dosažení svých osobních cílů, ať už jde o akademické cíle, nebo o cíle vztahující se k jiným životním schopnostem.*

3.3.1 *Legislativní rámec vzdělávání dětí s DS*

Podle *Listiny základních práv a svobod* a *Úmluvy o právech dítěte* mají všechny děti bez rozdílu právo na kvalitní vzdělávání. Česká republika v roce 2007 ratifikovala *Úmluvu Organizace spojených národů o právech osob se zdravotním postižením* a tyto požadavky jsou pro ni závazné. Podle *Článku 24* této *Úmluvy* mají všechny děti s postižením právo být vzdělávány v běžných školách v místě bydliště. Stát je povinen zajistit přiměřené úpravy v běžné škole podle individuálních potřeb každého dítěte a takovou podporu, aby bylo umožněno účinné vzdělávání. Dále je stát odpovědný za využití a přípravu odborníků vyškolených v problematice zdravotního postižení, využití alternativních způsobů a prostředků komunikace a vzdělávacích technik v běžných školách. Právo na rovné vzdělání (nezávisle na postižení, jeho míře a rozsahu) je zakotveno také ve *Školském zákoně České republiky* a dalších právních dokumentech, které souvisejí s výukou a vzděláváním. Dítě s Downovým syndromem je v rámci české školní legislativy *žákem se zdravotním postižením*, jehož vzdělávání probíhá v souladu s *Vyhláškou č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků*

a studentů mimořádně nadaných. Širší právní rámec předškolního vzdělávání a vzdělávání v období povinné školní docházky u těchto žáků tvoří v České republice aktuálně zejména tyto právní dokumenty:

- *Školský zákon č. 561/2004 Sb. – nyní novela č.472/2011Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání.*
- *Vyhláška č. 43/2006 Sb., kterou se mění vyhláška č. 14/2005 Sb., o předškolním vzdělávání.*
- *Vyhláška č. 147/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/2005Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.*
- *Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.*
- *Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.*
- *Vyhláška č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.*
- *Vyhláška č. 48/2005 Sb., o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky (Dokumenty 2013).*

3.3.2 Předškolní vzdělávání dětí s DS

Předškolním obdobím rozumíme dobu cca od 3 let věku dítěte do zahájení povinné školní docházky. Podle CHVÁTALOVÉ (2001) je vhodné děti s DS umístit do běžných (viz Kazuistiky I., II.) nebo do speciálních mateřských školek ve věku přibližně čtyř let. Je na zvážení rodičů, jaký druh školky bude dítě navštěvovat. Výběr závisí na mnoha okolnostech, jako je například vzdálenost zařízení od bydliště, materiální a ekonomické zázemí a podmínky v rodině, starost o další členy rodiny a v neposlední řadě je třeba zohlednit povahu a možnosti dítěte. To znamená, že je třeba uvážit, kde by se nejlépe cítilo a kde je prostředí dostatečně podnětné pro všechny složky jeho osobnosti.

Úkolem předškolního vzdělávání podle *Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání (RVP PV)* je doplňovat výchovu v rodině zabezpečením podnětného prostředí v předškolním zařízení tak, aby docházelo k aktivnímu učení a rozvoji osobnosti dítěte. RVP PV je mimo jiné základem pro tvorbu a úpravu

vzdělávacích programů pro děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřských školách. Podporuje integraci těchto dětí všude tam, kde lze vytvořit podmínky nezbytné pro to, aby byl usnadněn osobnostní i sociální rozvoj dítěte a nedocházelo k izolaci a vylučování dítěte ze společnosti ostatních vrstevníků. Tyto podmínky jsou vyhovující, pokud jsou splněny následující předpoklady:

- *je zajištěno osvojení specifických dovedností zaměřených na zvládnutí sebeobsluhy a základních hygienických návyků v úrovni odpovídající věku dítěte a stupni postižení,*
- *jsou využívány vhodné kompenzační (technické a didaktické) pomůcky,*
- *je zajištěna přítomnost asistenta (dle míry a stupně postižení),*
- *je počet dětí ve třídě snížen (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 70).*

Proto by každý pedagog integrující dítě s DS do běžné MŠ měl vždy zvážit, zda bude schopen splnit všechny nároky, které jsou na něho kladeny. To se netýká speciálních mateřských škol, kde jsou na vzdělávání dětí se specifickými vzdělávacími potřebami učitelé připraveni jak profesně, tak i materiálně.

Jak ŠVARCOVÁ (2006) uvádí, v předškolním věku má odborné vedení dítěti zprostředkovat radostnou a příjemnou zkušenost s učením a chápáním okolního světa a napomáhat dalšímu poznávání ve společnosti ostatních vrstevníků. Mělo by individuálním přístupem dovést dítě s DS na jeho maximální úroveň rozvoje nikoli srovnáváním výkonů se zdravými vrstevníky, ale nacházením úrovně, která je pro dítě dosažitelná. JAROŠOVÁ (2009: 41) k tomu dodává: *Nastoupit do mateřské školy běžného typu by mělo být dnes pro dítě s DS samozřejmostí. Pokud je dobře vedené v rodině, mateřská škola mu prospěje zásadním způsobem: rozvoj řeči, správné sociální návyky a vazby, disciplína, společnost zdravých dětí jako vzoru – to jsou neocenitelné základy pro jeho budoucí vývoj.*

3.3.3 Základní vzdělávání dětí s DS

Zahájení povinné školní docházky je pro rodinu i dítě přelomovým a velmi zátěžovým obdobím. Vypětí rodičů vyplývá z tlaku při rozhodování se mezi umístěním dítěte do běžného typu základní školy (viz Kazuistika I.) nebo do školy speciální či praktické (viz Kazuistika II). Rozhodnou-li se pro vzdělávání v běžném školství, znamená to hledat školu a učitele, kteří budou ochotni dítě integrovat. V současné době je povinná

školní docházka pro všechny děti devítiletá a začíná zpravidla v žákových 6 letech, ale může být prodloužena zvláště v případě dětí s mentálním postižením, jakým je DS. Ze zákona může ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce také odložit školní docházku o 1 nebo 2 roky, avšak každé dítě musí nastoupit do 1. ročníku nejpozději v roce, ve kterém dovrší 8 let (viz Kazuistika I.) (BARTOŇOVÁ; VÍTKOVÁ 2007). Také podle *Zákona č. 561/2004 Sb. odstavec 7* se uvádí, že ředitel spádové školy musí přijmout přednostně žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu. To je důležitá informace pro rodiče dětí s DS. *Paragraf 16* školského zákona se zabývá vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami. Zároveň *odstavec 6 a 7* vymezují právo na modifikaci vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají vzdělávacím potřebám a možnostem žáka, což se děje např. za pomoci asistenta pedagoga a individuálního vzdělávacího plánu (viz Kazuistika I.) (srov. BAZALOVÁ 2014: 144-145).

Vzdělávací potřeby dítěte s DS jsou různé a proměnlivé. Proto by měla být docházka do určitého typu školy chápána i třeba jen jako dočasná a je třeba počítat i se změnou výuky nebo dokonce školy. Další možnost nabízí *§ 40 Školského zákona*, dle kterého existuje možnost plnit školní docházku i jiným způsobem. Příprava dětí se středně těžkým a těžkým mentálním postižením může být poskytována formou přípravného stupně na základní speciální škole a na tento přípravný stupeň vzdělávání může navazovat i další školní docházka (BAZALOVÁ 2014). Každopádně by rodiče měli být připraveni na to, že ať zvolí jakoukoli školu, pravděpodobně nebude nikdy dokonalá (SELIKOWITZ 2005).

4 ŠKOLNÍ INTEGRACE DĚTÍ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

4.1 Integrace

Výraz *integrace* má původ v latině a znamená *nenarušený, úplný, celý*. *Integrace v širším smyslu je začlenění osob s nějakým zněvýchodněním nebo postižením do společnosti. V užším smyslu tento termín vnímáme jako školskou integraci, tedy vzdělávání dětí se speciálními potřebami v běžných školách* (BENDOVIÁ; ZINKL 2011: 42). HÁJKOVÁ (srov. 2005: 27) zmiňuje Bűrliho výstižnou definici školní integrace jako *úsilí zajistit takovou výchovu a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami v nerestriktivním prostředí prostřednictvím různorodé nabídky vzdělávacích možností a postupů, s ohledem na jejich osobní zájmy a současně celospolečenské trendy ve výchově a vzdělávání*.

MICHALÍK (srov. 2000: 118-119) uvádí dva v pedagogice rozšířené modely školní integrace – individuální a skupinovou. Individuální integrace (viz Kazuistika I.) je založena na vzdělávání jednoho žáka se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci běžné třídy za podpory asistenta pedagoga a individuálního vzdělávacího plánu (IVP). Model skupinové integrace je založen na principu integrované skupiny postižených dětí do třídy, nebo jedné speciální třídy (skupiny) do běžné školy. Tento druh integrace je ale dnes u nás stále spíše výjimkou. Hlavní myšlenkou integrace je začlenění, či přijetí člověka s odlišností do majoritní společnosti, jeho zapojení do hlavního vzdělávacího proudu (tj. do běžných škol) společně s jeho vrstevníky a respektování jeho osobnosti jako rovnocenné součásti společnosti.

4.2 Inkluze

Zatímco v pedagogické praxi souvisí integrace se vzděláváním dětí se speciálními vzdělávacími potřebami mezi běžnými dětmi v běžných školách, lze integraci popsat také jako začlenění jedince do společnosti, kdy v ní dovede bez problémů žít, cítí se jí být přijat a sám se s ní identifikuje. Tento pojem můžeme chápat nejen jako součást procesu socializace, ale zejména jako spojení, které ve svém celku vytváří vyšší kvalitu. Takovéto úplné začlenění nazýváme inkluzí. BOOTH a AINSCOW (2007: 6) chápou inkluzi jako změnu: *Jde o nekonečný proces zkvalitňování učení a zapojení*

všech studentů. Jde o ideál, o který škola může usilovat, ale kterého nikdy zcela nedosáhne. K inkluzi ovšem dochází ihned, jakmile je proces zvyšování míry zapojení nastartován. Inkluzivní škola je škola v pohybu.

Profesor Reuven Feuerstein, izraelský psycholog zabývající se výzkumem kognitivních schopností dětí s DS, podle POKORNÉ tvrdí, že adaptace není přepych, ale podstata života. *Žijeme v podmínkách, ve kterých neadaptovaní jsou po mnoha stránkách ztraceni, odsouzeni k životu, který je všudypřítomně omezován. Kognitivní modifikovatelnost, jako teorie a aktivní hnutí, se pokouší oslovit ty prvky člověka, které nejsou schopny přizpůsobení velkým změnám* (POKORNÁ 2006: 10). Tyto prvky od jedince vyžadují, aby se stal kognitivně plastičtější a flexibilnější. Podle autorky existuje i hledisko Herrnsteina a Murraye, kteří považují velkou masu populace za neschopnou se integrovat do mohutného proudu rozvoje moderní technologie. *Z tohoto pohledu jsou takoví jedinci odsouzeni k tomu, aby zůstali pouze uživateli toho, co produkují inteligentní, flexibilní a adaptabilní lidé společnosti, ale nejsou součástí této tvorby a generace, pro kterou je technologie nutností...Nikdo nemůže být stranou. Buď je osoba integrovaná do společnosti jako člen, který přispívá svou existencí a rozvojem, nebo stojí stranou a je neschopná se zapojit. Být pro inkluzi, znamená podle definice věřit lidské modifikovatelnosti a být rozhodnut nacházet způsoby, jak by se lidé stali součástí společnosti – to je podstata pojetí modifikovatelnosti a nutnosti inkluze* (POKORNÁ 2006: 11).

SPIPKOVÁ (2005) vysvětluje význam inkluzivní školy pro žáky i společnost jako celek. Její klíčový význam vidí v tom, že klade důraz na solidaritu, pospolitost, na spolupráci a vzájemnou pomoc, na spoluúčast na vlastním rozvoji, sebeřízení a tvorbu podnětného učebního prostředí. Inkluzivní škola staví na jedinečnosti každého žáka, který si přináší do školy své životní zkušenosti a přesvědčení. Využívá odlišnosti jako výhody, žáci vnímají rozdíly mezi sebou a jsou vedeni k porozumění, toleranci, úctě k ostatním i k sobě. Jak doplňuje POLECHOVÁ (2000: 13): *Každý je něčím cenný a má co v tomto kooperativním procesu nabídnout, a právě proto je inkluze všech v zájmu všech, neboť individuální kvality jednotlivců se doplňují.*

4.3 Cíle integrativního a inkluzivního vzdělávání

Integrativní vzdělávání vnímá PRŮCHA (2002: 87) jako *přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby.* Podle BAZALOVÉ (2006) je cílem inkluze stav, kdy společnost bez výjimky akceptuje odlišnost každého svého člena, je tedy normální být jiný. Hendikepované dítě se tedy rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje. Inkluzivní vzdělávání probíhá ve školách, které tvoří unifikovaný systém vzdělávání všech žáků dohromady, a to při zachování stejné úrovně kvality ve vhodných věkových skupinách.

4.4 Obecné principy integrace a inkluze

Praktické naplnění integrace by podle BOOTHA a AINSCOWA mělo být dosaženo na základě několika principů, které uvádí v publikaci *Ukazatel inkluze* (2007: 6):

- *Všichni studenti a pracovníci školy jsou stejně důležití.*
- *Zvyšování míry zapojení studentů (snižování míry vyčlenění) do školní kultury, vzdělávacího procesu a komunity.*
- *Změna školní kultury, politiky a praxe tak, aby byla zohledněna různorodost studentů.*
- *Odstraňování překážek v učení a zapojení všech studentů, tedy nejen těch, kteří mají určité postižení či jsou označeni jako „studenti se speciálními vzdělávacími potřebami“.*
- *Využívání zkušeností z konkrétních případů překonávání překážek v přístupu a zapojení tak, aby ze změn mohli čerpat i ostatní studenti.*
- *Vnímání rozdílů mezi studenty jako inspirace pro podporu učení, nikoliv jako problému, který je třeba řešit.*
- *Uznávání práva studentů na vzdělávání v místě, kde žijí.*
- *Zkvalitňování škol pro potřeby studentů i učitelů.*
- *Vyzdvihování úlohy škol při budování společenství a rozvoji hodnot, nejen při zvyšování výkonů studentů.*
- *Podpora vzájemně prospěšných vztahů mezi školami a okolní komunitou.*

Tíž autoři upozorňují na to, že podle výzkumů školy téměř nevyužívají známé a dostupné edukační metody a postupy. Učitelé se brání vlastní sebereflexi i reflexi praxe kolegů, která je nanejvýš potřebná. Odmítají vnímat rozdíly jako příležitost k učení. Pokud se svěřenec nevejde do připraveného scénáře, učitel tápe. Přitom odlišnost a překvapení je možno vnímat jako příležitost k pedagogovu vlastnímu růstu, pokud se odehrávají v kolegiálním prostředí. Při reflektování existujících způsobů práce je nezbytné uvažovat nad tím, zda některé aspekty edukační praxe nepůsobí jako bariéry aktivní účasti některých žáků v procesu integrace. V této souvislosti navrhuji zajímat se do hloubky o to, co se v kolektivu děje. Sami autoři se zúčastnili jednoho z výzkumů, kde měli možnost pozorovat, jak někteří svěřenci dostávají od pedagoga jemné signály o tom, že je nepovažuje za plnohodnotné jedince. Přitom při tvorbě inkluzivního prostředí ve školním i mimoškolním prostředí jde především o to, identifikovat bariéry, které někteří mohou pociťovat. Aby bylo možné žáka podpořit, je nutné se s nimi vypořádat. V zájmu utváření vstřícnější atmosféry v kolektivu je možné využívat užší kooperaci pedagogů, podpůrného personálu, rodičů i samotných integrovaných žáků. Výzkumné závěry dokládají, že lepší využití interakce a spolupráce mezi dětmi navzájem může přispět k vytvoření lepších podmínek pro všechny děti. Tam, kde nefunguje vzájemná podpora a nejsou vhodné podmínky, není snadné motivovat pedagogy k vývoji lepších inkluzivních postupů. Pokud se pouštějí do něčeho nového, je to spojeno s rizikem. Velkou překážkou inkluzivního rozvoje může být i malá příležitost pedagogů vzájemně pozorovat a diskutovat svou práci. Nové přístupy vyžadují pracovní atmosféru a bezpečné prostředí poskytující podporu. Právě proto je dobrý management školy zásadním faktorem, který může pozitivně ovlivnit rozvoj inkluzivního prostředí (srov. BOOTH; AINSCOW 2007: 6-10).

Podle MÜHLPACHRA (2003) musí být splněna řada podmínek, aby mohlo k integraci dojít. Především je důležité přesvědčení rodiny (potažmo žáka samotného), že integrace do běžné školy bude vhodnou variantou jeho vzdělávání (viz Kazuistika I.). Škola a třída by měla být pro žáka dostupná ideálně bez pomoci okolí. Učitel by měl být připraven na práci s hendikepovaným žákem, tj. měl by mít minimálně základní znalosti z oblasti speciální pedagogiky a dostatek informací o specifikách hendikepu svěřeného žáka. V zájmu úspěšné integrace je také třeba připravit na změny třídní kolektiv a nastolit ve třídě příznivé klima.

4.5 Příklady integrativního vzdělávání v zahraničí

V evropském školství počal integrační proces v druhé polovině 20. století a měl v jeho průběhu mnoho podob. Formy školní integrace jsou v jednotlivých zemích různé, převládá ale situace, kdy zůstávají patrné rozdíly mezi výkony většinové skupiny a žáků, kteří jsou do těchto tříd integrováni. Je nutné tuto různorodost akceptovat a dosažené výsledky tak musí být vyhodnocovány na základě individuálního vzdělávacího a výchovného plánu integrovaného žáka. Také je mu potřeba ve třídě poskytnout dodatečnou péči a podporu (ŠVARCOVÁ 2006: 132-133).

V Polsku podle BENDOVÉ a ZINKLA (2011) existují integrační třídy, kde je integrováno maximálně pět žáků se zpravidla jedním druhem zdravotního postižení. Ve třídě je snížen počet žáků na dvacet (včetně postižených) a jsou zde vytvořeny podmínky nezbytně nutné pro tento způsob vzdělávání. To znamená, že zde vyučují dva učitelé, z nichž jeden má speciální pedagogické vzdělání, mají k dispozici speciální pomůcky a vyučují podle IVP. Tento způsob v Polsku převládá nad individuální integrací.

V Anglii, která má ve srovnání s Českou republikou jiný systém školství, vychází z integračního modelu, který uznává zásadu, že pokud si to rodiče přejí, musí být dítě vzděláváno v běžné škole. Anglické vzdělávací modely nabízejí dětem se zdravotním znevýhodněním takové vzdělání, které mohou i přes svůj hendikep úspěšně absolvovat, takže je pro dítě vybrán takový typ školy, který mu nejvíce vyhovuje. Žádné umístění není trvalé, a pokud dítě potřebuje změnu, ať už z jakéhokoli důvodu, mají rodiče možnost je přemístit jinam. Děti se učí podle individuálních vzdělávacích plánů, které musí být jasné a srozumitelné jak pro odborníky, tak pro rodiče. Každoročně dochází k revizi umístění dítěte do určitého typu školy. Tyto nabízejí různé modely jako např.: běžná třída bez speciální pomoci, běžná třída s konzultantem, běžná třída s docházejícím speciálním pedagogem, běžná třída a částečně speciální třída, speciální třída a částečně běžná třída, speciální třída v běžné škole, speciální škola, internátní speciální škola nebo soukromá škola (srov. MICHALÍK 2000: 41).

Ve Švédsku, jak uvádí BENDOVÁ a ZINKL (2011), je velmi málo speciálních škol. Většina dětí se speciálními potřebami je integrována. Žáci s lehčím postižením dochází z běžných tříd na reedukaci ke speciálním pedagogům. Žáci s těžším postižením jsou ve speciálních třídách běžných škol a podle svých možností se podílejí na životě školy a běžných aktivitách s ostatními žáky. Prakticky jde o skupinovou

integraci, protože výuka probíhá většinou ve speciálních třídách s potřebným vybavením a pomůckami, kde je nižší počet žáků a dva i více pedagogických pracovníků.

V Dánsku je dítě se speciálními vzdělávacími potřebami začleněno do formy vzdělávání, které odpovídá jeho individuálním potřebám, možnostem a schopnostem, aby byly vytvořeny co nejlepší podmínky k jeho rozvoji. Dánský model integrace hledá optimální cestu, jak pomoci rozvíjet osobnost s přihlédnutím i k jeho pozdějšímu začlenění a uplatnění ve společenském životě. Děti s lehkým postižením dochází do škol v blízkosti bydliště, které mu zajistí podporu vzdělávání v oblastech jeho specifických vzdělávacích potřeb. Závažnější formy postižení řeší speciální školy nebo speciální třídy běžných škol. Pro děti s těžkým a hlubokým postižením je zajištěno vzdělávání v bezbariérových speciálních školách plně vybavených vším, co je zapotřebí i co se týká kvalifikovaných pedagogů, odborného i pomocného personálu (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 138).

V Norsku jsou všechny děti individuálně integrované. Je to velmi finančně i personálně nákladný princip. Každé dítě má svou osobu, zajišťující mu jeho individuální potřeby. Může jím být asistent na pár hodin, který je zároveň učitelem nebo asistent na plný úvazek, který se dítěti věnuje celý den a přebírá plnou zodpovědnost za vzdělávání žáka.

Ve Finsku se děti s lehkým postižením integrují individuální formou výuky a ostatní formou skupinové integrace ve speciálních třídách (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 139).

5 ŠKOLNÍ INTEGRACE DĚTÍ S DS V ČESKÉ REPUBLICE

Téma integrativní výchovy hendikepovaných dětí je v popředí zájmu zejména speciálně pedagogické praxe teprve necelých posledních dvacet let. Charakteristickým rysem předešlého období byla segregace zdravotně i mentálně postižených jedinců od zdravé populace. Náš školský systém měl na vysoké úrovni síť speciálních škol i osnovy výuky, ale tyto školy byly příliš uzavřeny do sebe, jejich žáci se praktickým dovednostem učili většinou uvnitř školy a nebylo obvyklé, aby se s běžnými životními situacemi seznamovali v reálném prostředí, což je pro jejich budoucí uplatnění v životě nesmírně důležité. Speciální školy byly zaměřeny především na trivium (čtení, psaní, počítání), přičemž učení sociálním dovednostem bylo pouze okrajové. Problematická byla také další návaznost na speciální školství. Někteří žáci absolvovali speciální odborná učiliště, ale mnoho jich potom zůstávalo „uzavřeno“ ve svých rodinách. Vysoké procento dětí s postižením se nevzdělávalo vůbec. Podobná situace byla také v ústavech sociální péče. Mnohé z nich byly umístěny na těžko dostupných místech a veškeré aktivity se odehrávaly většinou pouze v prostorách těchto segregovaných míst (srov. MICHALÍK 2000: 69-75).

Dnes je situace jiná. Zapojení žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol je především úkolem základního školství, ale tento proces vyžaduje multidisciplinární pohled, který se dotýká i filozofických, etických, psychologických, pedagogických, biologických, zdravotnických, ekonomických, politických a legislativních otázek. Týká se tedy nejen výchovy samotných znevýhodněných, ale i přípravy majoritní společnosti na akceptování svých hendikepovaných spoluobčanů a ochoty se těmito lidmi zabývat (srov. ŠVARCOVÁ 2006: 139).

5.1 Psychosociální aspekty integrace dětí s DS

Většina odborné literatury, která se zabývá vývojem jedince, zdůrazňuje důležitost vlivu prostředí na tento proces. V případě dětí s DS to platí snad ještě více. Jak uvádí POKORNÁ (2006), profesor Feuerstein použil na toto téma parafrázi z pozdně biblické literatury, která pěkně tuto skutečnost vystihuje: *Bůh vyjádřil smutek nad tím, že člověk, kterého stvořil ke svému obrazu, jeho obraz nenásleduje ve svém životě na Zemi. Dva andělé mu řekli: „Bože, už jsme ti říkali, že lidstvo není dobré!“ A Bůh odpověděl:*

„Jaký by byl svět bez lidské bytosti?“ Andělé řekli Bohu: „Bože, nech nás letět dolů, my se staneme lidmi a uvidíš, jak je naučíme světit Tvé jméno.“ Na to je Bůh varoval: „Jestliže se dostanete do jejich prostředí, na své zapomenete, jejich se přispůsobíte a budete jako oni, možná ještě horší!“ ... To naznačuje, že prostředí má takovou moc, že dokáže změnit nejen anděly, ale možná dokonce i geny... Legenda končí popisem úplného úpadku těchto dvou andělů a jejich dobrých úmyslů. Tato metafora nás učí, že prostředí má ohromný dopad na člověka (POKORNÁ 2006: 11).

HALDER (2004: 20) v souvislosti s vlivem prostředí na vývoj dětí s DS zdůrazňuje velký přínos společné výuky dětí s DS v přirozeném prostředí s dětmi, které nejsou postižené. Všechny děti se učí napodobováním a přejímáním vzorů, u dětí s DS to platí dvojnásob, proto je pro jejich duševní rozvoj rozhodující, v jakém prostředí se pohybují. Spolužáci a kamarádi jsou v určitém věku velkým vzorem a motivací v určování norem chování a výkonu. Tato vzájemná interakce je ovšem oboustranně nanejvýš výhodná. Má pozitivní vliv především na rozvoj morálních vlastností spolužáků, kteří se snaží pomáhat a být prospěšní dětem s DS (viz Kazuistika I.). Tyto vztahy mnohdy přetrvávají a jsou výhodou i pro dospělého s DS. Schopnost učení se nápodobou může být tedy pozitivně zúročena, ale může mít i negativní dopad v případě, že se dítě nachází v nepříliš dobře vedeném kolektivu nebo v kolektivu s několika jedinci, kteří mají výchovné problémy. Zde se můžeme setkat s napodobováním nežádoucích vzorů chování.

Přechodným problémem integrace bývají snížené řečové schopnosti dětí s DS, které jim znesnadňují uzavírání a udržování přátelských vztahů. Zde pomáhá respektování tohoto problému, trpělivost a uvědomění si toho, že komplikace s přibývajícím věkem postupně odezní. Děti s DS také obzvláště často používají strategii vyhýbání se neúspěchům. Při řešení nových situací a neznámých úkolů pak spolužáci mohou narazit na jejich negativistické postoje až záseky, které plynou ze strachu před selháním. Proto je nezbytné informovat spolužáky o schopnostech, slabostech, emocionálních a sociálních potřebách dětí s DS, které mají se zdravými dětmi podobné, což napomůže k lepšímu pochopení se navzájem. K překlenutí psychosociálních problémů, které mohou nastat, je třeba se řídit strategií, která těmto komplikacím předchází. Jednou z významných složek této strategie může být funkční individuální plán, ve kterém je zdůrazněna výchova k samostatnosti a dosahování sociálních kompetencí (srov. HALDER 2004: 8-12).

5.2 Podmínky úspěšné integrace dítěte s DS

Jak uvádí POKORNÁ (srov. 1997: 10-14), je na nás, nabídnout jedinci takové prostředí, které bude schopné ovlivnit genetickou výbavu, jež určuje jeho vývoj. Výzvou pro nás je tedy nebýt determinován geny. Lidská bytost si nemůže vybírat své geny, ale může si vybírat způsob života, který by si přála.

Přestože zákon hovoří jasně, ne každá škola dokáže vytvořit ideální podmínky pro integraci. Nejdůležitějším článkem školní integrace je personální zajištění. Svým vstřícným přístupem k dítěti může personál školy (od pedagogického až po pomocný) úspěšné integraci velmi pomoci. Ne vždy se ovšem učitelé k integraci staví kladně. Podle ŠVARCOVÉ (2006) se většina vyjadřuje pozitivně pouze za předpokladu, že budou splněny tyto nezbytné podmínky, umožňující žáka se speciálními vzdělávacími potřebami přijmout a vzdělávat:

- Škola by měla zajistit a realizovat podpůrná opatření definovaná ve vyhlášce 72/ 2005 Sb., § 1. Ta se týkají využívání služeb poradenských zařízení a asistentů pedagoga, speciálních metod, postupů, pomůcek a učebnic.
- Škola bude muset přijmout různá organizační opatření, např. snížení počtu žáků ve třídě s integrovaným dítětem, zajištění pedagoga asistenta, podpora dalšího vzdělávání učitelů, finanční ohodnocení jejich práce a vedení pedagogického sboru ke vzájemné spolupráci.
- Učitelé, kteří mají integrované dítě s DS ve třídě, by měli mít dostatek informací ohledně specifik zdravotního postižení dítěte a sociálně pedagogických kompetencí. To se týká i asistentů pedagogů, kteří spolupracují s učiteli.

Usměrňovat vzahy ve třídě s integrovanými žáky je úkol pedagogicky neméně složitý než vyučování těchto žáků. Vyžaduje pedagogickou zkušenost, pedagogický takt, ale často i spolupráci s rodiči i dalšími odborníky. (ŠVARCOVÁ 2006: 135). Autorka zmiňuje i další aspekty plnohodnotné integrace:

- Důležitým předpokladem úspěšné integrace je zodpovědná rodina dítěte a její systematická spolupráce se školou (viz Kazuistika I.).
- Poradenství a diagnostika využívaná školou by měla zajišťovat optimální průběh integrace dítěte s DS, která je týmovou aktivitou, na níž se aktivně podílejí učitelé, asistent, rodiče, speciální pedagog a další odborníci (např. logoped, psycholog, psychiatr apod.), tedy tzv. integrační tým.

- Didaktické a kompenzační pomůcky jsou nezbytnou součástí a pomocí dětem s DS ve škole a pedagog by je měl co nejvíce využívat. Typy pomůcek doporučuje SPC a na trhu jich existuje velké množství. Také některé organizace a společnosti Downova syndromu tyto pomůcky pomocí svých vyškolených pracovníků doporučují a do škol podle potřeby zapůjčují.
- Integrace předpokládá také úpravu prostředí a výuky podle specifických potřeb dítěte, ke kterým je třeba přihlížet a brát na ně ohledy.

Pokud má probíhat školní integrace dětí s Downovým syndromem hladce, je třeba také brát v potaz následující specifika, která souvisí se vzděláváním těchto dětí:

- vlivem krátkodobé sluchové paměti slyšené slovo rychle mizí z paměti dítěte, což může mít vliv např. na chápání pravidel a rozvoj organizačních schopností,
- dlouhodobá paměť funguje dobře, ale dítě je schopno si zapamatovat pouze dostatečně osvojené učivo,
- zrakové vnímání má vliv na velmi dobrou zrakovou paměť dětí s DS, proto by mělo být při výkladu vyučovací látky využíváno co nejvíce vizuálních prostředků,
- děti s DS často vykazují poruchy koncentrace, nechají se snadno rozptýlit, výuka by měla probíhat střídáním práce v kolektivu a individuálně s asistentem (viz Kazuistika I.),
- běžné jsou problémy s mluvením, dítě většinou řeči lépe rozumí, než je schopno samo vyjádřit, v extrémních případech je možno využít i náhradní komunikační systémy,
- dítě s DS bývá celkově pomalejší, což souvisí například s hypotonií (viz Kazuistika II.), nejistotou v chaotických situacích a se sklony k puntičkářství,
- nanejvýš vhodný způsob praktické výuky je učení prací,
- vzdělávání v běžné škole nejvíce podporuje učení napodobováním, ale může mít i negativní dopady, pokud je vzor, který dítě napodobuje, nevhodný,
- zatvrzelost (paličatost) může plynout ze strachu před někým nebo něčím, proto těmto dětem vyhovují rituály a pravidla a jejich nácvik,
- je třeba dát dítěti možnost zažít úspěch, čímž předcházíme nechuti a negativistickému vzpírání se a odsouvání vyřešení úkolu,
- dítě často na vše odpovídá NE, což může souviset s pomalejším chápáním situací, které mají nastat, je třeba dát dítěti více času k pochopení a vše přiměřeně vysvětlit,

- nechť poznávat nové můžeme překonat pomocí taktiky, kdy dítě má pocit, že zvládá úkol samo,
- výše uvedené zvláštnosti mohou souviset i se specifickými problémy v učení, které u dětí s DS nejsou vyjímkou (srov. HALDER 2002: 4-22).

Podle LANGA a BERBERICHOVÉ (1998) by každý, kdo na škole působí (zaměstnanci i žáci školy), měl být seznámen s problematikou integrace a inkluze. I rodiče spolužáků integrovaného žáka mají právo vědět, co se děje ve škole, kterou navštěvuje jejich dítě. Vhodné je informovat rodiče na třídních schůzkách, kde se mohou na cokoli zeptat a učitelé mají možnost vyvrátit jejich případné obavy. Pokud mají rodiče o problematiku zájem, je vhodné doplnit informace přednáškou odborníka. Spolupráce učitelů, jejich vzájemné porozumění a podpora je také velice důležitá. Inkluzivní přístup k žákům by měli zaujmout nejen pedagogové, ale i celý personál školy.

5.3 Nevýhody a překážky integrace dítěte s DS

Integrovaný žák obvykle potřebuje speciální přístup, který zabezpečuje asistent pedagoga či sám pedagog, na kterého jsou kladeny větší nároky. V mnoha případech žák potřebuje i speciální pomůcky a zařízení. Jednou z nevýhod integrace je její finanční náročnost a větší pracovní nasazení pedagogů. Škola se také v souvislosti s integrací potýká s přírůstkem administrativní práce, která v současné době zabírá hodně času všem pedagogům. V některých případech může být integrace nadměrnou zátěží pro samotného integrovaného žáka a ukáže se jako nevhodná (viz Kazuistika II.). Proto je důležité dítě integrovat pouze tehdy, když jsou splněny všechny podmínky integrace a integrace se jeví jako prospěšná (OBST; KALHOUS 2002). Mezi faktory, které brání úspěšné integraci, patří podle BENDOVÉ a ZINKLA (2011) například:

- Protiintegrační tendence a stanoviska učitelů. Měly by být důvodem k tomu, aby se rodiče pokusili nalézt jiného učitele nebo rovnou jinou vhodnou školu, která bude mít zájem dítě integrovat. Nicméně tato situace není neobvyklá a vychází z oprávněných pocitů učitelů, že pro integraci nemají potřebné vzdělání a zkušenosti se zdravotně postiženými dětmi.
- Škola nemá potřebné podmínky pro integraci. Sem patří nedostatky v odborných kompetencích týkajících se zajišťování specifických alternativních způsobů

a postupů během vzdělávání (např. problémy s tvorbou IVP), nedostačující finanční prostředky, malá nebo žádná podpora ze strany vedení školy atd.

- Neznalost specifík a zvláštností dítěte, jejich nepochopení, jejich přehlížení nebo hledání nedostatků dítěte (viz Kazuistika II.). Často si učitelé kladou otázku, co s dítětem, když nebude schopné udržet krok se třídou. Z tohoto úhlu pohledu je vnímáno vzdělávání žáka s DS jako nevhodné nebo dokonce zbytečné. Zapomíná se na to, že individuální plán pomáhá dítěti zvládat výuku svým tempem nezávisle na spolužácích a že mnohem významnější je sociální aspekt integrace.
- Rodina, která má nepřiměřené nároky a ambice za každou cenu dítě integrovat, vytváří tlak, díky kterému dítě psychicky strádá a integrace se stává pro ně zátěží.
- Nevhodný výchovný styl rodičů nebo únava rodičů z dlouhodobé vyčerpávající péče o postižené dítě, které mohou vést k neshodám a nedorozuměním.
- Dlouhodobě špatný zdravotní stav dítěte (viz Kazuistika II.). Chronická onemocnění horních cest dýchacích, neléčené záněty středouší, vrozené vady srdce apod. mohou integraci dítěte velmi komplikovat.
- Učitel i asistent integrovaného dítěte obětují příliš mnoho sil na přípravu výuky podle předem vypracovaného individuálního plánu (IVP). To vše je náročné na čas a často to není dostatečně ohodnoceno, takže dochází ke ztrátě motivace.

5.4 Význam školní integrace pro další vývoj dítěte s DS

Dobré vzdělání a výchova nás vybavují pro život směsicí stěžejních všeobecných i specializovaných dovedností. Abychom mohli takové možnosti nabídnout dětem s DS, musí pedagog dobře vědět, s jakými problémy a výzvami se budou tyto děti konfrontovat. Zároveň pedagog musí ovládat prostředky a znát cesty, jak těmto výzvám co nejlépe čelit. Cílem integrativního vzdělávání je příprava na život v dospělosti a tato myšlenka se odráží i v následujících výchovných cílech rodičů dětí s DS, kteří si přejí, aby jejich dítě jednou:

- bylo schopno dobře vycházet s lidmi,
- bylo schopno pracovat v běžném prostředí,
- bylo vítáno, přijímáno s důvěrou a mohlo se účastnit aktivit nepostižených,
- mělo šanci si adekvátně svým možnostem zvolit formu bydlení,
- bylo šťastným člověkem (PUESCHEL 1997).

Je-li cílem výchovy napomáhat dětem a dospělým dosáhnout již popsané životní kvality, musí hlavně zprostředkovávat určité sociální dovednosti. Tyto dovednosti, tolik důležité pro život ve společnosti, se právě mohou odehrávat zcela přirozenou cestou, kterou je především sociální integrace. K sociálním dovednostem patří mimo jiné schopnost být v dospělosti co nejméně závislý na pomoci druhých a schopnost navazovat vztahy se všemi lidmi, ať už jsou postižení či nikoli. To je cílem integrace, která může lidem s postižením v mnohém ulehčit orientaci v životě a ve světě. Díky integraci by se postižené děti měly naučit, jaké je to být členem kolektivu, měly by se naučit nabídnout svou pomoc a dokázat přijmout pomoc od druhých (srov. PUESCHEL 1997: 88).

Profesor Reuven Feuerstein na konferenci inkluzivní a kognitivní edukace na závěr své přednášky řekl: *Pouze umístit dítě do nového prostředí a myslit si, že nějaký způsob zázračné interakce bude úspěšný, je neopodstatněné...Musíme jedince připravit pro inkluzi. Stejně tak musíme připravit prostředí pro integrovaného žáka... Ale velmi důležitou věcí je promyslet způsob, jak mají být jedinci připraveni, aby měli zisk z toho, že jsou vřazeni do procesu inkluze. Nedomnívám se, že je to lehký úkol. Neříkám OK, pošlete děti do běžných tříd a připravte vedení, aby je přijalo. Ne, musíme se zasazovat za práva a potřeby, které připraví dítě na nové prostředí, aby vyvolalo takové způsoby integrace, z kterých budou a mohou mít prospěch ve svém rozvoji a pro svou budoucnost.* (POKORNÁ 2006: 21).

6 ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo popsat všechny důležité aspekty školní integrace dětí s Downovým syndromem, které s tímto procesem souvisejí. Mým záměrem bylo podat co nejobjektivnější informace o tom, jaké specifické vlastnosti a mentální schopnosti mají děti s Downovým syndromem. Zvláště jsem chtěla poukázat na důležitost včasné péče a předškolního vzdělávání pro pozdější úspěšnost dalšího školního vzdělávání a integraci těchto dětí. Dále jsem zpracovala dostupné informace o školní integraci a jejím sociálně-psychologickém významu pro děti s DS. Ve stručnosti jsem uvedla integrační tendence v ČR i v zahraničí. Teoretické úvahy o nevýhodách a překážkách integrace, mně vedly k sepsání kazuistik dvou konkrétních dětí s DS, u kterých probíhalo zařazení do školního vzdělávání naprosto odlišně.

Přestože náš vzdělávací systém integrativní vzdělávání umožňuje, někteří odborníci i laická veřejnost se shodují na tom, že stále nejsou na mnohých školách vytvořeny potřebné podmínky pro to, aby integrace probíhala hladce a byla za každých okolností pro integrované děti i jejich spolužáky přínosem. Problémy se vyskytují jak na straně poskytovatele vzdělání – tedy jednotlivých škol, tak na straně rodičů těchto dětí. Školám často chybí osobnostně i odborně vybavení pedagogové, ochotní integrované dítě přijmout, finanční podpora ze strany státu (peníze na asistenty, na pomůcky) či podpora ze strany vedení školy. Rodiče zase mají někdy přehnané požadavky jak ohledně svých dětí, tak ohledně všech členů tzv. integračního týmu. Jak se v praxi ukazuje, školní integrace není vhodná úplně pro každé dítě s DS, nicméně rozhodně bychom měli dát všem dětem stejnou šanci a uvažovat o integrativním vzdělávání jako o první volbě. Naštěstí příkladů dobré praxe je již v současné době dostatek, takže máme z čeho čerpat zkušenosti. Teprve pokud se překážky úspěchu integrace jeví jako nepřekonatelné, měli bychom sáhnout po jiném řešení. Vždy bychom ale měli mít na zřeteli především spokojenost dítěte. Ostatně, jak je možné vyčíst mezi řádky z příložených kazuistik – spokojeným jedincem, který je schopen se bez větších problémů zařadit do většinové společnosti, se může stát jak dítě, které prošlo procesem školní integrace, tak dítě, které integrováno nebylo.

Ale těžké břemeno rozhodování, kterou cestou se dát, nakonec opět leží na rodičích dětí s DS. Proto jim upřímně přeji ke zvládnutí tohoto nelehkého úkolu hodně štěstí!

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BARTOŇOVÁ, M.; VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2007, 247 s. ISBN 978-80-7315-158-4.

BAZALOVÁ, B. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál, 2014, 183 s. ISBN 978-80-262-0693-4.

BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích*. Brno: MU, 2006, 188 s. ISBN 80-210-3971-X.

BENDOVÁ, P.; ZIKL, P. *Dítě s mentálním postižením ve škole*. Praha: Grada, 2011, 140 s. ISBN 9788024738543.

BOOTH, T.; AINSCOW, M. *Ukazatel inkluze* Praha: Rytmus o. s., 2007, 109 s. ISBN 80-903598-5-X.

Další organizace DS. *Společnost rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem* [online]. 2005 [cit. 2014-10-12] Dostupné z: <http://www.downsyndrom.cz/kontakt/dalsi-organizace-ds.html>.

Dokumenty. *Ministerstvo školství mládeže a tělovýchovy*. [online]. 2013 [cit. 2014-10-11] Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty>.

HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika*. Praha: IPPP ČR, 2005, 123 s. ISBN 80-8685-605-4.

HALDER, C. *Dítě s Downovým syndromem ve škole*. Praha: Klub rodičů a přátel dětí s Downovým syndromem, o. s., 2004, 23 s. ISBN nevedeno

CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením*. Praha: Portál, 2001, 182 s. ISBN 80-7178-588-1.

JAROŠOVÁ, J. Rodina a děti s Downovým syndromem v současnosti. *Vox paediatricae, časopis praktických lékařů pro děti a dorost*. 2009, roč. 9, č. 8, s. 38-41. ISSN 1213-2241

- KERROVÁ, S.: *Dítě se speciálními potřebami*. Praha: Portál, 1997, 165 s. ISBN 80-7178-147-9.
- LANG, G.; BERBERICHOVÁ, CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál, 1998, 146 s. ISBN: 80-7178-144-4.
- MICHALÍK, J.: *Školská integrace dětí s postižením*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2000, 135. ISBN 80-244-0077-4.
- MÜHLPACHR, P. *Fenomén integrace v kontextu koncepce Vzdělávání světa*. In: Vítková, M. (Ed.) *Integrativní školní (speciální) pedagogika. Základy, teorie, praxe*. Brno: Paido, 2004, 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- OBST, O.; KALHOUS, Z. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2009, 447 s. ISBN 978-80-7367-571-4.
- PASCH, M. a kol. *Od vzdělávacího programu k vyučovací hodině*. Praha: Portál, 2005, 416 s. ISBN 80-7367-054-2.
- POKORNÁ, V. *Cvičení pro děti se specifickými poruchami učení: rozvoj vnímání a poznávání*. Praha: Portál, 2007, 153 s. ISBN 978-80-7367-350-5
- POKORNÁ, V. *Inkluzivní a kognitivní edukace*. Sborník přednášek. Praha: Univerzita Karlova, 2006, 388 s. ISBN 80-7290-258-X
- POLECHOVÁ, P. *Interaktivní a kooperativní strategie v evropských projektech škol*. Praha: PdF UK, 2000, 61 s. ISBN 80-7290-024-2.
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002, 481 s. ISBN 80-7178-631-4
- PUESCHEL, S. M. *Downův syndrom pro lepší budoucnost*. Praha: Teach-market, 1997, 142 s. ISBN 80-86114-15-5.
- SELIKOWITZ, M. *Downův syndrom*. Praha: Portál, 2005, 197 s. ISBN 80-7178-973-9.
- SPIPKOVÁ, V. a kol. *Proměny primárního vzdělávání v ČR*. Praha: Portál, 2005, 312 s. ISBN 80-7178-942-9.

ŠÍPEK, A. *Vrozené vývojové vady - Downův syndrom* [online]. 2010 [cit. 2015-01-01] Dostupné z: http://www.vrozene-vady.cz/vrozene-vady/index.php?co=downuv_syndrom

ŠUSTROVÁ, M. *Diagnóza: Downov syndróm*. Bratislava: Perfekt, 2004. ISBN 80-8046-259-3.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, 2006, 198 s. ISBN 80-7367-060-7.

Vyhláška č. 505/2006 sbírky, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. *Úplné znění – právní předpisy v úplném a platném znění*. [online]. 2015 [cit. 2015-01-10] Dostupné z: <http://www.uplnezneni.cz/vyhlaska/505-2006-sb-kterou-se-provadeji-nektera-ustanoveni-zakona-o-socialnich-sluzbach/>

Zákon o sociálních službách. *Podnikatel.cz, průvodce vaším podnikáním*. [online]. 2015 [cit. 2015-01-10] Dostupné z: <http://www.podnikatel.cz/zakony/zakon-o-socialnich-sluzbach/uplne/>

8 SEZNAM PŘÍLOH

Příloha I. Kazuistika Zuzana

Příloha II. Kazuistika Daniel

9 PŘÍLOHY

Příloha I. Kazuistika Zuzana

Osobní anamnéza

Jméno a rok narození: Zuzana J., *1998

Běžně prováděná předporodní vyšetření neprokázala žádné odchylky od normy; porod spontánní, bez potíží; nekříšena, poporodní průběh fyziologický; *diagnostikována Trisomie 21 (Downův syndrom)*. Po porodu somatické vady nezjištěny, kojena do 8 měsíců. V prvním roce časté zánětlivé infekty horních cest dýchacích. Ve 13 měsících při vyšetření srdce zjištěn defekt komorového septa (otvor mezi komorami o velikosti 12 mm.), následovala operace na kardiocentru FN v Praze-Motole. Po měsíci znovu operována pro nahromaděnou tekutinu v osrdečniku.

Motorický vývoj

Od 2 měsíců cvičí Vojtovu reflexní metodu, „pasení koníčků“ asi ve 3,5 měsících, sama se otáčí ze zad na břicho s předstihem ve 4 měsících, samostatný sed asi v deseti měsících, kroky kolem nábytku v 19-ti měsících, první kroky v prostoru až ve 24 měsících. Pomalejší nástup pití z hrnečku. Od necelých 4 let chodí na lekce ORT (*Orofaciální regulační terapie*), která pomáhá koordinovat např. pohyby při chůzi ze schodů, při kreslení apod. Podle slov matky je tato terapie pro děti s DS nezbytná. S přibývajícím věkem se koordinace zlepšuje a Zuzka nabývá jistoty v pohybu – naučila se házet obouručně míčem, asi v 5 letech jednou rukou, jezdí na tříkolce, později na kole s přidanými kolečky. Rodiče ji učí od dětství plavat, ale skutečně plave až od 13 let. V posledních třech letech docela obstojně hraje ping-pong a velmi ráda tančí.

Vývoj řeči

Zpočátku výrazně opožděn, ale sociální komunikační schopnosti v normálu (k dorozumění zpočátku používá posunky, gesta, jednoslabičná slova). Od čtyř let navštěvuje logopeda. Dvojslabičná a trojslabičná slova a věty se slovesem začíná tvořit těsně před dosažením 5. roku. Úroveň řeči se od nástupu do MŠ hodně zlepšuje, ale kdo Zuzku nezná, může mít i dnes problém jí porozumět (především, pokud je rozrušená).

Psychosociální vývoj

Od útlého věku má důvěru ke všem lidem, ale po delším pobytu v nemocnici nějakou dobu špatně snáší dětský kolektiv (vadí jí hluk, překotná činnost, pláč miminek); doma je veselá, spokojená, ráda se mazlí, hraje si se sestrou a kamarádkami; s hračkami si často hraje na rodinu, obchod apod.; ráda a dobře jí, naučila se brzy správně stolovat a jíst příborem. Snaží se sama oblékat, ale pro nedostatky v jemné motorice je občas třeba dopomoci. Na nočník začíná chodit až po čtvrtém roce, doposud někdy v rozrušení (ať pozitivním či negativním) neudrží moč. Dnes je Zuzka sociálně zdatný jedinec; se známými osobami komunikuje otevřeně, má smysl pro humor, je empatická. V neznámém prostředí potřebuje prostředníka, který je jí nablízku. Má svůj okruh kamarádek, ve školním kolektivu je dobře integrována. Chodí do dramatického kroužku, na tancování a učí se hrát na klavír. Zuzce komplikuje život veliký strach z lékařů.

Kognitivní vývoj

Ve třech letech poznává 15 písmen, barvy červenou, modrou, žlutou, zelenou, bílou a poznává zvířata jako kráva, pes, kočka, ovečka. Když bylo Zuzance 3 a $\frac{3}{4}$ roku, matka kontaktovala Speciální pedagogické centrum „Dítě“ zřízené při MŠ v Praze 8 a na základě doporučení začala jezdit na terapie speciální pedagožky N. Engelsové. Počítat začaly spolu ve 4 letech, dnes Zuzka sčítá a odečítá (někdy s obtížemi) v oboru do 100. Zraková a sluchová diferenciaci jí nedělá potíže. Zpočátku se učí číst metodou globálního čtení, ale později začíná spojovat slabiky. Dnes čte plynule bez obtíží.

Školní anamnéza

Ve čtyřech letech Zuzanka začala navštěvovat běžnou mateřskou školu v rodném městě. Docházela sem denně na celé dopoledne bez asistenta. První rok ve školce zpočátku nosí pleny, sebeobsluha vážne, na procházkách pro větší únavnost nespolupracuje (nechce jít dál). Zpočátku se straní kolektivu, má „svůj svět“. Při zvýšeném hluku si zacpává uši a choulí se „do klubíčka“. Ostatní děti ji přijímají přirozeně mezi sebe, později ji samy vtahují do her. Při řízené činnosti vydrží krátce, pak odchází stranou, kde si hraje sama. Ke konci prvního školního roku v MŠ (5 let) je pohybově zdatnější, sebeobsluha se zlepšuje, u řízené činnosti vydrží dlouho s ostatními dětmi. Ve druhém roce docházky do MŠ (5,5 roku) zvládá hygienické návyky. Řeč se zlepšuje, vyjadřuje

se v jednoduchých větvích; pouze když chvátá, není jí rozumět. Při hře převažuje hra s dětmi. Má svou kamarádku, tříletou holčičku, které pomáhá adaptovat se ve školce. Vydrží 20 – 25 min řízených činností. Zvládá volné stříhání nůžkami, motorické práce (mačkání, lepení, trhání...) jsou na úrovni čtyřletých dětí. V tělesné výchově je obratná, hází a chytá míč, běh je koordinovaný, stojí na 1 noze, jezdí na koloběžce, tříkolce. Procházky zvládá již bez problémů.

Ve školním roce 2004/2005 přestupuje do předškolní třídy. Sociálně je do kolektivu zařazena bez problémů. Na základě prvního odkladu školní docházky Zuzka zůstává v předškolní třídě i ve školním roce 2005/2006; s matkou se učí metodou zprostředkovaného učení FIE (Metoda instrumentálního obohacování R. Feuersteina).

Ve školním roce 2006/2007 Zuzka nastupuje s asistentkou do běžné základní školy, ale vzhledem k nepříliš šťastnému složení třídního kolektivu (její nejlepší kamarádky zůstávají ještě v MŠ) a celkové Zuzčině nezralosti dochází po čase k druhému dodatečnému odkladu školní docházky s tím, že Zuzka na první dvě hodiny chodí do školy a pak se vrací do MŠ. Po roce postupné adaptace je již připravena v září 2008 definitivně nastoupit školní docházku, již se svými kamarádkami i se svou asistentkou. Zuzka je od počátku školní docházky v důsledku diagnózy Downův syndrom vedena jako žák se specifickými vzdělávacími potřebami. Proto byl na základě spolupráce SPC, školy, rodičů a asistenta vytvořen Individuální vzdělávací plán, který je v souladu s osnovami praktické školy. Podle tohoto IVP je Zuzka vzdělávána po celou dobu školní docházky. Asistent zasahuje do výuky podle potřeby, pokud je to nezbytné, pracuje se Zuzkou individuálně mimo třídu. Na konci první třídy je Zuzka schopna číst, psaní zvládá s obtížemi (horší jemná motorika), zná řadu čísel do 20, sčítá a odčítá pouze po jedné (př. 3+1, 6-1 apod.). Ve výchovách a v prvouce pracuje s dětmi ve třídě. Paní učitelka Zuzku hodnotí v souladu s IVP. Vztahy ve třídě jsou v pořádku, prohlubují se vztahy s kamarádkami ze školky, družinu Zuzka nenavštěvuje.

V dalších letech komplikují docházky do ZŠ častá onemocnění Zuzky. Podle možností školy se asistentka při delší absenci učí se Zuzkou doma. Ve třídním kolektivu má Zuzka své pevné místo, spolužáci ji akceptují, paní učitelka zaznamenává celkové lepší sociální klima ve třídě, které přikládá právě integrovaným žákům. Zuzka se účastní všech školních akcí (kina, divadla, vzdělávací programy, karneval), mimo výletů a školy v přírodě. Ve třetí třídě navštěvuje občas i školní družinu, v páté třídě poprvé zvládne školní akci přes noc.

Na konci páté třídy v českém jazyce Zuzka zvládá učivo druhé třídy, dále většinu vyjmenovaných slov, pozná základní slovní druhy, umí určit některé mluvnické kategorie (rod, číslo, čas). S rozvojem jemné motoriky se výrazně zlepšilo i písmo. V anglickém jazyce se zpočátku vyrovnává dětem, ale v páté třídě už je nutné učivo individuálně upravit. Nejméně uspokojivé výsledky vykazuje v matematice, kde se nedaří překročit sčítání a odčítání v oboru do sta (v rámci IVP je to v pořádku). Ve vlastivědě a přírodovědě má obsahově zjednodušené učivo, ale tematicky totožné s učebním plánem běžné ZŠ. Při výchovách pracuje s dětmi. V páté třídě přichází k Zuzce nová asistentka, která posléze s ní odchází do nové školy (na druhý stupeň).

Přechod na druhý stupeň – rodině Zuzky se (za podpory SPC a „kmenové školy“) podařilo Zuzku integrovat opět do běžné základní školy, což v českých zemích zatím není u dětí s diagnózou DS příliš obvyklé. Integrace za pomoci asistentky doposud probíhá až nečekaně dobře. Učivo je ve všech předmětech upraveno podle IVP a specifických potřeb žákyně. Spolupráce školy s rodinou Zuzky je po celou dobu školní docházky velmi příkladná.

Příloha II. Kazuistika Daniel

Osobní anamnéza

Jméno a rok narození: Daniel S., *1997

Otec matku opustil na začátku těhotenství. Těhotenství bylo první, plánované a bezproblémové. Porod nastal předčasně v 36. týdnu koncem pánevním, po porodu novorozenecká žloutenka, bez srdeční vady; *diagnostikována Trisomie 21 (Downův syndrom)*.

Motorický vývoj

Hrubá motorika vykazuje opožděný vývoj, samostatný sed až v 16 měsících, lezení po čtyřech ve 30 měsících, samostatná chůze ve 3,5-4 letech, cvičení Vojtovou metodou od 14 dnů po narození. Pravá strana těla byla poškozena předčasným porodem, proto je Daniel přeúčený levák. Pravá noha je těžkopádná a neohýbá se při chůzi tak jako levá.

Vývoj řeči

Matka netušila, že děti s DS mají problém, Dan opakoval slabiku bubu už ve 4 měsících, další vývoj řeči probíhal přibližně stejně jako u zdravých dětí, asi ve 3 letech umí pozdravit, umí krátkou básničku, písničku.

Psychosociální vývoj

Sebeobsluha – lžička používána od cca 18 měsíců na svačinky, první samostatné jídlo od dvou let, cca do 7 let problémy s inkontinencí za použití plen, příbor cca v 5-6 letech, oblékání od dvou let (dopomoc pouze tkaničky, zip u kalhot), nadále potřebuje dohled hlavně při výběru oblečení (v zimě svítí sluníčko – „Proč nemůžu mít kraťasy?“), hygiena – dopomoc pouze v nastavení teploty vody, jinak samostatný, dohled u holení a čistění zubů.

Kognitivní vývoj

Ve třech letech si pamatuje a dokáže odříkat jednoduché básničky, poznává 4 základní barvy, od 10 let pracuje s matkou pomocí Feuersteinovy metody.

Školní anamnéza

Do běžné místní MŠ byl integrován od 4 let (v roce 2001) pouze na 2 hodiny denně bez asistenta, protože tam nebyl žádoucí. Ve školce hledali nové a další problémy, jak jeho docházku komplikovat a zabránit jeho delšímu pobytu až do nástupu do školy. Podle slov matky se zde nic nenaučil. To bylo způsobeno nejen možností docházet jen na dvě hodiny, ale i častou nemocností. Díky těmto okolnostem byl každý jeho návrat po nemoci jen dalším znovuzvykáním si na dětský kolektiv. Učitelky a dospělí respektuje, někdy dokonce více než svoji matku.

Integrace do spádové ZŠ byla řešena 2 roky (2003-2005), tedy od prvního odkladu školní docházky. Ve druhém pololetí první třídy se díky hypotonii projevuje velká únava a jako reakcí na přetížení se dostávají žaludeční problémy a průjmy. Ty během letních prázdnin odeznívají. Danielův stav je stabilizován a nemusí nastoupit do zvažované domácí školy. V září 2005 nastupuje do Praktické školy, kam musí dojíždět denně 25 km z místa bydliště. Je vzděláván podle osnov praktické školy bez omezení, bez asistenta, ve třídě s malým kolektivem dětí a jednou učitelkou.

První dva roky drží tempo s ostatními ve všech předmětech, ke konci druhé třídy se pomalu objevují problémy s matematikou. Ve třetí třídě je ještě schopen stíhat učivo, kromě matematiky. Ta se uzpůsobuje jeho schopnostem, sčítá a odčítá do 20 a zkouší násobilku 2 a 5. V páté třídě má již problémy s vlastivědou a přírodovědou. Nedokáže pojmenovat a ještě správně napsat zadané úkoly. Od první třídy, kdy se Daniel naučil číst, píše psacím písmem. Je přeúčený levák díky tomu, že pravá strana těla byla poškozena předčasným porodem. Proto je ruka tvrdá s nesprávným úchopem.

V šestém ročníku je převeden na speciální program a navazuje na znalosti, které načerpal v praktické škole. Nemá klasický individuální plán, který v sedmém ročníku po nástupu do nové školy, kde zapadá do kolektivu, znovu dostává. Ve třídě je 10 žáků, třídní učitel, vychovatel a asistent. Začíná psát tiskací a velmi rád čte.

Ve škole je zapojen do školního pěveckého sboru RARAŠI, kde hraje na flétnu. Absolvoval jeden rok v hudební škole Yamaha a před nástupem do školy byl přijat do Základní umělecké školy do Pěveckého sboru. Zkoušel hru na housle, to se ale nedařilo z důvodu horší motoriky pravé ruky. Na flétnu zvládá hrát podle not a všech vystoupení na veřejnosti si velmi užívá. Daniel navštěvuje kroužek angličtiny a stolního tenisu a v loňském školním roce navštěvoval Aktivační centrum technické práce, kde si vyráběl různé předměty.

Nyní v desáté třídě Dan překvapuje znalostmi z historie, je velmi ctížádostivý, perfekcionista, trémista, ale v kolektivu se pohybuje velmi jistě. Nemá problém s chováním a respektováním dospělých, plní zadané úkoly. Řeší svojí budoucnost v práci, v bydlení a případný vztah s partnerkou. Nemá problém navázat řeč s cizími osobami, podělit se o zážitky. V loňském školním roce hrál se studenty JAMU a dalšími dětmi s DS divadlo s několika reprízami na veřejnosti.

Dan má velmi rád malé děti, dělá mu velkou radost starat se o ně a hrát si s nimi. Od první třídy jezdí na 10-ti denní tábory, kde se mu velmi líbí. Dokáže se přizpůsobit kolektivu, pomáhá více postiženým kamarádům a je chválen za udržování pořádku ve svých osobních věcech.

10 ABSTRAKT

KOŠŤÁLOVÁ, R. *Školní integrace dětí s Downovým syndromem*. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra Pedagogiky. Vedoucí práce Mgr. Helena Machulová.

Klíčová slova: mentální retardace, Downův syndrom, žák se speciálními vzdělávacími potřebami, školní integrace, inkluze.

Práce se zabývá školní integrací dětí s Downovým syndromem. V první části popisuje diagnózu Downův syndrom (DS) a její specifika. Zabývá se ranou péčí o děti s DS, dále předškolním vzděláváním a možnostmi základního vzdělávání těchto jedinců. V další části uvádí obecnou charakteristiku školní integrace a inkluze a vývoj integračních tendencí v ČR i v zahraničí. Nakonec se podrobněji věnuje procesu školní integrace dětí s DS v České republice, tj. jejím významem, vhodnými podmínkami a případnými nedostatky či překážkami.

11 ABSTRACT

KOŠŤÁLOVÁ, R. Integrating children with Down syndrome into mainstream education. České Budějovice 2015. Bachelor Thesis. University of South Bohemia in České Budějovic. Faculty of Theology. Department of Education. Supervisor: Mgr. Helena Machulová.

Key words: mental retardation, Down syndrome, pupils with special educational needs, integration in mainstream education, inclusion.

The Thesis focuses on integration of pupils with Down syndrome into the mainstream education. First part of the Thesis describes specific signs and symptoms of Down syndrome. The early care after birth and during preschool age is commented and the general options for school education are presented. Next, the Thesis compares the trends in school integration and inclusion of children with Down syndrome in the Czech Republic and abroad. Last part of the Thesis is devoted to more detailed description of the school integration system practiced in Czech Republic. The meaning and significance of inclusion are discussed, together with suitable conditions versus potential obstacles and problems.