Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základní školy

Ing. Jana Kulíšková

Bakalářská práce
2012

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav pedagogických věd
akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení:	**Ing. Jana KULÍŠKOVÁ**
Osobní číslo:	**H09747**
Studijní program:	**B 7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor:	**Učitelství odborných předmětů pro SŠ**
Téma práce:	**Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základní školy.**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou, integrace do základní školy.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu současného stavu ve školství, podmínek integrace, dopadů na žáky.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

JESENSKÝ, J. Integrace ? znamení doby. Sborník. Praha : Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0
LESNÝ, J. Dětská mozková obrna. Praha : Avicenum, 1985. ISBN 08-088-85
MATĚJČEK, Zd. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany : H+H, 2001. ISBN 80-86022-92-7
STEJSKAL, B. V čem spočívá integrace Informatorium. Praha : Portál, 1998, č. 5. ISSN 1210-7506
VÍTKOVÁ, M. (ed.). Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9

Vedoucí bakalářské práce: **Ing. Lenka Mikulová**
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2011**

Termín odevzdání bakalářské práce: **4. května 2012**

Ve Zlíně dne 12. ledna 2012

L.S.

doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka

Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby [1)];
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 [2)];
- podle § 60 [3)] odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 [3)] odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 2.4.2012 Kuleštová Jana

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.
(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:
(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacího zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:
(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.
(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.
(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

Tato bakalářská práce se zabývá problematikou integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol. Práce je rozdělena do dvou částí, a to do části teoretické a praktické. Teoretická část obsahuje základní informace týkající se dětské mozkové obrny a fenoménu zvaného integrace. Praktická část se zabývá konkrétním případem integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do základní školy.

Klíčová slova: dětská mozková obrna, integrace, školská integrace, vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

ABSTRACT

This bachelor work concerns the topic of integration of children with cerebral palsy into primary school system. The paper consists of two parts, theoretical and practical. The theoretical part gives essential information about cerebral palsy and the integration phenomenon, while the practical part shows a particular case of such integration.

Keywords: cerebral palsy, integration, school integration, educating pupils with special needs

Ráda bych touto cestou poděkovala vedoucí bakalářské práce Ing. Lence Mikulové za odborné vedení, cenné rady, připomínky a spolupráci při tvorbě bakalářské práce. Děkuji také všem, kteří mi vytvářeli podmínky pro vypracování této práce.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

ÚVOD **10**

I TEORETICKÁ ČÁST **11**

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA **12**

1.1 CHARAKTERISTIKA DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY 12

1.2 PŘÍČINY VZNIKU 13

1.2.1 Prenatální příčiny 13
1.2.2 Perinatální příčiny 14
1.2.3 Postnatální příčiny 14

1.3 FORMY DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY 14

1.3.1 Spastické formy 14
1.3.2 Formy nespastické 15

1.4 PŘIDRUŽENÉ POSTIŽENÍ DMO 15

1.4.1 Mentální retardace 16
1.4.2 Epilepsie 16
1.4.3 Smyslové poruchy 16
1.4.4 Poruchy řeči 17
1.4.5 Problémy s příjmem potravy, nadměrná salivace 17
1.4.6 Poruchy somatického růstu, ortopedické komplikace 17

1.5 REHABILITAČNÍ LÉČBA U DĚTÍ S DMO 18

1.5.1 Vojtova metoda 18
1.5.2 Bobath koncept 19
1.5.3 Doplňkové metody 20

1.6 EDUKACE DĚTÍ S DMO 21

1.6.1 Včasná intervence 21
1.6.2 Předškolní výchova 21
1.6.3 Plnění povinné školní docházky 22

1.7 ÚSKALÍ VE VÝUCE ŽÁKŮ S DMO 22

2 INTEGRACE **24**

2.1 VYMEZENÍ POJMU INTEGRACE 24

2.2 NORMALIZACE, INKLUZE, INTEGRACE 25

2.3 SOCIÁLNÍ ASPEKTY INTEGRACE 26

2.4 LEGISLATIVNÍ RÁMEC INTEGRACE 26

2.5 FORMY VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM 29

2.6 AKTÉŘI ŠKOLSKÉ INTEGRACE 30

2.6.1 Dítě s postižením a jeho rodina 30
2.6.2 Škola, učitelé a pedagogičtí pracovníci 31
2.6.3 Spolužáci dítěte s postižením 32
2.6.4 Poradenská pracoviště 32

2.7 FÁZE ŠKOLSKÉ INTEGRACE 33
II PRAKTICKÁ ČÁST 35
3 VÝZKUM 36
3.1 CÍLE VÝZKUMU, DÍLČÍ CÍLE 36
3.2 DRUH VÝZKUMU, VÝZKUMNÁ METODA 36
3.2.1 Polostrukturované rozhovory 37
3.2.2 Dotazníkové šetření 37
3.3 SBĚR INFORMACÍ A POPIS POSTUPU ŠETŘENÍ 37
3.4 ZPŮSOB ZPRACOVÁNÍ DAT 38
3.5 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ, ZŠ VIZOVICE 38
3.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO VZORKU 39
3.6.1 Kazuistika chlapce 39
4 VÝSLEDKY VÝZKUMU 41
4.1 VÝSLEDKY POLOSTRUKTUROVANÝCH ROZHOVORŮ 41
4.1.1 Rozhovor s matkou 41
4.1.2 Rozhovor s učitelkou 44
4.1.3 Rozhovor s chlapcem 47
4.1.4 Rozhovor s asistentkou 47
4.2 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÝCH ŠETŘENÍ 48
4.2.1 Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření se spolužáky 48
4.2.2 Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření s rodiči spolužáků 53
4.3 DISKUZE ZJIŠTĚNÝCH VÝSLEDKŮ A NÁVRHY PRO PRAXI 56
ZÁVĚR 58
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY 59
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK 62
SEZNAM GRAFŮ 63
SEZNAM TABULEK 64
SEZNAM PŘÍLOH 65

ÚVOD

Rodina, které se narodí dítě s handicapem, se nachází ve velmi náročné situaci. Tuto situaci nikdo nečekal, nikdo si ji nepřál. Rodina je mnohdy nucena přebudovat své životní hodnoty, potřeby i sociální strukturu (role jednotlivých členů). Nejasné prognózy z úst lékařů, nemožnost aplikovat běžně zažité algorytmy chování, nepochopení a mnoho dalších věcí vyčerpává psychické rezervy všech rodinných příslušníků. Přijetí dítěte se závažným postižením je dlouhodobý proces. Zdravotně postižené děti však potřebují kromě zdravotní péče také odpovídající výuku. Postupem času se tedy rodiče musí rozhodnout, jakým způsobem by chtěli své dítě vzdělávat. V této souvislosti se často setkáváme s termínem integrace.

Pojem integrace je frekventovaně používaným termínem na polích různých věd a disciplín, stal se součástí moderní vyspělé doby. V pedagogické oblasti je tento pojem spojen především s výchovou a vzděláváním osob se speciálními vzdělávacími potřebami.

Vzhledem k tomu, že pracuji jako asistentka pedagoga na základní škole, zaměřila jsem svoji práci na problematiku integrace dětí, s diagnózou dětská mozková obrna, do základních škol.

Práce je rozdělena do dvou částí, a to do části teoretické a části praktické. Teoretická část obsahuje základní informace o dětské mozkové obrně. Vysvětluje pojem dětská mozková obrna, její etiologii, formy, možnosti rehabilitační péče a vzdělávání. Druhá kapitola teoretické části se věnuje školské integraci. V praktické části se zabývám konkrétním případem integrace dítěte s dětskou mozkovou obrnou do základní školy. Analyzuji zde podmínky integrace, zjišťuji, jaká jsou pozitiva a negativa spojená s integrací, jaké dopady má integrace na samotné dítě, ale také na jeho spolužáky, jaké jsou vztahy mezi hlavními aktéry integrace a jak vtahy samotné ovlivňují tento proces.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Výskyt dětské mozkové obrny je známý od pradávna. První zmínka o tomto onemocnění se nachází pravděpodobně v díle římského dějepisce Suetonia Tranquilla, kde uvádí, že římský císař Claudius od narození kulhal a koktal a měl mimovolní pohyby. Další historickou osobností, u níž se pravděpodobně jednalo o dětskou mozkovou obrnu, byl slavný anglický král Richard III. Portugalský král Alfonso de Braganza, vládnoucí v 17. století, byl podle zprávy francouzského vyslance ochrnut na pravou stranu tak, že v ruce neudržel kord. V té době žil ve Španělsku také malíř José Ribera, jeho obraz Koňská noha představuje chlapce ochrnutého na půl těla. Jedná se o první známé výtvarné zobrazení dětské mozkové obrny. Anglický básník George Gordon Byron trpěl diparetickou formou dětské mozkové obrny. Existují o tom dost přesné doklady v soudobé korespondenci i v různých pamětech. Narodil se při těžkém porodu, pozdě a špatně se stavěl na nohy a měl vždy vadnou chůzi. Tento slavný spisovatel se sám rehabilitoval plaváním. [18]

1.1 Charakteristika dětské mozkové obrny

Postižení nervové soustavy s poruchou hybnosti u dětí jsou dvojího druhu, a to progresivní a neprogresivní. Progresivní jsou ta, která se plíživě zhoršují, neprogresivní nejsou sice neměnná, ale nezhoršují se trvale. Neprogresivní postižení nervové soustavy zahrnují skupinu tzv. vývojových anomálií a dětskou mozkovou obrnu. [18]

Dětská mozková obrna (DMO) neměla jednotné označení. Autoři označovali DMO názvy na základě formy DMO. [3] Poprvé ji popsal v roce 1862 londýnský ortoped Little, proto byla DMO označována také jako Littleova nemoc. [2]

V roce 1952 zavedl zakladatel dětské české neurologie Ivan Lesný název perinatální encefalopatie, o sedm let později byl zaveden název nový, a to dětská mozková obrna. [3] Tento neurolog definuje DMO jako raně vzniklé postižení mozku před porodem, za porodu nebo krátce po něm projevující se převážně v poruchách hybnosti a vývoje hybnosti. [8] Tichý uvádí, že se jedná o syndrom nepokračujícího postižení nezralého mozku. [3]

R. Šlapal a S. Kotagal považují vlastní označení „dětská mozková obrna“ za nepřesné, jelikož ne všechny motorické projevy mají charakter obrny. Z těchto důvodů je někdy toto onemocnění označováno jako encefalopatie, což znamená blíže nespecifikované postižení mozku.

Dle S. Kotagala se jedná o stacionární encefalopatii, která je vyvolána poškozením nezralého mozku v prenatálním, perinatálním či postnatálním období a může se projevit motorickým, mentálním nebo smyslovým handicapem.[4]

DMO patří mezi nejčetnější neurovývojová onemocnění. Kraus charakterizuje DMO jako neprogresivní, leč ve svých projevech nikoli neměnné postižení vyvíjejícího se mozku. Postihuje motorický systém, descendentní nervová vlákna z motorické kůry a často se spojuje s neurokognitivními, senzorickými a senzitivními lézemi. [6]

Diagnóza DMO nemusí automaticky představovat těžký handicap. Děti s těžkou formou DMO obvykle potřebují komplexní celoživotní péči. Avšak děti s lehkými formami DMO mohou být třeba nemotorné, obejdou se však bez speciální pomoci.[3]

1.2 Příčiny vzniku

Příčiny vzniku tohoto onemocnění můžeme na základě doby, kdy došlo k poškození mozku rozdělit do tří základních skupin, a to na prenatální (předporodní) příčiny, perinatální (porodní) příčiny a postnatální (poporodní) příčiny. Etiologie DMO však zůstává asi ve 20 – 30% neobjasněná.[4]

1.2.1 Prenatální příčiny

Mezi prenatální příčiny se řadí infekční onemocnění matky, krvácení matky v prvních třech měsících těhotenství, anoxie, metabolické poruchy matky, Rh-inkompatibilita, škodlivý vliv mají i nejrůznější záření. [3] V pozdějším těhotenství může být mozek plodu poškozen poruchami ledvinového a krevního oběhu matky, jež vedou k nedostatku kyslíku v těle plodu. Za velmi častou příčinu DMO se považuje nedonošenost. Nedonošenost stojí dnes v popředí etiologických činitelů DMO. Je to jednak proto, že děti, které se narodí s nízkou porodní váhou, mají nehotové funkční mechanismy jako termoregulaci, výměnu krevních plynů atd. [18] Velmi častou variantou jsou nedonošená dvojčata. [20] Nezanedbatelným, i když méně častým etiologickým činitelem je také přenášení plodu, jelikož v těchto případech rychle klesá saturační křivka kyslíku v krvi. [3]

1.2.2 Perinatální příčiny

Perinatální příčiny jsou takové příčiny, kdy dochází k poškození mozku v průběhu porodu. [4] Jedná se o abnormální porody, dlouhotrvající, protahované porody, kdy může dojít ke krvácení do mozku, hypoxii až asfyxii. [3] Jedním z nejdůležitějších činitelů, který zaviňuje DMO, je právě asfyxie, tj. nedostatek kyslíku plodu. Jedná se především o děti křišené. [18]

1.2.3 Postnatální příčiny

Mezi postnatální příčiny patří infekce CNS (encefalitidy, meningitidy), závažné poranění lebky a mozku, vrozené vady metabolismu, iontové dysbalance, novorozenecký icterus. [3] Dále také rané infekce, a to nejčastěji plicní nebo střevní do konce prvního roku věku než se vyvinou systémy, které chrání mozek od škodlivin kolujících v krvi. [18]

1.3 Formy dětské mozkové obrny

Při klasifikaci DMO se nejčastěji vychází z klinického obrazu. Rozlišují se základní formy DMO, které vycházejí z typu hybného postižení. [4] Podle klasického členění se DMO dělí na formy spastické a nespastické.

1.3.1 Spastické formy

Pro spastické formy je charakteristický zvýšený svalový tonus neboli napětí. To je neklamnou známkou poruchy hybné regulace mozkového nebo míšního původu. Spastické ochrnutí může postihnout u DMO obě dolní končetiny, polovinu těla anebo všechny čtyři končetiny. V této souvislosti pak mluvíme o diparetické, hemiparetické nebo kvadruparetické formě.

Diparetická forma postihuje symetricky obě dolní končetiny. Ty jsou slabší, zejména v bércích. Nápadný je nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolními končetinami, které jsou disproporcionálně kratší. Zvýšené napětí postihuje většinu svalových skupin. Přitahovače stehen jsou zkráceny, proto jsou dolní končetiny v bércích nebo stehnech překříženy. Stehna bývají navíc ve vnitřní rotaci. Mobilita obou dolních končetin je porušená, chůze je zpravidla možná. [18] Horní končetiny nejsou zasaženy a tudíž nevykazují žádné

změny.[3] Mozková kůra zpravidla nebývá zasažena, mentální schopnosti tedy nebývají poškozené. [18]

Nejčastěji se vyskytující typem DMO je hemiparetická forma. [3] Jedná se o spastickou obrnu horní i dolní končetiny jedné poloviny těla. Výrazněji bývá postižena horní končetina, která je ohnuta v lokti. Dolní končetina je napjatá tak, že postižený došlapuje na špičku. Postižené končetiny bývají slabší a kratší, menší bývá i příslušná polovina obličeje. U nejlehčích případů může být hybnost téměř normální.

Nejtěžší formou spastické obrny je kvadruparetická. Na základě poškození v oblasti mozkového kmene jsou postiženy všechny čtyři končetiny. Vzhledem k dalšímu kognitivnímu vývoji je ze spastických forem prognóza nejméně příznivá. [18] Do této skupiny se také řadí forma triparetická, kdy jsou postiženy tři končetiny. Tato forma se však vyskytuje zřídka. [3]

1.3.2 Formy nespastické

U nespastických forem DMO svaly nevykazují zvýšené napětí. Patří zde forma dyskinetická a hypotonická. [18]

Formu dyskinetickou provázejí mimovolní, bezděčné, nechtěné a nepotlačitelné pohyby. Tyto pohyby se objevují spontánně, v klidu. Dají se také vyprovokovat různými podněty. Obvykle se mimovolní pohyby zvětšují a zmnožují při chtěných pohybech.

Pro hypotonickou formu je typické snížením svalového tonu. [16] Tato forma se dá rozpoznat velmi brzy, už v polovici prvého roku života tím, že můžeme dítěti omotat paže kolem krku, přitáhnout mu natažené dolní končetiny stehny až k břichu a stočit je do klubíčka. [18] Hypotonická forma se často kolem třetího roku mění v některou formu spastickou nebo dyskinetickou. [16]

1.4 Přidružené postižení DMO

Kromě motorického postižení, které je podstatné pro diagnózu DMO, se vyskytují další projevy tohoto neprogresivního onemocnění, a to epilepsie, zrakové obtíže, poruchy učení, mentální retardace, inkontinence aj. [6]

1.4.1 Mentální retardace

K velmi závažným přidruženým poruchám u dětí s DMO patří mentální retardace. Jde o trvalý stav, pro který je charakteristické celkové snížení intelektových schopností, které je vrozené resp. vzniká v průběhu vývoje jedince. Bývá také doprovázeno poruchami adaptace, tedy nižší schopností orientovat se v daném prostředí. Dochází k opožděnému vývoji, který trvale zaostává, což je provázeno omezenými možnostmi vzdělávání a sociální přizpůsobivosti. V odborné literatuře je často uváděn následující poměr stupňů mentální retardace ve vztahu k DMO. Asi jedna třetina dětí s DMO má mentální dispozice odpovídající pásmu střední a těžké mentální retardace, další třetina je v pásmu lehké mentální retardace, poslední třetina vykazuje intelekt v rámci variační šíře normálu. Těžké mentální postižení doprovází především kvadruparetickou a hypotonickou formu. Naopak nejmenší procento dětí s mentální retardací se vyskytuje u dyskineticko-dystonické, hemiparetické resp. diparetické formy. [4]

1.4.2 Epilepsie

Velmi častou, ale také velmi závažnou přidruženou poruchou je epilepsie. Jednak přidává určitou nejistotu k prognóze, přináší s sebou kognitivní problémy, ale také představuje velkou zátěž pro péči. [6] Často může být hlavní překážkou při zapojení člověka s postižením do aktivního života. [4] Výskyt epilepsie u dětí a dospělých s DMO se v různých studiích liší, četnost výskytu se pohybuje od 15 do 55%. Je-li současně přítomna mentální retardace, pravděpodobnost výskytu epilepsie se zvyšuje až na 71%. Pravděpodobnost vzniku epilepsie do jisté míry určuje forma DMO. S největší pravděpodobností výskytu epilepsie se setkáváme u kvadruparetické a triparetické formy DMO. [6]

1.4.3 Smyslové poruchy

DMO bývá velmi často doprovázena smyslovými poruchami. Velké procento dětí má zrakové obtíže. [4] Jedna z velmi častých poruch zraku je strabismus. Na rozdíl od obyčejného šilhání, kdy se jedná o vadné postavení očí, jde o poruchu mozku. Princip spočívá v tom, že mozek není schopen řídit současně pohyby obou očních bulbů. Pokud není zajištěna včasná náprava, může dojít až ke vzniku tupozrakosti oka. Vyskytují se také

poruchy sluchu, které vznikají v důsledku poškození sluchové dráhy nebo kůry mozkového laloku. [3]

1.4.4 Poruchy řeči

S DMO úzce souvisí i poruchy řeči. Dle Klenkové je zasaženo svalstvo mluvních orgánů a tím i jednotlivé složky řečového projevu – dýchání, fonace, artikulace, plynulost a koordinovanost mluvního projevu. [3] Vážnou poruchou řeči je anartrie, což je neschopnost artikulovat jednotlivé hlásky. Dále se můžeme setkat s dysartrií a to nejen u dětí, které jsou mentálně retardované, ale dokonce i u dětí, které disponují zcela normálním intelektem. V případě dysartrie se artikulace stává zcela nesrozumitelnou. Z logopedického hlediska je prognóza velmi nepříznivá. [4] Úroveň schopností dítěte pro orální komunikaci lze stanovit kolem 4 – 5 roku. Neprokáže-li dítě tuto schopnost, lze uvažovat o metodách alternativní komunikace. [6]

1.4.5 Problémy s příjmem potravy, nadměrná salivace

Pacienty s DMO často tíží komplikace spojené s příjmem potravy. Vývoj se může zastavit na úrovni sání – polykání a nemusí dosáhnout ani stádia kousání. Problémy jsou také v oblasti žaludku, zde je vysoká četnost výskytu gastroesofageálního reflexu. Až 50% pacientů obtěžuje slinotok, což je další problém spojený s DMO. Nadměrná salivace je obtížně a těžko léčitelná. [6]

1.4.6 Poruchy somatického růstu, ortopedické komplikace

Dále se vyskytují poruchy somatického růstu. Děti, které trpí těžšími formami DMO (především kvadruparetická forma) somaticky neprospívají a výjimkou není ani atrofie končetin na postižené části těla.

Ortopedické komplikace nejsou také ojedinělé. Často dochází ke zkrácení Achillových a koleních šlach, které brání v chůzi a je nutné je prolongovat. Může docházet také k deformaci kyčelních kloubů. Poměrně častým jevem je také nedostatečné vyvinutí kyčelních kloubů, které je provázeno luxací neboli úplným vykloubením kloubní hlavice. Častý je i výskyt deformací páteře, jako je např. hyperkyfóza nebo skolióza.

Všechny tyto skutečnosti mohou vést k nejrůznějším emočním poruchám. Ty je třeba eliminovat psychologickou péčí ve smyslu podpůrné psychoterapie. [4]

DMO je jedna s nejčastějších diagnóz, se kterou se můžeme setkat v oblasti tělesného postižení, zároveň se však jedná o diagnózu s nejpestřejším obrazem. [7]

1.5 Rehabilitační léčba u dětí s DMO

Základní terapeutický postup u dětí s DMO představuje léčebná rehabilitace. V mnohých případech je tato léčebná složka rozhodující. Rehabilitační možnosti jsou rozsáhlé a pestré. Každé dítě je individuální bytost a z toho je třeba vycházet, proto je třeba provést racionální výběr těch nejoptimálnějších postupů. Cílem by nemělo být „vláčení" dítěte všemi dostupnými procedurami, rehabilitace by měla být šita na míru a měla by být kromě své účinnosti také příjemná. Neměla by vyvolávat stres ani dítěti ani rodičům. [6] Avšak sebelepší péče odborných pracovníků není zdaleka dostačující, jestliže nejsou o celém onemocnění a jeho problematice poučeni rodiče postiženého dítěte a jestliže se oni sami nepodílejí aktivně na léčbě. [18] Pro výsledek celého procesu je pak rozhodující spolupráce rodičů. [6]

Několik praktiků vytvořilo význačné terapeutické systémy, mezi nejznámější patří Vojtova reflexní lokomoce a technika manželů Bobathových. [9]

1.5.1 Vojtova metoda

Počátky Vojtovy metody sahají až do 50. let 20. století. Český neurolog a pediatr Václav Vojta, po němž je terapie pojmenována, působil v té době na Karlově univerzitě v Praze. Poté byl konziliářem v léčebně pro zdravotně postižené v Železnici, kde pečoval o děti a dospívající s cerebrální parézou. [15] V roce 1968 emigroval do Německa, kde dále pracoval. Byla zde také založena Mezinárodní Vojtova společnost, která působí dodnes.

Principem Vojtovy metody je využití tzv. reflexní lokomoce. Pomocí stimulace přesně definovaných spouštěcích zón dochází k reflexní lokomoci neboli k pohybu těla řízeného vrozenými reflexy, bez závislosti na vůli pacienta. Václav Vojta vychází ze zkušenosti, že lidský mozek má v sobě geneticky zakódované pohybové vzorce. Pokud dochází k dráždění příslušných bodů tlakem, je možné tyto reflexy vybavit a vyvolat tak aktivitu příslušného svalstva. Dojde-li k poškození centrálního nebo periferního nervového systému, jsou poškozeny i automatické pohybové mechanismy a jejich řízení. V důsledku toho dochází ke vzniku patologických pohybových vzorců, které jsou bez léčby následně

dále fixovány a vedou k dalším odchylkám a poruchám. Aktivací příslušných nervových drah dochází k vytvoření správných pohybových vzorců. [27]

Václav Vojta zavedl do terapie princip včasné diagnostiky, která je podmínkou pro včasné zahájení terapie. Ta je možná již v prvních měsících života. Právě díky včasnému zahájení fyzioterapie reflexní lokomocí dle Vojty u dětí s již rozpoznanou DMO či s vývojovým ohrožením směrem k ní v takto vymezeném věku se nakonec DMO vůbec nerozvine nebo její už vyznačené příznaky postupně během trvající fyzioterapie vymizí. Zodpovědná je za to velmi vysoká plasticita CNS u novorozenců či malých kojenců. [9]

1.5.2 Bobath koncept

Základem Bobath konceptu se stala neurovývojová terapie manželů Berty a Karla Bobathových. Zakladatelé tohoto konceptu zároveň založili Bobath centrum v Londýně. Zde se ročně léčí stovky pacientů z celého světa, zejména pak pacienti s DMO. Manželé pohlíží na DMO jako na neprogresivní onemocnění, jež vzniklo na základě poškození nezralého mozku dítěte, který se dále vyvíjí a nese s sebou řadu příznaků. Jde zejména o porušený vývoj dítěte v jednom nebo více vývojových aspektech, porušený tonus a poruchu koordinace pohybu. Dle kvality posturálního tonu vytvořili Bobathovi klasifikaci DMO sloužící ke snadnější komunikaci mezi terapeuty a při výběru léčebných technik.

Terapeut na základě vyšetření zaměřeného na to, co dítě dokáže bez dopomoci, s dopomocí, co nedovede a dle kvality tonu a pohybu určuje léčebný plán a cíl. K dosažení tohoto cíle jsou používány terapeutické nástroje, cíleně aplikované, přičemž se sleduje reakce pacienta na tyto techniky. Dle reakce se mění a upravuje terapie. Tyto techniky mají ovlivnit patologický tonus pacienta, usnadnit mu provést pohyb co nejsprávněji a nejsnadněji. Terapeut neučí dítě pohybům, nýbrž se snaží o to, aby dítě provedlo pohyb samo a co nejlépe. Dítě získává novou senzomotorickou zkušenost, která posune jeho vývoj vpřed. K dosažení cíle využívá terapeut nejrůznějších pomůcek, jako jsou míče, válce, lavičky aj.

Základním znakem tohoto konceptu je týmová práce, středem týmu je vždy dítě a jeho rodina. Terapeuti musí shodně vidět problém dítěte a volí léčebné techniky. [22]

1.5.3 Doplňkové metody

Součástí rehabilitačního programu u dětí s DMO jsou nejrůznější doplňkové metody, jako je např. fyzikální terapie (vodoléčba, elektroléčba, ultrazvuk, laser, magnetoterapie), hipoterapie nebo canisterapie. [25]

Velmi hojně využívanou terapií je již zmíněná hipoterapie. Jedná se o komplexní terapii, jež je použitelná při každém druhu a stupni postižení. Hipoterapie je fyzioterapií, psychoterapií a socioterapií současně. Proto má velmi široké uplatnění jak u pacientů s tělesným postižením, tak i u pacientů s psychickými problémy, poruchami chování či drogově závislých. Kůň se stává nejen nástrojem, který vysílá impulzy bezvládnému tělu či pozitivně působí na spasticitu, ale také kamarádem a prostředníkem mezi klientem a terapeutem. Podle toho také rozlišujeme tři základní okruhy hipoterapie, a to hiporehabilitaci, léčebné pedagogicko-psychologické ježdění a sport handicapovaných a rekreační ježdění.

Hiporehabilitace využívají pacienti s poruchami držení těla, rovnováhy, koordinace a hybnosti. Proto je tato rehabilitace vynikající pro pacienty s DMO. [12] Při této rehabilitaci se využívá specifického trojrozměrného pohybu koně. Kůň si svým pohybem vynucuje pohybovou kompenzaci ze strany jezdce. Vychýlení hřbetu koně vyvolá celou řadu posturálních reflexů, které jsou nutné k udržení rovnováhy jezdce. Dochází ke koordinaci pohybů a k narušování patologických pohybových stereotypů. Využívá se také tělesné teploty koně, což je významný relaxační faktor pro spastické svalstvo. Dochází tedy k uvolnění ztuhlých svalů i k uvolnění duševnímu. [24]

U dětí s DMO se velmi často využívá také canisterapie. Je to jedna z mnoha forem zooterapie. Při canisterapii se využívá pozitivní interakce mezi člověkem a psem. Tato terapie se využívá jako podpůrná a aktivizační metoda, která ovlivňuje člověka v biologické, psychologické a sociální rovině. [23] Canisterapie přispívá k rehabilitaci, edukaci i reedukaci. Dochází k všestrannému tělesnému rozvoji a aktivizaci. U spastických forem DMO napomáhá k uvolňování spasmů a naopak u hypotonických forem přispívá k posílení svalového tonu. [12]

1.6 Edukace dětí s DMO

Kromě zdravotní péče vyžadují pacienti s DMO i odpovídající výuku.

1.6.1 Včasná intervence

Nezastupitelné místo má raná (včasná) intervence. Jedná se o funkční systém služeb, který má nejenom dětem, ale zejména jejich rodinám, umožnit jednak prevenci vzniku postižení, resp. jeho důsledků, případně je zmírnit nebo dokonce zcela eliminovat, a dosáhnout tak bezproblémového společenského začlenění. Včasná aplikace komplexní péče významně ovlivňuje úspěch v oblasti terapeutické i edukační, neboť mozek malého dítěte je velmi plastický, a je tedy schopen jednak regenerace, ale také kompenzace vzniklého poškození. Speciální edukační aktivity tak vlastně mají i tolik potřebný terapeutický efekt. Raná podpora by měla být poskytována od zjištění rizika či postižení až do doby, kdy je dítě zařazeno do některého typu školy či školky. V rámci časné intervence se prolíná péče zdravotnická a terapeutická s péčí pedagogicko-psychologickou, a má tedy interdisciplinární charakter. [4]

1.6.2 Předškolní výchova

Na včasnou intervenci může v indikovaných případech plynule navázat péče poskytovaná mateřskou školou. Ta není součástí povinné školní docházky, tvoří však významný pilíř v rámci výchovně vzdělávacích aktivit. Docházka do MŠ, eventuelně do denního stacionáře, představuje velmi důležitou a nezastupitelnou etapu. [4] Předškolní věk je především obdobím rozvoje v oblasti poznávacích procesů a socializace. U pohybově postižených dětí se stává překážkou v jejich adekvátním vývoji podnětová a zkušenostní deprivace. [21] Jestliže se v rámci této docházky podaří dobře koordinovat propojení péče edukační a sociální s péčí terapeutickou a zdravotní, což ovšem předpokládá existenci funkčního a dobře kooperujícího interdisciplinárního týmu odborníku, včetně zapojení rodičů, pak to opět přináší žádoucí efekt. [4]

Důležitým prvním krokem v procesu školské edukace je vyšetření školní zralosti, které by mělo obsahovat nejen vyjádření psychologa a speciálního pedagoga, ale rozhodně ještě dětského neurologa, pediatra, případně též rehabilitačního lékaře a ortopeda. Komplexní a kompetentní posouzení reálných možností dítěte před nástupem plnění školní docházky významně ovlivňuje budoucí kvalitu života každého dítěte.

1.6.3 Plnění povinné školní docházky

Pro plnění povinné školní docházky se stává významným faktorem ovlivňujícím edukaci druh a stupeň postižení žáka, a to zejména postižení mentálního. V případě, že se jedná o lehčí stupeň zdravotního postižení, zpravidla nejsou problémy s docházkou takového žáka do běžné třídy spádové základní školy, případně se upraví podmínky tak, aby mohl běžnou třídu základní školy navštěvovat.

V případě závažnějšího postižení, kdy žák potřebuje specifickou intenzivní péči týmu odborníků a vybavení rehabilitačními, kompenzačními a učebními pomůckami, v takové míře, že je obtížné zajistit je v rámci běžné základní školy (zejména pokud se jedná o kombinovaná postižení), bývají i nadále využívány školy samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, a to školy speciální. Tyto školy disponují jednak potřebným odborným personálem, ale také pomůckami a technickým zázemím. V tomto případě však existují také dvě možnosti, jak povinnou školní docházku plnit. První z možností je umístění dítěte v internátě, případně v ústavu sociální péče, čímž bývá ovšem narušena denní vazba a komunikace s rodinou. Je však možná i jiná varianta, kdy žije dítě ve své rodině a do speciální školy denně dochází. Toto řešení je možné jen v těch případech, kdy se nachází taková škola v místě bydliště žáka, popřípadě je bez větších problémů každodenně dosažitelná. [4]

V posledních letech se klade důraz na integraci dětí s DMO do normální výuky. Pro oba typy výuky je však důležité, aby učitel i ostatní znali schopnosti dítěte a podle nich připravili plán a program výuky. Děti s DMO potřebují odpovídající předškolní přípravu, zhodnocení jejich schopností k výuce a sestavení již zmíněného plánu. Značnou pomocí je pozorování dítěte ve školce. Vhodně sestavený předškolní program usnadní integraci dítěte do základní školy. [6]

1.7 Úskalí ve výuce žáků s DMO

Celkové i dílčí schopnosti dětí s DMO, celá jejich psychika, má své specifické zvláštnosti, které je potřeba znát a respektovat. U většiny těchto dětí zjišťujeme drobné nebo i závažné poruchy pozornosti, obtížněji se také soustřeďují. [18] Často bývají sníženy rozumové schopnosti. V některých případech se na tom podílí nedostatek podnětů, nízká úroveň stimulace a omezenost zkušeností. Pracovní tempo žáků bývá pomalé a

nevyrovnané. [21] Děti s DMO jsou také snadněji a tedy zvýšeně unavitelné. Potřebují častější odpočinek a oddych. Zjišťujeme i citovou labilitu. Děti se snadněji rozpláčou a lehce rozesmějí. Jsou mnohem citlivější a jejich citové reakce jsou mnohdy překvapivé. [18]

Pro školní práci je důležité vědět, na jaké úrovni je rozvinuta jemná motorika rukou, zda je dítě schopno kreslit, psát, jaká je obratnost rukou, pracovní tempo i komunikační schopnosti. Děti s DMO mají často velké potíže s nácvikem psaní. Často bývá do výuky zařazen předmět dorozumívací dovednosti, v jehož rámci se provádějí grafomotorická cvičení. Cviky vedou k rozvoji jemné motoriky, k uvolnění ruky, zápěstí a prstů. Při psaní je možno využívat některých kompenzačních pomůcek. U žáků s těžšími formami DMO se mohou vyskytnout závažné problémy s nácvikem psaní, ty mohou být kompenzovány psaním na počítači. Využívání počítačové technologie napomáhá žákům ke zvýšení sebedůvěry. Počítače s příslušným programovým vybavením rozšiřují postiženým žáků možnosti vzdělávání. Při používání počítačů je kladen důraz na fyzický přístup, např. adaptace klávesnice. [21]

U dětí s DMO se setkáváme s poruchami v jemném zrakovém a sluchovém rozlišování. Děti sice vidí i slyší, ale sklad (syntéza) a rozklad (analýza) vnímaného zrakem a sluchem může váznout. Dítě obtížněji rozlišuje jemnosti, a to může vadit při učení čtení i psaní, neboť je narušena schopnost jemnějšího a přesnějšího rozlišování tvarů u písmen. [18]

Důležité je třeba myslet i na vhodné sezení imobilních žáků. Postižení žáci jsou zbaveni možnosti měnit polohu během výkonu nejrůznějších činností. [21]

2 INTEGRACE

2.1 Vymezení pojmu integrace

Pojem integrace patří v posledních deseti letech bez pochyby k nejfrekventovanějším termínům. Latinsko-český slovník (1970) uvádí několik slov, jež mají k tomuto pojmu vztah. Slovo „integer“ znamená neporušený, úplný, celý, slovo „ integralis“ zase náležící k celku, nedílný a slovo „integritas“ má význam neporušenost, bezúhonnost. A tak se s pojmem integrace setkáváme na polích různých vědních disciplín. V politice se hovoří o integraci v rámci Evropy, v psychologii o integritě osobnosti, v teologii a filozofii např. o integrálním humanismu. Nicméně nejčastěji slyšíme tento pojem v posledních letech v souvislosti s lidmi se zdravotním postižením a jejich přirozeným a nenásilným začleňováním (integrací) do společnosti. Souvisí to s vyrovnávání příležitostí. [4] Řešíme zde problém soužití minorit a majorit. Do tohoto procesu vstupují různé minority a majority z různých pozic, pro které jsou charakteristické určité soubory znaků. [5] Kvalita vztahu majority (intaktní populace) a minority (lidi s postižením) se pak promítá do všech oblastí vzájemného soužití. Integrace se tak stává nejen stavem (daného jevu), ale především procesem, a to nejen v tom smyslu, jak se daří zdravotně postižené jedince začleňovat do dané společnosti, ale také v tom významu, jak my sami jsme schopni tento proces přirozeně akceptovat a identifikovat se s ním. Tento proces úzce souvisí s vývojem a zráním naší vlastní osobnosti, tedy s její integritou. [4]

Integrace je komplexní jev. Tento jev může být aplikován v různých oblastech, a proto rozlišujeme integraci osobnosti, sociální, kulturní, pedagogickou, pracovní aj. V této práci se budeme zabývat pedagogickou (školskou) integrací.

Jesenský charakterizoval pedagogickou integraci jako dynamický, postupně se rozvíjející jev cílového charakteru, ve kterém dochází k partnerskému soužití, komunikaci a kooperaci postižených a intaktních účastníků pedagogického procesu za podmínky vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání při oboustranně aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací. Tento proces probíhá pod přímým, nebo nepřímým vedením pedagoga a jeho kvalifikovaných pracovníků. [5]

Švýcarský odborník v oblasti integrativní speciální pedagogiky Bürli definoval integraci jako snahu poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se

speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám. Cílem školní integrace je dosáhnout stavu, který je považován za ideální. Nejedná se o pevně stanovený stav, ale o dynamický proces. Předpokladem je změněné chápání postižení. [21]

Cílem integrace je, aby děti se speciálními vzdělávacími potřebami byly co nejméně izolované od svých vrstevníků, aby postižení bylo v co nejvyšší míře vnímáno jako jinakost, aby nebylo limitujícím faktorem ve vzdělávání a aby děti byly vychovávány k vzájemné pomoci a solidaritě. [4]

2.2 Normalizace, inkluze, integrace

V kontextu se vzděláváním se často setkáváme s termíny integrace a inkluze. Někteří autoři tyto termíny považují za totožné, jiní je přesně oddělují. Termíny integrace, vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu, normalizace a inkluze jsou někdy zavádějící a jejich význam se zaměňuje. Mají různý historický a geografický vývoj. Nejranější hnutí, které se zabývalo životem osob s postižením, používalo pojem normalizace. Termín normalizace pochází ze skandinávských zemí. Centrální myšlenkou bylo zlepšit život jedinců s mentálním postižením. Dalším konceptem, který byl vyvinut z normalizačních principů, bylo hnutí k zařazení dětí s postižením do hlavního vzdělávacího proudu ve Spojených státech.[1] Termín inkluze je chápán v širším významovém i aplikačním smyslu. [21] Inkluze se dá chápat jako stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný. Takové dítě se rodí do společnosti, která se nad jeho stavem vůbec nepozastavuje.[1] Postižení jsou přijímáni a získávají si uznání za svůj přínos k jakékoli lidské činnosti právě pro svoji odlišnost. [13] Pojem integrace je používán především v zemích západní Evropy. Reflektuje snahy o umístění žáka se speciálními vzdělávacími potřebami do prostředí hlavního vzdělávacího proudu. Integrace je často chápána jako reintegrace, jež následuje po období segregace. Většina autorů považuje na prvním místě integraci za předmět reformy vzdělávání. V tomto bodě pak dochází ke změně pojmu integrace směrem k pojmu inkluze. [21]

2.3 Sociální aspekty integrace

Integrace je vzájemný proces, v němž dochází k přibližování se a ke změnám na obou stranách, jak na straně postiženého, tak na straně intaktních osob. [21] Postižené dítě jakožto svébytná osobnost je neustále se svým sociálním prostředím ve složité interakci – je pod jeho vlivem, ale sám jej také ovlivňuje. Do svého prostředí vnáší nezvyklé názory, přitahuje pozornost, někdy provokuje, někdy dráždí, někdy budí lítost atd., někdy však naopak budí mnohé pozitivní lidské vlastnosti (obětavost, soucit, empatii aj.), které by jinak zůstaly neaktivovány. [10] Roste oboustranná pospolitost a sounáležitost.

Bürli popsal tři procesy přibližování, které různým způsobem akcentují cíl integrace:

Prvním procesem je asimilace, což znamená, že se postižený vypořádá se způsoby chování většiny a že je převezme tak dalece, jak bude moci. Koncept asimilace vede především k pozitivním změnám u lehce postižených. Asimilace převládá v zemích s menšími snahami o integraci.

V případě procesu akomodace se uznávají svébytná práva postižených. Tlak na přizpůsobení je kladen v první řadě na většinu. Cílem není potlačovat rozdíly, postižené dítě jako část zvláštní skupiny si vyvíjí pozitivní sebeobraz. Akomodace vede k formám částečné integrace.

Při adaptaci dochází k oboustrannému přizpůsobování postižených a nepostižených. Cílem je přiblížit většinu postiženému jedinci a naopak postiženého skupině. Vzniká pak dynamický proces vzájemného přizpůsobování. Akomodace vede k rozsáhlým, brzkým, permanentně probíhajícím a interaktivním formám integrace. [21]

2.4 Legislativní rámec integrace

Po roce 1989 prošlo školství v České republice procesem transformace a změnily se přístupy ke vzdělávání. Tato transformace si kladla za cíl vytvořit takový systém vzdělávání, který by poskytoval všem členům společnosti stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělávání, což nebylo v naší zemi samozřejmostí. Naše školství dospělo po roce 1989 k zásadní koncepční změně a tou je skutečnost, že výchova a vzdělávání dětí a mladistvých s postižením není jen doménou speciálního školství, nýbrž se v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání stává součástí všech typů škol a školských zařízení.[1] Mezníkem se stalo zejména přijetí vyhlášky o základních školách

v roce 1991, která poprvé explicitně zmínila možnost začleňování dětí s postižením do běžných škol. Rovněž je nutno zmínit mezinárodní a národní dokumenty, které o formě vzdělávání pro děti a žáky se zdravotním postižením hovoří. Jedna se o dokument OSN Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením a jejich aplikaci (schválena Valným shromážděním OSN 20. 12. 1993) a Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením. [16]

Od školního roku 1994/95 byly pravidelně každý školní rok vydávány metodické pokyny MŠMT ČR k integraci dětí a žáků se zdravotním postižením, resp. integraci dětí a žáků se speciálními potřebami do škol a školských zařízení. Takto byl vytvořen základní rámec pro úspěšnou integraci těchto dětí a žáků při respektování nejenom hledisek speciálně pedagogických a psychologických, ale také zdravotních a ekonomických. Tento metodický pokyn též stanovil podmínky pro vypracování tzv. individuálního vzdělávacího plánu pro žáka se zdravotním postižením, který je individuálně integrován v běžné škole. [4]

Prvního ledna 2005 nabyl účinnosti zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Dle tohoto zákona je nově pojímáno vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména uplatnění jejich práva na vzdělávání pomocí specifických forem a metod a na vytvoření zvláštních podmínek, které jejich vzdělávání umožní. Zákon podporuje propojení speciálního školství se školami běžného typu a do jisté míry také posiluje tendenci k individuální integraci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol běžného typu. Počítá také s podpůrnými opatřeními ve prospěch těchto žáků, např. asistenty pedagogů.

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je dle § 16 tohoto zákona osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. [11]

Za žáky se zdravotním postižením se považují žáci s tělesným, zrakovým a sluchovým postižením, s vadami řeči, se souběžným postižením více vadami, s vývojovými poruchami učení nebo chování, s mentálním postižením a s autismem.

Za žáky se zdravotním znevýhodněním se považují žáci zdravotně oslabení, dlouhodobě nemocní a žáci s lehčími zdravotními poruchami vedoucí k poruchám učení a chování. [21]

Za sociální znevýhodnění je považováno rodinné prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením, ohrožení sociálně-patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území ČR. [11]

Prováděcím právním předpisem se pro oblast zdravotně postižených stala vyhláška MŠMT č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. Těmto žákům s ohledem na rozsah speciálních vzdělávacích potřeb náleží nejvyšší míra podpůrných opatření. [13] Dle vyhlášky se podpůrnými opatření rozumí využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, využití kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta, snížení počtu žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině. Vyhláška také stanovuje formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

Vyhláška MŠMT č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, upravuje také některé náležitosti týkající se školské integrace. Dle vyhlášky je obsahem poradenských služeb i činnost napomáhající školské integraci žáků se zdravotním postižením.

Právní úprava umožňuje žákům nebo studentům se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu. IVP je závazným dokumentem, vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy. Vypracovává ho učitel ve spolupráci se školským poradenským zařízením, zákonným zástupcem žáka nebo zletilým žákem. Za jeho zpracování zodpovídá ředitel školy. Školské poradenské zařízení musí dle vyhlášky sledovat a dvakrát ročně vyhodnocovat dodržování postupů a opatření v IVP.

IVP obsahuje údaje o obsahu, rozsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické péče žákovi. Dále údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, volbu pedagogických postupů, způsob hodnocení a klasifikace, vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka, seznam kompenzačních pomůcek, speciálních učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů. Obsahuje také jmenovité určení pedagogického pracovníka školského poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Dále je v něm obsažen

návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, předpokládaná potřeba navýšení finančních prostředků a závěry ze speciálně-pedagogických popřípadě psychologických vyšetření.

IVP bývá zpravidla vypracován před nástupem žáka do školy, nejpozději však do měsíce po nástupu žáka do školy. Předpokládá se doplňování IVP a jeho úprava dle potřeby v průběhu celého školního roku. [11]

Možnosti vzdělávání žáků s tělesným postižením jsou individuálně odlišné. Obecně však platí, že žák s tělesným postižením zpravidla může s využitím kompenzačních pomůcek absolvovat všechny předměty. Obtíže mohou někdy činit předměty kladoucí vysoké nároky na motoriku, jako je např. geometrie, výtvarná výchova nebo tělesná výchova. V těchto případech je nutné upravit rozsah výuky. Zaměření tělesné výchovy vychází z doporučení odborného lékaře. [21]

2.5 Formy vzdělávání žáků se zdravotním postižením

Děti a žáci se zdravotním postižením jsou v míře, v níž to jejich postižení a situace školy umožňuje, integrováni do běžných škol, a to:

Individuálně do tříd běžného vzdělávacího proudu. Současně jsou zajišťovány odpovídající vzdělávací podmínky a nezbytná speciálně pedagogická péče.

Formou skupinové integrace do tříd škol běžného vzdělávacího proudu, které jsou určeny žákům se zdravotním postižením. Žáci mohou být vzděláváni v některých vyučovacích předmětech společně s ostatními žáky školy a v rámci svých možností jsou zapojeni do všech aktivit mimo vyučování.

Integrace rozhodně není jen záležitostí umístění žáka s postižením do běžného typu školy. Vždy je třeba pečlivě a důkladně zvážit dané okolnosti, stav dítěte, jeho individuální předpoklady, možnosti školy, ochotu rodičů spolupracovat. Na integraci se vždy podílí mnoho faktorů, na něž by se měl brát zřetel. Opomenutí jediného může vyvolat, namísto pozitivního efektu integrace, efekt negativní.

Systém speciálních škol je určen těm žákům, kteří se pro své zdravotní postižení nemohou vzdělávat v běžném typu školy nebo pro ty žáky, kterým z nějakého důvodu vzdělávání v běžném vzdělávacím proudu nevyhovuje.

Vzdělávání dětí a mládeže se speciálními vzdělávacími potřebami se řídí zásadou - vzdělávat postižené běžně, pokud je to možné, speciálně, pokud je to nutné. [4]

2.6 Aktéři školské integrace

Základními subjekty zapojenými do procesu školské integrace jsou:

- dítě s postižením a jeho rodina,
- škola, učitelé a pedagogičtí pracovníci,
- spolužáci dítěte s postižením,
- odborníci mimo školu zainteresovaní do tohoto procesu.

Mezi těmito subjekty probíhá vzájemná interakce a jsou dále ovlivňováni dalšími činiteli.

2.6.1 Dítě s postižením a jeho rodina

Dítě s postižením a jeho rodina je základním prvkem celé školské integrace. [17] Rodina je primární skupina a zároveň sociální instituce, která tvoří základ lidské společnosti. Jde o relativně stálou skupinu menšího počtu osob, navzájem spjatých pokrevními svazky, manželstvím či adopcí, jež vychovává děti a poskytuje svým členům sociální, citové a hodnotové zázemí. [26]

Ve vztahu k rodinám s postiženými dětmi psychologové zavedli modelový způsob reakce rodičů na oznámení o těžkém postižení jejich dítěte:

- šok – je nutná obranná reakce organismu na neuvěřitelnou zprávu,
- zavržení – jedná se o obranu organismu, zejména popření diagnózy,
- bolest – přichází v intervalech, které se opakují, je dlouhodobá,
- pochopení – nejedná se o smíření, provázeno jistým poznáním postižení,
- přijetí.

Ve vztahu k pedagogické integraci je velmi důležité, v jaké fázi prožívání se rodiče právě nacházejí. Život rodin s handicapovanými dětmi provází řada dalších specifik. Co se týká vzdělávání dítěte, musí např. dospět k rozhodnutí o daném typu vzdělávání. [19] Rodiče rozhodují o tom, zda bude chodit dítě do speciální školy nebo budou usilovat o jeho začlenění do školy běžného typu. [17] Dále musí najít školu, která je schopna a ochotna

dítě přijmout. Musí také počítat s větší angažovaností, něž v případě umístění dítěte do speciální školy. [19]

2.6.2 Škola, učitelé a pedagogičtí pracovníci

Na proces integrace musí být připraveni nejen rodiče žáka, ale také škola a to po všech stránkách. Žákovi by měla být jeho škola a třída dostupná bez nadměrné participace okolí. Také materiální vybavení by mělo být na takové úrovni, aby byl dopad žákova postižení co nejúčinněji eliminován. Dalším důležitým faktorem je připravenost učitele. Pouhý entuziasmus nestačí, je zapotřebí mít základní znalosti z příslušné oblasti speciální pedagogiky. S žákem by se nemělo zacházet soucitně a nepřípustný je takový extrém, kdy se učitel věnuje zdravotně postiženému žákovi natolik, že na zbytek třídy zbývá minimum času. [21]

Pro učitele základních škol je integrace zátěžovou situací, proto je na místě pomoc, a to nejen informační, ze strany odborníka – speciálního pedagoga, ale také za strany poradenského psychologa, který dokáže porozumět jejich pocitům, a ze strany nadřízených a spolupracovníků, jež mohou velmi ovlivnit podmínky jejich práce.

Učitelé potřebují ze strany okolí ocenění, kterého se jim však často nedostává ani ze strany rodičů ani ze strany vedení školy. Pro dlouhodobě úspěšnou integraci je proto nezbytně nutné tuto podporu učitelům poskytovat. [17] V případě zařazení dítěte s postižením do třídy učitelé zavádí nové netradiční metody a formy výuky, rozčleňují hodinu na dílčí úseky aj. Je proto žádoucí, aby tyto tvořivé vlastnosti byly náležitě oceněny i formou finančního ohodnocení učitele. Sama finanční motivace však dle praxe není pro učitele rozhodující. [19]

Každý pracovník školy vnímá školskou integraci jinak. Někteří jsou začleňování nakloněni, od toho se pak odvíjí jejich ochota zajímat se o speciální potřeby dítěte a spolupracovat s jeho rodiči a dalšími subjekty. [17] Nutit však učitele, aby přijal dítě s postižením, by bylo nesmyslné. Vedení školy by však mělo při plánování strategie personálního rozvoje přihlédnout k uplatnitelnosti jednotlivých členů pedagogického sboru. Má-li se stát integrace dětí s handicapem běžnou náplní činnosti škol, nelze očekávat, že by bylo možné dlouhodobě a trvale odmítat práci s handicapovaným dítětem. [19]

V případě vážného zdravotního postižení se stává dalším aktérem školské integrace asistent pedagoga. Ten používá účinné pedagogické metody a specifické formy práce při vzdělávání handicapovaných žáků, což usnadňuje proces učení integrovaným žákům v běžném vzdělávacím proudu. Pedagogický asistent by se měl orientovat v základech teorie i praxe jednotlivých oblastí handicapu. Má základní poznatky z oblasti pedagogiky, speciální pedagogiky, psychologie a romistiky. Umí navazovat s klientem kontakt, udržuje kontakt s rodinou postiženého dítěte, spolupracuje s třídním učitelem a týmem odborníků. Dále umí uplatňovat základy psychohygieny, zvládá techniky a nácvik využívání kompenzačních pomůcek, zvládá techniky nácviku sebeobsluhy a soběstačnosti. Měl by mít také schopnost empatie a organizační dovednosti. Pomáhá při přesunech žáka v průběhu vyučování, podílí se na přípravě učebních pomůcek, psaní, listování, čtení, asistuje při používání toalety, umývání atd. [14]

2.6.3 Spolužáci dítěte s postižením

K integraci dochází za společné aktivity handicapovaného dítěte, jeho spolužáků a učitele. Společně vytvářejí sociální prostředí, ve kterém se tento proces realizuje. Dochází k vzájemné percepci, komunikaci a k vzájemnému ovlivňování. [17] Klíčovou podmínkou pro úspěšnou integraci je bezproblémové přijetí dítěte spolužáky. Tomu by měla odpovídat příprava kolektivu před příchodem handicapovaného žáka. [21]

V prvních ročnících základní školy můžeme počítat s tím, že spolužáci s ochotou a zájmem přijmou nového spolužáka, pokud je začlenění vhodně podpořeno učitelem. V pozdějších letech ochota přijmout někoho nového klesá. Riziko nepřijetí tedy stoupá s věkem a s mírou odlišnosti dítěte. Je třeba postupovat opatrně, předvídat ostražitost třídního kolektivu a pomoci oběma stranám. Interakce musí být sledována, důležitý je podpůrný postoj všech učitelů. Ti musí jednoznačně svým chováním dávat najevo, že postižený žák do kolektivu patří a má v něm svá práva a povinnosti. [17]

2.6.4 Poradenská pracoviště

Významným článkem podpory školské integrace jsou poradenští pracovníci ze státem zřízených odborných pracovišť, a to speciální pedagogové a psychologové. Pravidelně se účastní schůzek integračního týmu na škole, jsou k dispozici jednak škole, ale i rodičům. Práce speciálních pedagogů a psychologů ze speciálně pedagogických center je často

komplikována přetížeností jejich pracovišť, tudíž se nemohou dostatečně věnovat konkrétní školské integraci. Tato situace pak způsobuje, že školská integrace probíhá bez dostatečné odborné podpory. V budoucnu by mohli roli SPC přebrat školní poradenští pracovníci, a to školní speciální pedagog a školní psycholog. V době mezi setkáními integračních týmů by mohli zajistit speciální, odbornou péči a podporu. [17] SPC zajišťují poradenskou činnost pro děti a mládež s určitým postižením od tří let věku až do ukončení školní docházky. Poskytují však také poradenství školám a školským zařízením, kde jsou žáci se zdravotním postižením integrováni. [21]

2.7 Fáze školské integrace

Proces realizace školské integrace můžeme z časového hlediska rozdělit do několika etap, a to:

- rozhodování o vzdělávací cestě handicapovaného dítěte,
- příprava integrace,
- vlastní průběh školské integrace,
- hledání návaznosti na školskou integraci.

V prvních dvou etapách vychází podpora rodiny dítěte s postižením i dítěte samotného především ze strany školského poradenského zařízení. Ve zbylých fázích se těžiště podpory přesouvá do školy a stává se spíše spoluprácí.

První fáze je pro rodiče velmi náročná, neboť na ně klade požadavky ohledně rozhodování, jakou vzdělávací cestu zvolí pro své dítě. Rodiče v tomto období potřebují zejména vědět, že je odborník podpoří a že mu mohou důvěřovat. Situace je v praxi často komplikována tím, že rodiče nemají dostatek informací a nemají jistotu, zda se jim podaří naplnit jejich představy. Proto je třeba, aby rodiče a pokud možno i dítě rozuměli všemu, co se v průběhu psychologického i speciálně pedagogického vyšetření odehrává. Měly by jim být srozumitelně sděleny výsledky a závěry z těchto vyšetření. Je důležité, aby poradenský pracovník zaujímal k rodině partnerský přístup, neboť právě rodiče jsou velmi důležitými aktéry při společné práci v rámci integrace.

Následuje fáze přípravy. Jedná se o zajištění podmínek, které umožní kvalitní začlenění dítěte a z velké části záleží na řediteli školy a na speciálně pedagogické podpoře.

Příprava se skládá z několika složek, a to z přípravy materiálních pomůcek, vzdělávací situace, zjišťování speciálních potřeb, přípravy a tvorby IVP a přípravy týmu, který bude školskou integraci podporovat. Důležitou roli zde hraje poradenský psycholog, který by měl dohlížet na naplňování základních psychologických potřeb handicapovaného dítěte. Mezi základní psychologické potřeby dítěte patří potřeba bezpečí, dobré orientace v prostředí, úspěchu, sounáležitosti, kontaktu a zapojení se mezi ostatní spolužáky, možnosti ovlivňovat dění kolem sebe. Často však tyto potřeby převyšuje naplnění potřeb speciálně-pedagogických. Speciální pedagogové často dávají doporučení, která učitelé následují. Hovoří se v nich o dostatku prostoru, klidného místa, kde by žák mohl nerušeně pracovat s asistentem. Výsledkem toho může být, že žáka s postižením nalezneme mimo ostatní žáky v koutě třídy, což je v rozporu právě se základními psychologickými potřebami jako je sounáležitost, zapojení se aj.

Na fázi přípravnou navazuje vlastní průběh školské integrace. Je důležité, aby byly zřejmé role a kompetence všech aktérů tohoto procesu. Musí fungovat vzájemná komunikace a důvěra, aby v případě výskytu nějakého problému, mohlo dojít k jeho okamžitému řešení. Odklad řešení není vhodný, neboť může negativně ovlivnit členy týmu. Pokud mezi členy neprobíhá otevřená komunikace, trpí podpora školské integrace a její kvalita i úspěšnost jsou ohroženy.

Žáka s postižením je třeba před ukončením docházky na prvním stupni ZŠ připravovat na přestup do druhého stupně ZŠ. To se týká také přechodu ze ZŠ do dalšího vzdělávacího stupně. Významným členem školského týmu by se v průběhu integračního procesu měl stát poradce pro volbu povolání. [17]

II. PRAKTICKÁ ČÁST

3 VÝZKUM

Vzhledem k tomu, že pracuji jako asistentka pedagoga ve třídě, kde je integrován tělesně postižený chlapec a jsem do tohoto procesu aktivně zapojena, rozhodla jsem se provést analýzu problematiky integrace dítěte s DMO. Do tohoto procesu je bezprostředně zapojeno mnoho aktérů, samo integrované dítě, učitel, asistent pedagoga, spolužáci, rodiče, SPC.

3.1 Cíle výzkumu, dílčí cíle

Hlavním cílem mého výzkumu je zmapovat a analyzovat problematiku integračního procesu u chlapce s DMO. Na základě cíle výzkumu byly stanoveny dílčí cíle.

Dílčí cíle výzkumu:

1. Zjistit, na jakém základě se rodiče rozhodli pro integraci dítěte do běžné ZŠ.

2. Zjistit, jak se připravovali pedagogičtí pracovníci na integraci chlapce.

3. Zjistit, jak byl připravován kolektiv na příchod zdravotně postiženého spolužáka.

4. Zjistit, jaké pozitiva přináší integrační proces.

5. Zjistit, v jakých oblastech se vyskytují největší problémy.

6. Zjistit, jaké jsou vztahy mezi hlavními aktéry školské integrace.

7. Zjistit, jaké dopady má integrace na samotného integrovaného a chlapce a jeho spolužáky.

8. Zmapovat postoje spolužáků vůči integrovanému chlapci.

8. Zjistit, jaký mají pohled na integraci zdravotně postižených dětí do běžných škol rodiče spolužáků.

3.2 Druh výzkumu, výzkumná metoda

Ve výzkumné části byla zvolena metoda smíšeného výzkumu. Stěžejní část této části však představuje kvalitativní výzkum. Zde jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor (interwiev) a následně provedla jeho analýzu.

Kvantitativní metodu formou dotazníkového šetření jsem využila pro zmapování postojů spolužáků a jejich rodičů.

Dále mi byla matkou poskytnuta také osobní anamnéza chlapce, rodinná anamnéza, pedagogická dokumentace, kterou jsem také mohla podrobit analýze.

3.2.1 Polostrukturované rozhovory

Polostrukturovaný rozhovor je velmi rozšířenou metodou interview. Jedná se o částečně řízený rozhovor. Předem je připravený soubor otázek. Tazatel může pozměnit znění otázek, pořadí, může také pokládat doplňující otázky. Zpracování informací je jednodušší než u volného rozhovoru.

3.2.2 Dotazníkové šetření

Dotazníkové šetření je forma poměrně nenáročného a rychlého sběru dat, ale také rychlého vyhodnocení. Úvodní část dotazníku je zaměřena na seznámení respondenta s výzkumníkem, obsahuje pokyny pro vyplnění a jeho účel. Dále byly použity otázky týkající se identifikace respondenta (pohlaví, věk), následovaly otázky týkající se dané problematiky. V dotazníku byly použity uzavřené otázky i otevřené otázky. U některých uzavřených otázek byla možnost blíže specifikovat daný problém. Dotazník byl použit pro spolužáky a jejich rodiče.

3.3 Sběr informací a popis postupu šetření

Sběr informací byl prováděn od února do dubna 2012.

Metoda polostrukturovaných rozhovorů se mi zdála pro zvolené téma nejvhodnější. Z celkového počtu 3 rozhovorů, jsem 2 rozhovory provedla osobně, a to s matkou dítěte a učitelkou. Vzhledem k tomu, že působím jako asistentka pedagoga u tohoto integrovaného chlapce, požádala jsem vychovatelku družiny, aby s ním provedla rozhovor za účelem otevřenosti a objektivity. Na počátku byli dotazovaní požádáni o svolení nahrát interview na audiozařízení a použít jej do bakalářské práce.

Dotazník pro rodiče byl předán v obálkách prostřednictvím dětí. Paní učitelka rozdala dětem obálky a vysvětlila jim, že je to „domácí úkol“ pro rodiče, což děti velmi pobavilo. Jestli však rodiče dotazník vyplnili, záleželo jenom na nich. Celkem bylo

rozdáno 28 dotazníků, 25 dotazníků jsem získala zpět ke zpracování, návratnost tedy byla 83%. Dotazník obsahoval pouze 4 otázky. Nechtěla jsem, aby byl pro rodiče zatěžující. Chtěla jsem zjistit, jaké mají obecné postoje k integraci zdravotně postižených, ale také jak vnímají konkrétní integraci, která se bezprostředně dotýká i jejich dětí.

Dotazník pro spolužáky byl proveden ve vyučovací hodině, kdy nebyl ve škole přítomen integrovaný chlapec. Děti měly možnost se kdykoli zeptat, pokud nějaké otázce nerozuměly. Dětem bylo vysvětleno, že dotazník je anonymní a také aby neopisovaly, odpovídaly pravdivě a pracovaly samostatně. Dotazník vyplnili všichni spolužáci, tedy celkový počet 14. Vzhledem k tomu, že jde o děti poměrně malé, dotazník obsahoval 8 otázek. Dotazníky jsou k dispozici v příloze, kvůli zachování anonymity je pozměněno jméno chlapce na slovo „chlapec“.

3.4 Způsob zpracování dat

Rozhovory s matkou, učitelkou a chlapcem jsem nahrála na audiozařízení. Následně jsem provedla transkripci audiozáznamu, tedy přepis do textové podoby.

U dotazníků jsem nejprve provedla kontrolu jejich korektnosti. Získaná data jsem upravila do tabulek a pro větší přehlednost jsem výsledky některých otázek graficky znázornila.

3.5 Charakteristika výzkumného prostředí, ZŠ Vizovice

Základní škola je umístěna ve dvou budovách. Starší budova pochází z roku 1892 a je umístěna na Masarykově náměstí. Vyučuje se zde v 10 učebnách, k dispozici je tělocvična a školní družina. Do této budovy dochází žáci 1. – 3. ročníku. Druhá budova se nachází na ulici Školní. Vyučováno je ve 26 učebnách a odborných pracovnách (pracovny přírodopisu, chemie, fyziky, výtvarné výchovy, informatiky, hudebna, dílny pro dřevo, kov, keramiku, kuchyňka). Součástí je také tělocvična a sportovní areál. V této budově nalezneme také divadelní sál a školní kuchyň s jídelnou. Zde jsou vyučování žáci 4. – 9. ročníku. Celkový počet žáků navštěvující školu je 553.

Jelikož je nyní integrovaný chlapec v 2. ročníku ZŠ, dochází do budovy na náměstí. Jak již bylo zmíněno, tato budova pochází z roku 1892 a je umístěna v památkové zóně, tudíž jakékoliv úpravy směrem k bezbariérovosti školy jsou téměř nemožné.

Třída, kterou chlapec navštěvuje, se nachází v prvním patře budovy. Proto byl k překonání překážky, a to schodů, zakoupen na konci prvního ročníku schodolez. Třída je prostorná, manipulace s vozíkem je bez problémů. Ve třídě je také koberec sloužící k odpočinku. Celkový počet žáků ve třídě je 15. V ostatních druhých ročnících je po 17 a 18 žácích. Tělesně postižené dítě v historii školy ještě integrováno nebylo.

3.6 Charakteristika výzkumného vzorku

Předmětem mého výzkumu se stal konkrétní integrační proces. Výzkumný vzorek k rozhovorům představuje tedy zdravotně postižený chlapec, jeho matka, učitelka a asistentka. Výzkumným vzorkem pro dotazníkové šetření se stali spolužáci chlapce a jejich rodiče.

Pro bližší charakteristiku integrovaného chlapce jsem na základě informací poskytnutých matkou zpracovala krátkou kazuistiku chlapce.

3.6.1 Kazuistika chlapce

Osobní anamnéza: chlapec narozen z I. gravidity ve 28. týdnu, porod císařským řezem, porodní hmotnost 1190 g, po porodu umístěn v inkubátoru

Rodinná anamnéza: rodina úplná, matka i otec zdravý, mladší sourozenec, také zdravý

Diagnóza: DMO – kvadruparetická forma s lehkou pravostrannou převahou, konvergentní strabismus

Ze speciálně pedagogického vyšetření před nástupem do školy: Chlapec navštěvuje rehabilitační stacionář, letos také zařazen do přípravného stupně ZŠS.

V testu rozumových schopností je aktuální úroveň intelektu v pásmu podprůměru. Na velmi dobré úrovni je oblast krátkodobé sluchové paměti a také oblast komunikační dovednosti a praktického a sociálního porozumění.

Motorické omezení v rovině imobility na podkladě základní diagnózy. Těžké motorické omezení, snížená celková hybnost, pomalé tempo při realizaci pohybu. Lokomoce na vozíku s pomocí druhé osoby, sed v něm nejistý, nutná fixace. Jemná motorika výrazně neobratná, samostatně psací náčiní neuchopí.

Ve většině sebeobslužných a výukových činností a zároveň při zajištění relaxace a uvolnění je nutná dopomoc.

4 VÝSLEDKY VÝZKUMU

4.1 Výsledky polostrukturovaných rozhovorů

V následující části práce předkládám výsledky rozhovorů.

4.1.1 Rozhovor s matkou

1. otázka: Na jakém základě jste se rozhodli pro integraci chlapce do běžné ZŠ,?

„Přišlo mi, že to zvládne. Požádali jsme o vyšetření ve speciálně-pedagogické poradně ve Zlíně. Na základě tohoto vyšetření byla synovi doporučena integrace, a to pro 1. ročník ZŠ. Následně se měly zhodnotit výsledky a rozhodnout dál. Středisko rané péče EDUCO Zlín pořádalo několik přednášek na toto téma s nejrůznějšími odborníky. Všude zdůrazňovali, že jsou děti, které „rozkvetly“, ale také viděli příklady vystresovaných jedinců, kterým se ulevilo, když je rodiče vrátili do školy speciální. U těchto škol zdůrazňovali hlavně vybavení speciálními pomůckami, vyškoleným personálem, malým počtem žáků, individuální přistup. Co se týče speciálních pomůcek, si myslím, že univerzální speciální pomůcka neexistuje, pro každého musíte stejně zkoušet, co mu vyhovuje a někdy úplně obyčejná věc slouží lépe než ta předražená speciální. Měla jsem pocit, že synovi se, pokud by zvládl ZŠ, otevřou další možnosti vzdělávání po absolvování běžné ZŠ. Lékaři byli v prognózách opatrní, ale shodli se, že u osob s tělesným postižením je vhodné dosáhnout co nejvyššího možného stupně vzdělání, lépe si pak v budoucnu např. najdou práci, otevřou se jim obzory, budou chtít být co nejvíce samostatní. Navíc, když jsme přišli se synem do většího kolektivu (např. MŠ), hlavně dětí, syn nevěděl, jak s nimi komunikovat. Byl zvyklý na „tety“ a pár dětí kolem sebe. Přišlo mi, že jestli chce být např. komentátorem, čímž neustále vyhrožuje, musí si zvyknout i na rušivější prostředí.“

Komentář: Pro integraci do běžné ZŠ se rodiče chlapce rozhodli na základě vlastního úsudku, požádali o vyšetření ve speciálně-pedagogické poradně, kde jim integrace byla doporučena. Lékaři integraci rovněž doporučili. Matka si však byla vědoma, že ne každému dítěti integrace vyhovuje.

2. otázka: Jaké pozitiva přinesla integrace vašeho chlapce do běžné ZŠ?

„Synovi integrace rozhodně prospěla. Do školy se těší, srší energií a nadšením, že je s dětmi. To bych stavěla ještě nad nesporné zlepšení ve všech oblastech (grafomotorika,

matematické představy, prostorová orientace aj.), které konstatovalo i kontrolní speciálně-pedagogické vyšetření.

Jako pozitivum vnímám obrovský motivační vliv kolektivu. Syn chce dělat věci jako ostatní, a je pro to ochoten překonávat i překážky, jako je nepohodlí, zvýšená fyzická či duševní námaha. Doma se překážkám raději vyhýba. Jde na něm vidět, že cítí, že zvládá spoustu nových věcí – posílení sebevědomí a sebedůvěry, nové obzory, nové zážitky (např. plavecký a lyžařský kurz). Získal také nové kamarády. Je skvělé, že ho nelitují, neberou jako nějakou zvláštnost, prostě někdo má brýle a náš syn má vozík. Snaží se mu pomoc, když potřebuje, ale jinak ho nešetří.“

Komentář: Jako velká pozitiva integračního procesu matka vidí, že chlapec se do školy těší, je rád s dětmi, je ochoten překonávat nejrůznější překážky, zvládá spoustu nových věcí, posílilo se mu sebevědomí a sebedůvěra, získává nové zážitky i kamarády, kteří ho berou jako rovnocenného. Tento přínos integračního procesu staví ještě před pokroky ve vzdělávání.

3. otázka: Naopak, jaké negativa nebo problémy s sebou nese integrační proces?

„Mám strach, kdyby nezvládal ve vyšších ročnících matematiku, fyziku, chemii, což by dle úvodního vyšetření bylo možné, jak by snášel přeřazení do jiné školy. Obávám se, aby to nebral jako selhání. Je hodně citlivý, když udělá chybu, hodně věcí si zbytečně klade za vinu.

Také domácí příprava je časově náročnější. Má pomalejší tempo přípravy na vyučování. Když je náročnější domácí úkol, moc volna mu odpoledne nezbude, ale zase kdyby dojížděl do speciální školy, strávil by spoustu času dojížděním.

Další negativum vidím v tom, že není k dispozici školní družina, což by na speciální škole nebyl problém. Vyzvedávat syna ihned po škole a skloubit to s druhým synem a zaměstnáním je někdy náročné. Pouze na odpoledne se osobní asistent hledá hrozně špatně.

Dále fyzická náročnost - ta během výuky leží na bedrech hlavně asistentce, navíc vizovická ZŠ má svá specifika – památkově chráněná budova, nereálnost stavebních úprav, málo prostoru na toaletách. Asistentka musí nechat vozík na chodbě a syna na záchod donést a k tomu složitě s ním manipulovat přímo na záchodě.

Problém je také v definici tělesné výchovy, co by měl syn dělat, aby to pro něj bylo přínosné, ale aby škola byla právně krytá. SPC navrhlo osvobození z tělesné výchovy, ale to se mi nezdá. Syn se do tělesné výchovy těší, obzvláště do tělocvičny a jakýkoli aktivní pohyb je v jeho případě přínos.

Další problém je v tom, že budova školy není ani v náznaku bezbariérová, ale s tím rizikem jsme do toho šli, že budeme syna 3 roky nosit do schodů. Nakonec se na konci 1. ročníku pořídil schodolez, což ulehčilo práci i asistentce, ale bohužel to neřeší toaletu.“

Komentář: Za negativa matka považuje nemožnost, aby chlapec navštěvoval školní družinu. Náročnější je domácí příprava chlapce, ale matka si uvědomuje, že dojíždění do speciální školy je časově náročné také. Uvědomuje si také, že práce s chlapcem je pro asistentku fyzicky náročnější díky nereálnosti jakýchkoliv stavebních úprav. Další problém je spojen s tělesnou výchovou.

4. otázka: Jak vycházíte s paní učitelkou?

„Paní učitelka je nadšená, chce pro syna a jeho pokroky udělat maximum, za což jí patří můj velký dík a obdiv. Obdivuji, kde bere tolik energie, já se cítím v porovnání s ní poněkud unaveně a hlavně ohledně synovy tělesné samostatnosti maxima rozhodně nezvládám. Dost těžko se mi to vysvětluje proč, takže dochází k nedorozumění. Ta nebrání tomu, abychom se nedohodli na synových potřebách, cílech ve vzdělávání.“

Komentář: S učitelkou matka vychází dobře. K nedorozuměním dochází hlavně v oblasti rozvoje synovy tělesné samostatnosti.

5. otázka: Jak vycházíte s asistentkou?

„Co se týče asistentky pedagoga, je u nás specifická situace. Asistentka zná syna od narození. Pro syna to vnímám jako velké plus. Asistentka ví, co syn zvládne, kdy si vymýšlí. Asistentka ví, jakým způsobem s ním manipulovat. V začátcích to byl pro syna jediný pevný bod. Ostatní děti se znaly z mateřské školy, syn znal jen asistentku. Chodil před tím do Zlína. Pro mě to bylo také plus, nesvěřila jsem dítě cizímu člověku, znaly jsme se, věděla jsem, že jde o člověka spolehlivého. Nevím, jestli to pro asistentku mělo nějaká pozitiva. Navíc, protože se známe, jsem ji často žádala o věci, které bych cizího člověka nežádala, protože by mi přišly příliš náročné. Pro ni je také obtížnější odmítnout. Řekla bych, že přílišná citová angažovanost je vyčerpávající a z toho pak pramení neshody, kdy jako matka nechci akceptovat dobře míněná doporučení, ale z mého pohledu nad rámec

kompetence asistentky. Nezdá se to, ale péče o postižené dítě je náročná a vyčerpávající a utahaný člověk řeší pak situace emotivněji. Jinak s asistentkou vycházím dobře. Obdivuji, jak se synem pracuje, že mu pomáhá pouze tolik, kolik je nutné, já sama často zapomenu a dělám věci za něj. Navíc syn váží skoro 30 kg, takže je to i fyzicky náročná práce.“

Komentář: S asistentkou matka vychází dobře, znají se od synova narození. Citová angažovanost přináší mnohé pozitiva, ale také negativa – problémy se řeší emotivněji, matka vnímá některá doporučení asistentky nad rámec její kompetence.

4.1.2 Rozhovor s učitelkou

1. otázka: Měla jste během své praxe integrovaného tělesně postiženého žáka?

„Ne, nikdy jsem žádného integrovaného tělesně postiženého žáka neměla.“

2. otázka: Jak jste se připravovala na příchod chlapce?

„Jednak jsem byla na školení ve SPC a pak jsem se připravoval individuálně, tzn., že jsem si vyhledala informace ohledně chlapcova onemocnění a dále jsem si vyhledala informace, jak se s takovými dětmi pracuje. Především jsem si rozmyslela styl práce. Po zkušenostech, kdy jsem ho viděla v přípravném ročníku ve SPC, jsem si dala za úkol, že ho nechci vyčlenit z kolektivu třídy. Chtěla jsem, aby maximum práce, které dělají ostatní děti, dělal i on, i když třeba jiným způsobem. Teoreticky jsem mohla mít nachystaných spoustu věcí, až praxe však ukázala co a jak.“

Komentář: Učitelka během své praxe integrovaného tělesně postiženého žáka neměla. Na příchod chlapce se připravovala individuálně a zúčastnila se školení ve SPC.

3. otázka: Jak byl připravován kolektiv dětí?

„Kolektiv připravený vůbec nebyl, protože se jednalo o první ročník ZŠ. Pracovalo se až s kolektivem. Hned v prvním týdnu se uskutečnila speciální adaptační jednodenní akce, kdy se děti, tedy i chlapec, různými úkoly začleňovaly do kolektivu a poznávaly navzájem. Dále se s kolektivem pracovalo až ve vyučování, kdy hlavně na začátku první třídy se dělají různé činnosti na utváření školního kolektivu. Je to v podstatě jedno, jestli se jedná o děti zdravé či nikoli, kolektiv se utváří bez ohledu na to. Dále si myslím, že velký vliv sehrála i povaha chlapce. Chlapec je veselý, zábavný, vždy pozitivně naladěný. Možná, kdyby byl

jiná povaha, mohlo by dojít k nějakým konfliktům. Ale vzhledem k tomu, že je povaha jaká je, hodně mu to ulehčilo přijetí do kolektivu "

Komentář: Vzhledem k tomu, že se jednalo o první ročník ZŠ, kolektiv nemohl být připravován na příchod handicapovaného chlapce. V rámci začlenění chlapce byla uspořádána adaptační akce pro tuto třídu. Dále ve vyučování byly prováděny nejrůznější aktivity na utváření školního kolektivu. Vliv na začlenění do kolektivu sehrála také povaha chlapce.

4. Výzkumná otázka: Jaké pozitiva vidíte spojená s integrací chlapce?

„Pozitiva to přináší nejen chlapci, ale i ostatním dětem. Děti si uvědomují, že i postižený člověk je v podstatě úplně stejný jako ti zdraví, že se ničím neliší, v našem případě akorát sedí ve vozíku. Naučili se komunikovat a chovat se k takovému člověku, není to ve stylu lítosti, přílišné péče nebo naopak vystrkováním z kolektivu. Naučili se, že k postiženému člověku se můžeme chovat úplně normálně. Chlapec a kolektiv se inspirovali navzájem. Děti viděli, co dokáže, přesto, že je postižený. Naopak on se od nich naučil, že dokáže to, co dokážou zdraví. Děti se vzájemně motivují. Pro chlapce to má jistě přínos v tom, že se ve svých dovednostech a znalostech posunuje dál a dál a kolektiv těchto dětí ho ohromně motivuje k dalším pokrokům."

Komentář: Pozitivní přínos jak pro integrovaného chlapce, tak pro celý kolektiv.

5. otázka: Jaké vidíte nedostatky spojené s integrací?

„Z mého pohledu jsou nedostatky s těmi, kdo se o integraci starají. Když učitelka dostane takové dítě, zůstane jako sám voják v poli, nedostala jsem žádnou pomoc ani při vytváření IVP. Vším jsem si musela projít sama. Teoretická pomoc existuje, ale praktická pomoc není vlastně žádná. Všechno jsem dělala pokusem, omylem, samozřejmě bez spolupráce asistentky by to nešlo.

Konkrétní problém dále spatřuji v rozvoji tělesné stránky chlapce. Potřebuji, aby se rozvíjel jako celek a do toho patří i tělesná kultura. Přestože je postižený si myslím, že potřebuje tělesný rozvoj, ten si myslí, že nemá. V tomto konkrétním problému nemáme žádnou oporu, ani v rodičích, ani ve SPC, ani v lékařích, kteří se o něj starají.

Také nesouhlasím s osvobození z hodin tělesné výchovy. Tak jako ho kolektiv motivuje v jiných hodinách, tak ho zrovna motivuje v tělesné výchově. V kolektivu se vždy dělá

všechno lépe, motivace je jednodušší, než když je dítě samo. A tím, že bude vyčleněno z kolektivu i v rámci tělesné výchovy, tak se mu vezme to nejdůležitější, co potřebuje k tomu, aby ho to motivovalo ke cvičení.“

Komentář: Učitelce se jeví jako negativní nedostatečná praktická pomoc od zainteresovaných osob. Dále spatřuje problémy spojené s tělesným rozvojem chlapce.

6. otázka: Jaká je spolupráce s rodiči?

„Spolupráce s rodiči je komplikovaná hlavně v tom, že rodiče mají na některé věci jiný názor a naopak. Ale protože já jako učitel mohu pouze radit a doporučovat, nemohu na některých věcech trvat a žádat je. V tom je právě spolupráce komplikovaná, protože bych si to představovala jinak. Nejsem s pokojena s tím jak je chlapec rozvíjen po tělesné stránce, jak je posunovaný v rámci samostatnosti, jak je rozvíjena jemná motorika atd. Všechny věci, které jsem rodičům doporučila, jsem pouze doporučila. Rodiče v tomto směru nejsou ochotni cokoliv udělat.“

Komentář: Komplikovaná spolupráce s rodiči je především v rozvoji chlapcovy tělesné stránky.

7. otázka: Jak vycházíte s asistentkou?

„S asistentkou vycházím výborně.“

8. otázka: Myslíte si, že bylo vhodné, že asistentka se s chlapcem znala?

„Myslím si, že především chlapci to usnadnilo začátek a cestu. Když je nový asistent, tak samotné poznávání chvíli trvá, což chlapec nemusel absolvovat a o to, to bylo jednodušší. Dítě potřebuje důvěřovat asistentovi, protože jsou spolu i v intimních chvílích. Chlapec ví, že má v asistentce oporu, že mu poskytne pomoc, když bude třeba. Na tohle už nemusí myslet a myslí pouze na úkoly a povinnosti a na to, co je soustředěné s výukou. Myslím si, že spíše pro asistentku to musí být psychicky náročnější, protože celý proces vidí v širších souvislostech. Člověk se pak od toho nedokáže oprostit a vidět to v rámci povinností asistentky.“

9. otázka: Jak byste hodnotila spolupráci se SPC?

„Hodnotila bych to tak, že se s rodiči i se SPC rozcházíme v některých názorech na tělesný rozvoj chlapce. Není to zřejmě o tom, že je to vůle SPC, ale zřejmě je to tak špatně nastavený systém, který vyhovuje všem okolo, ale dětem typu tohoto chlapce rozhodně ne.“

Komentář: Učitelka se rozchází jak s rodiči, tak se SPC v názorech na tělesný vývoj chlapce.

4.1.3 Rozhovor s chlapcem

1. otázka: Líbí se ti ve škole?

„Ano, do školy chodím strašně rád. Je tady strašná sranda.“

2. otázka: Co tě baví ve škole?

„Líbí se mi, že si můžu hrát s dětmi. Taky mě hrozně baví matematika a tělocvik.“

3. otázka: Proč tě baví zrovna tyto předměty?

„Protože tu soutěžíme, v tělocviku hrajeme třeba florbal a já jsem brankář. Já bych totiž chtěl být sportovní komentátor. A prostě mě to baví.“

4. otázka: Je něco, co tě nebaví nebo něco, co ti dělá problémy?

„Čtení, protože mi to moc nejde a doma musím pořád číst.“

5. otázka: Jaká je tvoje paní učitelka?

„Paní učitelka je strašně hodná.“

6. otázka: Jaká je tvoje asistentka?

„Skvělá. Je s ní strašná sranda, ale nechce mi pomáhat, když ví, že to zvládnu sám.“

Komentář: Z rozhovoru vyplývá, že chlapec do školy chodí velmi rád, má ve škole kamarády. Také můžeme usoudit, že mimo náročnější domácí přípravu nejsou v jeho okolí žádné významné stresující faktory.

4.1.4 Rozhovor s asistentkou

Jelikož asistentkou pedagoga jsem já sama, jsou zde vyjádřeny mé názory na tento konkrétní integrační proces.

Vzhledem k tomu, že jsem chlapce znala od narození, věděla jsem jaké má schopnosti, dovednosti, jak s ním manipulovat, že je komunikativní aj., což velmi usnadnilo počátek integračního procesu. Také jsme nemuseli řešit překážky technického rázu, jako je např. málo prostoru na toaletách.

Ještě před zahájením školního roku jsme si s paní učitelkou vyjasnily naše role. Obě jsme byly stejného názoru, že chlapce nechceme vyřadit z jakékoliv činnosti, které budou dělat ostatní děti. Vždy se totiž dá nalézt nějaké jiné řešení.

Integrace chlapci přinesla velká pozitiva. Chlapec ve škole začal doslova „rozkvétat". Naučil se komunikovat s dětmi, je plný energie, radosti, jeho dovednosti a znalosti se také posunuly na vyšší úroveň. Pozitivní dopad má integrace i na jeho spolužáky, kteří se naučili brát postiženého chlapce jako součást běžného života a perfektně ho přijali do kolektivu. Samozřejmě na to má i vliv povaha chlapce.

Co se týče spolupráce s učitelkou, ta je absolutně bezproblémová. Velmi se mi líbí, že dokáže každou hodinu přizpůsobit tak, že je do ní aktivně zapojen chlapec, ale nikdy ne na úkor ostatních žáků, za což jí patří můj velký obdiv. Také bych řekla, že se shodujeme v zásadních věcech a problémech ohledně chlapce.

Co se týče spolupráce s rodiči, ta je komplikovanější především v oblasti chlapcova tělesného rozvoje. Myslím si, že by mělo být samozřejmostí rozvíjet chlapcovu samostatnost i po tělesné stránce, naučit chlapce jak např. pomáhat, když sesedá z vozíku aj. Bohužel matka je si vědoma, že chlapec váží téměř 30 kg a že manipulace s ním je fyzicky náročná, není však schopna z nějakého důvodu tento problém řešit. Tudíž jako velký problém zde vidím nepropojení vzdělávací složky se složkou rehabilitační.

4.2 Výsledky dotazníkových šetření

V následující části práce předkládám výsledky dotazníkových šetření se spolužáky integrovaného chlapce a jejich rodiči.

4.2.1 Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření se spolužáky

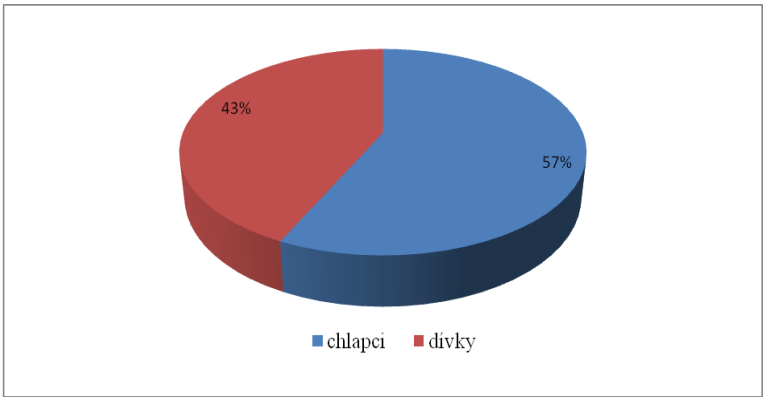
Otázka č. 1:

Jsi? A) děvče

B) chlapec

Tab. 1: Pohlaví a počet respondentů.

	počet respondentů	celkem %
chlapci	8	57
dívky	6	43
celkem	14	100



Graf 1. Pohlaví respondentů.

Komentář: Z tabulky 1 vyplývá, že z celkového počtu respondentů tvoří 57% chlapci a 43% dívky.

Otázka č. 2:

Jaký je tvůj věk?

Komentář: Vzhledem k tomu, že respondenti jsou spolužáci zdravotně postiženého chlapce, jejich věk se pohyboval v rozmezí 7 – 8 let.

Otázka č. 3:

Jakou vlastnost bys přiřadil chlapci?

Tab. 2: Názor dětí na charakteristickou vlastnost chlapce.

odpovědi	počet respondentů
hodný	6
veselý	3
zábavný	2
šikovný	2
šťastný	1

Komentář: Nejčastější vlastnost, která byla chlapci přiřazena je hodný, následovala veselý, zábavný, šikovný, šťastný. Z těchto přiřazených vlastností můžeme usuzovat o povaze chlapce a chování ve třídním kolektivu.

Otázka č. 4:

S chlapcem se: A) kamarádím

B) někdy spolu promluvíme

C) nevšímám si ho

Tab. 3. Vztah spolužáků s chlapcem.

odpověď	počet respondentů	celkem %
A	14	100%
B	0	0%
C	0	0%

Komentář: Všichni spolužáci odpověděli, že s chlapcem mají kamarádský vztah.

Otázka č. 5:

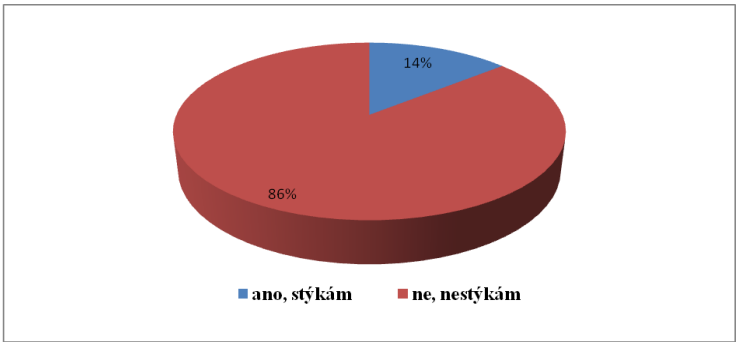
Stýkáš se s chlapcem mimo školu?

A) ano

B) ne

Tab. 4. Kontakt s chlapcem mimo školu.

odpověď	počet respondentů	celkem %
A	2	14%
B	12	86%



Graf 2. Kontakt s chlapcem mimo školu.

Komentář: 12 respondentů se s chlapcem vidí pouze ve škole, 2 respondenti se s chlapcem stýkají i mimo školu, z čehož vyplývá, že si chlapec ve škole našel velmi dobré kamarády.

Otázka č. 6:

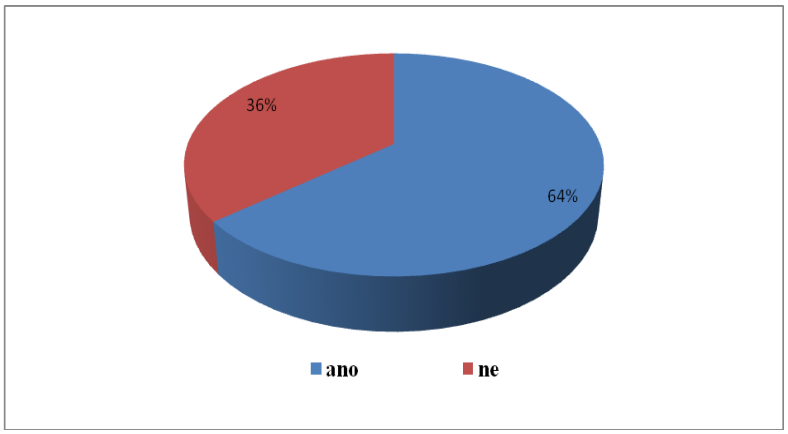
Víš, čím by se chtěl chlapec stát, až bude dospělý? V případě, že víš, doplň.

A) ano - _____

B) ne

Tab. 5. Vědomí spolužáků o chlapcově budoucím povolání.

odpověď	počet respondentů	celkem %
A	9	64%
B	5	36%



Graf 3. Vědomí spolužáků o chlapcově budoucím povolání.

Komentář: 64% dotazovaných vědělo, že chlapec by se v budoucnu chtěl stát sportovním komentátorem, z čehož můžem usoudit zájem o chlapce.

Otázka č. 7: Pomohl/a bys chlapci, kdyby potřeboval?

A) ano

B) nevím

C) ne

Tab. 6. Ochota spolužáků pomoci chlapci v případě potřeby.

odpověď	počet respondentů	celkem %
A	14	100%
B	0	0%
C	0	0%

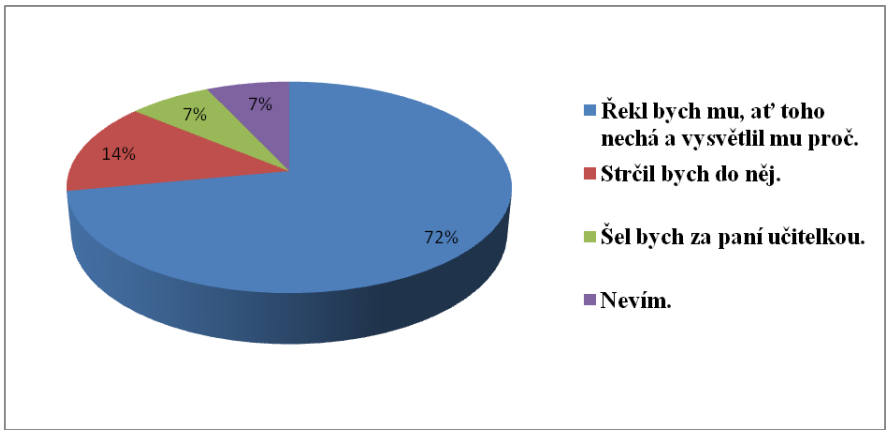
Komentář: Všichni dotazovaní by v případě, že by chlapec potřeboval pomoc, pomohli. Pomoc chlapce berou jako samozřejmost a nic výjimečného.

Otázka č. 8:

Jak by ses zachoval v situaci, kdy by se chlapci někdo posmíval?

Tab. 7. Způsob reakce spolužáků na situaci, v níž by se chlapci někdo posmíval.

odpovědi	počet respondentů	celkem %
Řekl bych mu, ať toho nechá a vysvětlil mu proč.	10	72%
Strčil bych do něj.	1	14%
Šel bych za paní učitelkou.	2	7%
Nevím.	1	7%



Graf 4. Způsob reakce spolůžáků na situaci, v níž by se chlapci někdo posmíval.

Komentář: 72% respondetů by dotyčnému řeklo, ať se chlapci přestane posmívat a vysvětlilo mu proč. 14% respondentů by do dotyčného, který se chlapci posmívá strčilo,

7% by šlo vzniklou situaci oznámit paní učitelce a 7% by nevěděl, jak si se vzniklou sotuací poradit.

4.2.2 Výsledky a vyhodnocení dotazníkového šetření s rodiči spolužáků

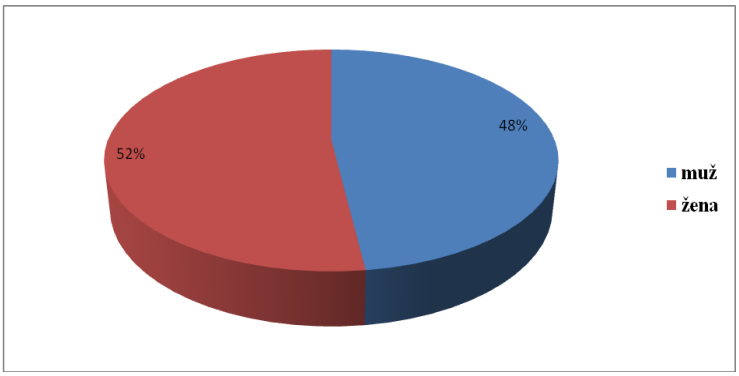
Otázka č. 1:

Jsem: A) muž

B) žena

Tab. 8. Počet a pohlaví respondentů.

odpovědi	počet respondentů	celkem %
muži	12	48%
ženy	13	52%
celkem	25	100%



Graf 5. Pohlaví respondentů.

Komentář: 48% respondentů z řady rodičů tvořili muži, 52% respondentů tvořily ženy.

Otázka č. 2:

Váš věk?

Komentář: věk respondentů se pohyboval v rozmezí 31 – 47 let.

Otázka č. 3:

Myslíte si, že je správné integrovat zdravotně postižené děti do běžných škol?

A) ano

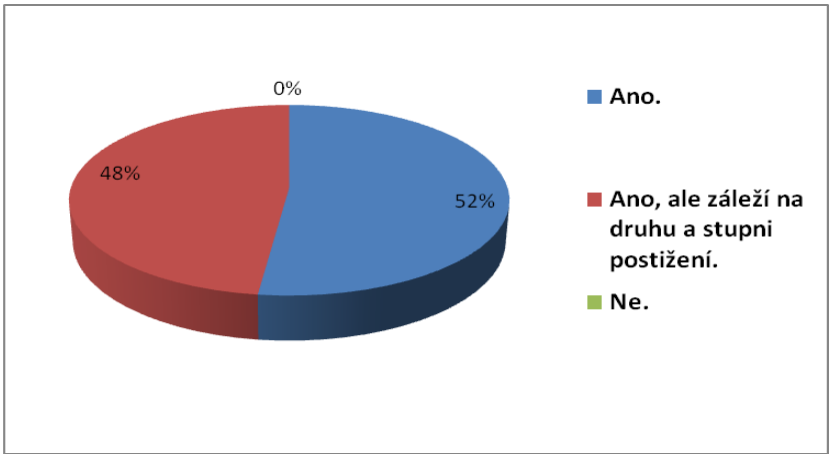
B) ano, ale záleží na druhu a stupni postižení

C) ne

D) jiná odpověď

Tab. 9. Názor rodičů na integraci zdravotně postižených do běžných škol.

odpovědi	počet respondentů	celkem %
A	13	52%
B	12	48%
C	0	0%
D	0	0%



Grag 6. Názory rodičů, zda jsou pro integraci zdravotně postižených dětí do běžných škol.

Komentář: 52% dotazovaných si myslí, že je správné integrovat zdravotně postižené děti do běžných škol. 48% se také přiklání k integraci zdravotně postižených dětí do běžných škol, ale udávají, že záleží na druhu a stupni postižení. V jednom případě byla tato odpověď doplněna, že záleží na druhu a stupni postižení, ale také na materiálních a personálních možnostech školy.

Otázka č. 4:

Ve třídě s vaším synem/dcerou je integrován chlapec s tělesným postižením. Myslíte si, že jeho přítomnost ovlivnila vaše dítě?

A) ano – pozitivně

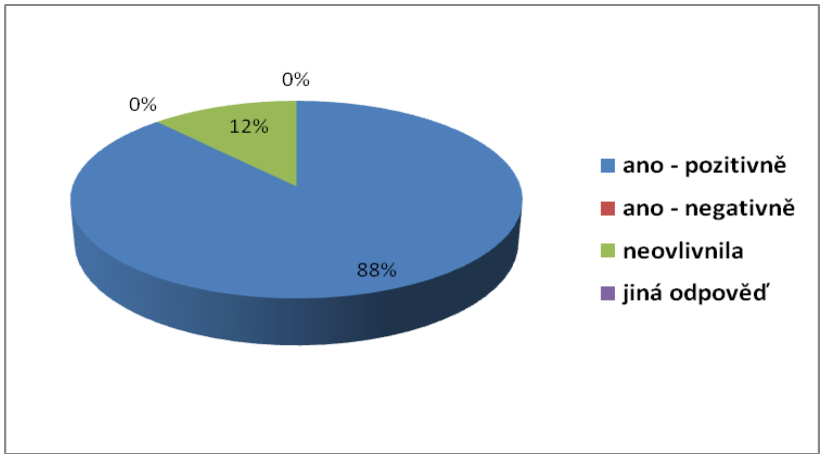
B) ano – negativně

C) neovlivnila

D) jiná odpověď

Tab. 10. Názory rodičů ohledně vlivu integrovaného chlapce na jejich děti.

odpovědi	počet respondentů	celkem %
A	22	88%
B	0	0%
C	3	12%
D	0	0%



Graf 7. Názory rodičů, zda ovlivnila integrace chlapce jejich dítě.

Komentář: 88% rodičů vnímá integraci jako přínos pro svoje dítě. Rodiče mohli k této otázce také doplnit, jakým způsobem ovlivňuje přítomnost chlapce ve třídě jejich dítě. Mezi nejčastější odpovědi patřilo, že jejich děti si uvědomují, oč je život tělesně postižených složitější, více přemýšlí jak pomoci či jak udělat radost. Jejich děti pochopili, že postižené děti jsou součástí běžného života a pomáhat jim je naprosto normální věc. Chlapcovo postižení vnímají jako součást jeho osobnosti, nikoliv jako handicap a vnímají chlapce jako rovnocenného spolužáka a kamaráda. Dále rodiče oceňují, že je to pro jejich děti nenahraditelná zkušenost, osvojují si cit pro pomoc a podporu druhých.

4.3 Diskuze zjištěných výsledků a návrhy pro praxi

Rodiče se pro integraci chlapce do běžné základní školy rozhodli na základě vlastního úsudku, požádali o vyšetření ve speciálně-pedagogické poradně, která jim integraci také doporučila. Rovněž lékaři se přiklonili k variantě integrace do základní školy.

Učitelka se na integraci připravovala individuálně, zúčastnila se také školení ve SPC. Asistentka byla rovněž zaškolena, měla však tu výhodu, že chlapce znala, znala jeho schopnosti a dovednosti, což matka i učitelka považují za výhodu, která chlapci usnadnila počátek integrace. Důležité tedy je, aby se pedagogičtí pracovníci orientovali v problematice tohoto onemocnění a věděli jak s takto postiženým dítětem pracovat. Neznalost by totiž mohla vyvolat spíše negativní efekt výchovně-vzdělávacího procesu.

Třídní kolektiv na příchod handicapovaného chlapce připravován nebyl. Jednalo se o první ročník ZŠ a děti zde přicházely z mateřských škol. Ke vzájemnému poznávání byla uskutečněna speciální adaptační akce a ve výuce byly také prováděny činnosti vedoucí k utváření třídního kolektivu. Učitelka i asistentka se přiklání k tomu, že velký vliv na snadné začlenění chlapce sehrála jeho veselá, otevřená, komunikativní povaha. Což vyplývá také z dotazníkového šetření mezi spolužáky, kteří chlapce charakterizovali jako hodného, veselého, zábavného a šikovného. Z toho můžeme usuzovat, že povaha dítěte není zanedbatelným činitelem, který ovlivňuje integrační proces.

Integrace má pozitivní přínos jak pro chlapce, tak pro jeho spolužáky. Z rozhovoru s matkou, učitelkou, chlapcem i asistentkou vyplývá, že chlapec navštěvuje školu velmi rád, těší se, je ochoten překonávat nejrůznější překážky, zvládá spoustu nových věcí, posílilo se mu sebevědomí a sebedůvěra, získává nové zážitky i kamarády, kteří ho berou jako rovnocenného. Jeho znalosti a dovednosti se také posunuly na vyšší úroveň, což potvrzuje i kontrolní vyšetření SPC. Jak už bylo řečeno, pozitivní dopad má integrace i na jeho spolužáky, což vyplynulo z rozhovoru s učitelkou, asistentkou i z dotazníkového šetření s rodiči spolužáků, kdy 88% z dotázaných rodičů uvedlo, že přítomnost zdravotně postiženého chlapce pozitivně ovlivnila jejich děti. Děti si uvědomují, že i postižený člověk je úplně stejný jako ti zdraví. Jeho handicap berou jako součást jeho osobnosti. Naučili se komunikovat s takovým člověkem, osvojují si cit pro pomoc druhým. Uvědomují si také, že život tělesně postižených je složitější.

Co se týče vzdělávacích cílů, všichni aktéři školské integrace jsou schopni se spolu bez problémů domluvit. Učitelka i asistentka vidí problém v oblasti chlapcova tělesného rozvoje a rozvoje samostatnosti. Matka si je vědoma, že práce s chlapcem je fyzicky náročná, že chlapec váží téměř 30 kg, že škola není bezbariérová, také se na rozdíl od SPC přiklání k variantě, aby chlapec navštěvoval tělesnou výchovu, bohužel z nějakého důvodu není schopna tento problém řešit a otevřeně o něm mluvit. SPC se vyjádřilo, že problém týkající se tělesného rozvoje není v rámci vzdělávání, ale v rámci rehabilitační péče, což už není v kompetenci SPC ani školy. Dlouhodobá neschopnost nalézt řešení na vzniklý problém má demotivující charakter pro všechny zúčastněné. Proto bych ihned na počátku integrace doporučila domluvit se s rodiči na jasných postupech, kterými se budou řídit všichni zúčastnění. Ať už se jedná o postupy týkající se vzdělávání či rozvíjení tělesné stránky.

Dále z dotazníkového šetření mezi spolužáky vyplývá, že začlenění chlapce do třídního kolektivu proběhlo velmi úspěšně. Všichni dotazovaní považují chlapce za svého kamaráda a v případě, že by potřeboval pomoci, by mu pomohli. V případě, kdyby se s chlapcem ocitli v situaci, že by se mu někdo posmíval, dokázali by, až na jednoho dotazovaného, tuto situaci řešit.

Z dotazníkového šetření s rodiči můžeme říci, že všichni dotazovaní rodiče jsou nakloněni k integraci zdravotně postižených dětí do běžných škol. 48% však udává, že záleží na druhu a stupni postižení.

ZÁVĚR

Cílem mé práce bylo analyzovat problematiku integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol. Integrace zdravotně postižených dětí do běžných základních škol není v dnešní době žádnou výjimkou. Integrace by se však neměla stát jen záležitostí umístění žáka s postižením do běžného typu školy. Každé dítě je individuum a na to by měl být brán zřetel. Některému dítěti může integrace prospět a může ho značně posunout dál, pro jiné však může znamenat ohromný stres. Důležité je vždy pečlivě zvážit všechny okolnosti jako je stav dítěte, schopnost komunikace, jeho povahu, jeho individuální předpoklady, ale také možnosti školy nebo ochotu rodičů spolupracovat.

Na proces integrace musí být připraveny všechny zainteresované osoby. Pedagogičtí pracovníci by se měli orientovat v problematice daného postižení, měli by umět s takovým dítětem pracovat, měli by ho dokázat aktivně zapojit do vyučovacího procesu. Klíčovou podmínkou úspěšné integrace je bezproblémové přijetí dítěte spolužáky. Tomu by měla odpovídat příprava kolektivu. Důležitá je také spolupráce rodičů. Rodiče by měli počítat s větší angažovaností a měli by být schopni otevřeně řešit problémy, které mohou vyvstat.

Je také velmi důležité, aby si všichni aktéři tohoto procesu uvědomovali své role a kompetence. V případě výskytu nějakého problému, by mělo dojít k jeho okamžitému řešení. Odklad řešení není vhodný, neboť může negativně ovlivnit všechny zúčastněné. Otevřená komunikace mezi členy je velmi důležitá, pokud však neprobíhá, kvalita i úspěšnost školské integrace jsou ohroženy.

Úspěšná integrace má pak pozitivní přínos nejen pro samotné dítě, ale také pro jeho okolí.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

[1] BAZALOVÁ, B. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v zemích Evropské unie a v dalších vybraných zemích.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2006. ISBN 80-210-3971-X.

[2] CHVÁTALOVÁ, H. *Jak se žije dětem s postižením.* 2. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2005. ISBN 80-7367-013-5.

[3] JAKOBOVÁ, A. *Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením.* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě – Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-488-4.

[4] JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením.* 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

[5] JESENSKÝ, J. *Integrace – znamení doby.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-691-0.

[6] KRAUS, J. a kolektiv. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

[7] KUCHARSKÁ, A. a kolektiv. *Obligatorní diagnózy a obligatorní diagnostika ve speciálně pedagogických centrech.* 1. vyd. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, školské poradenské zařízení a zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků, 2007. ISBN 978-80-86856-42-1.

[8] LESNÝ, I. a kolektiv. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1972. ISBN 08-025-72.

[9] MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., SEVERA, S. *Dětská mozková obrna. Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie.* 1. vyd. Praha: Galén, 2011. ISBN 978-80-7262-703-5.

[10] MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí.* 3. vyd. Jinočany: H&H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

[11] MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1045-1.

[12] MÜLLER, O. *Terapie ve speciální pedagogice.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2005. ISBN 80-244-1075-3.

[13] OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-3819-6.

[14] OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Možnosti speciálně pedagogické podpory u osob s hybným postižením.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4575-0.

[15] ORTH, H. *Dítě ve Vojtově terapii.* 1. vyd. České Budějovice: Kopp, 2009. ISBN 978-80-7232-378-4.

[16] RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kolektiv. *Speciální pedagogika.* 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

[17] SMÉKALOVÁ, E. *Dobrá praxe školské integrace žáků s těžkým zdravotním postižením.* IPPP ČR, 2008.

[18] STEHLÍK, A. *Dítě s mozkovou obrnou v rodině.* 1. vyd. Praha: Avicenum, 1977. ISBN 08-033-77.

[19] VALENTA, M. a kolektiv. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace.* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

[20] VÁGNEROVÁ, M., STRNADOVÁ, I., KREJČOVÁ, L. *Náročné mateřství. Být matkou postiženého dítěte.* 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

[21] VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální.* 2. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

[22] *Bobath koncept.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://www.cadbt.cz/vic_o_bobath.htm

[23] *Canisterapie.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://www.canisterapie.mendelu.cz/cz/co_je_canisterapie

[24] *Hipoterapie.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://hipoterapie.crespo.cz/hipo.asp?idmenu=3

[25] *Metody léčby DMO.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://my.proit.cz/milada/dmo/dmo_19metody.html

[26] *Rodina.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://www.sociologie.unas.cz/2003_2004/Rodina.doc

[27] *Vojtova metoda.* [online]. [cit. 2012-04-12]. Dostupný z www: http://www.lekari-online.cz/ortopedie/zakroky/vojtova-metoda

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DMO Dětská mozková obrna.

IVP Individuální vzdělávací plán.

MŠ Mateřská škola.

MŠMT Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy.

SPC Speciální pedagogické centrum.

ZŠ Základní škola.

ZŠS Základní škola speciální.

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Pohlaví respondentů…….49

Graf 2. Kontakt s chlapcem mimo školu……..50

Graf 3. Vědomí spolužáků o chlapcově budoucím povolání……...…51

Graf 4. Způsob reakce spolůžáků na situaci, v níž by se chlapci někdo posmíval……..52

Graf 5. Pohlaví respondentů……53

Grag 6. Názory rodičů, zda jsou pro integraci zdrav. postižených dětí do běžných škol…54

Graf 7. Názory rodičů, zda ovlivnila integrace chlapce jejich dítě…….55

SEZNAM TABULEK

Tab. 1: Pohlaví a počet respondentů……...49

Tab. 2: Názor dětí na charakteristickou vlastnost chlapce……...49

Tab. 3. Vztah spolužáků s chlapcem……...….50

Tab. 4. Kontakt s chlapcem mimo školu…….….50

Tab. 5. Vědomí spolužáků o chlapcově budoucím povolání……51

Tab. 6. Ochota spolužáků pomoci chlapci v případě potřeby……..52

Tab. 7. Způsob reakce spolužáků na situaci, v níž by se chlapci někdo posmíval…...……52

Tab. 8. Počet a pohlaví respondentů…….……53

Tab. 9. Názor rodičů na integraci zdravotně postižených do běžných škol…….…….54

Tab. 10. Názory rodičů ohledně vlivu integrovaného chlapce na jejich děti…….……..55

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha PI: Dotazník pro rodiče

Příloha PII: Dotazník pro spolužáky

PŘÍLOHA P I: DOTAZNÍK PRO RODIČE

Vážení rodiče, velmi Vás prosím o vyplnění dotazníku do výzkumné části mé bakalářské práce týkající se integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol. Děkuju. Jana Kulíšková.

1. Jsem: a) muž **2. Věk:_____**
b) žena

3. Myslíte si, že je správné integrovat zdravotně postižené děti do běžných škol?

a) ano
b) ano, ale záleží na druhu a stupni postižení
c) ne
d) jiná odpo-
věď_____

4. Ve třídě s vaším synem/dcerou je integrován chlapec s tělesným postižením. Myslíte si, že jeho přítomnost ovlivnila vaše dítě?

a) ano – pozitivně
jakým způsobem? (pokud chcete, doplňte)
_____
b) ano – negativně
jakým způsobem? (pokud chcete, doplňte)
_____
c) neovlivnila

PŘÍLOHA P II: DOTAZNÍK PRO SPOLUŽÁKY

1. Jsi: A) děvče

B) chlapec

2. Jaký je tvůj věk? _____

3. Jakou vlastnost bys přiřadil/a chlapci? _____

4. S chlapcem se: A) kamarádím

B) někdy spolu promluvíme

C) nevšímám si ho

5. Stýkáš se s chlapcem mimo školu? A) ano

B) ne

6. Víš, čím by se chtěl chlapec stát, až bude dospělý? V případě, že víš, doplň.

A) ano - _____

B) ne

7. Pomohl/a bys chlapci, kdyby potřeboval?

A) ano

B) nevím

C) ne

8. Jak by ses zachoval/a v situaci, kdy by se chlapci někdo posmíval?

_____

_____