

**UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO
PRAHA**

magisterské štúdium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCA

Bc. Terézia Puterová

**EDUKÁCIA DETÍ S DETSKOU MOZGOVOU
OBRNOU**

Praha 2012

Vedúca práce: Mgr. Denisa Štefková, PhD

**JAN AMOS KOMENSKÝ UNIVERSITY
PRAGUE**

Magister Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Terézia Puterová

Education of children with cerebral palsy

Prague 2012

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Denisa Štefková, PhD

Prehlásenie

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

Súhlasím s prezentačným sprístupnením svojej práce v univerzitnej knihovni.

V Prahe, dňa 15.03.2012

Bc. Terézia Puterová

Pod'akovanie

Chcela by som poďakovať Mgr. Denise Štefkovej, PhD za odborné vedenie, za pomoc a rady pri spracovaní tejto práce.

ANOTÁCIA

Diplomová práca sa venuje výchove a vzdelávaniu detí s detskou mozgovou obrnou. Cieľom práce je poukázať na problémy spojené s týmto postihnutím na možnosť výchovy a vzdelávania.

Kľúčové slová: detská mozgová obrna, etiológia, mentálna retardácia, symptomatológia, výchova, vzdelávanie,

ANNOTATION

This dissertation is about upbringing and education of children suffering from cerebral palsy. The main goal is to emphasize the problems connected to this disability and upbringing and education.

Key words: cerebral palsy, ethology mental retardation symptomatology
upbringing education

OBSAH

ÚVOD.....	9
Teoretická časť	
1. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA	10
1.1 Definície a vymedzenie pojmu DMO	10
1.2 Etiológia DMO	11
1.3 Formy DMO	13
1.3.1 SPASTICKÉ FORMY DMO.....	13
1.3.2 FORMY NESPASTICKÉ.....	16
2. SYMPTOMATOLÓGIA DMO.....	19
2.1 Pridružené poruchy DMO.....	19
2.2 Vymedzenie pojmu mentálne postihnutie.....	21
2.3 Klasifikácia mentálnej retardácie.....	22
2.4 Charakteristika stupňov mentálnej retardácie	24
3. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE DETÍ S DMO.....	26
3.1 Výchova v rodine.....	26
3.2 Typy rodinnej výchovy dieťaťa s postihnutím.....	28
3.2.1 Zásady rodinnej výchovy pre rodiny s dieťaťom postihnutým.....	29
3.4 Výchova a vzdelávanie detí s DMO	30
Praktická časť	
4. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE DETÍ S DMO V ŠPECIÁLNEJ ZÁKLADNEJ ŠKOLE GALANTA	34
4.1 Náplň a činnosť SZŠ Galanta	34
4.2 Vznik a náplň tried pre deti s kombinovaným postihnutím	35
4.2.1 Trieda pre deti s DMO	38
5. Predmet a cieľ prieskumu	42
5.1 Pracovné hypotézy	43
5.2 Metodika prieskumu	43
5.3 Harmonogram prieskumu	44
5.4 Charakteristika skúmaných osôb	45
6. ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV PRIESKUMU.....	47

7. ZÁVERY PRIESKUMU	59
7.1 Formulácia odporúčaní	60
8. VDELÁVACIE PLÁNY NA ŠKOLSKÝ ROK 2011/2012 A KAZUISTIKY	62
8.1 Individuálny vzdelávací plán č.1	62
8.1.2 Kazuistika č. 1.....	70
8.1.3 Individuálny vzdelávací plán č.2	74
8.1.4 Kazuistika č.2.....	82
ZÁVER	86
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	88
ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV	91
ZOZNAM PRÍLOH.....	93

ÚVOD

Naša spoločnosť venuje maximálnu pozornosť zdraviu nášho obyvateľstva. Snažíme sa o to, aby sa každý člen tejto spoločnosti mohol plne realizovať. U postihnutej populácii je však obmedzená možnosť harmonického rozvoja, pretože v určitých oblastiach sa nemôžu dostatočne rozvíjať ich vedomosti, schopnosti a zručnosti.

Detská mozgová obrna je postihnutie, ktoré sa vyskytuje po celom svete. Ide o postihnutie, ktoré zasahuje oblasť pohybového a motorického ústrojenstva a často krát je prítomné i postihnutie mentálne. Ale i napriek tomu aj tieto deti si vo svojom živote vyžadujú opateru, pozornosť a lásku, ktorú im poskytujú rodičia, učitelia, vychovávateľa.... Aj deti s DMO majú svoje potreby.

Diplomová práca je členená do ôsmich kapitol. Prvá kapitola sa zaoberá vymedzením, definíciou, klasifikáciou DMO, etiológiou a formami DMO. Druhá kapitola sa zaoberá pridruženými poruchami DMO, mentálnym postihnutím, stupňami a klasifikáciou mentálnej retardácie. Tretia kapitola je zameraná na výchovu, výchovu v rodine a vzdelávaním detí DMO. Štvrtá kapitola sa zaoberá výchovou a vzdelávaním detí s DMO v ŠZŠ Galanta, históriou zariadenia, vznikom tried pre deti s ťažkým stupňom MR. Piata kapitola sa zaoberá predmetom a cieľom prieskumu. Analýzou výsledkov prieskumu sa zaoberá šiesta kapitola a záverom prieskumu siedma. Osma a zároveň posledná sa zaoberá individuálnymi plánmi na školský rok 2011/2012 a kazuistikami žiakov postihnutých DMO.

1. DETSKÁ MOZGOVÁ OBRNA

1.1 Definície a vymedzenie pojmu DMO

Toto postihnutie dlho nemalo jednotné označenie. Prvé pomenovanie dostalo až v 2. polovici 19. storočia, keď diparetickú formu detskej mozgovej obrny popísal v rokoch 1862- 1870 podrobne londýnsky ortopéd Wiliam John Little po ňom sa používalo označenie „ Littleova choroba.“ (Lesný, 1972)

V Anglicku a v Amerike sa udomácnil názov Cerebral Palsy (mozgová obrna), v Nemecku názov Zerebrale kinderlähmung (detská mozgová obrna), vo Francúzku Encephalopathics Infantiles (detská encefalopatia). (Lesný, 1972)

V rokoch 1950- 1952 sa vytvára terminológia Perinatálna encefalopatia. V roku 1959 sa začal používať termín „Ranná detská mozgová obrna“. Ktorý sa neskôr skrátil na názov „ Detská mozgová obrna“, ktorý sa používa až dodnes. (Lesný, 1972) Definícii detskej mozgovej obrny je niekoľko.

Detská mozgová obrna je trvalé a nemenné postihnutie hybnosti. Je následkom neprogresívneho defektu alebo nezrelého mozgu.(Kraus, 2005 s.67)

Autor Lesný(1972, s.9) uvádza: *„Detská mozgová obrna je ranne vzniknuté poškodenie mozgu, pred pôrodom, počas pôrodu, alebo krátko po ňom, prejavujúce sa prevažne v poruchách hybnosti a vývojom hybnosti.“*

„ Detská mozgová obrna je centrálnou obrnou, poruchou vývoja hybnosti a iných funkcií. Ide difúzne poškodenie CNS.(Bajo- Vašek, 1994,s. 55)

Stehlík(1997,s.)uvádza *„Detská mozgová obrna nie je jedna choroba v pravom slova zmysle, ale je to skupina postihnutí, ktoré majú spoločný pôvod, vznikli v rannom detstve alebo ešte pred narodením.“*

„Detská mozgová obrna vzniká pred narodením dieťaťa, pri pôrode alebo skoro po ňom, DMO je syndróm nepokračujúceho postihnutia nezrelého mozgu“.(Tichý.J a kol. 1998 s. 336)

Autorka Renotierová(19 , s.34) definuje DMO ako: *„ poruchu hybnosti a vývoja hybnosti na základe ranného poškodenia mozgu pred pôrodom, pri pôrode alebo najrannejšom detstve.“*

Lesný(1972) uvádza že je ťažko určiť vekovú hranicu, kedy sa po určitom poškodení mozgu (napr. po zápalovom) neobjavia už príznaky detskej mozgovej obrny. Spravidla sa považuje za perinatálne obdobie celá doba vnútramaternicového vývoja, obdobie pôrodu 2-3 mesiace až 1 rok po pôrode. Poškodenie nezrelého mozgového tkaniva v tomto období sa prejavuje typickými poruchami vývoja hybnosti, reči aj psychiky- podstatne odlišných od porúch, ktoré sú následkom poškodenia mozgu už vyvinutého. A z toho dôvodu postihnutie nezrelého mozgu vedie k trom najčastejším poruchám a to k mentálnemu, k epileptickému a k hybnému.

1.2 Etológia DMO

Etiologické činitele, z ktorých vzniká detská mozgová obrna môžeme rozdeliť do troch skupín:

- predpôrodné (prenatalne)
- pôrodné (perinatálne)
- popôrodné(postnatálne) (Renotierová,2003)

PREDPORODNÉ (PRENATÁLNE) ČINITELE

Dedičnosť je stále diskutovaným , ale nikdy nepreukázaným etiologickým faktorom detskej mozgovej obrny. V 30-tich rokoch sa Thumus domnieval, že existuje dedičná forma tejto choroby. Až na mozočkovú hypogénzu, nie je dedičnej formy DMO. Dôležitým faktorom sú všetky druhy infekcií, ktorú dostáva matka v prvej časti tehotenstva. Poslednú skupinu prenatalných činiteľov tvoria obehové poruchy, gestózy, ktoré sa objavujú

v poslednej fáze gravidity a môžu následkom nedostatku placentárneho kyslíka ľahko viesť k fetálnej hypoxii. (Lesný, 1972)

Kraus(1964) uvádza za hlavný činiteľ vzniku detskej mozgovej obrny infekčné ochorenia matky počas gravidity. Taktiež krvácanie počas tehotenstva, plod nie je dostatočne zásobovaný množstvom kyslíka z dôvodu toho, že nervové tkanivá sú veľmi citlivé na nedostatok kyslíka a tie môžu spôsobovať poškodenie mozgu a následne prispieť k vzniku DMO. K poškodeniu mozgu plodu môže dôjsť i toxickými narkotikami, pôsobením rentgenového žiarenia. Čo sa týka psychickej traumy, tak v tomto prípade autor uvádza, že názory nie sú jednotné. Jednotnosť autorov sa zhoduje v toxoplazmóze.

PORODNÉ (PERINATÁLNE) ČINITELE

Medzi predpôrodnými a pôrodnými činiteľmi stoja prípady s Rh-inkompatibilitou , kedy ide o Rh negatívnu matku a Rh pozitívneho otca, za predpokladu, že aj plod je Rh pozitívny. Dochádza tu k ťažkej novorodeneckej žltacke.(Lesný, 1959)

Kábele(1988) uvádza ako najzávažnejší činiteľ abnormálny pôrod, dlhotrvajúci a hlavne pôrod obtiažny. Lesný (Kábele 1988) uvádza dve hlavné následky abnormálneho pôrodu:

- 1., Krvácanie do mozgu, mozgových komôr, podmozgových obalov.
- 2., Astyxia, ktorá je jedným a vedúcim etiologických činiteľov DMO.

POPORODNÉ (PRENATÁLNE) ČINITELE

Zaraďujeme sem všetky ochorenia novorodencov a mladších kojencov. Predovšetkým sú to zápalové ochorenia CNS , ktoré môžu mať veľký vplyv na vznik DMO. Veľmi nebezpečným ochorením je čierny kašeľ. (Kraus,1964)

Novorodenecké infekcie (bakteriálna meningitída a encefalitída), deficit hormónov štítnej žľazy u nezrelých novorodencov, novorodenecká hypoglykémia, rôzne zápaly dýchacieho a tráviaceho ústrojenstva, úrazy hlavy, hemobilirubinémia.(Lesný, 1972)

1.3 Formy DMO

Pomerne dlhé obdobie nejednotného označenia detskej mozgovej obrny malo príčinu v nejednotných názoroch na pôvod, podstatu a rozsah choroby. Jednotlivé formy boli spoznávané postupne a boli vždy po určitú dobu považované za samostatné ochorenie. Až po čase boli postupne priradované k formám a k celému komplexu DMO. (Kábele, 1988)

V súčasnosti sa DMO rozdeľuje na jednotlivé formy:

- forma diparetická
- forma diparetická paukospastická
- forma hemiparetická
- forma obojstranne hemiparetická
- forma kvadraparetická
- forma dyskinetická
- forma hypotonická (Ronetiérova, 2003)

Formy 1-5 sú spastické, 6-7 nespastické. Tieto formy neexistujú čisté v čase, ani v priestore a niekedy prechádzajú jedna forma do druhej. Až u 75 % pacientov sa vyskytuje spastická forma DMO, pri ktorej je svalové napätie neprimerane zvýšené pri pohybe alebo pri pokuse o uskutočnenie pohybu. Spastický syndróm nie je len porucha tonusu, ale ide aj o poruchu koordinácie. Pri nespastických formách svalový tonus nie je zvýšený, ak náhodou zvýšený je, nie je dominujúcim príznakom. (Lesný, 1972)

1.3.1 SPASTICKÉ FORMY DMO

DIPARETICÁ FORMA(Littleova choroba)

Podľa Krausa (2005) je to v súčasnosti najčastejšie sa vyskytujúca forma DMO. Z etiologického hľadiska je relatívne vysoká frekvencia perinatálnych

faktorov. Svalový tonus na dolných končatinách je charakteristicky zvýšený. Diparetická forma vzniká poškodením mozgu v oblasti jeho kmeňa, teda v miestach kde nerovné motorické dráhy z oboch mozgových pologúľ sú už pohromade vedľa seba. Intelekt u tejto formy býva zachovalý.

Prejavuje sa postihnutím obidvoch dolných končatín. Tie sú slabšie. Väčšina svalových skupín má zvýšené napätie, čiže hypertóniu, svaly sú skrátané, čo následne spôsobuje zlé držanie dolných končatín a panvy. Zvýšenie napätia v panvách zapríčiňuje predklonenie panvy a trupu. Horné končatiny majú málo zmien, iba v malých prípadoch sú zvýšené reflexy. Chôdza je porušená v rôznych stupňoch, prebieha po špičkách prstoch a to často krát sťažuje rovnováhu. (Kraus, 1964)

Epilepsia sa vyskytuje relatívne zriedkavo, častý je však strabizmus a problémy s vizuálnou percepciou. Intelektové schopnosti sú u väčšiny postihnutých touto formou DMO relatívne zachované. (Kraus, 2005)

DIPARETICKÁ PAUKOSPASTICKÁ FORMA

Ide o malú spasticitu, ktorá sa vyskytuje menej krát ako predchádzajúca forma. U tejto formy nedochádza ku prekríženiu dolných končatín a k vzájomnému treniu stehien počas chôdzi. Príznačné sú nepresnosti pohybov a nedostatočná motorická koordinácia. (Ronetiérova, 2003)

HEMIPARETICKÁ FORMA

Kraus(1964) uvádza, že hemiparéza je jednostranná porucha hybnosti spastického typu. Táto forma DMO býva najčastejšia. Ide o spastickú obrnu horných a dolných končatín jednej polovice tela. Spastická paréza dolnej končatiny má skrátanie tricepsu. Je vo flexii v lakťovom kĺbe. Charakteristická je addukčná kontraktúra palca. Skoro vždy je viac postihnutá horná končatina, než dolná a podľa nej sa meria závažnosť postihnutia. Hemiparetická forma vzniká poškodením mozgu v oblasti jednej mozgovej pologule hemisféry a to vždy druhostranne vzhľadom k postihnutým končatinám.

OBOJSTRANNÁ HEMIPARETICKÁ FORMA

Táto choroba vzniká dôsledkom poškodenia mozgu v oboch hemisférach. Postihnuté sú všetky štyri končatiny, ale nerovnomerne. Držanie je patologické a hybnosť ťažko obmedzená. Deti postihnuté touto formou nechodia a veľa krát nemôžu pohybovať s hornými končatinami. Jedinci postihnutí touto formou majú výrazne znížené kognitívne schopnosti a časté epileptické záchvaty.(Ronetiérová, 2003)

KVADRUPARETICKÁ FORMA

Vítková(2006) poukazuje , že v tejto forme sú výrazne postihnuté horné aj dolné končatiny. Časté sú epileptické záchvaty a pridruženým postihnutím je hlavne mentálne postihnutie.

Ide o závažnú formu a až u 90% detí postihnutých touto formou dochádza k zníženiu intelektových schopností a časté sú i epileptické záchvaty. Kvadruparéza sa často prelína s dystonickou formou, preto sa hraničné prípady označujú ako spasticko-dystonické formy. V etiológii sa nachádzajú prenátálne, perinátálne i postnatálne činitele, u 12% detí je etiológia nejasná. Vysoký je výskyt malformácii mozgu. (Kraus, 2005)

Ronetiérová(2003) uvádza, že táto forma vzniká na základe poškodenia mozgu v oblasti mozgového kmeňa. Jeho dôsledkom sú postihnuté všetky štyri končatiny. Postihnutie dolných končatín vzniká zdvojením formy hemiparetickej.

Kraus, (2005) poukazuje na to , že v klinickom obraze dominuje ťažká retardácia. Kolená sú vo flexii, stoj je nestabilný. Achillove šľachy sú preťažené, čo je následok ich nevhodného predĺženia v ranom veku. Neistý stoj zároveň znamená stratu schopnosti udržať rovnováhu i stratu schopnosti chodiť. Na rukách prevláda tonický úchop. Zreteľnejší nález je na horných končatinách. Zriedkavejšie sa vyskytuje väčšie postihnutie na dolných

končatinách ako na horných, či rovnaké postihnutie všetkých štyroch končatín. (Kraus, 2005)

Jednotlivé formy detskej mozgovej obrny sa často medzi sebou kombinujú. Najčastejšou zmiešanou formou je kombinácia formy diparetickej a hemiparetickej, kde výsledným klinickým obrazom je triparéza- postihnutie troch končatín(Lesný, 1972)

Pri tejto závažnej forme prevláda perinatálna etológia. V klinickom obraze je výrazné postihnutie motoriky, u väčšiny osôb je prítomná mentálna retardácia a častá je aj epilepsia. Variabilne sa kombinujú rozmanité prejavy a prognóza je zväčša nepriaznivá. (Kraus, 2005)

1.3.2 FORMY NESPASTICKÉ

FORMA DYSKINETICKÁ

Zvykne sa označovať aj ako extrapyramídová, dystonicko-dyskinetická alebo atetotická. Táto forma je charakteristická svojou rozmanitou etológiou i klinickými prejavmi. U jednej osoby je možné pozorovať rôzne typyabnormálnych pohybov, ktoré majú odlišnú etológiu. (Kraus, 2005)

Kraus (1964) vo svojej knižnej publikácii uvádza, že nejde o obrnu v pravom zmysle slova. V kojeneckom veku majú tieto pohyby ráz červovitý, vlnitý, hadovitý. So stupňujúcim vekom sa menia pohyby na „ choreatické“ alebo prudké pohyby „ balistické“. Časté sú i krúživé pohyby hlavy. Mimovoľné pohyby postihujú aj svalstvo tváre, svalstvo hlasu a reči.

Kyllerman (Kraus, 2005) delí dyskinetickú formu na dve formy.

- Hyperkinetická
- Dystonická

U *hyperkinetickej* podskupiny dominujú v hybnosti masívne, nápadne neúčelné, mimovoľné pohyby, ktoré sa prejavujú ako:

Atetóza – pomalé, vlnité, červovité pohyby postihujúce akrálne časti končatín

Chorea – prudké, náhle, drobné pohyby proximálnych svalov

Myoklónia – rytmické, kŕčovité záškľby jednotlivých svalových
snopcov priečne pruhovaného svalstva

Balizmus – mimovoľné nutkavé pohyby najmä vo veľkých kĺboch

Dystonická postúra – udržiavaná tonická kontraktúra celej končatiny
alebo trupu

Tremor – chvenie, tras (Kraus, 2005)

V *dystonickej* podskupine charakterizujú hybnú poruchu náhle abnormálne zmeny svalového tonusu. Pri emočných podnetoch sa zvyšuje svalový tonus v extenzoroch trupu, alebo sa mení postúra šijového svalstva vplyvom zamýšľaného pohybu. V týchto prípadoch má vždy prevahu primitívna reflexná aktivita, ktorá potláča voľné hybné úsilie. Objavuje sa tendencia k prechodu do určitej postúry, ktorá sa udrží pomocou stereotypného pohybového vzoru. U dystonikov sa tiež objavujú abnormálne pohyby, ale v menšej miere ako u hyperkinézy, súčasne býva prítomná aj spastická zložka. Hyperkinetických prípadov je približne 1/3, dystonických 2/3, pričompostihnutí hyperkinézou môžu mať aj prejavy dystónie a naopak. (Kyllerman, citovaný podľa Krausa, 2005)

Kábele(1988) uvádza, že táto forma sa vyznačuje nepotlačiteľnými mimovoľnými pohybmi a to atetotickými, choreatickými, balistickými a myoklonickými.

HYPOTONICKÁ FORMA

Prejavuje sa znížením svalového tonusu, ktorý je výraznejší na dolných končatinách. Stoj detí je neistý a ak dieťa chodí, tak v tom prípade je chôdza neistá. Nedokážu ku striedavému pohybu končatín. Končatiny sú nerovnaké, kratšie. (Ronetiérová, 2003)

Kábele(1988) uvádza, že hypotonická forma DMO sa vyskytuje v kojeneckom veku, neskôr sa väčšinou mení na formu spastickú, alebo

diskenetickú. Ak pretrvá , v tom prípade je sprevádzaná s ťažkou mentálnou retardáciou.

Dyskinetická forma tvorí okolo 10% prípadov DMO. V anamnéze prevládajú perinatálne faktory (hlavne hypoxia a hyperbilirubinémia). Plne rozvinutý klinický obraz sa objavuje až medzi 1.-3. rokom života dieťaťa, kedy sa zvyrazňuje atetóza na horných i dolných končatinách. Pri emóciách sa dyskinéza zvyrazňuje. Narušený je rozvoj vokalizácie a rečové schopnosti, s čím súvisia problémy s výslovnosťou a artikuláciou. Niekedy je k tomu ešte pripojená aj porucha sluchu. Značný problém je so slinením. Pri každom pokuse o pohyb sa objavujú na tvári grimasy – masky smiechu, smútku, údivu, hnevu, ktoré však nevyjadrujú emócie a neúčelné kontrakcie.(Kraus, 2005)

Jednotlivé formy detskej mozgovej obrny sa často medzi sebou kombinujú. Najčastejšou zmiešanou formou je kombinácia formy diparetickej a hemiparetickej, kde výsledným klinickým obrazom je triparéza- postihnutie troch končatín(Lesný, 1972)

Pri tejto závažnej forme prevláda perinatálna etológia. V klinickom obraze je výrazné postihnutie motoriky, u väčšiny osôb je prítomná mentálna retardácia a častá je aj epilepsia. Variabilne sa kombinujú rozmanité prejavy a prognóza je zväčša nepriaznivá. (Kraus, 2005)

2. SYMPTOMATOLÓGIA DMO

2.1 Pridružené poruchy DMO

Všetky objavy a zistenia posledných rokov ukázali veľkú pestrosť príznakov detskej mozgovej obrny. Príznaky prakticky zasahujú do všetkých oblastí.

- **Emócie**

V niektorých prípadoch DMO sa objavujú aj emočné zmeny, podmienené dlhodobou chorobou, frustráciou, alebo prílišnou ochranou rodičov. Najvýraznejšie emočné zmeny vidieť u formy dyskinetickej.(Kraus, 1964)

- **Reč**

Poruchy reči- sú u DMO veľmi časté. Výrazné poruchy reči sa nachádzajú asi v 10-15 % u rôznych foriem DMO. Ide hlavne o dysartiu, idioglosiu- čo je osobitá, vlastné vytváranie reči. (Lesný, 1972)

Kábele(1988) uvádza, že poruchy reči u DMO sú zapríčinené z dôvodu porúch hybnosti, ktoré postihujú také svalstvo hovoridiel a následne i zložky hovorového prejavu. Sú to: dýchanie, artikulácia i celková plynulosť hovorového prejavu. A z toho dôvodu je postihnutá celková reč po stránke artikulačnej, rytmickej, melódia, plynulosť a zrozumiteľnosť.

- **Epileptické záchvaty**

Detská mozgová obrna je doprevádzaná častými epileptickými záchvatmi. Epileptické záchvaty sa najčastejšie vyskytujú u hemiparetickej formy približne u 40-70% postihnutých, ďalej u kvadraparetickej formy asi 20-65%. U diparetickej a hypotonickej formy sa vyskytujú u jednej tretine prípadov. (Kraus, 1964)

Ako uvádza Kraus(2005), u detí s hemiparetickou formou sú najčastejšie parciálne záchvaty. Ostatné typy záchvatov , ktoré postihujú 17% jedincov postihnutých touto formou sú: myoklonické, atonické. U kvadraparetickej sú prevádzané tonicko- klonickými záchvatmi.

- **Poruchy citlivosti**

V poslednom čase sa im venuje veľká pozornosť, pretože je všeobecne známe, že zložité pohyby nemôžu byť uskutočnené bez dostatočnej taktilnej a kinestetickkej aferencie. (Lesný, 1985)

- **Poruchy zraku**

Poruchy sú dosť časté u všetkých foriem DMO. Najčastejšie sa vyskytujú chyby refrakčné, dokonca sa môže vyskytnúť atrofia zrakového nervu. Vyskytujú sa aj poruchy okohybné- strabizmus, nystagmus. Najčastejšie u formy kvadraparetickej a najmenej u formy dyskinetickej a diparetickej paukospastickej. (Kraus, 1964)

- **Poruchy sluchu**

Kábele(1988) uvádza , že najčastejšie sú poruchy u dyskinetickej formy. Tento fakt je vysvetľovaný najčastejšie blízkym priebehom laterálnej kľučky-sluchovej dráhy u bazálnych ganglií

- **Poruchy intelektu**

DMO sa často kombinuje s celou radou ďalších porúch. Medzi najzávažnejšie pridružené postihnutie považujeme mentálnu retardáciu. Lesný (1985) uvádza, že u DMO okrem príznakov hybnosti sa prejavujú aj iné príznaky. Sú to predovšetkým príznaky mentálneho postihnutia. Okrem formy kvadraparetickej a hlavne hypotonickéj, u ktorej je prevaha mentálnych retardácii zo zrejmých príčin veľmi rozsiahleho a difúzneho postihnutia, sa percento mentálneho postihnutia pohybuje okolo 25- 30%.

Podľa výskumov Vašek a kol. (1999, s. 79) sa DMO „vyskytuje u 69 % mentálne postihnutých detí s postihnutím v hraničnom pásme alebo v pásme ľahkej mentálnej retardácie, a 18,6 % detí školského veku s mentálnou retardáciou v pásme strednej MR“.

Vašek a kol. (1999) upozorňuje, že zo špeciálno-pedagogického hľadiska je najdôležitejšie zistiť, do akej miery sú pri jednotlivých formách DMO postihnuté funkcie a činnosti potrebné na to, aby si dieťa mohlo osvojiť

vedomosti a zručnosti potrebné na prípravu na povolanie a spoločenské zaradenie. Treba sa zamerať predovšetkým na poruchy hybnosti, poruchy zraku a sluchu, reči a intelektu, narušenia správania a výskyt epilepsie. Nábelková tvrdí, že najlepšiu perspektívu majú deti s ľahšou hemiparetickou formou, bez epileptických záchvatov a s normálnym intelektom.

Z dôvodu, že sa v našej práci zaoberáme deťmi postihnutých s detskou mozgovou obrnou s pridruženým hlavne mentálnym postihnutím, preto sa mentálnej retardácii budeme venovať v nasledovných kapitolách.

2.2 Vymedzenie pojmu mentálne postihnutie

„Mentálne postihnutie a mentálna retardácia sú pojmy, ktoré majú interdisciplinárny charakter. Dotýkajú sa biologickej, psychickej aj sociálnej sféry ľudského bytia.“ (Vančová, 2005)

Mentálne postihnutie (ďalej MP) je najširší, najvšeobecnejší, strešný pojem, ktorý sa orientačne používa pre všetky osoby s IQ pod 85 (na distribučnej krivke mentálnej úrovne – IQ v populácii), teda osoby v pásme mentálnej retardácie a osoby v pásme hlbokého podpriemeru – hraničné pásmo mentálnej retardácie (Bajo, Vašek, 1994).

Podľa Matulaya (1986, s. 23) *„mentálna retardácia (ďalej MR) je stav špeciálne charakterizovaný subnormálnou inteligenciou takého stupňa a povahy, že osoba potrebuje lekárske liečenie, starostlivosť a cvičenie“.*

Vašek, Bajo (1994) uvádza *„MR ako stav označujúci neúplnosť alebo nedostatočnosť psychických funkcií najmä v intelektovej oblasti, ktorý vznikol vo vývoji a je združený s poruchou sociálnej prispôsobivosti“.*

„Mentálna retardácia je stav zastaveného alebo neúplného duševného vývinu, ktorý je charakterizovaný najmä narušením schopností, prejavujúcich sa v priebehu vývinového obdobia prispievajúcich k celkovej úrovni inteligencie. Ide najmä o poznávacie, rečové a motorické schopnosti. Mentálna retardácia sa môže vyskytnúť spoločne s akoukoľvek inou duševnou, telesnou, alebo zmyslovou poruchou, alebo aj bez nich“. (Vančová, 2005)

Jakabčica a Požár(1995) vymedzujú pojem „mentálne postihnutie“ z dvoch základných hľadísk: *teoretického* a *praktického*. *Teoretické hľadisko* umožňuje hlbšie pochopenie podstaty psychologických problémov mentálneho postihnutia. Nemenej dôležitý je aj *praktický aspekt*: mentálne postihnuté dieťa potrebuje z hľadiska svojho psychického vývinu nevyhnutnú špeciálnu starostlivosť. Je veľmi dôležité, aby sa pre dieťa zabezpečila čo najskôr.

Jakabčic a Požár (1995) uvádzajú všeobecné znaky MR:

- je to stav oneskorenia duševného vývinu. Môže ísť o celkové oneskorenie duševného vývinu s rovnomerným zaostávaním vývinu vo všetkých oblastiach, alebo o nerovnomerný vývin s relatívne zachovalou úrovňou vývinu jednotlivých oblastí a niektorých psychických funkcií. Vývin v iných oblastiach, či psychických funkciách pritom značne zaostáva.
- je to stav, ktorý je relatívne trvalý. Dočasné oneskorenie psychického vývinu nepovažujú za retardáciu.
- je to stav, ktorý nie je nemenný. Vplyvom intenzívnej výchovnej starostlivosti sa môže stav podstatne zlepšiť, ale i zhoršiť. Táto menlivosť stavu však neznamená, že sa dá časom odstrániť.
- a nakoniec je to stav, z ktorého sa „nevyrastá“. Vývinový proces zrenia nemôže sám o sebe priniesť zlepšenie stavu. Pozitívne zmeny môžu byť navodené len intenzívnou vonkajšou stimuláciou, a to primeranou výchovnou starostlivosťou.

2.3 Klasifikácia mentálnej retardácie

Určujúcimi kritériami, ako uvádzajú Bajo a Vašek (1994), z psychologického hľadiska je v podstate najdôležitejšia klasifikácia mentálnej retardácie z hľadiska závažnosti t.j. stupňa mentálneho postihnutia. Orientačne sa jednotlivé stupne ohraničujú IQ a mentálna retardácia (MR) ako disproporcionalita chronologického a mentálneho veku. K najbežnejším škálam úrovne rozumových schopností patrí táto:

Tabuľka č.1: Stupne mentálnej retardácie

IQ	Úroveň inteligencie
<i>120 a vyšší</i>	<i>vysoký nadpriemer</i>
<i>110-120</i>	<i>mierny nadpriemer</i>
<i>100-110</i>	<i>vysoký priemer</i>
<i>90-100</i>	<i>nízky priemer</i>
<i>80-90</i>	<i>mierny podpriemer</i>
<i>70-80</i>	<i>hlboký podpriemer (hraničné pásmo)</i>
<i>50-70</i>	<i>Debilita</i>
<i>25-50</i>	<i>Imbecilita</i>
<i>25 a nižší</i>	<i>Idiocia</i>

ZDROJ: BAJO, I. – VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava : Sapiaientia, 1994. s. 49-50

Švarcová (2000) uvádza klasifikáciu MR tak, ako je uvedená v 10. revízii *Medzinárodnej klasifikácii chorôb*, spracovaná Svetovou zdravotníckou organizáciou v Ženeve. Podľa novej klasifikácie sa mentálna retardácia rozdeľuje do 6 základných kategórií:

- ľahká mentálna retardácia (kód F70)
- stredne ťažká mentálna retardácia (kód F71)
- ťažká mentálna retardácia (kód F72)
- hlboká mentálna retardácia (kód F73)
- iná mentálna retardácia (kód 78)
- nešpecifikovaná mentálna retardácia (kód F79)

2.4 Charakteristika stupňov mentálnej retardácie

- **Hlboká mentálna retardácia (MR)**

Predstavuje najťažší stupeň MR vymedzený pásmom pod IQ 20. Ide o hlbokú MR vo všetkých vývinových etapách. Časť postihnutých je celkom imobilná, nenaučia sa chodiť a veľakrát celý život ležia, alebo sa pohybujú plazením. Majú hlbokú zaostalosť v motorike, ktorá sa prejavuje oneskorením sedenia, státi, pohybov. U niektorých postihnutých hlbokou MR sú typické stereotypné pohyby rúk, nôh.

Sú nesamostatní, nevedia jesť, piť. Reč sa nevyvíja, iba vydávajú hlasové prejavy - škreky. Sú nevzdelateľní a nevychovateľní. Sú odkázaní na starostlivosť v ústavoch sociálnej starostlivosti. (Bajo a Vašek, 1994)

- **Ťažká mentálna retardácia (MR)**

Predstavuje výrazné oneskorenie psychického a motorického vývinu. Oneskorené sedenie, chodenie a státi. Prítomnosť kývavých pohybov. Reagujú na chlad, teplo, hlad, vlhko. Mentálna úroveň sa pohybuje v pásme 20-34 IQ. Vnímajú ale pamäť, myslenie a predstavy sú minimálne. Môžu sa naučiť veľmi primitívne hovoriť, , bez chápania obsahu. Častá je echolália. Možno ich nacvičiť elementárnej sebaobsluhy, hygienickým návykom a jednoduchým manuálnym prácam. (Bajo a Vašek, 1994)

- **Stredná mentálna retardácia (MR)**

Dieťa je obmedzené v somatickom a neuropsychickom vývine. Ich uvažovanie je možné prirovnať k mysleniu dieťaťa predškolského veku. Narušená je reč, myslenie , motorika. Ich slovná zásoba je chudobná, vyjadrujú sa najčastejšie jednoslovné. Sú však vychovateľní. Sú schopní osvojiť si pracovné návyky, zvládnuť základy čítania , počítania a písania. Zaraďujú sa do pomocných škôl a ústavov. I napriek tomu, že sú v podstate vychovateľní, sú nesamostatní a vyžadujú si pomoc a usmerňovanie iných osôb. (Bajo - Vašek, 1994)

- **Ľahká mentálna retardácia (MR)**

Motorický, neuropsychický vývin a reč sú odlišné od normy. Ich vývin je čiastočne oneskorený a obmedzený. Najvýznamnejším deficitom je deficit myslenia. Deti s týmto postihnutím majú problémy v správaní, rozmýšľaní, nevedia sa hrať a majú neadekvátne prejavy. Reč je narušená z obsahovej i formálnej stránky. Tieto deti sú vzdelávateľné a vychovávateľné. Zaraďujú sa do špeciálnych základných škôl z dôvodu , že vyžadujú odbornú starostlivosť. Väčšina postihnutých sa zaraďuje do pracovného procesu ako kvalifikovaní alebo nekvalifikovaní pracovníci, dosiahnu úroveň sociálnej adaptácie a čiastočne aj integrácie. (Bajo - Vašek, 1994)

- **Iná mentálna retardácia (MR)**

Táto kategória, by mala byť používaná, iba v tom prípade ak stanovené stupne intelektovej retardácie sú za obvyklých metód ťažko určiteľné z dôvodu pridružených senzorických alebo somatických postihnutí. (Švarcová, 2006)

- **Nešpecifikovaná mentálna retardácia(MR)**

Zahrňujú sa sem:

- mentálna retardácia NS
- mentálna subnorma NS
- oligofrénia NS

Táto kategória sa používa v tých prípadoch, ak mentálna retardácia je preukázaná, ale pre nedostatok informácií nie je možné jedinca zaradiť do uvedených stupňov MR. (Švarcová, 2006)

3. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE DETÍ S DMO

3.1 Výchova v rodine

Pre rodičov je veľmi ťažké prijať do rodiny postihnuté dieťa. Lenže v živote si niektoré udalosti nevyberáme. Každý rodič sa teší na príchod dieťaťa. Vkladá do neho veľa nádeje, plánuje a očakáva deň, keď uzrie svet. Pri zistení, že dieťa nie je v poriadku, má problémy alebo je postihnuté, nastávajú rôzne reakcie rodičov, od úplného odmietnutia až po bezhraničné obetovanie sa rodičov.

Kraus (1964,s.141) definuje: *„Rodina je pokladaná za hlavnú jednotku, kde sa formujú základné postoje a vzťahy dieťaťa k životu a jeho problémom. V dobrej rodine nájde dieťa prirodzené vzťahy, má dostatok citových podnetov, získava základné sociálne skúsenosť“*

„ Rodina je prvým spoločenským prostredím a prvým výchovným činiteľom, ktoré formujú osobnosť postihnutého dieťaťa. K základným výchovným úlohám rodiny patrí sústavná starostlivosť o zdravý a duševný vývoj dieťaťa, starostlivosť o jeho bezpečnosť, poskytnutie základnej výchovnej starostlivosti, zabezpečenie základov vzdelania, poskytnutie podmienok pre zdravý, čo najvšestrannejší harmonický rozvoj jeho osobnosti.“ (Bajo - Vašek, 1994 s. 121)

Rodičia postihnutých detí sú precitlivené. Pre zdravý a harmonický vývoj dieťaťa je veľmi dôležité , aby sa rodičia dokázali vyrovnat' s danou situáciou a aby zaujali k danej situácii pozitívny postoj. Narodenie postihnutého dieťaťa väčšina autorov uvádza ako veľmi traumatizujúcu udalosť v živote rodičov.

Ryckman a Henderson skúmali problém, akým rodičia prechádzajú pri narodení mentálne postihnutého dieťaťa a vytvorili model duševnej krízy, ktorý sformulovali do štyroch fáz. (Bajo, Vašek,1994)

Tabuľka č.2: Model duševnej krízy rodičov spôsobenej informáciou, že ich dieťa je MR

Fázy duševnej krízy	Prejavy	Potreby
1.fáza šoku	<i>Citová dezorganizácia, neschopnosť tomu uveriť. Ochromenie konania.</i>	<i>Sympatie a emocionálna pomoc.</i>
2.reaktívna fáza	<i>Bolesť, žiaľ, sklamanie, vina, úzkosť, agresivita, zlyhanie, obranné mechanizmy. Proces reintegrácie v priebehu diskusie.</i>	<i>Načúvanie rodičom. Katarzia tým, že sa vyrozprávajú. Sympatie ale česťnosť. Fakty o prípade.</i>
3.adaptačná fáza	<i>Realistické hodnotenie -rodičia sa pýtajú "Čo by sa dalo robiť?" "-, Ako by sme mohli pomôcť?" " To je znakom ochoty.</i>	<i>Spoľahlivá a presná informácia o liečebnom a výchovnom postupe, postupe a o budúcnosti.</i>
4.fáza reorientovania	<i>Rodičia začínajú konať, vyhľadávajú pomoc a informácie a plánujú budúcnosť. Prekonanie krízy.</i>	<i>Poskytovanie pravidelnej pomoci a vedenia.</i>

ZDROJ: BAJO, I. - VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. Bratislava : Sapia, 1994. s. 129

Postihnuté dieťa mení život rodiny od základov. Výchova postihnutého dieťaťa a starostlivosť oň , znamená pre rodičov , ako uvádza Kraus(1995)

- emočnú záťaž
- časové nároky
- fyzickú náročnosť
- nižšiu sociokultúrnu úroveň

Fyzická náročnosť často krát vedie k rozpadu rodiny.

Ryckman a Henderson (in Bajo a Vašek, 2004) sformovali šesť hlavných tematických okruhov

- Dieťa je pre rodičov fyzickým i psychickým rozšírením. Rodičia si pripisujú nie len to dobré, čo je v ich dieťati, ale aj to zlé a to spôsobuje frustráciu.

- V deťoch môžu rodičia prežívať akési uspokojenie svojich vlastných želaní a túžob. Ak zistia, že im postihnuté dieťa ich nádeje a sny nesplní, nastáva sklamanie.
- Prostredníctvom svojho dieťaťa, môžu rodičia prekonať svoju smrť. Predstava kontinuity vlastného rodu ponúka možnosť akéhosi dosiahnutia vlastnej nesmrteľnosti. Avšak všetko sa stráca pri narodení postihnutého dieťaťa.
- Rodičia postihnutých detí cítia veľký pocit viny za svoje zlyhanie a neschopnosť.
- Rodičia týchto detí majú sklon k prehnanej starostlivosti.
- Nadmerná záťaž , ktorú so sebou prináša výchova postihnutého dieťaťa.

3.2 Typy rodinnej výchovy dieťaťa s postihnutím

Optimálna stimulácia pre všestranný vývin dieťaťa je v zdravej rodine, kde dominuje predovšetkým láska a zdravá náklonnosť k dieťaťu, vzájomné porozumenie a spoločná výchova oboch rodičov. Bajo a Vašek popísali typy rodinnej výchovy a rozdelili výchovu v rodinách do siedmych typov:

- 1) *Realistická výchova* – Rodičia vidia svoje dieťa také, aké v skutočnosti je. Poznajú jeho možnosti a potreby a plne rešpektujú postihnuté dieťa. V takejto rodinnej výchove sa postihnutému dieťaťu poskytuje možnosť vnútorného dozrievania a všestranného rozvoju.
- 2) *Rozmaznávajúca výchova* – V takomto type výchovy rodičia pociťujú ľútosť voči postihnutému dieťaťu. Snažia sa jeho nedostatky kompenzovať maznaním, podraďujú sa jeho náladám a želaniam. Výsledkom takejto výchovy je nesamostatné, egoistické, náladové a často pasívne dieťa závislé na svojich rodičoch.
- 3) *Úzkostlivá výchova* - Rodičia v takomto type výchovy žijú v nepretržitom strachu a pocitu obáv o svoje dieťa. Neustále dieťa ochraňujú, obmedzujú. Žijú v neustálych obavách o život svojho dieťaťa. Avšak výsledkom takejto výchovy je pasivita, negativizmus a možná agresivita dieťaťa.

- 4) *Perfekcionistická výchova* – býva veľmi často v rodinách intelektuálov, ktorí permanentným zvyšovaním svojich požiadaviek majú snahu priviesť postihnuté dieťa na úroveň normy. Dieťa je často trestané už za menšie priestupky. Dieťa samozrejme nie je schopné zvládať neprimerané úlohy, stráca sebadôveru, stáva sa neurotické, vzdorovité a agresívne.
- 5) *Protektčná výchova* – rodičia svojim deťom všemožne pomáhajú, odstraňujú všetky prekážky. Ťažkosti svojho dieťaťa zastierajú, alebo príliš zveličujú, len aby dokázali pomôcť dieťaťu. Z dieťaťa sa stáva nesamostatný, pasívny a často krát vzdorovitý jedinec.
- 6) *Nezáujem* – Rodičia sa spočiatku snažia o starostlivosť dieťaťa, ale časom život predkladá neprekonateľné prekážky, ktoré nedokážu vyriešiť. Nerozumejú svojmu dieťaťu, jeho potrebám, nevedia s dieťaťom zaobchádzať. Nakoniec rezignujú a kapitulujú.
- 7) *Nepriateľstvo* – Ide o extrémny postoj zo strany rodičov. Dieťa býva často zdrojom konfliktov, príčinou napätia, hádok a vážnych nedorozumení medzi rodičmi. Dôsledkom takejto výchovy je evidentná deprivácia a frustrácia dieťaťa.

3.2.1 Zásady rodinnej výchovy pre rodiny s dieťaťom postihnutým

Pre zvládanie náročných životných situácií, akou je starostlivosť o dieťa s DMO Kraus(2005) uvádza :

- 1) Rodičia majú o svojom dieťati vedieť čo najviac,
- 2) Postihnutie nie je nešťastie, ale úloha,
- 3) Rodičia musia byť obetaví, ale nesmú sa obetovať,
- 4) Rodičia musia byť realistami aj s výhľadom na budúcnosť
- 5) Dieťa s postihnutím netrpí,
- 6) Akákoľvek starostlivosť o postihnuté dieťa sa musí diať v pravý čas a v primeranej miere,
- 7) Rodičia s postihnutým dieťaťom nie sú sami,
- 8) Rodičia s postihnutým dieťaťom nie sú v ohrození,
- 9) Je potreba chrániť manželstvo a rodinu,
- 10) Orientácia na budúcnosť,

3.4 Výchova a vzdelávanie detí s DMO

V súčasnosti nikto nepochybuje o tom, že dieťa s DMO má právo na vzdelávanie, rovnako tak ako nepostihnutí rovesníci. Systém vzdelávania detí s mentálnym postihnutím v Slovenskej Republike sa riadi podľa zákona č.245/2008 Z. z. o výchove a vzdelávaní a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov. Zákon udáva, že deti s mentálnym postihnutím a deti s mentálnym postihnutím a iným pridruženým postihnutím sa môžu vzdelávať v nasledovných zariadeniach:

- Špeciálna materská škola;
- Špeciálna základná škola;
- Praktická škola;
- Stredné školy - Odborné učilištia;
- Chránené dielne;
- DSS – Domov sociálnych služieb.

Špeciálna materská škola

Materská škola je určená pre deti od 3-6 rokov. Úlohou materskej školy je nielen rozvíjať osobnosť mentálne postihnutého dieťaťa, ale i podporovať jeho telesný rozvoj, napomáhať mu v chápaní okolitého sveta a motivovať dieťa k jeho ďalšiemu poznávaniu a učeniu, ale aj učiť ich žiť v spoločnosti ostatných a rešpektovať normy spoločnosťou uznávané. (Švarcová, 2006)

Špeciálna základná škola

Je určená pre deti od 6-16 rokov. Má prípravný ročník a deväť ročníkov. Je vnútorne členená na varianty A, B, C. Variant A je určený žiakom, ktorý zvládnu osnovy predpísané pre špeciálne základné školy. Variant B bol predtým známy ako „pomocná škola“, dnes v ňom prebieha vzdelávanie podľa osnov pre variant B špeciálnych základných škôl. Variant C je určený pre deti vypracovaným IVP plánom (Individuálnym vzdelávacím plánom). Variant B

a C môže byť súčasťou plne organizovanej školy ako samostatná trieda, alebo sú deti integrované do tried s variantom A. Povinná školská dochádzka je 10 rokov. (Šustrová, 2004)

Praktická škola

Je typ školy, v ktorej vzdelávacie programy poskytujú vzdelávanie a prípravu na výkon jednoduchých pracovných činností žiakov s mentálnym postihnutím alebo žiakom s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným zdravotným postihnutím, ktorým stupeň postihnutia neumožňuje prípravu v odbornom učilišti. Vzdelávací program praktickej školy pripravuje žiakov na život v rodine, vrátane prác v domácnosti, pričom sa títo žiaci zacičujú na vykonávanie jednoduchých činností spravidla pod dohľadom. (Vyhláška MŠ-SR, z roku 2008, § 99)

Odborné učilištia

Sú typy škôl, v ktorých vzdelávacie odbory výchovy a vzdelávania poskytujú odbornú prípravu na výkon nenáročných pracovných zručností žiakom s mentálnym postihnutím, alebo s mentálnym postihnutím v kombinácii s iným postihnutím. V odborných učilištiach je neoddeliteľnou súčasťou odborné vzdelávanie a príprava na praktické vyučovanie. Po absolvovaní získava žiak s mentálnym postihnutím nižšie stredné odborné vzdelanie. (Vyhláška MŠ-SR, z roku 2008, § 100.)

Chránené dielne

Sú pracoviská zriadené právnickou osobou alebo fyzickou osobou, v ktorých pracuje najmenej 50 % občanov so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1 písm. a) zákona, ktorí nie sú schopní nájsť si zamestnanie na otvorenom trhu, alebo pracoviská, na ktorých sa občania so zdravotným postihnutím podľa § 9 ods. 1 písm. a) zaškoľujú, a v ktorých sú pracovné podmienky vrátane

nárokov na pracovný výkon prispôsobené zdravotnému stavu občanov so zdravotným postihnutím podľa citovaného ustanovenia. Za zriadenie chráneného pracoviska sa považuje aj zriadenie jednotlivého pracovného miesta, ktoré právnická osoba alebo fyzická osoba vytvorila alebo prispôbila zdravotnému stavu občana so zdravotným postihnutím (§9 ods.1 písm. a) zákona).

Domov sociálnych služieb

Domov sociálnych služieb poskytuje:

- 1) pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby;
- 2) sociálne poradenstvo;
- 3) sociálnu rehabilitáciu;
- 4) ošetrovateľskú starostlivosť;
- 5) ubytovanie;
- 6) stravovanie;
- 7) upratovanie, pranie, žehlenie a údržbu bielizne a šatstva;
- 8) osobné vybavenie;
- 9) vreckové a vecné dary podľa osobitného predpisu.

Domov sociálnych služieb zabezpečuje:

- 1) pracovnú terapiu;
- 2) záujmovú činnosť.

Upravujú podmienky na:

- 1) vzdelávanie;
- 2) úschovu cenných vecí (Zákon o sociálnych službách č. 448/2008)

Deti s DMO majú vývoj oneskorený a preto si vyžadujú včasnú a vhodnú formu vzdelávania. Veľmi dôležitá je pre nich kvalitná predškolská výchova, špeciálna základná škola a po ukončení povinnej školskej dochádzky majú možnosť vzdelávania v odborných učilištiach, alebo v praktických školách.

U detí s detskou mozgovou obrnou sa osobitný význam kladie v rámci výchovy a vzdelávania na rozvíjanie komunikačných zručností

prostredníctvom vyučovacích predmetov ako individuálna logopedická starostlivosť a špeciálne písanie. (Vašek, 2005)

4. VÝCHOVA A VZDELÁVANIE DETÍ S DMO V ŠPECIÁLNEJ ZÁKLADNEJ ŠKOLE GALANTA

4.1 Náplň a činnosť ŠZŠ Galanta

Špeciálna základná škola v Galante sídli na Šafárikovej ulici 38. Bola založená v roku 1970. Od roku 1997 je školou s právnou subjektivitou.

V súčasnosti je na škole zriadených 11 tried, z toho 7 tried pre deti s mentálnym postihnutím variant A, 3 triedy pre kombinovane postihnuté deti s ťažkým mentálnym postihnutím a jedno oddelenie školského klubu. K ŠZŠ v Galante patrí aj škola pri NsP Sv. Lukáša v Galante.

Základným poslaním ŠZŠ v Galante je výchova a vzdelávanie mentálne postihnutých detí, vychovať vlastenecky cítiaceho občana SR schopného komunikácie, tolerancie, disponujúceho vedomosťami, zručnosťami a schopnosťami, ktoré bude tvorivo uplatňovať v praxi.

Špecifickým poslaním ŠZŠ je poskytnúť pre deti s mentálnym postihnutím trvajúce vedomosti, rozvíjanie individuálnych schopností, pripraviť ich na život a na prácu v spoločnosti.

Hlavné priority ŠZŠ sú:

- upevňovať u detí vlastenecké cítenie;
- rozvíjať komunikačné zručnosti;
- pestovať dobré medziľudské vzťahy;
- vychovať k slušnosti a tolerancii;
- upevňovať kladný vzťah ku škole;
- ochrana detí pred nezákonnými vplyvmi spoločenstva;
- rozvíjanie vedomostí, zručností;
- vstúpiť kladný vzťah k práci;
- riešenie záškoláctva;
- príprava detí na prácu v spoločnosti;
- viesť zdravý životný štýl;
- tvorivý prístup pedagógov pri skvalitňovaní výchovno-vzdelávacieho procesu;

- zlepšenie spolupráce s rodičmi;
- humanizácia školy.

Hlavné úlohy v oblasti vzdelávania:

- viesť žiakov k vyjadrovaniu sa spisovným jazykom;
- rozvíjať myslenie žiakov a ich rozumové schopnosti;
- uplatňovať diferencovaný prístup vo vzdelávaní;
- prihliadať na mentálnu úroveň a stupeň postihnutia žiakov;
- vo vyučovaní realizovať výchovu k manželstvu a rodičovstvu;
- venovať sa podpore zdravia a telesnej zdatnosti;
- pozornosť venovať úlohám, ktoré vyplývajú z programu boja proti drogám;
- realizovať koncepciu environmentálnej výchovy;
- dbať na primerané tempo vo vzdelávaní;
- zavádzanie nových postupov do vzdelávania;
- využívanie medzi predmetových vzťahov;
- rozvíjať estetické cítenie žiakov;
- viesť žiakov k tvorivej práci, presnosti, trpezlivosti, disciplinovanosti, zodpovednosti;
- vzbudzovať záujem o vyučovanie.

V súčasnosti navštevuje ŠZŠ V Galante 90 žiakov. Prevažnú väčšinu, 70 žiakov, tvoria rómski žiaci. Viac ako polovica žiakov dochádza do školy z okolitých spádových oblastí. Na škole je 60 chlapcov a 30 dievčat. (Plán práce školy šk.r.2011/2012)

4.2 Vznik a náplň tried pre deti s kombinovaným postihnutím

V roku 2002 bola zriadená v Špeciálnej základnej škole trieda pre deti s kombinovaným postihnutím. Nakoľko škola nemala vytvorené vhodné priestory, bola elokovaná v Domove sociálnych služieb v Galante. Trieda vznikla na základe zákona o vzdelávaní, nakoľko okres Galanta nezastrešoval vzdelávanie kombinovane postihnutých detí. V školskom roku 2002/2003 triedu navštevovalo 5 detí. Z toho 2 dievčatá a 3 chlapci.

Deti navštevovali vyučovanie denne v rozsahu štyroch vyučovacích hodín, a jedna žiačka z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu mala zníženú vyučovaciu povinnosť na dve vyučovacie hodiny denne.

Starostlivosť zo strany Domu sociálnych služieb bola poskytovaná dvom deťom, nakoľko boli ich klientmi (po skončení vyučovania zostávali v starostlivosti DSS) a ostatné deti odchádzali domov v sprievode svojich opatrovateľov (rodičov – matka alebo otec).

Na základe diagnostického pozorovania malo každé dieťa vypracovaný individuálny vzdelávací plán, ktorý vychádzal z učebných osnov pre ťažko mentálne postihnutých žiakov variant C.

O riadenie vyučovacieho procesu sa starali dvaja špeciálny pedagógovia a jeden špeciálny vychovávateľ.

Vyučovanie v triede prebiehalo v blokoch. Počas dňa sa striedali aj nasledovné aktivity relaxácia, zdravotná, telesná výchova, muzikoterapia, arteterapia a biblioterapia.

Vzdelávanie bolo zamerané na rozvoj komunikačných zručností, rozvoj grafomotorických zručností, matematické predstavy, poznatky o prírode, zvieratách a veciach, ktoré nás obklopujú, rozvoj samoobslužných činností a osobnú hygienu.

Narastajúci počet detí v nasledujúcom školskom roku viedol k vytvoreniu ďalšej triedy v ŠZŠ v Galante. Elokovaná trieda pôsobila v DSS do roku 2008.

Od školského roku 2009/2010 v ŠZŠ v Galante sa vzdelávajú deti s kombinovaným postihnutím v dvoch triedach. V jednej z tried je zabezpečené aj vzdelávanie detí z DSS (vychovávateľky z DSS doprevádzajú deti na vyučovanie a po vyučovaní si ich prevezmú).

V školskom roku 2010/2011 vznikla na škole tretia trieda pre deti s kombinovaným postihnutím- trieda pre deti s DMO. Triedu navštevovalo na začiatku školského roka 5 detí, v mesiaci október pribudlo jedno dieťa.

Počet detí v prvej triede je 7 , v druhej triede je 6 a v tretej 6. Vyučovanie v triedach je zabezpečené jedným špeciálnym pedagógom a asistentom učiteľa. Vekové rozhranie je od 6 rokov do 16 rokov.

Nakoľko sú triedy heterogénne, vzdelávanie každého dieťaťa je iné, ale všetky deti majú vypracovaný IVP platný podľa učebných osnov pre ťažko mentálne postihnutých žiakov variant C.

Deti majú na škole k dispozícii telocvičňu, cvičnú kuchynku, cvičnú dielňu a priestranný dvor, ktorý sa využíva na loptové hry, pobyt na čerstvom vzduchu a otužovanie detí, a vlastné bezbariérové sociálne zariadenie.

Nakoľko sú to deti, ktoré majú rôzne zdravotné problémy je potrebné vo vyučovacom procese brať do úvahy ich zdravotní stav a pokiaľ dieťa nie je schopné pracovať je potrebné vo vyučovaní voliť a striedať prácu s relaxáciou.

Deti s telesným postihnutím majú na škole k dispozícii vozík, na ktorom sa učia premiestňovať.

Veľkou pomocou pre deti je aj PC s tlačiarňou, ktorý umožňuje nácvik a rozvoj grafomotorických zručností u detí s postihnutím horných končatín a taktiež sa využíva aj na rozvoj komunikácie a sledovanie rozprávok a filmov s náučnou tematikou.

Deti sa zapájajú do školských a mimoškolských akcií, podľa svojich možností a schopností s prihliadnutím na zdravotný stav. Deti sa zúčastňujú a zapájajú do rôznych aktivít:

- Deň jablák;
- Noc strašidiel
- Týždeň zdravej výživy;
- Vítame Mikuláša
- Pečenie medovníkov – Príprava darčeka na Vianoce;
- Vianočná besiedka;
- Deň matiek;
- Deň mlieka;
- Športový deň;

Návštevy divadla v MsKS Galanta.(Kronika školy)

4.2.1 Trieda pre deti s DMO

V školskom roku 2011/2012 počet žiakov v triede ostal nezmenený. Triedu navštevuje 6 žiakov, z toho 3 chlapci a 3 dievčatá. Traja žiaci navštevujú vyučovanie v rozsahu 20 hodín týždenne- čo znamená 4 vyučovacie hodiny denne. Ďalšie tri deti navštevujú triedu v rozsahu dvoch vyučovacích hodín týždenne z dôvodu ťažkého zdravotného stavu. Každé dieťa pracuje podľa vlastného IVP plánu, ktorý je v súlade s učebnými osnovami pre variant C.

Žiaci:

1., S. K.

U dieťaťa ťažký zdravotný postih: imobilné, spastická kvadruparéza s prevahou vľavo, plienkované, kŕmené lyžičkou, prijíma aj tuhšiu stravu. Hlavu zdvíha a otáča doprava. Podávanú hračku uchopí pravou rukou a dáva si ju k tvári. Mrnčí. Podľa anamnestických údajov sa začal smiať, povie pár málo zrozumiteľných slov a postieľke sa odkope a otočí nabok. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme duševnej zaostalosti.

Záver a odporúčania: Z dôvodu ťažkého zdravotného postihu a mentálneho zaostávania odporúčame dieťa do prípravného ročníka v ŠZŠ, variant C s využívaním IVP, ktorý zohľadní aktuálny zdravotný stav dieťaťa. Predpokladáme pozitívny vplyv detského kolektívu a špeciálno-pedagogického prístupu k chlapcovi na jeho vývin. /CŠPP, psychológ, Mgr. ,2010/

2., O. V.

Chlapček s DMO kvadruspastická s prevahou vľavo. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom z dôvodu celkovej zdravotnej diagnózy. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme strednej duševnej zaostalosti- ťažkého stupňa.

Z tohto dôvodu odporúčame zaškolenie dieťaťa v systéme špeciálneho školstva. Od septembra odporúčame zaradenie do prípravného ročníka v ŠZŠ

variant C. Matka súhlasí so zaradením do prípravného ročníka a je poučená o správnom prístupe. /psychológ, CŠPP, Mgr. 2010/

3., *M. F.*

Psychomotorický vývin dieťaťa výrazne zaostáva vo všetkých zložkách, plienkovaná, nekomunikuje, nereaguje na hlas, apaticky leží. T.č. mentálne schopnosti dieťaťa sa pohybujú v pásme ťažkej parciálne až hlbokoj duševnej zaostalosti./psychológ CPPPpP, Phdr. 2010/

4., *T.M.*

Za rok spravila pokroky v oblasti hrubej motoriky- chodí s oporou jednej ruky. V domácom prostredí sa orientuje, pozná a rozumie jednoduchým úkonom. Hygienické návyky – je plienkovaná, moč a stolicu dokáže zadržať, nepýta sa na WC, treba ju tam za deň niekoľkokrát posadiť.

Reč- zatiaľ ovláda zopár jednoduchých slov(mama, ham, áno, nie...), komunikuje zvukmi.

Hra- hrá sa najmä s bábikami, plyšovými zvieratami.

Jemná motorika- uchopí písaciu potrebu, avšak čarbať ju nebaví.

Emocionalita- rozruší sa pri väčšom hluku ľudí, tiež ak sa jej naruší spánkový režim a je v cudzom prostredí(reaguje plačom), upozorní na seba krikom, ak sa jej nevenuje dostatočná pozornosť. Z cudzích ľudí strach nemá, v TV ju zaujímajú hlavne reklamy.

Jedlo a spánok- stravu treba mixovať alebo nadrobno nakrájať. Samostatne nejde.

Záver a odporúčania: Intelektové schopnosti orientačne v širšom pásme strednej duševnej zaostalosti./ psychológ CPPPpP, Mgr,2009/

5., *N. P.*

Ťažká až hlboká zaostalosť- ťažká MR. DMO- kvadruspastická. Epilepsia.

6.,S. I.

Psychologické vyšetrenie prebiehalo za účasti obidvoch rodičov, ktorí sa striedali v držaní dieťaťa na rukách. Dieťa nebolo možné vyšetriť štandardnými psychologickými spôsobmi. Samuel je imobilný, vo vozíku vydrží cca 20 minút, potom je vhodná zmena polohy. Predmet neuchopí do rúčičiek. Je plienkovaný. Kŕmený lyžičkou, pije z fľaše. Nerozpráva, vydáva len zvuky. Reaguje na príjemné a nepríjemné. Na začiatku vyšetrenia bol kľudný, neskôr plakal, veľmi rýchlo sa utíšil v matkinom náručí. Počas vyšetrenia nereagoval na zvuky a predmety, ale matka udáva, že vie rozoznávať známe osoby zrakom i sluchom. Mal by nosiť okuliare.

Záver a odporúčania: T.č. ťažká až hlboká duševná zaostalosť DMO- zmiešaná forma spasticko- extrapyramidová. Jedná sa o chlapca s kombinovaným postihnutím. Vzhľadom na jeho ťažký zdravotný stav odporúčame skrátiť dĺžku vyučovania na 2- hodiny 2-krát do týždňa. Odporúčame zaškolenie v ŠZŠ, C variant, kde sa bude vzdelávať podľa IVP/ CŠPP, psychológ, Mgr., 2010/

Úlohy triedneho učiteľa v triede spočívajú v týchto úlohách:

- vytvoriť príjemné a kľudné prostredie v triede,
- vypestovaniu kladného vzťahu k učeniu,
- pestovať lásku k slovenčine,
- využívaniu k rôznym formám komunikácie,
- vzbudiť záujem o školskú prácu,
- podľa možností sa zapájať do podujatí, ktoré vyplývajú z plánu práce školy,
- rozvíjať samostatnosť dieťaťa, pestovať jednoduché pracovné úkony,

Akcie triedy na aktuálny školský rok

- tekvičková slávnosť,
- pečenie medovníkov,
- oslava Vianoc,
- MDD,

- koncoročné posedenie,

Akcie školy na ktorých sa trieda zúčastnila a zúčastní priebehom školského roka:

- otvorenie školského roka
- poučenie o BOZP a školský poriadok,
- beseda s príslušníkom polície,
- Tvorivé dielne,
- oslava Mikuláša,
- školský karneval,
- Deň zeme,
- Deň mlieka,

Trieda sa zapojila do výtvarných súťaží, ktoré každoročne organizuje GOS. Získala zvláštne ocenenie. Pripomíname si sviatky, pamätné dni v jednotlivých mesiacoch. (Plán práce triedneho učiteľa na školský rok 2011/2012).

5. Predmet a cieľ prieskumu

Každý rodič sa teší na príchod dieťaťa. Vkladá do neho veľa nádeje, plánuje a očakáva deň, keď uzrie svet. Pre rodičov sú deti pokračovaním ich života a snov v budúcnosti. Snažia sa im zabezpečiť, čo najlepší život a prístup k vzdelávaniu.

Pre rodičov, ktorým sa narodí dieťa s postihnutím DMO to nie je ľahké. Každý rodič vidí svoju budúcnosť vo svojich deťoch. Rodičia sa s handicapom svojich detí snažia vyrovnáť. Je to cesta dlhá, ktorá často krát prechádza problémom i prekážkami.

Pre potreby dieťaťa je veľmi dôležitá včasná diagnostika. Čím skôr sa určí správna diagnóza, tým skôr sa môže začať s odbornou starostlivosťou. Potrebná je konzultácia s odborníkmi, ktorý by mali informovať rodičov o diagnóze a primeranej starostlivosti.

Rodičia by mali vedieť, že aj ich dieťa má právo na primerané vzdelanie a je ich povinnosťou mu ho poskytnúť. So vzdelávaním by mali začať čo najskôr.

Tieto a ďalšie skutočnosti nás viedli k prieskumu rodičov na seba samých, ich postojov pri narodení postihnutého dieťaťa a možnosti vzdelávania ich potomka.

Celý prieskum bol uskutočnený na základe dopytovania a formou dotazníka.

Cieľom prieskumu bolo na základe analýzy názorov, hodnotení a postojov rodičov prispieť k poznaniu existujúceho stavu, podmienok, problémov a perspektív rodiny.

Predmetom prieskumu je vzťah rodičov k sebe samým, vzťah k postihnutému dieťaťu a k jeho vzdelávaniu.

5.1 Pracovné hypotézy

Na začiatku celého prieskumu boli určené predpoklady, ktoré sme chceli výsledkami z dotazníka potvrdiť. Stanovené boli nasledujúce hypotézy:

1. hypotéza: Predpokladáme, že väčšina rodičov sa zúčastnila všetkých vyšetrení, ktoré dokážu odhaliť poškodenie plodu počas gravidity.
2. hypotéza: Predpokladáme, že komunikácia medzi rodičmi a odborníkmi je nedostačujúca.
3. hypotéza: Predpokladáme, že rodičia sa snažia vyhľadať zdravotnícku a odbornú pomoc pri výchove svojho dieťaťa.
4. hypotéza: Predpokladáme, že rodičom, ktorým sa narodí dieťa s postihnutím, sú vo výchove príliš úzkostliví.
5. hypotéza: Predpokladáme, že rodičia pokladajú vzdelávanie dieťaťa v predškolskom a poradenských zariadeniach za bezpredmetné.
6. hypotéza: Predpokladáme, že rodičia detí s DMO radi využívajú služby denných stacionárov. (napr. DSS)

5.2 Metodika prieskumu

Na dosiahnutie cieľa, ktorý bol vytýčený na začiatku prieskumu sme použili metódu dopytovania. Konkrétny prieskum bol uskutočnený pomocou dotazníka.(vid' príloha č.1)

Samotný dotazník mal štrukturovanú formu, pričom pozostával zo štyroch identifikačných údajov a z trinástich otázok. Väčšinou sme použili uzavretú formu kladenia otázok. Dve otázky boli otvorené. Identifikačná časť dotazníka spočívala v zistení pohlavia, bydliska, zamestnania a možného dosiahnutého najvyššieho vzdelania respondentov.

Pri zbere dát sme sa upriamili na dve okruhy, pričom prvý okruh sa týkal zistenia postojov rodičov k sebe samým a k postihnutiu svojho dieťaťa.

(otázky č. 1,2,3,4,5,6) Predovšetkým sme chceli preskúmať či rodičia boli dostatočne informovaní zo strany odborníka o stave dieťaťa. Kde a za

akých podmienok vyhľadali pomoc pri riešení problémov s postihnutým dieťaťom a hlavne aké boli prvotné pocity pri narodení dieťaťa s DMO.

Ďalší okruh sa zameriaval na výchovu a vzdelávanie postihnutého dieťaťa. (otázky č. 7,8,9,10,11,12,13) Otázky sa týkali predovšetkým na zistenie dôležitosti vzdelávania dieťaťa s postihnutím v špeciálnych zariadeniach. Na základe odpovedí sme sa chceli dozvedieť akou dôležitou úlohou je vzdelávanie detí pre rodičov a či rodičia využívajú všetky možné dostupné inštitúcie, ktoré na jednej strane pomáhajú k rozvoju postihnutého dieťaťa a na druhej strane sú neodmysliteľnou súčasťou pomoci rodičom.

5.3 Harmonogram prieskumu

Na začiatku realizácia prieskumu sme si zadali harmonogram celého postupu, ktorý sme rozdelili do troch fáz:

- prípravná
- realizačná
- vyhodnocujúca

Prípravná fáza trvala približne 1 mesiac. Najprv sme zostavili samotný dotazník , na ktorom sme pracovali približne celý október 2011.

Realizačná časť nastala hneď po dohovore s pani riaditeľkou ŠZŠ Galanta. Samotný prieskum bol vykonaný od 4.12- do 10.12.2011. Z dôvodu, že prieskum sa vykonával v triede s kombinovaným postihnutím, počet žiakov v triede je 6, tak aj skúmaná zložka pozostáva iba zo šiestich respondentov.

Do kontaktu s rodičmi sme vstúpili prostredníctvom žiakov triedy ŤMP III. Rodičia si dotazníky prevzali v obálkach osobne. Od rodičov sa očakávalo, že dotazník vyplnia podľa inštrukcii a vrátia v zalepenej obálke, ktorú vložia do pripravenej krabice.

V sprievodnom liste bolo každému rodičovi vysvetlené, že dotazník je anonymný. Respondentom sme garantovali, že ich odpovede nebudú použité ani proti nim , ani proti ich deťom.

Opísaným spôsobom bolo medzi 4.12.2011-8.12.2011 zaslaných celkom 6 dotazníkov. Od 5.12.-do 10.12.2011 bolo vrátených 6 dotazníkov.

Po realizačnej fáze nasledovala vyhodnocujúca fáza. Použili sme kvantitatívne spracovanie údajov. Vyhodnocujúca fáza trvala zhruba do konca januára 2012.

5.4 Charakteristika skúmaných osôb

Prieskum bol vykonaný u rodičov, ktorých deti navštevujú triedu ĽMP III. Ide o deti postihnuté detskou mozgovou obrnou.

Tab. č.3 vzorka prieskumu podľa pohlavia

Pohlavie	Počet	%
Ženy	6	100
Muži	0	0
Neuvedené	0	0
Spolu	6	100

100% respondentov tvoria ženy- matky. Dôvodom môže byť, že matky majú k problémom vlastných detí bližší vzťah.

Tab.č.4 vzorka prieskumu podľa bydliska respondentov

Bydlisko	Počet	%
Dedina	2	33,3
Mesto	4	66,7
Neuvedené	0	0
Spolu	6	100

66,7 respondentov uviedlo ako svoje bydlisko mesto a 33,3 respondentov uviedlo dedinu. 0 % respondentov neuviedla svoje bydlisko.

Tab.č.5 vzorka prieskumu podľa zamestnania respondentov

Zamestnanie rodičov	Počet	%
Zamestnaní	5	83,3
Nezamestnaní	0	0
Na materskej dovolenke	1	16,7
Na dôchodku	0	0
Na invalidnom dôchodku	0	0
Spolu	6	100

Najviac zastúpení sú zamestnaný rodičia a najmenej ženy na materskej dovolenke .

Tab.č.6 vzorka prieskumu podľa dosiahnutého vzdelania respondentov

Najvyššie dosiahnuté vzdelanie	Počet	%
Základné	0	0
Stredoškolské	6	100
Vysokoškolské	0	0
Neuvedené	0	0
Spolu	6	100

100% skúmaných respondentov má ukončené úplné stredoškolské vzdelanie.

6. ANALÝZA A INTERPRETÁCIA VÝSLEDKOV PRIESKUMU

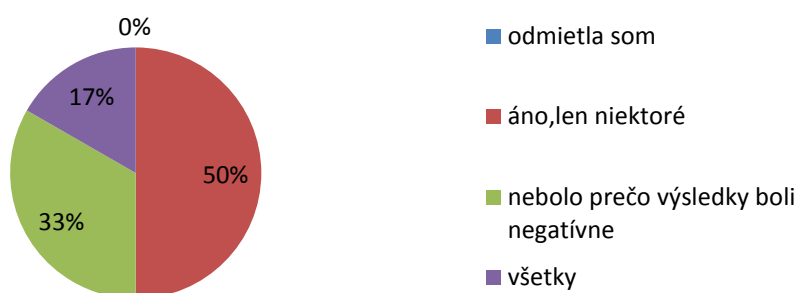
Prvá otázka – *Absolvovali ste lekárske vyšetrenia, ktoré dokážu odhaliť možnosť poruchy vnútromaternicového vývinu dieťaťa?*

Tab.č.7

	Počet
Odmietla som	0
Áno, len niektoré	3
Nebolo prečo, výsledky boli negatívne	2
Všetky	1

Z uvedeného sme zistili, že až 50% matiek absolvovalo iba niektoré vyšetrenia, 33,3% respondentov neabsolvovalo žiadne špeciálne vyšetrenie a iba jedna matka absolvovala všetky dôležité vyšetrenia na odhalenie možných chorôb plodu.

Graf č.1



Z uvedeného nám vyplýva, že prevažná väčšina respondentov neabsolvovala všetky vyšetrenia. Otázkou však ostáva kto, alebo čo zlyhal. Veda či vplyv ľudského faktora.....

Druhá otázka- *Aké boli vaše prvotné pocity pri zdení, že sa Vám narodilo dieťa s postihnutím (DMO)?*

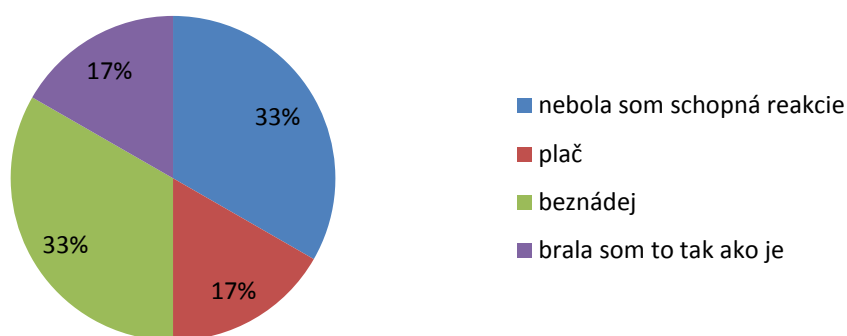
Touto otázkou sme boli zvedaví , aké boli prvotné pocity rodičov pri zdení tak negatívnej informácie ako to, že im narodí postihnuté dieťa.

Tab.č.8

	Počet
Nebola som schopná reakcie	2
Plač	1
Beznádej	2
Brala som to tak, ako je	1

Z uvedeného vyplýva , že 2 rodičia pociťovali pri narodení postihnutého dieťaťa beznádej , 1 rodič pociťoval plač, 1 to bral ako to je a dvaja rodičia neboli schopní reakcie.

Graf č.2



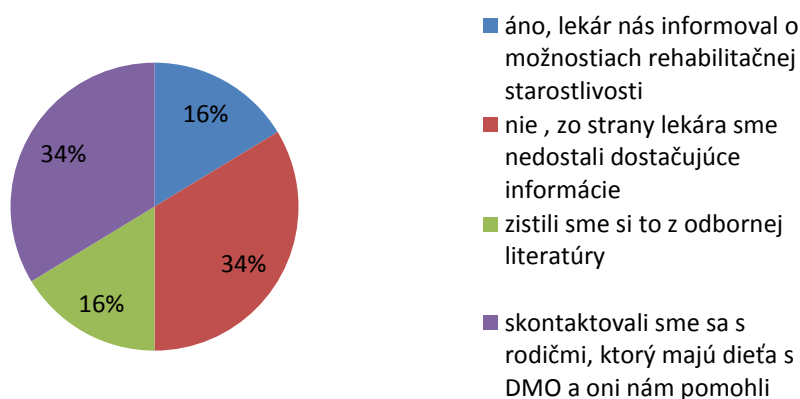
33% rodičov neboli schopné žiadnej reakcie pri narodení postihnutého dieťaťa. Až 17% respondentov brali túto situáciu kladne. 33% mamičiek pociťovali beznádej pri zdení negatívnej informácie a 17% respondentov plakali.

Tretia otázka- ***Boli ste dostatočne informovaná zo strany odborníkov o zdravotnom stave Vášho dieťaťa a ďalších možnostiach jeho rozvoja?***

Tab.č.9

	Počet
Áno, lekár nás informoval o možnostiach rehabilitačnej starostlivosti	1
Nie , zo strany lekára sme nedostali dostačujúce informácie	2
Zistili sme si to z odbornej literatúry	1
Skontaktovali sme sa s rodičmi, ktorí majú dieťa s DMO a ini nám poradili	2

Graf č. 3



16% respondentov bolo informovaných o rehabilitačnej starostlivosti postihnutého dieťaťa. Prekvapením je 34% respondentov, ktorý neobdržali informácie zo strany odborného lekára. 16% rodičov informácie o ďalšom postupe starostlivosti svojho dieťaťa získali z odbornej literatúry. S rodičia s počtom 34% sa skontaktovalo pre získanie informácii s rodičmi s rovnakými problémami.

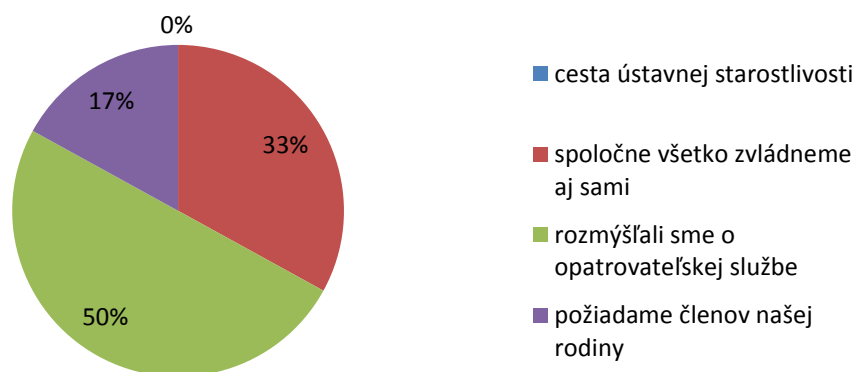
Štvrtá otázka- *Rozhodnutie , ktoré ďalej ovplyvní Váš život potom čo ste prijali informáciu o Vašom dieťati?*

Tab.č.10

	Počet
Cesta ústavnej starostlivosti	0
Spoločne všetko zvládneme sami	2
Rozmýšľali sme o opatrovateľskej službe v meste Nášho bydliska	3
Požiadame členov našej rodiny	1

Najviac respondentov rozmýšľalo o ďalšom postupe starostlivosti svojho dieťaťa formou opatrovateľskej služby.

Graf č. 4



Až 50% respondentov rozmýšľala o opatrovateľskej službe pre svoje postihnuté dieťa. 17% volila cestu pomoci zo strany rodiny a 33% rodičov zvládnu situáciu sami. Ani jeden respondent neuvažoval o ústavnej starostlivosti.

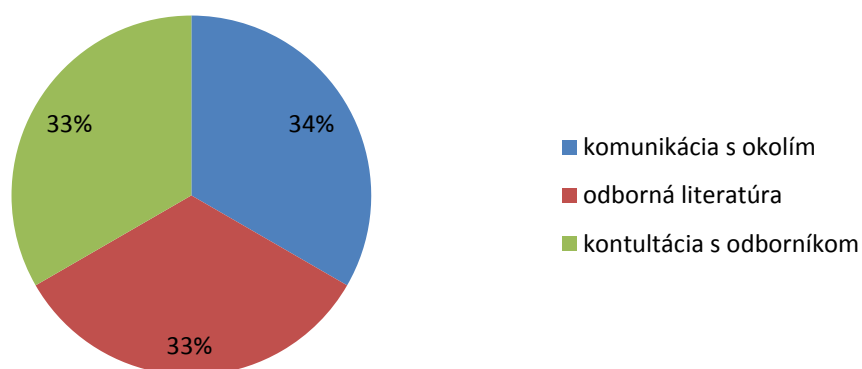
Piata otázka- *Kde ste hľadali odbornú pomoc pri riešení životných krokov s dieťaťom s postihnutím?*

Tab.č.11

	Počet
Komunikácia s okolím	2
Odborná literatúra	2
Konzultácia s odborníkom	2

33% respondentov, čiže dvaja rodičia vyhľadávali pomoc pri konzultáciou u odborníka. Dvaja rodičia komunikovali s okolím a taktiež dvaja študovali odbornú literatúr.

Graf č. 5



34% rodičov vyhľadávalo pomoc formou komunikácie s okolím, odbornou literatúrou si svoje poznatky rozširovalo 33% respondentov. Konzultáciu s odborníkom volili 33% rodičov.

Šiesta otázka- *Môj postoj pri výchove dieťaťa*

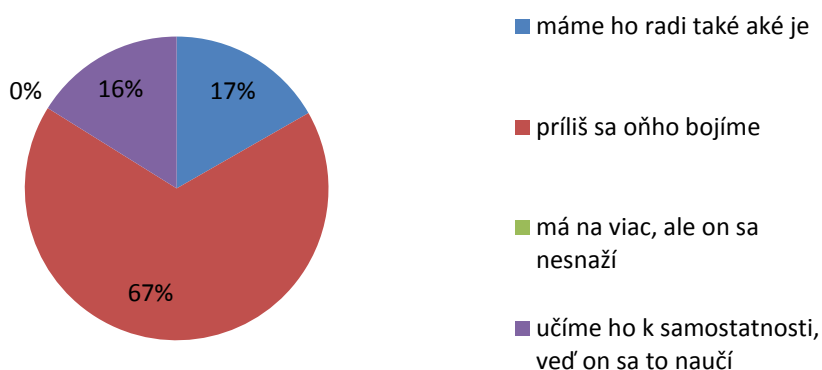
Danou otázkou sme boli zvedaví o postoj rodiča pri výchove postihnutého dieťaťa. Aký typ rodinnej výchovy preferujú.

Tab.č.12

	Počet
Máme ho radi také aké je	1
Príliš sa oňho bojíme	4
Má na viac, ale on sa nesnaží	0
Učíme ho k samostatnosti, on sa to naučí	1

Najviac respondentov sa príliš bojí o svoje dieťa. Ani jeden rodič si nemyslí, že jeho dieťa má na viac.

Graf č. 6



Príliš o svoje dieťa sa bojí 67% respondentov. Z daného vyplýva, že prevažná časť rodičov preferuje nadmieru úzkostlivý typ výchovy dieťaťa. Iba 16% rodičov sa snaží učiť dieťa k samostatnosti.

Máme ho radi také , aké je – 17% respondentov. Ani jeden respondent, z čoho vyplýva 0% nepokladá svoje dieťa za nesnaživé.

Siedma otázka- *Bolo Vaše dieťa zaradené do predškolského zariadenia?*

Tu sme sa zamerali na dôležitosť predškolského vzdelávania. Boli sme zvedaví, akú úlohu zohráva dôležitosť predškolského vzdelávania v živote rodiny.

Z uvedeného vyplýva, že ani jeden žiak z triedy ŤMP III nenavštevovalo predškolské zariadenie.

Tab.č.13

	Počet
Áno, do MŠ v meste nášho bydliska	0
Áno,, do ŠMŠ	0
nie	6

Graf č.7



100% respondentov zaznačilo, že ich dieťa nenavštevovalo predškolské vzdelávanie.

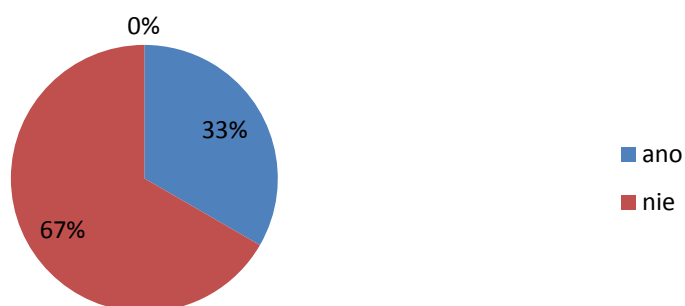
Osma otázka- *Navštevovalo Vaše dieťa CŠPP a CPPP?*

Tab.č.14

	Počet
áno	2
nie	4

Dvaja respondenti zaznačili, že ich dieťa navštevovalo poradenské zariadenie. Väčšina rodičov nevyužívala služby poradenského zariadenia.

Graf č.8



67% respondentov nenavštevovalo žiadne poradenské zariadenie. Klientom poradenského zariadenia-33% respondentov.

Deviata otázka- *Aké služby, ktoré poskytuje CŠPP ste využívali?*

Daná otázka bola jedna z otvorených otázok a respondenti mali napísať konkrétne služby, ktoré využívali alebo respektívne využívajú v CŠPP.

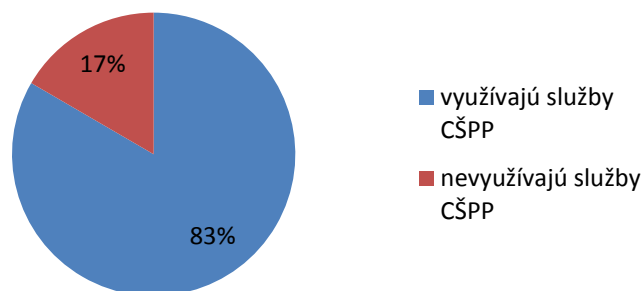
Zo šiestich respondentov na danú otázku odpovedali 5 a jeden respondent neuviedol žiadne služby, ktoré poskytuje CŠPP.

Tab.č.15

	Počet
Poradenstvo a konzultácie	1
Terapeutické služby	5
Spolu odpovedalo	5

Piati respondenti využívajú terapeutické služby, jeden z respondentov uviedol k tomu aj poradenstvo a konzultácie .

Graf č.9



Z percentuálneho hľadiska vyplýva ,že väčšina 0,83% respondentov využíva služby špeciálno- pedagogického centra.

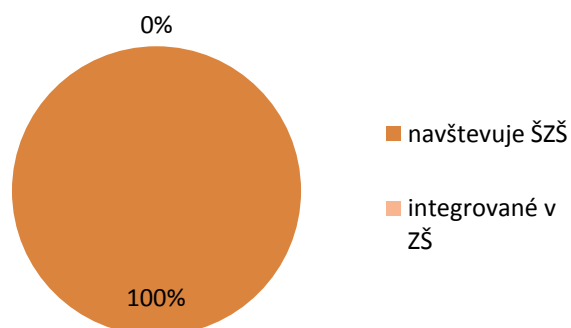
Desiata otázka- *Tohto času dieťa navštevuje?*

Šesť respondentov odpovedalo, že ich dieťa navštevuje tohto času ŠZŠ . Ani jeden rodič nesúhlasilo s integráciou svojho dieťaťa.

Tab.č.16

	Počet
Navštevuje ŠZŠ	6
Integrované v ZŠ	0

Graf č.10



100% postihnutých detí navštevuje ŠZŠ ,0% je integrovaných na ZŠ.

Jedenásta otázka- *Kto pracuje s Vaším dieťaťom?*

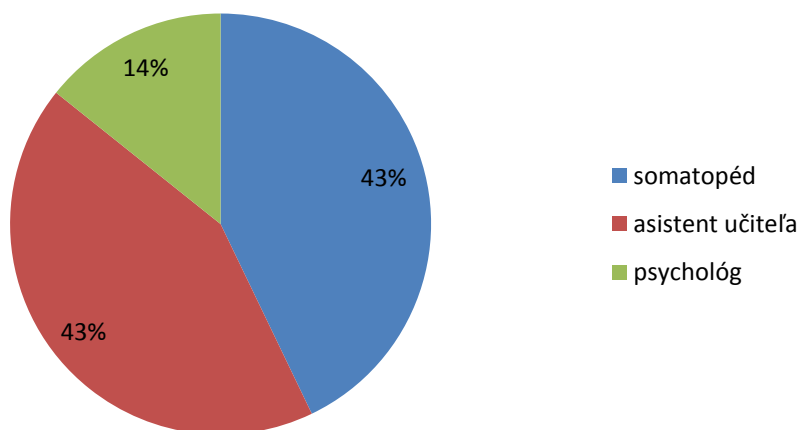
V danej otázke sme boli zvedaví o kvalifikovanosti pedagogického personálu, ktorý pracuje s postihnutým dieťaťom. S odpoveďami sme zistili, že s deťmi pracuje kvalifikovaný špeciálny pedagóg, ktorému pri práci asistuje asistent učiteľa. Z dvoma žiakmi pracuje aj psychológ prostredníctvom CŠPP. Deti sú zaradené na terapeutické cvičenia.

Tab.č.17

	Počet
Špeciálny pedagóg -somatopéd	6
Asistent učiteľa	6
Psychológ	2

Percentuálne vyjadrenie danej otázky v nasledovnom grafe.

Graf č.11



Z uvedeného sme zistili, že na 100% vyhovuje kvalifikovanosť odborníka pre prácu s dieťaťom postihnutým DMO.

Dvanásta otázka- ***Bolo Vaše dieťa zaradené do predškolského zariadenia?***

Na danú otázku reagovalo so svojimi odpoveďami zo šiestich respondentov iba 1 a to s názorom, že by uvítal možnosť zaradenia svojho dieťaťa do školského klubu, ktorý funguje v poobedných hodinách na danej škole.

Tab.č.18

	Počet
Odpovedalo	1
Neodpovedalo	5
Spolu	6

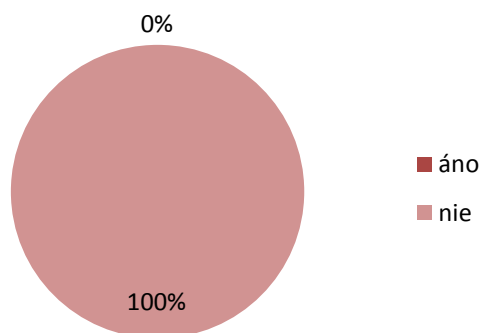
Trinásta otázka- ***Využívate služby DS?***

Tab.č.19

	Počet
Áno	0
Nie	6
Spolu	6

Z uvedeného nám vyplýva, že ani jeden respondent nevyžíva v súčasnosti služby DS.

Graf č.12



Grafické vyjadrenie trinástej otázky, na ktorú respondenti jednohlasne odpovedali, že ani jeden žiak nenavštevuje DS a ani nevyužíva ich služby

7. ZÁVERY PRIESKUMU

Z výsledkov prieskumu , ktorý bol vykonaný v Špeciálnej základnej škole na Šafárikovej 38 v Galante, sme mohli potvrdiť , alebo respektívne vyvrátiť naše doterajšie hypotézy.

Prvá hypotéza- Predpokladáme, že väčšina rodičov sa zúčastnila všetkých vyšetrení, ktoré dokážu odhaliť poškodenie plodu počas gravidity - sme nepotvrdili. Z výsledkov prieskumu sme zistili, že väčšina respondentov neabsolvovala všetky možné vyšetrenia na odhalenie poškodenia plodu. Iba 17% respondentov absolvovala všetky dané vyšetrenia.

Druhá hypotéza- Predpokladáme, že komunikácia medzi rodičmi a lekárskymi odborníkmi je dostačujúca- sme nepotvrdili. Až 34% respondentov nedostalo dostačujúce informácie zo strany odborného lekára.

Tretia hypotéza- Predpokladáme, že rodičia sa snažia vyhľadať zdravotnícku a odbornú pomoc pri výchove svojho dieťaťa.- potvrdilo. Najviac respondentov rozmýšľalo o ďalšom postupe starostlivosti svojho dieťaťa formou opatrovateľskej služby(50%) a až 30% respondentov vyhľadávalo pomoc pri konzultáciách s odborníkmi.

Štvrtá hypotéza- Predpokladáme, že rodičom, ktorým sa narodí dieťa s postihnutím, sú vo výchove príliš úzkostlivý- potvrdilo. Príliš o svoje dieťa sa bojí až 67% respondentov. Z daného vyplýva, že prevažná časť rodičov preferuje úzkostlivý typ výchovy.

Piata hypotéza- Predpokladáme, že rodičia pokladajú vzdelávanie dieťaťa v predškolskom a poradenských zariadeniach za bezpredmetné- potvrdilo. 100% respondentov zaznačilo, že ich dieťa nenavštevovalo predškolské vzdelávanie, z čoho nám vyplýva, že naša hypotéza sa potvrdila na 100%.

Šiesta hypotéza- Predpokladáme, že rodičia detí s DMO radi využívajú služby denných stacionárov (napr. DSS)- nepotvrdilo. Okrem povinnej školskej dochádzky, ktorú deti vykonávajú na ŠZŠ ani jedno dieťa nevyužíva služby denných stacionárov ako napríklad služby DSS. Po skončení vyučovania trávia čas v domácom prostredí.

7.1 Formulácia odporúčaní

Na základe získaných výsledkov dotazníka, ale aj získaných informácií zo strany rodičov, pedagógov i štúdia odbornej literatúry uvádzame niekoľko odporúčaní.

V prvom rade , by sme si mali uvedomiť, že pre každého rodiča, ktorému sa narodí dieťa s postihnutím si vyžaduje pochopenie zo strany odborníkov, blízkeho i širokého okolia.

Odporúčali by sme zvýšiť odbornú profesionalitu odborných lekárov z oboru psychológie, pretože zdelenie tak nepríjemnej informácie, ako to, že sa matke narodí postihnuté dieťa si vyžaduje veľa empatie, pozornosti, správne zvolených slov, poznatky z odbornej literatúry. Nemenej dôležitý je i ľudský faktor lekára.

Veľmi dôležité pre rodičov samotných a ich detí odporúčame dôrazne žiadať odborníkov, aby iniciovali z lekárskeho hľadiska ďalšie všetky možné lekárske vyšetrenia a konzultácie týkajúce sa možného poškodenia plodu počas gravidity.

Pre rodičov, ktorým sa narodí dieťa s handicapom odporúčame vyhľadať odbornú pomoc, ktorá im poskytne dôležité informácie týkajúce sa ďalšieho postupu výchovy a vzdelávania dieťaťa s postihnutím.

V primeranom veku bezpodmienečne zaradiť dieťa do predškolského zariadenia, ktoré rozvíja stránku emocionálnu, prosociálne cítenie, rozvíja osobnostné kompetencie s prihliadnutím na druh a stupeň postihnutia. Dbať na to, aby dieťa bolo zaradené do evidencie poradenského zariadenia, ktoré ponúka široký záber pomoci a riešení problémov týkajúce sa dieťaťa.

Odporúčame zúčastňovať sa spolkov, komunit a spoločností, ktoré pomáhajú rodičom uvedomiť si, že so svojimi problémami nie sú sami. Budú mať tak možnosť získavať širší záber vedomostí a praktických skúseností. Na druhej strane napomáhať k rozvoju dieťaťa z pohľadu sociálneho, prosociálneho. K rozvoju osobnostných kvalít a rozšírenia vnútorného sveta a obzoru o kamarátov, zážitky a skúsenosti....

Neodporúčame rodičom chrániť svoje dieťa s úzkostlivou láskou, ale primeranou prítomnosťou a nárokmi pomáhať dieťaťu kráčať vzostupne

k dosiahnutiu svojho maximálneho osobného výkonu. Cieľom diplomovej práce bolo poukázať na možnosti vzdelávania detí s detskou mozgovou obrnou. Poukázať na problémy ktoré následne vyplývajú z daného postihnutia i problémami , ktorými sa stýkajú rodičia detí postihnuté DMO.

Systematickou, cielenou a zámernou prácou odborníkov však môžeme prispieť k všestrannému rozvoju a splneniu nejedného sna.

8. VDELÁVACIE PLÁNY NA ŠKOLSKÝ ROK 2011/2012 A KAZUISTIKY

8.1 Individuálny vzdelávací plán č.1

Meno: xxxxxxxx

Dátum narodenia: 14.04.2004

Ročník : 1.ročník, ISCED -1 MP variant C

Psychologické vyšetrenie:

Chlapček s DMO kvadruspastická s prevahou v ľavo. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom z dôvodu celkovej zdravotnej diagnózy. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme strednej duševnej zaostalosti- ťažkého stupňa.

Z tohto dôvodu odporúčame zaškolenie dieťaťa v systéme špeciálneho školstva. Od septembra odporúčame zaradenie do prípravného ročníka v ŠZŠ, variant C. Matka súhlasí so zaradením do prípravného ročníka a je poučená o správnom prístupe.

Kontrolné vyšetrenie koncom prípravného ročníka. /psychológ, CŠPP, Mgr., 2010/

Špeciálnopedagogické vyšetrenie:

Špeciálno-pedagogické vyšetrenie sa uskutočnilo na základe pozorovania. Počas vyšetrenia bola prítomná matka aj psychológ. Na prostredie triedy v ktorej prebiehalo pozorovanie si ľahko privykol. Prejavoval záujem o zariadenie triedy, hračky aj deti v triede. Nemá strach z neznámych, správa sa priateľsky. Niektorým jednoduchým príkazom porozumel, aj ich plnil v rámci svojich možností.

Uchopuje väčšie aj menšie predmety, prevažne do pravej ruky. Udiera do lopty. Čiastočne sa orientuje na svojom tele. Na svoje meno reaguje. Vydáva

neidentifikované zvuky na úrovni slabík. Navštevuje logopéda. Chodí s pomocou, vedený za jednu ruku. Samostatne sa pohybuje lezením a skakaním.

Potrebu nesignalizuje- plienkovaný. Je kŕmený, prijíma aj tuhú potravu. Pije z fľaše, z pohára len po glgloch. Má citlivý sluch- spozornie aj na nepatrný zvukový podnet. Nosí okuliare.

Záver: Navštevuje logopéda a pravidelne chodí na rehabilitačné cvičenia. Na základe výsledkov psychologického vyšetrenia a na základe špeciálno-pedagogického vyšetrenia odporúčame od septembra 2010 zaradiť dieťa do prípravného ročníka ŠZŠ, variant C.

Lekárske vyšetrenie:

DMO-kvadrupar.forma, sek.epi subkomp.- dekomp. počas febrility

Sek epi. komp. na terapii.

Inkont. Gr.III., Org.etolog./neuroológ MUDRr. , 2010/

Konkrétne úlohy:

ROZVÍJANIE KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ

CIELE

Zmierňovať rušivé správanie, spôsobené frustráciou z neschopnosti komunikovať.

PROCES

Využívanie metód a techník augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (AAK) – posunky,

prstová abeceda, obrázkové systémy, piktogramy a iné; systémy používajúce multimediálnu

techniku. Obrázkový systém na písmená A a I.

ROZVÍJANIE SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ

CIELE

– Rozvíjať spoluprácu pri vykonávaní hygienických návykov.

– Rozvíjať spoluprácu pri stravovaní.

– Rozvíjať základy sociálnych interakcií.

– Rozvíjať základy neverbálnej imitácie.

OBSAH

Vyjadrovanie potreby: piť a jesť nadviazaním očného kontaktu so súčasným použitím ukazovania na predmetné symboly.

Vyjadrenie potreby ísť na WC (na malú i veľkú potrebu) prostredníctvom reálneho komunikačného symbolu, resp. predmetného symbolu.

Spolupráca pri obliekaní (a vyzliekaní) niektorých jednoduchých častí oblečenia, ak ich má dieťa pripravené.

Spolupráca pri vykonávaní hygienických návykov, pri umývaní rúk, tváre, ich utieraní.

Priradovanie rovnakých farieb (vývinovo: červená - modrá, zelená - žltá - oranžová, hnedá - čierna - ružová - sivá, biela).

Priradovanie rovnakých tvarov (vývinovo: kruh - štvorec, trojuholník – obdĺžnik, kosoštvorec).

Otváranie a zatváranie rôznych balení, v ktorých sú uložené potraviny a veci používané domácnosti (nádoby, škatule, tuby, vrecká atď.).

ROZVÍJANIE GRAFOMOTORICKÝCH ZRUČNOSTÍ

CIELE

– Zlepšiť hrubú a jemnú motoriku rúk.

OBSAH

Hra s prstovými farbami, pieskom, vodou, plastelínou.

Hra s kockami, skladanie plošných skladačiek, manipulácia s jednoduchými „remeselnými a kuchynskými“ detskými nástrojmi. Uvoľňovacie, relaxačné cvičenia. Nácvik správneho držania písacích potrieb a správne sedenie pri písaní. Písmeno A- tlačené, písmeno I- tlačené

VECNÉ UČENIE

CIELE

– Orientovať sa v priestore.

– Spoznávať prírodu v priamom kontakte.

OBSAH

Základná orientácia

- Svoje meno, priezvisko.
- Orientácia v priestore: trieda, budova školy.
- Spoznávanie zariadenia triedy.
- Spoznávanie vlastného tela: ukázanie aspoň troch pomenovaných častí svojho tela.

Poznávanie prírody

- Domáce zvieratá: pes, mačka.
- Voľne žijúce zvieratá: myš, medveď.
- Rastliny: kvety a stromy,
- Pozorovanie zmien v prírode: ročné obdobia.

Orientácia v bežných životných situáciách

- Správanie sa v obchode, rozoznať aspoň dva obchody podľa zamerania – potraviny, hračky.
- Rozpoznávanie základných potravín

MATEMATIKA

CIELE

- Rozvíjať schopnosť diskriminovať a triediť činnosti bežného denného života, predmety,
vlastnosti, stavy a pod., podľa určitých kritérií, ako predpokladu rozvíjania základných
matematických zručností a návykov.
- Pochopiť množstvo 1.

OBSAH

- Porovnávanie predmetov podľa vlastností: veľkosť, farba,
- Triedenie predmetov podľa vlastností: množstvo, veľkosť, farba,
- Orientácia v priestore. Vzťahy: dopredu – dozadu.
- Priradovanie predmetov k rovnakým predmetom.
- Vyhľadávanie rovnakých predmetov.
- Priradovanie predmetov k číslu 1
- Priradovanie čísla 1 k predmetom.

- Písanie číslice 1

PROCES

Podobne ako v prípravnom ročníku, prostredníctvom triedenia, priraďovania a porovnávania,

si žiaci zvyšujú schopnosť zameriavať pozornosť, učia sa všímať si charakteristické vlastnosti

predmetov, javov, stavov a súvislosti medzi nimi.

PRACOVNÉ VYČOVANIE

CIELE

- Utvárať základné hygienické návyky.
- Utvárať základné samoobslužné zručnosti.
- Rozvíjať jemnú a hrubú motoriku.
- Poznávať rôzne materiály.

OBSAH

Seba obslužné činnosti

Spolupráca pri osobnej hygiene.

Osvojenie si hygienických návykov s pomocou.

Púšťať vodu - páková batéria, kohútik.

Vyzliekanie a obliekanie odevu s pomocou.

Obúvanie a vyzúvanie s pomocou.

Osvojenie si základných návykov pri stravovaní. Sedieť určitý čas pri jedle.

Práce v domácnosti

Odkladanie predmetov na určené miesto s pomocou.

Odkladanie odevu a obuvi s pomocou.

Otváranie a zatváranie dverí, zásuviek.

Zapínanie a vypínanie osvetlenia.

Práce v dielni

Taktilné oboznámenie sa s rôznymi materiálmi: papier, textil, drevo, plastelína a iné.

Trhanie a krčenie papiera.

Manipulovať s kockami: ukladanie dvoch kociek na seba, vedľa seba.

Skrutkovanie do perforovanej dosky

PROCES

Naďalej rozvíjame jemnú a hrubú motoriku: chytanie predmetov prstami, zvyšovanie schopnosti uchopenia a stisku, manipulovanie s predmetmi oboma rukami, prenášanie predmetov na väčšiu vzdialenosť s pomocou.

VÝTVARNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Rozvíjať jemnú a hrubú motoriku.
- Rozvíjať motoriku rúk a prstov.
- Rozvíjať koordinovaný pohyb rúk.
- Rozvíjať senzomotorickú koordináciu.
- Rozvíjať percepciu.
- Rozvíjať zmyslové vnímanie.
- Rozvíjať tvorivosť.
- Podporovať rozvoj grafomotorických zručností.

OBSAH

Kresba (mäkká ceruza, rudka, krieda, suchý pastel, voskový pastel)

- Správne držanie ceruzky, napodobňovanie jednoduchých tvarov.
- Obkreslenie foriem - bodky, prerušované čiary.
- Prepisovanie zvislých a vodorovných čiar.
- Maľovanky – vyfarbovanie.

Maľba (tampón, drievko, akvarelové farby, temperové farby)

- Liatie, kvapkanie, odtlačanie, fľkanie farby.
- Odtlačanie ruky, hra s farbou, dotváranie škvŕn.

Modelovanie (plastelína, modurit, cesto)

- Manipulácia s modelovacími materiálmi: miesenie, stláčanie, šúľanie, ťapkanie.
- Vytváranie guľôčky, valčeka z plastelíny na modelovacom stole a v dlani.
- Používanie štipcov: vyštipnúť malé kúsky z plastelíny.

PROCES

Precvičujeme motoriku rúk a prstov, dôležitá je imitácia pohybov rúk, identifikácia rôznych materiálov dotykom. Žiaci môžu pracovať aj postojacky, podľa individuálnych možností a formátu papiera. Pracujú aj na veľkej ploche,

na tabuli, na baliacom papieri, v piesku. Od veľkých formátov prechádzajú k menším, striedajú ich podľa účelu.

HUDOBNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Rozvíjať zrakové a sluchové vnímanie, sluchovú pamäť schopnosti.
- Selektovať medzi ľudskou rečou a inými zvukmi.

OBSAH

Počúvanie širšieho repertoáru reprodukovanej hudby (vypočutie celej nahrávky - iba niekoľkých pesničiek na CD, kazete a pod.). Jednoduché hry so spevom.

ZDRAVOTNÁ A TELESNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Aktívna spolupráca pri vykonávaní hygienických úkonov v súvislosti s telovýchovnými aktivitami.
- Sebakontrola.
- Prijímanie pravidiel.
- Prispôsobenie sa požiadavkám skupiny.
- Vykonávanie aktivít napodobňovaním.
- Uvedomenie si vlastného tela.
- Rozvíjanie koordinácie oko – ruka.

OBSAH

- Riekanky, detské pesničky spojené so symbolizáciou pohybov a aktivít.
- Kontaktné hry.
- Pochod po vizualizovanej trase.
- Sezónne činnosti - v zimnom období hry na snehu, nácvik chôdze s pomocou

Pomôcky:

Aktuálne podľa výberu učiteľa

Spolupráca s rodičmi :

Rodičia budú informovať o zmenách v zdravotnom stave Olivera.

Organizácia starostlivosti:

Vzdelávanie je zabezpečené špeciálnym pedagógom.

Spôsob klasifikácie a hodnotenia :Metodický pokyn č. 5/2010-R z 12. januára 2010 na hodnotenie žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia ISCED -1

Prípadné lekárske vyšetrenia: podľa potreby

Kontrola: podľa potreby

Podpisy:

Riaditeľ školy

Vyučujúci.....

Rodičia.....

8.1.2 Kazuistika č. 1

Meno: yyyyyyyyyy

Dátum narodenia: 14.04.2004

Bydlisko: yyyyyy

Výsledky psychologického vyšetrenia

Chlapec s DMO kvadruspastická s prevahou v ľavo. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom z dôvodu celkovej zdravotnej diagnózy. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme strednej duševnej zaostalosti- ťažkého stupňa.

Z tohto dôvodu odporúčame zaškolenie dieťaťa v systéme špeciálneho školstva. Od septembra odporúčame zaradenie do prípravného ročníka v SZŠ, variant C. Matka súhlasí so zaradením do prípravného ročníka a je poučená o správnom prístupe.

Kontrolné vyšetrenie koncom prípravného ročníka. /psychológ, CŠPP, Mgr.yyyy, 2010/

Lekárske vyšetrenie

Neurologické vyšetrenie

DMO-kvadrupar.forma, sek.epi subkomp.- dekomp. počas febrility
Sek epi. komp. na terapii.

Inkont. Gr.III., Org.etolog./neuroológ MUDRr., 2010/

Špeciálnopedagogické vyšetrenie

Špeciálno-pedagogické vyšetrenie sa uskutočnilo na základe pozorovania. Počas vyšetrenia bola prítomná matka aj psychológ. Na prostredie triedy v ktorej prebiehalo pozorovanie si ľahko privykol. Prejavoval záujem o zariadenie triedy. Nemá strach z neznámych, správa sa priateľsky.

Niektorým jednoduchým príkazom porozumel, aj ich plnil v rámci svojich možností.

Uchopuje väčšie aj menšie predmety, prevažne do pravej ruky. Udiera do lopty. Čiastočne sa orientuje na svojom tele. Na svoje meno reaguje. Vydáva neidentifikované zvuky .Navštevuje logopéda. Chodí s pomocou, vedený za jednu ruku. Samostatne sa pohybuje lezením a skakaním.

Potrebu nesignalizuje- plienkovaný. Je kŕmený, prijíma aj tuhú potravu. Pije z fľaše, z pohára len po glgloch. Má citlivý sluch- spozornie aj na nepatrný zvukový podnet. Nosí okuliare.

Záver: Navštevuje logopéda a pravidelne chodí na rehabilitačné cvičenia. Na základe výsledkov psychologického vyšetrenia a na základe špeciálno-pedagogického vyšetrenia odporúčame od septembra 2010 zaradiť dieťa do prípravného ročníka ŠZŠ, variant C. (špeciálny pedagóg, CŠPP, Mgr.yyyy,2010)

Rodinná anamnéza:

Rodina úplná.

Otec: narodený, úplné stredoškolské vzdelanie

Matka: narodená....., úplné stredoškolské vzdelanie

Brat: Navštevuje strednú odbornú školu- Obchodnú akadémiu. Matka tohto času vykonáva prácu opatrovateľky svojho syna, nakoľko si jeho zdravotný stav vyžaduje neustálu opateru. Otec toho času živnostník.

Tehotenstvo: Prebiehalo v norme, dieťa sa narodilo v 38 týždni. Matka nebadala počas tehotenstva žiadne komplikácie. Gravidita prebiehala v norme. Matka pravidelne navštevovala poradňu. Po narodení diagnostikovali u chlapca DMO.

Osobná anamnéza

Dieťa tohto času navštevuje ŠZŠ. Je zaradený do triedy s kombinovaným postihnutím. Pracuje podľa IVP- plánu. IVP je vypracované podľa UČEBNÝCH OSNOV PRE ŠPECIÁLNE ŠKOLY PRE ŽIAKOV

S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.

Spôsob klasifikácie a hodnotenia : Hodnotený bude podľa *Metodického pokynu č. 36/2011 na hodnotenie žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia* ISCED -1- č.2011-5237/11872:6 - 914 (01.júna 2011) a podľa aktuálne platnej legislatívy.

Dieťa v rannom predškolskom veku:

Pravidelné návštevy u detskej lekárky, rehabilitačného zariadenia a logopedickej poradni. Chodiť s pomocou začal ako 4 ročný. Reč nebola vyvinutá komunikácia prebiehala prostredníctvom zvukov. Dieťa nenavštevovalo žiadne predškolské zariadenie. Nepoznal farby, nevedel uchopiť ceruzku, nepoznal zvieratá, nevedel sa hrať i napriek tomu, že hračky poznal. Nevedel sa sám obliecť, neovládal základné hygienické návyky, bol plienkovaný. Neupozornil na malú , ani veľkú potrebu. Nedokázal sám jesť, z dôvodu prílišnej starostlivosti a obavy zo strany matky.

Žiak vo výchovno-pedagogickom procese:

Školský rok 2010/2011,

Chlapec sa veľmi rýchlo zadaptoval na nové prostredie. Obľubuje detský kolektív. Na začiatku školského roka bol plienkovaný. Tohto času pracuje podľa AAK, vie použiť základné pokyny -WC ,PIŤ,JESŤ. Plienky nosí, ale potrebu začína signalizovať pomocou kartičiek. Je netreplivý. Vyžaduje si neustálu pozornosť i napriek tomu, že rozumie hovorenej reči. Rodičia navštevujú rehabilitačné zariadenie a my nacvičujeme pomoc pri obliekaní a vyzliekaní. Rodičia ho príliš rozmaznávajú, ide o nadmieru úzkostlivú rodinnú výchovu a z toho dôvodu je dieťa lenivé a odmietavé. Vie že rodičia to zaň spravlia.

Vo vyučovacom procese –uchopí ceruzku, tohto času rozlišujeme rozmery predmetov. Ovláda veľký a malý, diferencuje červenú farbu a prikladá rovnaké predmety. Všetko prebieha na reálnych predmetoch. Obľubuje maľbu. Rád počúva pesničky. V predmete RKZ rád počúva rozprávky ako Červená čiapočka- diferencuje hlavné postavy. Vie ukázať predmety ako pero, ceruzka,

zošit, kniha. Je veľmi učenlivý. Rád sa hrá s deťmi a s rôznymi didaktickými pomôckami.

Školský rok 2011/2012,

Chlapček tohto času pracuje naďalej podľa IVP, ktorý má vypracovaný na základe učebných osnov C – variantu. V tomto školskom roku začal preberať z predmetov RKS a RGZ písmeno A. Mal vyvodenie písmenka a, najprv na reálnych predmetoch- auto, autobus, atrament, anténa. Postupne prešiel na diferencovanie obrázkov. V súčasnosti sa pokúša o diferencovanie hlásky A, a priradenie obrázku k hláske A. Naďalej sa uňho rozvíja sluchové vnímanie- počúvanie krátkych rozprávok, diferencovanie hlavných postáv, rozlíšenie dobra a zla. RKS sa využíva aj na predmete RGZ i počas celého vyučovacieho procesu.

Z matematiky spoznávanie základných farieb- červená a modrá- na základe AAK. Rozlišovanie veľa- málo, veľa- nič, väčší- menší, krátky -dlhý. V súčasnosti preberá číslicu jedna a priradovanie číslice k reálnym predmetom. RSZ sa prevažne rozvíjajú hygienické potreby, chôdza s pomocou(na schodoch i na rovnej ploche.

Na vecnom učení spoznáva domáce zvieratá, ročné obdobia. Oboznamuje sa so školským prostredím, školskými pomôckami, spolužiakmi.

Výtvarná výchova sa zameriava na rozvoj jemnej motoriky, správny úchop štetca a vykonávanie jednoduchých úkonov. (maľba vodovými farbami) Na PV sa zameriava na rozvoj rozlišovania rôznych predmetov. TV- v tomto školskom roku je zameraná na posilňovanie horných a dolných končatín na správne sedenie. Priebehom celého výchovno- vyučovacieho procesu sa prelínajú i relaxačné chvíle.

8.1.3 Individuálny vzdelávací plán č.2

Meno: yyyyyyyyyy

Dátum narodenia: 9.12.2003

Ročník : 1.ročník, **ISCED -1 MP variant C**

Psychologické vyšetrenie:

U dieťaťa ťažký zdravotný postih: imobilné, spastická kvadruparéza s prevahou vľavo, plienkované, kŕmené lyžičkou, prijíma aj tuhšiu stravu. Hlavu zdvíha a otáča doprava. Podávanú hračku uchopí pravou rukou a dáva si ju k tvári. Mrnčí. Podľa anamnestických údajov sa začal smiať, povie pár málo zrozumiteľných slov a postieľke sa odkope a otočí nabok. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme duševnej zaostalosti.

Záver a odporúčania: Z dôvodu ťažkého zdravotného postihu a mentálneho zaostávania odporúčame dieťa do prípravného ročníka v ŠZŠ, variant C s využívaním IVP, ktorý zohľadní aktuálny zdravotný stav dieťaťa. Predpokladáme pozitívny vplyv detského kolektívu a špeciálno-pedagogického prístupu k chlapcovi na jeho vývin.

Kontrolné vyšetrenie koncom prípravného ročníka./ČŠPP, psychológ, Mgr.,2010/

Špeciálnopedagogické vyšetrenie:

Pri vyšetrení boli prítomní zákonní zástupcovia dieťaťa, mladší brat a psychológ. Samko sedel vo vozíku (pre ťažký zdravotný postih je imobilný). Vykonáva jednoduché pohyby . Na výzvu podal ruku. Uchopil podávaný predmet. Predkladané predmety zrakom nesledoval. V čase vyšetrenia nerozprával. Občas zamrňal. Reagoval na mladšieho brata. Podľa informácií od otca je kŕmený a plienkovaný.

Záver a odporúčania: Na základe výsledkov psychologického vyšetrenia, špeciálno-pedagogického vyšetrenia, odporúčania lekára a žiadosti otca odporúčam dieťa zaradiť do prípravného ročníka v ŠZŠ Galanta, vo variante C. Dieťa sa bude vzdelávať podľa IVP. Dĺžku vyučovacej povinnosti upraviť podľa aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa, max. na 20 hodín týždenne./
CŠPP, špeciálny pedagóg, Mgr. , 2010/

Lekárske vyšetrenie:

Dieťa je v trvalej starostlivosti onkológa a neurológa pre supraselárny gigantický meningeón gr. II.-st.p.parc. resekci-30.5.2008, 2.3.2009. Spastická kvadruparéza s prevahou vľavo. Diabetes insipidus. Porucha zrakovej percepcie.

Konkrétne úlohy:

ROZVÍJANIE KOMUNIKAČNÝCH SCHOPNOSTÍ

CIELE

Zmierňovať rušivé správanie, spôsobené frustráciou z neschopnosti komunikovať.

PROCES

Využívanie metód a techník augmentatívnej a alternatívnej komunikácie (AAK) – posunky, prstová abeceda, obrázkové systémy, piktogramy a iné; systémy používajúce multimediálnu techniku. Obrázkový systém na písmená A a I.

ROZVÍJANIE SOCIÁLNYCH ZRUČNOSTÍ

CIELE

- Rozvíjať spoluprácu pri vykonávaní hygienických návykov.
- Rozvíjať spoluprácu pri stravovaní.
- Rozvíjať základy sociálnych interakcií.
- Rozvíjať základy neverbálnej imitácie.

OBSAH

Vyjadrovanie potreby: piť a jesť nadviazaním očného kontaktu so súčasným použitím ukazovania na predmetné symboly.

Vyjadrenie potreby ísť na WC (na malú i veľkú potrebu) prostredníctvom reálneho komunikačného symbolu, resp. predmetného symbolu.

Spolupráca pri obliekaní (a vyzliekaní) niektorých jednoduchých častí oblečenia, ak ich má dieťa pripravené.

Spolupráca pri vykonávaní hygienických návykov, pri umývaní rúk, tváre, ich utieraní. Priraďovanie rovnakých farieb (vývinovo: červená - modrá, zelená - žltá - oranžová, hnedá - čierna - ružová - sivá, biela).

Priraďovanie rovnakých tvarov (vývinovo: kruh - štvorec, trojuholník – obdĺžnik, kosoštvorec).

Otváranie a zatváranie rôznych balení, v ktorých sú uložené potraviny a veci používané domácnosti (nádoby, škatule, tuby, vrecká atď.).

ROZVÍJANIE GRAFOMOTORICKÝCH ZRUČNOSTÍ

CIELE

– Zlepšiť hrubú a jemnú motoriku rúk.

OBSAH

Hra s prstovými farbami, pieskom, vodou, plastelínou.

Hra s kockami, skladanie plošných skladačiek, manipulácia s jednoduchými „remeselnými a kuchynskými“ detskými nástrojmi. Uvoľňovacie, relaxačné cvičenia. Nácvik správneho držania písacích potrieb a správne sedenie pri písaní. Písmeno A- tlačené, písmeno I- tlačené

VECNÉ UČENIE

CIELE

– Orientovať sa v priestore.

– Spoznávať prírodu v priamom kontakte.

OBSAH

Základná orientácia

- Svoje meno, priezvisko.

- Orientácia v priestore: trieda, budova školy.

- Spoznávanie zariadenia triedy.
- Spoznávanie vlastného tela: ukázanie aspoň troch pomenovaných častí svojho tela.

Poznávanie prírody

- Domáce zvieratá: pes, mačka.
- Voľne žijúce zvieratá: myš, medveď.
- Rastliny: kvety a stromy,
- Pozorovanie zmien v prírode: ročné obdobia.

Orientácia v bežných životných situáciách

- Správanie sa v obchode, rozoznať aspoň dva obchody podľa zamerania – potraviny, hračky.
- Rozpoznávanie základných potravín.

MATEMATIKA

CIELE

- Rozvíjať schopnosť diskriminovať a triediť činnosti bežného denného života, predmety, vlastnosti, stavy a pod., podľa určitých kritérií, ako predpokladu rozvíjania základných matematických zručností a návykov.
- Pochopiť množstvo 1.

OBSAH

- Porovnávanie predmetov podľa vlastností: veľkosť, farba,
- Triedenie predmetov podľa vlastností: množstvo, veľkosť, farba,
- Orientácia v priestore. Vzťahy: dopredu – dozadu.
- Priraďovanie predmetov k rovnakým predmetom.
- Vyhľadávanie rovnakých predmetov.
- Priraďovanie predmetov k číslu 1
- Priraďovanie čísla 1 k predmetom.
- Písanie číslice 1

PROCES

Podobne ako v prípravnom ročníku, prostredníctvom triedenia, priraďovania a porovnávania,

si žiaci zvyšujú schopnosť zameriavať pozornosť, učia sa všímať si charakteristické vlastnosti

predmetov, javov, stavov a súvislosti medzi nimi.

PRACOVNÉ VYČOVANIE

CIELE

- Utvárať základné hygienické návyky.
- Utvárať základné samoobslužné zručnosti.
- Rozvíjať jemnú a hrubú motoriku.
- Poznávať rôzne materiály.

OBSAH

Seba obslužné činnosti

Spolupráca pri osobnej hygiene.

Osvojenie si hygienických návykov s pomocou.

Púšťať vodu - páková batéria, kohútik.

Vyzliekanie a obliekanie odevu s pomocou.

Obúvanie a vyzúvanie s pomocou.

Osvojenie si základných návykov pri stravovaní. Sedieť určitý čas pri jedle.

Práce v domácnosti

Odkladanie predmetov na určené miesto s pomocou.

Odkladanie odevu a obuvi s pomocou.

Otváranie a zatváranie dverí, zásuviek.

Zapínanie a vypínanie osvetlenia.

Práce v dielni

Taktilné oboznámenie sa s rôznymi materiálmi: papier, textil, drevo, plastelína a iné.

Trhanie a krčenie papiera.

Manipulovať s kockami: ukladanie dvoch kociek na seba, vedľa seba.

Skrutkovanie do perforovanej dosky.

PROCES

Naďalej rozvíjame jemnú a hrubú motoriku: chytanie predmetov prstami, zvyšovanie schopnosti uchopenia a stisku, manipulovanie s predmetmi oboma rukami, prenášanie predmetov na väčšiu vzdialenosť s pomocou.

VÝTVARNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Rozvíjať jemnú a hrubú motoriku.
- Rozvíjať motoriku rúk a prstov.
- Rozvíjať koordinovaný pohyb rúk.
- Rozvíjať senzomotorickú koordináciu.
- Rozvíjať percepciu.
- Rozvíjať zmyslové vnímanie.
- Rozvíjať tvorivosť.
- Podporovať rozvoj grafomotorických zručností.

OBSAH

Kresba (mäkká ceruza, rudka, krieda, suchý pastel, voskový pastel)

- Správne držanie ceruzky, napodobňovanie jednoduchých tvarov.
- Obkreslenie foriem - bodky, prerušované čiary.
- Prepisovanie zvislých a vodorovných čiar.
- Maľovanky – vyfarbovanie.

Maľba (tampón, drievko, akvarelové farby, temperové farby)

- Liatie, kvapkanie, odtlačanie, fľkanie farby.
- Odtlačanie ruky, hra s farbou, dotváranie škvŕn.

Modelovanie (plastelína, modurit, cesto)

- Manipulácia s modelovacími materiálmi: miesenie, stláčanie, šúľanie, ťapkanie.
- Vytváranie guľôčky, valčeka z plastelíny na modelovacom stole a v dlani.
- Používanie štipcov: vyštipnúť malé kúsky z plastelíny.

PROCES

Precvičujeme motoriku rúk a prstov, dôležitá je imitácia pohybov rúk, identifikácia rôznych materiálov dotykom.

Žiaci môžu pracovať aj postojáčky, podľa individuálnych možností a formátu papiera. Pracujú

aj na veľkej ploche, na tabuli, na baliacom papieri, v piesku. Od veľkých formátov

prechádzajú k menším, striedajú ich podľa účelu.

HUDOBNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Rozvíjať zrakové a sluchové vnímanie, sluchovú pamäť schopnosti.
- Selektovať medzi ľudskou rečou a inými zvukmi.

OBSAH

Počúvanie širšieho repertoáru reprodukovanej hudby (vypočutie celej nahrávky - iba niekoľkých pesničiek na CD, kazete a pod.). Jednoduché hry so spevom.

ZDRAVOTNÁ A TELESNÁ VÝCHOVA

CIELE

- Aktívna spolupráca pri vykonávaní hygienických úkonov v súvislosti s telovýchovnými aktivitami.
- Sebakontrola.
- Prijímanie pravidiel.
- Prispôsobenie sa požiadavkám skupiny.
- Vykonávanie aktivít napodobňovaním.
- Uvedomenie si vlastného tela.
- Rozvíjanie koordinácie oko – ruka.

OBSAH

- Riekanky, detské pesničky spojené so symbolizáciou pohybov a aktivít.
- Kontaktné hry.
- Pochod po vizualizovanej trase.
- Sezónne činnosti - v zimnom období hry na snehu, nácvik chôdze s pomocou

Pomôcky:

Aktuálne podľa výberu učiteľa

Spolupráca s rodičmi :

Rodičia budú informovať o zmenách v zdravotnom stave dieťaťa.

Organizácia starostlivosti:

Vzdelávanie je zabezpečené špeciálnym pedagógom.

Spôsob klasifikácie a hodnotenia : Metodický pokyn č. 5/2010-R z 12. januára 2010 na hodnotenie žiakov s ťažkým alebo hlbokým stupňom mentálneho postihnutia ISCED -1

Prípadné lekárske vyšetrenia: podľa potreby

Kontrola: podľa potreby

Podpisy:

Riaditeľ školy

Vyučujúci.....

Rodičia.....

8.1.4 Kazuistika č.2

Meno: yyyyyyyyyy

Dátum narodenia: 9.12.2003

Bydlisko: yyyyyy

Výsledky psychologického vyšetrenia

U dieťaťa ťažký zdravotný postih: imobilné, DMO- spastická kvadruparéza s prevahou vľavo, plienkované, kŕmené lyžičkou, prijíma aj tuhšiu stravu. Hlavu zdvíha a otáča doprava. Podávanú hračku uchopí pravou rukou a dáva si ju k tvári. Mrnčí. Podľa anamnestických údajov sa začal smiať, povie pár málo zrozumiteľných slov a postieľke sa odkope a otočí nabok. T.č. mentálne schopnosti zaostávajú za fyzickým vekom. Aktuálnu mentálnu úroveň usudzujeme orientačne v pásme duševnej zaostalosti.

Záver a odporúčania: Z dôvodu ťažkého zdravotného postihu a mentálneho zaostávania odporúčame dieťa do prípravného ročníka v ŠZŠ, variant C s využívaním IVP, ktorý zohľadní aktuálny zdravotný stav dieťaťa. Predpokladáme pozitívny vplyv detského kolektívu a špeciálno-pedagogického prístupu k chlapcovi na jeho vývin.

Kontrolné vyšetrenie koncom prípravného ročníka./ČŠPP, psychológ, Mgr.,2010/

Lekárske vyšetrenie

Neurologické vyšetrenie

Dieťa je v trvalej starostlivosti onkológa a neurológa pre supraselárny gigantický meningeón gr. II.-st.p.parc. resekcií-30.5.2008, 2.3.2009. Spastická kvadruparéza s prevahou vľavo. Diabetes insipidus. Porucha zrakovej percepcie.

Špeciálnopedagogické vyšetrenie

Pri vyšetrení boli prítomní zákonní zástupcovia dieťaťa, mladší brat a psychológ. Samko sedel vo vozíku (pre ťažký zdravotný postih je imobilný). Vykonáva jednoduché pohyby . Na výzvu podal ruku. Uchopil podávaný predmet. Predkladané predmety zrakom nesledoval. V čase vyšetrenia nerozprával. Občas zamrňal. Reagoval na mladšieho brata. Podľa informácií od otca je kŕmený a plienkovaný.

Záver a odporúčania: Na základe výsledkov psychologického vyšetrenia, špeciálno-pedagogického vyšetrenia, odporúčania lekára a žiadosti otca odporúčam dieťa zaradiť do prípravného ročníka v ŠZŠ Galanta, vo variante C. Dieťa sa bude vzdelávať podľa IVP. Dĺžku vyučovacej povinnosti upraviť podľa aktuálneho zdravotného stavu dieťaťa, max. na 20 hodín týždenne./
CŠPP, špeciálny pedagóg, Mgr., 2010/

Rodinná anamnéza:

Rodina neúplná.

Otec: narodený, úplné stredoškolské vzdelanie

Matka: narodená....., vysokoškolské vzdelanie prvého stupňa

Matke diagnostikovali v priebehu tehotenstva diagnostikovali zhubný nádor v mozgu, ktorému po pôrode podľahla cca keď dieťa malo 1,5 roka. Otec tohto času zije v spoločnej domácnosti s družkou s ktorou majú jedného syna. Geneticky sa potvrdil zhubný nádor aj u dieťaťa.

Nevlastný Brat: navštevuje predškolské zariadenie. Tehotenstvo: Prebiehalo v norme, dieťa sa narodilo v 38 týždni s cisárskym rezom. Matka vzl'adom na zistený zdravotný stav odmietla interupciu. Na základe toho bola hospitalizovaná počas celej gravidity v nemocnici pod prísny dohľadom odborníkov. Po narodení diagnostikovali u chlapca DMO s nádorom v mozgu.

Osobná anamnéza

Dieťa tohto času navštevuje ŠZŠ. Je zaradený do triedy s kombinovaným postihnutím. Pracuje podľa IVP- plánu. IVP je vypracované

podľa UČEBNÝCH OSNOV PRE ŠPECIÁLNE ŠKOLY PRE ŽIAKOV S MENTÁLNYM POSTIHNUTÍM.

Spôsob klasifikácie a hodnotenia : Hodnotený bude podľa *Metodického pokynu č. 36/2011 na hodnotenie žiakov s ťažkým stupňom mentálneho postihnutia* ISCED -1- č.2011-5237/11872:6 - 914 (01.júna 2011) a podľa aktuálne platnej legislatívy.

Dieťa v rannom predškolskom veku:

Pravidelné návštevy u detskej lekárky, rehabilitačného zariadenia ,logopedickej poradni. Dieťa často hospitalizované na onkologickom oddelení. Dieťa je pripútané k invalidnému vozíku. Reč čiastočne zrozumiteľná, spomalená. Dieťa nenavštevovalo žiadne predškolské zariadenie z dôvodu častej chorobnosti a hospitalizácii. Nepoznal farby, nevedel uchopiť ceruzku, nepoznal zvieratá, nevedel sa hrať i napriek tomu, že hračky poznal. Nevedel sa sám obliecť, neovládal základné hygienické návyky, bol plienkovaný. Neupozornil na malú , ani veľkú potrebu. Nedokázal sám jesť ani piť.

Žiak vo výchovno-pedagogickom procese:

Školský rok 2010/2011,

Dieťa zaradené do prípravného ročníka. Z dôvodu operácii a hospitácii na onkologickom oddelení dieťa malo veľa vymeškaných vyučovacích hodín. Podľa udanie triedneho učiteľa sa vyučovací proces zameriaval na adaptáciu, spoznávanie školy a spolužiakov. Dieťa navštevuje vyučovanie tri krát na dve vyučovacie hodiny do týždňa. Má vypracovaný nový IVVP .

Školský rok 2011/2012,

Chlapec tohto času pracuje naďalej podľa IVVP, ktorý má vypracovaný na základe učebných osnov C – variantu. Na základe nadobudnutých vedomostí z minulého školského roka sa pokračovalo individuálnym tempom pri osvojovaní nových poznatkov, ktoré boli zamerané na základné pojmy: malý- veľký, pred –za, hore- dole, pravá – ľavá. Vyučovanie prebiehalo formou AAK. Vzdelávanie bolo zamerané hlavne na rozvoj sluchového vnímania formou počúvania krátkych rozprávok a príbehov.

Dieťa diferencuje farby , ako modrá a červená na základe reálnych predmetov.

Rozlišuje pojmy: málo- veľa, veľa- nič.

Vecné učenie: bolo zamerané na rozlišovanie domácich zvierat- pes, mačka.

Základné znaky ročného obdobia- jeseň, zima.

Na pracovnom vyučovaní sa zamerali hlavne na rozvoj základných hygienických návykov. V rámci rozvoja grafomotorických zručností prebiehal nácvik písadla a čmárania.(vodorovná čiara, šikmá čiara...)

Dieťa býva často unavené z toho dôvodu je potrebné časté polohovanie a striedanie rôznych aktivít.

ZÁVER

Dieťa je dar . Preto je tak jedinečné a neopakovateľné. Zaslúži si našu pozornosť i lásku, ktorá mu prináleží ako najcennejšej ľudskej bytosti. Niekedy sa stane , že dieťaťko sa narodí postihnuté. Vtedy je potrebné prijať ho ešte s väčšou láskou a pozornosťou.

Je ťažké do rodiny prijať postihnuté dieťa. Niektoré udalosti a skutočnosti si nevyberáme , zvlášť veci bolestivé. Ak konečná diagnóza znie na celý život, človek má pocit, že svet sa zastavil.

Postihnuté dieťa, či chceme alebo nie, vždy zmení život celej rodine rodičom i zdravým súrodencom. Fakt, že niekto z našich blízkych trpí závažným fyzickým či mentálnym postihnutím nie je ľahké prijať hneď, chce to istý čas. Každý rodič na začiatku pociťuje obrovské sklamanie, ľútosť, bezmocnosť, smútok i zlosť a pocit nespravodlivosti . Napriek počiatočnému šoku a strachu z budúcnosti sa však nájde veľmi málo rodičov, ktorí by sa odmietli starať doma o svoje postihnuté dieťa. Rodine sa tým zmení sociálna identita a stáva sa niečím výnimočná. Existencia postihnutého dieťaťa je dôvod, ktorý podstatným spôsobom zmení životný štýl rodiny, pretože sa musí prispôbiť možnostiam a potrebám dieťaťa.

Len čo detský lekár a následne detský neurológ diagnostikuje DMO, čo sú lekári schopní diagnostikovať už u novorodencov, je dôležité začať s rehabilitáciou. Rehabilitáciou nemyslíme iba liečebnú rehabilitáciu, teda cvičenie s dieťaťom, máme na mysli komplexnú podporu rodiny a dieťaťa, ktorú môžu zabezpečiť práve služby ranej starostlivosti.

Nájsť vhodné školské zariadenie pre dieťa so zdravotným postihnutím sa môže javiť ako neľahká úloha. Napriek tomu existuje viacero možností ako sa rozhodnúť. Iba s odbornou prácou je dieťa schopné k rozvoju.

Cieľom diplomovej práce bolo poukázať na možnosti výchovy a vzdelávania detí postihnuté detskou mozgovou obrnou a následne poukázať na problémy ktoré sú súčasťou daného postihnutia.

Práca s dieťaťom postihnutým detskou mozgovou obrnou si vyžaduje veľa trpezlivosti, systematickosti a individuálneho prístupu. Na dosiahnutie cieľa je to cesta neľahká plná prekážok, avšak s láskou k tejto práci sme

schopný dosiahnuť náš cieľ. Cieľ, ktorý nadovšetko pomôže nielen dieťaťu, ale aj jeho blízkemu okoliu.

Síce cieľ neprichádza hneď, ale o to krajší je pocit neskoršieho všestranného rozvoja.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- 1) BAJO, I. – VAŠEK, Š. *Pedagogika mentálne postihnutých (Psychopédia)*. 1. vyd. Bratislava : Sapiientia, 1994. 251 s. ISBN 80-967-180-1-0.
- 2) ĎURIČ, L. – BRATSKÁ, M., et al. *Pedagogická psychológia*. 1. vyd. V. zväzok [Terminologický a výkladový slovník]. Bratislava : vydavateľstvo SPN, 1997. 463 s. ISBN 80-08-02498-4.
- 3) FITZNEROVÁ, I. *Máme dítě s handicapem*, 1.vyd, Praha: Portál, 2010. 160 s. ISBN 978-80-7367-663-6
- 4) HUDÁČOVÁ, V. *Výchova a vzdelávanie telesne postihnutých, chorých a zdravotne oslabených*, Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1999.136 s. ISBN 80-88868-36-X
- 5) HUDÁČOVÁ, V. *Písmo a písanie telesne postihnutých detí*, Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 2001. 118 s. ISBN 80-88868-65-3
- 6) CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije detem s postižením*. Praha : Portál, 2001. 182 s. ISBN 80-7178-588-1.
- 7) JAKABČIC, I. – POŽÁR, L. *Všeobecná patopsychológia. Patopsychológia mentálne postihnutých*. 2. vyd. Bratislava : IRIS, 1996. 194 s. ISBN 80-88778-11-5.
- 8) KÁBELE, F. *Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou* Praha: vydavateľstvo SPN, 1988. 173 s.
- 9) KAČÁNI, V. – VIŠŇOVSKÝ, L. *Psychológia a pedagogika pomáhajú škole*. Bratislava : IRIS, 2005. 198 s. ISBN 80-89018-85-8.
- 10) KOLLÁROVÁ, E. *Základy somatopédie*, Bratislava: Pedagogická fakulta Univerzity Komenského, 1993. 96 s.
- 11) KRAUS, J., ŠANDELA, O. *Telesne postojené dieťa , jeho psychologie, liečba a výchova*, Praha: SPN, 1964.178 s.
- 12) KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*, Praha: Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-247-1018-8
- 13) LESNÝ, I. *Dětská mozková obrna*, 2.vyd. Praha: Avicenum,1985.236 s. 08-088-85

- 14) LESNÝ, I. *Dětská mozgová obrna ze stanoviska neurologa*, 2.vyd, Praha: vydavatelství Avicenum, 1985. 236s.
- 15) LESNÝ,I- ŠPITZ, J. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*, Praha: vydavatelství SPN, 1989. s. ISBN 80-04-22922-0
- 16) MAREŠOVÁ,E- JOUDOVÁ,P- SEVERA,S. *Dětská mozgová obrna*, 1.vyd. Praha: Galén, 2011. 154 s. ISBN 978-80-7262-703-5
- 17) MATULAY, K., et al. *Mentálna retardácia*. 1. vyd. Martin : Osveta, 1986. 325 s. ISBN 70-077-86.
- 18) MILICHOVSKÝ, L. *Kapitoly ze somatopedie*,1.vyd. Praha: vydavatelství Univerzita J.A.Komenského Praha, 2010. 80 s. ISBN 978-80-7452-001-3
- 19) PŘINOSILOVÁ,D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. 178 s. ISBN 978-80-7315-157-
- 20) RONETIEROVÁ,M. *Somatopedické minim*, 1.vyd.Olomouc: Univerzita Palackého Olomouc,2003. 85 s. ISBN 80-244-0532-6
- 21) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 3. vyd. Praha : Portál, 2006. 200 s. ISBN 80-7367-060-VANČOVÁ, A. *Edukácia viacnásobne postihnutých*. 2. vyd. Bratislava : Sapiaientia, 2001. 97 s. ISBN 80-967108-7-X.
- 22) VAŠEK, Š. *Špeciálno-pedagogická diagnostika*. Bratislava : vydavateľstvo SPN, 1991. 166 s. ISBN 80-08-00396-0.
- 23) VAŠEK, Š., et al. *Špeciálna pedagogika – terminologický a výkladový slovník*. 2. vyd. Bratislava : vydavateľstvo SPN, 1993. 245 s. ISBN 80-08-01217-X.
- 24) VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Praha : Vysoká škola Jána Amosa Komenského v Prahe, 2005. 142 s. ISBN 80-86723-13-6.
- 25) *Zákon č. 245/2008 Z. z., o výchove a vzdelávaní (školský zákon) a o zmene a doplnení niektorých zákonov*.
- 26) ZELINOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdelávací program*. Praha : Portál, 2001. 207 s. ISBN 80-7178-544-X.
- 27) ZVOLSKÝ, P. *Genetika v psychiatrii*. Praha : Avicenum, 1973. 268 s.
- 28) Interné materiály – Spoločnosť rodičov detí postihnutých DMO na SR.
- 29) Zbierka zákonov SR o výchove a vzdelávaní č.245/2008
- 30) Vyhláška MŠ SR z roku 2008 o výchove a vzdelávaní§99

- 31) Vyhláška MŠ SR z roku 2008 o výchove a zvedávaní§100
- 32) Zákon o sociálnych službách č.448/2008
- 33) Plán práce školy na školský rok 2011/2012
- 34) Plán práce triedneho učiteľa
- 35) Kronika školy

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Tab. 1	Stupne mentálnej retardácie.....	23
Tab. 2	Model duševnej krízy rodičov spôsobenej informáciou, že ich dieťa je MR.....	27
Tab. 3	Vzorka prieskumu podľa pohlavia.....	45
Tab. 4	Vzorka prieskumu podľa bydliska respondentov.....	45
Tab. 5	Vzorka prieskumu podľa zamestnania respondentov.....	46
Tab. 6	Vzorka prieskumu podľa dosiahnutého vzdelania respondentov.....	46
Tab. 7	Lekárske vyšetrenia , ktoré dokážu odhaliť možnosť poruchy vnútro maternicového vývinu dieťaťa.....	47
Tab. 8	Prvotné pocity pri narodení dieťaťa s postihnutím.....	48
Tab. 9	Dostatočná informovanosť o postihnutí dieťaťa.....	49
Tab. 10	Rozhodnutie , ktoré ovplyvní ďalší život rodičov.....	50
Tab. 11	Kde sa hľadala odborná pomoc.....	51
Tab. 12	Postoj pri výchove dieťaťa.....	52
Tab. 13	Zaradenie do predškolského vzdelávania.....	53
Tab. 14	Navštevovalo dieťa ČŠPP a CPPP.....	54
Tab. 15	Ktoré služby ČŠPP sa využívali.....	54
Tab. 16	Dieťa navštevuje.....	55
Tab. 17	Kto sa zaoberá s dieťaťom.....	56
Tab. 18	Nové služby pri práci s dieťaťom.....	57
Tab. 19	Využívanie služby DS.....	57

Zoznam grafov

Graf 1:	Absolvovanie lekárskeho vyšetrenia, ktoré dokáže odhaliť možnosť poruchy vnútromaternicového vývinu dieťaťa.....	47
Graf 2:	Prvotné pocity pri zdení ,že sa narodilo dieťa s postihnutím(DMO).....	48
Graf 3:	Dostatočná informovanosť zo strany odborníkov o zdravotnom stave dieťaťa a ďalších možnostiach jeho rozvoja.....	49
Graf 4:	Rozhodnutie , ktoré ďalej ovplyvní život potom čo prijali informáciu o dieťati.....	50
Graf 5:	Hľadanie odbornej pomoci pri riešení životných krokov s dieťaťom s postihnutím.....	51
Graf 6:	Postoj pri výchove dieťaťa.....	52

Graf 7: Zaradenie do predškolského zariadenia.....	53
Graf 8: Navštevovalo dieťa CŠPP a CPPP.....	54
Graf 9: Využívanie služieb CŠPP.....	55
Graf 10: Tohto času dieťa navštevuje.....	55
Graf 11: Kto pracuje s dieťaťom.....	56
Graf 12: Využívanie služieb DS.....	57

ZOZNAM PRÍLOH

Príloha č.1: Dotazník

Príloha č.2: Vecné učenie

Príloha č.3: Písanie a diferencovanie číslice 1, písanie písmena A

Príloha č.4: Čítanie písmena A

Príloha A:

Vážení rodičia !

Obraciame sa na Vás so žiadosťou o spoluprácu. Dostáva sa Vám do ruky dotazník, ktorým zisťujeme o výchove a vzdelávaní Vašich detí. Zozbierané údaje budú slúžiť na spracovanie k záverečnej práci.

Žiadame Vás, aby ste si pozorne prečítali dotazník a vyplnili ho. Vami zvolenú odpoveď zakrúžkujte alebo dopíšte.

Dotazník je anonymný, netreba ho podpisovať. Zaručujeme Vám, že Vaše odpovede nebudú môcť byť zneužitú ani proti Vám ani proti deťom, o ktorých poskytujete informácie. Prosím Vás, aby ste dotazník čo najskôr vrátili v zalepenej obálke.

Ďakujem za pomoc.

I.

1.Pohlavie:

muž- žena

2.Bydlisko:

mesto- dedina

3.Zamestnanie:

a., zamestnaní

b., nezamestnaní

c ., na materskej dovolenke

d., na dôchodku

e., na invalidnom dôchodku

4. Najvyššie dosiahnuté vzdelanie:

- a., základné
- b., stredoškolské
- c., vysokoškolské

II.

5. Absolvovali ste lekárske vyšetrenia , ktoré dokážu odhaliť možnosť poruchy vnútromaternicového vývinu dieťaťa?

- a., odmietla som
- b., áno, len niektoré
- c., nebolo prečo výsledky boli negatívne
- d., všetky

6. Aké boli Vaše prvotné pocity pri zdení ,že sa vám narodilo dieťa s postihnutím(DMO)?

- a., nebola som schopná reakcie
- b., plač
- c., beznádej
- d., brala som to tak ako je

7. Boli ste dostatočne informovaná zo strany odborníkov o zdravotnom stave Vášho dieťaťa a ďalších možnostiach jeho rozvoja?

- a., áno, lekár nás informoval o možnostiach rehabilitačnej starostlivosti
- b., nie, zo strany lekára sme nedostali dostačujúce informácie
- c., zistili sme si to z odbornej literatúry
- d., skontaktoval som sa s rodičmi, ktorí majú dieťa s DMO a oni nám poradili

8. Rozhodnutie, ktoré ďalej ovplyvní Váš život potom čo ste prijali informáciu o vašom dieťati?

- a., cesta ústavnej starostlivosti

- b., spoločne všetko zvládneme aj sami
- c., rozmýšľali sme o opatrovateľskej službe v mieste nášho bydliska
- d., požiadame členov našej rodiny

9. Kde ste hľadali odbornú pomoc pri riešení životných krokov s dieťaťom s postihnutím?

- a., komunikácia s okolím
- b., odborná literatúra
- c., konzultácia s odborníkom

10. Môj postoj pri výchove dieťaťa

- a., máme ho radi také aké je
- b., príliš sa oňho bojíme
- c., má na viac, ale on sa nesnaží
- d., učíme ho k samostatnosti, on sa to naučí

III.

11. Bolo Vaše dieťa zaradené do predškolského zariadenia?

- a., áno, do MŠ v meste nášho bydliska
- b., áno, do ŠMŠ
- c., nie

12. Navštevovalo Vaše dieťa CŠPP a CPPP

- a., áno
- b., nie

13. Aké služby, ktoré poskytuje CŠPP ste využívali

.....
.....

14. Tohto času dieťa navštevuje

- a., je integrované v ZŠ v mieste nášho bydliska

b., navštevuje ŠZŠ

15.Kto pracuje s vašim dieťaťom

a., špeciálny pedagóg- somatopéd

b., asistent pedagóga

c., psychológ

16.Aké služby by ste uvítali pri práci s Vaším dieťaťom

.....

17.Využívate služby DS

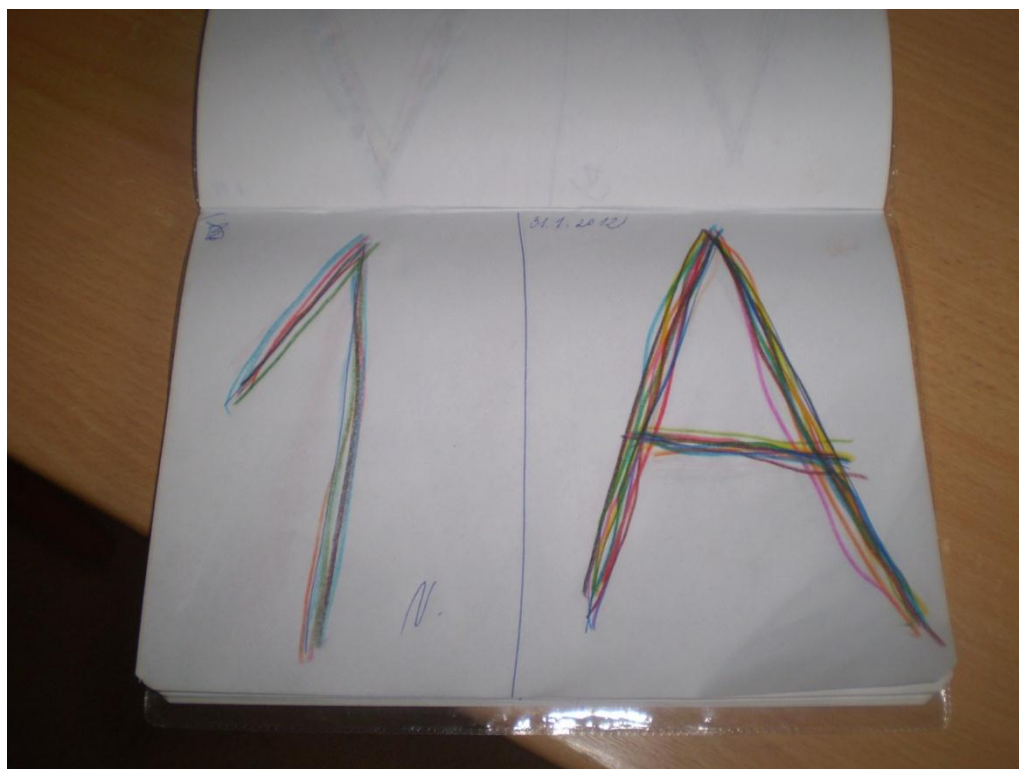
a., áno

b., nie

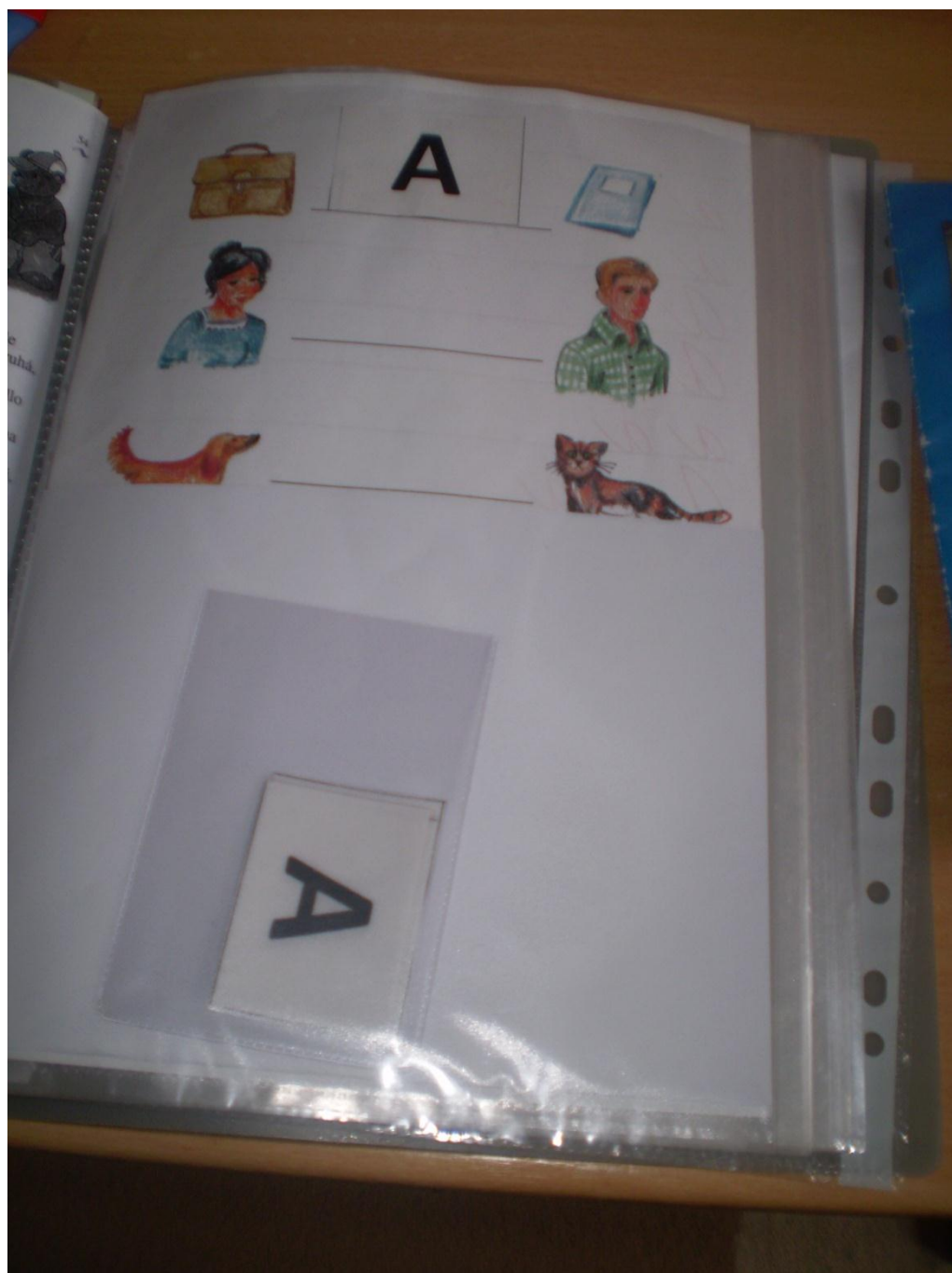
PRÍLOHA č.2:



PRÍLOHA 3 :



PRÍLOHA 4:



BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno autora: Bc. Terézia Puterová

Odbor: špeciálna pedagogika - učiteľstvo

Forma štúdia: kombinovaná

Názov práce: Edukácia detí s detskou mozgovou obrnou

Rok: 2012

Počet strán bez príloh: 93

Celkový počet strán príloh: 7

Vedúci práce: Mgr. Denisa Štefková, Ph D

