



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Integrace dětí s Downovým syndromem do společnosti

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA – VYCHOVATELSTVÍ

Autor: Eva Křížáková

Vedoucí práce: doc. PhDr. Jana Šemberová, CSc.

České Budějovice 2017

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem Integrace dětí s Downovým syndromem do společnosti jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 2. 5. 2017

.....

Eva Křížáková

Poděkování

Chtěla bych poděkovat doc. PhDr. Janě Šemberové, CSc. za odborné vedení a trpělivost při zpracování této bakalářské práce. Dále bych ráda poděkovala učitelkám, které mi poskytly cenné informace potřebné k výzkumné části mé práce. Děkuji také mé rodině za podporu při studiu.

Integrace dětí s Downovým syndromem do společnosti

Abstrakt

Cílem této bakalářské práce je přiblížit problematiku začleňování dětí s Downovým syndromem do společnosti a do vzdělávacího procesu. Cíl je dosažen teoretickým vymezením Downova syndromu a metodou pozorování žáků s Downovým syndromem v průběhu vyučování spolu s rozhovory s učiteli.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a na část praktickou. Teoretickou část tvoří celkem 2 kapitoly.

První kapitola vymezuje pojem, klasifikaci, příčiny mentální retardace a popisuje charakterové a psychické zvláštnosti u jedinců s mentální retardací. Dále ukazuje vývoj přístupů společnosti k lidem s mentálním postižením a vznik lidských práv.

Druhá kapitola se zabývá příčinami vzniku Downova syndromu a jeho charakteristickými rysy. V podkapitolách se nacházejí možnosti speciálního i integrativního (inkluzivního) vzdělávání dětí s Downovým syndromem. V rámci vzdělávání jsou vymezeny speciální vzdělávací potřeby, stupně a druhy podpůrných opatření.

V praktické části jsou vymezeny cíle, výzkumný problém, výzkumné otázky a metody sběru dat kvalitativního výzkumu.

Výzkumná část se uskutečnila na základních školách speciálních v Českých Budějovicích. Výzkumnou metodou bylo pozorování a rozhovory s učiteli, doplněné případovou studií. Získané výsledky byly konfrontovány s uvedenými výzkumy v teoretické části a vyústily v závěr, že integrace dětí s Downovým syndromem do běžné základní školy není vhodná. Žáci potřebují dostatek času na vypracování úkolů a menší kolektiv dětí kolem sebe, což jim běžná škola neposkytne. V závěru lze také říci, že děti s Downovým syndromem navazují bezproblémové sociální vztahy se svým okolím.

Klíčová slova

Integrace; inkluze; Downův syndrom; mentální retardace; vzdělávání

Integration of children with Down syndrome into society

Abstract

The purpose of this bachelor thesis is to approach the issue of inclusion of children with Down syndrome into the society and the educational process. The objective has been achieved by theoretical definition of Down syndrome and using the method of observation of pupils with Down syndrome during curriculum as well as teacher interviewing.

The bachelor thesis is divided into a theoretical and a practical part. The theoretical part is formed by two chapters.

The first one defines the notion, classification and reasons of mental disability and describes the character and mental features of individuals with a mental impairment. Additionally, it demonstrates the development of approaches towards people with mental disabilities and establishment of human rights.

The second chapter handles the causes of Down syndrome and its distinctive features. Alternatives of special as well as inclusive education of children with Down syndrome are mentioned in the subsections. Special educational needs are defined as well as types of supportive measures.

In the practical part, objectives, research issue and questions as well as methods of qualitative research data collection are defined.

The research part was performed at special primary schools in České Budějovice. The research method was observation and teacher interviews, supplemented by a case study. The gathered outcomes were confronted with the above mentioned research within the theoretical part and came to a conclusion that integration of children with Down syndrome into a common primary school is not appropriate. The pupils need sufficient time to complete their tasks and be accompanied by a small group of children, which a common school cannot provide. In conclusion, it is possible to say that children with Down syndrome are able to socialise with their surroundings without any difficulties.

Key words

Integration; inclusion; Down syndrome; mental disability; education

Obsah

Teoretická část

| | |
|---|----|
| 1. Mentální retardace..... | 9 |
| 1.1 Psychopedie..... | 9 |
| 1.2 Vymezení pojmu mentální retardace | 9 |
| 1.3 Klasifikace mentální retardace | 11 |
| 1.4 Lehká mentální retardace (F 70) | 11 |
| 1.5 Středně těžká mentální retardace (F 71)..... | 12 |
| 1.6 Těžká mentální retardace (F 72)..... | 13 |
| 1.7 Hluboká mentální retardace (F 73) | 13 |
| 1.8 Jiná mentální retardace (F 78)..... | 14 |
| 1.9 Nespecifikovaná mentální retardace (F 79) | 14 |
| 1.10 Etiologie mentální retardace | 15 |
| 1.11 Psychické zvláštnosti jedinců s mentální retardací..... | 17 |
| 1.12 Vztah společnosti k osobám s mentální retardací | 21 |
| 2. Downův syndrom | 22 |
| 2.1 Historie | 22 |
| 2.2 Etiologie Downova syndromu | 22 |
| 2.3 Charakteristické rysy | 23 |
| 2.4 Vzdělávání dětí s Downovým syndromem | 24 |
| 2.4. 1. Speciální vzdělávání | 25 |
| 2.4. 2. Integrativní a inkluzivní vzdělávání | 27 |
| 2.4. 3. Speciální vzdělávací potřeby..... | 30 |
| 2.4. 4. Stupně podpůrných opatření..... | 31 |
| 2.4. 5. Poskytování podpůrných opatření prvního stupně | 31 |
| 2.4. 6. Poskytování podpůrných opatření druhého až pátého stupně..... | 32 |
| 2.4. 7. Druhy podpůrných opatření..... | 33 |
| 3. Metodika | 33 |
| 3.1 Cíl práce a dílčí cíle | 33 |
| 3.2 Metody a techniky výzkumu | 34 |
| 3.2.1 Zúčastněné pozorování..... | 34 |
| 3.2.2 Semistrukturovaný rozhovor | 34 |
| 3.2.3 Technika sběru dat | 35 |
| 3.3 Výsledky získaných dat | 36 |
| 4. Diskuse | 44 |

| | |
|---|-----------|
| 5. Závěr..... | 49 |
| 6. Seznam použitých zdrojů | 50 |
| Přílohy | 53 |
| Seznam zkratek | 59 |

Úvod

Downův syndrom je způsobený trizomií 21. chromozomu. To znamená, že každá buňka v těle obsahuje jeden chromozom navíc, takže místo 46 chromozomů je jich v každé buňce 47. Každý rok se rodí přibližně 1 dítě s Downovým syndromem ze 700–800 živě narozených dětí. V České republice připadá 1 dítě s Downovým syndromem na 1500 živě narozených dětí. Rizikovým faktorem, který autoři uvádějí, je věk matky nad 35 let a otců nad 50 let.

Mezi charakteristické rysy patří například menší hlava, výrazná šikmá kožní řasa ve vnitřním koutku oka, menší uši, úzké rty, krátké, široké končetiny, „opičtí“ rýha na dlani a mnoho dalších. Děti s Downovým syndromem často provází lehká až středně těžká mentální retardace.

Integrace dětí se zdravotním postižením se objevuje již od 90. let 20. století. Společnost se začala postupně měnit a rozvíjet. Zatímco v historii se tyto děti zavíraly do ústavů a byly zabíjeny, dnes existuje mnoho zařízení, které jim pomáhají při vzdělávání, začleňování mezi své vrstevníky a při získání zaměstnání. Integrace dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se postupně proměnilo v inkluzi, která je dnes aktuálním tématem. Integrace se týká i dětí s Downovým syndromem, kterou se bude zabývat tato bakalářská práce.

1. Mentální retardace

1.1 Psychopedie

Název je odvozen z řeckého „*psyché*“ = duše a „*paideia*“ = výchova. Psychopedie je nauka o zákonitostech rozvoje, výchovy a vzdělávání osob s mentálním postižením. Patří mezi humanitní a společenské obory (Černá et al., 2015).

Úzce spolupracuje s psychiatrií, neurologií, pediatrií, geriatrií, patopsychologií, vývojovou a obecnou psychologií (Černá et al., 2015).

Posláním psychopedie je odhalování zákonitostí speciální výchovy a aplikace těchto poznatků do celoživotního vzdělávání a pracovního uplatnění (Černá et al., 2015).

Splnění těchto poslání je velice významné, protože dává možnost definování podmínek sociálního začleňování jako procesu, jímž se jedinec stává platným členem společnosti (Černá et al., 2015).

Cílovou skupinou jsou lidé s mentální retardací. Hlavním cílem psychopedie je maximální možné dosažení individuálního rozvoje osobnosti, nalezení optimálního místa ve společnosti a vytvoření podmínek pro kvalitní život (Černá et al., 2015).

Úkoly psychopedie:

- a) odhalování zvláštností osobnosti jedince s mentálním postižením v souvislosti s jeho věkem, vývojem, výchovou, pracovním a společenským uplatněním
 - b) zkoumání podmínek speciální výchovy jedince s mentálním postižením jak předpokladu stanovení vzdělávacího obsahu a výukových strategií
 - c) vytváření speciálních edukačních, didaktických a terapeutických postupů
 - d) sledování historie oboru a péče o osoby s mentálním postižením
- (Černá et al., 2015)

1.2 Vymezení pojmu mentální retardace

Termín „*mentální retardace*“ byl zaveden Americkou společností pro mentální deficienci (American Association of Mental Deficiency – AAMD) ve 30. letech 20. století (Vítková et al., 2004). V roce 1983 vydalo UNESCO termín mentální retardace jako: „*Pojem mentální retardace se vztahuje k podprůměrnému obecně intelektuálnímu fungování osoby, která se stává zřejmým v průběhu vývoje a je spojeno a poruchami adaptačního chování. Poruchy v adaptaci se projevují pomalým tempem dospívání,*

sníženou schopností učit se a nedostatečnou sociální nepřizpůsobivostí“ (Černá et al., 1995, s. 13).

Širší a zastřešující pojem mentální retardace je mentální postižení, které vymezuje jedince s IQ pod 85. Mentální retardace vzniká do 2 let věku. Při poruše inteligence po druhém roce se jedná o demenci (Valenta et al., 2014).

Mentální retardace může být přítomná u psychiatrických diagnóz, někdy provází vývojové poruchy, jako je autismus a výjimečně se objevuje u specifických poruch učení a chování. Pokud je v kombinaci s jiným postižením, bývá mentální retardace dominantní. (Černá et al., 2015).

Mentální retardace je stav zastaveného či neúplného duševního vývoje, který je zvláště charakterizován narušením dovedností, projevujících se během vývojového období, přispívajících k celkové úrovni inteligence (Vítková et al., 2004).

Může vzniknout poškozením mozku, genetickými vadami, nemocemi a poškozením v prenatálním, perinatálním či postnatálním období (do 2 let života). Dále nedostatečnou, zanedbávající výchovou v rodině či nedostatečně podnětným sociálním prostředím (Vítková et al., 2004).

Důležité je zajistit včasnou diagnostiku a stanovit diagnózu postižení. Diagnostikou se musí zabývat tým pracovníků (lékaři, psychologové, speciální pedagogové). Důležité je dlouhodobé pozorování dítěte (Vítková et al., 2004).

Mentální retardace dle Švarcové (2010) je trvalé snížení rozumových schopností, které vzniklo v důsledku organického poškození mozku. Nejedná se o nemoc, ale o trvalý stav.

Podle Valenty et al. (2014, s. 24) je mentální retardace *„Vývojová duševní porucha se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních (poznávacích), řečových, pohybových a sociálních schopností“*

V české odborné literatuře se užívalo mnoho různých označení pro mentální retardaci (např. duševně postižení, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, duševně defektivní, rozumově postižení, slabomyslní atd.).

Změna se neprojevuje jen v terminologii mentálního postižení, ale i v označování osob. Místo pojmu *„mentálně postižený“* se užívá *„osoba, člověk s mentálním postižením.“*

Tím se vyjadřuje skutečnost, že lidé se mentálním postižením jsou lidské bytosti, osobnosti a individuality, přičemž na druhém místě je mentální postižení (Černá et al., 1995).

1.3 Klasifikace mentální retardace

Mentální retardaci lze rozdělit podle hloubky postižení na čtyři stupně. Kritériem členění je inteligenční kvocient (IQ), který je naměřený psychologickými testy:

- a) F 70. lehká mentální retardace (IQ 50-69)
- b) F 71. středně těžká mentální retardace (IQ 35-49)
- c) F 72. těžká mentální retardace (IQ 20-34)
- d) F 73. hluboká mentální retardace (IQ pod 20)
- e) F 78. jiná mentální retardace
- f) F 79. nespecifikovaná mentální retardace

(Valenta et al., 2012)

Mentální retardace patří do oboru psychiatrie, proto má označení písmenem F. Je označovaná F70-F79 a toto označení je považováno za základní kód (Vítková et al., 2004). Za stupeň postižení se přidává tečka s číslicí, která vyjadřuje stupeň postiženého chování:

- a) 0 – žádné či minimálně postižené chování (Downův syndrom)
- b) 1 – výrazně postižené chování
- c) 8 – jiná postižení chování
- d) 9 – bez zmínky o postižení chování

1.4 Lehká mentální retardace (F 70)

IQ u lehké mentální retardace se pohybuje mezi 50 a 69. Tito jedinci jsou schopní uvažovat na úrovni dětí středního školního věku Fischer et al., 2014). Může být způsobena sociokulturní deprivací, nedostatkem stimulace či fyzickým a ekonomickým strádáním (Vítková et al., 2004).

Psychomotorický vývoj zaostává již od kojeneckého věku (Zvolský, 1996). Okolo třetího roku bývá opožděn asi o jeden rok. Nejnápadnější problémy se objevují mezi třetím a šestým rokem. Je opožděná jemná a hrubá motorika a objevují se poruchy pohybové koordinace (Vítková et al., 2004).

Pozornost je krátkodobá, nestálá či ulpívavá. Myšlení je jednoduché, konkrétní, stereotypní, rigidní, nesamostatné, nepřesné a projevuje se neschopností dosáhnout přiměřené úrovně rozvoje logického myšlení. Paměť je mechanická (Vítková et al., 2004). Respektují některá pravidla logiky, ale nejsou schopni abstraktně myslet (Fischer et al., 2014).

Řeč bývá opožděná o 1 až 2 roky v porovnání s normou, je na úrovni zobecňování a abstrahování. Bývá poškozená v oblasti porozumění řeči, slovní zásobě, gramatické stavbě a výslovnosti. Přetrvávají agramatismy, neobratná artikulace a častá dyslálie. (Vítková et al., 2004).

Děti se většinou vzdělávají v základní škole praktické. Ve starším věku jsou schopny zvládnout vyučení v jednoduchých učebních oborech v odborném učilišti nebo zácvik na jednoduché pracovní činnosti v praktické škole (Vítková et al., 2004).

V emocionální oblasti se objevuje citová nezralost, neadekvátnost citů vzhledem k podnětům, nízká sebekontrola a značná sugestibilita (Vítková et al., 2004).

V sociokulturním prostředí, kde se klade menší důraz na teoretické znalosti, nemusejí mít osoby s lehkou mentální retardací vážnější problémy. Obtížně se přizpůsobují kulturním tradicím, normám a očekáváním (Vítková et al., 2004).

Tato skupina tvoří 80 % všech osob s mentální retardací (Fischer et al., 2014).

V dospělosti jsou lidé schopni pracovat a úspěšně udržovat sociální vztahy (Vítková et al., 2004).

1.5 Středně těžká mentální retardace (F 71)

IQ se u středně těžké mentální retardace pohybuje mezi 35 a 49. U těchto jedinců lze myšlení přirovnat k předškolním dětem (Fischer et al., 2014). Příčinou bývá chromozomální aberace, trauma, infekce organismu a centrální nervové soustavy (Vítková et al., 2004).

Psychomotorický, řečový a rozumový vývoj je opožděn. Opoždění přetrvává do dospělosti. Vývoj jemné a hrubé motoriky je zpomalen, přetrvává celková neobratnost, nekoordinovanost pohybů a neschopnost jemných úkonů (Vítková et al., 2004).

Mentální retardaci často provází epilepsie, neurologické a tělesné potíže. Učení je omezené, mechanické a je potřeba časté opakování (Fischer et al., 2014).

Myšlení je stereotypní, rigidní, nepřesné a ulpívající na nepodstatných, ale nápadných detailech. Paměť je mechanická s malou kapacitou. V řeči se objevují agramatismy a dyslálie přetrvává do dospělosti (Vítková et al., 2004).

Typická je emocionální labilita, nevyrovnanost, výbušnost a negativismus. Samostatnost v sebeobsluze je částečná, někdy je potřeba pomoci a dohledu po celý život. V dětském věku je vývojové opožďení, ale mnozí dospělí se dokážou vyvinout k určité hranici nezávislosti a soběstačnosti a dosáhnout přiměřené komunikace nebo školních dovedností. K práci a k činnostem ve společnosti dospělí potřebují různý stupeň podpory (Vítková et al., 2004).

Základní škola speciální, přípravný stupeň základní školy speciální a rehabilitační program základní školy speciální mohou poskytnout příležitost k rozvíjení omezeného potenciálu a k získání základních vědomostí a dovedností. Někteří žáci si osvojí základy čtení, psaní a počítání.

Důraz je kladen na zdokonalování sebeobsluhy a jednoduchých praktických činností (Vítková et al., 2004).

Zpravidla bývají plně mobilní a fyzicky aktivní. Většina lidí je schopna navazovat kontakty a komunikovat s ostatními.

Pracovní zařazení je možné pod dohledem na chráněných pracovištích. U některých osob je třeba zbavení svéprávnosti. Často jsou umístovány do ústavů sociální péče.

1.6 Těžká mentální retardace (F 72)

IQ u těžké mentální retardace se pohybuje v pásmu od 20 do 34. V dospělosti jsou tyto osoby schopny uvažovat na úrovni batolete (Fischer et al., 2014). Příčinami jsou poškození zárodečné buňky embrya, plodu a novorozence. Často se objevuje mikrocefalie a makrocefalie (Vítková et al., 2004).

Typická je náladovost a impulzivita. Horší koncentrace pozornosti a rozvoj komunikačních dovedností. Řeč bývá omezená na špatně artikulovaná slova, někdy vůbec nemluví.

Jedinci si mohou osvojit základní hygienické návyky a částečnou sebeobsluhu po dlouhodobějším tréninku, ale často bývají celoživotně závislí na péči jiné osoby (Fischer et al., 2014).

1.7 Hluboká mentální retardace (F 73)

IQ nejvýše dosahuje 20, což odpovídá mentálnímu věku pod 3 roky.

Řeč se nevyvíjí, neschopní vyjádřit své potřeby. Vydávají pouze neartikulované zvuky. Nerozumí neverbální komunikaci (Vítková et al., 2004).

Součástí těžké mentální retardace jsou neurologická nebo jiná tělesná postižení, která mají vliv na hybnost. U těchto jedinců způsobuje nesamostatnost a potřebu pomoci při pohybu, komunikaci a hygieně (Vítková et al., 2004).

Nejtěžší jsou pervazivní vývojové poruchy, zejména atypický autismus. Jedinci jsou omezení ve schopnosti porozumět požadavkům a instrukcím. Jsou často imobilní nebo výrazně omezení v hybnosti. Častá je inkontinence (Vítková et al., 2004).

Nejsou schopní základní sebeobsluhy, vyžadují komplexní péči jiných lidí a bývají umisťováni do ústavu sociální péče (Fischer et al., 2014).

1.8 Jiná mentální retardace (F 78)

Určení stupně mentální retardace není možné pomocí obvyklých metod z důvodu přidruženého senzorkého či somatického postižení. Jedná se o slepotu, hluchoněmotu, a těžké poruchy chování (Fischer et al., 2014).

1.9 Nespecifikovaná mentální retardace (F 79)

Je určeno, že jde o mentální retardaci, ale pro nedostatek znaků nelze jedince přesně zařadit do výše uvedených kategorií (Fischer et al., 2014)

Ve všech stupních mentální retardace je řeč vždy narušena a opožděna. To závisí na stupni, typu a formě mentální retardace.

U dětí bez mentální retardace začíná vývoj řeči předřečovými, přípravnými stádii, kdy si trénují mluvné orgány k řeči. Vlastní vývoj řeči začíná v jednom roce (Vítková et al., 2004).

Vznik řečových poruch a vad:

- a) sníženou mentální úrovní
 - b) opožděným motorickým vývojem
 - c) poruchami sluchu
 - d) nepodnětným prostředím
 - e) anomáliemi mluvních orgánů (deformace čelisti, chrupu, rozštěpy)
- (Vítková et al., 2004)

Nejčastější je dyslálie, což je porucha artikulace, která se vyznačuje tím, že je narušena výslovnost jedné hlásky nebo skupiny hlásek mateřského jazyka, zatímco ostatní hlásky jsou vyslovovány správně, dále huhňavost zavřená a otevřená.

Často se objevuje echolálie, zejména u dětí s dobrou napodobovací schopností. Jedná se o opakování slov po ostatních bez pochopení smyslu (Vítková et al., 2004).

1.10 Etiologie mentální retardace

Zvolský (1996, s. 157) uvádí nejčastějšími příčinami vzniku mentální retardace:

- a) dědičnost – intelektové schopnosti dítěte jsou výsledkem průměru intelektového nadání rodičů
 - lehká mentální retardace vzniká v důsledku zděděné inteligence a vlivu rodinného prostředí
- b) sociální faktory – snížení inteligence je způsobeno sociokulturní deprivací v rodině či v institucionální péči
 - objevuje se ve výchově v nižších sociálních vrstvách, v souvislosti se špatnými materiálními podmínkami, nestabilními rodinnými vztahy a špatnými bytovými podmínkami => tyto faktory bývají příčinou lehké mentální retardace
- c) další environmentální faktory – onemocnění matky během těhotenství, špatná výživa matky či kojence, úrazy, porodní trauma způsobují lehkou a těžší formy mentální retardace
- d) specifické genetické příčiny – chromozomální aberace, porucha sex chromozomu
- e) nespecificky podmíněné poruchy – 15 až 30 % příčin mentální retardace je neobjasněných

Valenta et al. (2014) rozlišuje mentální retardaci na příčiny:

- a) endogenní (vnitřní) – jde o genetické příčiny, které jsou v pohlavních buňkách
- b) exogenní (vnější) – vnější činitele působí od početí, v průběhu těhotenství, při porodu, po porodu a v raném dětství

Příčiny vzniku z časového hlediska:

- a) prenatální – dědičné, genetické příčiny
 - environmentální vlivy
 - zarděnky, kongenitální syfilis, toxoplazmóza, otrava olovem

- nedostatek plodové vody (oligohydromnion)
 - vrozené vady lebky a mozku (mikrocefalie, hydrocefalie)
 - b) perinatální – organické poškození mozku (encefalopatie)
 - hypoxie, asfyxie, předčasný porod
 - nízká porodní váha, novorozenecká žloutenka
 - c) postnatální – klíšťová encefalitida, meningitida, meningoencefalitida
 - nádory, traumata mozku, krvácení do mozku
 - alkoholové, epileptické demence, schizofrenie
- (Valenta et al., 2014)

Příčiny dle doby vzniku:

- a) vrozená mentální retardace – poškození, odchylná struktura či vývoj centrálního nervového systému v prenatálním, perinatálním nebo postnatálním období
 - b) získaná mentální retardace – nazývaná jako demence
 - jde o proces zastavení, rozpadu mentálního vývoje, který je zapříčiněn pozdější poruchou, nemocí či úrazem mozku
 - nejčastější příčinou se uvádí zánět mozku, zánět mozkových blan, úrazy mozku, duševní poruchy a jiné
 - c) sociálně podmíněná mentální retardace – vzniká v důsledku působení vnějšího prostředí, kdy je nedostatečná stimulace prostředí dítěte
 - projevuje se opožděným vývojem řeči, myšlení, sociální adaptace
- (Vítková et al., 2004)

Dělení podle typu chování:

- a) eretické (verzatilní)
 - b) torpidní (apatické)
 - c) nevyhraněné
- (Vítková et al., 2004)

Současná klasifikace podle AAMR:

1. Prenatální
 - a) chromozomální aberace – Downův syndrom, Turnerův syndrom, syndrom fragilního X chromozomu
 - b) metabolické a výživové poruchy – fenylketonurie, Prader-Williho syndrom

- c) infekce matky – zarděnky syfilis, HIV, cytomegalovir, Rh inkompatibilita, toxoplasmóza
- d) podmínky prostředí – fetální alkoholový syndrom, užívání drog
- e) neznámé – anencefalie, hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus

2. Perinatální – nízká porodní hmotnost, nezralost

- a) neonatální komplikace – hypoxie, porodní úraz, klešťový, překotný, protražený porod

3. Postnatální

- a) infekce, otravy, intoxikace – otravy olovem, encefalitida, meningitida
- b) prostředí – zanedbávání dítěte, úrazy hlavy, podvýživa, deprivace
- c) onemocnění mozku – tuberkulózní skleróza

(Černá et al., 2015, s. 87)

Hlavní znaky mentální retardace

- a) vrozenost
- b) trvalost
- c) adaptační potíže

(Fischer et al., 2014)

1.11 Psychické zvláštnosti jedinců s mentální retardací

Celkové poškození neuropsychického vývoje osob s mentální retardací se odráží v poznávací, emocionální a volní složce, ovlivňuje adaptibilitu i chování. Psychika se vyvíjí i při nejtěžších stupních mentální retardace (Vítková et al., 2004).

L. S. Vygotskij dokázal, že duševní vývoj dětí s mentální retardací probíhá při stejných zákonitostech jako u dětí bez mentální retardace. Součástí je i závislost psychického vývoje na procesu učení. Lze tak říci, že učení je základní podmínkou psychického vývoje (Vítková et al., 2004).

U dětí s mentální retardací je oslabena potřeba poznávat okolní svět. To je způsobeno tím, že po narození dítěte mozková kůra vstupuje v činnost, ale neukončila své formování ve strukturní (anatomické) a funkční stránce (Vítková et al., 2004).

Nepříznivě se rozvíjejí i sociální vztahy a děti tak nelze úspěšně socializovat. Děti jsou pohybově neobratné a nedovedou dlouho stát, sedět či chodit. Zpomalené tempo rozvoje řeči a její nedokonalosti omezují jejich kontakt s ostatními lidmi.

Ostatní děti si s nimi nehrají, ignorují je nebo se jim posmívají. Děti jsou tak zbaveny významného činitele působícího při rozvoji vyšších psychických funkcí, jímž je vliv vrstevníků. (Švarcová, 2000).

Valenta et al. (2014) zmiňuje u dětí s mentální retardací zvýšenou závislost na rodičích, infantilnost osobnosti, úzkosti, sugestibilitu, rigiditu, opoždění psychosexuálního vývoje, nerovnováhu aspirace a výkonu, vyšší potřebu uspokojení a bezpečí, poruchu interpersonálních vztahů a komunikace, horší přizpůsobení sociálním a školním požadavkům, impulzivnost, hyperaktivitu, hypoaktivitu, citovou vzrušivost, zpomalenou chápavost, ulpívání na detailech, malou srovnávací schopnost, sníženou mechanickou a logickou paměť, těkavou pozornost, poruchu vizuomotoriky a pohybové koordinace.

Nejde jen o časové opožďování duševního vývoje, ale i o strukturální vývojové změny. Dítě s mentální retardací tak nelze jen přirovnat k mladšímu dítěti bez postižení, jelikož jde jak o kvantitativní, tak i o kvalitativní změny:

- a) zpomalenost a snížený rozsah zrakového vnímání
- b) nediferencovanost vjemů a počítků
- c) inaktivita vnímání
- d) porucha prostorového, časového vnímání
- e) snížená citlivost hmatových vjemů

Tyto nedostatky lze překonávat speciálními metodami a přístupy (např. smyslovou výchovou).

(Valenta et al., 2014)

Počítky a vjemy

Čítí a vnímání jsou odrazem skutečnosti. Opožděná a omezená schopnost vnímání má velký vliv na další průběh psychického vývoje dítěte (Vítková et al., 2004).

Problémem je zpomalení zúžení rozsahu vnímání. Úzký rozsah vnímání ztěžuje dítěti orientaci v novém místě a v neobvyklé situaci (Vítková et al., 2004).

Zvláštnosti počitků a vjemů jsou zejména v jejich nediferencovanosti. To znamená, že při poznávání předmětů děti považují různé předměty za stejné. (Vítková et al., 2004).

Myšlení a řeč

Myšlení je vyšší forma odrazu skutečnosti. Jde o zobecněné a slovem zprostředkované poznávání skutečnosti (Vítková et al., 2004).

Typické je nesoustavné myšlení, kdy děti od řešení úkolu odvádí přerušení pozornosti, náhodná chyba nebo bezdůvodně ztratí myšlenkovou souvislost a začnou mluvit o něčem jiném (Švarcová, 2000).

Dalším nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení. To znamená, že děti nedovedou použít osvojené rozumové operace. Při nových úkolech si předem nepředstaví postup jejich řešení. Tento nedostatek souvisí s nekritičností myšlení.

Jde o to, že nepochybují o správnosti domněnek. Málokdy upozorují své chyby a ani nepředpokládají, že by jejich úkony mohly být chybné (Švarcová, 2000).

Myšlení je konkrétní, bez abstrakce a generalizace. Typické jsou nepřesnosti a chyby v analýze a syntéze. Myšleny jsou vyjádřeny řečí, která u dětí s mentální retardací bývá často deformovaná (Valenta et al., 2014).

Objevují se nedostatky v rozvoji fonemického sluchu (nedostatečné rozlišování jednotlivých slyšených hlásek) nebo nedostatky v artikulaci (vyslovování hlásek, slabik, slov), což vede k deformaci řeči (Valenta et al., 2014).

Z mentálního postižení plyne horší schopnost rozumění, hodnocení, rozhodování a malá slovní zásoba (Valenta et al., 2014).

Paměť

Díky paměti si dítě uchovává a zobecňuje minulou zkušenost, získává vědomosti a dovednosti (Vítková et al., 2004).

Děti s mentální retardací si osvojují nové poznatky pomalu a po několika opakování. Naučené rychle zapomínají, paměťové stopy si vybavují nepřesně a neumějí je uplatnit v praxi. Mají spíše mechanickou paměť (Valenta et al., 2014).

Příčina pomalého osvojování je ve vlastnostech nervových procesů. Slabost spojovací funkce mozkové kůry podmiňuje malý rozsah a pomalé tempo vytváření nových podmíněných spojů a jejich pevnost (Vítková et al., 2004).

Pozornost

Pozornost souvisí v poznáním a vnímáním. Lze ji rozdělit na bezděčnou (zaměřenou na silné podněty) a záměrnou (zaměřenou na vůli). Záměrná pozornost u osob s mentální retardací je nestálá, snadno unavitelná a krátkodobá.

Po delším soustředění musí následovat odpočinek a relaxace (Valenta et al., 2014).

Vůle

„Vůle je naučenou autoregulační schopností, která usměrňuje jednání člověka takovým způsobem, který je považován za účelný či nutný, ale není spojen s dosažením libosti, a proto by zde nestačila emoční regulace“ (Vágnerová, 1999, s. 44).

Vůle, která se projevuje v uvědoměném a cílevědomém jednání, je v psychických rysech osobnosti nejdůležitější. Děti s mentální retardací vykazují nedostatek iniciativy a nejsou schopny řídit své jednání v souladu se vzdálenějšími cíli (Vítková et al., 2004).

Ve volních projevech je patrná zvýšená sugestibilita, citová a volní labilita, impulzivnost, agresivita, úzkostnost a pasivita. Specifickým projevem je dysbulie (porucha vůle) a abulie (nedostatek vůle).

Typická je specifická aspirace. Její stabilita a reálnost je projevem duševního zdraví a u osob s mentální retardací je příznačný výkyv na jednu stranu směrem k podhodnocování (nižší aspirace) nebo k nadhodnocování (vyšší aspirace). Osoby s mentální retardací mohou být kreativní s talentované (Valenta et al., 2014).

Emoce

Podle obecné psychologie se dělí na vyšší (uspokojování duchovních potřeb) a nižší (uspokojování organických potřeb). Emoce se účastní motivace lidského jednání. U dětí s mentální retardací nejsou dostatečně diferencovány, jsou neadekvátní k podnětům okolí, opožděné, prožitky jsou primitivnější a protikladné a obtížně se utváří svědomí či pocit povinnosti (Vítková et al., 2004).

Regulují chování a determinují spolu s percepčními a kognitivními schopnostmi jejich výkony intelektové a motorické. Pokud jsou děti umístěny v ústavní výchově, je častá emoční deprivace.

Ta úzce souvisí se senzorickou, sociální a kulturní deprivací, se zanedbaností, zhoršením životní úrovně rodiny a s nakupením frustračních i stresových situací v rodině (Dolejší, 1973).

Sebehodnocení

Osoby vnímají svůj zevnějšek i své vlastnosti. Obraz a hodnocení sebe (sebepojetí) jsou významnou součástí osobnosti. Sebepojetí formuluje povahové rysy, ovlivňuje dynamickou stránku osobnosti, jednání a chování člověka. Celý proces sebehodnocení úzce souvisí s motivací (Dolejší, 1973).

Sebepojetí osobnosti ovlivňují protikladné výchovné vlivy v rodině a ve škole. Zvýšené sebehodnocení souvisí s nedostatečným intelektuálním rozvojem a je projevem celkové nezralosti osobnosti (Vítková et al., 2004).

1.12 Vztah společnosti k osobám s mentální retardací

Vývoj postojů společnosti se odráží na počátku 20. století v uplatňování práv osob s mentální retardací. Nejprve byla založena Liga národů po 1. světové válce. V roce 1924 byla přijata Deklarace práv dítěte, která tvořila základ dalším deklaracím o právech dítěte (1959). V roce 1971 byla přijata Deklarace práv mentálně postižených osob Valným shromážděním Spojených národů (Vítková et al., 2004).

V souvislosti se zabezpečováním životních podmínek a uspokojováním potřeb osob s mentální retardací měla historie období represivní, charitativní a humanitní.

Od přímé likvidace osob se zdravotním postižením v represivním období, s příchodem křesťanství a hlásáním lásky k bližnímu v charitativním období, se dostáváme do období humanitní péče, která se dělí na stádium:

- a) renesančního humanismu – k osobám se zdravotním postižením se hledal lidský poměr
 - b) rehabilitační – výhodnější je najít osobám se zdravotním postižením možnost pracovního uplatnění, než je zdarma žít
 - c) socializační – lidé se zdravotním postižením mají být prostřednictvím rehabilitace uschopňováni k práci a společenskému životu
 - d) prevenční – snaha předcházet abnormalitám
- (Mühlpachr, 2001).

2. Downův syndrom

2.1 Historie

Do 19. století nebyly podloženy zprávy věrohodnými dokumenty o osobách s Downovým syndromem. Mezi důvody patřil omezený počet lékařských odborných časopisů, malý zájem vědců o děti s genetickými problémy, nadměrný výskyt jiných chorob jako jsou infekce a podvýživa a posledním důvodem bylo umírání matek před 35. rokem (Pueschel, 1997).

Downův syndrom poprvé popsal Jean Esquirol v roce 1838.

V roce 1846 popsal Edouard Séguin pacienta, jehož vzhled odpovídá Downově syndromu a nazval ho „*strupovitou idiocí*“.

V roce 1866 psal Duncan o dívce s malou kulatou hlavou, čínsky vyhlížejícíma očima a velkým z úst vystrčeným jazykem, která ovládala jen malé množství slov (Pueschel, 1997).

Ve stejném roce John Langdon Down popsal typické znaky Downova syndromu. Vlasy nejsou tak černé, jako mají praví Mongolové, nýbrž jsou více hnědé, rovné a řídké.

Obličej je rovný a široký, oči jsou posazeny šikmo a nos je malý. Tyto děti mají pozoruhodný napodobovací talent. Dříve označoval Downův syndrom jako „*mongoloismus*“ kvůli podobě s asijskými rysy a začal ho nazývat „*mongoloidní idiocí*“.

Dnes se tento název nesmí používat, protože je to urážka pro dítě s Downovým syndromem (Pueschel, 1997).

V roce 1959 ve Francii objevil Lejeun, že se u dětí s Downovým syndromem vyskytuje chromozom 21 navíc (Švarcová, 2006).

2.2 Etiologie Downova syndromu

Downův syndrom je způsobený trizomií 21. chromozomu a je nejrozšířenější ze všech forem mentální retardace. Uvádí se, že tuto skupinu tvoří asi 10 % lidí s mentální retardací (Švarcová, 2006).

Každá buňka v organismu dětí s Downovým syndromem obsahuje jeden chromozom navíc, takže místo 46 chromozomů ve 23 párech, je v každé buňce 47 chromozomů (22 párů a jednu trojici).

Ve většině případů dochází k chybě již při prvním dělení pohlavní buňky, kdy dochází k přesunu chromozomů 21 do buňky, z níž se po oplodnění stává vajíčko s počtem 47 chromozomů. V každé další buňce se chyba opakuje. Chybné dělení se nazývá

„*nondisjunkce*“ (nedělení) a objevuje se v 93 % případech Downova syndromu (Švarcová, 2006).

Ve 3 % případech dochází k chybě až po spojení pohlavních buněk. Výsledkem je tzv. „*mozaiková*“ forma, kdy některé buňky obsahují 46 chromozomů a ostatní buňky mají jeden chromozom navíc (Švarcová, 2006).

Asi ve 4 % je chromozom 21 navíc v některých zárodečných pohlavních buňkách budoucího rodiče. Aniž by měl rodič Downův syndrom, je přenašečem této aberace. Tento typ se nazývá translokační. Translokace (přemístění).

U translokačního typu je větší riziko narození dítěte s Downovým syndromem, a proto je zapotřebí podstoupit genetické vyšetření na základě odběru krve (Švarcová, 2006).

Downův syndrom se vyskytuje u jednoho dítěte z 800 živě narozených dětí (Courtney, 2017). Každý rok se rodí přibližně 70 dětí s Downovým syndromem.

Rizikovým faktorem zvyšujícím výskyt Downova syndromu je věk matky nad 35 let a otců nad 50 let (Valenta et al., 2015). Dosud se neprokázal vliv alkoholu, nikotinu, drog či špatné životosprávy matky na vznik Downova syndromu (Švarcová, 2006).

Jedinci se často nacházejí v pásmu středně těžké mentální retardace a při vhodném speciálněpedagogickém vedení jsou schopni dosáhnout vysokých výsledků v sociální i vzdělávací oblasti (Valenta et al., 2015).

Studie, která byla provedená v Anglii, zjistila, že některé léky s obsahem výtažku ze zeleného čaje mohou zlepšit paměť, myšlení a soustředění u lidí s Downovým syndromem (Wilson, 2016).

2.3 Charakteristické rysy

- a) menší tělesný vzrůst
- b) menší hlava, vzadu zploštělá
- c) široký, mohutný krk
- d) plochý obličej s vystouplými lícními kostmi
- e) krátké a široké ruce se zakřivenými prsty
- f) šikmé oči s kožními záhyby ve vnitřních koutcích
- g) malá ústa a nízké patro
- h) „*opiččí*“ rýha na dlani
- i) nízký svalový tonus
- j) vysoká kloubní pohyblivost

- k) zvýšená citlivost na respirační infekce
 - l) vrozené srdeční vady
 - m) žaludeční a střevní abnormality
 - n) poruchy štítné žlázy
 - o) zrakové a sluchové vady
 - p) neúplný nebo opožděný sexuální vývoj
- (Černá et al., 2015)

Muži dorůstají do výšky 147-162 cm a ženy do výšky 135-155 cm (Švarcová, 2006).

2.4 Vzdělávání dětí s Downovým syndromem

Ještě nedávno byly děti s Downovým syndromem rozdělovány na „vzdělavatelné“ a „nevzdělavatelné“ a to na celý život. Tato situace souvisela s úrovní školství, které nemělo k dispozici školy a zařízení pro děti s těžšími formami mentálního postižení, úrovní speciální pedagogiky a obecné pedagogiky.

Problematikou vzdělavatelnosti se zabýval J. A. Komenský, G. A. Linder, J. Dewey, S. Hessen či H. Nohl (Vítková et al., 2004).

Vzděláváním dětí se začalo zabývat UNESCO na konci 60. let a na základě tohoto zájmu se v roce 1981 vyhlásil „Mezinárodní den postižených“.

Veškeré snahy se promítly ve Světovou konferenci speciálního vzdělávání v Salamance (Španělsko) v roce 1994, kde se stal heslem konference termín „Škola pro všechny“.

Škola pro všechny zaručovala rovnoprávné vzdělávání pro všechny děti bez rozdílu zdravotního postižení, etnika, nadání či barvy pleti (Vítková et al., 2004).

Rodiče často nevědí, jaká škola by byla pro jejich dítě s Downovým syndromem vhodná. O tom, kde a jak se děti mohou co nejefektivněji učit, diskutují i odborníci.

Komunikace, motorický vývoj, stupeň socializace a praktické schopnosti se u dětí s Downovým syndromem liší (Pueschel, 1997). U většiny dětí se vyskytuje mentální retardace, nejčastěji středního nebo lehkého stupně.

Rozumové schopnosti jsou závislé především na prostředí, v němž dítě s Downovým syndromem vyrůstá, na kvalitě poskytované podpory a množství podnětů, které jsou dítěti nabízeny. (Pančocha et al., 2012).

Důležitými faktory při rozhodování jsou schopnost komunikace, obratnost a životní připravenost dítěte. Je třeba sladit jeho zájem o nabízenou možnost s požadavky, které aktivity určené pro volný čas, kladou.

Při výběru činností je hlavním cílem zprostředkovat dětem pocit vědomí, že jsou členy kolektivu. Měly by se naučit nabídnout pomoc ostatním a dokázat i pomoc samy přijmout (Pueschel, 1997).

Děti s Downovým syndromem mají možnost vzdělávat se v mateřské škole speciální, základní škole praktické, základní škole speciální nebo se mohou integrovat do běžných mateřských a základních škol.

Při závažnější mentální retardaci mohou začít povinnou školní docházku v přípravném stupni základní školy speciální. V případě hluboké mentální retardace mohou absolvovat domácí vzdělávání (Bazalová, 2014).

Po ukončení povinné školní docházky mají možnost pokračovat na odborném učilišti, středním odborném učilišti nebo na praktické škole (Valenta et al., 2014).

V dospělém věku je nabízena možnost individuálního doučování speciálního pedagoga, návštěva večerní školy nebo kurzů (Černá et al., 2015).

Vzdělávání dětí s mentální retardací se provádí podle zákona č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) v platném znění a příslušných prováděcích vyhlášek MŠMT.

Prováděcí vyhláška MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění a prováděcí vyhláška MŠMT č. 197/2016 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, v platném znění (Valenta et al., 2014).

2.4. 1. Speciální vzdělávání

Mateřská škola speciální

Mateřská škola speciální je organizovaná jako běžné předškolní zařízení, které má tyto funkce:

- a) formativní a informativní (rozumová, řečová, tělesná, mravní, pracovní a estetická výchova)
- b) diagnostické (zjišťování postižených a nepostižených funkcí)
- c) reedukační (rozvoj postižených funkcí)

- d) kompenzační funkci (rozvoj nepostižených funkcí)
 - e) rehabilitační (znovuobnovení postižených funkcí)
 - f) léčebně-výchovné (léčba postižených funkcí)
- (Valenta et al., 2014)

Přípravný stupeň základní školy speciální

Je určen dětem se středně těžkou, těžkou mentální retardací, souběžným postižením více vadami či autismem. Lze sem zařadit dítě od školního roku, v němž dosáhne pěti let věku. Vzdělávání trvá nejvýše tři roky (Bazalová, 2014).

Základní škola praktická

Základní škola praktická je nejfrekventovanějším zařízením pro žáky s lehkou mentální retardací. Označení termínu „*praktická*“ je proto, že je škola vybavena cvičnými byty, kuchyněmi, pozemky, zahradou keramickými a textilními dílnami, kde se uskutečňuje převážně praktická příprava žáků (Valenta et al., 2014).

Základní škola speciální

Základní škola speciální se liší od běžné základní školy organizační formou, strukturou a skladbou učebního plánu či využíváním speciálně pedagogických prostředků. Jde např. o individuální přístup a rozdělení vyučovací hodiny na více jednotek.

Je zde kladen důraz na pracovní, komunikativní a sociálně personální kompetence. Školu navštěvují žáci se středně těžkou, občas s těžkou mentální retardací (Valenta et al., 2014).

Odborné učiliště

Odborné učiliště se zásadně neliší strukturou a organizací od středního odborného učiliště. Absolvent základní školy praktické zde získá po úspěšném ukončení dvou či tříletého oboru výuční list a je plně kvalifikovaný v tomto oboru.

Absolventi základní školy praktické se mohou vzdělávat i ve středním odborném učilišti. Obvykle se však vzdělávají na odborných učilištích a praktických školách (Valenta et al., 2014).

Praktická škola dvouletá

Praktická škola dvouletá doplňuje a rozšiřuje všeobecné vzdělání dosažené v průběhu povinné školní docházky. Navštěvují ji žáci s lehkým či středně těžkým mentálním postižením v kombinaci s jiným zdravotním postižením.

Vzdělávání je zaměřené na získání základních pracovních dovedností, návyků a postupů potřebných v každodenním a pracovním životě (Valenta et al., 2014).

Praktická škola jednoletá

Praktická škola jednoletá je určena pro žáky s těžkým mentálním postižením, postižením více vadami a autismem, kteří ukončili základní školu speciální. Žáci se připravují na práci v chráněných pracovištích nebo na pomocné a úklidové práce v zařízeních sociálních služeb či škol (Valenta et al., 2014).

Večerní škola

Jedná se o formu celoživotního vzdělávání, jejímž zřizovatelem je občanské sdružení. Škola bývá součástí základní škol praktické či speciální, nebo ústavu. Umožňuje lidem s mentální retardací hodnotně využít svůj volný čas a stýkat se s ostatními. Jedinci navštěvují školu 2x týdně na 2 až 3 hodiny (Fischer et al., 2014).

2.4. 2. Integrativní a inkluzivní vzdělávání

Častým problémem je rozlišování termínů integrace a inkluze. Jejich rozdíl bývá spíše zmíněn v odborných publikacích, ale v praxi tyto pojmy splývají (Bartoňová et al., 2016). Zatímco integrace vyžaduje přizpůsobení žáka se speciálními vzdělávacími potřebami škole, inkluze znamená přizpůsobení celé školy žákovi. (Bazalová, 2014).

Inkluze je dle Tannenbergerové (2016) takový systém základního vzdělávání, který umožňuje navštěvovat všem dětem běžnou základní školu.

Inkluzivně orientovaná škola musí přistupovat ke každému žákovi individuálně. Na tomto přístupu je postavena výuka, organizace i filozofie školy.

Každý žák má svou vzdělávací strategii, která se přizpůsobuje jeho schopnostem, talentům a zdravotním postižením. Vzdělávání se zaměřuje na to, aby každý žák využil svůj potenciál, naučil se komunikovat a spolupracovat s ostatními.

Odlíšnost žáků je vnímána jako příležitost k rozvíjení respektu k sobě a k ostatním, nikoli jako problém (Tannenbergerová, 2016).

Principy inkluzivního vzdělávání

- a) princip humanismu a demokracie (inkluzie je přirozeným důsledkem aplikace lidských práv a hodnot demokratické společnosti)
 - b) princip heterogenity (různorodost je brána jako přirozená součást společnosti)
 - c) princip spolupráce (přirozené soužití jedinců ve společnosti)
 - d) princip regionalizace (školu mohou navštěvovat všechny děti z jejího okolí)
 - e) princip otevřenosti a efektivity (základem je otevřenost vůči všem dětem a efektivní edukace)
 - f) princip individualizace (akceptace potřeb každého dítěte)
 - g) princip celistvosti (rozvoj intelektových, sociálních, etických a tělesných složek žáka)
- (Tannenbergerová, 2016)

Proces integrace do různých typů škol směřuje k začlenění znevýhodněných lidí do společnosti. U nás se tento proces začal objevovat v první polovině 90. let. Dříve se žáci se zdravotním postižením vzdělávali v běžných školách jen výjimečně (Švarcová, 2000).

Integrace dle Bürliho (1997) je snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám.

Fischer et al., (2017) definuje integraci jako snahu o úplné zapojení, začlenění jedince se zdravotním postižením do společnosti.

Jde o existenci vedle sebe rozdílných žáků, kdy žáci se zdravotním postižením mohou navštěvovat běžnou školu za určité podpory (Lechta et al., 2010).

Druhy integrace

- a) pozitivní integrace – taková integrace, která je přínosem pro integrovaného člověka (začlenění do rodiny, skupiny vrstevníků, mezi sousedy, sekty)
 - b) negativní – taková integrace, která má negativní důsledky pro integrovaného člověka (začlenění do vězení)
- (Vítková et al., 2004)

Formy integrace

- a) fyzická – přítomnost dětí se zdravotním postižením a dětí bez postižení na stejném místě
 - b) funkční – obě skupiny na ní participují
 - c) sociální – všichni patří ke stejné skupině
 - d) společenská – skutečná účast na kulturním a společenském životě
- (Vítková et al., 2004)

Další formy integrace

- a) individuální – začlenění žáka do běžné třídy
 - b) skupinová – speciální třídy v běžné škole
- (Tannenbergerová, 2016)

Základní pravidla při integraci, inkluzi

- a) osvěta spolužáků, rodičů, učitelů, vedení školy
 - b) změna přístupů školy
 - c) ochota všech zúčastněných
 - d) finanční podpora státu, krajů, měst
 - e) legislativní opora
 - f) individuální přístup k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami
 - g) zřízení funkce asistenta pedagoga
 - h) podpora školského poradenského zařízení
- (Bazalová, 2014)

Příprava nerestriktivních podmínek výuky

Restrikce je z latinského „*re-stringo*“ a znamená omezení či redukci nabídky služeb nebo jiná úsporná opatření. Základní podmínkou nerestriktivního prostředí je požadavek na jeho přístupnost. Jedná se o fyzickou (architektonickou) a komunikační přístupnost školního a veřejného prostředí, v němž se mohou pohybovat a komunikovat všichni žáci bez rozdílu (Hájková, Strnadová, 2010).

K přístupnosti vzdělávacího prostředí mohou přispět pedagogové běžných škol. Otázkou je, jak a do jaké míry upravit výukové materiály a strategie, aby byly dostupné pro všechny žáky (Hájková, Strnadová, 2010).

Důvody neúspěšné integrace

- a) nedostatečná informovanost osob, které jsou zapojeny do školní praxe
- b) postupy k dosažení integrace jsou ambiciózní nebo limitované
- c) změny jsou zrealizovány příliš rychle nebo příliš pomalu
- d) zdroje k zabezpečení integrace nejsou dostatečné nebo nejsou dostatečně využity
- e) do procesu integrace není zapojen klíčový personál školy
- f) rodiče nejsou přijímáni školou jako partneři
- g) vedení školy nepodněcuje podřízené k dosažení vyšších cílů
- h) škola funguje v odtržení od sítě inkluzivně orientovaných škol

(Hájková, Strnadová, 2010)

Kladné aspekty musí převyšovat záporné. Spolužáci nesmí být agresivní, izolovat žáka se zdravotním postižením a nelitovat ho. Učitel by se mu neměl věnovat o moc víc než zbytku třídy (Vítková et al., 2004). Snadno se začleňují děti, které mají komunikační předpoklady. Dobře se integrují žáci se zrakovým a tělesným postižením, u nichž jsou problémem technické překážky. Školní integrace je prostředkem k dosažení sociální integrace (Vítková et al., 2004).

2.4. 3. Speciální vzdělávací potřeby

„Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.

Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta. Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením“ (zákon č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění).

2.4. 4. Stupně podpůrných opatření

Podpůrná opatření prvního stupně představují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání. Jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání. Podpůrná opatření prvního stupně nemají normovanou finanční náročnost.

Pokud by k naplnění vzdělávacích potřeb žáka nepostačovalo poskytování podpůrných opatření prvního stupně, doporučí škola nebo školské zařízení žákovi využití poradenské pomoci školského poradenského zařízení za účelem posouzení jeho speciálních vzdělávacích potřeb.

Podpůrná opatření druhého až pátého stupně se poskytují na základě doporučení školského poradenského zařízení a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka.

Podpůrná opatření se poskytují samostatně nebo v kombinacích různých druhů a stupňů v souladu se zjištěnými speciálními vzdělávacími potřebami žáka. Konkrétní druh podpůrného opatření lze poskytovat pouze v jednom stupni (vyhláška MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění).

2.4. 5. Poskytování podpůrných opatření prvního stupně

Škola nejprve zpracuje plán pedagogické podpory žáka, který obsahuje popis obtíží a speciálních vzdělávacích potřeb žáka, podpůrná opatření prvního stupně, cíle podpory a způsob vyhodnocování naplňování plánu. Škola ho průběžně upravuje a vyhodnocuje v souladu se speciálními vzdělávacími potřebami žáka.

Škola nejpozději do tří měsíců od poskytování podpůrných opatření vyhodnotí, zda vedou k naplnění stanovených cílů. Pokud ne, doporučí se žákovi či jeho zákonnému zástupci návštěva školského poradenského zařízení.

S plánem pedagogické podpory seznámí škola žáka, zákonného zástupce žáka, všechny vyučující žáka a další pedagogické pracovníky, kteří se podílejí na provádění tohoto plánu. Osoby, které byly s plánem seznámeny, ho podepisují (vyhláška MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění).

2.4. 6. Poskytování podpůrných opatření druhého až pátého stupně

Ředitel školy označí pedagogického pracovníka, který bude odpovídat za spolupráci se školským poradenským zařízením, která souvisí s poskytováním podpůrných opatření žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami.

K poskytování poradenské pomoci školským poradenským zařízením škola předá plán pedagogické podpory školskému poradenskému zařízení, pokud se žák podle něho vzdělával. Školské poradenské zařízení při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka přihlíží k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu.

V případě doporučení k používání kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek školské poradenské zařízení doporučí pomůcky, se kterými škola nakládá. Mezi doporučení podpůrných opatření se také zjišťuje možnost využití personálních a materiálních podmínek školy.

Školské poradenské zařízení projedná navrhovaná podpůrná opatření se školou, zletilým žákem nebo zákonným zástupcem žáka a přihlédnou k jejich vyjádření. Projedná také návrh podpůrných opatření se školským zařízením v oblasti školských služeb (vyhláška MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění).

Školské poradenské zařízení při posuzování speciálních vzdělávacích potřeb vychází z:

- a) obtíží žáka, které mají dopad na jeho vzdělávání
- b) speciálně-pedagogické či psychologické diagnostiky
- c) informací o dosavadním průběhu vzdělávání
- d) plánu pedagogické podpory
- e) spolupráce žáka se školským poradenským zařízením
- f) informací poskytnutých žákem nebo zákonným zástupcem žáka
- g) podmínek školy, ve které se žák vzdělává
- h) posouzení zdravotního stavu

(vyhláška MŠMT č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných v platném znění).

2.4. 7. Druhy podpůrných opatření

- a) poradenská pomoc školy a školského poradenského zařízení
- b) úprava organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky
- c) úprava podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání
- d) použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob, Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů
- e) úprava očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy
- f) vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
- g) využití asistenta pedagoga
- h) využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočnicka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů
- i) poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených
(zákon č. 82/2015 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění).

3. Metodika

3.1 Cíl práce a dílčí cíle

Cílem bakalářské práce je předložit nástin problematiky integrace dětí s Downovým syndromem do společnosti a do procesu vzdělávání. Dílčími cíli jsou:

Prvním dílčím cílem je sledování procesu vzdělávání dětí s Downovým syndromem v základní škole speciální.

Druhým dílčím cílem je zmapování názorů učitelů základních škol speciálních na integraci dětí s Downovým syndromem do běžné základní školy a do společnosti.

Výzkumné otázky:

1. Jaké jsou limity při začleňování žáků s Downovým syndromem?
2. Jak probíhá integrace žáka s Downovým syndromem do školy?
3. Jak probíhá začleňování žáka s Downovým syndromem do společnosti?

3.2 Metody a techniky výzkumu

Výzkumnou strategií je kvalitativní výzkum. „Kvalitativní výzkum je systematický způsob řešení problémů, kterým se rozšiřují hranice vědomostí lidstva. Výzkumem se potvrzují nebo vyvracejí dosavadní poznatky, nebo se získávají nové poznatky“ (Gavora, 2008, s. 11).

Ke kvalitativnímu výzkumu se používají data zejména z rozhovorů, pozorování a z dokumentů. Pracuje se tedy se slovy a textem (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Součástí kvalitativního výzkumu je zpracovaná případová studie (viz příloha č. 3).

Případová studie je jedna ze základních výzkumných designů, jejíž smyslem je podrobné zkoumání a porozumění jednomu nebo několika případům (Švaříček, Šed'ová, 2007).

3.2.1 Zúčastněné pozorování

„Zúčastněné pozorování je dlouhodobé, systematické a reflexivní sledování probíhajících aktivit přímo ve zkoumaném terénu s cílem objevit a prezentovat sociální život a proces“ (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 143).

Účelem není pouze pozorování, ale zachytit, jak vypadá situace a zprostředkovat výsledky čtenáři. Pozorování umožňuje pochopit celý kontext, ve kterém se situace odehrávají (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Pozorování znamená sledování činnosti lidí, záznam této činnosti, její analýzu a vyhodnocení (Gavora, 2008).

3.2.2 Semistrukturovaný rozhovor

Rozhovor je metoda, jejímž prostřednictvím jsou zkoumáni členové určitého prostředí, sociální skupiny s cílem pochopit jednání událostí, jakým členové disponují.

Umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jedním ze základních principů kvalitativního výzkumu (Švaříček, Šed'ová, 2007).

Rozhovor je výzkumná metoda, která umožňuje získat nejen fakta, ale hlouběji proniknout do motivů a postojů respondentů (Gavora, 2008).

Obsahem rozhovoru jsou otázky a odpovědi. Používají se uzavřené, polouzavřené a otevřené otázky (Gavora, 2008).

3.2.3 Technika sběru dat

Sběr dat proběhl formou zúčastněného pozorování dětí s Downovým syndromem a semistrukturovaného rozhovoru s učitelkami základních škol speciálních. Pozorování bylo zaměřeno na proces vzdělávání žáků s Downovým syndromem ve škole v rámci vyučování.

Sledované bylo chování žáků při vyučování, vztahy mezi spolužáky, schopnosti a limity ve vyučovacích předmětech. K pozorování mi byl poskytnut informovaný souhlas rodičů s pozorováním a zpracováním dat do bakalářské práce (viz příloha č. 1).

Pozorování probíhalo u dvou žáků několik dnů a u jedné žákyně téměř měsíc. V době pozorování žáků jsem si zapisovala poznámky, které jsem poté analyzovala.

Současně jsem s dětmi s Downovým syndromem i s jejich spolužáky pracovala a poskytovala jim pomoc ve vyučovacích předmětech, pokud to bylo třeba.

Semistrukturovaný rozhovor byl proveden s učitelkami, které vyučují na základních školách speciálních. Otázky byly zaměřené na integraci žáků s Downovým syndromem do běžné základní školy a do společnosti a na limity, které jsou součástí těchto procesů.

S učitelkami jsem se domluvila na osobní schůzce, na které jsem jim pokládala předem připravené otázky. Učitelky mi na vše bez problémů odpověděly. Jejich odpovědi jsem zaznamenávala do počítače, a později je kvalitativně analyzovala a srovnávala.

Při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerické organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, kvality a vztahy (Hendl, 2005).

Přepis otázek a odpovědí se nacházejí v příloze č. 2. Otázky se vždy týkaly konkrétního žáka, kterého učitelka vyučuje, ale do rozhovorů nebyly použity jména žáků kvůli ochraně osobních údajů.

Jedna z učitelek mi během návštěv ve třídě poskytla spisovou dokumentaci žákyně, abych do ní mohla nahlédnout.

3.3 Výsledky získaných dat

K získání výsledků byla použita metoda pozorování žáků s Downovým syndromem na základních školách speciálních a metoda rozhovoru s učitelkami těchto žáků.

Pozorování proběhlo na dvou základních školách speciálních, kde se v současnosti vzdělávají žáci s Downovým syndromem. Předmětem pozorování byli tři žáci s Downovým syndromem ve věku od 10 do 20 let.

Sledované byly společné znaky charakterizující Downův syndrom, práce ve vyučovacích hodinách, pozornost, myšlení, paměť, řeč a komunikace. Pozorování bylo také zaměřeno na schopnost sebeobsluhy a sociálních dovedností.

Rozhovor byl proveden se dvěma třídními učitelkami, které vyučují žáky s různým druhem zdravotního postižení na základních školách speciálních. Mezi jejich žáky patří také dívka a chlapec s Downovým syndromem, na které jsou otázky v rozhovoru zaměřeny. Rozhovory se uskutečnily ve školních třídách, ve kterých každá z učitelek vyučuje.

3.3.1 Pozorování

Žáci s Downovým syndromem mají své specifické tělesné znaky. Na základě pozorování těchto žáků je patrné, že některé ze znaků mají společné a jsou viditelné na pohled. Jde například o zrakovou a řečovou vadu, menší tělesný vzrůst, silnější končetiny, menší nos a ústa, větší jazyk a šikmou kožní řasu.

Nejmladší žák druhé třídy je hyperaktivní, často pobíhá po třídě a odchází od rozdělaného úkolu, zatímco ostatní žáci s Downovým syndromem jsou hypoaktivní, klidní a veškeré činnosti vykonávají pomalým tempem.

Všichni pozorovaní žáci se nechají snadno rozptýlit jakýmkoli zvukem. Jejich pozornost je těkavá a krátkodobá. Mentální retardace je v pásmu středně těžké, a tak jsou vzdělávání na základní škole speciální.

Žáci jsou málo zvědaví a nové poznatky si osvojují na podnět vyučujícího. Jejich paměť je mechanická a krátkodobá. Vědomosti jsou potřeba upevňovat častým opakováním. Při častém procvičování lze dosáhnout dlouhodobého zapamatování vědomostí.

Myšlení je převážně konkrétní. Žáci vykonávají činnosti na základě názorných obrázků, které slouží k lepší představivosti a pochopení souvislostí mezi nimi. Všechny děti mají společnou řečovou vadu, která ztěžuje komunikaci. Dětem je špatně rozumět, vynechávají, zaměňují a špatně vyslovují jednotlivé hlásky.

Žáci nejsou moc komunikativní a většinou si povídají až na podnět učitelů a kamarádů. Komunikace všech pozorovaných žáků s Downovým syndromem probíhá většinou neverbálně gestikulací a pokýváním hlavy.

Pokud užívají verbální formu, mluví jednoduchými, krátkými větami bez odborných a cizích výrazů. Často se objevují jednoslovné a dvouslovné věty.

Při hodině matematiky se u žáků objevuje počítání na počítadle a na prstech, jelikož u nich chybí abstraktní myšlení. Vhodné je používání názorných pomůcek pro lepší představivost. Žáci dovedou počítat příklady do deseti, i když je to pro ně někdy obtížné.

Chlapec vyššího ročníku umí sčítat a odečítat do dvaceti. Zajímavostí je dovednost počítání podobných příkladů do deseti u žáka druhé třídy a žákyně sedmé třídy, kdy mladší žák dokáže počítat i z paměti. U všech žáků se vyskytuje problém se zapamatováním a správným zapsáním čísel. Někdy nevědí, jak se určité číslo píše nebo ho napíše zrcadlově.

V hodině českého jazyka mají žáci problém s rozlišováním některých písmen a často je zaměňují. Objevuje se neschopnost určit počáteční a poslední hlásku ve slově. Všichni žáci čtou nejdříve po písmenech a slabikách, a poté přečtou celé slovo. Žádný z nich nepřečte plynule celé slovo najednou.

Sebeobsluha a hygienické návyky jsou bez problémů. Dívky i chlapci různého věku se svěří učitelům s tím, že potřebují na toaletu, mají žízeň nebo hlad. Všechny tyto činnosti zvládnou sami vykonat a jsou zcela soběstační a samostatní.

V sociální oblasti je spíše snižená potřeba komunikace s ostatními. Žáci jsou tiší a moc si nechtějí povídat. Pokud mají zájem a dobrou náladu, začnou si povídat s kamarády. Při komunikaci navazují a udržují oční kontakt, nikomu neskáčou do řeči. Dospělé osoby a děti při setkání pozdraví.

Dokážou ostatní o něco poprosit a následně za to poděkovat. Mají osvojené základy slušného chování. Tito žáci dovedou navodit pozitivní atmosféru, projevují se přátelsky a jsou veselí. Zcela výjimečně se objevuje agresivní chování, a proto je spolupráce s nimi výborná.

3.3.2 Semistrukturovaný rozhovor

Rozhovor proběhl mezi dvěma učitelkami, které vyučují žáky s Downovým syndromem.

První učitelka vyučuje ve druhé třídě základní školy speciální. Žákovi s Downovým syndromem je 10 let a má diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci.

Druhá učitelka vyučuje v sedmé třídě základní školy speciální. Její žákyni s Downovým syndromem je 15 let a má také diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci.

Oběma učitelkám byly položeny následující otázky:

1. Myslíte si, že je integrace žáka s Downovým syndromem do běžné základní školy vhodná?
2. Za jakých podmínek lze integraci uskutečnit?
3. Jaké limity podle Vás brání integraci?
4. Myslíte si, že jsou školy dostatečně připravené na integraci?
5. Máte nějakou osobní zkušenost s integrací žáka s Downovým syndromem?
6. Jak žák s Downovým syndromem tráví volný čas, zapojuje se mezi jiné děti?
7. Jak vidíte úspěšnost žáka s Downovým syndromem při začleňování do společnosti?
8. Jaké jsou podle Vás limity při začleňování do společnosti?
9. Jaké schopnosti a dovednosti se podle Vás rozvinuly u žáka s Downovým syndromem?
10. Kde se žák s Downovým syndromem může uplatnit po skončení povinné školní docházky?

1. Na otázku, co si učitelky myslí o vhodnosti integrace do běžné školy, odpověděly, že není vhodná. První učitelka dodala, že by integrace žákovi momentálně neprospěla, ale v budoucnu by se mohl o ni mohl pokusit.

2. První učitelka uvedla, že kdyby byl žák integrovaný v běžné škole, musel by mít možnost relaxovat v jiné místnosti. Dále by potřeboval navýšit čas při vykonávání úkolů a spolupráci asistenta pedagoga. I přes tato opatření by rušil ostatní spolužáky z důvodu

jeho hyperaktivity. Druhá učitelka uvedla, že žákyně má postižení ve větší míře, a tak by žádná opatření nepodpořila její vzdělávání v běžné škole.

3. Obě učitelky se shodly na limitech jako je pomalejší tempo při vykonávání úkolů. Žáci potřebují dostatek času a prostoru a potřebují menší kolektiv dětí ve třídě. První učitelka dodala jako problém hyperaktivitu, která by ostatní žáky vyrušovala.

4. Učitelky se shodly na tom, že na školách jsou problémem finanční prostředky, nedostatek kompenzačních pomůcek, individuálního přístupu a asistentů pedagoga. Dalším problémem jsou učitelé, kteří nemají potřebnou kvalifikaci na vzdělávání žáků s Downovým syndromem. Proto školy podle nich na integraci nejsou dostatečně připravené.

5. Žádná z učitelek se přímo s integrací žáka s Downovým syndromem nesešla. S dětmi se setkaly pouze v základní škole speciální. Pouze první učitelka uvedla, že její žák se v první třídě vzdělával v běžné základní škole. Jelikož mu toto prostředí a velký počet žáků ve třídě nevyhovoval, tak nekomunikoval a nespolečně pracoval. Proto byl v druhém pololetí přeřazen do základní školy speciální, kde se již druhým rokem vzdělává.

6. Podle slov první učitelky navštěvuje žák obecně prospěšnou společnost Ovečka, kde se setkává převážně s dětmi s Downovým syndromem. Po škole tráví nějaký čas ve družině, a poté doma s rodinou. S jinými dětmi se nesečkává. Odpověď druhé učitelky se shoduje v trávení volného času zejména s rodinou.

7. Učitelky vidí začleňování žáků do společnosti velmi pozitivně. Podle první učitelky si žák zpočátku hrál sám a s nikým nekomunikoval. Nyní má zájem hrát si s ostatními dětmi a děti s ním. Vnímají ho jako kamaráda, pomáhají mu a mají ho rády.

Vždy si každého získá svou osobností. Žák preferuje při výběru kamarádů spíše dívky. Při hraní se zaměřuje na děti, které jsou pohybově aktivní, aby s nimi mohl hrát míčové hry. Také si často vybírá dospělé osoby.

Podle druhé učitelky se žákyně stydí při komunikaci s cizími lidmi. S kamarády a s učiteli si skvěle rozumí, je milá, přátelská a ochotná pomáhat druhým.

8. Limitem dle první učitelky je hlučné chování a ADHD, které může obtěžovat ostatní. Dále občasné chování žáka na úrovni tříletého dítěte, což nemusí jiným dětem vyhovovat. Podle jejího názoru jsou limity i hranice, které žákovi nastavují dospělí lidé, a to může snižovat jeho motivaci k jakékoli snaze o navázání kontaktu s okolím.

Druhá učitelka vidí jako limit vadu řeči, protože žákyni ostatní často špatně rozumí a její stydlivost před cizími osobami.

9. Žák od první paní učitelky se po dobu vzdělávání zlepšil v poslušání příkazů učitelky. Pokud mu zadá nějaký úkol, tak ho vypracuje bez odmítání. Také se odnaučil utíkat na chodbě učitelům a je klidnější, než když nastoupil do první třídy.

Druhá učitelka vidí zlepšení u žákyně v řeči (hlavně díky logopedii), v gestikulaci a mimice. Dokáže lépe vyjádřit své pocity a potřeby i pomocí neverbální komunikace.

10. U obou žáků se shoduje názor učitelek studování na praktické škole jednoleté nebo dvouleté a po dokončení školy uplatnění v chráněné dílně. Druhá učitelka ještě uvádí možnost pomoci při mytí nádobí nebo práce na zahradě.

Výsledky z pozorování jsou následující:

U všech žáků se objevuje řečová vada, zraková vada a středně těžká mentální retardace. Žáci mají menší postavu se silnějšími končetinami, šikmou kožní řasu, menší nos a ústa.

Pozorování dále ukazuje, že u žáků převažuje méně aktivní a velmi pomalé chování, přičemž žáci často nestíhají vypracovat zadané úkoly a bývají v činnostech poslední. Pouze jeden žák vykazoval hyperaktivní a neklidné chování, které se projevovalo vysokou nesoustředěností, odcházením od rozdělaných úkolů a pobíháním po třídě.

Společná je i kolísavá a krátkodobá pozornost. Při delší a náročnější činnosti pozornost klesá a žáci jsou rychleji unavení. Ukázalo se, že je vhodné aktivity střídát a nechat žáky, aby si odpočinuli. Žáci tak nejsou přetížení a mohou později pracovat s větší energií.

Pozorování ukazuje mechanickou a krátkodobou paměť, kterou je potřeba neustále procvičovat. Typické je konkrétní a názorné myšlení bez schopnosti abstrakce a zobecňování, což se projevuje například v oblasti matematiky.

Zatímco nejmladší žák je schopný počítat matematické příklady i abstraktně, ostatní žáci potřebují k počítání počítadlo, prsty a názorné obrázky.

Tyto pomůcky a vedení učitele dovedou žáky ke správnému výsledku, ale je zapotřebí několikrát příklady a čísla zopakovat. Častým problémem je schopnost zapamatování a vybavení si některého čísla. Když mají žáci za úkol zapsat číslo nebo celý příklad, nevědí, jak číslo vypadá. Osvědčilo se napsat čísla na papír či na víčko od PET lahve, které slouží dětem jako vzor.

V hodinách českého jazyka mají žáci problém s písmeny. Někdy nedokážou určit, o jaké písmeno se jedná a často ho zaměňují za jiné. Při čtení slov a vět žáci nejprve přečtou jednotlivá písmena, poté je spojí do slabik, a nakonec přečtou celé slovo.

Žáci většinu času nemluví. Jejich komunikace probíhá převážně pomocí gestikulace a mimiky. Při verbální řeči užívají jednoduché a krátké věty, které se skládají z několika málo slov. Dětem je špatně rozumět kvůli řečové vadě, vynechávají, zaměňují a špatně vyslovují jednotlivé hlásky.

Z výsledků pozorování se ukázalo, že sebeobsluha a soběstačnost je u žáků s Downovým syndromem bez problémů. Jsou schopní se sami najíst, připravit si pomůcky na vyučovací hodinu nebo si odskočit na toaletu.

Nejenže dokážou tyto činnosti sami vykonat, ale také jsou schopní říci dospělému člověku o to, co potřebují.

V sociální oblasti je snižená potřeba navazovat nové vztahy a komunikovat s ostatními. Pokud mají zájem, tak si povídají s kamarády. Komunikace přichází ze strany učitelů, kdy pokládají žákům otázky a oni na ně odpovídají.

Také mají osvojené slušné chování. Všechny osoby, které potkají ve škole, slušně pozdraví. Dokážou ostatní o něco slušně požádat následně za to poděkovat.

Při komunikaci navazují a udržují oční kontakt a nikomu neskáčou do řeči.

Výsledky z rozhovorů jsou následující:

Rozhovory se uskutečnily ve třídách základních škol speciálních. Byly dotazovány dvě učitelky, které vyučují žáky s Downovým syndromem. Otázky byly zaměřené na názory učitelek na integraci žáků s Downovým syndromem do běžné základní školy, do společnosti a jaké vidí limity při jejich procesu začleňování.

Seznam kladených otázek: viz příloha.

Učitelky se shodují v tom, že integrace obou žáků do běžné základní školy není v současné době vhodná. Žák druhé třídy by již integrován do základní školy, což mu nevyhovovalo. Nechtěl pracovat ve vyučovacích hodinách a s nikým nekomunikoval.

Ve škole mu pomáhal asistent pedagoga a vzdělával se podle individuálního vzdělávacího plánu základní školy speciální. I přes tato opatření však nebyl ve škole spokojený a ve druhém pololetí první třídy byl přeřazený do základní školy speciální, ve které se v současnosti vzdělává.

Podle učitelky by tedy integrace vhodná nebyla, ale ve starším věku by se mohl pokusit o vzdělávání v běžné škole.

U žákyně sedmé třídy by podle slov paní učitelky nebyla integrace do běžné školy vhodná. Žákyně má takový rozsah postižení a mentální retardaci, že by jí vzdělávání v běžné škole nevyhovovalo.

Oba žáci by ve škole potřebovali přítomnost asistenta pedagoga, individuální přístup, dostatek času a prostoru na vykonávání úkolů a snížený počet žáků ve třídě.

Bohužel všechny školy nedokážou nabídnout žákům všechna dostupná opatření tak, aby to žákům vyhovovalo a podle učitelek nejsou školy v České republice na integraci připravené.

Jako důležitou součást vybavenosti školy vidí jedna z učitelek nedostatek kvalifikovaných pedagogických pracovníků na školách. Dětem se nemohou tolik věnovat a nevědí, jaký mají mít přístup k žákům s Downovým syndromem.

Proto si učitelky myslí, že jejich žákům vyhovuje vzdělávat se na základní škole speciální, která jim poskytne individuální přístup, činnost asistenta pedagoga po celou dobu vyučování, dostatek času, prostor na odpočinek, střídání činností a potřebné názorné či kompenzační pomůcky.

Běžná základní škola je orientovaná převážně na výkon a výsledky, a tak by žáci s Downovým syndromem prožívali neúspěch a zklamání.

Z rozhovorů bylo možné se dozvědět, že žáci s Downovým syndromem tráví volný čas převážně doma s rodinou.

Mladší žák navštěvuje s rodiči obecně prospěšnou společnost Ovečka v Českých Budějovicích, kde se sdružuje s dětmi s Downovým syndromem a pracuje s Feuersteinovou metodou instrumentálního obohacování. Touto metodou rozvíjí své poznávací funkce.

Jinak nejvíce zájem o jiné děti s Downovým syndromem. Zajímá se více o dospělé osoby nebo o děti, se kterými si může hrát, a které jsou pohybově aktivní. Mezi jeho zájmy patří hudba, hraní her a rád si hraje s ručníkem. Žákyně s Downovým syndromem ráda zpívá a tancuje.

Otázku začleňování mezi ostatní vnímají učitelky pozitivně. Žáci s Downovým syndromem jsou hodní, milí, přátelští a ochotní pomáhat, a proto s nimi ostatní děti i dospělí vycházejí bez problémů. Tito žáci si dokážou všechny získat a skamarádit se s ostatními.

Budoucí uplatnění žáků s Downovým syndromem vidí učitelky stejně. Jako vhodnou střední školu uvedly praktickou školu jednoletou a dvouletou. První učitelka uvedla i možnost integrovat žáka do soukromé střední školy.

Myslí si, že ve starším věku by mohl integraci zvládnout. Po skončení středního vzdělávání by mohli pracovat v chráněné dílně, pomáhat při mytí nádobí, při práci na zahradě nebo při péči o zvířata. Další možností je docházení do denního stacionáře nebo do sociálně terapeutické dílny.

Jako limity, které ztěžují společenské začleňování uvádějí učitelky narušenou řeč, při které žákům není rozumět. Často se stává, že žákyně mluví moc rychle a ostatní jí nerozumí. Problémem může být i stydlivost dívky před cizími lidmi. Nechce s nimi komunikovat a je uzavřená.

Dalším limitem vidí pomalé vykonávání činností, které může být problémem v budoucím zaměstnání. Pomalost se projevuje i ve škole, kdy žákyni trvá dokončení úkolu mnohem déle než jejím spolužákům.

První učitelka doplnila u svého žáka hlučnost, která je spojená s hyperaktivitou. Jeho hlasité chování a neustálé pobíhání ostatní obtěžuje. Omezující jsou podle učitelky i samotné nastavení hranic schopností.

Dětem se zbytečně stanovují hranice, a tím se mohou demotivovat. Nechtějí spolupracovat, protože si myslí, že to nezvládnou, a že to nemá smysl.

U obou žáků se podle učitelek zlepšila řeč. Dívka navštěvuje logopedii, kde se její řeč rozvíjí. Také se zdokonalila i její neverbální komunikace.

Má velice dobrou mimiku a svou gestikulací dokáže vyjádřit své potřeby. Chlapec se naučil od nástupu do školy více poslouchat učitelku a chovat se podle jejích pokynů.

S chlapcem se lze mnohem lépe domluvit na veškerých záležitostech. Dříve utíkal na chodbě vyučujícím, což se také omezilo.

4. Diskuse

Na základě pozorování a rozhovorů bylo zjištěno, že děti s Downovým syndromem mají mnoho společného. Jedná se o například o tělesné znaky, myšlení, řeč, pozornost a paměť.

Zkoumaní žáci mají zrakovou a řečovou vadu, menší tělesný vzrůst, silnější končetiny, menší nos a ústa, větší jazyk a šikmou kožní řasu. Tyto znaky jsou pro Downův syndrom typické a shodují se s Černou et al., (2015), Bazalovou (2014) a Švarcovou (2006).

Zrakové vady se u dětí s Downovým syndromem objevují často, jak zmiňuje Švarcová (2006), 70 % dětí s Downovým syndromem má postižení zraku, ať už se jedná o krátkozrakost, dalekozrakost či šilhavost.

Žáci mají diagnostikovanou středně těžkou mentální retardaci a navštěvují základní školu speciální. Podle Valenty et al., (2014) a Švarcové (2006) se jedinci s Downovým syndromem nejčastěji nacházejí s pásmu středně těžké mentální retardace.

Černá et al., (2015) uvádí pásmo lehké a středně těžké mentální retardace jako nejčastěji se vyskytující u dětí s Downovým syndromem.

Statistická ročenka školství (2017), uvádí, že se za školní rok 2016/2017 vzdělávalo v České republice 1561 žáků se středně těžkou mentální retardací v základních školách určených pro speciálně vzdělávací potřeby. Z pohledu učitelek, které vyučují žáky s Downovým syndromem, je nejčastější a nevhodnější vzdělávat tyto žáky na základních školách speciálních.

Ve své praxi se neseťkávají s tím, že by se vzdělávali v běžné základní škole. S tím se ztotožňuje i Fischer et al., (2014). Důvodem jsou podpůrná opatření, jež může žákům se středně těžkou mentální retardací poskytnout ve větší míře speciální školství.

Mezi opatření, která uvedly učitelky při rozhovoru patří asistent pedagoga, poskytnutí dostatečného času a prostoru na vypracování úkolů a snížení počtu žáků ve třídě.

Z pozorování bylo zjištěno, že myšlení u žáků s Downovým syndromem je převážně konkrétní. Žáci používají při vyučování názorné obrázky a počítadlo. Mají problémy s abstrakcí a generalizací, což potvrzuje Valenta et al., (2014) a Černá et al., (2015).

Žáci jsou málo zvědaví a nemají zájem o nové poznatky. Jak uvádí Fischer et al., (2014), jedinci s mentální retardací mají omezenější potřebu zvědavosti a jsou více závislí

na zprostředkování informací jinými lidmi. Švarcová (2006) uvádí sníženou zvědavost a potřebu poznávat u dětí s Downovým syndromem.

Ukázalo se, že se žáci naučí z paměti básničku, číselnou řadu nebo napsat písmeno, ale nedokážou s tím dále pracovat a hledat souvislosti.

Podle Fischera et al., (2014) jedinci s mentální retardací hůře rozlišují významné a nevýznamné znaky předmětů či situací a špatně chápou jejich vzájemné vztahy.

Řeč je u pozorovaných žáků narušená a s malou slovní zásobou. To může souviset s mentální retardací, jak uvádí Černá et al., (2015). Podle Bazalové (2014) je řeč jednoduchá, slovník je obsahově chudý a vyskytují se agramatismy.

S těmito charakteristikami řeči se shoduje také Fischer et al., (2014), který ještě uvádí nepřesnou výslovnost, neschopnost pochopit slovní obraty, žerty či ironii.

Žáci nejsou celkově komunikativní a většinou si povídají až na podnět učitelů a kamarádů. Komunikace všech pozorovaných žáků s Downovým syndromem probíhá většinou neverbálně gestikulací a pokýváním hlavy.

Z rozhovoru s učitelkou bylo možné zjistit, že gestika a mimika u dívky s Downovým syndromem je na vysoké úrovni.

Je schopná vyjádřit své potřeby tak, že ji ostatní pochopí. Pokud děti užívají verbální formu, mluví jednoduchými, krátkými větami. Často se objevují jednoslovné a dvouslovné věty.

Bazalová (2014) uvádí jako problém používání abstraktních pojmů, delších a složitějších vět.

Z pozorování také vyplynulo, že paměť u dětí s Downovým syndromem je mechanická a krátkodobá a získané vědomosti je třeba upevňovat častým opakováním.

S tím se shoduje Vítková et al., (2004) a Valenta et al., (2014), který uvádí, že si děti osvojují nové poznatky pomalu, mechanicky a po mnohačetném opakování.

Naučené vědomosti rychle zapomínají, vybavují si je nepřesně a neumějí je uplatnit v praxi. Fischer et al., (2014) ukazuje na potřebu stálého opakování a prohlubování znalostí a dovedností.

Pozorování také ukázalo, že je u žáků společná kolísavá a krátkodobá pozornost.

Valenta et al., (2014) charakterizuje pozornost u osob s mentální retardací jako nestálou, snadno unavitelnou a krátkodobou.

Při náročnější a déle trvající činnosti pozornost klesá a žáci jsou rychleji unavení. Proto je důležité veškeré aktivity střídat po krátkých časových intervalech a poskytnout mezi nimi odpočinek formou přestávky. Žáci si odpočinou a jsou schopní lépe spolupracovat, s čímž se ztotožňuje i Valenta et al., (2014).

Typické je nesoustavné myšlení, kdy děti od řešení úkolu odvádí přerušení pozornosti, náhodná chyba nebo bezdůvodně ztratí myšlenkovou souvislost a začnou mluvit o něčem jiném (Švarcová, 2000).

Při pozorování žáků ve třídě se často objevovala ztráta pozornosti z důvodu vyrušení osoby, která přišla do třídy nebo hlasitého chování spolužáků.

Při sledování žáků bylo možné se dozvědět, že pouze jeden z nich je hyperaktivní. Hyperaktivita je v rozporu s Černou et al., (2015) a Švarcovou (2006), které uvádějí mezi charakteristickými rysy nízké svalové napětí u většiny dětí s Downovým syndromem.

Ostatní žáci jsou méně aktivní a klidní. Jejich pohyby jsou pomalé a vykonávání úkolů jim trvá o něco déle než ostatním dětem.

Podle učitelek se děti s Downovým syndromem neseťkávají s jinými dětmi a svůj volný čas tráví s rodinou nebo ve školní družině. Mezi jejich zájmy patří hudba a tanec.

Učitelky vidí začleňování žáků mezi vrstevníky velmi pozitivně. Spolužáci je vnímají jako kamarády, pomáhají jim a mají je rádi.

Děti s Downovým syndromem si vždy dokážou každého získat a mimo školu je ostatní také vnímají velmi pozitivně.

Celkově jsou tyto děti oblíbené. Valenta et al., (2014) uvádí, že děti s Downovým syndromem jsou velmi přátelské. Také podle Bazalové (2014) jsou děti s Downovým syndromem v sociální oblasti v pořádku, jsou usměvavé a společenské.

Sociální dovednosti jsou na vysoké úrovni, ale žáci mohou mít někdy problémy s navazováním vztahů nebo s komunikací. Dle výzkumu Næss et al., (2016) mají žáci s Downovým syndromem slabší sociální schopnosti než jejich vrstevníci, ale bez zásadních rozdílů.

Například v zahraničním výzkumu se zjistilo, že jsou školou lépe přijatí žáci s viditelným zdravotním postižením než s postižením, které na první pohled není zřejmé bez ohledu na jeho závažnost (Frederickson et al., 2015).

Downův syndrom je obvykle na pohled poznat, a tak mohou být společností lépe přijímání.

Z rozhovorů vyplynulo, že se žáci s Downovým syndromem mohou vzdělávat na praktické škole jednoleté, dvouleté či na soukromé střední škole.

Tam by si osvojili nové nebo prohloubili již získané znalosti a dovednosti. Součástí teoretické výuky je i nácvik praktických činností jako je například nácvik sebeobsluhy, příprava pokrmů, úklid v domácnosti, nakupování, péče o zvířata, výroba keramických, textilních, skleněných výrobků či práce na zahradě.

Činnosti jsou vykonávány ve cvičném bytě, kuchyňce, zahradě, keramické, textilní, sklářské dílně, jež jsou součástí školy. Veškeré praktické dovednosti jsou potřebné pro výkon budoucího povolání.

Po jejich absolvování se mohou podle učitelek uplatnit v chráněné dílně, vykonávat pomocné práce při mytí nádobí, při péči o zvířata nebo práce na zahradě.

Další možností je pravidelné navštěvování denního stacionáře a sociálně terapeutické dílny.

Se vzděláváním se shoduje Fischer et al., (2014), podle něhož mohou absolventi základních škol speciálních navštěvovat praktické školy. V dospělém věku mají možnost pokračovat ve vzdělávání ve večerních školách.

Vítková et al., (2004) ukazuje možnost vzdělávání absolventů základních škol speciálních na odborných učilištích a shoduje se s vyučováním na praktických školách.

Také Valenta et al., (2014) uvádí praktické školy jako způsob vzdělávání žáků se středně těžkou mentální retardací.

Ze získaných výsledků se zjistilo, že žáci s Downovým syndromem mají určité limity, které brání procesu vzdělávání a sociálním dovednostem nebo je omezují.

Limitem podle učitelky je pomalé vykonávání činností, což může být problémem i v budoucím zaměstnání. Žákyně si tak bude muset najít takové zaměstnání, které nebude vyžadovat rychlost.

V sociálních vztazích je limitem narušená řeč. Dětem není rozumět a někdy mluví moc rychle. Problémem může být i chování. Žák se podle názoru učitelky občas chová jako dítě nižšího věku a bývá hlučný, což může ostatní děti obtěžovat.

Dalším limitem může být i stydlivost u starší žákyně, která nechce mluvit před cizími lidmi. Pokud s novými osobami stráví delší čas, stydlivost postupně vymizí.

Jedna z učitelek uvedla při rozhovoru, že je limitem samotné nastavení hranic schopností. Děti vědí, že jim nevěříme, a tím je zbytečně demotivujeme.

Na otázku integrace se obě učitelky shodly, že není u jejich žáků s Downovým syndromem vhodná. Statistická ročenka školství (2017), uvádí, že se v České republice

integrovalo v běžných školách celkem 97 žáků s mentální retardací. Počet integrovaných žáků je nízký.

Pokud by žáci s Downovým syndromem měli diagnostikovanou lehčí formu mentální retardace, integrace do běžné školy by přicházela v úvahu, což potvrdila jedna z dotazovaných učitelek.

Švarcová (2006) se shoduje s tím, že podle závažnosti mentálního postižení mají možnost se děti s Downovým syndromem vzdělávat na základních školách speciálních nebo se mohou integrovat do běžných základních škol.

Obě učitelky se domnívají, že dětem je lépe v základní škole speciální, a že v běžné škole by se trápily. Běžná škola by žákům neposkytla dostatek času na práci, individuální přístup a v neposlední řadě dostatečně kvalifikované pedagogy.

Jedna z učitelek uvedla, že se její žák s Downovým syndromem v první třídě vzdělával v běžné škole. Bohužel mu prostředí a velký počet žáků ve třídě nevyhovoval, takže s nikým nechtěl komunikovat a spolupracovat.

Proto byl v druhém pololetí přeřazen do základní školy speciální, kde se druhým rokem vzdělává. Ve škole je spokojený, poslouchá pokyny učitelky, má zájem o spolužáky a více komunikuje.

Také uvedla, že pokud bude žák starší, mohl by se o integraci do běžné školy pokusit a mohlo by mu to vyhovovat.

Na toto téma byl proveden výzkum v běžné zahraniční škole. Z výsledků výzkumu se ukázalo, že by žáci raději přijali spolužáka bez zdravotního postižení než spolužáka s Downovým syndromem (Schwab et al., 2015).

Integrace je velmi individuální. Záleží na stupni mentálního postižení, dostupnosti podpůrných opatření, připravenosti pedagogů, žáků a spolupráci rodičů se školou.

Žáci s Downovým syndromem jsou samostatní. Všichni žáci potřebují nad sebou dohled, individuální přístup, přátelské a bezpečné prostředí, aby dokázali samostatně uspokojovat své potřeby a zájmy. Tyto podmínky umožňují snadnější začleňování do vzdělávání i do skupiny svých vrstevníků.

Výsledky z rozhovorů ukázaly, že se žáci s Downovým syndromem stále rozvíjejí a zlepšují. Mladší žák podle učitelky více poslouchá a dělá, co se po něm vyžaduje. Je s ním celkově lepší domluva, a také se naučil neutíkat na chodbě učitelům.

Učitelka u dívky označila za pokrok řeč a komunikaci. Je jí o něco lépe rozumět a s ostatními více komunikuje. Dříve neměla zájem si s nikým povídat ani v domácím prostředí.

5. Závěr

Zjistilo se, že mezi limity žáků s Downovým syndromem při začleňování do společnosti a do vzdělávání patří narušená řeč, pomalé vykonávání činností a hlučné chování. Integrace zkoumaných žáků do běžné základní školy není v současné době vhodná, na čemž se shodly obě učitelky.

Žáci se začleňují mezi své vrstevníky spíše v rámci školy, nikoli mimo školu. Jelikož jsou děti s Downovým syndromem přátelské, hodné a jsou ochotné pomáhat druhým, mají je ostatní rádi.

6. Seznam použitých zdrojů

1. BARTOŇOVÁ, M. et al., 2016. *Inkluze ve škole a ve společnosti jako interdisciplinární téma*. 2. vydání. Brno: Masarykova univerzita. 272 s. ISBN 978-80-210-8140-6.
2. BAZALOVÁ, B., 2014. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Praha: Portál. 184 s. ISBN 978-80-262-0693-4.
3. BÜRLI, A., 1997. *Sonderpädagogik international, Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven*. Luzern: SZH. 55 s. ISBN 3-908263-49-9.
4. COURTNEY, A., 2017. Down Syndrome. *Magill'S Medical Guide*. [databáze]. [cit. 2017-04-18]. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=e07d3d8e-93f2405198b02f0a22d74612%40sessionmgr102&vid=7&hid=127&bdata=Jmxhbm9Y3Mmc2l0ZT1lZHMtbG12ZQ%3d%3d#db=ers&AN=86194063>
5. ČERNÁ, M. et al., 1995. *Kapitoly z psychopedie*. Praha: Karolinum. 82 s. ISBN 80-7066-899-7.
6. ČERNÁ, M. et al., 2015. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. 2. vydání. Praha: Karolinum. 222 s. ISBN 978-80-246-3071-7.
7. FISCHER, S. et al., 2014. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. 208 s. ISBN 978-80-7387-792-7.
8. FREDERICKSON, N., 2015. Social inclusion of children with complex needs in mainstream: does visibility and severity of disability matter? *International Journal of Develomental Disabilities*. [databáze]. 62(2), 97-89. [cit. 2017-04-17]. ISSN 0891-4222. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1179/2047387715Y.0000000011?scroll=top&needAccess=true>
9. GAVORA, P., 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. 4. vydání. Bratislava: Univerzitní knihovna. 272 s. ISBN 978-80-223-2391-8.
10. HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I., 2010. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Grada. 224 s. ISBN 978-80-247-3070-7.
11. HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. 407 s. ISBN 80-736-70-402.

12. HESSEN, S., 1936. *Filozofické základy pedagogiky*. Praha: Československá grafická unie. 379 s.
13. LECHTA, V. et al., 2010 *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, ohrožením a narušením ve škole*. Praha: Portál. 440 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
14. MAŇÁK, J., ŠVEC, V., 2003. *Výukové metody*. Brno: Paido. 219 s. ISBN 80-7315-039-5.
15. *Mezinárodní klasifikace nemocí: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize*. 1993. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. ISBN 80-901856-4-9.
16. MÜHLPACHR, P., 2001. *Sociální patologie*. Brno: Masarykova univerzita. 104 s. ISBN 80-210-2511-5.
17. NAES, K. et al., 2016. The profile of social functioning in children with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation*. [databáze]. 39(13), 1331-1320. [cit. 2017-04-17]. ISSN 0963-8288. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/figure/10.1080/09638288.2016.1194901?scroll=top&needAccess=true>
18. PANČOCHA, K. et al., 2012. *Celoživotní inkluzivní vzdělávání: možnosti a perspektivy*. Brno: Masarykova univerzita. 276 s. ISBN 978-80-210-6101-9.
19. PUESCHEL, M., 1997. *Downův syndrom pro lepší budoucnost: metodická příručka pro rodiče*. Praha: TECH-MARKET. 131 s. ISBN 80-86114-15-5.
20. SCHWAB, S. et al., 2015. Social acceptance of students with Down syndrome and students without disability. *Educational Psychology*. [databáze]. 36(8), 1515-1501. [cit. 2017-04-17]. ISSN 1939-2176. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/01443410.2015.1059924?scroll=top&needAccess=true>
21. *Statistická ročenka školství – výkonové ukazatele*, 2017. [online]. MŠMT [cit. 2017-04-15]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>
22. STRUSKOVÁ, O., 2000. *Děti z planety D. S*. Praha: G plus G. 165 s. ISBN 80-86103-31-5.
23. ŠVARCOVÁ, I., 2000. *Mentální retardace: výchova, vzdělávání, sociální péče*. Praha: Portál. 184 s. ISBN: 80-7178-506-7.
24. ŠVARCOVÁ, I., 2006. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Praha: Portál. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

25. ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.
26. TANNENBERGEROVÁ, M., 2016. *Průvodce školní inkluzí aneb Jak vypadá kvalitní škola současnosti?* Praha: Wolters Kluwer. 136. ISBN 978-80-7552-008-1.
27. VALENTA, M. et al., 2012. *Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Praha: Grada. 352 s. ISBN 978-80-247-3829-1.
28. VALENTA, M. et al., 2014. *Přehled speciální pedagogiky*. Praha: Portál. 272 s. ISBN 978-80-262-0602-6.
29. VÍTKOVÁ, M. et al., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální*. 2. vydání. Brno: Paido. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
30. Zákon č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony, 2015. /online/. /cit. 2016-12-17/ In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1384. Dostupné z: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/start.aspx>
31. ZVOLSKÝ, P., 1996. *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum. 206 s. ISBN 80-7184-203-6.
32. WILSON, C., 2016. Drugs may lift IQ in people with Down's syndrome. *New Scientist*. [databáze]. 231(3086), p. 6. [cit. 2017-04-18]. ISSN 0262-4079. Dostupné z: <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?sid=e07d3d8e-93f2-4051-98b0-2f0a22d74612%40sessionmgr102&vid=21&hid=127&bdata=Jmxhbmc9Y3Mmc2l0ZT11ZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=117333827&db=a9h>

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas

Příloha č. 2: Rozhovor s učitelkami

Příloha č. 3: Případová studie

Přílohy

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Dobrý den, jmenuji se Eva Křižáková a studuji obor Speciální pedagogika- vychovatelství na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. V současné době zpracovávám bakalářskou práci na téma Integrace dětí s Downovým syndromem do společnosti. Proto bych Vás chtěla poprosit o Váš souhlas s pozorováním dítěte s Downovým syndromem ve škole. Dítě bych několikrát pozorovala v rámci školního vyučování a psala si poznámky. Součástí bakalářské práce jsou zpracované poznámky a rozhovory s pedagogy.

Souhlasím x Nesouhlasím

Podpis.....

Moc Vám děkuji.

S pozdravem Eva Křižáková

Příloha č. 2

Rozhovor s učitelkami

1. Myslíte si, že je integrace žáka s Downovým syndromem do běžné základní školy vhodná?

Učitelka č. 1:

„Vhodná by aktuálně spíše nebyla. Pokud by se škola snažila ho začlenit, tak ano. Až dozraje centrální nervová soustava, mohl by se integrovat ve starším věku.“

Učitelka č. 2:

„Určitě není, potřebuje vyšší čas a malý kolektiv dětí.“

2. Za jakých podmínek by šlo integraci uskutečnit?

Učitelka č. 1:

„Potřeboval by asistenta pedagoga, ale i přesto by mohl rušit spolužáky. Měl by mít možnost odejít do vedlejší místnosti, aby si odpočinul a nerušil ostatní.“

Učitelka č. 2:

„Nejspíše za žádných podmínek, protože postižení je ve velké míře. Pokud by dívka měla lehké mentální postižení, integrace by byla možná.“

3. Jaké limity podle Vás brání integraci?

Učitelka č. 1:

„Žák by rušil ostatní spolužáky, nevyhovuje mu velká skupina dětí. Ve speciální škole nerad chodí na školní akce do tělocvičny, pokud je tam hodně dětí. Vadilo by ADHD a neměl by tolik prostoru a času tak jako v ZŠ speciální.“

Učitelka č. 2:

„Potřeba většího času, Downův syndrom je specifický v tom, že děti mají své tempo a čas. ZŠ je orientovaná na výkon a výsledky a dívka by špatně snášela neúspěch.“

4. Myslíte si, že jsou školy dostatečně připravené na integraci?

Učitelka č. 1:

„Obecně nejsou, ale je to individuální. Otázkou jsou peníze. Nemohu posoudit všechny školy v republice, ale myslím si, že nejsou.“

Učitelka č. 2:

„Spíše ne, učitelé nemají potřebné vzdělání, není dostatek kompenzačních pomůcek, asistentů pedagoga a individuálního přístupu. Samozřejmě záleží na konkrétní škole.“

5. Máte nějakou osobní zkušenost s integrací žáka s Downovým syndromem?

Učitelka č. 1:

„Osobní zkušenost nemám, protože učím na základní škole speciální. Ale tento žák byl integrovaný v první třídě do běžné základní školy, měl individuální vzdělávací plán pro základní školu speciální s asistentem pedagoga.“

Učitelka č. 2:

„Žádnou zkušenost nemám. Žáky s Downovým syndromem jsem viděla se vzdělávat v základní škole speciální.“

6. Jak žák s Downovým syndromem tráví volný čas, zapojuje se mezi jiné děti?

Učitelka č. 1:

„Navštěvuje sdružení Ovečka, kde se setkává převážně s dětmi s Downovým syndromem. Více se zajímá o děti, které jsou pohybově aktivní, aby si s nimi mohl kopat míčem.“

Nejeví zájem o děti s Downovým syndromem, když si s ním chtějí povídat a hrát. Má radši dívky. Po vyučování tráví čas ve družině naší školy, je zaměřený na pohyb, ale baví ho i poslech písniček, hraní her. Volný čas tráví bohatým programem s rodinou.“

Učitelka č. 2:

„Čas tráví převážně s rodinou doma nebo na výletech. Ráda zpívá a tancuje. Myslím si, že s jinými dětmi se mimo školu nevidá a s dětmi ze školy má velmi dobré vztahy.“

7. Jak vidíte úspěšnost žáka s Downovým syndromem při začleňování do společnosti?

Učitelka č. 1:

„Stále se vyvíjí. Po nástupu do školy si hrál sám, odcházel do vedlejší místnosti a teď přijde za kamarádem, aby si s ním hrál. Zvládne společné kolektivní práce a hry, což dříve nezvládal. Dokáže si získat svou osobností děti i dospělé, ale více inklinuje k dospělým osobám. Zpočátku mu nebylo rozumět, jeho řeč se zlepšila a dokáže vyjádřit své pocity. Sám si nechce povídat, většinou mluví na něčí podnět.“

Učitelka č. 2:

„Vidím ji velice úspěšně. Ve škole má hodně kamarádu a mají se rádi. Před cizími lidmi se stydí a nechce komunikovat.“

8. Jaké jsou podle Vás limity při začleňování do společnosti?

Učitelka č. 1:

„Hraje si a někdy se chová jako 3leté dítě. Řeč, ostatní mu nerozumí. Jeho hlučnost může děti obtěžovat. Limitem jsou nastavení hranic schopností, a přitom se některé hranice podařily překročit. Nerada mluvím o limitech, pokud nebudu věřit tomu, že je dítě schopno nějakého pokroku, tak toho pokroku nemusí opravdu dosáhnout. Často dětem zbytečně stanovujeme hranice a demotivujeme je tak. U mého žáka může být někdy překážkou v navazování vztahů vada řeči, ale i zde udělal za rok a půl velký pokrok.“

Učitelka č. 2:

„V sociálních vztazích je limitem narušená řeč, není jí rozumět a často mluví moc rychle a ostatní ji nerozumí. Dalším limitem může být i stydlivost před cizími lidmi, ale podle mě to ve vztazích ve velké míře nebrání.“

9. Jaké schopnosti a dovednosti se podle Vás rozvinuly u žáka s Downovým syndromem?

Učitelka č. 1:

„Více poslouchá a chová se dle pokynů učitele. Je s ním lepší domluva. Dříve utíkal na chodbě. Je na začátku cesty a budeme se snažit rozvíjet vše. Velkým úsilím a zájmem rodiče udělal větší pokrok nežli žák s mnohem většími předpoklady ve vzdělávání v téže třídě.“

Učitelka č. 2:

„Určitě se zlepšila komunikace a řeč. Dívka chodí na logopedii, kde s ní rozvíjejí řeč. Dříve mluvila málo i doma a nyní mluví více. Má velice dobrou gestikulaci a mimiku a dokáže rukama „říci“, co potřebuje.“

10. Kde se žák s Downovým syndromem může uplatnit po skončení povinné školní docházky?

Učitelka č. 1:

„Praktická škola jednoletá či dvouletá. Maminka bude mít určitě zájem o další vzdělávání. Snaží se s ním doma pracovat. Po skončení povinné školní docházky má více možností uplatnění, záleží na jeho zaměření – od školy praktické jednoleté a dvouleté, učební obor, chráněná dílna, ale možnost integrace i do soukromé střední školy.“

Učitelka č. 2:

„Mohla by studovat na praktické škole a po skončení pracovat v chráněné dílně. Byla by možnost mýt nádobí, pracovat na zahrádce nebo se zvířaty. Mohla by navštěvovat denní stacionář nebo sociálně terapeutickou dílnu, ale tam by jí byla škoda.“

Příloha č. 3

Případová studie

Případová studie je zaměřena na patnáctiletou dívku, která má diagnostikovaný Downův syndrom. V důsledku této diagnózy má dívka zrakovou, řečovou, srdeční vadu a středně těžkou mentální retardaci.

Žije v malé vesnici nedaleko Českých Budějovic v rodinném domě. Bydlí s oběma rodiči a dvěma sestrami. Starší sestře je 18 let a mladší sestře je 9 let. Obě dívky jsou zdravé. Porod dívky s Downovým syndromem proběhl v termínu a bez komplikací.

Dívka má vadné držení těla, pomalé pohyby i chůzi. Při přemísťování do jiné třídy či jídelny a při převlékání na ni ostatní často čekají.

U jemné motoriky se objevuje pomalé tempo vykonávání činností (např.: psaní, kreslení, nalepování, stříhání). Veškeré činnosti vykonává samostatně a bez pomoci, pokud je jí aktivita řádně vysvětlena.

Každý týden navštěvuje logopedii, ergoterapii a fyzioterapii, jejichž cílem je zlepšení řečových a motorických funkcí.

Byla integrovaná v běžné mateřské škole v Netolicích a v péči speciálně pedagogického centra ve Strakonících. Po mateřské škole měla roční odklad povinné školní docházky a nastoupila do základní školy speciální v Českých Budějovicích.

Ve škole se vzdělává již sedmým rokem a navštěvuje speciálně pedagogické centrum v Českých Budějovicích. Na prostředí školy se postupně dobře adaptovala a na spolužáky a učitele se vždy těší. Ve třídě se vzdělává se šesti žáky.

Žáci jsou rozděleni mezi šestou až osmou třídu, takže každý z nich má svůj individuální vzdělávací plán. Jeden ze žáků má diagnostikovaný dětský autismus a ostatní žáci dětskou mozkovou obrnu. Dívka s Downovým syndromem je vzdělávána podle rámcového vzdělávacího programu základní školy speciální pro sedmou třídu a jako jediná nemá individuální vzdělávací plán.

Ve třídě žáky vyučuje třídní učitelka, které pomáhá asistent pedagoga s výukou žáků. Ve vyučovacích hodinách pracuje podle pokynů učitelů, ale při delším vykonávání činnosti je unavená a ztrácí pozornost. Při vyrušení se snadno rozptýlí a později dokončí rozdělanou činnosti buď sama, nebo na výzvu učitele. Pokud je ve třídě ticho a klid, soustředí se na aktivitu po celou dobu.

V hodinách matematiky vždy pracuje při počítání příkladů s počítadlem a počítá na prstech. Ke správnému výsledku také dospěje, pokud má možnost používání názorných obrázků. Důležité je poskytnout jí dostatek času, přičemž někdy nestihne vypočítat všechny zadané příklady.

Umí se orientovat na číselné ose, sčítat a odečítat do 10. Během příkladu zapomíná, co má počítat a začne od začátku.

V českém jazyce zvládne napsat některá písmena či jednoduchá slova sama i podle předlohy. Věty a slovní spojení čte nejdříve samostatně po písmenech, následně po slabikách, a poté přečte celé slovo. Má problém s rozlišováním některých písmen a určováním počátečních či koncových písmen u slov.

Tělesná výchova je ve škole spíše zaměřena na týmovou hru „Bocciu“, jejímž smyslem je umístit co nejvíce míčků své barvy (červené nebo modré) blíže bílému míčku, než je nejbližší míček soupeře.

Dívka vždy sedí na lavičce se spolužáky a čeká na vyzvání kapitána jejího týmu, aby míček hodila. Její koordinace oko – ruka je výborná a často se treffi k bílému míčku.

Celkově se projevuje klidným chováním ve třídě. Není příliš komunikativní, při řeči užívá jednoduché, krátké věty a její aktivní slovní zásoba je malá. Častěji místo slov kývne hlavou nebo gestikuluje rukama. Komunikuje více se spolužáky a s učiteli, které zná než s cizími lidmi, ze kterých je nejistá.

S ostatními udržuje přátelské vztahy a je na všechny milá. Ráno ji do třídy přivede jeden z rodičů nebo její starší sestra a spolužáky s učiteli pozdraví s úsměvem na tváři.

Často se stává, že přijde k dívkám a obejmje je. Je na ní vidět, že se do školy a na své kamarády moc těší. Když má dobrou náladu, začne něco vyprávět a chodit po třídě. Když se setká s jiným učitelem nebo s jinou dospělou osobou, slušně ji pozdraví.

Dokáže o něco požádat či poprosit a následně za to poděkovat. Svůj volný čas tráví s rodinou doma nebo návštěvami kulturních akcí. Mezi její zájmy patří plavání, procházky, hudba a má ráda zvířata.

Při sebeobsluze nevyžaduje zvláštní pomoc druhé osoby. Dojít si na toaletu, umýt si ruce, obléknout se, obout si boty, napít se a najíst zvládne samostatně. Nevýhodou je pomalé vykonávání činnosti, které jí trvá delší dobu než jejím vrstevníkům.

Dle názoru učitelky by se mohla dívka po ukončení povinné školní docházky vzdělávat na praktické škole jednoleté nebo dvouleté. Po dokončení středního vzdělávání má dívka možnost pracovat na chráněném pracovním místě, navštěvovat denní stacionář nebo sociálně terapeutickou dílu.

Výběr budoucího povolání je závislý na jejích zájmech, možnostech, schopnostech, potřebách a limitech. Mohla by vykonávat pomocné práce v kuchyni, v sociálním zařízení, na statku se zvířaty, zahradnické práce či úklidové práce. Dívka je moc šikovná a při individuálním vedení je schopná činnosti vykonávat.

Limitem při výkonu budoucího povolání se ukazuje porucha komunikace, střední stupeň mentální retardace a pomalé vykonávání činností. Vhodný by byl pracovní asistent, který by dívce pomáhal při komunikaci s ostatními pracovníky a se zaměstnavatelem, poskytl jí individuální přístup a vyšší čas na vykonávání potřebných činností.

Seznam zkratk

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

č. – číslo

apod. – a podobně

atd. – a tak dále