

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM
2016–2019**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Luboš Smolík

**Výchova a vzdělávání mentálně postiženého jedince
s Downovým syndromem v domácím prostředí**

Praha 2019

Vedoucí bakalářské práce:
prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR PART-TIME STUDIES

2016–2019

BACHELOR THESIS

Lubos Smolik

**Education and Tutoring a Mentally Handicapped Individual
with Down Syndrome in the Home Environment**

Prague 2019

The Bachelor Thesis Work Supervisor:
prof. PhDr. Miloslav Kodym, CSc.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

.....
Luboš Smolík

Poděkování

Děkuji prof. PhDr. Miloslavu Kodýmovi, CSc., za jeho odborné vedení, cenné připomínky, vstřícnost a plnohodnotnou podporu, kterou mi poskytl po celou dobu zpracování této bakalářské práce.

Anotace

Tématem práce je problematika výchovy a vzdělávání mentálně postiženého jedince s Downovým syndromem v rodinném prostředí, přičemž primární pozornost je zaměřena na jedince s tímto postižením. Cílem práce je zjistit, jak funguje v praxi individuální (domácí) vzdělávání a s jakými výchovnými problémy se v tomto ohledu potýkají rodiče dětí s Downovým syndromem a různým stupněm mentálního postižení.

Klíčová slova

Downův syndrom, mentální postižení, individuální vzdělávání, výchova mentálně postiženého, vzdělávání v rodině.

Annotation

The topic of the thesis is the issue of education and tutoring of a mentally handicapped individual with Down syndrome in a family environment with the primary focus being on individuals with this disability. The aim of the thesis is to find out how the individual (home) education works in practice and what educational problems are encountered in this respect by parents of children with Down syndrome and different levels of mental disability.

Keywords

Down syndrome, family education, individual education, mental disability, mentally handicapped education.

OBSAH

ÚVOD	8
TEORETICKÁ ČÁST	9
1 EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S DOWNOVÝM SYNDROMEM A LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ	9
1.1 Terminologická a pedagogicko-psychologická východiska.....	9
1.2 Klasifikace mentální retardace	11
1.3 Četnost mentálně postižených v populaci	19
2 DOWNŮV SYNDROM	21
2.1 Terminologie a historický přehled Downova syndromu	21
2.2 Příčiny Downova syndromu	22
2.3 Prenatální diagnostika	23
2.4 Prevalence downova syndromu	24
3 FILOZOFICKÁ VÝCHODISKA VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ	26
4 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	28
5 ÚLOHA RODINY VE VZDĚLÁVÁNÍ	31
5.1 Dopad mentálního postižení na různé členy rodiny – sourozence	32
PRAKTICKÁ ČÁST	35
6 PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI S INDIVIDUÁLNÍ VÝUKOU U DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	35
6.1 Cíle, metody výzkumu a charakteristika respondentů.....	35
6.2 Analýza dotazníkového šetření	36
7 SHRUTÍ VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ, DISKUZE	50
ZÁVĚR	54
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	57
SEZNAM ZKRATEK	60
SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK	61
SEZNAM PŘÍLOH	62

ÚVOD

*„Pověz mi to, a já to zapomenu,
ukaz mi to a já si to zapamatuji,
nech mě to udělat a já to pochopím“.
(staré čínské přísloví)*

U člověka, jakožto společenské bytosti, dochází v rámci společnosti k procesu humanizace, socializace a personalizace. To samé platí i u člověka s postižením. Záleží na jeho společenském postavení, které ve společnosti zastává a na tom, jak je společností přijímán.

Rodiče dětí s Downovým syndromem hrají v jejich životě více rolí. Často jsou prvními, kdo se musí smířit s vývojovým problémem, vzdorovat svým obavám, dokud nedostanou konečnou diagnózu a nenajdou nebo nevyvinou vhodnou pomoc a podporu pro své dítě. Jakmile naleznou vhodný program, jsou rodiče obvykle aktivními partnery ve vzdělávání svého dítěte. Snaží se dovednosti získané ve vzdělávacím programu domácího prostředí aplikovat do běžných životních situací. Jako členové týmu individualizovaného vzdělávacího plánu mohou být rodiči aktivními učiteli pro dítě, kteří zajistí, aby se vzdělávací proces uskutečnil odpovídajícím způsobem.

Tyto nároky na rodiče se vyskytují v kontextu rodinného života, včetně potřeb jiných dětí, rodičů jako jednotlivců i jako páru a rodinných potřeb jako celku. Navíc rodiče těchto dětí mohou čelit smutku, hněvu, zklamání nebo jiným složitým emocím, které mohou doprovázet počáteční objev, že dítě má závažný vývojový problém a neustálou potřebu „se obětovat“ jeho potřebám. Většina rodin se s těmito nároky postupem času vyrovná, ale někteří se mohou potýkat s velkým stresem při výchově a vzdělávání svého dítěte s Downovým syndromem.

TEORETICKÁ ČÁST

1 EPISTEMOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA S DOWNOVÝM SYNDROMEM A LEHKOU MENTÁLNÍ RETARDACÍ

V první kapitole si upřesníme a popíšeme teoretická východiska a terminologii mentálního postižení a Downova syndromu.

1.1 Terminologická a pedagogicko-psychologická východiska

Definice žáků s Downovým syndromem a lehkým mentálním postižením je složité vzhledem na různorodost přístupů k jeho terminologickému i obsahovému vymezení. V odborné literatuře se vyskytují rozličná terminologická označení, která obsahový rozměr zohledňují jako jeden z možných přístupů nazírání na tyto osoby, přístup medicínský, psychologický, pedagogický, speciálně pedagogický, léčebně pedagogický, sociální a právní. V následujících kapitolách a podkapitolách se pokusíme vymežit Downův syndrom a lehké mentální postižení, jejich nositele z terminologického a pedagogicko-psychologického hlediska, v souladu s platnou legislativou vycházející ze současné domácí i mezinárodní odborné literatury.

Psychologická charakteristika lidí s mentálním postižením

Za mentálně retardované (postižené) se považují takoví jedinci (děti, mládež i dospělí), u nichž dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k odlišnému vývoji některých psychických vlastností a k poruchám v adaptačním chování. Hloubka a míra postižení jednotlivých funkcí je u nich individuálně odlišná. Příčinou mentální retardace je organické poškození mozku, které vzniká v důsledku strukturálního poškození mozkových buněk nebo abnormálního vývoje mozku.

Podle vývojového období, v němž k mentálnímu postižení dochází, se rozlišuje:

1. oligofrenie, která se považuje za opoždění duševního vývoje v období prenatalním, perinatálním nebo časně postnatálním,
2. demence, jež se chápe jako důsledek poškození mozku různého druhu již v průběhu života jedince, zpravidla po dovršení druhého roku věku.

K demenci může dojít v důsledku různých onemocnění a úrazů mozku, které vedou k tomu, že vývoj, který dosud probíhal normálně, byl narušen, zastaven nebo zvrácen. Rozlišuje se demence celková, zasahující více či méně všechny rozumové schopnosti, a demence částečná, která postihuje jen některé dílčí složky intelektu (Klímová, 1987, s. 104). Pro demenci v dětském věku se někdy užívá také označení deteriorace (zhoršení, úbytek) rozumových schopností. U dětí na rozdíl od dospělých může být negativní vliv organického mozkového poškození určitým způsobem kompenzován progresivními silami vývoje, takže demence v dětském věku se nedá považovat za ireverzibilní (nevratný) proces.

Za mentálně postižené se nepovažují osoby, u nichž došlo k zaostávání vývoje rozumových schopností z jiných důvodů, než je poškození mozku, a jejichž psychické procesy probíhají normálním způsobem, to znamená děti výchovně zanedbané, děti i dospělí se závažnými emočními poruchami nebo děti s vážným smyslovým postižením, které, není-li včas rozpoznáno, může způsobit zpoždění psychického vývoje. Tyto stavy připomínající mentální retardaci někteří autoři označují jako pseudooligofrenii.

Existují i případy, že dítě s odborně diagnostikovaným poškozením mozku, např. v důsledku meningoencefalitidy nebo hydrocefalu, se vyvíjí psychicky normálně a úroveň jeho rozumových schopností není postižena.

Dalším znakem mentálního postižení je trvalost porušení poznávací činnosti. Mohou nastat případy, kdy např. těžké infekční onemocnění, otřes mozku či hladovění, mohou vést k určitým poruchám nervových procesů. V důsledku toho může dojít k přechodnému porušení schopnosti duševní činnosti nebo i zpomalení duševního vývoje. Pokud tyto procesy nejsou trvalé, nejde u nich o mentální postižení a porucha s velkou pravděpodobností po celkovém zlepšení stavu sama odezní.

V současné době se pro označení snížení rozumových schopností nejčastěji užívá termín mentální retardace, který navozuje představu určité dočasnosti opoždování ve vývoji, napomáhá k překonávání fatalistických názorů na možnost zlepšování tohoto stavu, naznačuje relativnost a plynulost opoždování, a zejména na rodiče dětí působí více optimisticky než termín postižení, který vyvolává pocit trvalosti a nezměnitelnosti stavu dítěte. V této práci se termíny mentální postižení a mentální retardace používají jako synonyma. Terminologie se v čase vyvíjí, neboť dřívější neutrální označení časem získává pejorativní nádech (debilita, imbecilita, idiocie).

1.2 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardace představuje snížení úrovně rozumových schopností v psychologii označovaných jako inteligence. Tento velmi často užívaný pojem však dosud nebyl uspokojivě definován a psychologové se již velmi dlouhou dobu pokoušejí o jeho přesnější vymezení.

Psychologové se neshodují ani v tom, zda inteligence je jednotná vlastnost, kterou už nelze dále analyzovat, či zda se jedná o komplex jednodušších schopností. E.L. Thorndike vystoupil již v roce 1903 s názorem, že inteligence je souhrnem navzájem nezávislých schopností. Rozlišoval tři základní druhy inteligence (Svoboda, 1999, s. 46):

1. abstraktní inteligenci (projevující se při verbálních a symbolických operacích);
2. mechanickou (praktickou) inteligenci (schopnost operování s předměty);
3. sociální inteligenci (schopnost komunikovat s lidmi).

V současné době se rozlišují ještě některé další druhy inteligence, například emoční a morální inteligence.

Měření inteligence se stalo fenoménem, který se objevil již v 19. století. Původní metody měření velikosti mozku byly ve 20. století nahrazeny důmyslnějšími testy pro měření mentálních schopností.

První způsoby měření inteligence vycházely z předpokladu, že intelektuální schopnosti souvisejí s velikostí mozku. Proto byla inteligence lidí měřena podle rozměrů jejich lebek

(kranioetrie). P. Broca (1824–1880) vážil mozky již zemřelých velikánů, např. Turgeněva (asi 2000 g), France (1017 g), Gausse (1492 g) a jiných. Mozek samotného Brocy vážil 1424 g (průměrný lidský mozek má hmotnost 1200 až 1500 g). V případě, že mozek nebyl již k dispozici, naplnil lebku olověnými broky, které potom zvažil.

F. Galton se snažil měřit inteligenci měřením lidských rozměrů. Zřídil antropometrickou laboratoř, kde si zájemci mohli za 3 pence nechat změřit ostrost zraku a sluchu, vizuální pozorování (znakem inteligence byly považovány citlivé smysly), dýchání, dobu reakce, sílu tahu a stisku, sílu úderu, rozpětí paží, výšku, váhu a rozměry hlavy. Výsledkem měření byl percentil, který charakterizoval, do jaké části obyvatelstva proband patří.

Měření inteligence pomocí testů poprvé použil francouzský psycholog A. Binet při vyšetřování duševně zaostalých dětí (1904). K tomu úkolu byl pověřen ministerstvem školství a jeho metoda měla odhalit děti, jejichž zařazení do normálního žákovského kolektivu mohlo činit potíže. Vypracoval soubor 30 různě obtížných úloh zaměřených na měření schopnosti úsudku, porozumění a logického myšlení. Test nechal vyřešit určitému vzorku lidí a výsledky statisticky zpracoval. Vznikla tak stupnice, pomocí které měřil tzv. mentální věk. Úroveň intelektu pak charakterizoval rozdílem fyzického a mentálního věku.

Nejznámějším a nejpoužívanějším vyjádřením úrovně inteligence je inteligenční kvocient, zavedený W. Sternem. Vyjadřuje vztah mezi dosaženým výkonem v úlohách odpovídajících určitému vývojovému stupni (mentální věk) a mezi chronologickým věkem. Stern definoval inteligenční kvocient (IQ) jako poměr mentálního a fyzického věku: $IQ = 100 \times \text{mentální věk} / \text{fyzický věk}$.

Význam stanovení inteligenčního kvocientu spočívá v tom, že informuje o celkové rozumové úrovni jedince. Neříká však nic o kvalitativních zvláštostech inteligence konkrétní osoby a jeho diagnostickou hodnotu pro poznání osoby nelze přeceňovat (Svoboda, 1999, s. 48–49).

Pro klasifikaci úrovně rozumových schopností existují různá pojetí. Mezi nejznámější a stále uznávané patří klasifikace podle Wechslera, vycházející z rozložení inteligence v americké populaci v první polovině 20. století:

Tabulka 1 – Hodnoty IQ

IQ	Klasifikace inteligence	Procenta v populaci
130 a výše	značně nadprůměrná	2,2
120–129	nadprůměrná	6,7
110–119	mírně nadprůměrná	16,1
90–109	průměrná	50,0
80–89	podprůměrná	16,1
70–79	hraniční inferiorita	6,7
69 a níže	slabomyslnost (mentální retardace)	2,2

Zdroj: Wechslerova klasifikace stupňů inteligence

Mentálním postižením nebo mentální retardací nazýváme tedy trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku poškození mozku. Mentální postižení není nemoc, je to trvalý stav, způsobený neodstranitelnou nedostatečností nebo poškozením mozku.

Mentální retardace představuje výrazně sníženou úroveň inteligence. Při její klasifikaci se v současné době užívá 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, zpracovaná Světovou zdravotnickou organizací v Ženevě, která vstoupila v platnost od roku 1992. Podle této klasifikace se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace, středně těžká mentální retardace, těžká mentální retardace, hluboká mentální retardace, jiná mentální retardace, nespecifikovaná mentální retardace.

Lehká mentální retardace, IQ 50–69 (F70)

V charakteristice této úrovně mentálního postižení se uvádí, že lehce mentálně retardovaní většinou dosáhnou schopnosti užívat řeč účelně v každodenním životě, udržovat konverzaci a podrobit se klinickému interview, i když si mluvu osvojují opožděně.

Většina z nich také dosáhne úplné nezávislosti v osobní péči (jídlo, mytí, oblékání, hygienické návyky) a v praktických domácích dovednostech, i když je vývoj proti normě mnohem pomalejší.

Hlavní potíže se u nich obvykle projevují při teoretické práci ve škole. Mnozí postižení mají specifické problémy se čtením a psaním. Lehce retardovaným dětem velmi prospívá

výchova a vzdělávání zaměřené na rozvíjení jejich dovedností a kompenzování nedostatků.

Většinu jedinců na horní hranici lehké mentální retardace lze zaměstnat prací, která vyžaduje spíše praktické než teoretické schopnosti, včetně nekvalifikované nebo málo kvalifikované manuální práce.

V sociokulturním kontextu, kde se klade malý důraz na teoretické znalosti, nemusí lehký stupeň mentální retardace působit žádné vážnější problémy. Důsledky retardace se však projeví, pokud je postižený také značně emočně a sociálně nezralý, např. obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím, normám a očekáváním, není schopen vyrovnat se s požadavky manželství nebo výchovy dětí, nedokáže samostatně řešit problémy plynoucí z nezávislého života, jako je získání a udržení si odpovídajícího zaměstnání či jiného finančního zabezpečení, zajištění úrovně bydlení, zdravotní péče apod.

U osob s lehkou mentální retardací se mohou v individuálně různé míře projevit i přidružené chorobné stavy, jako je autismus a další vývojové poruchy, epilepsie, poruchy chování nebo tělesná postižení.

Tato diagnóza zahrnuje:

1. slabomyslnost,
2. lehkou mentální subnormalitu,
3. lehkou oligofrenii (dříve označovanou jako debilitu).

Středně těžká mentální retardace, IQ 35–49 (F71)

U jedinců zařazených do této kategorie je výrazně opožděn rozvoj chápání a užívání řeči, a i jejich konečné schopnosti v této oblasti jsou omezené. Podobně je také opožděna a omezena schopnost starat se sám o sebe (soběstačnost) a zručnost. Také pokroky ve škole jsou limitované, ale někteří žáci se středně těžkou mentální retardací si při kvalifikovaném pedagogickém vedení osvojí základy čtení, psaní a počítání. Speciální vzdělávací programy mohou poskytnout postiženým příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností.

V dospělosti jsou středně retardovaní obvykle schopni vykonávat jednoduchou manuální práci, jestliže úkoly jsou pečlivě strukturovány a jestliže je zajištěn odborný dohled.

V dospělosti je zřídka možný úplně samostatný život. Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní a většina z nich prokazuje vývoj schopností k navazování kontaktu, ke komunikaci s druhými a podílí se na jednoduchých sociálních aktivitách.

V této skupině jsou obvykle podstatné rozdíly v povaze schopností. Někteří jedinci dosahují vyšší úrovně v dovednostech sensoricko-motorických než v úkonech závislých na verbálních schopnostech, zatímco jiní jsou značně neobratní, ale jsou schopni sociální interakce a komunikace. Úroveň rozvoje řeči je variabilní. Někteří postižení jsou schopni jednoduché konverzace, zatímco druzí se dokážou stěží domluvit o svých základních potřebách. Někteří se nenaučí mluvit nikdy, i když mohou porozumět verbálním instrukcím a mohou se naučit používat gestikulace a dalších forem nonverbální komunikace k částečnému kompenzování své neschopnosti dorozumět se řečí.

U většiny středně mentálně retardovaných lze zjistit organickou etiologii. U některých z nich lze diagnostikovat dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy, které výrazně ovlivňují klinický obraz a způsob, jak s postiženým jednat. Většina postižených může chodit bez pomoci. Často se vyskytují tělesná postižení a neurologická onemocnění, zejména epilepsie. Někdy je možno zjistit různá psychiatrická onemocnění, avšak vzhledem k omezené verbální schopnosti pacienta je diagnóza obtížná a závisí na informacích od těch, kteří ho dobře znají.

Tato diagnóza zahrnuje:

1. středně těžkou mentální subnormalitu,
2. středně těžkou oligofrenii (dříve označovanou jako imbecilitu).

Těžká mentální retardace, IQ 20–34 (F72)

Tato kategorie je v mnohém podobná středně těžké mentální retardaci, pokud jde o klinický obraz, přítomnost organické etiologie a přidružené stavy. Snížená úroveň schopností zmíněná pod F71 je však v této skupině mnohem výraznější. Většina jedinců z této kategorie (na rozdíl od předcházející kategorie) trpí značným stupněm poruchy motoriky nebo jinými přidruženými vadami, které prokazují přítomnost klinicky signifikantního poškození či vadného vývoje ústředního nervového systému.

I když možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené, zkušenosti ukazují, že včasná systematická a dostatečně kvalifikovaná rehabilitační, výchovná a vzdělávací péče může významně přispět k rozvoji jejich motoriky, rozumových schopností, komunikačních dovedností, jejich samostatnosti a celkovému zlepšení kvality jejich života.

Tato diagnóza zahrnuje:

1. těžkou mentální subnormalitu,
2. těžkou oligofrenii.

Hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20 (F73)

Postižení jedinci jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět. Většina osob z této kategorie je imobilní nebo výrazně omezená v pohybu.

Postižení bývají inkontinentní a v lepším případě jsou schopni pouze rudimentární neverbální komunikace. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. Možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené. IQ nelze přesně změřit, je odhadováno, že je nižší než 20. Chápání a používání řeči je zpravidla omezeno na reagování na zcela jednoduché požadavky. Lze dosáhnout nejzákladnějších zrakově prostorových orientačních dovedností a postižený jedinec se může při vhodném dohledu a vedení podílet malým dílem na praktických sebeobslužných úkonech. Ve většině případů lze určit organickou etiologii. Běžné jsou těžké neurologické nebo jiné tělesné nedostatky postihující hybnost, epilepsie a poškození zrakového a sluchového vnímání. Obzvláště časté, a to především u mobilních pacientů, jsou nejtěžší formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus.

Tato diagnóza zahrnuje:

1. hlubokou mentální subnormalitu,
2. hlubokou oligofrenii (dříve označovanou jako idiocii).

Jiná mentální retardace (F78)

Tato kategorie by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je zvláště nesnadné nebo nemožné pro přidružené sensorické nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících, nemluvicích, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem či u těžce tělesně postižených osob.

Nespecifikovaná mentální retardace (F79)

Tato kategorie se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií.

Zahrnuje:

1. mentální retardaci NS,
2. mentální subnormalitu NS,
3. oligofrenii NS.

Uvedená klasifikace mentální retardace již neobsahuje kategorii **mírná mentální retardace** (IQ 85–69), která u nás byla donedávna ve starších klasifikacích uváděna, a ještě se někdy v poradenské praxi užívá. Toto snížení úrovně rozumových schopností zpravidla nesouvisí s organickým poškozením mozku, v jehož důsledku by se psychika mentálně postižených jedinců nemohla normálně rozvíjet, nýbrž bývá zapříčiněno jinými faktory (genetickými, sociálními a dalšími). Děti s opožděným rozumovým vývojem, u nichž k zaostávání vývoje došlo z jiných příčin, než je poškození mozku (sociální zanedbanost, nepodnětné výchovné prostředí, smyslové vady apod.), se nepovažují za mentálně postižené.

Diagnostika mentální retardace

Diagnostika je dlouhodobý proces, jenž musí brát v úvahu všechny systémy, které ovlivňují vývoj dítěte. Na základě stanovené diagnózy pak můžeme volit optimální výchovné postupy, ovlivňovat podmínky života a výchovy dítěte a dosahovat tak postupných změn ve vývoji dítěte. Komplexní diagnostika vyžaduje zkoumání dítěte v jednotě biologické, psychologické i sociální.

Při provádění diagnostického šetření nesmíme ztrácet ze zřetele, že jednou z podstatných charakteristik mentální retardace je snížení úrovně adaptačních schopností. Dítě s mentální retardací se obtížně přizpůsobuje novým podmínkám, těžko se orientuje v novém prostředí a nesnadno navazuje kontakt s neznámými osobami. Tyto skutečnosti se potom odrážejí i ve výkonu, který podává v různých zkouškách.

K diagnostice rozumových schopností se užívají inteligenční testy spolu s dalšími metodami. Jejich cílem je odhalit nejen úroveň rozumových schopností dítěte, ale také strukturu těchto schopností. Některé z testů využívají obrázky, jiné jsou tvořeny sérií otázek a úkolů zaměřenými na manipulaci. Testy jsou různě strukturovány, vycházejí z různých východisek a mají rozdílné způsoby vyhodnocování výsledků. Přesné vymezení hodnot IQ, zvláště okolo hranic jednotlivých pásem oligofrenie, je podle diagnostických zkušeností z poradenské praxe značně problematické. Hodnoty IQ se vyznačují určitou kolísavostí, takže při opakovaných vyšetřeních lze získat i dosti odlišné výsledky. Záleží na časovém odstupu, momentální psychické dispozici testované osoby, na formě kladem otázek a často také na kvalitě testu, jeho konstrukci a vhodnosti pro osobu s mentální retardací. I tak je testování dětí s mentální retardací velmi náročné a jeho výsledky by měly podléhat pravidelným prověrkám, aby získané „nálepky“ neomezovaly děti v dalším rozvoji.

Při posuzování dítěte se sledují zejména tyto oblasti: zdravotní stav současný i v minulosti, tělesný vývoj dítěte, rozumové schopnosti, zraková percepce, sluchová percepce, pravolevá a prostorová orientace, kinestetické vnímání, hmat, motorika, grafomotorika, úroveň koncentrace, řeč, paměť, temperament, motivace, vnímání sebe samého, prožitky a zkušenosti, zájmy, sebepojetí, sebehodnocení, vrozené a zděděné vlastnosti emocionální, volní a další charakteristiky.

Diagnostika není pouze úkolem psychologie nebo lékařských věd. Zabývají se jí i rodiče, když se zamýšlejí nad vývojem dítěte, jeho úspěchy a problémy, schopnostmi a možnostmi. O zdravotní diagnostiku pečují pediatři a odborní lékaři. Psychologická a pedagogicko-psychologická diagnostika se provádí zpravidla v pedagogicko-psychologických poradnách a na dalších klinických pracovištích, na speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku jsou zaměřena speciálně pedagogická centra. Dlouhodobá diagnostika, která vychází většinou z pozorování dítěte v běžných

školních situacích, neustále probíhá ve školním prostředí. Do diagnostického procesu může být aktivně zapojeno i dítě, pokud je schopno vypovídat o svých problémech a potřebách.

Kromě diagnostických přístupů využívajících kvantitativní metody se ve speciální pedagogice v poslední době poměrně často využívá i přístup kazuistický. Kazuistika je studie obsahující konkrétní podrobné hodnocení jednoho případu. Umožňuje hlubší posouzení jeho vývoje a zachycení různých činitelů, které vývoj ovlivňují, případně vytvoření prognózy dalšího vývoje sledovaného jedince.

1.3 Četnost mentálně postižených v populaci

Mentálně postižení, jak už bylo řečeno v úvodu, tvoří jednu z nejpočetnějších skupin mezi všemi postiženými. Navíc počet osob s mentální retardací nejen u nás, ale i v celosvětovém měřítku stále stoupá. Tento vzrůst může být do značné míry relativní a vysvětluje se jako výsledek lepší evidence mentálně postižených, i když ani dnes není jejich evidence úplná. Vzrůst počtu lidí s mentálním postižením se vysvětluje rovněž jako důsledek lepší péče pediatrů o novorozence, jejímž výsledkem je snižování novorozenecké a kojenecké úmrtnosti.

Díky stále se zdokonalující lékařské péči o děti v nejranějších stádiích vývoje se zachraňují i děti, které by bez této intenzivní péče nezůstaly naživu. Absolutní počet mentálně retardovaných v naší populaci není znám. Na základě kvalifikovaných odhadů se uvádí, že v současné době jsou mentální retardací postižena asi 3 % občanů, z nichž největší počet – téměř 2,6 % – připadá na postižené lehkou mentální retardací. Lidí s těžkou a hlubokou mentální retardací je přibližně 0,1–0,2 % v populaci. Obdobné relace bývají uváděny i ve statistikách ostatních evropských zemí. Pokud jde o jednotlivá ontogenetická období, nejvíce mentálně retardovaných se vykazuje ve školním věku, který klade specifické požadavky na intelekt a umožňuje průkazná srovnání úrovně rozumových schopností mezi jednotlivými žáky. V předškolním věku ještě nejsou všechny mentálně postižené děti (s výjimkou těžce a hluboce postižených) rozpoznány a evidovány. V adolescenci a ve věku dospělosti už dochází ke splývání osob s lehčí

mentální retardací s ostatní populací a ti mentálně opoždění, kteří se úspěšně zařadili do sociálních vztahů, už za mentálně retardované zpravidla nebývají považováni.

2 DOWNŮV SYNDROM

2.1 Terminologie a historický přehled Downova syndromu

Fenomén Downova syndromu poprvé popsal John Langdon Haydon Down v jeho díle „*Pozorování etnické klasifikace idiotů*“ (Dittmann, 1992, s. 9). Down popsal tyto lidi jako „*mongolský typ idiocie*“ (Dittmann, 1992, s. 9) a poskytl jim podrobný popis. Popsal jejich humor a gesta, jejich omezené jazykové schopnosti a nižší inteligenci – „*učeň [může být] snadno užitečný*“ (Dittmann, 1992, s. 9).

Příčiny Downova syndromu byly dlouho zmatené, a to vedlo k mnoha argumentům. Na počátku 20. století rozšířil sérii zavádějící vysvětlení. Někteří lékaři byli toho názoru, že zdravotní postižení vzniklo z „*environmentálních faktorů [...], alkoholismu, syfilisu a tuberkulózy*“ (Pueschel, 1995, s. 38). Někteří navrhli rozporuplnou spekulaci, že Downův syndrom je „*de-evoluce vůči primitivnímu časnému člověku*“ (Pueschel, 1995, s. 38).

Na počátku 20. století, lidé s Downovým syndromem byly většinou klasifikováni „*na nejnižší úrovni pěti rasových vývojových stádií, jak ji formuloval Blumenbach*“ (Pueschel, 1995, s. 10). Crookshank byl první, kdo pokročil v tomto klasifikačním systému v roce 1924, kdy charakterizoval lidi s Downovým syndromem „*jako regrese k jiným lidským druhům*“, „*orangutanům*“ (Pueschel, 1995, s. 10). Tato dehonestace lidí s Downovým syndromem byla základem kampaně za jejich likvidaci během třetí říše.

Teprve ve třicátých letech se začalo předpokládat, že příčinou Downova syndromu může být chromozomální mutace. V roce 1956 byli vědci konečně schopni chromozomy zobrazit a jen o tři roky později Jérôme Lejeune v Paříži dokázal ověřit, že v buňkách dětí s Downovým syndromem je další chromozom. S dalšími experimenty bylo zjištěno, že ve všech těchto buňkách jsou přítomny tři chromozomové buňky. Přicházíme tedy k současnému jménu, trisomii 21.

Za posledních třicet let se objevily nové hypotézy, které se snažily vysvětlit příčinu Downova syndromu. Byly jmenovány příčiny jako „*záření, užívání drog, hormony*

a imunosupresiva, spermicidní činidla a určité virové infekce“ (Pueschel, 1995, s. 46), ale přes teoretickou možnost těchto příčin neexistují žádné důkazy pro tyto hypotézy.

Dnes existuje trend začlenit lidi s Downovým syndromem do společnosti, podporovat jejich individualitu a nabídnout jim ty nejlepší možné příležitosti pro rozvoj.

2.2 Příčiny Downova syndromu

Downův syndrom je způsoben poruchou buněčného dělení, což vede k přítomnosti 47 chromozomů místo 46. Tato chyba v buněčném dělení – někdy nazývaná nondisjunkce se může objevit na třech různých místech: ve spermatu (20–30 %), ve vajíčku (70–80 %) nebo v zárodečných buňkách (jen velmi zřídka). Mechanismus nondisjunkce, bez ohledu na typ buňky, ve které se vyskytuje, je stejný. Během dělení buněk se dva chromozomy nedaří od sebe navzájem oddělovat a namísto toho zůstanou spojeny. Výsledkem je navíc 47. chromozom.

Pouze zřídka se stává, že jeden z rodičů je nositelem tohoto postižení. Tento typ přenosu je také známý jako přenos „vyváženého nosiče“ nebo „translokační nosič“. Tento rodič je fenotypicky normální a má stejný počet genů. Nicméně dva chromozomy jsou navzájem „přilepené“, takže každá buňka má celkem 45 chromozomů. Dodatečný chromozom je často spojen s jiným chromozomem, obvykle s chromozomy 14, 21 nebo 22. Nemusí být celý chromozom, který je „přilepený“; stačí, když je jen část. Tito rodiče mají vyšší riziko, že se jim narodí dítě s Downovým syndromem.

Přibližně 95 % všech dětí s Downovým syndromem má formu volné trizomie 21. Tato nediskrétnost se vyskytuje buď v buňkách spermií, buňkách vajíček nebo v zárodečných buňkách. Pokud mají rodiče již jedno dítě s Downovým syndromem a nejsou translokačními nosiči, pak mají 1% riziko následného dítěte s Downovým syndromem.

Třetí forma chromozomální dysfunkce je označována jako „mozaiková“ trizomie. Tato forma se vyskytuje pouze v 1 % případů. Zde se chyba vyskytuje v první fázi buněčného dělení, vzniklou postzygotickou ztrátou chromozomu 21 z trizomické zygoty nebo postzygotickou nondisjunkcí při dělení normální zygoty. V této formě Downova

syndromu, podle Pueschela, nejsou příznaky tak výrazné a existuje lepší mentální kapacita.

Byla zjištěna jistá souvislost mezi věkem matky (stejně jako jeho otcem) a výskytem Downova syndromu. Ve věku 35 let vzrůstá pravděpodobnost, že žena bude mít dítě s Downovým syndromem. 35letá žena má pravděpodobnost, že bude mít dítě s Downovým syndromem 1: 200–300. Od 35 let věku se riziko zdvojnásobuje každých 2,5 roku. Pro otce se riziko zvyšuje ve věku 45 nebo 50 let, ale jen mírně.

2.3 Prenatální diagnostika

Díky moderním metodám prenatální diagnostiky lze tento syndrom v drtivé většině případů diagnostikovat již v průběhu těhotenství. Indikacemi k prenatální cytogenetické diagnostice, která vede k záchytu numerických chromozomálních změn, je vyšší věk matky, atypický biochemický screening, abnormalita na ultrazvuku včetně drobných morfologických odchylek. Samozřejmě nosičství balancované Robertsonské translokace je rovněž indikací k tomuto vyšetření.

Existuje mnoho různých možností vyšetření pro prenatální diagnózu. Zde se budeme zabývat těmi, které považujeme za důležité.

Amniocentéza (vyšetření plodové tekutiny) byla metoda přijatá v sedmdesátých letech. Při ultrazvukovém vyšetření mezi 14. a 16. týdnem těhotenství, je jehla vložena do amniotického vaku a je z něj extrahováno 15–20 ml tekutin. Tyto kapaliny jsou umístěny do odstředivky; získané buňky se násobí a zpracují analýzou chromozomů. Nevýhodou této metody je relativně pozdější aplikace.

Někteří lékaři se domnívají, že při ultrazvuku mohou detekovat přítomnost Downova syndromu. Předpokládá se, že hustá kůže na krku nebo délka kostí nohou je známkou Downova syndromu. Úspěch této metody je však sporný.

Další možností je, že chromozomální mutace, včetně Downova syndromu, mohou být detekovány nízkou hladinou alfa-fetoproteinu (AFP). Obecně přijatý pokyn pro příslušné úrovně AFP však dosud nebyl stanoven.

2.4 Prevalence downova syndromu

Dle WHO je odhadovaný výskyt Downova syndromu mezi 1 000 a 1 000 z 1 100 živě narozených po celém světě. Každý rok se s touto poruchou chromozomu narodilo přibližně 3 000 až 5 000 dětí.

Šedesát až 80 procent dětí s Downovým syndromem má deficity sluchu. Čtyřicet až 45 procent dětí s Downovým syndromem má vrozené srdeční onemocnění. U dětí s Downovým syndromem se objevují také četné abnormality s vyšší frekvencí. Děti s Downovým syndromem často mají více problémů se zrakem než jiné děti, které nemají tuto chromozomovou poruchu. Další otázka se týká výživových aspektů. Některé děti s Downovým syndromem, zvláště ty s těžkým srdečním onemocněním, často nedokáží prospívat. Na druhé straně, během dospívání a rané dospělosti je často zaznamenána obezita. Této skutečnosti je možné předcházet poskytováním vhodného nutričního poradenství a předvídatelného stravovacího poradenství. Mezi další přidružené poruchy patří například dysfunkce štítné žlázy, která je u dětí s Downovým syndromem častější než u normálních dětí. U dětí s Downovým syndromem byly také zaznamenány ve vyšší míře skeletální problémy. Mezi další důležité zdravotní aspekty Downova syndromu jsou včetně imunologických problémů, leukémie, Alzheimerova choroba, záchvatovité poruchy, spánkové apnoe a kožní onemocnění. Všechny tyto zdravotní aspekty mohou vyžadovat pozornost odborníků v příslušných oborech.

Diagnóza/prognóza:

Prognóza Downova syndromu se mění v závislosti na možných komplikacích, jako jsou srdeční vady, náchylnost k infekcím a vývoj leukémie. Počátkem roku 1900 se předpokládalo, že pacienti s Downovým syndromem žijí méně než 10 let. Nyní přibližně 80 % dospělých pacientů s Downovým syndromem dosáhne 50. narozenin a více. Metody screeningu běžně používané v případě Downova syndromu jsou rozšířené screening alfa fetoproteinu (AFP), měření nuchální řasy – nuchální traanslucence (Nuchal translucency Screening NT), aminocentéza (AMC), odběr choriových klků (CVS – Chorionic villus sampling) a ultrazvuk. Tyto diagnostické testy informují rodiče o duševních a fyzických potřebách dítěte a umožňují jim připravit se na budoucí problémy. Kvalita života pacientů s Downovým syndromem může být zlepšena splněním jejich potřeb v oblasti zdravotní

péče, mezi něž patří: pravidelné prohlídky s odborníky z oblasti zdravotnictví k monitorování duševního a tělesného růstu a k zajištění včasného zásahu, ať už jde o fyzioterapii, poradenství nebo speciální vzdělávání. Pacienti s Downovým syndromem mohou dosáhnout optimální kvality života prostřednictvím rodičovské péče a podpory, lékařského poradenství a komunitních podpůrných systémů, jako jsou speciální školy či individuální vzdělávání. To usnadňuje jejich účast v tradiční společnosti a naplňování jejich osobního potenciálu.

3 FILOZOFICKÁ VÝCHODISKA VÝCHOVY A VZDĚLÁVÁNÍ

Výchova a vzdělávání jako dominantní pedagogická problematika se podle P. Mühlpachra (2004, s. 56) stále více stává i fundamentálním filozofickým problémem. Postižení jedince ho předurčuje do sociálního systému abnormit, ve kterém mu společnost umožňuje míru seberealizace a plnění sociálních rolí v prostředí sociální izolace. Podle P. Franioka (2007, s. 22) je sociální status žáků s MP horší než u ostatních skupin žáků a osob s postižením. U žáků s lehkým MP se předpokládá dokonce ochrana před diskriminací a sociálním vyloučením, i přesto že lehké postižení představuje pro zúčastněné interakční partnery v sociální komunikaci omezení a stěžuje základní kontakt mezi lidmi (Vítková, M. 2004, s. 175). První oblastí, kterou musí pokrýt legislativní dokumenty je vzdělávání a školství (Ochrana lidí s mentálním postižením před diskriminací, 2006). Princip sociální spravedlnosti, zákaz diskriminace a segregace z hlediska postižení je zakotveno ve více mezinárodních a národních dokumentech. Žákovi nejen s lehkým MP tak deklarují rovnocenný přístup ke vzdělání a péči jako takové (Valenta, 2006, s. 38).

Abychom mohli diskutovat o filozofických základech postižení, je třeba se nejprve zabývat schématem deficitu a paradigmatu zdravotního postižení. (Pfeiffer, 2001 s. 33). Tato analýza pak povede ke skutečným filozofickým základům a jejich důsledkům.

Jakmile jsou známy hlavní proměnné a jejich vztahy jsou zkoumány, může dojít k plodnému výzkumu v oboru. Výzkumný pracovník však musí znát primární, užitečné modely nebo paradigma v oboru a rozlišit mezi nimi i nefunkční modely nebo paradigma.

Model deficitu

Až donedávna bylo dominantním paradigma týkajícím se zdravotního postižení schéma deficitu, které nelze nalézt a nemělo by se nalézt ve studiích postižení, protože je v rozporu s paradigmatem invalidity. Model deficitu říká, že osoba se zdravotním postižením má deficit, který musí být napraven.

Existují tři varianty modelu deficitu: zdravotní model, rehabilitační model související se zaměstnáním a model speciálního vzdělávání. Každý model určuje schodek (zdravotní

stav, podmínky zaměstnání, učební podmínky), které musí být napraveny, aby byl člověk s postižením tzv. „normální“. Samozřejmě, že mnohé z těchto podmínek napravit nelze.

V osobě s postižením však neexistuje žádný deficit. Není nic, co by jí odlišovalo od normality. „Normální“ je perspektiva založená na hodnotách. Amundson (2000, s. 81) dává vynikající analýzu pojmům normální a abnormální. Tyto pojmy, píše, tvoří základ deficitu modelu postižení. Ukazuje, že normální a abnormální jsou sociální úsudky o tom, co jsou a jaké nejsou přijatelné biologické rozdíly a fungování. Tím, že klasifikujeme osoby s postižením jako abnormální, jsou tyto hodnotové úsudky používány k odůvodnění nevýhod, kterým čelí lidé s postižením.

Model deficitu může mít místo za konkrétních okolností, pokud to není celkové paradigma používané pro výzkum ve studiích postižení. Například chudoba je pro mnoho lidí problémem. Studium toho, jak mohou být lidé vyvedeni z chudoby, je užitečné, ale zaměření může být nesprávně nastaveno, pokud výzkumník považuje nedostatek dovedností v osobě za deficit. Společnost, která neposkytuje dovednosti jako součást raného vzdělávání, je skutečným deficitem. Pro mnoho lidí, kteří žijí v chudobě, je řešením vytvořit vzdělávací program, který pomáhá lidem naučit se dovednostem. Dalším deficitem (a nikoliv v jeho osobě) je špatné plánování ze strany vlády a soukromého sektoru, díky němuž dovednosti rychle zastarávají, aniž by se lidé mohli naučit nové.

Postižení se nevztahuje na nedostatek osoby. Postižení se týká hodnotového úsudku, že se něco nedělá určitým, přijatelným způsobem. Stejně jako rasa není životaschopným biologickým termínem a nemá „vědeckou“ definici, postižení nemá žádnou „vědeckou“ nebo dokonce společně dohodnutou definici. Zdravotní postižení není založeno na funkčnosti, normálnosti nebo zdravotním stavu, ale na hodnotových souvislostech týkajících se fungování, normálnosti a zdraví. Jinými slovy, pojem postižení je založen na ideologii a společenské třídě.

4 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Současná legislativní úprava umožňuje individuální vzdělávání na 1. i na 2. stupni ZŠ, a to podle § 41 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění účinném od 1. 9. 2016.

O individuálním vzdělávání se nepřesně mluví jako o domácím vzdělávání. Je to plnění povinné školní docházky na 1. a 2. stupni základní školy bez pravidelného denního docházení žáka do základní školy. Podmínky pro povolení, průběh a zrušení individuálního vzdělávání na prvním stupni základní školy, včetně hodnocení individuálně vzdělávaných žáků jsou stanoveny v § 41 školského zákona. Individuální vzdělávání na 1. stupni základní školy může umožnit každá škola. Individuální vzdělávání na 2. stupni je možné jen v některých ZŠ. Podmínky pro povolení, průběh a zrušení individuálního vzdělávání na 2. stupni ZŠ, včetně hodnocení individuálně vzdělávaných žáků jsou stanoveny ve Vyhlášení pokusného ověřování individuálního vzdělávání na 2. stupni základního vzdělávání.

Podmínky pro povolení, průběh a zrušení individuálního vzdělávání na 1. a 2. stupni ZŠ se neliší. O povolení individuálního vzdělávání rozhoduje pouze ředitel školy, kam je žák přijat k plnění povinné školní docházky. Žádost zákonného zástupce o individuální vzdělávání musí obsahovat jméno a příjmení, rodné číslo a místo trvalého pobytu žáka, uvedení období, ročníku, popřípadě pololetí, kdy má být žák individuálně vzděláván, důvody pro individuální vzdělávání žáka, popis prostorového a materiálně-technického zabezpečení vzdělávání a podmínek ochrany zdraví individuálně vzdělávaného žáka, doklady osvědčující splnění vzdělání osoby, která bude žáka individuálně vzdělávat, seznam učebnic a učebních textů, které budou ve výuce užívány, další skutečnosti, které mají vliv na průběh vzdělávání žáka, a vyjádření školského poradenského zařízení.

Ředitel školy individuální vzdělávání povolí, pokud jsou dány závažné důvody pro individuální vzdělávání (závažnost důvodů pro individuální vzdělávání posuzuje výhradně ředitel příslušné školy, a to v rámci správního uvážení, které je ale soudně přezkoumatelné), pokud jsou zajištěny dostatečné podmínky pro individuální vzdělávání, zejména podmínky materiální a ochrany zdraví žáka, a osoba, která bude žáka vzdělávat, získala alespoň střední vzdělání s maturitní zkouškou (pro individuální vzdělávání na

1. stupni), jsou zajištěny vhodné učebnice a učební texty, podle nichž se má žák vzdělávat.

Individuálně vzdělávaný žák koná za každé pololetí zkoušky z příslušného učiva, a to ve škole, do níž byl přijat k plnění povinné školní docházky. Individuální vzdělávání neznamena, že se vzdělávací systém a stát vzdává hodnocení kvality vzdělávání a odpovědnosti za výstup. Individuální vzdělávání je pouze forma, ale stát si nechává stejně kontrolní mechanismy. Škola garantuje principiální požadavek, že žáci budou vzdělávání v souladu se standardem základního vzdělávání platným v ČR, je zodpovědná za to, že poskytne rodičům metodickou a organizační pomoc při vzdělávání.

Ředitel školy zruší povolení individuálního vzdělávání, pokud nejsou zajištěny dostatečné podmínky ke vzdělávání, zejména podmínky materiální, personální a ochrany zdraví žáka, pokud zákonný zástupce neplní podmínky individuálního vzdělávání stanovené školským zákonem, pokud žák na konci druhého pololetí příslušného školního roku neprospěl, nebo na žádost zákonného zástupce žáka. Výdaje spojené s individuálním vzděláváním hradí zákonný zástupce žáka, s výjimkou učebnic a základních školních potřeb.

Individuální vzdělávání je v podmínkách českého školství jedna z alternativních edukačních koncepcí. Žáci se mohou zúčastňovat všech akcí školy organizovaných pro příslušný věkový stupeň. Škola organizuje pololetní a závěrečné přezkoušení žáků. Velkou předností individuálního vzdělávání je individuální forma výuky, která umožňuje výrazně se přizpůsobit specifikám dítěte. Rodič je s dítětem ve stálém kontaktu a díky tomu se i lépe rozvíjí individuální komunikační schopnosti dítěte. Obavy z absence socializačního prvku u těchto dětí jsou zbytečné. Každá rodina je obklopena více či méně vzdálenými příbuznými a rodinami svých přátel, nejsou omezovány ve svých sociálních vztazích – jsou to i další aktivity rodiny – různé spolky, sdružení, sport, kultura apod., kde má dítě řadu možností pro kontakt s lidmi různého věku, různých profesí, různých životních názorů.

Důvodů, proč rodiny volí individuální vzdělávání, je víc. Například je to osobnostní založení dítěte, způsob života konkrétní rodiny, nějaké zdravotní znevýhodnění dítěte, zdravotní stav dítěte, provozování vrcholového sportu, složitá dostupnost školy z bydlení na samotě, vyhraněné názory na úroveň českých škol a podobně. Individuální vzdělávání

má i tu výhodu, že lze počkat, až dítě pro určitou látku dozraje, a neučit ho to proto, že to teď mají probírat všichni žáci. Kdo z rodičů to někdy vyzkoušel, ví, jak efektivní může individuální vzdělávání být, jak jsou děti spokojené. Samozřejmě, že děti potřebují děti. Až na výjimky si to rodiče, kteří mají individuální vzdělávání, uvědomují, děti docházejí do rozmanitých kroužků (na které mají často více času), scházejí se na „tělocvik“, „výtvarku“ a jiné předměty s jinými rodinami, dojíždí do kmenové školy na různé společné akce, možností je mnoho.

V roce 2011 byla vytvořena Národním ústavem pro vzdělávání průběžná zpráva, ze které mj. vyplývá: Ve školním roce 2010/2011 se pokusného ověřování zúčastnilo 86 žáků z 68 rodin, z toho na konci školního roku 24 žáků prospělo a 62 žáků prospělo s vyznamenáním. Mezi nejčastější důvody, proč bylo dítě vzděláváno individuálně, patřilo: dobré zkušenosti se stejnou formou vzdělávání na 1. stupni ZŠ; zdravotní, psychické či jiné problémy žáků; možnost rozvoje talentu a nadání žáka; možnost cestovat se žáky do zahraničí (studium v zahraničí).

Žáci byli nejčastěji vzděláváni svými rodiči. Externisti se pak podíleli hlavně na výuce následujících předmětů: rodinná výchova (6. ročník), hudební výchova (7. a 9. ročník), anglický jazyk (8. ročník). Za hlavní negativa považují rodiče (vzdělavatelé) velký rozsah učiva a problémy při vzdělávání některých předmětů.

I školy hodnotí tento způsob vzdělávání vesměs pozitivně. Za negativa považují zejména problém s výukou některých vzdělávacích oblastí, náročnost přezkušování pro žáky, zanedbávání některých vzdělávacích oblastí.

5 ÚLOHA RODINY VE VZDĚLÁVÁNÍ

Rodiče jsou partnery ve vzdělávacím procesu, který vyžaduje úzkou spolupráci mezi domovem a školou.

Aby mohli rodiče děti s Downovým syndromem poskytovat vhodné vzdělání pro své děti, potřebují speciální znalosti a dovednosti a vědecky založené informace o Downově syndromu a jeho léčbě. Nejdůležitější z nich je ovládání specifických učebních strategií, které umožňují jejich dětem pomoci získat nové poznatky a vědomosti, ovlivnit jejich učební vzorce a vhodné chování. Rodiče se také potřebují seznámit se zákony a předpisy o individuálním vzdělávání a potřebnými a dostupnými službami. Navíc někteří rodiče potřebují pomoc s vyrovnáváním se s emocionálním stresem, který může plynout z toho, že mají dítě s významnou vývojovou poruchou.

Role rodičů může být v oblasti vzdělávání a výchovy klíčová a pro jejich dítě má velký přínos. Je to však úloha, která není bez následků a důsledky pro rodinný život jsou značné. Mnoho rodičů dětí s Downovým syndromem čelí několika náročným rolím. Závažnost postižení hraje velkou roli. Obvykle je také ovlivněn vztah manželů, každý z nich si musí nejdříve ujasnit svůj postoj k dítěti. Podpora státu pro tyto rodiny je bohužel mizivá (Bazalová, 2014, s. 83).

Výzkum naznačuje, že zatímco mnoho rodin se s těmito nároky dobře vyrovná, vzdělávání dětí s Downovým syndromem může být zdrojem značného stresu pro některé rodiny (viz např. Bristol et al., 1988, Harris, 1994 s. 45). Obecně platí, že matky vykazují více stresu než otcové, často popisují otázky týkající se časových požadavků a osobních obětí (např. Konstantareas et al., 1992 s. 15). Mezi zvláštními obavami vyjádřenými matkami je schopnost dítěte fungovat nezávisle. Matky dětí s Downovým syndromem vykazují ve svém životě více stresu než matky dětí s jiným postižením (např. Rodrigue et al., 1992, s. 122). Otcové dětí s Downovým syndromem hlásí větší nároky na plánování rodinných událostí a větší finanční náročnost než otcové, jejichž děti se normálně vyvíjejí. Tyto tři skupiny mužů se však neliší v míře vnímané kompetence jako rodiče, manžela nebo sociální podpory (Rodrigue et al., 1992, s. 122).

Ve studii o rodinách, které měly syna s Downovým syndromem do 6 let, které se týkaly programu TEACCH (Léčba a vzdělávání dětí se zdravotním postižením s autismem

a příbuzné komunikace), Bristol a kolegové (1988, s. 43) zjistili, že zatímco otcové převzali určitou roli péče o děti, matky nesly mnohem větší zátěž. Tento rozdíl nebyl způsoben pouze zaměstnáním mimo domov. Bristol a kol. (1988, s. 43) uvádí, že „*matky, které pracovaly mimo domov, nesly stále větší zátěž s péčí o děti než jejich zaměstnaní manželé*“. Tito autoři také zjistili, že výrazná podpora od partnera je důležitým předpokladem kvality rodičovství v domácnosti.

Doba strávená výchovou a vzděláváním dítěte s Downovým syndromem je někdy stresující a náročná, ale také může snížit napětí v rodině a zvýšit kvalitu života celé rodiny včetně dítěte s Downovým syndromem (Gallagher, 1991, s. 17). K individuálnímu řešení problému byly využívány různé techniky jako domácí pozorování, školení a didaktické semináře s rodinami. Matky, které se naučily pracovat s dítětem na základě modelu vzdělání TEACCH, vykazovaly v průběhu času pokles depresivních symptomů ve srovnání se skupinou matek, které tento výcvik neudělali (Bristol et al., 1993, s. 44). Koegel a kol. (1996, s. 78) uvádí, že „*vyučování rodičů, jak využívat výcvik v klíčových odezvách jako součást aplikované instrukce pro analýzu chování, vedlo k šťastnějším interakcím rodič-dítě, větší zájem rodičů o interakci, méně stresu a pozitivnější komunikační styl*“. Použití účinných metod výuky pro dítě s Downovým syndromem může mít měřitelný pozitivní dopad na rodinný stres. Vzhledem k tomu, že se chování dítěte zlepšuje a jeho schopnosti se přizpůsobují, rodiny mají větší škálu volnočasových možností a více času pro sebe (Koegel et al., 1996, s. 78). K dosažení těchto dovedností se musí rodiče stále vzdělávat a učit se specializovaným dovednostem, které jim umožňují uspokojit potřeby jejich dítěte.

5.1 Dopad mentálního postižení na různé členy rodiny – sourozence

Sourozenec je všeobecný termín pro sestru/bratra, společně sdílející matku anebo otce (nejčastěji oba). Sourozenci převážně vyrůstají v jedné rodině a prožívají spolu dětství. Protože sourozenci mají podobnou genetickou výbavu po rodičích, často se sobě podobají. Svět rodiny, to je svět určitých pravidel a norem, mnohokrát nevyhovujících, ale daných. Vzájemná genetická a fyzická blízkost vytváří u sourozenců silný citový vztah. Tento vztah se může projevat v kladném i záporném smyslu. Může být

ovlivněný vztahy v rodině, vztahy rodičů k jednotlivým dětem, pořadím narození i zkušenostmi a zážitky prožitými „venku“. Sourozenské vztahy jsou jedny z prvních kontaktů člověka, se kterým se setkává. Možná představuje nejdelší vztah v jeho životě, je to vztah přetrvávající s emocionálním nábojem. Vytvářet a posilovat dobrý vztah mezi sourozenci je klíčové pro každého rodiče. Sourozenci vědí, co si k sobě mohou dovolit, znají svoje teritoria, kam ostatní vstupují pouze s jejich souhlasem. Příchod nového sourozence všechno naruší, přestrukturuje celé rodinné prostředí, rozdělí se nové role, povinnosti, úlohy (Richman, S. 2006, s. 66)

„Většina dětí reaguje na situaci, že mají sourozence s Downovým syndromem celkem dobře, často se mezi nimi vytvoří i velmi silná pouta. Pro dítě s Downovým syndromem má přítomnost sourozence velký význam, hlavně pro jeho vývoj. Děti s Downovým syndromem jsou velmi sociabilní a od zdravého sourozence se mohou mnoho naučit. Základ pro výchovu mentálně postiženého dítěte musí být položený v prvních týdnech jeho života“ (Marková, Středová 1987, s.41).

Na straně rodičů se velmi často objevují, vlivem prožitého traumatu při narození dítěte s Downovým syndromem, nevhodné výchovné postoje, které potom překážejí ve správném vývoji dítěte jako by ho ulehčovali. Je vždy potřebné na tyto nevyhovující postoje rodičů postiženého dítěte důrazně upozornit, protože mohou přinést velmi vážné důsledky (Fišer a kol., 1968, s. 42).

„Extrémní přístup rodičů se může týkat jak dítěte s postižením, tak i jeho zdravého sourozence. Existuje reálné riziko, že rodiče, které vychovávají dítě s postižením nebudou mít odpovídající nároky a přiměřený vztah k dítěti“ (Opatřilová 2006, s.65). Je dobré vyhnout se zavrhuující, zanedbávající, rozmazlující, úzkostné, perfekcionistické a protekční výchově. (Opatřilová 2006, s.66, 67).

J. Máchová (2007) uvádí, že *„mezi sourozenci vznikají hierarchizované vztahy podle pořadí narození, pohlaví, povahových vlastností, síly, úspěchů atd.“* Pořadí narození má velký vliv na další psychologický a osobnostní vývoj dítěte. Pokud mají sourozenci pouze jednoho společného rodiče hovoříme o nevlastních bratrech nebo sestřích. Sourozenci se standardně označují podle pořadí, v jakém se narodili. Pro pořadí narození se používají různé výrazy: nejstarší nebo prvorozený, prostřední nebo druhorozený a nejmladší.

Podle K. Lemana (1997, s. 12) sourozenecké vztahy, mohou mít velký vliv na jejich osobnost a celý budoucí život, na volbu povolání, dokonce i životního partnera. Jsou za rozvojem osobnostních rysů a vzorci chování.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 PRAKTICKÉ ZKUŠENOSTI S INDIVIDUÁLNÍ VÝUKOU U DĚTÍ S DOWNOVÝM SYNDROMEM A MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM

V praktické části vymezíme cíl a metodologii výzkumu. Provedeme analýzu získaných dat a v závěru shrneme získaná data a zformulujeme případná doporučení pro praxi.

Pro praktickou část jsme zvolili kvantitativní výzkum formou dotazníkového šetření. Zajímá nás alternativní způsob vzdělávání dětí s Downovým syndromem. V práci porovnáme rozsah standartního a alternativního (domácího) vzdělávání. Zaměříme se na jeho výhody a nevýhody a také na to, jak sami rodiče vnímají alternativní způsob vzdělávání svých dětí.

6.1 Cíle, metody výzkumu a charakteristika respondentů

Hlavním cílem bakalářské práce je popsat klady a zápory individuálního vzdělávání u dětí s Downovým syndromem a mentálním postižením z pohledu rodičů. Dílčím cílem je zhodnocení úrovně individuálního vzdělávání u dětí s Downovým syndromem a mentálním postižením. K dosažení těchto cílů si stanovíme výzkumné otázky:

1. Je individuální vzdělávání přínosem pro dítě s Downovým syndromem?
2. Jaká jsou pozitiva a negativa individuálního vzdělávání?

Ze stanovených cílů a výzkumných otázek nám vyplynuly hypotézy:

H1: Většina respondentů vzdělává svoje dítě vlastními silami nebo někým z rodiny, využívá alternativní způsob vzdělávání (domácí vzdělávání)

H2: Nejčastěji uváděnou výhodou individuálního (domácího) vzdělávání je podpora dítěte v oblastech jeho silných stránek.

H3: Nejčastěji uváděnou nevýhodou individuálního (domácího) vzdělávání je malá finanční podpora státu.

Metody výzkumu a charakteristika respondentů

Jak už jsme na začátku kapitoly uvedli, zvolili jsme kvantitativní výzkum pomocí dotazníkového šetření. Výzkumná činnost probíhala v období třech měsíců, od listopadu 2018 do ledna 2019. Samotná analyzační činnost probíhala v měsíci únor 2019.

Jako základním výzkumným souborem byli zamýšleni všichni rodiče dětí s Downovým syndromem a mentálním postižením, pro přímé potřeby našeho výzkumu byl však vzorek zúžen na výběrový soubor 23 respondentů. Jde o rodiče dětí, kteří své dítě vzdělávají alternativním způsobem domácího vzdělávání.

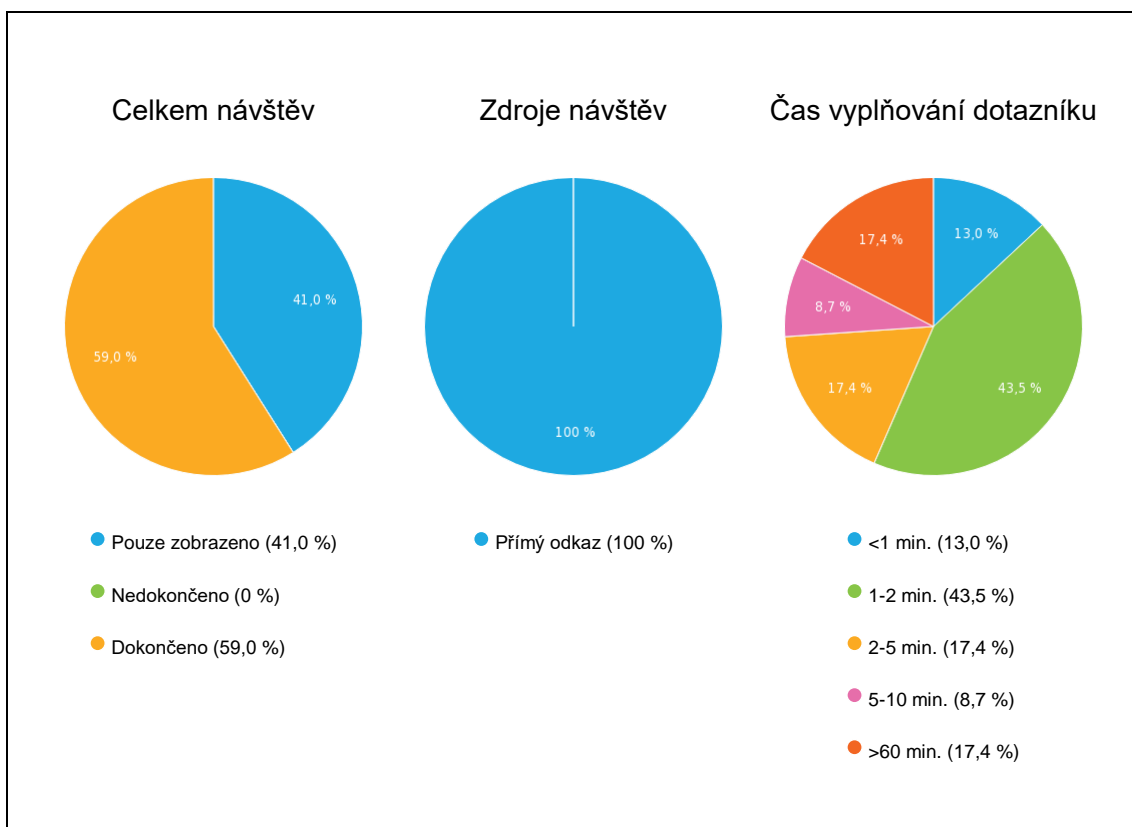
6.2 Analýza dotazníkového šetření

V této podkapitole zanalyzujeme získaná data. Pro přehlednost jsme zvolili formu tabulky s uvedeným sloupcovým řádkovým grafem pro vizuální představivost dosažených hodnot.

Výsledná data u otázek, kde byla možnost multi choice odpovědí nedosahují početního výsledku 100 % = 23 respondentů právě proto, že respondenti mohli pro svou odpověď zvolit více jak jednu z nabízených možností. Tímto však získáváme cenná data, neboť můžeme celkem objektivně vyhodnotit nejpočetnější, nejvíce užívanou odpověď. Na takto vyhodnocená získaná data upozorníme v komentáři pod výslednou tabulkou odpovědí.

Pro zajímavost uvádíme statistickou informaci sběru dat, viz obr. č.1, kdy je z grafického i početního znázornění patrné, proč jsme zúžili základní soubor respondentů na výběrový soubor, šlo skutečně o respondenty, kteří splňují podmínku našeho cíle a tím je alternativní forma domácího vzdělávání.

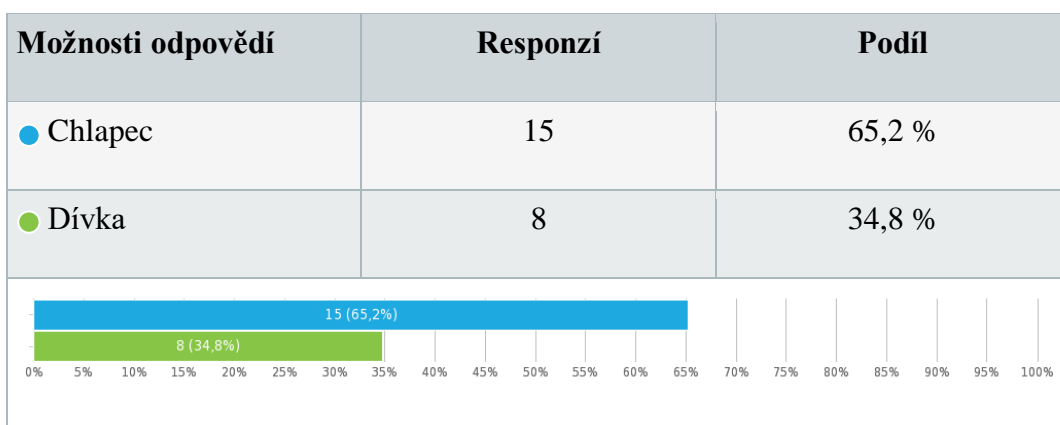
Obrázek 1 – Statistické informace o sběru dat



Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

První otázkou jsme chtěli zjistit pohlaví vzdělávaných jedinců. Zajímalo nás, zda se budou alternativním způsobem domácího vzdělávání více vzdělávat dívky, nebo chlapci.

Tabulka 2 – Pohlaví

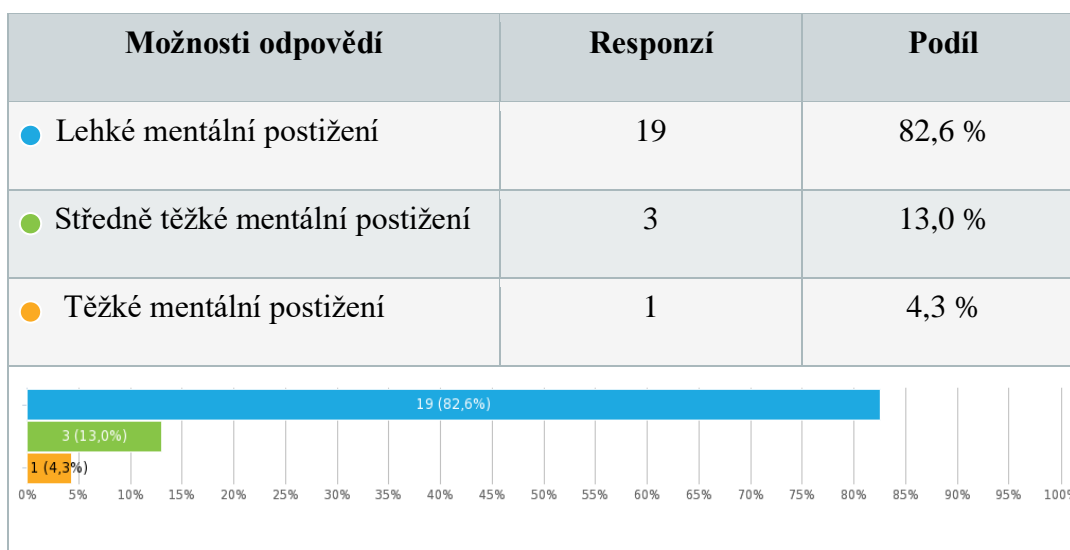


Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Na základě výše uvedeného šetření jsme zjistili, že převážná část respondentů (65,2 %) vzdělává individuální formou v domácím prostředí chlapce.

V druhé otázce jsme zjišťovali, o jaké postižení, kromě Downova syndromu se jedná, zda o lehké, střední či těžké mentální postižení.

Tabulka 3 – Stupeň mentálního postižení

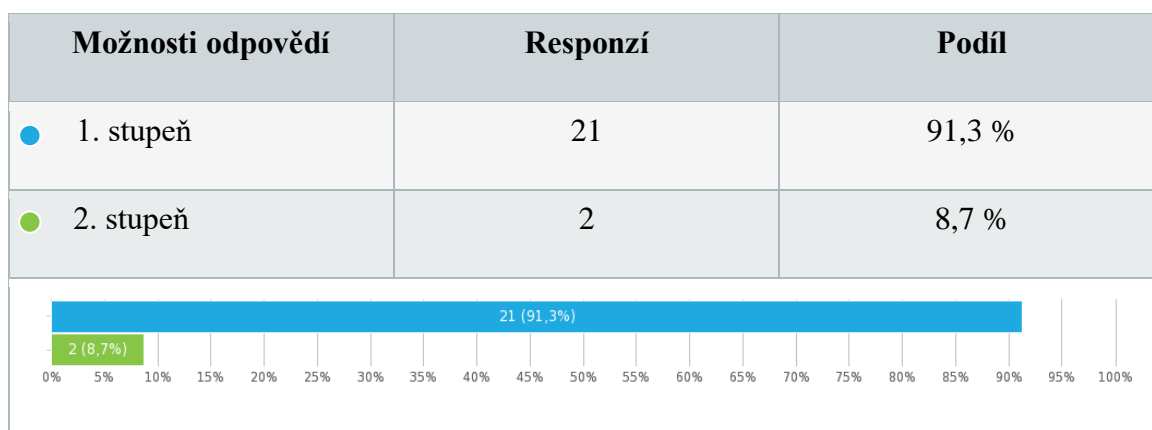


Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Z výsledků vyplynulo, že nejpočetnější skupinou u individuálního vzdělávání jsou žáci s lehkým mentálním postižením (82,6 %), následuje středně těžké mentální postižení se 13,0 % a poslední je těžké mentální postižení s podílem 4,3 %.

Třetí otázka byla rozlišovací, pro lepší povědomí o tom, v jaké poměru se vzdělávají děti 1.stupně ZŠ a 2.stupně ZŠ.

Tabulka 4 – Stupeň vzdělávání

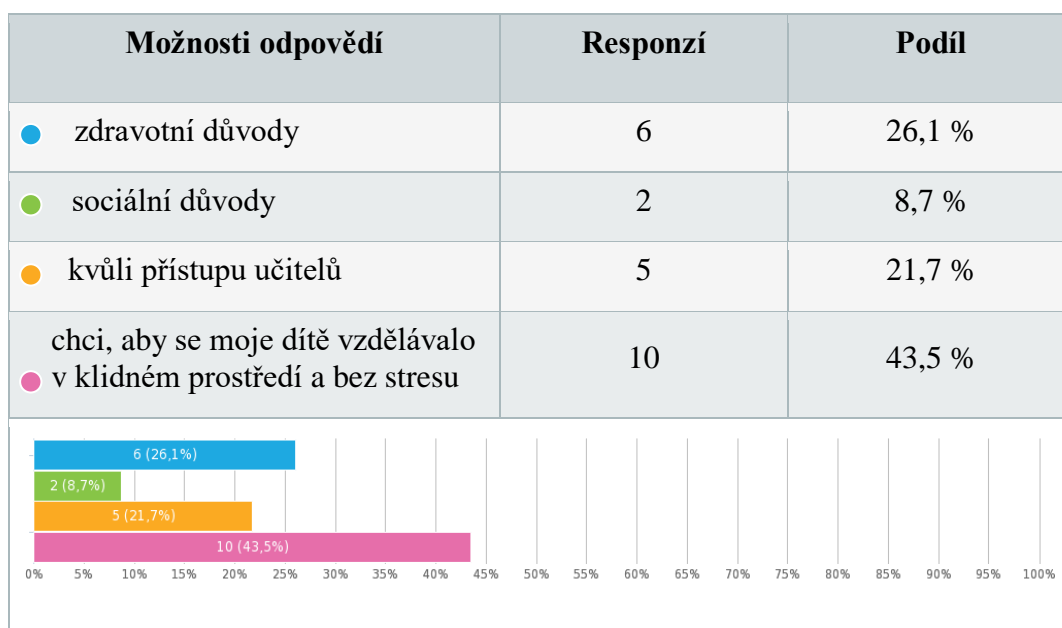


Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Ze získaných odpovědí je patrné, že převážná část respondentů, celkem 91,3 % se individuálně vzdělává na 1. stupni ZŠ.

Čtvrtou otázkou získáme relevantní data pro odpovědi na výzkumné cíle a výzkumné otázky. Zajímali nás hlavní důvody pro volbu individuálního domácího vzdělávání.

Tabulka 5 – Hlavní důvody pro volbu domácího vzdělávání

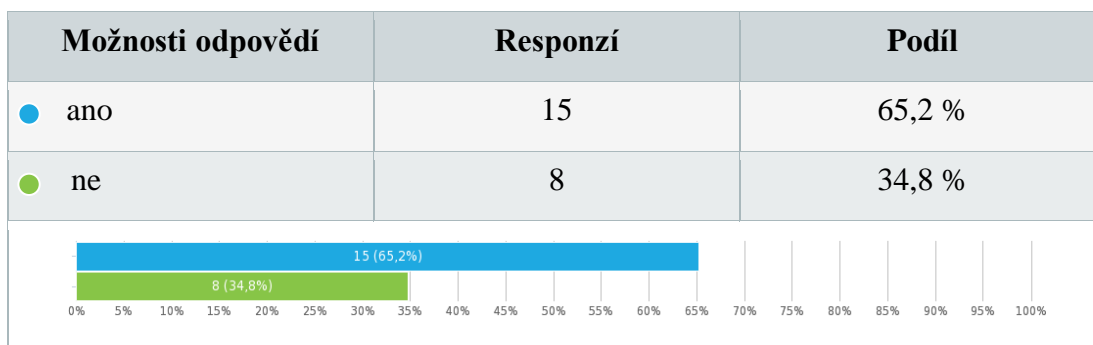


Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Na základě výše uvedeného šetření je nejčastějším důvodem pro individuální vzdělávání snaha, aby se dítě vzdělávalo v klidném prostředí a bez stresu (43,5 %). Následují zdravotní důvody (26,1 %), dále přístup učitelů (21,7 %) a nejméně uváděným důvodem jsou sociální důvody (8,7 %).

Neméně důležitou otázkou, byla naše otázka č. 5. Zajímalo nás, zda rodiče pro zvolený způsob vzdělávání svého dítěte cítí podporu ze svého okolí.

Tabulka 6 – Podpora okolí



Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Celkem 65,2 % respondentů cítí podporu pro jimi zvolený způsob vzdělávání z jejich okolí. 34,8 % tuto podporu necítí.

Přímo touto 6. otázkou získáme odpověď na stanovenou hypotézu. Zajímali nás výhody individuálního domácího vzdělávání dle našich respondentů. Zde respondenti mohli zvolit více možností odpovědí, a proto dosahujeme rozdílných početních výsledků, než je počet respondentů.

Tabulka 7 – Výhody domácího vzdělávání

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● mohou volit vhodné a alternativní metody	7	30,4 %
● vlastní tempo	12	52,2 %
● prohlubují se vztahy v rodině	1	4,3 %
● mohou své dítě podporovat v oblastech jeho silných stránek	7	30,4 %

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● mohou volit vhodné a alternativní metody	7	30,4 %
● vlastní tempo	12	52,2 %
● prohlubují se vztahy v rodině	1	4,3 %
● mohou své dítě podporovat v oblastech jeho silných stránek	7	30,4 %

Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Na základě výše uvedeného šetření je nejčastěji uváděnou výhodou individuálního vzdělávání možnost vlastního tempa vzdělávání 52,2 %, následuje shodně podpora dítěte v oblastech jeho silných stránek 30,4 % a volba vhodných a alternativních metod 30,4 %. Nejméně zastoupenou skupinou jsou vztahy v rodině 4,3 %.

I další otázkou jsme cílili na získání relevantních dat pro stanovenou hypotézu. Tentokrát nás zajímaly nevýhody individuálního domácího vzdělávání. Také zde mohli respondenti zvolit více možností odpovědí, a proto dosahujeme rozdílných početních výsledků, než je počet respondentů.

Tabulka 8 – Nevýhody domácího vzdělávání

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
rodiče nesou zodpovědnost za ● vzdělání svých dětí	5	21,7 %
nejistota, pochybnosti, zdali ● postupujeme správně	7	30,4 %
● malá finanční podpora státu	10	43,5 %
nutná celková sebekázeň ● a důslednost vyučujícího	4	17,4 %
jeden z rodičů musí obětovat ● svůj kariérní život	4	17,4 %

Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Na základě výše uvedeného šetření je nejčastěji uváděnou nevýhodou individuálního vzdělávání malá finanční podpora státu 43,5 %, následuje nejistota a pochybnosti, zdali postupují správně 30,4 %. Jako další uváděnou nevýhodou je zodpovědnost rodičů za vzdělání svých dětí a na posledních příčkách se umístily celková sebekázeň a důslednost vyučujícího 17,4 % a obětování kariérního života jednoho z rodičů 17,4 %.

Vzhledem k tomu, že domácí vzdělávání je v ČR povoleno legislativou, která udává, za jakých podmínek, jsou dvě následující otázky směřovány právě na tuto oblast. V otázce č.8 nás zajímalo, kdo vzdělává handicapované dítě.

Tabulka 9 – Vzdělávající osoba

Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
● Někdo z rodiny	19	82,6 %
● Externí učitel	3	13,0 %
● Někdo jiný	1	4,3 %

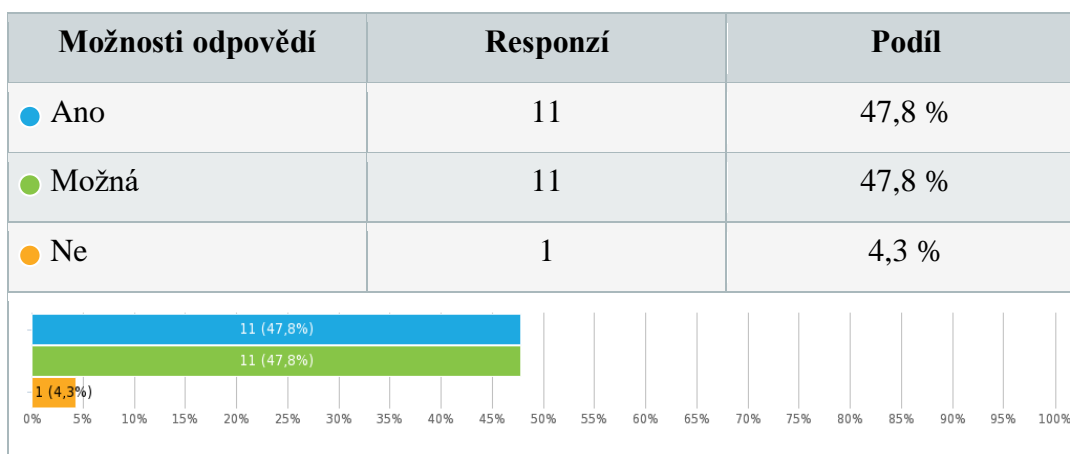
Možnosti odpovědí	Responzí	Podíl
Někdo z rodiny	19	82,6 %
Externí učitel	3	13,0 %
Někdo jiný	1	4,3 %

Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Z výše uvedené tabulky je patrné, že 82,6 % respondentů vzdělává svoje dítě vlastními silami nebo někým z rodiny, ve 13 % se jedná o vzdělávání pomocí externího učitele. 4,3 % uvedlo, že jejich dítě vzdělává někdo jiný.

I pro tuto otázku platí výše uvedený důvod pro její platnost v dotazníku a také nám získaná data pomohou ucelit si pohled na domácí vzdělávání, proto které se rodiče dětí rozhodují. V 9. otázce nás zajímalo, zda si respondenti myslí, že vzdělání vyučujícího ovlivňuje kvalitu vzdělání jejich dětí.

Tabulka 10 – Vliv vzdělání vyučujícího ovlivňuje kvalitu vzdělávání








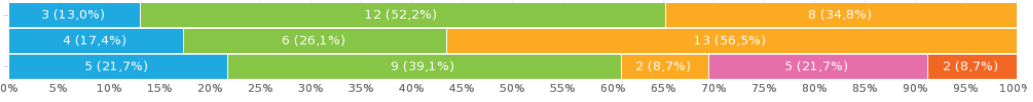
Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Téměř polovina (47,8 %) respondentů si myslí, že vzdělání vyučujícího ovlivňuje kvalitu vzdělávání jejich dětí a stejný počet respondentů 47,8 % uvedlo, že možná vzdělání ovlivňuje kvalitu vzdělávání jejich dětí a jen 4,3 % respondentů se myslí, že vzdělání vyučujícího kvalitu vzdělávání jejich dětí neovlivňuje.

10. otázkou zjišťujeme, zda si respondenti myslí, že je kvalita individuálního domácího vzdělávání dostatečná. Celá otázka byla složena z několika podotázek a škála možností k odpovědi byla v rozsahu od rozhodně souhlasím až po rozhodně nesouhlasím, viz tentokrát obr.2, neboť zanesené hodnoty získaných odpovědí by v tabulkové vizualizaci působily chaoticky a rušivě.

Tabulka 11 – Dostatečná úroveň individuálního domácího vzdělávání

	 Rozhodně souhlasím	 Souhlasím	 Neutrálně	 Nesouhlasím	 Rozhodně nesouhlasím
Vaše dítě je dobře připraveno na své příští vzdělávání, profesní přípravu	3 (13,0 %)	12 (52,2 %)	8 (34,8 %)	0	0
Individuální vzdělávání připravuje Vaše dítě na řešení otázek a problémů, kterým bude čelit v budoucnu.	4 (17,4 %)	6 (26,1 %)	13 (56,5 %)	0	0
Individuální školní programy jsou dostatečně rozsáhlé, aby obsáhly potřeby vzdělání Vašeho dítěte	5 (21,7 %)	9 (39,1 %)	2 (8,7 %)	5 (21,7 %)	2 (8,7 %)



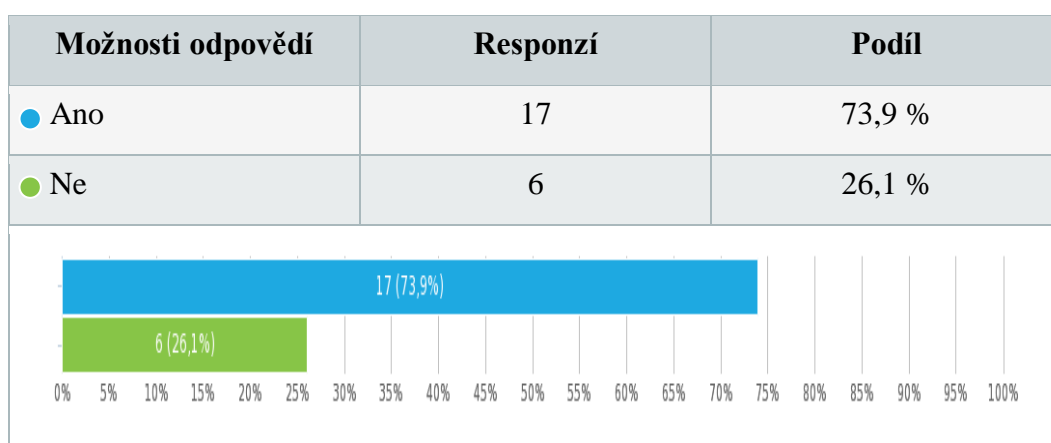
Question	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Neutrálně	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Vaše dítě je dobře připraveno na své příští vzdělávání, profesní přípravu	3 (13,0%)	12 (52,2%)	8 (34,8%)	0	0
Individuální vzdělávání připravuje Vaše dítě na řešení otázek a problémů, kterým bude čelit v budoucnu.	4 (17,4%)	6 (26,1%)	13 (56,5%)	0	0
Individuální školní programy jsou dostatečně rozsáhlé, aby obsáhly potřeby vzdělání Vašeho dítěte	5 (21,7%)	9 (39,1%)	2 (8,7%)	5 (21,7%)	2 (8,7%)

Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Z uvedených výsledků šetření na předchozí straně je patrné, že nejvíce respondentů se staví neutrálně k otázce úrovně individuálního domácího vzdělávání, dále spíše nebo rozhodně souhlasí s výše uvedeným. Negativně se respondenti vyjádřili k otázce, zdali jsou individuální školní programy dostatečně rozsáhlé, aby obsáhly potřeby jejich dítěte.

Otázka č. 11 cílí na vnímání své osoby respondenta ve spádové škole. Zajímalo nás, zda je respondent ve spádové škole vítán.

Tabulka 12 – Zájem ve spádové škole

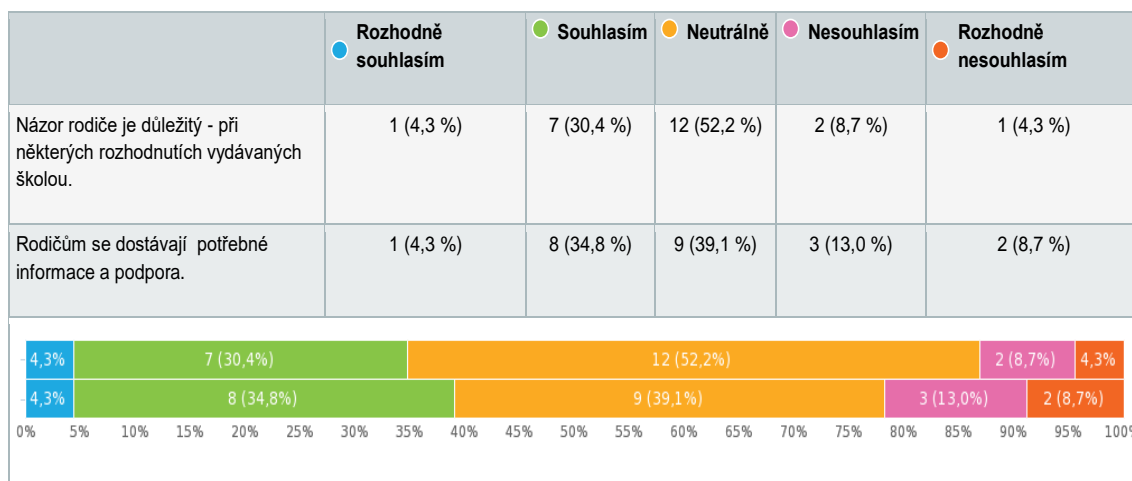


Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Ze získaných odpovědí bylo zjištěno, že poměrná část respondentů 73,9 % se cítí vítána v jejich spádové škole, pouze 26,1 % se tak necítí.

Poslední 12. otázka našeho výzkumného šetření se skládala ze dvou dalších podotázek, kde respondenti opět hodnotili na stupnici škály od rozhodně souhlasím až po rozhodně nesouhlasím. Cílem otázky bylo zjištění interakce mezi rodiči postižených dětí a školou.

Tabulka 13 – Hodnocení komunikace



Zdroj: autor práce, 2019, vlastní šetření

Z výše uvedeného šetření je patrné, že nejvíce respondentů se staví neutrálně v kontextu komunikace se školou, dále spíše souhlasí s uvedenými hodnotami. Rozhodně souhlasí a rozhodně nesouhlasí má stejně nízké, nebo podobně nízké zastoupení.

7 SHRnutí VÝzkumnÉHO ŠETŘENÍ, DISKUZE

Na základě provedené analýzy získaných dat jsme došli k závěru, že jsme zcela schopni nalézt odpovědi na stanovené cíle, výzkumné otázky a hypotézy.

Jak jsme již uvedli, výzkumného šetření se účastnilo 23 respondentů, jež splňovali podmínku alternativního individuálního domácího vzdělávání. V předchozí kapitole jsme výsledky šetření prezentovali a nyní můžeme uvést, že jsme dokázali potvrdit dvě ze tří stanovených hypotéz. Jedna hypotéza tedy potvrzena nebyla.

H1: Většina respondentů vzdělává svoje dítě vlastními silami nebo někým z rodiny, využívá alternativní způsob vzdělávání (domácí vzdělávání). Tato **hypotéza byla potvrzena** odpověďmi na otázku č.8, kdy 82,6 % respondentů potvrdilo stanovenou hypotézu.

H2: Nejčastěji uváděnou výhodou individuálního (domácího) vzdělávání je podpora dítěte v oblastech jeho silných stránek. Ačkoli tuto hypotézu nemůžeme zcela potvrdit, neboť na otázku č. 6, která cílila na sběr dat pro potvrzení hypotézy, respondenti uvedli nejčastější výhodou vlastní tempo vzdělávání. I přesto, že hypotéza získala 30,4 % potvrzení, a výhoda ve stanovené hypotéze se jeví jako úspěšná, **hypotéza nebyla potvrzena.**

H3: Nejčastěji uváděnou nevýhodou individuálního (domácího) vzdělávání je malá finanční podpora státu. Odpovědi na otázku č. 7 nám hypotézu potvrdily. Bezmála polovina respondentů (43,5 %) **potvrdila stanovenou hypotézu.**

Odpovědi na výzkumné otázky jsme získali hned z několik otázek v dotazníku. Na 1.otázku, zda je pro dítě s Downovým syndromem přínosné domácí vzdělávání jsme získali taková data, že z pohledu rodičů handicapovaných dětí můžeme zodpovědně říci, že domácí vzdělávání je pro děti přínosné. Budeme-li brát v úvahu odbornou stránku věci a hodnotit to, co by mohly děti zvládnout ve školním vzdělávání, myslíme si, že vždy záleží na daném jednotlivém dítěti, na jeho stupni a míře handicapu a nemůžeme celou oblast domácího vzdělávání paušalizovat. Jsou jedinci, kterým přítomnost většího množství lidí vadí, ale také zase naopak, jsou jedinci, kteří ke svému prospívání, ať už zdravotního nebo sociálního úhlu pohledu větší kolektiv cizích lidí vítají a potřebují.

Druhá výzkumná otázka měla za úkol zjistit negativa a pozitiva alternativního individuálního domácího vzdělávání. Pokud budeme brát v úvahu fakt, že tyto handicapovaní jedinci mohou brát výhody a nevýhody různě, můžeme přesto tvrdit, že mezi výhody patří jednoznačně volba vlastního tempa při vzdělávání a podpora silných stránek dítěte a jako nevýhodu můžeme jednoznačně označit malou podporu od státu a potažmo i přímo komunikaci spádových škol, kdy se respondenti cítí být nevítaní. Současně s touto nevýhodou jde ruku v ruce i pochybnost o tom, zda rodiče postupují správně, jsou nejistí, neboť nemají toho správného partnera na straně školy, která jim v jejich nesnázích bude nápomocna.

Můžeme tedy tvrdit, že hlavní cíl bakalářské práce byl splněn. Hledali jsme a zároveň popsali klady a zápory alternativního individuálního domácího vzdělávání. K obecnému potvrzení dílčího cíle se netroufáme vyjadřovat, neboť k hodnocení úrovně alternativního individuálního domácího vzdělávání jsme získali malý počet respondentů. Závěry by byly pouze jako domněnky, a proto musíme potvrdit, že dílčí cíl se nepodařilo splnit.

Přesto můžeme na základě získaných dat vydat pro další praxi doporučení, kdy je třeba zvýšit komunikaci a vstřícnost mezi kooperací školy a rodičů dětí s Downovým syndromem, či jiným mentálním postižením, neboť i tyto děti jsou rády vzdělávány a mají radost z každého dílčího úspěchu a pokroku. Dalším doporučením je určitě zlepšení finanční investice do vzdělávání dětí s Downovým syndromem, neboť si myslíme, že investice do vzdělání vzdělavatelých jedinců se státu v nemalém měřítku vrátí přinejmenším tím, že vzdělaní jedinci budou soběstační, budou schopni se o sebe postarat, mohou najít pracovní uplatnění a stát v konečné fázi ušetří valnou část finančních prostředků, neboť nebude nucen je sociálně zabezpečit.

Vzhledem k povaze diagnózy Downova syndromu potřebují děti s tímto postižením konzistentní a podpůrné prostředí pro dosažení optimálního vzdělávacího pokroku. Například děti s těžším mentálním postižením mají často problémy přenést dovednosti naučené v jednom prostředí na jiné místo nebo čas. Tento proces zobecňování učení musí být předvídan a podporován, a proto musí být rodiče těchto dětí plně zapojeni do vzdělávacího procesu.

Snaha ochránit své děti je charakteristickým rysem rodičovství, který se nemění s věkem dítěte. V rodinách s mentálně postiženým členem se často stává, že obavy rodičů a jejich

ochranitelské postoje rostou s věkem dítěte. Rodiče by se měli umět odpoutat od svých obav na téma, jak jejich děti život v dospělosti bez nich zvládnou (Černá, 2015, s. 174).

Rodiče se mohou naučit různé techniky pro výuku adaptivních dovedností a řízení chování jejich dětí s Downovým syndromem. Taková intervence maximalizuje učení dítěte a zlepšuje kvalitu rodinného života.

Přestože většina výzkumů o výuce dětí v domácnosti byla provedena analýzou aplikovaného chování, Ozonoff a Cathcart (1998, s. 54) uvádějí studii, ve které se rodiče malých dětí s mentálním postižením naučili používat metodu instrukcí TEACCH v domácím prostředí. Na rozdíl od kontrolní skupiny bez této terapie, děti, jejichž rodiče používali metody TEACCH v domácnosti, vykazovaly v průběhu čtyřměsíčního období větší zlepšení v různých dovednostech.

Většina studií rodičů, které se zaměřovaly na přínos individuálního vzdělávání byly prováděny v době, kdy rodiče měly pomocnou roli při podpoře školních programů. V dnešní době není neobvyklé, že rodiče mají centrální funkci v domácím vzdělávání, avšak je málo známo o nejúčinnějších způsobech, jak jim pomoci zvládnout dovednosti, které potřebují pro tuto roli, nebo o stresu, který tato role může přinést rodině do života.

Kromě podpory výuky jejich dítěte doma i ve škole jsou rodiči zastoupeni také v legislativních otázkách týkajících se jejich dítěte s mentálním postižením. To znamená, že rodiče rozumí zákonným právům svého dítěte podle státních zákonů a předpisů. Pro většinu rodin se legislativa zaměřuje především na potřeby vlastního dítěte.

Přestože se někteří rodiče mohou snažit o změnu legislativních procesů, aby získali vzdělávací prostředky potřebné pro své děti, pro většinu rodin je mnohem méně kontradiktorní. Být dobrým rodičem také znamená být účinným spolupracovníkem s odborníky, kteří slouží dítěti. To znamená, že se učí porozumění charakteristice mentálního postižení a vztahům ke vzdělávacím potřebám dítěte.

Vedle výzkumu specificky zaměřeného na potřeby rodin s dětmi s mentálním postižením existují výzkumy včasné intervenční péče, která zkoumá potřeby rodin, které mají řadu vývojových a fyzických poruch.

Vnímání dítěte s mentálním postižením a podpory rodiny může mít vliv na to, jak dobře rodiče tuto skutečnost zvládnou. Matky, které mají pocit, že nesou vinu na postižení dítěte

nebo které vnímají potíže dítěte jako katastrofu pro rodinu, mají tendenci provádět méně účinné nápravy než ty, kteří mají méně kritický názor. Negativní očekávání mohou zkreslovat vnímání relativně neutrálních událostí týkajících se výkonu dítěte s mentálním postižením.

Rodinné potřeby se také liší podle závažnosti mentálního postižení dítěte. Mladší děti a ti, kteří jsou méně postižení, mají lepší prognózu než ti, kteří jsou starší nebo mají velmi těžkou mentální retardaci. Je vhodné, aby pracovníci školy přistupovali citlivě k těmto problémům a úzce spolupracovali s rodiči, poskytovali podporu rodiny a pomohli jim nalézt zdroje, které odpovídají vývojovým potřebám dítěte a rodině jako celku.

Mnoho rodin má prospěch z dostupnosti formální i neformální sociální podpory, aby zvládli složité požadavky v jejich životě. Přístup zaměřený na rodinu klade důraz na řešení potřeb a přání jednotlivých rodin, spíše než na poskytování předdefinovaných služeb. Tato filozofie se často praktikuje i v jiných oborech v rámci speciálního vzdělávání a byla implicitně aplikována na mentálního postižení. Přestože školy mohou poskytnout řadu formálních podpor rodinám dětí s mentálním postižením, existují i další cenné zdroje, které mohou rodiče získat. Tato neformální podpora se objevuje prostřednictvím spolupráce s dalšími rodiči, členstvím v podpůrných skupinách a od rodin a sousedů.

Nedostatek finančních prostředků a přístup k informacím mohou být významnými překážkami pro rodiny, které hledají potřebnou podporu.

ZÁVĚR

Dítě s Downovým syndromem a mentálním postižením může mít různé potřeby, které ztěžují učení v tradičním školním prostředí. Mnoho dětí, které jsou takto postižené, nemůže držet krok s tradiční třídou. Když dítě zaostává, může být pro ně velmi obtížné vše dohnat. V individuálním vzdělání v domácím prostředí může rodič přizpůsobit učební plán tak, aby umožnil maximální rozvoj dítěte. Rodiče mohou využít své schopnosti a dovednosti a najít techniky k nejefektivnější výuce. Individuálně si přizpůsobit tempo výuky. Nepotřebují se přesouvat do další lekce, dokud jejich dítě nezvládlo předchozí. Dítě se může bez ostychu zeptat na všechny otázky, které chce, a nemusí se obávat, že zpomalí třídu.

Jednotlivci s Downovým syndromem se stále více integrují do společnosti a komunitních organizací, jako jsou školy, systémy zdravotní péče, pracovní síly a sociální a rekreační aktivity. Jednotlivci s Downovým syndromem mají různé stupně kognitivního opoždění, od velmi mírného až těžkého. Většina lidí s Downovým syndromem má kognitivní opoždění, která jsou mírná až středně těžká.

Kvůli pokrokům v oblasti zdravotnictví žijí lidé s Downovým syndromem déle než kdykoli předtím. V roce 1910 se očekávalo, že děti s Downovým syndromem přežijí do věku devíti let. S objevem antibiotik se průměrný věk přežití zvýšil na 19 nebo 20. V současné době s nedávným pokrokem v klinické léčbě, zvláště korektivní srdeční operace, až 80 % dospělých s Downovým syndromem dosahuje věku 60 let a mnozí žijí ještě déle. Stále více lidí vnímá a přijímá jednotlivce s Downovým syndromem, čímž se zvyšuje potřeba rozšířeného veřejného vzdělávání a přijetí.

Obecně platí, že výzkumná literatura, která zkoumala metody vzdělávání rodičů, byla poněkud rozsáhlejší a systematičtější než práce, která se zabývala důsledky výchovy dětí s Downovým syndromem na kvalitu rodinného života. Jednou z běžných nedostatků v řadě studií dopadu stresu na rodinné prostředí je neschopnost zahrnout dvě srovnávací skupiny, jedna z typicky se rozvíjejících dětí stejné úrovně vývoje a druhá u dětí s jiným postižením. Obě tyto skupiny jsou důležité, protože jakékoliv znevýhodnění či postižení dítěte citelně postihuje rodiče a pravděpodobně ovlivní kvalitu rodinného života. Mohl by být například vytvořen prokazatelný výzkum, který zkoumá, jak ovlivňuje

socioekonomický stav odolnost vůči stresu, jaké formy podpory a školení jsou užitečné, kdy a pro koho jsou nejúčinnější způsoby poskytování podpory a služeb. Máme – li plně zhodnotit dopad mentálního postižení na rodiny a stát se odborníky na individuální vzdělávání s pomocí rodičů, musíme pochopit různé přístupy. Výzkum také nevěnoval dostatečnou pozornost interakcím mezi dětskými faktory – jako je míra kognitivních schopností.

Rodiče dětí s Downovým syndromem hrají v jejich životě nezastupitelnou roli. Často jsou prvními, kdo se musí smířit s vývojovým problémem, vzdorovat svým obavám, dokud nedostanou konečnou diagnózu a nenajdou nebo nevyvinou vhodnou pomoc a podporu pro své dítě. Jakmile naleznou vhodný program, jsou rodiče obvykle aktivními partnery ve vzdělávání svého dítěte. Snaží se dovednosti získané ve vzdělávacím programu domácího prostředí aplikovat do běžných životních situací. Jako členové týmu individualizovaného vzdělávacího plánu mohou být rodiči aktivními učiteli pro dítě, kteří zajistí, aby se vzdělávací proces uskutečnil odpovídajícím způsobem.

Cíle vzdělávání musí být založeny na plánovaném konkrétním chování. Jednou z otázek, která se opakovaně objevuje, a to jak na teoretické, tak i na praktické úrovni, je to, jak specifický vztah musí být mezi dlouhodobým cílem a chováním zaměřeným na intervenci. Některé cílené dovednosti, například nácvik na toaletu nebo získání funkčního mluveného jazyka, poskytují okamžitě zřetelné praktické výhody pro dítě a jeho rodinu. Nicméně v mnoha dalších případech se používají k strukturování toho, co je dítě vyučováno, a případným nezávislým, společensky odpovědným fungováním dítěte, jsou mnohem méně zřejmé. To platí zejména u dětí předškolního věku, u nichž hra a manipulace s hračkami jsou primárními metodami učení a vztahují se k ostatním dětem. Je důležité, aby školy uznaly, že rodiče potřebují jak počáteční školení, tak průběžnou podporu při odstraňování potíží, při jejich úsilí o domácí učení. Jednoduché poskytování základního výcvikového kurzu ve vyučovacích principech je často nedostatečné, aby zajistilo dlouhodobou schopnost mnoha rodičů vyřešit nové problémy.

Downův syndrom je celoživotní stav. Nabízená podpora a služby na počátku života často pomáhají dětem a dětem s Downovým syndromem zlepšit své fyzické a intelektuální schopnosti. Většina těchto služeb se zaměřuje na pomoc dětem s Downovým syndromem rozvíjet jejich plný potenciál. Tyto služby zahrnují řeč, zaměstnání a podpůrnou terapii

a jsou typicky nabízeny prostřednictvím programů včasné intervence. Děti s Downovým syndromem mohou také potřebovat zvláštní pomoc doma nebo pozornost ve škole, ačkoli mnoho dětí je integrováno či vzděláváno individuální formou. Proto je potřeba tyto děti nepřehlížet a brát je jako součást našeho života.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

BARTOŇOVÁ, Miroslava, Barbora BAZALOVÁ a Jarmila PIPEKOVÁ, 2007. *Psychopedie: texty k distančnímu vzdělávání*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-161-4.

ČERNÁ, Marie, 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 78-80-246-3071-7.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA, 2008. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-014-0.

VÍTKOVÁ, Marie, 2007. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I.*: Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-163-8.

JANKOVSKÝ, Jiří, 2006. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-730-5.

KLÍMOVÁ, Marta, 1987. *Teorie a praxe výchovného poradenství: celostátní vysokoškolská učebnice pro studenty skupiny studijních oborů 76 Učitelství na pedagogických a filozofických fakultách*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

MARKOVÁ, Zdeňka a Ljuba STŘEDOVÁ, 1987. *Mentálně postižené dítě v rodině*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. Knižnice speciální pedagogiky.

VÍTKOVÁ, Marie, ed., 2004. *Integrativní školní (speciální) pedagogika: základy, teorie, praxe: učební text k projektu "Integrované poradenství pro znevýhodněné osoby na trhu práce v kontextu národní a evropské spolupráce"*. Vyd. 2. Brno: MSD. ISBN 80-86633-22-5.

SVOBODA, Mojmir, 2010. *Psychologická diagnostika dospělých*. Vyd. 4., V nakl. Portál 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-706-0.

ŠVARCOVÁ, Iva, 2011. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

OPATŘILOVÁ, Dagmar, ed., 2006. *Pedagogicko-psychologické poradenství a intervence v raném a předškolním věku u dětí se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3977-9.

PUESCHEL, Siegfried M, 1997. *Downův syndrom: pro lepší budoucnost: metodická příručka pro rodiče*. Praha: Tech-market. ISBN 80-86114-15-5.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER, 2013. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH, 2018. *Mentální postižení*. 2., přepracované a aktualizované vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-0378-2.

Seznam použitých zahraničních zdrojů

AMUNDSON, Ronald, 2000. *Against Normal Function. Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences*, 31: 33-53.

BRISTOL, M.M., J. J. GALLAGHER, and E. SCHOPLER 1988. *Mothers and fathers of young developmentally disabled and non-disabled boys: Adaptation and spousal support*. *Developmental Psychology* 24:441–451.

DITTMANN, Jürgen 1995: *Versprecher und Sprachproduktion*. In: *Sprachproduktionsmodelle. Neuro- und psycholinguistische Modelle zur menschlichen Spracherzeugung*. Hg. Gerhard Blanken, Jürgen Dittmann, Claus-W. Wallesch. Freiburg/Br.: HochschulVerlag, 35–82.

GALLAGHER, J.J. 1991 *The family as a focus for intervention*. In *Handbook of Early Childhood Interventions*, S. Meisels and J. Shonkoff, eds. Cambridge MA: Cambridge University Press.

HARRIS, S.L. 1983 *Families of the Developmentally Disabled: A Guide to Behavioral Intervention*. Elmsford, NY: Pergamon Press.

KOEGEL, R. L., L. SCHREIBMAN, L M. LOOS, H. DIRLICH-WILHELM, G. DUNLAP, F. R. ROBBINS, and A. J. PLIENIS, 1992. *Consistent stress predictors in mothers of children with autism*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 22:205–216.

KONSTANTAREAS, M.M., S. HOMATIDIS, and C.M.S. PLOWRIGHT, 1992. *Assessing resources and stress in parents of severely dysfunctional children through the Clarke modification of Holroyd's questionnaire on resources and stress*. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 22:217–234.

LOBATO, D. *Brothers, sisters, and special needs: Information and activities for helping young siblings of children with chronic illnesses and developmental disabilities*. Baltimore: P.H. Brookes Publishers, 1990

LOVAAS, O.I., R. KOEGEL, J. Q. SIMMONS, and J. S. LONG, 1973. *Some generalization and follow-up measures on autistic children in behavior therapy*. *Journal of Applied Behavior Analysis* 6:131–166.

OZONOFF a CATHCART, 1998. *Effectiveness of a Home Program Intervention for Young Children with Autism*

PFEIFFER, David, 2000. *The Disability Paradigm*. Disability Policy: Issues and Implications for the New Millennium – A Report on the 21st Mary E. Switzer Memorial Seminar, Held September 1999, edited by L. Robert McConnell and Carl E. Hansen. Alexandria, VA: National Rehabilitation Association, 81–82.

SEZNAM ZKRATEK

- ChV Chronologický věk
IQ Inteligenční kvocient
MV Mentální věk

SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Seznam obrázků

Obrázek 1 – Statistické informace o sběru dat.....	37
--	----

Seznam tabulek

Tabulka 1 – Hodnoty IQ	13
Tabulka 2 – Pohlaví	38
Tabulka 3 – Stupeň mentálního postižení	39
Tabulka 4 – Stupeň vzdělávání	40
Tabulka 5 – Hlavní důvody pro volbu domácího vzdělávání	41
Tabulka 6 – Podpora okolí.....	42
Tabulka 7 – Výhody domácího vzdělávání	43
Tabulka 8 – Nevýhody domácího vzdělávání.....	44
Tabulka 9 – Vzdělávající osoba.....	45
Tabulka 10 – Vliv vzdělání vyučujícího ovlivňuje kvalitu vzdělávání	46
Tabulka 11 – Dostatečná úroveň individuálního domácího vzdělávání	47
Tabulka 12 – Zájem ve spádové škole.....	48
Tabulka 13 – Hodnocení komunikace	49

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – ŠVP.....	I
Příloha B – Dotazník.....	IX

PŘÍLOHY

Příloha A – ŠVP

Základní škola Vodňany, nám. 5. května 104 - Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání

Zpracovaný podle Rámcově vzdělávacího programu pro základní vzdělávání – upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením

ZÁKLADNÍ ŠKOLA PRAKTICKÁ

1. IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE

Název ŠVP

Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání – ZŠ praktická
Základní škola Vodňany, nám. 5. května 104

Předkladatel a zřizovatel

Název školy: Základní škola, Vodňany, nám. 5. května 104

Identifikátor zařízení: 600 022 617

IČO 70520208

Právní forma: příspěvková organizace

Ředitel školy: Mgr. Jaroslav Klimeš

Koordinátor ŠVP: Mgr. Lucie Šnajdarová

Sídlo školy: náměstí 5. května 104/II, 389 01 Vodňany

tel.: 383 382 624

e-mail: zs-5kvetna@vodnany.cz

Zřizovatel školy: Jihočeský kraj se sídlem v Českých Budějovicích,
U Zimního stadionu 1952/2, 370 76 České Budějovice
IČO: 70890650

Studijní forma vzdělávání

Školní vzdělávací program pro základní vzdělávání upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením se realizuje denní studijní formou vzdělávání.

Platnost dokumentu

Školní vzdělávací program platí od: 1.9.2007

Ve Vodňanech dne 20. června 2007

Mgr. Jaroslav Klimeš, ředitel školy

2. CHARAKTERISTIKA ŠKOLY

Základní škola Vodňany, nám. 5. května vykonává činnost základní školy praktické, základní školy speciální a školní družiny. Je školo samostatně zřízenou pro žáky se zdravotním postižením. Poskytuje pomocí speciálních metod, prostředků a forem výchovu a vzdělávání žákům mentálně postiženým a s více vadami.

Škola poskytuje základní vzdělávání, které vede k tomu, aby si žáci osvojili potřebné strategie učení a na jejich základě byli motivováni k celoživotnímu učení, aby se učili tvořivě myslet a řešit přiměřené problémy, účinně komunikovat a spolupracovat, chránit své fyzické i duševní zdraví, vytvořené hodnoty a životní prostředí.

Základní vzdělávání poskytuje také speciálně pedagogickou péči žákům se speciálními vzdělávacími potřebami.

Ukončením vzdělávacího programu základního vzdělávání v základní škole speciální získá žák základy vzdělání.

Ve školní družině škola poskytuje zájmové vzdělávání žákům školy a organizuje zájmové vzdělávání především pro účastníky přihlášené k pravidelné denní docházce.

Úplnost a velikost školy, vybavení školy

Školu navštěvují žáci 1. až 9. postupného ročníku, vyučování je organizováno v šesti třídách ZŠ praktické a jedné třídě ZŠ speciální. Nejvyšší možná kapacita školy je 75 žáků. Kapacita školní družiny je 40 žáků.

Materiální podmínky jsou dobré. Školu tvoří uzavřený areál se školním pozemkem a atriovým dvorem. Součástí pozemku je skleník, ve kterém se žáci učí v rámci pracovního vyučování pěstovat vlastní sadbu zeleniny a květin. Budova, ve které škola

sídlí, nemá vlastní školní jídelnu. Žákům i zaměstnancům bylo umožněno stravování ve školní jídelně ZŠ Alešova Vodňany.

Školní budova byla postavena v roce 1990 a je v dobrém stavu. V roce 1993 bylo zrekonstruováno její staré křídlo. Pro potřeby ZŠ speciální zde byla vybudována učebna. Budova má vlastní plynovou kotelnu s poloautomatickým provozem.

Škola má k dispozici 7 učeben, 5 kabinetů, sborovnu a ředitelnu. Vedle toho má odborné pracovny. PC učebnu s e sedmi počítači s připojením na internet, dřevodílnu a kovodílnu se strojovnou, tělocvičnu a cvičnou kuchyňku. Ve starém křídle školy byla zřízena keramická dílna vybavená pecí a keramickým kruhem, využívaná jako doplněk výuky VV. Ve školním roce 2002–2003 byl zaveden pro zájemce vyšších ročníků nepovinný předmět keramické práce. Školní družina má samostatnou místnost.

Vybavení pomůckami je dostatečné a průběžně je doplňováno podle finančních možností školy a požadavků na modernizaci výuky. Škola je vybavena nábytkem dle současných hygienických požadavků a audiovizuální technikou. Všechny třídy jsou vybaveny jednomístnými nastavitelnými lavicemi a židlemi.

Pedagogický sbor

Pedagogický sbor je tvořen třídními učiteli jednotlivých tříd a dále učiteli bez třídnictví. Osmdesát procent učitelů má speciálně pedagogickou kvalifikaci

Ve školní družině pracuje jedna vychovatelka, rovněž se speciálně pedagogickou kvalifikací.

Ve škole pracuje výchovný poradce a metodik sociálně patologických jevů a správce ICT. Všichni učitelé se a průběžně vzdělávají formou studia nebo kurzů a seminářů. Rovněž absolvovali potřebná školení práce s PC.

Charakteristika žáků

Ve škole se vzdělávají žáci se zdravotním postižením, převážně s mentálním a kombinovaným, kteří se nemohou vzhledem ke svému postižení úspěšně vzdělávat v běžné základní škole.

Spolupráce školy a její aktivity

Škola spolupracuje se Speciálně pedagogickým centrem pro mentálně postižené Strakonice, poskytuje mu ve své budově jednu místnost pro práci s dětmi školy a regionu. Podle potřeby spolupracuje i s PPP Strakonice, Písek, České Budějovice a Prachatice.

Mezi každoroční akce školy patří mikulášská besídka, maškarní diskotéka, oslavy dne dětí, beseda s gynekoložkou pro žákyně vyšších ročníků, pravidelné návštěvy divadel a jiných kulturních akcí pořádaných v KD, účast ve sportovních soutěžích. Během roku jsou pořádány exkurze a výlety v návaznosti na výuku.

Škola se snaží navazovat co nejtěsnější spolupráci s rodiči. Rodiče mohou kdykoli navštívit po vzájemné dohodě s vyučujícím školu, v době akcí pro veřejnost (škola pořádá besídky, sportovní a zábavné akce, výstavy apod.). Ve škole pracuje školská rada.

3. CHARAKTERISTIKA ŠVP

Zaměření školy, cíle vzdělávání

Škola je zaměřená na rozvíjení osobnosti žáků s mentálním postižením, na poskytování vědomostí, dovedností a návyků, které uplatní žáci v praktickém životě. Zohledňujeme rozdílnost rozumových schopností žáků i odlišnost prostředí, ze kterého k nám žáci přicházejí (přímo z rodiny, z mateřské školy, ze speciální mateřské školy, při neúspěchu v běžné základní škole).

To, aby se žáci dokázali v budoucnosti integrovat ve společnosti, stali se úspěšnými na trhu práce, dokázali se orientovat a úspěšně zapojit v praktickém životě a sociálních kontaktech, je prvořadým cílem naší práce.

Výchovné a vzdělávací strategie

Základem práce je individuální přístup k žákům a dobrá znalost jeho postižení. Na základě toho lze volit nejvhodnější metody a postupy vzdělávání.

V 1.–3. ročníku, tj. v 1. období prvního stupně, se zaměřujeme na důkladné poznání osobnosti žáka, pomáháme mu při adaptaci, vytváříme kladný vztah ke školnímu prostředí a snažíme se o zachycení a rozvoj každého drobného pokroku v rozvoji jeho osobnosti. Upevňujeme u žáků základní hygienické návyky a vytváříme návyky sociální, vedeme žáky ke schopnosti komunikovat s okolím a srozumitelně se vyjadřovat. Ve 2.

období prvního stupně, tj. ve 4.–5. ročníku, si žáci upevňují nový osvojený styl práce a jsou vedeni k získávání sebedůvěry při práci ve škole.

Na druhém stupni se zaměřujeme na rozvoj žáků v oblasti poznávací, sociální, emocionální i volní. Rozvíjíme u žáků pracovní dovednosti, motorické a tvořivé schopnosti, vedeme je k pozitivnímu vztahu k práci. Učí se pracovat samostatně i v týmu. Žáci jsou vedeni k profesní orientaci podle svých schopností a zájmů tak, aby se dobře integrovali ve společnosti. Pomocí prvků činnostního učení ukazujeme žákům, jak získané vědomosti uplatní v praktickém životě.

Vedeme žáky k využívání informačních a komunikačních technologií, učíme je základům práce s osobním počítačem tak, aby si osvojili obsluhu počítače na elementární uživatelské úrovni.

Péče o žáky ze sociálně znevýhodněného prostředí

Škola se snaží poskytovat zvýšenou péči žákům pocházejícím ze sociálně znevýhodněného prostředí.

Za sociálně znevýhodněné žáky lze považovat zejména žáky:

- z rodin s nedostatečným materiálním zázemím (nízké příjmy, odkázanost na sociální síť, špatné podmínky bydlení apod.)
- příslušníky národnostních menšin nebo cizince s pobytem v ČR (jazykové potíže – porozumění, rozdílné kulturní zázemí apod.)
- z rodin se odlišným vztahem ke vzdělání (jiné priority, odlišný hodnotový systém, výrazná nespolečenská spolupráce rodičů se školou apod.)

V praxi většinou dochází k prolínání těchto skupin.

Cílem je, aby výsledky vzdělávání těchto žáků byly co nejméně ovlivněny zmíněnými faktory. K tomu slouží zejména:

- zvýšená míra využívání speciálně pedagogických metod
- zvýšený důraz na individuální práci, v případě dostatečných schopností vyšší náročnost
- v případě jazykového znevýhodnění možnost slovního hodnocení
- zvýšená spolupráce s rodinou v oblasti školního vzdělávání, pomáhat odstraňovat nedůvěru ve školu a jiné instituce
- spolupráce s odborem sociálních věcí a péče o dítě,

- pomoc rodinám při jednání s úřady při řešení jejich složité situace

K práci s těmito žáky a rodinami je třeba přistupovat s maximální ohleduplností a pomáhat překonávat jejich nedůvěru k institucím majoritní společnosti.

Klíčové kompetence

Úroveň klíčových kompetencí získaných na základní škole není konečná, ale tvoří základ pro další celoživotní učení a orientaci v každodenním praktickém životě. Vzhledem ke specifickým potřebám žáků s lehkým mentálním postižením je kladen důraz především na klíčové kompetence pracovní, sociální a personální a komunikativní.

Kompetence k učení – umožnit žákům osvojit si strategii učení a motivovat je pro celoživotní učení.

- Motivovat k učení – ve vztahu k pracovnímu uplatnění
- Využívat naučené metody, způsoby učení, včetně mnemotechnických pomůcek a jiné pomocné techniky
- Pracovat s učebnicemi, učebními materiály a učebními pomůckami
- Vyhledávat a využívat informace v praktickém životě /knihovna, internet, příručky, knihkupectví/
- Chápat obecně používané termíny, znaky a symboly
- Uvědomovat si význam vzdělání v kontextu s pracovním uplatněním
- Rozšiřovat své znalosti, snaha zdokonalovat se v rámci svých individuálních možností

Kompetence k řešení problémů – podněcovat žáky k tvořivému myšlení, logickému uvažování a k řešení problémů.

- Uvědomění si problému a jak problém následně řešit
- Přijmout následek svého rozhodnutí jako řešení problému
- V případě nezvládnutí problému, umět požádat o radu nebo přijmout pomoc
- Zvládat samostatně běžné životní situace, přiměřeně k okolnostem
- Umět čelit nezdaru a nevzdávat se hned /nepodceňovat se, nepřeceňovat se, nenechat se odradit/
- Uvědomit si zodpovědnost za svá rozhodnutí

Kompetence komunikativní – vést žáky k všestranné a účinné komunikaci.

- Vyjadřovat se srozumitelně v ústním projevu a umět vést dialog

- Umět naslouchat bez přerušení mluvčího
- Rozumět obsahu sdělení a přiměřeně na něj reagovat
- Využívat tištěné informace k rozvoji vlastních vědomostí, rozumět běžně užívaným textům, záznamům a obrazovým materiálům
- Využívat pro komunikaci běžné informační a komunikační prostředky, nepoužívat při rozhovoru nevhodná slova, držet se myšlenky
- Umět porozumět určitému sdělení a přiměřeně na ně reagovat
- Umět využívat v komunikaci informační a komunikační prostředky /obrazové, zvukové materiály, elektronická pošta/
- Zvládat jednoduchou formu písemné komunikace – napsat dopis
- Vyjadřovat své názory a postoje a umět vhodnou formou obhájit svůj názor
- Mít pozitivní vztah k mateřskému jazyku, uvědomovat si význam řečových schopností, myšlení, emocionálního a estetického vnímání

Kompetence sociální a personální – rozvíjet u žáků schopnost spolupracovat a respektovat práci a úspěchy vlastní i druhých.

- Posilovat své sebevědomí na základě poznání a pochopení vlastní osoby
- Mít povědomí o základních mravních hodnotách v rodině i ve společnosti a respektovat tyto hodnoty
- Uvědomit si jaké důsledky může mít nevhodné chování
- Uvědomit si nebezpečí psychického a fyzického zneužívání, nenechat se využívat
- Respektovat pravidla práce v týmu a svými pracovními činnostmi ovlivňovat kvalitu společné práce
- Navazovat a udržovat vztahy s vrstevníky, respektovat druhé lidi a snažit se upevňovat dobré mezilidské vztahy
- Posilovat sociální chování a sebeovládání a být vnímavý k potřebám postižených lidí

Kompetence občanské – připravovat žáky k tomu, aby se projevovali jako samostatné, svobodné a zodpovědné osobnosti, aby uplatňovali svá práva a naplňovali své povinnosti.

- Respektovat společenské normy, slušně se chovat, vystupovat
- Chránit své zdraví, uvědomovat si význam zdravého životního stylu, podílet se na ochraně životního prostředí

- Dokázat se chovat v krizových situacích i v situacích ohrožujících život a zdraví člověka podle pokynů kompetentních osob a uplatnit osvojené dovednosti a postupy
- Respektovat a dodržovat daná pravidla
- Naučit se komunikovat s úřady /vyplňování jednoduchých dotazníků/
- Uvědomovat si problém rasismu /i obráceného/

Kompetence pracovní – pomáhat žákům poznávat a rozvíjet své schopnosti i reálné možnosti a uplatňovat je spolu s osvojenými vědomostmi a dovednostmi při rozhodování o vlastní životní a profesní orientaci.

- Zvládat základní pracovní dovednosti, operace a postupy, rozšiřovat své komunikační schopnosti při kolektivní práci
- Dodržovat zásady bezpečnosti, ochrany zdraví, hygieny práce, ochrany životního prostředí a společenských hodnot a uplatňovat je při pracovních činnostech
- Schopnosti pracovní výdrže, koncentrace na pracovní výkon a jeho dokončení, pozitivnímu vztahu k manuálním činnostem, umět kvalitně dokončit práci
- Umět se orientovat v jednoduché technické dokumentaci
- Reálně posoudit výsledek své práce i práce ostatních, porovnat výsledky
- Znat náplň konkrétních pracovních činností běžných profesí a vytvoření si představy o možnostech svého budoucího pracovního uplatnění

Příloha B – Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím chvilku Vašeho času vyplnění dotazníku, který slouží pro získání dat k mé bakalářské práci. Dotazník je určen rodičům dětí s Downovým syndromem a mentálním postižením, které jsou vzdělávány individuální formou (v domácím prostředí).

1. Vaše dítě je
 - a) Chlapec
 - b) Dívka

2. Jaký stupeň postižení se kromě Downova syndromu týká Vašeho dítěte?
 - a) Lehké mentální postižení
 - b) Středně těžké mentální postižení
 - c) Těžké mentální postižení

3. Na jakém stupni ZŠ se vzděláváte?
 - a) 1.stupěň
 - b) 2.stupeň

4. Vepište prosím hlavní důvod, proč jste se rozhodli pro individuální vzdělávání
 - a) Zdravotní důvody
 - b) Sociální důvody
 - c) Kvůli přístupu učitelů
 - d) Chci, aby se moje dítě vzdělávalo v klidném prostředí a bez stresu

5. Cítíte podporu pro Vámi zvolený způsob vzdělávání z Vašeho okolí?
 - a) Ano
 - b) Ne

6. Jaké jsou podle Vás hlavní výhody individuálního (domácího) vzdělávání?
 - a) Mohu volit vhodné a alternativní metody
 - b) Vlastní tempo

- c) Prohlubující se vztahy v rodině
 - d) Mohu své dítě podporovat v oblastech jeho silných stránek
7. Jaké jsou podle Vás hlavní nevýhody individuálního (domácího) vzdělávání?
- a) rodiče nesou zodpovědnost za vzdělání svých dětí
 - b) nejistota, pochybnosti, zdali postupujeme správně
 - c) malá finanční podpora státu
 - d) nutná celková sebekázeň a důslednost vyučujícího
 - e) jeden z rodičů musí obětovat karierní život
8. kdo Vaše dítě vzdělává?
- a) Někdo z rodiny
 - b) Externí učitel
 - c) Někdo jiný
9. Myslíte si, že vzdělání vyučujícího ovlivňuje kvalitu vzdělání Vašich dětí?



Ano



Možná



Ne

10. Je úroveň individuálního vzdělávání dostatečná?

	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Neutrálně	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Vaše dítě je dobře připraveno na své příští vzdělávání, profesní přípravu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Individuální vzdělávání připravuje Vaše dítě na řešení otázek a problémů, kterým bude čelit v budoucnu.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Individuální školní programy jsou dostatečně rozsáhlé, aby obsáhly potřeby vzdělání Vašeho dítěte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Cítíte se ve vaší spádové škole vítán/a?



Ano



Ne

12. Jak byste ohodnotil/a komunikaci školy s rodiči?

	Rozhodně souhlasím	Souhlasím	Neutrálně	Nesouhlasím	Rozhodně nesouhlasím
Názor rodiče je důležitý - při některých rozhodnutích vydávaných školou.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rodičům se dostávají potřebné informace a podpora.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Luboš Smolík

Obor: Speciální pedagogika vychovatelství

Forma studia: kombinovaná

Název práce: Výchova a vzdělávání mentálně postiženého jedince s Downovým syndromem v domácím prostředí

Rok: 2019

Počet stran textu bez příloh: 49

Celkový počet stran příloh: 12

Počet titulů českých použitých zdrojů: 13

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 11

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: prof. PhDr. Miloslav Kodým, CSc.