**Univerzita Jana Amose Komenského Praha**

magisterské kombinované studium

2009 – 2011

**diplomová práce**

Bc. Elena Lahučká

Integrace zdravotně postižených dětí do základních škol

**Praha 2011**

**Vedoucí diplomové práce:**

**PhDr. Renata Kreuzová**

**Comenius university Prague**

Master Combined Studies

2009 - 2011

**Diploma Thesis**

Bc. Elena Lahučká

Integration of Handicapped Children into Elementary Schools

**Prague 2011**

**The diploma Thesis Work Supervisor:**

**PhDr. Renata Kreuzová**

**Prohlášení**

Prohlašuji, že předložená diplomová práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpala, v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 4. 2. 2011 *Elena Lahučká ............................*

**Poděkování**

Chtěla bych poděkovat vážené paní PhDr. Renatě Kreuzové za laskavé vedení mé diplomové práce, za cenné rady, připomínky, návrhy, které mi poskytla.

**Anotace**

Ústředním tématem této diplomové práce je integrace tělesně postižených žáků do běžných základních škol.

První kapitola pojednává o možnostech a problémech při zařazování postižených dětí do běžných tříd základních škol, všímá si pojmu integrace, inkluze a různých pohledů ze zahraničí, ze strany rodiny či školy. Velká část je věnována legislativním aspektům integrace.

V kapitole teoretická východiska jsou charakterizována vybraná postižení a vymezeny související pojmy. Pozornost je věnována také ucelené rehabilitaci.

V praktické části je popsána příprava, průběh a výsledky výzkumného šetření konkrétních tělesně postižených žáků na základních školách běžného typu.

Ve vyhodnocení výzkumného projektu jsou shrnuty výsledky empirického šetření

a zodpovězeny výzkumné otázky.

**Klíčová slova**

Integrace

Inkluze

Poradenství

Právní úprava integrace

Tělesně postižený žák

Dětská mozková obrna

Svalová dystrofie

Arthrogryposis

**Annotation**

The aim of the Diploma Thesis is the integration of handicapped children into ordinary basic schools.

The first chapter deals with possibilities and problems of the integration of handicapped children into ordinary classes of basic schools, takes notice of the integration and inclusion terms and different opinions from foreign countries and pupils’ families and schools. A significant part deals with legal aspects of the integration.

The Theoretical Resources chapter defines selected handicaps and specifies related terms. The attention is also paid to a complete physiotherapy.

The practical part describes the preparation, procedure and results of a research project focused on certain physically handicapped pupils at ordinary basic schools.

The project evaluation sums up the results of an empirical research and answers research questions.

**Key words**

Integrace - integration

Inkluze – inclusion

Poradenství – counselling

Právní úprava integrace – legal form of integration

Tělesně postižený žák – a physically handicapped pupil

Dětská mozková obrna – cerebral palsy

Svalová dystrofie - muscular dystrophy

Arthrogryposis - Arthrogryposis

**OBSAH**

[ÚVOD 8](#_Toc285551562)

[1.Vzdělávání integrovaného žáka s postižením na běžné základní škole 10](#_Toc285551563)

[1.1 Pojem integrace, inkluze 10](#_Toc285551564)

[1.2 Pohled do zahraničí 11](#_Toc285551565)

[1.3 Integrace z pohledu rodiny dítěte s postižením 12](#_Toc285551566)

[1.4 Integrace z pohledu školy 14](#_Toc285551567)

[1.4.1 Podmínky integrace ze strany vedení školy 16](#_Toc285551568)

[1.4.2 Podmínky integrace ze strany učitele 16](#_Toc285551569)

[1.4.3 Individuální vzdělávací program 17](#_Toc285551570)

[1.5 Modely integrace 19](#_Toc285551571)

[1.6 Poradenská pracoviště a jejich vztah k integraci 20](#_Toc285551572)

[1.6.1 Speciálně pedagogická centra 20](#_Toc285551573)

[1.6.2 Pedagogicko-psychologické poradny 21](#_Toc285551574)

[1.6.3 Poradenská zařízení organizací zdravotně postižených 21](#_Toc285551575)

[1.7 Právní úprava integrace 22](#_Toc285551576)

[**1.7.1** **Úmluva o právech dítěte** 22](#_Toc285551577)

[**1.7.2** **Zákon ČNR č.564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství** 22](#_Toc285551578)

[**1.7.3** **Zákon o soustavě základních a středních škol, tzv. školský zákon (č. 29/1984 Sb.)** 23](#_Toc285551579)

[**1.7.4** **Vyhláška MŠMT č. 291/1991 Sb. o základní škole** 23](#_Toc285551580)

[**1.7.5** **Vyhláška MŠMT č. 127/1997 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách** 24](#_Toc285551581)

[**1.7.6** **Směrnice MŠMT ČR o integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení** 24](#_Toc285551582)

[**1.7.7** **Zákon č.561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon** 25](#_Toc285551583)

[**1.7.8** **Vyhláška MŠMT č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných** 26](#_Toc285551584)

[**1.7.9** **Systém vzdělávání** 27](#_Toc285551585)

[1.8 Faktory ovlivňující úspěšnost integraci 29](#_Toc285551586)

[**1.8.1** **Rodina a rodiče** 29](#_Toc285551587)

[**1.8.2** **Škola přijímající dítě s postižením** 32](#_Toc285551588)

[**1.8.3** **Poradenská pracoviště ve vztahu k integraci** 32](#_Toc285551589)

[**1.8.4** **Prostředky speciálně pedagogické podpory** 33](#_Toc285551590)

[2. Teoretická východiska 34](#_Toc285551591)

[2.1 Vymezení pojmu postižení 34](#_Toc285551592)

[2.2 Charakteristika typů tělesných postižení 35](#_Toc285551593)

[2.3 Dětská mozková obrna (DMO) 37](#_Toc285551594)

[**2.3.1** **Klasifikace a popis forem DMO** 42](#_Toc285551595)

[2.4 Svalová dystrofie 45](#_Toc285551596)

[**2.4.1** **Duchennova progresivní svalová dystrofie** 45](#_Toc285551597)

[**2.4.2** **Spinální muskulární atrofie** 46](#_Toc285551598)

[**2.4.3** **Beckerova svalová dystrofie** 47](#_Toc285551599)

[2.5 DMO jako kombinované postižení 47](#_Toc285551600)

[**Mentální retardace** 47](#_Toc285551601)

[**2.5.1** **Podpora jedinců s DMO** 49](#_Toc285551602)

[2.6 Arthrogryposis 49](#_Toc285551603)

[2.7 Lehká mozková dysfunkce, ADHD 50](#_Toc285551604)

[2.8 Další vývojové anomálie 52](#_Toc285551605)

[2.9 Ucelená rehabilitace 53](#_Toc285551606)

[2.9.1 Přehled rehabilitačních metodik u DMO a jiných postižení pohybového aparátu 56](#_Toc285551607)

[2.10 Osobnost jedince s postižením 58](#_Toc285551608)

[3. Tělesně postižený žák v integračním procesu do běžné základní školy 62](#_Toc285551609)

[3.1 Cíle, výzkumné otázky, metody 62](#_Toc285551610)

[3.2 Případové studie integrovaných žáků 62](#_Toc285551611)

[3.2.1 První případová studie 66](#_Toc285551612)

[3.2.2 Druhá případová studie 73](#_Toc285551613)

[3.2.3 Třetí případová studie 80](#_Toc285551614)

[3.2.4 Čtvrtá případová studie 83](#_Toc285551615)

[3.2.5 Pátá případová studie 85](#_Toc285551616)

[3.3 Terénní výzkum mezi zdravými a postiženými žáky 86](#_Toc285551617)

[Závěr 101](#_Toc285551618)

[Seznam použité literatury 103](#_Toc285551619)

[Seznam internetových zdrojů 107](#_Toc285551620)

[Seznam tabulek a grafů 108](#_Toc285551621)

[Seznam příloh 109](#_Toc285551622)

# ÚVOD

Integrace tělesně postižených do základních škol, kterési autorka vybrala jako téma diplomové práce, jsou dnes velmi diskutovanou problematikou. K této volbě ji vedlo hned několik důvodů.

12 let působí jako učitelka na základní škole, která neměla až do doby nedávné vůbec žádné zkušenosti se vzděláváním postižených žáků. Hlavní příčinou této skutečnosti byla zastaralá budova. Ta však byla asi před pěti lety kompletně zrekonstruována. Dnes integruje dva tělesně postižené žáky a ona mám možnost s nimi pracovat, podílet se na výuce, pozorovat je. Jejich zařazení, práce a život ve třídě nejsou mnohdy vůbec lehké, ostatní děti bývají ve své dětské bezprostřednosti velmi zlé. Další překážkou bezproblémové integrace může být i unáhlený přístup jak školy, tak rodičů samých.

Zájem autorky se nesoustředil jen na dva výše zmiňované případy integrovaných žáků v její „mateřské“ základní škole, ale byl rozšířen o zjištění situace na všech základních školách v cca 16 tisícovém městě, kde vedle systému běžného základního vzdělávání současně velmi dobře funguje systém speciálního školství (speciální a praktická škola, škola pro zrakově postižené, v blízkém okolí pak základní škola logopedická).

Na základě výzkumného projektu, realizovaného prostřednictvím případových studií, dotazníků, rozhovorů a pozorováním, se snažila nalézt odpovědi na osobní otázky typu:

Proč se rodiče rozhodli k integraci svého dítěte?

Proč nevolili cestu speciálního vzdělávání?

Jak se žije postiženému dítěti ve třídě běžné základní školy?

Jak hodnotí samotnou existenci postiženého žáka ve třídě jeho spolužáci?

Je vůbec škola, která integruje, připravena na všechna úskalí integračního procesu?

Znají žáci základní školy alespoň rámcově, co obnáší tolik médii diskutovaný pojem integrace?

Další důvod pro volbu daného tématu diplomové práce byla snaha vypracovat detailní popis jednotlivých kroků ve výchovně vzdělávacím procesu jako pomůcku pro rodiče, kteří zjistí, že jejich dítě je tělesně postiženo. Rodiče totiž často tápou, nemají zvláště zpočátku vůbec žádné, nebo jen minimální informace týkající se postižení dítěte, jeho typu a komplikací, dále možnosti léčby či terapie. Neorientují se v nabídce pomoci odborných poradenských pracovišť, nevědí, kam se obrátit, neznají konkrétní kontakty. Pokulhává i informovanost v otázkách legislativy. To vše a více chtěla autorka na základě důkladného prostudování odborné pedagogické, psychologické a medicínské literatury nabídnout v ucelené formě rodičům, kteří stojí na počátku svého velkého úkolu vychovat, vzdělávat a následně zařadit do společenského života své postižené dítě. Všem rodičům, kteří k takovému úkolu zodpovědně přistupují a zájmy svého dítěte staví na přední místo žebříčku hodnot a svůj nelehký úděl přijímají často, jako poslání patří velký obdiv.

Celá práce je rozdělena do 3 částí.

Jelikož je prvořadým úkolem a oblastí zájmu integrační proces, hovoří autorka v první kapitole právě o něm. Podrobně vymezuje pojem integrace, seznamuje s integrací jako takovou a s její historií. Popisuje problém integrace z pohledu dítěte, rodiny, školy,…

V této části také vyjmenuje poradenská pracoviště, nabízí kontakty. Právní systém orientovaný na tuto problematiku najdete také zde.

2. část se věnuje teoretickým východiskům, vymezuje pojem tělesného postižení, charakterizuje jednotlivé typy postižení, terapie, možnosti léčby…

Ve 3. části se autorka obrací už konkrétně k jednotlivým žákům, jejich integraci v rámci běžné základní školy. Jsou zde vytyčeny cíle výzkumného procesu, doplněné o případové studie jednotlivých žáků, dotazníky, …

Závěr této části diplomové práce je stěžejní, neboť vyhodnocuje výsledky výzkumu, nabízí jejich prezentace a navrhuje vhodná intervenční opatření.

# Vzdělávání integrovaného žáka s postižením na běžné základní škole

## Pojem integrace, inkluze

###### Integrace

Integrací obecně rozumíme spojování částí v celek, soužití minorit a majorit. Stala se jevem, který se aktualizuje v různých oblastech existence života, a to v politických, etnických, národnostních, náboženských, socializačních, enkulturačních, civilizačních, pracovních, rehabilitačních a ve výchovně vzdělávacích otázkách.

Integrace je komplexní jev, který z hlediska aplikace dělíme na:

integraci osobnosti

integraci sociální

integraci kulturní

integraci pedagogickou

integraci pracovní

Popelová s Vítkovou (1998) chápou integraci jako proces dynamický, měnlivý v závislosti na mnoha činitelích vnitřních i vnějších.

Pedagogická integrace se pak dotýká jak oblasti kurikula, tak zásad, prostředků, metod, forem a institucionalizace (Blum in Jesenský 1998).

Profesor Sovák pak vyjádřil integraci jako výsledek dlouhodobé péče o postiženého jedince, nejvyšší stupeň jeho socializace nebo resocializace, na rozdíl od nižších stupňů dosažené úrovně, adaptace, utility nebo inferiority (Kábele in Jesenský 1998).

###### Inkluze

Cílem zmíněného jevu je vytvořit ve třídě prostředí otevřené jinakosti, odlišnosti. Předsudky, diskriminace a vylučování lidí se zdravotní jinakostí ve společnosti nemá místo. Inkluze se snaží vybudovat společnost pro všechny a otevřenou všem, prostředí, kde už děti se speciálními potřebami nejsou jiné, protože každé z nich má svou cenu. Mají na to zcela jistě právo. Moci se učit v neohrožujícím a otevřeném prostředí bez diskriminace a předsudků je přece to, co bychom chtěli pro sebe i své děti (Lang, Berberichová 1998).

Všechny děti mají právo se společně učit se svými vrstevníky, zapojit se do učení, které vyhovuje jejich potřebám. Učitelé mají být moderátory aktivního učení svých žáků, všechny děti mají nějaké dary nebo nadání, které mohou být přínosem pro ostatní a jejich odlišnost obohacuje učení a vyučování. Skutečné učení vyžaduje pozitivní sebehodnocení a sebedůvěru dětí. Všechny děti mají právo učit se v bezpečném a přátelském prostředí. Rodiče dětí se speciálními potřebami mají jedinečné znalosti o vzdělávání svých dětí a také hluboký zájem o jejich rozvoj. Vzdělávání dětí se speciálními potřebami je prospěšné pro všechny zúčastněné a je třeba nezapomínat, že ti, kdo usilují o vytvoření takovéhoto společenství, musí mít k dispozici různé formy podpory, tvrdí Lang a Berberichová (1998).

## Pohled do zahraničí

Otevřené společnosti bohatého světa si začaly v 60. a následujících letech minulého století uvědomovat exkluzi občanů s postižením a cítili nutnost tuto skutečnost řešit. Díky občanskému uvědomění přicházely na svět první integrační pokusy ve školách v řadě zemí.

###### Rakousko

Pod vlivem Mezinárodního roku invalidů (1981) došlo v Rakousku k prvnímu pokusu o integraci, v té době ještě protiprávně. Jednalo se o vzdělávání žáků s mentálním postižením v běžné obecné škole, formou „integrované třídy“. Za pomocí médií a sílícího hnutí rodičů dětí s postižením získávali tito rodiče stále větší podporu učitelů, škol a posléze spolkové vlády. Období školních pokusů definitivně končí rokem 1993, kdy se přijímání dětí s postižením stává obecnou součástí činnosti škol. V Rakousku se prostřednictvím postupné transformace velké části speciálních škol na speciálně pedagogická centra podařilo vytvořit fungující systém integrovaného vzdělávání při zachování kapacit speciálního školství v nezbytně omezeném rozsahu.

###### Anglie

S uznáním práva na vzdělání se potýkaly děti s postižením také v Anglii. Státem uzákoněná integrace z roku 1944 zvaná jako „mainstreaming“ se týkala pouze lehčích postižení. Opět sílící rodičovské hnutí a tlak na školské orgány měly za následek změny: první škola pro děti s autismem v roce 1965, od roku 1970 definitivní právo na vzdělání pro všechny děti s postižením. Nutno podotknout, že mohutný systém speciálního školství navštěvovalo stále cca 2 % školské populace. Završením snah o „legislativní“ zrovnoprávnění integrovaného vzdělávání bylo v roce 1996 potvrzení platnosti a vyzdvižení významu již dříve přijatého Praktického kodexu (Code of Practice)[[1]](#footnote-1).

###### Francie

Země, která položila základy péče o děti s postižením, je bezesporu Francie. Jména jako Pinel, Esqirol či první „moderní“ zařízení pro postižené v 18. a 19. století tento fakt zdůvodňují. Snahy o integraci jsou ve Francii záležitostí maximálně posledních tří desetiletí, mezníkem byl rok 1975 a přijetí Zákona o handicapovaných osobách[[2]](#footnote-2). V současnosti je Francie považována za zemi s typickým smíšeným modelem speciálního vzdělávání. Tzn., existuje vedle sebe samostatný systém speciálního školství a samostatný stále se rozvíjející systém integrovaného vzdělávání.

Za zmínku stojí Itálie, která systém speciálního školství de facto zrušila a žáky s postižením zařadila do běžných škol. Stejně tak je tomu v severských zemích. Situace v těchto zemích však není evropským standardem.

## Integrace z pohledu rodiny dítěte s postižením

Velká část rodičů má zájem o vzdělání svých dětí, potažmo pak uplatnění v životě. Rodiče dětí s postižením řeší tyto otázky zcela jistě výrazněji, určitě s velkými obavami přemýšlejí o možné vzdělávací cestě svého dítěte, v tomto směru je jejich situace ztížena oproti jiným rodinám se zdravými dětmi.

V podstatě stojí rodiče před základní volbou mezi dvěma možnostmi.

* integrovat své dítě v běžné základní škole ve svém místě bydliště
* segregovat své dítě ve speciální škole pro určitý typ postižení, často ne ve svém místě bydliště

Obě možnosti mají své výhody i nevýhody, o kterých by měli být rodiče dětí s postižením seznámeni a na základě této skutečnosti zvážit své možnosti a rozhodnout o typu vzdělávání.

Úskalí jsou na obou stranách.

Škola v místě bydliště:

* dítě je v podstatě ve známém prostředí
* zná většinu dětí, se kterými může trávit volný čas
* navštěvuje dle svých možností kroužky různého typu
* náklady na dopravu jsou zanedbatelné v poměru dovážení dítěte až několik desítek kilometrů do jiné školy
* rodiče dítěte s postižením mohou dát prostor dítěti trávit volno s dětmi
* rodiče mají čas si oddechnout, nabrat síly na svou náročnou úlohu
* nevyhovující prostory pro pohyb tělesně postiženého (bariéry)
* nepřipravenost pedagogických pracovníků na integrační proces

Škola vzdálená od místa bydliště:

* dítě je dováženo do neznámého prostředí
* následně po ukončení vyučování zpět domů
* nemá šanci trávit se svými kamarády volný čas
* nemá šanci vytvořit pevnější kamarádské vazby
* spolužáci zůstávají spolužáky, vztah se nemůže rozvíjet
* odpolední kroužky není možné často po náročné dopravě domů časově stíhat
* dítě s postižením často tráví většinu odpoledního volna s rodiči
* rodiče jsou téměř bez šance oddechnout si a nabrat síly pokračovat
* finanční zátěž na dopravu a ostatní se časem zvyšuje
* stres a celková rodinná zátěž se prohlubují
* u internátních typů škol výrazně omezen kontakt s přirozeným prostředím
* možnost volby školy z okolí, která má nejlepší výsledky v rámci integrace
* možnost  návaznosti na tradice a zkušenosti školy

Právě rozhodování o zmíněných možnostech patří v rodinách k nejtěžším. Zmíněná úskalí se záměrně týkají pouze bydliště, žel faktorů ovlivňující výběr je více. Někdy bývají v místě bydliště dostupné školy obou typů, volba je pak více závislá na druhu a závažnosti postižení a bývá dále ovlivněna doporučením odborníků.

Jiná situace nastává také v připravenosti či nepřipravenosti integrovaného vzdělávání spádové běžné základní školy. Důležitou roli zde hraje i čas, je totiž nutné začít s přípravami na integrované vzdělávání ne až při zápisu, jak to zpravidla bývá, ale zajímat se o charakter školy a sledovat její ideologii už dříve. Z obyčejného lidského povídání, z postřehů a doporučení odborníků, z okolí…Nedílnou součástí je samozřejmě představa rodiny, profesní uplatnění jejích členů, nutnost stěhování…

Všechny těžkosti a problémy, které s sebou přináší volba typu školy, jsou dovršeny ještě jedním. Je to velice často bezradnost a nerozhodnost rodičů dětí s postižením, kteří nejsou detailně seznámeni se strukturou a náplní práce obou typů škol.

Každopádně, pokud se rodina rozhodne pro cestu běžné školy, je nutné co nejdříve navštívit ředitele školy a seznámit ho se svými představami a očekáváními ve vzdělání svého dítěte. Je třeba podotknout, že takováto návštěva má často charakter prosby. Ponížený přístup však není na místě. Stávající právní úprava dává rodiči právo požadovat vzdělání dítěte v běžné spádové škole.

Do speciální školy přijímá (vyhláška užívá termín „zařazuje“) ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce dítěte.[[3]](#footnote-3) Zařadit dítě do speciální školy bez souhlasu rodičů není v žádném případě možné!!!

## Integrace z pohledu školy

Školskou integraci chápe Jesenský (1995) jako „dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemné adaptace podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací.“

Integraci z pohledu školy můžeme dělit na:

###### Integraci plnou

* neboli inkluzi = začlenění zdravotně postiženého jedince do běžné školy. Žák s postižením je ve vyučování se svými nepostiženými spolužáky, účastní se všech aktivit. Je mu umožněno plně se adaptovat na intaktní společnost.

###### Integraci částečnou

* žák se zdravotním postižením je vzděláván ve speciální třídě, která je však v areálu běžné základní školy. Vyučování tedy probíhá v kolektivu dětí s postižením, při mimoškolních aktivitách se stýká se zdravými spolužáky.

###### Integraci obrácenou

* nespočívá v zařazování dětí s postižením do intaktní společnosti, ale naopak dochází zdraví žáci do speciálních zařízení a jsou pak pochopitelně vzděláváni dle vzdělávacích plánů běžných škol.

###### Jinou terminologii pro dělení používá Vítková (1999):

* individuální – pokud je dítě/žák začleněn do běžné třídy ve škole
* integraci realizovanou v rámci speciální nebo specializované třídy zřizované ve škole běžného typu

Integrované vzdělávání je termín, který Vítková (1998) používá pro plné sociální včlenění zdravotně postižených žáků do běžných škol při požadavku je i nadále chápat jako jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. V České republice dochází k zásadním změnám v této oblasti až po roce 1990 úpravou právních norem, které umožňují integrované vzdělávání žáků se specifickými potřebami.

Výhody integrovaného vzdělávání vidí Kubíč, Kubíčová (1997) v rozvoji přátelství, ve výuce ke skupinové spolupráci, organizačním schopnostem, v rozvoji zvláštních zájmů a v komunikaci, pohybu a sociálních dovednostech.

Školní integraci chápeme jako prostředek k dosažení sociální integrace. Charakteristika těchto změn v přístupech k výchově a vzdělání byla zpracována v roce 1991 v projektu UNESCO „Škola pro všechny“, jehož myšlenky přejala do svých programů celá řada zemí (Vítková 2003).

Michalík (2001) uvádí jako základní faktory ovlivňující úspěšnou integraci zejména:

* dítě, forma a stupeň jeho handicapu a jeho psychické předpoklady
* rodiče a rodina (či náhradní rodinná instituce)
* škola
* pedagogové
* diagnostika a poradenství
* forma integrace
* speciálně pedagogická podpora (podpůrní učitelé, osobní asistenti, doprava do školy

a ze školy, rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky)

### Podmínky integrace ze strany vedení školy

###### Ředitel školy

Ředitel, představitel státní správy, odpovídá za školu jako celek, stává se rozhodujícím činitelem zejména v počátcích integrace, při jednání s rodiči dítěte, přijímání do školy a vytváření základních podmínek pro integraci, Současně se podílí na vytváření optimálního složení pedagogického sboru, který dále ovlivňuje míru prointegrační atmosféry ve škole. Finanční zajištění integrace a poskytnutí případných prostředků speciálně pedagogické podpory spadá též do kompetencí ředitele školy.

### Podmínky integrace ze strany učitele

Úspěšnou integraci si nemůžeme představit bez učitele nebo učitelky dítěte s postižením, kteří často, není to však podmínkou, spolupracují s asistentem a samozřejmě velmi úzce pak s rodiči žáka s postižením.

Hlavním úkolem učitele v běžné škole je začlenit žáka s postižením do kolektivu, připravit třídu, spolužáky na jeho přítomnost, navodit kladný emocionální vztah a atmosféru, která bude na příští období vzorem v jednání a přístupu celému kolektivu. Učitel je pochopitelně velmi podrobně seznámen se zdravotním, fyzickým i psychickým stavem nového žáka. Empatie do situace žáka je základem pro vhodný přístup k dítěti.

V rámci integrace můžeme využít už i Komenského didaktické zásady názornosti, uvědomělosti a aktivity, samostatné práce, přiměřenosti, soustavnosti a všestrannosti, trvalosti a individuálního přístupu, stejně jako speciálně pedagogické zásady komplexnosti, prevence, dispenzarizace, optimálního prostředí, reedukace a kompenzace a zásady pohybové výchovy. Platí zde více než kde jinde a jsou předpokladem úspěchu integračního procesu.

Významným předpokladem pro úspěšnou integraci je samozřejmě i speciálně pedagogická způsobilost pedagogů, jinak by mohla malá informovanost v této problematice proces integrace zbrzdit. Dle Malacha (1998) vyžaduje integrace žáků zvláštní péči, stejně také speciální přípravu učitelů v pregraduální i postgraduální úrovni. Na nesystémovost jisté speciálně pedagogické kvalifikace a nedostatečnou informovanost učitelů běžných škol v této oblasti poukazuje ve své knize také Michalík (2002).

Snaha naplňovat ušlechtilou myšlenku integrace tělesně postiženého není na všech školách v rámci republiky dosud pravidlem. V některých školách je integrace dítěte s postižením stále chápána jako jakýsi nadstandard, který škola nemusí a není povinna poskytovat. Nejedná se však zřejmě o diskriminaci, ale jsou to spíše obavy a strach z neznámého, nedostatečná uzpůsobenost a připravenost školy, absence tradice.

### Individuální vzdělávací program

Vzdělávání tělesně postiženého žáka probíhá často, v návaznosti na druhu a stupni postižení, na základě individuálního vzdělávacího programu (dále IVP). IVP je závazný pracovní a pomocný materiál sloužící všem zainteresovaným, rozumějme hlavně pedagogům, popřípadě asistentům, kteří se podílejí na výchovně vzdělávací činnosti žáka s postižením. Je vypracováván dle zásad zakotvených ve vyhlášce 2005/73Sb.Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

IVP vychází ze školního vzdělávacího programu školy a je vypracováván na základě spolupráce mezi učitelem a vedením školy, pracovníkem speciálně pedagogického centra (SPC) nebo pedagogicko-psychologické poradny (PPP), žákem a jeho rodiči, či zákonnými zástupci. Je vhodné ho vypracovat před nástupem žáka do školy nebo nejpozději jeden měsíc po nástupu žáka do školy a je upravován během celého školního roku dle potřeby (Zelinková 2001).

**Přínos IVP** dle Zelinkové (2001):

* umožňuje učiteli pracovat s dítětem jeho individuálním tempem a s ohledem na úroveň vědomostí, kterých dosahuje, bez zbytečných obav z nesplnění požadavků učebních osnov
* lze ho využít jako vodítko pro individuální vyučování a hodnocení
* údaje získávané během vyučování slouží jako zpětná vazba a mohou vést k úpravě programu dle dosažených výsledků
* umožňuje žákovi pracovat podle jeho schopností, individuálním tempem, má hodnotu motivační, nestresující
* hledá optimální úroveň, na níž může integrovaný žák pracovat
* aktivní účast žáka mění jeho pasivní roli účastníka na zodpovědnou osobu za vlastní výsledky reedukace

**Obsah IVP**

IVP má vždy směřovat k úspěšné integraci žáka s postižením.

Obsahuje:

* údaje o obsahu, rozsahu a způsobu poskytování individuální speciálně pedagogické nebo psychologické péče žákovi s postižením
* údaje o cíli vzdělávání žáka, časové a obsahové rozvržení učiva, volbu pedagogických postupů, způsob hodnocení a klasifikace, úpravu konání závěrečných zkoušek a maturitních zkoušek a absolutoria
* potřebu dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem a její rozsah
* seznam kompenzačních pomůcek, speciálních učebních pomůcek, speciálních učebnic a učebních textů nezbytných pro výuku žáka nebo pro konání příslušných zkoušek
* jmenovité určení pedagogického pracovníka školského pedagogického zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka
* návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák vzdělává
* předpokládanou potřebu navýšení finančních prostředků včetně zdůvodnění
* závěry speciálně pedagogických, popřípadě psychologických vyšetření (Zelinková 2001)

## Modely integrace

Vzdělávání a začlenění do společnosti je právo jak zdravých, tak postižených lidí. Tyto integrační snahy vycházejí z analýzy OECD, jež popsala její modely.

Jedná se o:

* medicínský model
  + vychází z biologicko-organických či medicínských příčin
  + vede k medicínsky orientované péči
  + integrací rozumíme neintegraci do běžné školy (po předchozím vřazení do speciální školy)
* sociálně patologický model
  + integrační problémy jsou spíše sociální povahy
  + postižení pomocí sociální terapie adaptováni a normalizováni
* model prostředí
  + otázky přizpůsobení se školy integraci
  + na základě integrace do běžné školy se škola přizpůsobuje potřebám všech žáků
  + škola umožňuje diferencované nabídky dle konkrétních vzdělávacích potřeb
* antropologický model
  + role postiženého silně ovlivněna postojem učitele a spolužáků
  + jde o realistické hodnocení situace postižených
  + zdůrazňuje se učení na základě interakce a respektování všech dětí (Vítková, 2004)

## Poradenská pracoviště a jejich vztah k integraci

V pomoci zdravotně handicapovaným hrají velkou roli poradenská pracoviště. Činnost speciálně pedagogických center je dána vyhláškou MŠMT ČR 72/2005 O poskytování poradenských služeb.

Speciálně pedagogická péče je komplexem vzdělávacích a terapeutických služeb dětem, rodičům a pedagogům. Tyto služby dnes zajišťují speciální centra, v podstatě hovoříme o třech typech poradenských zařízení, které jsou kompetentní vyjádřit se a spolurozhodovat při výběru typu škol.

### Speciálně pedagogická centra

Speciálně pedagogická centra (dále SPC) spadají svým odborným působením do resortu školství, vznikají buď jako samostatná školská zařízení, nebo častěji bývají zřizována centra při některých speciálních školách a dělí se dle druhu postižení na SPC:

* mentální
* sluchové
* řečové
* tělesné
* zrakové
* kombinované

V centrech jsou zaměstnáni speciální pedagogové, často psycholog, logoped, sociální pracovnice, někdy rehabilitační pracovnice atd., kteří s nasazením usilují o optimální podporu dětí integrovaných v běžné škole.

**Psycholog** pracující ve speciálně pedagogickém centru musí splňovat potřebnou pětiletou praxi, musí být absolventem vysokoškolského studia. S ostatními pracovníky pak vypracovává IVP pro tělesně postiženého žáka a současně s tím navrhuje způsob přístupu k výchově a vzdělání.

**Sociální pracovník** je absolvent střední školy, sleduje prostředí, ve kterém postižené dítě žije, snaží se pomoci rodinám v krizových životních situacích, mapuje sociální zabezpečení rodiny.

**Speciální pedagog** musí být absolventem vysokoškolského magisterského studia speciální pedagogiky, popřípadě jiného pedagogického oboru, ovšem doplněného státní zkouškou ze speciální pedagogiky. Délka praxe je sedm let na speciální škole. Speciální pedagog zajišťuje speciálně pedagogické poradenství a speciálně pedagogickou diagnostiku, zajišťuje s pomocí školy vhodné integrační podmínky (bezbariérový přístup, snížený počet žáků ve třídě, úprava školního prostředí ve třídě, navrhuje vhodné pomůcky, učebnice, počítačovou techniku, metodickou pomoc,…).

V rámci SPC hovoříme o týmové práci odborníků, kteří pravidelně a dlouhodobě spolupracují s postiženým dítětem a jeho rodinou, zajišťují reedukaci, kompenzaci a další formy speciálně pedagogické péče. Tato speciálně pedagogická péče je realizována ambulantně v centrech, návštěvami ve školách, v rodině dítěte.

Veškeré adresy jednotlivých SPC jsou k dispozici na krajském úřadě, odboru školství nebo na webových stránkách Ústavu pro informace ve vzdělávání nebo asociace pracovníků center.

### Pedagogicko-psychologické poradny

Pedagogicko-psychologické poradny (dále PPP) jsou zaměřeny na psychologické a speciálně pedagogické vyšetření a zajištění psychologické speciálně pedagogické péče zpravidla žákům se specifickými poruchami učení a chování (Michalík 2002). Poradny sídlí v každém okrese a v případě, že v blízkosti není dosažitelné SPC pro daný typ postižení, jsou tyto PPP schopny a ochotny obecně pomoci rodičům dítěte s postižením.

### Poradenská zařízení organizací zdravotně postižených

Jedná se o síť „Středisek rané péče“ pro klienty se zrakovým postižením, dále „neoficiální“ poradny dle typu postižení. Jejich výhodou oproti „profesionálním“ školským zařízením bývá detailní až intimní znalost problémů vyplývajících z daného postižení (Michalík 2002).

Informaci o sídle odborné poradny lze získat v každém okrese v poradenském středisku Sdružení zdravotně postižených ČR (bývalý Svaz invalidů).

## Právní úprava integrace

Má dítě právo pobývat mezi zdravými vrstevníky? Existuje-li takové právo, kdo jej má naplňovat, realizovat?

Základní práva a povinnosti účastníků procesu integrace jsou upraveny právními normami.

1. **Úmluva o právech dítěte**

Úmluva o právech dítěte je základním dokumentem práv dítěte, samozřejmě včetně dětí s postižením. Tento dokument v prvé řadě potvrzuje zákaz diskriminace dítěte s jakýmkoliv typem postižení. Nemá však přímo ve své kompetenci řešení otázek vzdělávání, ať už ve speciální škole pro daný typ postižení, či integrované vzdělávání v běžné škole. V každém případě vedoucím principem Úmluvy je vždy zájem dítěte, který se, doplněný o respektování principu blaha a ochrany dítěte stává vůdčím principem při činnosti všech státních a správních orgánů a sociálních a vzdělávacích institucí.

Legislativní podmínky k integraci zdravotně postižených dětí byly poprvé vyjádřeny zákonem ČNR č. 390/1991 Sb. o předškolních a školských zařízeních. Na tento zákon posléze navazovaly vyhlášky MŠMT ČR o mateřských školách (35/1992), o základní škole (291/1991) a střední škole (354/1991). Hlavním tématem bylo individuální zařazování dětí a žáků do běžných typů mateřských, základních a středních škol, stejně jako práce s těmito dětmi v integrované třídě.

1. **Zákon ČNR č.564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství**

Zákon o státní správě a samosprávě upravuje, krátce řečeno, vztahy ve školství. Stanoví základní práva a povinnosti ministerstva školství, školského úřadu, obce, ředitele školy.

Pro oblast integrace je nutno zmínit ustanovení § 3 zákona. Deklaruje, že „o zařazení dětí do speciálních mateřských škol a speciálních základních škol, základních škol, zvláštních škol a školských zařízení jim sloužících a do pomocných škol…rozhoduje ředitel školy“.

Orgánu kraje (odbor školství) pak stanovuje zákon povinnost „přidělit finanční prostředky na nezbytné zvýšení nákladů spojených s výukou dětí zdravotně postižených“. Krajský úřad tak sehrává v procesu integrace velkou roli. Obdržené finanční prostředky jsou pak velmi striktně rozepsány na jednotlivé oblasti.

1. **Zákon o soustavě základních a středních škol, tzv. školský zákon (č. 29/1984 Sb.)**

Školský zákon se věnuje integraci nepřímo. V textu zákona, jenž byl v 90. letech devětkrát novelizován, nenalezneme přímé ustanovení upravující školskou integraci. Zákon v podstatě konstatuje, že speciální školy poskytují pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod, prostředků a forem výchovu a vzdělání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči, žákům s více vadami, žákům obtížně vychovatelným…a připravují tyto žáky k začlenění do pracovního procesu a života společnosti.

Pokud dítě nemůže pro svůj zdravotní stav navštěvovat školu, je v takovém případě „školský úřad povinen zajistit takovou formu vzdělávání, která mu umožní dosáhnout stejné vzdělání jako při školní docházce“ (§ 37 zákona).

1. **Vyhláška MŠMT č. 291/1991 Sb. o základní škole**

O integraci dětí s postižením se v obecně platných právních normách hovoří i v této vyhlášce. Jedná se hlavně o možnost, nikoliv povinnost, přijmout do školy dítě se zdravotním postižením.

Podle znění vyhlášky může ředitel školy zřizovat speciální třídy pro:

* sluchově postižené žáky
* zrakově postižené žáky
* tělesně postižené žáky
* mentálně postižené žáky
* žáky s vadami řeči

Dle ustanovení § 3 vyhlášky o základní škole, ředitel školy může na základě žádosti zástupce žáka a vyjádření psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra zařadit do příslušného ročníku školy děti:

* se smyslovým postižením
* s tělesným postižením
* s vadou řeči

I hodnocení žáka s postižením má pochopitelně svá specifika. Je nutno u žáka se smyslovou nebo tělesnou vadou, vadou řeči, prokázanou specifickou vývojovou poruchou učení nebo chování při jeho hodnocení přihlédnout k charakteru postižení.

1. **Vyhláška MŠMT č. 127/1997 Sb. o speciálních školách a speciálních mateřských školách**

V této vyhlášce se jedná zejména o přijímání dětí do speciálních škol a část vyhlášky je pak věnována činnosti speciálně pedagogických center. Povinnost ředitele speciální mateřské školy nebo speciální školy podat návrh na přeřazení do jiné školy je stanoven v § 6, a to jestliže:

* nastane v průběhu docházky dítěte nebo žáka do speciální mateřské školy nebo speciální školy změna v charakteru postižení dítěte nebo žáka

speciální mateřská škola nebo speciální škola přestane odpovídat stupni postižení dítěte nebo žáka

1. **Směrnice MŠMT ČR o integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení**

Tato směrnice vydána v červenci roku 2002 nahradila dřívější Metodické pokyny.

* snaží se o definici dítěte a žáka se speciálními vzdělávacími potřebami:
  + se zrakovým postižením
  + sluchovým postižením
  + tělesným postižením
  + mentálním postižením
  + s vadami řeči
  + s více vadami
  + s lékařskou diagnózou autismus
  + se specifickými poruchami učení nebo chování
  + zdravotně postižené z důvodu dlouhodobé nebo chronické nemoci, a to tehdy, jestliže byly tzv. speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě psychologického a speciálně pedagogického vyšetření a jejich rozsah a závažnost opravňuje žáka k zařazení do režimu speciálního vzdělávání ve speciální škole
* hovoří o podpoře integrace poradenskými službami, které by měly být vedle klasických SPC či PPP poskytovány i školním psychologem, školním speciálním pedagogem, výchovným poradcem
* požaduje vypracovat IVP, jako úspěšný předpoklad zapojení žáka s postižením do výuky
* ukládá základní úkoly školským poradenským zařízením (SPC, PPP, SVP)
* určuje obsah odborného posudku SPC, PPP, SVP
* vymezuje základní úkoly ředitele školy

Nelze opomenout důležitý fakt, že efektivní průběh školské integrace dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením jsou ovlivněny, ba dokonce bytostně závislé na ekonomických aspektech.

Podle směrnice (a zejména zákona) orgán kraje poskytne škole s integrovaným žákem finanční prostředky (příplatek) na zabezpečení vzdělávacích potřeb žáka (Michalík 2002).

Podle směrnice je příplatek určen na:

* mzdové prostředky pedagogů
* mzdové prostředky dalších odborníků podílejících se na práci s žákem
* nákup nezbytných speciálních učebnic, speciálních učebních a kompenzačních pomůcek
* zapůjčení těchto pomůcek na základě smlouvy

1. **Zákon č.561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon**

Tento školský zákon je v současné době platná legislativa, která pojednává o vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

V § 16 Vzdělání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se uvádí, že:

(1) Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.

(2) Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

(7) Děti, žáci a studenti se zdravotním postižením mají právo bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciálně didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou vnímat řeč sluchem, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím znakové řeči. Dětem, žákům a studentům, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem, se zajišťuje právo na vzdělání s použitím Braillova hmatového písma. Dětem, žákům a studentům, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí, se zajišťuje právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání.

(8) Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě se souhlasem krajského úřadu v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzděláváni jinak.

1. **Vyhláška MŠMT č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných**

Tato vyhláška uvádí zásady a cíle speciálního vzdělávání (§ 2) a formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením (§ 3).

Speciální vzdělávání se poskytuje žákům, u kterých byly speciální vzdělávací potřeby zjištěny na základě speciálně pedagogického, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a jejich rozsah a závažnost je důvodem k zařazení žáků do režimu speciálního vzdělávání. Speciální vzdělávání se poskytuje i žákům zařazených do škol zřízených při školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy.

Speciální vzdělávání žáků se zdravotním postižením je zajišťováno:

* formou individuální integrace
* formou skupinové integrace
* ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením
* kombinací prvních třech možností

1. **Systém vzdělávání**

Vzdělání dětí s postižením dle platné legislativy poskytuje:

* speciální základní škola
* speciální škola s kooperací
* speciální třída
* speciální třída s kooperací
* běžná třída s dodatečným vyučováním
* běžná třída s podpůrným vyučováním
* běžná třída s poradenstvím
* běžná třída s redukovaným počtem žáků
* běžná třída

###### Speciální základní škola

* je zřizována dle druhu postižení pro žáky sluchově, zrakově postižené, pro žáky s vadami řeči, pro tělesně postižené, pro mentálně postižené žáky, pro nemocné nebo zdravotně oslabené žáky ve zdravotnických zařízeních, pro žáky s více vadami a pro žáky se specifickými poruchami učení
* lze zde zřizovat speciální třídy pro žáky jiného stupně či typu postižení, nebo pro žáky s více vadami nebo s diagnózou autismus
* přednost při přijetí mají postižení žáci, pokud se nemohou vzdělávat v běžné škole

###### Speciální škola s kooperací

* je speciální škola, která spolupracuje s běžnou školou
* žáci se specifickými potřebami mohou část vyučování pracovat se žáky v běžné škole

###### Speciální třída

* je zřizována při běžné základní škole
* je určena žákům s určitým typem postižení
* v tomto případě pak hovoříme o skupinové integraci
* při mimoškolních aktivitách a v určitých předmětech jsou společně se zdravými žáky

###### Speciální třída s kooperací

* speciální třída, kdy při některých předmětech pracují všichni žáci společně

###### Běžná třída s dodatečným vyučováním

* typ individuální integrace
* vzdělávání ve třídě běžné základní školy
* dodatečné vyučování poskytováno jako podpůrná služba žákovi se specifickými vzdělávacími potřebami, a to speciálním pedagogem či poradcem, za kterým žák dochází

###### Běžná třída s podpůrným vyučováním

* podpůrný pracovník dochází do třídy
* podpůrný či druhý učitel dle finančních možností školy

###### Běžná třída s poradenstvím

* služby poskytované speciálně pedagogickými centry
* pracovníci SPC docházejí za žáky se specifickými potřebami do běžných škol a poskytují pomoc učiteli

###### Běžná třída s redukovaným počtem

* jde o využití práva ředitele školy podle potřeby snížit počet žáků ve třídě

###### Běžná třída

* nejvyšší stupeň integrace – inkluze – žáků se specifickými potřebami do běžné školy

## Faktory ovlivňující úspěšnost integraci

Dle Michalíka (2002) mezi základní faktory patří:

* rodiče a rodina
* škola
* učitelé
* poradenství a diagnostika
* prostředky speciálně pedagogické podpory:
  + podpůrný učitel
  + osobní asistent
  + doprava dítěte
  + rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky
  + úprava vzdělávacích podmínek
* další faktory:
  + architektonické bariéry
  + sociálně psychologické mechanismy
  + organizace zdravotně postižených

Je nutné podotknout, že vše je zvýrazněno a ovlivněno druhem a stupněm postižení dítěte, celkovou připraveností a motivací.

1. **Rodina a rodiče**

Rodiče jsou zodpovědní za výchovu svého dítěte. Dle zákona o rodině („…rozhodující úlohu ve výchově dětí mají rodiče“) se vše pochopitelně týká i rodičů s postiženým dítětem, i když situace je tu jistě daleko obtížnější. Nutno připomenout stupnici reakce rodičů na oznámení o postižení jejich dítěte:

* šok a popření
* vyrovnání se s realitou
* realistický postoj
* pochopení
* přijetí

###### Šok a popření

Jde o úplně první reakci na těžkou traumatizující a nečekanou skutečnost, že je dítě postižené. Velmi často je doprovázena popřením ve smyslu nepřijetí situace. Rodiče nevidí budoucnost, jejich plány a sny se rozplývají, možnost seberealizace je zdánlivě v nedohlednu.

###### Vyrovnání se s realitou

Rodiče získávají informace, snaží se pochopit ráz postižení, ovšem racionálnímu chápání a ucelení myšlenek a informací brání emoce jako hněv, zoufalství, deprese,…

Vyrovnání a pochopení situace závisí na celkovém psychickém stavu rodičů, rodinném zázemí, zkušenostech,…

Často pozorujeme útok, jako boj s nepřijatelnou tíživou situací a následné hledání viníka, doprovázeny agresí apod., dále také únik ze situace, odložení postiženého do jiné péče, odchod jednoho z rodičů, většinou je jím otec, z rodiny, také celkovou izolaci…

###### Realistický postoj

Dítě začíná být akceptováno takové, jaké je, a rodiče se snaží jej rozvíjet, vychovávat, popř. vzdělávat, jak jen to jde, přesto i v této fázi se objeví negativa jako nekritičnost, ochranitelský postoj,…Jiní rodiče mohou mít naopak pocit viny, že zanedbali odpovědnou péči o své dítě… Jindy mohou následovat i ambiciózní a nepřiměřené nároky na dítě, kdy v podstatě není přijato takové, jaké je. V této fázi není ojedinělá ani rezignace na výchovu.

###### Pochopení

Pochopení celkové tíživé situace a empatie do potřeb svého postiženého dítěte patří v jakémsi žebříčku reakcí rodičů k té téměř poslední fázi, kdy však ještě nemusí jít o přijetí všech aspektů. Postižené dítě totiž nestimuluje rodičovskou aktivitu, projevy dětí jsou často omezené, což se pochopitelně vymyká představám rodičů.

###### Přijetí

V případě narození postiženého dítěte dochází k zásahu do uspokojování základních psychických potřeb, které s rodičovskou rolí souvisejí. Jedná se o:

* potřebu přiměřené stimulace
* potřebu smysluplnosti a řádu
* potřebu citové vazby
* potřebu vlastní hodnoty a společenské prestiže
* potřebu životní perspektivy

Pokud je rodič celkově vyrovnán s tíživou situací, pokud pochopí svou úlohu tady, pokud se přestane ptát – proč právě já, my…, pokud své potřeby poníží či povýší, záleží na úhlu pohledu,…pak teprve je schopen přijetí situace, dítěte, svého úkolu, pak teprve začíná opět žít a naplňovat svůj osud, život, pak teprve může opět najít lásku, klid, harmonii i radost.

*Často k této fázi však spousta rodičů nedospěje*.

Ve vztahu ke školské integraci je totiž velmi důležité, v jaké fázi se rodiče se svým postojem k postižení nachází. Celkový stav totiž může sám integrační proces zpomalit, znegovat, podpořit, urychlit,…

U dětí se zdravotním postižením a jejich rodičů mohou být některé aspekty zvýrazněny či umocněny. A jsou to zejména:

* nedůvěra a zvýšená citlivost vůči institucím…
* výrazně pociťovaná ekonomická a sociální nejistota…
* obavy o osud a zdraví dítěte vedoucí k větší opatrnosti…
* větší závislost na poradenských a posudkových institucích…
* zvýšená psychická i fyzická unavitelnost…

Pokud se rodina rozhodne pro integraci svého dítěte s postižením, musí zpravidla:

* dospět k rozhodnutí o daném typu vzdělávání
* najít školu schopnou a ochotnou přijmout dítě s postižením
* počítat s větší osobní angažovaností, než v případě umístění ve speciální škole
* zabezpečit řadu obslužných činností a zejména dopravu dítěte
* to vše v situaci, kdy práva a povinnosti rodičů dítěte nejsou dostatečně deklarovány (Michalík 2002)

1. **Škola přijímající dítě s postižením**

Princip návštěvy školy v nejbližším okolí by měl být akceptován v zásadě v rané fázi výběru vhodného vzdělávacího systému. Ušetří zcela jistě rodině především čas a finance, které by pak mohli investovat např. do volnočasových aktivit. Ne vždy to však povaha postižení dovoluje. Určité minimální požadavky by však vybraná škola měla splňovat. Jsou to:

* architektonické bariéry
* možnost poskytnutí speciálních pomůcek
* celková výchovná atmosféra ve škole (výchovné metody, vzdělávací možnosti)
* úroveň pedagogického sboru a vedení školy, jeho profesionalita, povaha, charakter

1. **Poradenská pracoviště ve vztahu k integraci**

O systému poradenských pracovišť je psáno výše. Speciálně pedagogická diagnostika je však vzhledem k volbě odpovídající diagnostické metody také nedílnou složkou úspěšné školské integrace.

Na základě vyšetření dítěte v poradenském pracovišti je vypracována diagnóza, následně prognóza, navržena rehabilitace, popřípadě reedukace,…

Pro průběh vyšetření by mělo platit následující:

* rodič byl seznámen s cíli a zaměřením diagnostiky a byl seznámen s výsledky vyšetření
* vyšetření by mělo být prováděno vždy po domluvě s rodiči a dítětem, a to vždy v přátelském prostředí
* termín by měl být v souladu s biorytmy dítěte s postižením
* žádoucí je profesionální „skromnost“ poradenského pracovníka
* zpráva o vyšetření by měla být vždy individuální
* výsledky musí být předány jen rodičům dítěte
* možnost vysvětlení závěrů, ke kterým odborník došel
* možnost odvolání a případné přezkoumání vyšetření

1. **Prostředky speciálně pedagogické podpory**

###### Podpůrný učitel (tzv. druhý učitel ve třídě)

Existuje možnost působení dvou pedagogů ve třídě, příkladně u dětí autistických nebo hluchoslepých. Kvůli finanční náročnosti zůstává v praxi tato záležitost spíše v rovině úvazku třídního učitele.

###### Asistent

Ačkoliv se jedná v mnoha případech o naprosto nezbytnou podmínku integrace, stejně jako o podpůrného učitele, není práce asistenta finančně řádně ohodnocena, což samozřejmě vyplývá z ekonomických problémů té dané konkrétní školy, ačkoliv bývá mnohdy vnímán jako nejdůležitější prostředek speciálně pedagogické podpory, zejména u dětí s tělesným či mentálním postižením.

###### Doprava dítěte do školy

Ačkoliv je doprava zdánlivě nesouvisející problém s oblastí vzdělávání, výše nákladů a problémy s tím spojené mohou velmi výrazně ovlivnit pozitivní vývoj celého integračního procesu, neboť doprava postiženého dítěte zvláště do vzdálenější školy, může být značnou finanční zátěží pro rodiče, kteří mnohdy netuší, že v určitých případech může být doprava dotována i ze systému sociálního zabezpečení.

###### Rehabilitační, kompenzační a učební pomůcky

Jejich dostupnost, výběr i možnosti využití jsou v běžné škole bezesporu menší než ve speciálních zařízeních, která se na určitý typ postižení specializují už léta.

V tomto ohledu mají běžné školy potřebné pomůcky dle typu postižení integrovaného žáka vesměs zapůjčené ze speciálně pedagogického centra, podle jednotlivých případů pak nakoupené z prostředků příplatku na zdravotní postižení. Další pomůcky mohou být zapůjčené z domova postiženého žáka, jsou tedy jeho vlastnictvím.[[4]](#footnote-4)

# Teoretická východiska

## Vymezení pojmu postižení

###### Postižení

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje postižení jako částečné nebo úplné omezení schopností vykonávat některou činnost nebo více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu (Opatřilová, Zámečníková 2007).

###### Postižený jedinec

Postižený jedinec je osoba trpící nějakým druhem trvalého tělesného, duševního, smyslového nebo řečového poškození, které mu bez speciální pomoci víceméně znemožňuje splňovat požadavky běžného vzdělávacího procesu a každodenního života (Průcha, Walterová, Mareš 2008).

###### Zdravotní postižení

Zdravotním postižením pak rozumíme dle prof. Matějčka nejen újmu na zdraví jako následek vrozené nebo získané poruchy struktury a funkce organizmu, nýbrž všechna postižení vedoucí k omezení pohybové zdatnosti, funkce smyslových orgánů, mentálních a jiných funkcí a vyúsťující v handicap dotýkající se postavení takového jedince ve společnosti (2001).

Na celém světě žije přibližně 600 miliónů osob se zdravotním postižením, u nás je zdravotně handicapovaných asi 1200 000, z čehož asi 300 000 osob trpí vadami pohybového ústrojí (Jesenský 1995)

###### Dítě s tělesným postižením

Tělesně postižené děti se dle období vzniku, příčiny a délky změny jejich zdravotního stavu dělí na:

* dítě s vrozeným tělesným postižením
* dítě se získaným tělesným postižením – po úraze, po nemoci
* dítě s raně získaným postižením
  + nepozná nikdy zdravý stav
  + nastává tzv. „vrůstání“ do vady či poruchy
  + postupně se adaptuje na tento tav
* dítě se získaným tělesným postižením v pozdějším období vývoje
  + zejména v pubertě vyvolává porucha hybnosti nejdříve apatii, později velkou labilitu
  + myšlenky utíkají k nejisté budoucnosti
  + šok z poznání často velmi intenzivní
  + předcházející normální průběh života může zaktivizovat energii na zdolání handicapu
  + vždy záleží na momentální situaci

## Charakteristika typů tělesných postižení

Tělesným postižením rozumíme vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností. Patří sem také všechny úchylky od normálního tvaru těla a končetin, tedy deformity, též abnormity čili anomálie (Kraus, Šandera 1964).

###### Somatopedie

Je vědní disciplínou zabývající se výchovou a vzděláváním a společenským uplatněním tělesně postižených, dlouhodobě nemocných a zdravotně oslabených jedinců.

Příčinou tělesného postižení je většinou poškození v prvních týdnech těhotenství (3. týden – vývoj CNS), při porodu nebo genetickými vlivy – dědičnost, viz níže.

Tělesné postižení dělíme na:

* vrozené
* získané (v průběhu mimoděložního života)

Vrozené vady vzniklé na základě poruchy vývoje zárodku, většinou v prvních třech týdnech těhotenství (některé látky jako Contergan atd., dědičnost,…)

Získané vady vzniklé při úrazu, hormonální poruše, zánětlivém nebo degenerativním onemocnění mozku a míchy, zánětlivém onemocnění pohybového a nosného aparátu,…

###### Etiologie

Faktorů, jež ovlivňují tělesné postižení, je však daleko více. Jejich vzájemné kombinace jsou také ovlivněny obdobím, které na ně působí. Jedná se o:

* **prenatální (předporodní) období** 
  + prodělání infekčních onemocnění matkou v době těhotenství
  + dědičnost
  + nedostatečná nebo nevhodná výživa matky v době těhotenství
  + metabolické poruchy matky
  + anoxie (nedostatečné okysličení tkání), př. krvácení matky
  + toxické vlivy různých chemických látek (léky, alkohol, drogy,…)
  + rentgenové záření
  + úrazy matky či těžká psychická traumata
  + nepříznivé klimatické, sociální podmínky
  + nedonošenost či přenošenost dítěte
* **perinatální (porodní) období** 
  + abnormální porody – dlouhotrvající, překotný, klešťový, koncem pánevním, vcestné lůžko, předčasný odtok plodové vody
  + asfyxie (nedostatečné okysličení tkání)
  + těžká novorozenecká žloutenka
  + užití množství anestetik
* **postnatální (poporodní) období**
  + zánětlivé onemocnění centrálního nervového sytému a jeho plen
  + jiné infekční choroby – zápal plic, zánět žaludku a tenkého střeva
  + hnisavé procesy s toxickými následky pro organismus
  + působení abnormálních metabolitů (v důsledku metabolických vad)
  + traumata lebky, mozku a míchy (Kraus, Šandera 1975)

###### Prevalence

Z šetření Českého statistického úřadu vyplývá, že v České republice žije 1 015 548 osob se zdravotním postižením, což činí téměř 10% z celé populace. Tělesně postižení jsou pak druhým nejčastějším typem zdravotního postižení a trpí jím asi 550 000 osob. Nejpočetnější skupinu pak tvoří lidé starší 75 let. K výskytu jednotlivých forem pohybových vad uvádí Vítková (2006) skladbu klientů ústavů sociální péče pro tělesně postiženou mládež. V 80% byla zastoupena neurologická postižení (nejčastěji dětská mozková obrna a progredující onemocnění nervového a svalového systému). Dalších 20% pak tvoří choroby ortopedické a interní.

## Dětská mozková obrna (DMO)

Obrnou (ochromením, ochrnutím) rozumíme poruchu svalové činnosti, jež se projeví snížením až vymizením pohybů a svalové síly. Částečná či neúplná obrna se nazývá paréza, úplné ochrnutí je plegie (Kraus, Šandera 1964).

Dle lokalizace postižené části těla lze obrnu dělit na:

**Monoparézu** (monoplegie) – částečné či úplné ochrnutí jedné končetiny

**Diparézu** (diplegie) – částečné či úplné ochrnutí dvou stejných končetin dolních či horních (týká se zejména dětí s dětskou mozkovou obrnou a projevuje se hlavně spasticitou dolních končetin)

**Paraparézu** (paraplegie) – ochrnutí zejména dolních končetin, nejčastěji v důsledku poškození míchy

**Triparézu** (triplegie) – ochrnutí tří končetin

**Kvadruparézu** (kvadruplegie) – částečné či úplné ochrnutí všech čtyř končetin

**Hemiparézu** (hemiplegie) – částečné či úplné ochrnutí dvou stejnostranných končetin, včetně obličeje

U dětské mozkové obrny jde o poškození dětského mozku v době jeho nezralosti v pre-, peri- nebo postnatálním období (včetně kojeneckého, někdy i mladšího batolecího věku). Část těchto postižených tvoří děti, které by dříve umíraly, dnes však díky zvýšené léčebné péči o těhotné ženy a novorozence popřípadě kojence přežívají…(Kábele 1993).

Lesný (1980) definuje DMO jako: „chronická, v nejranějším věku vzniklá postižení mozku, jež nejsou sice zcela stacionární, ale rozhodně nejsou progresivní. Jde o poškození mozku, jež jednou vzniklo jako takové, proto už nepokračuje, ale skutečnost, že jde o postižení zcela nezralého mozku, a zejména pak zrání mozku, způsobuje měnlivost symptomatologie, jež však v žádném případě není progresí.“

Pro dětskou mozkovou obrnu je typická tělesná neobratnost, zejména v jemné motorice, nerovnoměrný vývoj, zvýšená pohyblivost a neklid, nesoustředěnost, těkavost, nedokonalost vnímání a nedostatečná představivost, překotné a impulzivní reakce, střídání nálad a výkyvy v duševní výkonnosti, opožděný vývoj řeči a vady řeči (Vítková 1999).

František Kábele (1993) připojuje ještě další následky, jako jsou poruchy řeči, snížení rozumových schopností, epileptické záchvaty, pohybová neobratnost a neklid, u malých dětí opožděný vývoj hybnosti (sed, stání, chůze), křečové a rychlé pohyby, grimasy v obličeji.

Dětská mozková obrna se týká dvou částí nervové soustavy. První část, centrální, je tvořena pyramidovou dráhou a druhá je část periferní, jež zahrnuje obvodové nervstvo. Při poškození první části (pyramidové dráhy) kdekoliv v jejím běhu, tj. v mozku a v míše, vzniká obrna centrální. Je charakterizována takto:

* svaly postižených končetin bývají spastické (trvale napjaté), mají zvýšený tonus (svalová hypertonie), někdy je naopak svalový tonus snížen (hypotonie)
* aktivní hybnost je v různém stupni porušena
* zvýšené šlachové reflexy
* svalová atrofie, tj. zmenšení svalů v objemu (jsou poměrně malé)

Poškození může být způsobeno zhmožděním mozku při úrazu, zánětlivým nebo degenerativním onemocněním, rostoucím nádorem, krvácením atd. Příkladem jsou diparetické, hemiparetické i kvadruparetické formy dětské mozkové obrny.

Obrna periferní neboli chabá vzniká poškozením druhé (periferní) části motorické dráhy a je charakterizována takto:

* postižené svaly mají snížené až vymizelé svalové napětí (svalová hypotonie až atonie)
* porušena aktivní hybnost v různém stupni
* svalové atrofie se objevují brzy a jsou velmi časté
* příslušné šlachové reflexy sníženy až vyhaslé
* končetina špatně prokrvena, je chladná, často promodralá (cyanotická)

Poškození může být způsobeno zánětlivým onemocněním jako dětská obrna nebo úrazem.

Dle statistiky výskytu dětské mozkové obrny uvádí Kraus (2005) rozsah 1,5 až 3 postižení na 1 000 živě narozených. Výzkumy v Evropě a Austrálii hovoří většinou o vzrůstající prevalenci. Hlavní příčinou je většinou zvýšený počet zachraňovaných dětí s extrémně nízkou porodní váhou (až 750 g) a předčasný porod. Kraus dále uvádí, že 50 % případů DMO tvoří žijící děti s nízkou porodní váhou (pod 2 500 g). 10 až 30 % případů vzniku DMO u donošených dětí má za příčinu asfyxii.

Lesný (1980) a Vítková (2006) dále uvádějí, že ačkoliv jsou při DMO nejvíce zasaženy motorické funkce, přidružují se v mnoha případech také poruchy smyslových funkcí, řeči, mentálních schopností a epilepsie[[5]](#footnote-5).

Dle Kotagala (1996) je zastoupení stupňů mentální retardace následující:

* 1/3 dětí spadá do pásma střední (IQ 49-35) a těžké mentální retardace (IQ 34-20)
* 1/3 dětí spadá do pásma lehké mentální retardace (IQ 69-50)
* 1/3 dětí spadá do pásma širšího normálu

Nejčastěji se mentální postižení pojí s kvadruparetickou a hypotonickou formou DMO, nejméně pak s formou dyskinetickou a diparetickou.

Nejčastější smyslové vady u osob s DMO jsou pak dle Vítkové (2006) poruchy zraku (tupozrakost, šilhavost, slabozrakost) a poruchy sluchu (nedoslýchavost různého stupně). S poruchami sluchu souvisí také poruchy řeči a jejího vývoje, kde Kraus, Šandera (1975) hovoří o více než 50 % osob s DMO. Jsou často způsobeny poruchami vývoje zubů, nepravidelnostmi ve vývoji horní a dolní čelisti, porušením uzávěru při skusu, nesprávným dýcháním, nadměrným sliněním způsobeným poruchami polykání, obrnou artikulačního svalstva. Setkáváme se tedy s poruchami artikulace a tvorby hlásek. U DMO mluvíme o dysartrii (nesrozumitelná artikulace), či o anartrii (jedinec není schopen artikulovat jednotlivé hlásky). Dále se setkáváme s koktavostí, otevřenou huhňavostí a vývojovou dysfázií či alálií (zamezený vývoj řeči) či afázií (ztráta již vyvinuté řeči).

###### Etiologie

Etiologie dětské mozkové obrny bývá různá. Všeobecně se dle Krause, Šandery (1964) za původce považuje jakákoliv infekční nemoc matky během těhotenství.

Mluvíme tedy o **činitelích předporodních (prenatálních)**, jako jsou:

* infekční nemoci matky především v prvním trimestru
* krvácení během těhotenství
* úrazy matky
* psychická traumata matky
* metabolické poruchy matky
* vývojové malformace
* vícečetná těhotenství
* patologické stavy placenty a pupečníkových cév
* hypertenze v těhotenství
* oběhové poruchy objevující se na konci těhotenství
* nedonošenost, přenošenost

Otázka dědičnosti, která je rodiči, v touze mít další dítě, často diskutována, je relevantní. Kraus, Šandera (1964) však uvádějí, že DMO není dědičným onemocněním, přesto se ale doporučuje rodičům genetická vyšetření, aby se vyloučily všechny nepříznivé faktory, pokud je ovšem v naší moci je odhalit.

Lesný (1980) řadí však mezi činitele ovlivňující DMO dědičnost, oběhové poruchy a infekce prodělané matkou, které mohou vést k různému stupni nedonošenosti a bývají tak častými etiologickými činiteli dětské mozkové obrny.

Jako jednu nejčastějších příčin DMO vidí Bednařík (1999) také v nedonošenosti. V těchto případech dochází snadněji ke zranění měkkých struktur hlavy a mozku během porodu.

Šlapal (1996) pak uvádí nárůst DMO jako důsledek udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodní a poporodní péče, kdy přežívají i ty děti, které by dříve zemřely.

Nejobsáhlejší skupinu tvoří porodní (perinatální) činitelé:

* abnormální porody
  + dlouhotrvající, protrahovaný porod
  + překotný porod
  + klešťový porod
  + pánevním koncem
* těžká novorozenecká žloutenka, tzv. jádrová
* novorozenecká hypoglykémie – může vést k mozkovým dysfunkcím
* asfyxie – selhání přívodu kyslíku a následné kříšení novorozence
* krvácení – plod není zásobován dostatečným množstvím kyslíku a může dojít k poškození mozku
* předčasný odtok plodové vody
* vcestné lůžko
* v malé míře i císařský řez[[6]](#footnote-6)

Všechna onemocnění novorozenců a kojenců, prodělaná v období od porodu do jednoho roku života zařazujeme mezi **činitele poporodní (postnatální):**

* zánětlivá onemocnění centrálního nervového systému a jeho plen – záněty mozku a mozkových blan nebo obojí současně
* černý kašel
* hnisavé procesy na kůži
* průjmovitá onemocnění
* novorozenecké a kojenecké záněty plic
* hnisavé záněty středního ucha
* časté je i sdružování a kombinování dvou a více možných činitelů
  + klasická diparetická forma – převládá nedonošenost, asfyxie
  + kvadruparetická forma – nedonošenost, asfyxie, abnormální porody
  + hemiparetická forma – většinou nedonošenost, asfyxie, novorozenecká žloutenka
  + diparetická paukospastická forma – nízká porodní hmotnost
* úrazy lebky – porod velkého plodu je spojen s nebezpečím vzniku porodního úrazu lebky
* prvorozené porody – porodní cesty jsou nepoddajné, a tím se zvyšuje možnost poškození plodu

Šlapal (1996) zahrnuje mezi tyto činitele dále infekce CNS, záněty dýchacího a trávicího ústrojí, vrozené metabolické vady a úrazy hlavy. Rizikovými činiteli jsou dle Klenkové (2000) i gravidita ve vyšším věku, opakované potraty, možnost rodinné zátěže atd.

1. **Klasifikace a popis forem DMO**

Existuje mnoho klasifikačních schémat dětské mozkové obrny, u nás nejčastěji vycházíme z klinického obrazu a podle pohybového postižení pak rozlišujeme různé formy DMO, jak uvádí Jankovský (2001).

Podle charakteru tonusové a hybné poruchy klasifikujeme DMO na:

* spastické formy
  + diparetická (paraparetická)
  + diparetická paukospastická
  + hemiparetická
  + oboustranně hemiparetická
  + kvadruparetická
* nespastické formy
  + hypotonická
  + dyskinetická (extrapyramidová), (Renotiérová, Ludíková 2006)

***Pro spastické formy je typický zvýšený svalový tonus.***

Tento typ se vyskytuje cca u 80 % postižených, kdy je velmi omezena motorická činnost. Chůze, pouze u lehčích forem, je možná až později. Typické je dodatečné ztuhnutí končetin, děti jsou schoulené nebo napnuté, mají stereotypní pohybové vzory a strnulé držení těla. Pochopitelně je narušena rovnováha, vyskytují se i obtíže při přijímání potravy a při artikulaci.

**Diparetická forma** – křečovitá obrna projevující se symetrickým postižením obou dolních končetin, které jsou většinou slabší a méně vyvinuty. Většina svalových skupin má zvýšené napětí čili spastickou hypertonii, svaly se zkracují, což vede k vadnému držení dolních končetin i pánve. Nápadný je i nepoměr mezi vzrůstem trupu a dolních končetin, které jsou disproporcionálně kratší. Zvýšené napětí svalstva v oblasti pánve se projeví předklonem pánve a trupu. Přitahovače stehen jsou zkráceny, s čímž souvisí překřížení dolních končetin. Při chůzi pak o sebe kolena třou, hovoříme o nůžkovité chůzi, častá je i chůze po špičkách, nebo s ohnutými koleny a kymácení do stran. Lesný (1980) přirovnává tento pohyb k lidoopímu.

Renotiérová (2002, s. 35) k problému uvádí „Diparetická forma DMO vzniká poškozením mozkového kmene v místech, kde motorické nervové dráhy obou hemisfér jsou již pohromadě vedle sebe. Mentální schopnosti nebývají poškozené, neboť mozková kůra zpravidla zasažena není.“

**Diparertická paukospastická forma** – „je méně častější než předchozí forma. Překřížení dolních končetin nevzniká, ale jsou obvyklé drobné mozečkové příznaky (nedostatečná motorická koordinace, poruchy cílení pohybů aj.)“ Renotiérová, Ludíková (2006, s. 214). Intelekt většinou bývá zachován, protože ve většině případů nedochází k zasažení mozkové kůry.

**Hemiparetická forma** – se vyskytuje nejčastěji. Může být pravostranná nebo levostranná, dle postižení pravé horní a dolní či levé horní a dolní končetiny, přičemž horní bývá vždy více postižena. Typické je připažení paže, která je pokrčena nebo ohnuta v lokti, k trupu, předloktí je otočeno hřbetní stranou vzhůru. Hybnost paže je narušena. Noha je napjatá i vytočená, přičemž došlapuje na špičku. Je volně pohyblivá v kyčelním a kolenním kloubu, ale objevuje se tzv. koňská noha, někdy s vybočením. Vývoj postižených končetin je opožděn, k postižené straně se také uchyluje trup dítěte. Končetiny bývají slabší a kratší, menší bývá i příslušná polovina obličeje. Říčan, Krejčířová (1997) uvádějí, že „při postižení pravé hemisféry bývá kognitivní kapacita dětí lehce subnormální (IQ 90) s převahou verbální složky, při postižení levé hemisféry nemívá polovina dětí žádnou kognitivní poruchu, druhá polovina má sníženou inteligenci do pásma lehké mentální retardace (průměrné IQ 65) bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou“ (sec. cit. Renotiérová 2002, s. 35). U nejlehčích případů může být hybnost i držení končetin téměř v normálu, váznou jen jemné pohyby prstů nebo postižený došlapuje na špičku. Hemiparetická forma DMO vzniká poškozením mozku v oblasti jedné mozkové polokoule, tzn. například u levostranné hemiparetické formy, postižení levých končetin, je poškozena pravá hemisféra.

**Oboustranná hemiparetická forma** – je zapříčiněna rozsáhlým poškozením mozku, a to v obou mozkových hemisférách. Jde v zásadě o dvě hemiparetická poškození vedle sebe, přesto je však jedna polovina vždy zasažena více. Hybnost je velmi těžce omezena, časté jsou epileptické záchvaty a snížená inteligence. Tato forma patří k nejzávažnějším postižením v rámci DMO. Děti takto postižené jsou odkázány plně na invalidní vozík a na pomoc jiné osoby.

**Kvadruparetická forma** – jde v podstatě o těžší formu diparetického postižení. Spastickou obrnou jsou postiženy všechny čtyři končetiny, postižení je víceméně symetrické, jak uvádí Kraus, Šandera (1964). V klinickém obrazu se vyskytuje těžká retardace psychomotorická a často i mentální.

***Nespastické formy jsou typické úplnou absencí svalového napětí.***

Typické jsou mimovolní pohyby (děti s atetózou), celkový pohybový neklid, atetotické pomalé kroutivé pohyby, také ale choreatické prudké nečekané pohyby či balistické prudké pohyby o velkém rozsahu atd. Dále pak ataxie, dle Vítkové (2004), s průvodními znaky jako nedokonalá koordinace, omezení jemné motoriky, poruchy rovnováhy. Chůze je v těchto případech většinou možná, řeč je nápadná dysartrií, v pozdějším věku se většinou připojují ortopedické vady.

**Dyskinetická forma (dříve extrapyramidová)** – svaly se v tomto případě napínají střídavě a vykonávají mimovolní, bezděčné, nechtěné pohyby, které tímto velmi narušují normální hybnost jedince. Nepotlačitelné pohyby se projevují spontánně, ve vypjatých situacích, afektu, rozčilení se pak zesilují. Přidružují se záškuby svalstva při mluvení, záškuby hlavy, grimasy v obličeji,… Příčina vzniku této formy je poškození nervových buněk. Poškození se postupně vyvíjí a nejvíce je patrné kolem 3. až 5. roku života. Kraus (2005) pak zdůrazňuje, že první příznaky se projevují kolem 5. až 10. měsíce a po 2. roce života bývá rozvoj ukončen. Dle Krause, Šandery (1964) bývá u tohoto typu DMO intelekt zachován v mezích normy.

**Hypotonická forma** – je dle Renotiérové, Ludíkové (2006, s. 215) „…typická snížením svalového tonusu. Často se kolem 3. roku mění na některou formu spastickou nebo dyskinetickou. Závisí tedy na zrání mozku. Tato forma je téměř vždy doprovázena těžkou mentální retardací.“ Typický pro tuto formu je zvýšený rozsah pohybů v kloubech v důsledku sníženého svalového napětí. Polohy „pásovce“ (dítě svinuté do klubíčka), „kružítka“ (roztažené nohy překlopené dozadu) či „šála“ (horní končetiny ovinuté kolem krku) jsou možné až nepochopitelné.

Mezi svalová onemocnění provázená hypotonií řadíme myopatii. Nejzávažnější pak typ – tzv. Duchennova progresivní svalová dystrofie.

## Svalová dystrofie

Poruchy hybnosti nemusí být vždy pouze následkem léze centrálního nebo periferního neuronu, často se problém nachází přímo ve svalu, hovoříme pak o myopatii čili poškození příčně pruhovaného svalového vlákna buď geneticky, nebo jinými zevními faktory jako úraz, zánět, nádorové onemocnění.

Tato svalová dystrofie je velmi progresivní a zaujímá mezi svalovými chorobami více než 50 %.

1. **Duchennova progresivní svalová dystrofie**

* velmi progresivní svalové onemocnění
* vyskytuje se více u chlapců
* postupně dochází k svalovému úbytku (nahrazeno vazivem), rozpadu celého svalstva
* zdravé dítě mezi 2. a 6. rokem má první problémy při chůzi, vstávání ze země s oporou…
* dolní končetiny více postiženy
* 6. až 10. rok dítě přestává chodit, je na vozíku, zhoršuje se hybnost horních končetin
* inteligence není i při takovémto postižení poškozena
* 20. až 21. rok většinou úmrtí

1. **Spinální muskulární atrofie**

* motorické neurony zprostředkovávají z mozku signál k pohybu, ten však nepřichází, není realizován
* postupně dochází k ochabování končetin, trupu
* velké problémy s dýcháním
* autosomálně recesivně dědičná

Rozlišujeme 4 typy:

1. infantilní

* již v prenatálním období či v prvních měsících života
* problémy s dýcháním
* děti se dožívají maximálně 3. roku

1. intermediate forma

* od 6. měsíce do 3 let
* ne tak progresivní
* děti se dožívají 7 – 8 let dle progrese nemoci
* nedokáží sedět, plazit se, chodit, lézt
* problémy s dýcháním
* málo imunní

1. juvenilii (mladistvá)

* méně vážná
* projevuje se až kolem 12. roku
* dožívají se až dospělého věku (závisí na dýchacích problémech)

1. abdul (dospělost)

* propuká kolem 15. roku
* dožívají se až 50 let
* vše závisí na dýchacích problémech

1. **Beckerova svalová dystrofie**

* mírnější forma Duchennovy progresivní svalové dystrofie
* nepostihuje pouze chlapce
* velmi vzácné onemocnění

## DMO jako kombinované postižení

Defektologický slovník (2000, s. 158) definuje kombinované vady jako postižení „současně dvěma nebo více vadami, např. poruchou zraku a sluchu“.

Příčiny vícenásobných postižení jsou velmi rozmanité a mohou působit ve všech etapách vývoje, velké procento těchto vad však vzniká na základě prenatálních příčin, jako jsou genetické vlivy, chromozomální aberace, infekce, intoxikace, vývojové poruchy, poškození mozku a CNS, metabolické a nutriční činitelé, psychické faktory, trauma, mechanické poškození…

**Mentální retardace**

Pipeková (2006) považuje mentální retardaci za celkové snížení intelektových schopností, tedy schopnost myslet, učit se a přizpůsobovat se svému okolí,…, k němuž dochází v průběhu vývoje jedince. Jde tedy o stav trvalý, který je buď vrozený, nebo částečně získaný (do 2 let života dítěte).

Úroveň rozumových schopností je možno určit pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje hloubku mentální retardace. Dle 10. revize mezinárodní klasifikace nemocí z roku 1992, jež je platná v ČR od 1. 1. 1993, rozlišujeme u mentální retardace tyto skupiny:

F70 lehká mentální retardace IQ 69–50

F71 středně těžká mentální retardace IQ 49–35

F72 těžká mentální retardace IQ 34–20

F73 hluboká mentální retardace IQ 19 a níže

F78 jiná mentální retardace – nelze přesně určit pro přidružená postižení

F79 nespecifikovaná mentální retardace – pro nedostatek znaků nejde přesně zařadit

Těžká mentální retardace se vyskytuje téměř ve všech případech kvadruparetické DMO, také u hypotonické formy DMO a nejnižší pak u formy dyskinetické a diparetické DMO, uvádí Kraus (2005).

###### Epilepsie

Jsou „…mozková postižení různého původu, projevující se opakujícími záchvaty s velmi rozmanitými klinickými příznaky, podmíněnými excesivními výboji mozkových neuronů.“, jak popisuje Šlapal (2002, s. 26). Kraus (2005) pak uvádí výskyt epilepsie u dětí a dospělých s DMO v rozmezí od 15 – 55 %. Při přítomnosti mentální retardace se pak výskyt zvyšuje až na 71 %.

###### Smyslové vady a vady řeči

Říčan, Krejčířová (1997) hovoří o téměř polovině postižených s DMO, jež trpí vadou zraku. Jsou to většinou tupozrakost (amblyopie), šilhání (strabismus) a okohybné vady, které se nejvíce vyskytuji u diparetické formy DMO.

Poruchy sluchu, většinou oboustranná percepční porucha, jsou pak nejčastější u dyskinetické formy DMO, v důsledku které děti špatně slyší sykavky, tudíž dobře nerozumějí a těžko se učí mluvit. Hovoříme o senzorické formě dyslálie (patlavost).

Co se týče postižení řeči, jedná se o problém artikulace, síly, rytmu, melodie, plynulosti a srozumitelnosti, jak podotýká Vítková (1998). Přítomen může být i bulbární syndrom, projevující se poruchami polykání a typickou poruchou řeči, častěji pak pseudobulbární syndrom.

###### Poruchy chování

Tyto poruchy se mohou vyskytovat u všech forem DMO, bez ohledu na poruchy inteligence. Jedná se o vytrvalé zlobení, problémy ve škole, špatnou soustředěnost, těkavost, neukázněnost, …

1. **Podpora jedinců s DMO**

Díky stále se vyvíjející medicíně a zlepšení úrovně porodní a poporodní péče se snížilo procento úmrtnosti fyzicky slabých dětí, což s sebou nese fakt ve zvýšeném procentu postižených dětí, dříve totiž tito jedinci s těžkým poškozením mozku velmi brzy po porodu umírali.

Děti postižené DMO:

* jsou ohrožovány infekcí, vůči které jsou méně odolné
* mají nedokonalou termoregulaci
* mají časté poruchy výživy (u těžších forem porušen i sací reflex)

Dětská mozková obrna není vyléčitelná, je však možné vhodnou rehabilitací a terapií zmírnit negativa, jež s sebou postižení přináší, a zkvalitnit tak život postižených jedinců. Velkou měrou přispívá také včasná diagnostika, jak zdůrazňuje Přinosilová (2007).

„Diagnostika zaměřená na sledování vývoje rizikových dětí umožňuje včasné zachycení eventuální odchylky již v raném vývojovém období, což je důležité vzhledem k zahájení vhodné rehabilitace a stimulace. Včasná intervence tak může příznivě ovlivnit další vývoj dítěte a buď zabránit, nebo alespoň minimalizovat riziko retardace psychomotorického vývoje“. Přinosilová (2007, s.155)

Jak dále uvádí Přinosilová (2007), pro psychický, fyzický i sociální vývoj dítěte je velmi důležitá spolupráce lékařů, rehabilitačních pracovníků, fyzioterapeutů, psychologů, pedagogů, sociálních pracovníků a rodičů dítěte s postižením DMO.

## Arthrogryposis

Jedná se o vrozenou chorobu nemající tendenci k progresi. Jsou postiženy měkké tkáně kloubů, což vede ke koncentrickému omezení pohybu kloubů končetin (Sosna, 2001). „Existují však i progresivní formy onemocnění (…), které jsou letální“ (Dungl, 2005, s. 375). Mnohé deformity kloubů jsou patrné již po porodu, postihují nejčastěji kyčelní, kolenní, loketní zápěstní a meziprstní klouby a to vždy symetricky. Podle stupně závažnosti volíme vhodnou terapii, která je zaměřena především na zlepšení postavení a pohyblivosti kloubů v rámci celého těla, prevenci hrozících deformit a podporu nedostačujících funkcí. Původ není dosud znám, existují dohady o pravděpodobné příčině vzniku. Jedná se o velmi vzácné onemocnění.

## Lehká mozková dysfunkce, ADHD

S pojmem lehká mozková dysfunkce, dále jen LMD, úzce souvisí LDE, zkratka dříve užívaného pojmu lehká dětská encefalopatie, který byl přibližně od poloviny šedesátých let minulého století nahrazen právě výše zmíněným LMD. Bez ohledu na existující kritéria se pojem LMD stával sběrným pojmem pro různé obtíže v chování způsobené celou řadou negativních vlivů. Na to poukazovali někteří odborníci, kteří vyjadřovali podiv nad tím, že lze vyslovit diagnózu „dysfunkce mozku“ bez lékařského vyšetření. Proto byl navržen nový pojem – ADHD, z anglického názvu Attention Deficit Hyperactivity Disorders, znamenající poruchu pozornosti spojenou s hyperaktivitou, který vychází z pozorování chování a hodnotí především stupeň impulzivity, hyperaktivity a koncentrace u dětí.

Symptomy ADHD dělíme na:

1. Prostá porucha pozornosti ADD
   * poruchy v oblasti pozornosti
   * neprojevuje se impulzivita a hyperaktivita
2. Hyperaktivita a impulzivita
3. Porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou – vzniká spojením obou typů obtíží 1 a 3

ADHD je vývojovou poruchou, která je charakteristická nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické. Tyto obtíže jsou spojené s neschopností dodržovat pravidla chování (Zelinková 2008).

LMD, lehká mozková dysfunkce, je diagnóza zastřešující řadu příznaků majících společné příčiny, společného jmenovatele, a to oslabení funkce centrální mozkové soustavy, dále jen CNS. Jedná se o lehké odchylky mentálního vývoje, jež nejsou těžkými neurologickými poruchami, ale vyznačují se drobnými poškozeními.

Společným základem všech těchto poškození je pak oslabení výstupu činnosti mozku, tj. jednotlivých funkcí.

Pokorná (1997) diagnostikuje nedostatky ve výkonech dětí LMD takto:

* nedostatečně rozvinutá motorika negativně ovlivňuje výkony v psaní (nepravidelné formování písmen, nepravidelné mezery mezi slovy,…)
* poruchy rozvoje řeči a výslovnosti
* obtíže v chápání vztahů v prostoru, poloze a orientace v prostoru
* nedostatek v optické a akustické vnímání v časovém sledu
* deficity v krátkodobé a dlouhodobé paměti pro psané a slyšené řečové informace
* nedostatečná schopnost intersenzomotorických výkonů (tzn. děti obtížně vnímají souvislosti mezi podněty a obtížně je převádějí do řečových symbolů)

V rámci LMD rozlišujeme:

* poruchy pozornosti
  + trvalé poruchy pozornosti ve škole, zaměstnání, …
  + nespolehlivost
* poruchy chování na bázi LMD
  + impulzivita, netrpělivost
  + hyperaktivita, chronický neklid
* specifické poruchy učení
  + dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie, dysortografie
* vývojové vady řeči

###### Náprava LMD

Obecně se neuvádí pojem léčba, nýbrž náprava. Používané nápravné postupy mají pak povahu léčebnou, rehabilitační, učební či procvičující. Konkrétně hovoříme o:

* farmakoterapii – podpora pro lepší aktivaci nervových buněk
* EEG – biofeedback
  + trénink funkcí nervové soustavy
  + aktivace pozornosti a soustředění
  + posílení vůle
  + sebeovládání
* nápravné postupy
  + logopedie
  + metody poradenské psychologie
  + metody speciální pedagogiky

## Další vývojové anomálie

###### Amélie

Jde o úplné chybění končetin či jiných částí těla.

###### Dysmélie

V tomto případě jde o neúplnou či nedokonale vyvinutou končetinu. (Například v důsledku podání léku Contergan těhotným ženám v Německu).

###### Luxace kyčelního kloubu

Je vrozené vykloubení kyčelních kloubů, projevující se spíše u dívek jako tzv. kachní chůze. Hovoříme o nedokonalém vývoji horního opěrného okraje kloubní jamky.

###### Vrozená vada páteře

Čili rozštěp páteře míšních plen neboli meningokela. Na základě nedokonalého vyvinutí míšní trubice dochází k ochrnutí dolních končetin, u těžších případů nefungují ani svěrače. V současné době je prognóza pozitivní. Díky screeningu ultrazvukem vrozených vývojových vad ubývá.

###### Ortopedické vady páteře

Jedná se o vadné držení páteře a s tím spojené postižení.

Z praktického hlediska hovoříme o:

* kyfóze – patologicky ohnutá záda
* lordóze – zvětšené prohnutí v bedrech a krční páteři
* skolióze – prohnutí páteře do stran
  + - * vlevo – skolióza C
      * vpravo – skolióza D
      * skolióza složená S (primární zakřivení na jednu stranu, sekundární na druhou stranu)

Další vadou je **plochá noha**, neboli snížená klenba chodidla podélně či příčně.

## Ucelená rehabilitace

Ucelená neboli komprehensivní péče souvisí s komplexní péčí o zdravotně postižené jedince a je současně východiskem pro úspěšné vzdělávání žáků s postižením, a to nejen v předškolním či školním období, ale po celou délku života, neboť tato podpora ve své konečné fázi směřuje k ovlivnění života postiženého jedince, jeho soběstačnosti, samostatnosti a v rámci možností k plnohodnotnému životu.

###### Rehabilitace

Dle ICF (WHO 2001) je rehabilitace obnova nezávislého a plnohodnotného tělesného a duševního života osob po úrazu, nemoci, nebo zmírnění trvalých následků nemoci nebo úrazu pro život a práci člověka. Rehabilitace je tedy cílový proces, který má postiženému umožnit dosáhnout a udržet si optimální fyzickou, smyslovou, mentální, psychickou a sociální úroveň funkcí. Poskytuje nezbytné prostředky k získání nezávislosti a sebeurčení jedince (<http://www.who.int>).

Jesenský (1995) pak dělí rehabilitaci na:

* léčebnou
* pracovní
* sociální
* pedagogickou

Jedná se vždy v rámci ucelené rehabilitace o týmovou práci, kdy s maximální odpovědností pracují odborní lékaři (neurolog, ortoped, rehabilitační lékař, pediatr,…), dále fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psychologové, speciální pedagogové, sociální pracovníci, právníci, protetici, …

Rehabilitace je tedy celospolečenský systém zahrnující velké spektrum kombinovaných a koordinovaných aktivit státu, institucí, organizací a jednotlivců vedoucích k podpoře osob s postižením. Cílem je dosáhnout co největší možné míry nezávislosti jedince a jeho aktivní účast na životě společnosti (Štainigl in Kočárová a kol. 2002).

###### Léčebná rehabilitace

Má jasný cíl – odstranit postižení a funkční poruchy a eliminovat následky zdravotních postižení (Jesenský 1995). Vedle zdravotní oblasti má zde své místo částečně i psychoterapie, arteterapie, muzikoterapie,…

Z léčebných metod a postupů se jedná hlavně o:

* fyzioterapii
  + masáže, elektroléčba, léčba ultrazvukem
  + magnetoterapie, léčba světlem, laserovým zářením
  + termoterapie, vodoléčba, balneoterapie
* léčebnou tělesnou výchovu
  + tělesná cvičení
  + reflexní motorika
  + gymnastické prvky
* ergoterapii
* animoterapii
* arteterapii, muzikoterapii
* psychoterapii
* chirurgickou léčbu
* nácvik užívání technických, resp. kompenzačních pomůcek
* farmakoterapii
* úpravu životosprávy

###### Pracovní rehabilitace

Jedná se o komplexní proces zahrnující systematickou péči a podporu věnovanou lidem se zdravotním postižením s cílem uplatnit své síly na pracovním trhu, přičemž usilujeme o rozvoj specifických vědomostí, schopností, dovedností a návyků potřebných v preferované profesi.

Jankovský (2001) či Jesenský (1995) pak popisují, že smyslem rehabilitace je také saturovat potřebu práce či aktivity a předcházet tak frustracím či depresím jedince.

###### Sociální rehabilitace

U postiženého jedince může dojít k nežádoucí defektivitě a v podstatě mylné představě, že je vysoce závislý na společnosti a sám jí nic nepřináší. V rámci této formy rehabilitace usilujeme o to, aby byl člověk s postižením schopen akceptovat své postižení a v maximální možné míře se integroval do společnosti.

Do sociální rehabilitace spadá také využívání sociálních služeb a dávek sociální pomoci, viz. Zákon č. 108/2006Sb. o sociálních službách (Jankovský 2006).

Pracovní a sociální prostředky rehabilitace jsou oblastmi, kde se odráží sociální politika státu i jeho ekonomická situace (Jankovský 2006).

###### Pedagogická rehabilitace

Dle Jesenského (1995, s. 112) „rozlišujeme působení pedagogické rehabilitace jednak u osob se získaným postižením, a jednak u lidí se zdravotním postižením od narození. U jedinců se získaným postižením je úsilí zaměřeno na návrat k původní linii cílevědomého rozvoje osobnosti a o pedagogické rehabilitaci se hovoří až do doby, kdy se člověku s postižením podaří znovu získat svou identitu.“

Jedinci se zdravotním postižením od narození mohou naproti tomu zaostávat za intaktní společností, ovšem vždy, v obou případech jde o záměrné působení pedagogicko-psychologickými prostředky ve smyslu reedukace.

Hlavním úkolem této rehabilitace je tedy optimální rozvoj osobnosti postižených s cílem dosáhnout maximální možné vzdělání, což jedincům usnadní jejich sociální, pracovní a kulturní integraci. V návaznosti na speciální pedagogiku se jedná o ranou péči, školní edukaci a profesní vzdělávání (Jankovou 2001).

Pohybová reedukace, která je součástí rehabilitace, je v tomto případě nejdůležitější. V praxi hovoříme lépe o komplexní rehabilitaci, jež obsahuje jak léčebnou, tak i pedagogickou a sociální péči.

Valenta, Müller (2003) hovoří o:

Metodách léčebně-rehabilitační intervence

* masáže
* elektroléčba
* vodoléčba
* světloléčba
* léčebná tělesná výchova
* Vojtova metoda reflexní lokomoce
* Bobathova metoda

Metodách pedagogicko-rehabilitační intervence

* senzomotorická a psychomotorická stimulace
* bazální stimulace
* alternativní a augmentativní komunikace
* terapie hrou
* činnostní terapie
* expresivní terapie
* canisterapie

Metodách sociálně – rehabilitační intervence

* ovlivnění kvality života
* změna prostředí
* režimový tlak na situační učení
* práce s rodinou

### Přehled rehabilitačních metodik u DMO a jiných postižení pohybového aparátu

Na základě celkového zdravotního stavu, hloubky a typu postižení, věku apod. mohou odborníci vybírat z několika rehabilitačních metod:

###### Phelsova metodika

Vychází z klasických ortopedických postupů, využívá dlahovaní, zátěže do podrážky,…Tato metoda doporučuje masáž protilehlých oslabených svalových skupin, následují polopasivní pohyby, poté aktivní a nakonec cvičení proti odporu.

###### Deaverova metodika

Jako předchozí metoda, i Deaverova vychází z ortopedických postupů, ovšem daleko méně dlahuje. Sleduje zajištění soběstačnosti za použití protetických pomůcek.

###### Pohlova metodika

Postupuje dle ontogenetického rozvoje hybnosti normálního dítěte. Zamítá dlahování, používá jen berle.

###### Schwartzova metodika

Necvičí pohybové vzory, ale podněcuje dítě k pohybu lákadly. Hovoříme o emocionálním působení na dítě. Tato metoda však nepodporuje vývoj normálních pohybových vzorů.

###### Fayova metodika

Svalové skupiny jsou přinucené reflexním plazením k pohybu. V dalším nácviku se dostávají pod volní kontrolu.

###### Metodika manželů Bobathových

Vychází z Fayovy metody, hledá reflexní inhibiční polohy, jimiž dosahuje reflexe. Mluvíme o polohách zpravidla opačných než jsou ty, které postižené dítě zaujímá při nesprávném pohybovém výkonu. Principem jsou utlumení a přerušení abnormálního držení a vybudování základních vzorů, které odpovídají normálnímu pohybu.

###### Petöho terapie

Jedná se o metodu konduktivní pohybové pedagogiky. Hovoříme o rozvoji praktických pohybových dovedností, kde se nacvičují každodenní pohybové aktivity.

###### Vojtova metoda

Vychází z cíleného tlaku na konkrétní místo na těle, kterým se uvede do pohybu spoj, podnět, správná reakce. Základní myšlenkou je reakce vyvolávající napřimování. Testujeme sedm polohových reakcí.

Mezi další léčebné metodiky patří:

* Ergoterapie – dle Müllera (sec. cit. Renotiérová, Ludíková 2006, s. 63) „je ergoterapie v medicínské oblasti zčásti chápána jako jistý druh fyzioterapie, kdy je pracovní činnosti využíváno k žádoucí stimulaci motorických funkcí, ke zvětšení svalové síly, ke zlepšení svalové koordinace apod.“
* Arteterapie – léčba uměním, druh psychoterapie. Těžiště práce ovšem není v uměleckém ohodnocení, nýbrž v tvůrčím procesu samotném. Jde o výtvarné pojetí terapie.
* Muzikoterapie – tato metoda využívá melodie, harmonie, rytmus, zvukové barvy, dynamiku,…tedy základních prvků hudebního umění.
* Canisterapie – způsob terapie využívající působení psa na člověka.
* Hipoterapie – využívá koně jako terapeutický prostředek, kdy využívá trojrozměrného pohybu těla, tzn. frontální, sagitální a horizontální. Je ideálním pokračováním Vojtovy metody.
* Snoezelen – speciálně vybavená místnost (svíčky, relaxační hudba, světelné podněty, vodní lůžko,…) slouží k positivnímu naladění. Používá se u velmi těžkých postižení.
* Bazální stimulace – ucelený koncept vracející se do raného ontogenetického vývoje.

Tyto léčebné a rehabilitační metody patří do komplexní péče o osoby s postižením. Nejedná se tedy pouze o osoby s DMO různých forem, ale také s dalším postižením pohybového aparátu aj.

Při práci s postiženým je vždy třeba dbát určitých zásad, které jsou nezbytné při reedukaci hybnosti. Zpravidla se uvádí zásada vývojovosti, reflexnosti, komplexnosti a ve speciální pedagogice ještě zásada rytmizace, kolektivnosti, přiměřenosti a individuálního přístupu, tvrdí Kábele (1986)

## Osobnost jedince s postižením

Osobnost dítěte s postižením je jedním z nejdůležitějších momentů ve vývoji a vzdělání a následně v rámci celého integračního procesu. Právě osobnostní charakteristiku hodnotí pedagogové integrující postižené žáky, kromě intelektu, jako podstatného činitele úspěšné edukace.

Jak se vypořádá samo dítě se svým postižením, závisí na mnoha aspektech, jako:

* výchova a postoj k postižení v rodině
* postoje nejbližšího sociálního okolí
* samotné dítě, jeho osobnost
* tělesné funkce a jeho vzhled
* míra a druh postižení

Dle Vágnerové (2002) nepostihuje jakákoliv vada jen určitý orgánový systém, ale rozhodně je ovlivněna celá osobnost postiženého. Na základě této skutečnosti je jasné, že jedinec se neskládá ze dvou samostatně se vyvíjejících složek, těla a psychiky, ale jednotlivé složky fungují jako jeden celek.

Kracík (1984, s. 21) pak hovoří o tom, že: “Vývoj osobnosti tělesně postiženého jedince narušuje odlišná tělesná konstituce, tělesný zjev a porušená motorika, která omezuje činnostní a volní složky psychického vývoje. Tyto faktory vyvolávají odchylky v citovém a činnostním vztahu ke světu a tím nepříznivě ovlivňují vytváření osobnosti.“

Ve vztahu k tělesnému postižení si postižené dítě uvědomuje svou odchylku a i přestože vnímá odlišnost svého těla od ostatních dětí, může dospět ke kladnému sebehodnocení, pokud se mu ovšem dostane emoční podpory. V jiné situaci je dítě postižené progresivní chorobou nebo jedinec postižený úrazem v pozdějším věku. Zvláště v období dospívání může mít pocit vlastního selhání, jenž je spojen se změnou vzhledu a tělesné funkčnosti (Pešová, Šamalík 2006).

Matějček (2001, s. 20) pak tvrdí, „že pocity méněcennosti se všemi svými komplikacemi provázejí především děti se znatelnými odchylkami tělesného zjevu!“

Z výzkumů a názorných citací vyplývá, že postižený se psychologicky neliší od zdravého člověka, což je z psychologického přístupu ideální situace, za předpokladu, že nehovoříme o mentální záležitosti. Tělesně postižení také často nelibě nesou účast, hledají však porozumění. Mějme na mysli soucitné, útrpné projevy, vyvolávající pocity nerovnosti ve svém důsledku snižují sebehodnocení postiženého. Dále nemožnost či malá možnost kontaktu se společností může vyvolat samotářství, což vede dále k většímu pozorování či hodnocení sebe samého. Za jistých podmínek může dojít u postiženého také k poklesu aktivit, kdy postižený nesprávně odhadne možnosti svých zbývajících tělesných sil a omezuje se pak ve všech dalších aktivitách, mnohdy až zbytečně. To může přivodit značné společenské omezení (Kraus, Šandera 1964).

###### Eriksonova teorie

Dle této teorie emočně sociálního zrání řeší postižený jedinec v každém vývojovém stupni jistý psychosociální konflikt:

* základní důvěra v život a svět, jež ho obklopuje
  + budována už v raném dětství
  + tělesné postižení, často spojeno s odloučením od rodiny, právě v důsledku rehabilitačních pobytů či operativních zákroků, toto často znemožňuje
* získání autonomie
  + následné období
  + osvojení dovedností stolování, oblékání, mytí…
  + umožnit dostatek prostoru pro volný pohyb
* získat potřebný pocit iniciativy
  + předškolní období
  + potřeba pokud možno volné hry, která je v předškolním věku velmi potřebná
  + dítě často ohroženo pocitem viny z neúspěchu
* stádium snaživé píle
  + školní období
  + často pocity méněcennosti a úspěšnosti
* utváření identity
  + období dospívání
  + často narušen vývoj osobnosti
  + akceptování fyzického zrání a vzhledu velmi důležité
  + vidina životní perspektivy (volba povolání, pracovní uplatnění, upokojení sexuality, partnerský vztah, biologické potřeby reprodukce) ohrožena více než u zdravých (Pešová, Šamalík 2006)

Kromě věku je vývoj osobnosti ovlivněn pohlavím postižených. Dívky jsou zranitelné v oblasti svého vzhledu, chlapce frustruje jejich výkonnost. V některých případech vede jejich postižení ve svém konečném důsledku k sebevražedným pokusům. „Přitom chlapci takto reagují zejména tehdy, když postižení vnímají jako zásah do mužské identity, dívky vykazovaly suicidální tendence, pokud postižení percipovaly jako příčinu odmítnutí“

(Pešová, Šamalík 2006, s. 24).

Charakterové vlastnosti tělesně postižených jsou také velmi často spojovány se sociální nepřizpůsobivostí, maladaptací, uzavřeností, projevy nelibosti, tísně, smutku, deprese, úzkosti. Není výjimečná ani pasivita dítěte, nesamostatnost, závislost či apatie, ale také agresivita a útočnost. Na základě své vztahovačnosti, přecitlivosti aj. mají tito jedinci často problémy se sociálním zařazením a kontaktem vůbec. Zvýšené či snížení sebehodnocení není také výjimkou (Pešová, Šamalík 2006).

# Tělesně postižený žák v integračním procesu do běžné základní školy

## Cíle, výzkumné otázky, metody

**Cílem výzkumného projektu bylo najít negativa a pozitiva integrace tělesně postižených žáků na běžných základních školách v jednom malém, 16tisícovém městě. Najít tělesně postiženého žáka v konkrétní škole, třídě, vypracovat případové studie, provést výzkumné šetření a na základě výzkumných metod porovnat a analyzovat jeho podmínky a stav integrace.**

Nadřazený cíl byl pak dosažen na základě jednotlivých dílčích výzkumných metod a technik:

* případové studie integrovaných žáků
  + pozorování
  + rozhovory s žáky, rodiči, učiteli, asistenty
* terénní výzkum mezi zdravými žáky
  + dotazníky
  + rozhovory
* terénní výzkum mezi postiženými žáky
  + dotazníky
  + rozhovory
* studium a analýza pedagogických, psychologických a speciálně pedagogických odborných dokumentů

## Případové studie integrovaných žáků

K naplnění cílů posloužily tedy následující případové studie:

* celkový popis dítěte
  + věk, třída
  + krátká charakteristika
* rodinná anamnéza
  + rodina – matka, otec, sourozenci
  + poměry v rodině – zaměstnání, bydlení, dětský pokoj, sociální úroveň
  + péče o postižené dítě
  + volný čas – rodina celkově, postižené dítě
  + závažná onemocnění v rodině
  + rehabilitační péče, školní příprava,
  + spolupráce se školou
* osobní anamnéza
  + narození dítěte a první komplikace
  + těhotenství matky dítěte
  + porod
  + první seznámení s postižením
* psychomotorický vývoj
  + oblast motorického vývoje
    - držení hlavičky
    - sedí, leze, postaví se, chodí odkdy
    - hygienické návyky a stravování bez pomoci odkdy
    - speciální využívané pomůcky
  + příjem potravy – sací reflex,…
* vývoj řeči
  + odkdy hovoří v jednoduchých větách
  + obsahová stránka
  + první zoubky
  + výslovnost
* rehabilitační péče
  + typ používané rehabilitační metody
  + lázeňská léčba
  + v péči SPC
  + logopedické aj. vyšetření
* školní anamnéza
  + mateřská škola
  + šetření školní zralosti
  + výběr základní školy
    - jednotlivé ročníky
    - třídní učitel, asistent,…
    - vzdělávání v jednotlivých předmětech
    - hodnocení
    - prognóza
* současný stav
  + zdravotní stav od narození
    - běžné dětské nemoci
    - prodělané operace
  + motorika
  + řeč
  + jiné vady
  + psychické – kognitivní procesy
    - pozornost
    - paměť, představivost
    - rozumové schopnosti
    - unavitelnost
  + emocionalita a volní vlastnosti
    - emocionální stránka
    - reakce na zátěž
    - reakce na pochvalu, povzbuzení
  + sociální chování a komunikace
    - kontakt se spolužáky
    - kontakt s učiteli
    - kontakt s asistentem
  + temperament a povahové vlastnosti
  + záliby
  + školní připravenost
  + sociálně pedagogická podpora
    - asistent pedagoga či osobní
    - speciální pomůcky

###### Rozhovor

Metoda rozhovoru byla použita u rodičů postižených dětí.

Otázky k rozhovoru byly následující:

1. Co je důležité pro integraci, podle vás, do běžné základní školy?
2. Je bezbariérový přístup jediným aspektem při výběru vhodné školy?
3. Proč jste se rozhodli pro integraci?
4. Vyžaduje integrace vašeho syna (dcery) každodenní odbornou pomoc ve formě asistenta? Pokud ano, jakého?
5. Jaké je zabezpečení dopravy žáka do školy a zpět?
6. Vyžaduje integrace vašeho syna (dcery) IVP?
7. Jaká je úroveň spolupráce rodiny a školy?
8. Jak je zajištěna pomoc dítěti při školní přípravě?
9. Jaké speciální pomůcky vyžaduje postižení vašeho syna (dcery)?
10. Máte nějakou negativní zkušenost v rámci integrace?
11. Máte nějakou připomínku k integraci vašeho dítěte?

V rámci výzkumné části diplomové práce byly vypracovány případové studie u všech sledovaných integrovaných žáků, dotazníky pak vypracovali jak žáci s postižením, tak ostatní spolužáci v rámci třídního kolektivu. Rozhovory byly vedeny s třídními učiteli, což bylo použito v rámci případových studií ve školní anamnéze, dále pak s rodiči postižených dětí.

###### Pozorování

Pozorováni byli žáci s postižením jak ve vyučovacím procesu, tak mimo budovu školy, na výletě apod. Pozorovaná skupina čítala celkem pět žáků s tělesným postižením, dva rodiče těchto žáků, pět třídních učitelek, jedna asistentka.

###### Výzkumná šetření

Výzkumné šetření, tedy pozorování chování postižených žáků, rozhovory s jejich rodiči, vyučujícími a postiženými žáky samotnými byl proveden na těchto čtyřech školách – subjektech.

Subjekt 1

Nově rekonstruovaná, bezbariérová škola s výukou povinného anglického jazyka

a nepovinného managementu od 1. třídy, s vlastní jídelnou, tělocvičnou, školním klubem a družinou. Od roku 2006 přijata do projektu „Zdravá škola“. V současné době čítá 260 žáků.

Subjekt 2

Bezbariérovou a historicky nejmladší základní školu, působící od roku 1995, s vlastní školní kuchyní, jídelnou a tělocvičnou – halou, družinou, navštěvuje také 260 žáků.

Subjekt  3

Základní škola o 900 žácích nabízí rozšířenou výuku matematiky a přírodovědných předmětů, s vlastní kuchyní a jídelnou, družinou. Od roku 2007 působí jako jeden pokračující subjekt z původních tří základních škol.

Subjekt 4

Základní škola s 220 žáky, též po rekonstrukci, s vlastní tělocvičnou, jídelnou a družinou.

### První případová studie

Lucie je křehká, milá, usměvavá a velmi sympatická blondýnka, jež navštěvuje 2. třídu základní školy, subjekt 1. Lucie je od narození postižená dětskou mozkovou obrnou.

###### Rodinná anamnéza

Dívka žije v úplné harmonicky vyhlížející rodině se svým malý, dvouletým bratrem Jiřím, kterého má ráda a ráda si s ním hraje, dále s maminkou a tatínkem.

Matka, 38 let, toho času na mateřské dovolené, zastává všechnu práci doma, stará se o syna i dceru. Otec, 39 let, středoškolského vzdělání pracuje samostatně jako živnostník a za svou prací dojíždí do nedalekého města. Finančně rodinu velmi dobře zajistí. V domácnosti často pomáhá babička, která hlídá hlavně malého Jiřího. Jiří je zdravý čilý chlapec.

V péči o děti si rodiče a rodina navzájem pomáhají, mají pěkný, klidný vztah. Silnější ve vztahu je matka, která považuje současný stav své dcery za zázrak. Nebylo však tomu vždy. I ona zkraje tápala a ptala se: „Proč právě já, proč mně…?“ Oči jí drsným způsobem otevřela až její kamarádka, jež na její otázky stroze odpověděla: „…a proč ne právě ty…“ Matka sebrala všechnu sílu, o které tvrdí, že neví, kde se najednou vzala, a začala bojovat o zdraví a lepší život své dcery. Je to velmi silná a obdivuhodná žena.

Otec se s postižením své dcery úplně nesmířil, klade si dodnes za vinu, že nejednal správně a dle něho podcenil manželčiny problémy ke konci těhotenství a neodvezl ji k jinému lékaři. Celé ženino druhé těhotenství prožil ve velkých obavách o zdraví nenarozeného dítěte.

Rodina bydlí ve velkém domě u lesa ve vesnici jen pár kilometrů od města. Mají velkou zahradu s dětským koutkem a trampolínou, k dispozici 2 automobily. Lucie má svůj krásný dětský pokoj, společně s rodiči využívá počítač.

Do domu 3x týdně dojíždí fyzioterapeutka, dívka jezdí do Jánských Lázní na zdravotně‑rehabilitační plavání. Každoročně v létě o prázdninách pobývá měsíc v lázních (Jánské Lázně nebo Košumberk), odkud má spoustu přátel a zážitků, o kterých často vypráví.

Lucie je velmi společenská a šikovná dívka, ve volném čase navštěvuje kroužek keramiky, taneční kroužek, chodí také do ZUŠ na zpěv. O víkendech i mimo ně rodina vyjíždí na různé výlety, hrají hry, plavou, sportují. Navzdory svému postižení absolvovala dívka i lyžařský výcvik, zkusila bruslit.

Dle zjištěných údajů žije dívka v bezkonfliktním a klidném prostředí, plnohodnotné rodině, která ji poskytuje tu nejlepší péči, snaží se ji všestranně rozvíjet. Lucii vozí do školy většinou matka s bratrem, někdy otec. Rodiče úzce spolupracují s třídní učitelkou, školskými poradenskými pracovníky a SPC.

###### Osobní anamnéza

Lucie se narodila ve 27. týdnu těhotenství, spontánně, záhlavím, porodní hmotnost 950 g, délka 34 cm. Apgar skore : 7.7.7 bodů.

*Průběh těhotenství a porodu:*

Den před porodem měla matka svědivý výtok a byl jí, po odběru vaginálního stěru ke kultivaci, lokálně ordinován Canesten.

6 hodin před porodem odtekla čirá plodová voda, matka měla před porodem zvýšenou hladinu CRP 65 mg/l a leukocytózu 17 tis., poté následoval předčasný porod. Narozené dítě bylo vitální, křičelo, byly však přítomny těžké známky nedonošenosti, značná konfirmace hlavičky, nápadné slinění a ekvinovarózní postavení nožek.

Ve 2. minutě po narození zaintubováno a podána 1 ampule Curosurfu pro těžkou nezralost. Poté byly dýchací šelesty dobře slyšitelné, symetrické. Dle pracovní diagnózy se jednalo o těžce nedonošené dítě napojené na umělou plicní ventilaci, s kůží čistou, růžovou, dobře prokrvenou, na horních a dolních končetinách hematomy. Přítomna byla svalová hypotonie. Novorozenecké reflexy byly nevýbavné.

Hlava dolichocefalická, měkká, v úrovni, nepulzující, patro celistvé, oči, uši, nos bez sekrece. Krk souměrný, klíčky pevné. Hrudník souměrný, dýchací šelesty sklípkové, symetrické, akce srdeční pravidelná, ozvy ohraničené. Břicho na pohmat měkké, bez rezistence. Pupečník ošetřen, nekrvácející. Končetiny symetrické, pedes equinovares.

Hospitalizace Lucie nebyla komplikována infekcí, kromě zarudnutí lemu pupku. Byla zavedena drenážní kapsle, neodtékal mozkomíšní mok a tvořila se krevní sraženina v mozku.

Po více jak dvou měsících byla malá Lucie dle neurologického vyšetření mimo inkubátor, v dobrém stavu. V posledních týdnech více jak tříměsíční hospitalizace byla dívka v péči maminky ( roaming-in, kojená, prospívala). Dle ortopedů doporučena redrese sádrovými dlahami, dále nutné vyšetření u očního lékaře, obvodního pediatra, matka se naučila rehabilitaci. Při rychlejším nárůstu obvodu hlavičky nutná kontrola ihned.

Po více jak třech měsících vážila dívka 2 310 g, měřila 44 cm, kyčle normálního nálezu.

Avšak na základě diagnózy:

* P070 velmi nízká porodní hmotnost
* P220 syndrom dechové tísně
* P524 IVH IV. st., implantace drenážní kapsle
* P378 Rotavirová infekce
* Q560 Pedes equinovari bilat.
* P612 anemie nezralých (Propouštěcí zpráva, Fakultní nemocnice HK, dětská klinika, č. chor.:221536)

byla rodičům ještě v nemocnici celkem nešetrným způsobem sdělena pravda o postižení jejich dcery a lékařská prognóza těžkého tělesného ale i mentálního postižení jim měla ulehčit rozhodování, v případě přežití dcery, umístění do ústavní péče. Přes počáteční stresující stav a šok neváhali přesto rodiče ani na chvíli, že by dceru někam umístili a rozhodli se o dceru postarat.

###### Psychomotorický vývoj

Lucii diagnostikovali spastickou mozkovou obrnu (G800) – DMO s těžkou paraparezou dolních končetin, s normální psychikou.

Na základě **pedopsychologického vyšetření** bylo diagnostikováno:

* retardace ve vývoji omezena na oblast hrubé motoriky
* kognitivní kapacita v normě
* vývoj mentálních funkcí odpovídá aktuálně korigovanému věku
* v chování vyšší míra afektivní reaktivity
* vývojová prognóza sumárně příznivá (Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže – Košumberk, psychologické vyšetření ze dne 19. 11. 02)

Z psychologického vyšetření ze dne 17. 10. 03 je dívka v rámci postižení označena jako dívka s lehkým motorickým handicapem, chodí sama a může být integrována do běžné mateřské školy. Ve svých 3 letech je tedy velmi zvídavá, aktivní, rychle chápající.

Řeč rozvinutá. V individuálním kontaktu velmi dobře spolupracuje (Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže – Košumberk, psychologické vyšetření ze 17. 10. 03).

V 5letech pak dívka ochotně komunikuje, i když zpočátku je vždy zdrženlivější. V úkolových situacích přiměřeně spolupracuje, koncentrace slabší. Chůze výrazně vylepšená, chodí sama, jen drobné problémy s rovnováhou (SPC Jánské Lázně, kontrolní vyšetření z 15. 1. 06).

V 7 letech je psychický rozvoj dívky velmi příznivý, kognitivní schopnosti se rozvíjejí plně v souladu s věkovou normou. Oslabená je oblast jemné motoriky prstů a vizuomotorická koordinace. Velké obtíže má dívka v prostorové orientaci, s tím spojena i obtíž v práci se znaky (záměna znaků, přesmykování jejich pořadí,…). Celkově je ale velmi snaživá, ovšem trochu nejistá. Občas oslabená pozornost (od úkolů odbíhá formou vyprávění).

Není ale problém dívku usměrnit a pokračovat dále (SPC Jánské Lázně, kontrolní psychologické vyšetření z 18. 6. 08).

Z **neurologického hlediska** dívka:

na 6 měsících

* ohmatává ručičky, po hračce sáhne a uchopí, donese do úst
* na bříšku opora téměř o zápěstí
* svalový tonus přiměřený

na 8 měsících

* čilá, přitahuje se do sedu až do stoje na špičkách
* uchopuje hrabavě, přendává hračky

na 11měsících

* říká slabiky
* přetáčí se na bříško a zpět
* na čtyři se ještě nedostane
* bez záchvatových projevů

na 14 měsících

* začíná se plazit
* umí asi tři slova
* umí paci, paci…

na 20 měsících

* začala rychle lézt
* staví se
* opakuje, vnímavá, čilá
* klečí na kolenou, sedá na zadeček
* chápe nočník

Velmi časně, od 3. měsíce, byla doporučena rehabilitační tzv. Vojtova metoda, na noc ortézy, později udržet dítě co nejdéle na zemi, tzn. omezovat ve stoji, chůzi (Dětská neurologie Praha Prosek, vyšetření dle jednotl. měsíců v roce 2001).

Lucie absolvovala od narození do 11 měsíců jednu operaci hlavy a dvě ortopedické operace.

V roce 2007 byly intelektové schopnosti již plně v normě s rezervou, aktuální výkonnost byla s výkyvy až do pásma nadprůměru. V závislosti na neurologické diagnóze mírně oslaben rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky. Zahájení školní docházky bylo doporučeno více než odklad, nabízela se možnost integrace do školy v místě bydliště, do skupiny vrstevníků, kterou už dívka zná, včetně paní učitelky v malotřídce s kvalifikací speciální pedagog.

Vzhledem k potřebám dítěte možný IVP (Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže – Košumberk, pedopsychologické vyšetření ze dne 10. 4. 07).

###### Vývoj řeči

* první slabiky v 9 měsících
* první slova od 12 měsíců
* jednoduché věty od 16 měsíců
* řeč v souvětí a bohatá slovní zásoba ve 4 letech

###### Školní anamnéza

Mateřská škola

Ve 3 letech byla Lucie na základě psychologického vyšetření posouzena jako dítě s lehkým motorickým handicapem a mohla být integrována do běžné mateřské školy ve stejné obci, kde s rodinou bydlí. Nejprve byla doporučena adaptační fáze v rozmezí 2 hodin denně, eventuelně v doprovodu matky, dle provozních možností. Osobní asistence je možná, ne však nevyhnutelná. Pobyt v mateřské škole zvládala dobře, bez asistence, postupně docházela na 4 hodiny denně. Sociální kontakt navázala rychle, i když zpočátku mírně nejistá. Postupně pracovala samostatně, samozřejmě svým tempem. Dle odborného vyšetření má Lucie problémy v motorice a grafomotorice, což by mohlo v budoucnu vést k problémům ve psaní i čtení. Důraz je v tomto věku kladen na rozvoj zrakové analýzy a vnímání detailů, rozlišování a třídění geometrických tvarů (SPC Jánské Lázně, kontrolní vyšetření z 15.1.06).

Rodiče začínají řešit otázku základní školy, ačkoliv je dívka v rámci intelektu v normě s aktuální výkonností s výkyvy až do pásma nadprůměru – 6 let. Po důkladném rozvážení volí nakonec cestu odkladu školní docházky.

Základní škola

Ačkoliv měla Lucie možnost nastoupit do malotřídky běžné základní školy v místě jejího bydliště a ačkoliv lékaři odklad školní docházky vůbec nedoporučovali, spíše naopak, volili rodiče odklad vstupu do školy. Lucie nastoupila do běžné základní školy v nedalekém městě tedy o rok později, v září 2008, kde byla vzdělávána dle IVP, v plném rozsahu týdenního počtu hodin, včetně tělesné výchovy. Důraz byl kladen na rozvoj grafomotoriky za využití metod pro píšící levou rukou a posilování koncentrace pozornosti. Řeč dle odborného vyšetření je v tomto období srozumitelná, všechny hlásky navozeny.

*Vizuomotorika:*

Korektní úchop levou rukou, Lucie má však lehké problémy v uchopení tužky, které je křečovité s nadměrným přítlakem levou rukou.

Kognitivní schopnosti jsou však plně v souladu s věkovou normou, lépe se však rozvíjejí verbální složky než složky názorové. Dívka dobře rozumí společenským pravidlům, sluchová paměť pojme pět prvků, je schopna vytvářet abstrakci. Oslabená je stále prostorová analýza (pravolevá orientace, prostorové vztahy), práce se znaky (záměna znaků, přesmyky v pořadí znaků). Dívka je velmi snaživá, přitom však trochu nejistá. Někdy se objevuje oslabená pozornost, dívka je unavená (SPC Jánské Lázně, 18. 6. 08).

Na základě této diagnózy se pohybovala Lucie ve třídě o 15 žácích zpočátku nejistě, trochu s obavami. Třídní kolektiv, na svůj mladý věk, s velkým sociálním cítěním přijal dívku velmi kamarádsky. Všichni jí pomáhali.

Výuka probíhala souběžně s celou třídou se zachováním IVP, bez osobního asistenta. Byly využity speciální pomůcky pro rozvoj grafomotoriky (trojhránek na psaní, modelovací hmota, obrazové pomůcky,…), které však využívaly i ostatní žáci. Úkoly vypracovávala vlastním tempem. Lucie chodí do školy velmi ráda, má zde spoustu kamarádů, s paní učitelkou i paní vychovatelkou vychází velmi dobře. Prospěch dívky byl hodnocen klasifikací. Dle třídní paní učitelky, vystudovaná speciální pedagožka, je Lucie velmi společenská, nekonfliktní. Z pohledu zvládání učebních nároků první třídy se jednalo o velmi náročné období zejména v souvislosti s osvojováním si psaní a čtení. Domácí příprava na školu probíhala různě, někdy jen pár minut, jindy dvě hodiny vysedávala neproduktivně nad přípravou.

Matka hovořila o negativistickém a vzdorovitém období, kdy neviděla reálně zvládnutí čtení, psaní a počítání. Díky značné trpělivosti ze strany matky a paní učitelky však dívka 1. třídu zvládla na výbornou (Pešťáková I., 2010).

I další roky výuky probíhaly u integrované Lucie velmi dobře. Domácí příprava je i nadále ve spolupráci s maminkou, vytyčené úkoly plní dívka dle svých možností, jednou lépe, jindy obtížněji. Vyhovuje jí střídání činností, prvky daltonského plánu, ve kterém částečně tato škola vyučuje. Ve třídě časem přibyli dva noví žáci, jeden z nich také s postižením (autismus).

Je s podivem, jaký kolektiv se zde vybudoval, paní učitelka takovýto kolektiv dlouho nezažila. Pomáhají si spolužáci, rodiče jsou také velmi vstřícní, milí a ohleduplní.

###### Současný stav

Lucii, narozené ve 27. týdnu těhotenství jako těžce nedonošený novorozenec s porodní váhou 950 g, diagnostikovali spastickou mozkovou obrnu (G800) – DMO s těžkou paraparezou dolních končetin, s normální psychikou. Navzdory počáteční šokující pravdě a vybídnutí lékaři k úvahám o ústavní péči dokázala malá a velmi bojující dívka za obrovské pomoci své matky a celé rodiny nemožné.

Díky pravidelné rehabilitaci (Vojtova metoda) od 3. měsíce a pravidelné lázeňské péči se dívka pohybuje sama bez cizí pomoci a podpůrných prostředků. Má sice problémy s grafomotorikou a jemnou motorikou a s prostorovou orientací, nicméně může být bez problémů zařazena do integračního procesu běžné základní školy.

### Druhá případová studie

Petra je štíhlá, světlovlasá usměvavá 15letá dívka, která navštěvuje 7. třídu běžné základní školy, subjekt 1. Má ráda koně, ráda plave, učí se dva cizí jazyky a jednou by ráda tyto, hlavně pak německý jazyk, vyučovala. Od narození trpí dětskou mozkovou obrnou – spastickou kvadruparézou a šilhavostí. Intelekt je v pásmu průměru.

###### Rodinná anamnéza

Petra žije v úplné rodině, na vesnici, s matkou a otcem. Sourozence nemá. Matka je vyučena a věnuje všechen svůj čas péči o dceru a domácnost. Jelikož vesnice, v které bydlí, je od místa školy vzdálena cca 20 km, tráví matka, která vozí každý den Petru tam a zpět, poměrně delší čas také v autě, což jí v podstatě znemožňuje najít si práci. Otec má středoškolské vzdělání a je zaměstnán u počítačové firmy. Aby zabezpečil rodinu, pracuje dlouho a jezdí domů často až večer. Starost a dceru připadá tedy z větší části matce. Prarodiče ze strany matky pomáhají občas, pokud si Petru k sobě přivezou. Mají vnučku rádi, i ona se k nim vždy moc těší. Hrají hry, hlavně s babičkou, povídají si nebo vyjíždějí na procházky. Do domu dívky však nejezdí, rodinné vztahy nejsou moc dobré. Matka nemá pěkné vzpomínky na dětství, její otec prý pil. S rodiči otce nemají také nijak zvlášť pěkný vztah, prakticky se nestýkají.

Celá rodina žije v rodinném domě v malé vesnici, vcelku na samotě. Se sousedy se také nestýkají, žijí si téměř uzavřeným životem, bez přátel, což samozřejmě výrazně ovlivňuje dceru Petru. Ta nemá kromě rodičů, prarodičů a spolužáků žádné kamarády.

Rodina je poměrně dobře finančně zabezpečena, mají dvě auta, dům se zahradou. V domě byl vybudován, také za přispění sponzorů, venkovní výtah, který umožní dívce pohyb také v prvním patře, kde je ložnice rodičů, pracovna a dětský pokoj Petry.

###### Osobní anamnéza

Těhotenství

Po třech neúspěšných těhotenstvích (2x samovolný potrat, předčasný porod ve 32. týdnu s následným úmrtím chlapce) se matka velice obávala o své další dítě, žila v napětí, neklidu s jedinou prosbou – přečkat do 32. týdne bez komplikací. Ani toto těhotenství se však od počátku nevyvíjelo dobře. Matka musela být od 1. do 4. měsíce hospitalizována v nemocnici, jelikož neustále krvácela. Bohužel i čtvrté těhotenství skončilo předčasným porodem, také ve 32. týdnu.

Porodní váha malé Petry byla 2 000 g, délka 43 cm.

Narození dítěte a první komplikace

Dívka se po narození vyvíjela normálně. Přibývala na váze, mentální vývoj se jevil v normálu, po stránce pohybové však ne.

Rodiče absolvovali různá vyšetření, kdy se odborníci vždy shodli na stejné prognóze, že se celkový opožděný vývoj upraví a dívka postupně vše dožene.

Ve dvou a půl letech však byla dívce diagnostikována DMO – 3. stupeň, spastická kvadruparéza a přes všechny snahy, vyšetření a lázeňskou péči zůstala Petra na invalidním vozíku. Vyšetření ukázala, že po porodu došlo ke krvácení do mozku a byla zasažena centra pohybu (Pešťáková I., 2010).

###### Psychomotorický vývoj

V 1 roce byla dívka bez plen.

###### Vývoj řeči

Na 8 měsících první slova táta, máma.

###### Rehabilitační péče

Rehabilitace od necelých 3 let, kdy bylo teprve zjištěno postižení.

Lázeňská péče v Jánských Lázních.

###### Školní anamnéza

Mateřská škola

Na základě doporučení odborníků ze SPC byla dívce navržena integrace v běžné mateřské škole, za pomoci asistentky.

Petra navštěvovala mateřskou školu nejprve v doprovodu své matky, denně dvě hodiny, později se doba zvýšila na čtyři hodiny a poté až na celodenní pobyt. Dívka byla zapojena, díky asistentce, do všech aktivit ve školce a navštěvovala ji s velkým nadšením. Během jejího pobytu ve školce vystřídala dvě asistentky.

Předškolní období poté nebylo již tak veselé. Vzhledem k častým návštěvám lékařů a operacím, kdy si dívka vytvořila averzi k bílému plášti, byla dívka dost uzavřená, bojácná, vyplašená. Vzhledem k jejímu postižení bylo na základě vyšetření SPC 2x doporučen odklad školní docházky. V posledním roce docházky do MŠ měla být dívka, na základě speciálně pedagogického doporučení intenzivněji připravována na vstup do školy, didaktické hry, rozvoj jemné motoriky a grafomoriky,… V tomto období už samozřejmě rodiče řešili výběr základní školy, a i když odborníci ze SPC neustále doporučovali speciální školu, rozhodli se svoji dceru integrovat.

Základní škola

Rodiče Petry museli najít a oslovit bezbariérovou školu v okolí jejich bydliště, což bylo cca 30 km. Tato základní škola měla již zkušenosti s integrací postižených žáků a budoucí paní třídní učitelka sama měla doma postižené dítě. Po zápisu dívka směla do školy kdykoliv přijet a seznamovat se s novým prostředím, což Petru velmi nabudilo a s velkým nadšením vstoupila do první třídy, kde jí byla přidělena osobní asistentka.

První problémy nastaly během prvního půlroku, kdy matka s úlekem zjistila, že její dcera není vůbec ze školky připravena. Neměla do té doby důvod prověřovat, co ve školce dělají, jaká je jejich výchovně vzdělávací činnost. Mateřská škola prý pochybila a nedodržela doporučení SPC. Dívka neuměla uchopit tužku, kreslit základní tvary, kreslit cokoliv… Dívce proto činily problémy první tahy tužkou a vývoj psaní vůbec. Nebyla vůbec schopna napsat jakékoliv písmeno. Proto začala matka každodenní trénink motoriky a grafomotoriky po svém a tvrdí, že dcera díky tomu dokončila 1. třídu na výbornou.

Další problémy nastaly s asistentkou, která neměla odpovídající vzdělání a chovala se k dívce nepatřičně. Bila ji přes ruku, pokud psala pod řádek. Zlobila se na ni, pokud chtěla na toaletu, takže dívka se bála napít. Petra začala být smutná, bojácná, nechtěla chodit do školy. Třídní učitelka však o ničem nevěděla a netušila. Až po delším šetření, které následovalo poté, co přišla dívka ze školy s modřinou, vyšly na povrch překvapivé skutečnosti o týrání asistentkou, která postiženou dívku štípala pokaždé, kdy chybovala. Přesto se však vedení školy k celému případu postavilo neutrálně. Před koncem stále ještě první třídy měla již Petra jinou asistentku, středoškolského vzdělání.

2. a 3. třídu prožila pak Petra vcelku v pohodové atmosféře. S asistentkou se sblížila i matka a pobývaly spolu všechny i mimo školní vyučování. Petra byla v rámci vzdělávání základní školy vzdělávána dle IVP celé speciální třídy, ve které byly integrovány i další děti s poruchami učení aj. V rámci tělesné výchovy absolvovala místo běžné výuky rehabilitaci, jinak nebyla z tohoto předmětu na doporučení pediatra klasifikována.

V průběhu 3. třídy absolvovala Petra několik operací, hodně zameškala, přesto za pomocí asistentky a díky trpělivému a snaživému přístupu paní učitelky úspěšně ukončila i tuto třídu.

4. třída byla pro dívku opět tvrdou zkouškou. Nejprve přišla místo bývalé paní učitelky, která odešla do důchodu, nová paní učitelka, která, byť vystudovaná speciální pedagožka, neměla žádné zkušenosti. Její nároky na dívku byly nad rámec jejího postižení, které vlastně vůbec nebrala v úvahu. V matematice nesměla dívka počítat na prstech, při hodinách geometrie musela asistentka sedět jinde, aby Petře nemohla pomáhat. Při hodinách měla zakázáno smrkat, jelikož ruší celou třídu. Nepřiměřené nároky a v podstatě nesmyslné chování ze strany vyučující se změnily v noční můru malé dívky, která touto šikanou velmi psychicky trpěla. Ze strany vedení školy nepřišla opět žádná podpora, či řešení, vše bylo vždy vysvětleno k dobru celé věci. Matka tedy řešila celou záležitost s psycholožkou dívky, ke které stejně v rámci kontrolních šetření pravidelně docházela. Nepomohlo ani společné sezení s psycholožkou, dívkou, matkou a třídní učitelkou, která si hned na druhý den ve škole opět vedla svou. Celá situace se vyhrotila, když psychicky nevydržela asistentka Petry. Pod neustálým tlakem a kritikou třídní učitelky nemohla dále čelit rozporům mezi matkou a školou a malou dívkou, neviděla východisko, nemohla pomoci malé dívce a odešla. Z láskyplného kamarádského vztahu, kdy asistentka trávila mnoho času s rodinou i mimo školu, s maminkou si tykaly, s Petrou se velmi přátelily,… zbylo velké zklamání. Malá dětská zraněná duše nemohla pochopit, proč ji opustila její jediná přítelkyně, matka byla zklamaná a otrávená z celé situace.

Asistentka neměla zkušenosti, vzdělání, pouze všeobecné středoškolské, byla velice mladá na tak namáhavou práci a jistě si neuvědomila, kde jsou hranice profesního vztahu. Dobrá myšlenka přerostla v nenávist.

Na doporučení se podařilo rodičům získat novou asistentku, která s Petrou nastoupila do 5. třídy. Tato asistentka byla zkušená ve svém oboru, do té doby pracovala ve speciální škole. Jako nezúčastněná osoba, která může věc hodnotit s nadhledem, si udělala velmi brzo obrázek o celé situaci i vztahu paní učitelky. Navázala s dívkou profesní vztah plný podpory, snažila se ve třídě urovnávat vztahy. Nicméně představy o vzdělání postižených děti se lišily od představ paní učitelky a problémy ve výuce neustávaly. Nová naděje svitla celé rodině ve chvíli, kdy asistentka navrhla návštěvu jiné školy, v místě jejího bydliště, cca 40 min od domu rodiny. Šlo o školu nově zrekonstruovanou, bezbariérovou. Nová škola byla velice vstřícná, dívce i rodičům se líbila. Po domluvě s vedením školy mohla Petra okamžitě přestoupit. To se také stalo a 2. pololetí započala dívka se svou asistentkou v nové škole. 2. pololetí 5. třídy, 6. a 7. třídu prožila Petra v nekonfliktním kamarádském prostředí.

V nové škole bylo veškeré zajištění pro postižené žáky, bezbariérové přístupy po celé budově, WC pro vozíčkáře, posuvná plošina pro vozíčkáře, výtah, jídelna, všechny družiny i školní klub pro děti ve volných hodinách, to vše bylo Petře lehce přístupné. Ve vyučování se uplatňovaly prvky daltonského plánu, což bylo pro dívku cosi nové a velmi zajímavé. Bavily ji též hodiny cizích jazyků. Kolektiv Petru přijal bez větších problémů, do té doby neměli spolužáci žádnou zkušenost s postiženým spolužákem. Paní asistentka, která sama vedla v hodinách tělesné výchovy dívčinu rehabilitaci, prováděla také masáže. Je to vnitřně velmi krásná duchovní žena, která zájem o duchovno a mystiku probudila také v Petře. Vedla současně celou třídu k etickému chování a vysvětlovala současně různá úskalí života postiženého. Tvořila jakýsi most mezi dívkou a spolužáky. Dívka se jevila jako velmi spokojená, stále usměvavá, i když o přestávkách, pokud se asistentka vzdálila, seděla často sama, zřídka kdy někdo přišel, aby si popovídali. Petra také nijak často nevyjížděla, překážely ji buď batohy na zemi, nebo se jí z různých důvodů nechtělo.

V 2. pololetí 7. třídy ovšem začaly první problémy, když třída vyjela na plánovaný výlet do Prahy hromadnou dopravou a Petru s sebou nevzali z důvodu nezvládnutí takto naplánovaného výletu (problémy s WC v autobuse do Prahy, přístup do metra není všude bezbariérový, vytyčené cíle výletu dívce takřka nedostupné,…). Dále se začaly objevovat roztržky mezi matkou a asistentkou, které se prohlubovaly a do kterých matka svou dceru zasvětila. Začalo opět období ostřejších výměn, hádek a nervů, které dívka těžce nesla. Matka se dostala opět do rozporu s vedením školy, které však práci asistentky i pedagogů hájilo.

Matka hovoří také o finančních nesrovnalostech. Celková napjatá situace vyústila opět překotným odchodem ze školy ze dne na den. Necelé 3 týdny před koncem školního roku přestoupila dívka do jiné bezbariérové školy ve městě.

V nové škole se po týdnu rozloučily s asistentkou, která jim byla přidělena, matka suplovala její práci do konce školního roku a od 8. třídy má mít novou asistentku. Petra je prý šťastná, spolužáci jsou velmi kamarádští, má zde i kamarádku. Do stejné třídy chodí také jiný postižený chlapec. Na spolužáky z bývalé školy nevzpomíná ráda, nebyli stejně kamarády. „Nikdy mi nikdo nezavolal, když jsem volala jim, naschvál nezvedali telefon…“, říká dívka.

Vzdělání a hodnocení

Se zadanými úkoly pomáhá dívce asistentka, která jé zadání musí vždy pomalu zopakovat a vysvětlit. Neustále ji povzbuzuje a motivuje. Písemné práce z jednotlivých předmětů vypracovává dívka dle svého tempa, buď přes přestávku, nebo o volné hodině v kabinetě. Při výuce není potřeba speciálních pomůcek, pouze speciálně upravený stůl. Dívka je hodnocena spíše průměrně, výraznější problémy jsou v matematice a fyzice. Své oblíbené předměty mění po krátké době vždy, když nadšení vyprchá. V oblibě měla anglický jazyk, hudební výchovu, nyní německý jazyk (za období 6. a 7. třídy).

V současné škole se prospěch v některých předmětech zlepšil až o stupeň, pedagogové jsou prý vstřícnější. Sama Petra však nemá problém. Vztah k sobě samé je často nekritický, k druhým je pak přespříliš tvrdá, což se samozřejmě mnohdy nelíbí jejím spolužákům.

Vzhledem k opakovaným pobytům v nemocnici byla a je v rámci svého postižení rodiči velmi hýčkána a díky společně strávenému volnu, povětšině s dospělými, má Petra k těmto vřelejší vztah. Tvrdí, že si s dětmi ve škole nemá o čem povídat.

Prognóza

Za předpokladu, že dívka bude vzdělávána dle IVP a rodiče a škola vytvoří zázemí, které usnadní průběh výuky, Petra základní školu dokončí. Nejistá je zatím její budoucnost, ráda by totiž pokračovala na nějaké střední jazykové škole, což může být v rámci postižení nereálný cíl.

Žádný lázeňský pobyt ani kontakt s podobně postiženými nemá a rodina si to ani nepřeje. Je tedy ochuzena o spoustu zážitků a praktických rad a dovedností. Také střední škola v rámci jejího postižení je určitou jistější vidinou budoucnosti. Bez asistentky není možná integrace do společnosti. Dá se říci, že základní hygienické návyky zatím stále sama nezvládá.

### Třetí případová studie

Ondra je 14letý chlapec postižený DMO, na první pohled trochu plachý, nenápadný. Je vysoký, tmavovlasý, štíhlé postavy. Navštěvuje 7. třídu základní školy běžného typu, subjekt 2, v rámci integrace již od první třídy a paní učitelka má pocit, že integrace v jeho případě nebyla přínosem.

###### Rodinná anamnéza

14letý Ondra žije s matkou a jejím přítelem. Nemá sourozence. Matka, 38 let, si v současné době doplňuje středoškolské vzdělání, je bez práce. Přítel pracuje na směny.

Matka je spíše mírnější povahy a vše, kromě její zajeté domácnosti, je velký problém. Problémem je pro ni i veškerá terapie: v městském psím útulku, rehabilitace, lázeňské pobyty, plavání pro postižené…Vztahy a spolupráce se školou jsou však v pořádku. S třídní učitelkou úzce spolupracuje, vidí se denně. Často se jí svěřuje se svými problémy. Ondra má veškeré pomůcky k výuce, není problém ani finanční, i když rodina patří spíše k sociálně slabším. Vše, co se týče školy, je zajištěno. Víkendy často tráví u prarodičů, kam se těší. Ačkoliv sociální poměry nepatřily vždy k nejlepším (Ještě na prvním stupni bydlel s matkou a jejím přítelem ve dvou místnostech. Díky práci v noci spal pak přítel přes den a vyžadoval absolutní klid.), je dnes patrná změna k lepšímu, a to hlavně přestěhováním do většího bytu, kde má Ondra i svůj pokoj. Díky sociálním poměrům a pasivitě rodiny nepořádají společné výlety či procházky, což by chlapec velice uvítal. Pokud se tak někdy stalo, s velkým nadšením o tom dlouho hovořil. Svůj volný čas vyplňuje Ondra sledováním filmů, četbou, miluje literaturu faktu, má velký zájem o dějiny a maminka mu kupuje obsahově skutečně velmi těžké knihy. Jeho znalosti jsou na žáka 7. třídy přímo geniální. Dále je jeho koníčkem počítač, na prvním stupni výtvarný kroužek, který plnil ve svém důsledku funkci rehabilitační. Volnočasové aktivity provozoval pouze v rámci školy, na prvním stupni na doporučení SPC v Jánských Lázních pobýval dlouho ve školní družině, kde byl spokojen.

V rámci rehabilitace absolvoval pouze jediný 6týdenní pobyt v Jánských Lázních, ještě na prvním stupni. Matka neměla a stále nemá finance na pobyt s ním a samotného ho nechce pustit.

Zajímavý je jeho postoj k letním táborům, které absolvuje pravidelně bez matky, pouze se svým třídním a jediným kamarádem, který na něho po celou dobu 14 dní dává pozor.

###### Osobní anamnéza

Ondra trpí DMO, špatně se pohybuje (jeho chůze je spastická) v kombinaci se zrakovým a zčásti mentálním postižením. Mluví tišeji, ale srozumitelně, nekoktá. Do svých čtyřech let byl vožen pouze na vozíku a dle odborníků ze SPC se jednalo o velmi těžký případ.

Průběh těhotenství matky byl bez problémů, při porodu se pak objevily komplikace.

###### Školní anamnéza

Mateřskou školu vůbec nenavštěvoval. Vyrůstal v kočárku, pouze v přítomnosti nejbližší rodiny. Teprve předškolní rok absolvoval v přípravné třídě běžné základní školy.

Na doporučení odborníků ze SPC měl roční odklad školní docházky. Základní školu, kterou navštěvuje, si vybrala matka, jelikož jí byly přislíbeny dvě paralelní třídy s menším počtem žáků. Nakonec však základní škola otevřela pouze jednu třídu, což byl hned v úvodu velký problém. Základní škola se specializuje na sport a v tomto ročníku nastoupil velký počet takto zaměřených dětí. Zpočátku se tedy Ondra vůbec neprojevoval, děti s ním nechtěly mluvit, kamarádit. Někdy se stalo, že dětská odmítavost vyburcovala v Ondrovi zlost a vztek a své spolužáky za to, že s ním nemluví a nekamarádí, mlátil.

V 1. až 3. třídě pracoval s osobním a pedagogickým asistentem v jedné osobě. Učivo zvládal, nebylo potřeba IVP, i když třídní učitelka brala ohledy na písmo a rychlost provedení.

V průběhu 3. ročníku přestal zvládat učivo a pracoval dále dle IVP v českém jazyce, matematice a výchovách. V matematice začal mít problémy s počítáním, násobením, představivostí a pamětním učivem vůbec, proto navštěvuje tento předmět vždy s ročníkem nižším a nižším. V českém jazyce má učivo taktéž rozvolněné, s podobnými úpravami jako dyslektici. Z tělesné výchovy je uvolněn, neklasifikován, ovšem s dětmi na hodinu chodí a někdy se dle nálady a možnosti připojí. Hodnocení je kombinované. U předmětů s IVP je připojeno slovní hodnocení.

Od 4. ročníku pracuje na základě doporučení SPC bez asistenta. Je soběstačný. Chování a pohyb po školní budově byly zpočátku velmi nejisté. Velmi se lekal, odmítal chůzi po schodech, i v doprovodu asistenta jezdil raději výtahem. Koordinace byla velmi špatná. Postupným seznámením s prostředím a spolužáky se situace vylepšuje, někdy ji však psychicky nezvládá a dostaví se těžké záchvaty vzteku, kdy slintá, brečí, křičí, bije hlavou o lavici. Na výzvu třídní učitelky je však bez fyzické agrese odveden do ředitelny, kde se uklidní. Tyto záchvaty přicházejí občas. Snaží se svým chováním přivlastnit spolužáky, kteří třeba jen pomohou a nechtějí dále komunikovat, nebo se kamarádit. Ve třídě má v podstatě jednoho kamaráda, který působí velmi dětsky, a to Ondrovi vyhovuje a může ho vést. Výlety se třídou absolvuje až na výjimky všechny, vícedenní pak s vychovatelkou či matkou. Dříve s odbornou asistencí.

Prognóza třídní učitelky

Ondra je nadějný případ. Má šanci vést normální život, jeho tělesné postižení není překážkou, pokud si zvolí vhodný učební obor. Problém však, a to veliký, vidí v následné socializaci. Kontakt s lidmi mu činí velké potíže. Čím je větší a starší, uvědomuje si, že nemůže spoustu věcí jako zdravé děti. Jeho záchvaty vzteku jsou teď častější než dříve. Ze svého postižení je nervózní a vzteklý.

Co se týče hodnocení práce školy, musí třídní učitelka připustit spoustu svých nechtěných chyb, kterých se dopustila na základě neznalosti problému. Dle jejích slov se integrace nezdařila. Ondra není součástí kolektivu.

Celá škola se vždy snažila ve všem vyjít vstříc. Chlapec je jejím prvním případem integrace.

Názor na integraci třídní učitelky

Třídní učitelka hodnotí integrační proces kladně, ovšem ne vždy a za každou cenu. Je to vyčerpávající řešení každodenních problémů spojené s tímto procesem, které berou sílu a čas na výuku. Osnovy základních škol, potažmo RVP či ŠVP jsou již tak velmi náročné a obsáhlé na zvládnutí, často na úkor kvality. Řešení integračních problémů je práce a úsilí navíc, které ve své konečné fázi nikdo neocení. Finanční ohodnocení je také čistě symbolické.

### Čtvrtá případová studie

Nela je 14letá tmavovlasá štíhlá dívka, která působí spíše plaše, na první dojem až zaraženě. V současné době navštěvuje 7. třídu ZŠ, subjekt 3, je postižená LMD, spastickou paraparezou dolních končetin. Do jisté míry introvertní dívka má ale spoustu problémů nejen s vrstevníky, ale vcelku obratně se vylhává z různých situací jak doma, tak ve škole. Dle názorů spolužáků a třídní učitelky je jednoznačně neoblíbená, díky lžím, komandování ostatních a neustálým problémům, které vyvolává sama.

###### Rodinná anamnéza

Nela vyrůstá střídavě u matky a rodičů svého otce, který nejeví zájem ani o výchovu, ani o dívku samotnou. Prý je v současnosti ve výkonu trestu. Matka má základní vzdělání, dlouho pobývala s dívkou doma a nepracovala, nyní je zaměstnána na třísměnný provoz v jedné firmě jako dělnice. Aby dívka nebyla sama, žije střídavě u prarodičů, kteří na ni postupem času nestačí. Babička žije v představě, že její vnučce každý ubližuje, včetně její matky a učitelů na škole. S matkou tedy nevychází, čehož ke svému prospěchu obratně využívá právě Nela. Ve škole dle jejího mínění jsou také všichni zaujati vůči postižené vnučce. Jediný, kdo má snahu vidět situaci reálně, je dědeček, který čas od času zajde do školy a chápe situaci i postoj školy, která nemá zájem děvče poškodit, ale pomoci mu.

Sociální podmínky rodiny jsou slabé, o dětském pokoji nemůže být ani řeč, snad u prarodičů má stůl a vlastní kout.

Školní příprava je veškerá žádná, její docházka tomu také nasvědčuje, 130 zameškaných hodin za pololetí (což je víc jak polovina odučených hodin). Dívka je často viděna tzv. „za školou“, matka ani prarodiče často nevědí, kde dívka pobývá v čase vyučování. Odpolední hodiny a celkově volný čas netráví rodina pohromadě. Výlety ani jiné společné aktivity rodina neprovozuje. Celkově nemá dívka žádné zájmy, často se donese, že kouří, pije alkohol apod.

###### Rehabilitační péče

Rehabilitace nenavštěvuje v rámci svého postižení žádné. Často zneužívá svého postižení a vymlouvá se na různá zranění, jako úraz ruky, pohmožděný prst apod.

Každoročně ale navštěvuje na měsíc či více Jánské Lázně, odkud si přináší vždy pozitivní posudek.

„…u děvčete lze konstatovat v současné době mj. nerovnoměrný rozvoj osobnosti právě v důsledku organického postižení, s intelektovým vývojem v rámci průměru (IQ 100), ale vzhledem k dyskinézám, k takovým obtížím v přizpůsobování se práci při zaškolení, které budou vyžadovat spec. pedagogický přístup, pomůcky a celkově tvořivý přístup pedagoga nejenom při psaní a kreslení. Osobnost dítěte je velmi pozitivně vyladěná, kooperativní…“ (Zpráva z vyšetření, Klinická psychologie Trutnov, 6. 5. 02)

###### Osobní anamnéza

Dívka je z 1. fyziol. gravidity, porod byl v termínu, nebyla kříšena. Pozitivní RA – otec dívky má také obtíže s chůzí, ataxii, z dokumentace vyplývá, že měl 1x EMG s norm. nálezem. Dívka byla po porodu další 3 měsíce v nemocnici, zpočátku s podezřením na srdeční vadu, posléze byla zjištěna kongenitální hypothyreosa, pro kterou byla trvale substituována a sledována na endokrinologii v místě bydliště. Motorický vývoj byl opožděn, kolem 14. měsíce chodila kolem nábytku, samostatná chůze až mnohem později. Od počátku rehabilitována Vojtovou a Bobathovou metodou pro spasticitu na dolní končetiny.

Nepotlačitelných pohybů si matka všimla až kolem 1 roku. V současnosti jsou intenzivnější, na rozdíl od stability a kvality chůze, která se zlepšuje. Intelektově je dívka na úrovni věku.

Dle neurologického nálezu dívka ochotně spolupracuje, komunikuje přiměřeně věku, po zavření očí jsou četné mimovolní pohyby, zpočátku spíše na akrech horních končetin, po chvíli se objevují i na trupu a mimickém svalstvu. Ovlivňují i postavení pánve. Chůze je bipedální, relativně nejistá, se zaváháním v otáčkách, kupodivu je horší po špičkách než po patách (Neurologické vyšetření ze dne 1. 12. 2005, Klinika dětské neurologie, Motol).

###### Školní anamnéza

Na základě SPC vyšetření doporučují zařadit dívku do specializované třídy, dále doporučují při výuce využívat reedukační a kompenzační metody určené pro žáky se SVPU (dysgrafie v kombinaci s dysortografií). Hodin tělesné výchovy je možné se zúčastnit jen s ohledem na lékařské doporučení. Při praktických činnostech je nutné zohledňovat pomalejší tempo a motivovat žákyni pro dokončení započatých úkolů (Odborný posudek SPC Jánské Lázně, 30. 11. 2005).

Od 1. do 7. třídy navštěvuje Nela speciální třídu na běžné základní škole. Od 5. třídy je uvolněna z hodin tělesné výchovy, od 6. třídy neklasifikována z matematiky a českého jazyka. V 7. třídě po reparátu ze zeměpisu propadá a po neshodách babičky s třídní učitelkou a ostatními učiteli odchází z důvodu neakceptování tělesného postižení do jiné školy.

Docházka dívky se na 2. stupni postupně zhoršuje natolik, že dívka ve škole spíš není, než je. Opakované ohlášky na OSPOD nejsou řešením.

Dívka nezapadla do kolektivu, žáci k ní mají spíše odmítavý postoj. Pomohou jí, pokud je potřeba, kamaráda ale ve třídě nenašla.

Prognóza

Třídní učitelka nevidí její budoucnost růžově. Dívka nemá základní společenské návyky, nemá vžitá určitá pravidla, nemá meze. Vzor v rodině není, vidí spíše negativní příklady. Nela také velmi rychle vycítila situaci a umí ji vcelku obratně využít ve svůj prospěch, ať už ve vztahu matka babička, nebo babička škola. Dívka jedná, jak se pro ni daná situace jeví výhodná. Díky záškoláctví, špatným vlivům ve volném čase je Nela často sprostá, vulgární, falešná. Je viděna při konzumaci alkoholu, kouření cigaret, posedává v parku nebo na zastávce…

### Pátá případová studie

14letý chlapec Martin navštěvuje 6. třídu základní školy, subjekt 4. Je střední postavy, sympatický a milý blonďák, který je mírnější povahy, spíše uzavřený, často vůbec nekomunikuje a jen pozoruje své spolužáky a okolí. Zjevně je velmi citlivý a kdejaká neočekávaná situace ho vyvede z míry. Nejedná však agresivně, stahuje se do ústraní. Kamarády však ve své třídě má. Navštěvuje tuto již od 1. ročníku a kolektiv si na jeho postižení zvykl. Chlapec přišel na svět velmi předčasně, lékaři mu nedávali velké naděje, přesto se velmi bil a za přispění dnešní medicíny přežil.

Je postižený DMO, inteligence prý snížena, chůze nestabilní, ale samostatná. Maminka i otec však vidí omezené hranice jeho vývoje a někdy nereagují pozitivně. Jeho budoucnost nevidí růžově, maminka nepřestává nadávat na lékaře, kteří sice zachránili její předčasně narozené dítě, ale: „…udělali si čárku, že zachránili lidský život, ale komu tím prospěli...?“ Často prý říká.

Otázky bez odpovědi a výraz beznaděje dávají nejistou odpověď a člověk nemůže soudit.

Martin tráví spoustu času u své babičky, která po smrti manžela vyplnila čas a místo ve svém srdci jinou krásnou bytostí, jak prý říká… Společně si hodně povídají, čtou přírodovědné knížky a chlapec se zájmem sleduje i veškeré přírodopisné filmy.

Maminka i tatínek jsou pracovně velmi vytíženi a práce je pro ně smyslem jejich života. Některé volné chvíle pak tráví s přáteli na společenských akcích, které jsou nepostradatelné pro jejich práci. Díky jejich zaměstnání a financím pak ale není problém pořídit Martinovi veškeré pomůcky potřebné jak ke vzdělání, tak k běžnému životu. Každý rok odpočívají také, jistě dvakrát, kdesi u moře, které prý chlapec velmi miluje. Vždy s sebou berou babičku, takže si dovolenou užívají společně.

###### Školní anamnéza

Základní škola, kterou Martin navštěvuje, neposkytuje žádné informace nikomu.

Na základě ochrany dat nechtějí porušit intimitu rodiny ani chlapce.

###### Rodinná anamnéza

Stejně tak rodina si nepřipustí nikoho do svého krásného domu v okrajové části města. Chrání si velice své soukromí. Veškeré informace poskytlo okolí, sousedé, spolužáci.

## Terénní výzkum mezi zdravými a postiženými žáky

1. **Popis výzkumu a výběrového vzorku**

Výzkum byl prováděn na čtyřech ZŠ, výše popsaných subjektech, ve třídách, které navštěvuje alespoň jeden tělesně postižený žák. Celkový počet všech dotazovaných respondentů v rámci terénního výzkumu včetně postižených jedinců byl 88. S tělesným postižením bylo pět respondentů, z toho tři respondenti byli v době výzkumu ze sedmé třídy, jeden z druhé a jeden ze šesté třídy.

1. **Popis dotazníků**

Znění dotazníků bylo přizpůsobeno věku respondenta a tomu, zda je postižený, či nikoliv.

Jednalo se o čtyři typy dotazníků:

* dotazník A pro spolužáky 2. stupně ZŠ
* dotazník B pro spolužáky 1. stupně ZŠ
* dotazník C pro postiženého žáka 2. stupně ZŠ
* dotazník D pro postiženého žáka 1. stupně ZŠ

Dotazníky A, B: stejný typ otázek s rozlišením úrovně porozumění, tedy dle věku.

Dotazníky C, D: stejný typ otázek pro postiženého žáka s rozlišením dle věku.

Jednotlivé otázky byly kladeny s ohledem na úroveň chápání této problematiky žáky navštěvující základní školu. Vesměs byly otázkami nepřímo zjišťovány i zcela jiné skutečnosti, než co bylo konkrétním obsahem otázek.

Návratnost dotazníků byla 100%, jelikož jejich autorka prováděla výzkum na školách osobně.

Dotazník obsahuje otevřené i uzavřené otázky. Pro statistické vyhodnocování byly určeny především otázky uzavřené. Otevřené otázky dokreslují duševní rozpoložení dětí ve vztahu k postiženým spolužákům. Některé z nich byly kladeny, aby si respondenti opravdu uvědomili svůj postoj k postiženému spolužákovi, a byly užity k čištění dat. Vzhledem k tomu, že respondenty byly děti, občas se stalo, že si v odpovědích na otázky odporovaly. V tomto případě byla právě data čištěna, jak je uvedeno v kapitole 3.3.3. Čištění dat.

1. ***Dotazníky A, B***

*Otázka č. 1* ***Jsi žákem jaké třídy?***

Tato otázka zkoumala zařazení žáka do třídy základní školy, potažmo přibližný věk respondentů.

*Otázka č. 2* ***Máš ve své třídě spolužáka (-žačku), který má nějaké postižení?***

Tato otázka vedla ke zjištění, zda se jedná skutečně o třídu, která integruje postiženého žáka a zároveň sloužila jako přípravná otázka k následující.

*Otázka č. 3* ***Víš, jaké má postižení?***

Tato otázka měla uvést, kolik žáků ví, jaké má postižení jeho spolužák, respektive zajímá-li se vlastně o něho.

*Otázka č. 4* ***Jak dlouho ho(ji) znáš?***

Nepřímo vede tato otázka ke zjištění, zda je postižený žák integrovaný od 1. třídy, pochopitelně vede i k dalším zjištěním.

*Otázka č. 5* ***Jak bys ho (ji) ohodnotil?***

Otázka měla posoudit jak charakterové vlastnosti postiženého žáka, tak v podstatě vztah k němu samotnému.

*Otázka č. 6* ***Kamarádíš s ním (ní)?***

To, že spolužáci chodí do stejné třídy s žákem postiženým, ještě neznamená, že ho přijali do svého kolektivu, a to rovněž ne vždy znamená, že vztah mezi spolužáky musí být nutně kamarádský. O tom referuje tento typ otázky.

*Otázka č. 7* ***Pomáháš mu (jí)?***

Pokud akceptují spolužáci mezi sebou postiženého žáka, nemusí mu přitom vůbec pomáhat.

Zjištění je nasnadě.

*Otázka č. 8* ***Jak?***

Jedná se o navazující otázku k té předchozí. Rozvíjí konkrétně způsob pomoci.

*Otázka č. 9* ***Vídáte se i mimo školu?***

Jde o zjištění, zda mají žáci skutečně zájem se s postiženým vídat a kontaktovat ho, protože třídní kolektiv je skupina lidí, která byla „kolektivem“ v podstatě násilně utvořena.

*Otázka č. 10* ***Kde?***

Opět tato otázka slouží k bližšímu zjištění konkrétních míst setkání.

*Otázka č. 11* ***Jak tě obohatila přítomnost tohoto spolužáka (-žačky)?***

Spolužáci bez výjimky mohou vedle sebe „prosedět“ celých devět let, aniž by se nějak ovlivnili. Někteří lidé, stejně tak žáci, si prostě nemají co říci. Jak jsou na tom tito respondenti, sledovala daná otázka.

*Otázka č. 12* ***Jak jsi obohatil ty jeho (ji)?***

Tato otázka prozrazuje nitro a sebekritický pohled na postoj k postiženému žákovi.

*Otázka č. 13* ***Jak hodnotíš umístění postižených lidí do běžného života?***

Integrace v běžném životě není tak častým jevem. Stále je mezi námi spousta lidí, kteří jsou se svým postižením ukryti zraku veřejnosti. Jak se staví k této problematice naše mládež, se dovíme v této otázce.

*Otázka č. 14* ***Vysvětli pojem integrace.***

Tento pojem je v dnešní době velmi diskutovaný. Jak moc vědí žáci o integračním procesu, patří-li ke všemu do třídy, kde se tento proces děje, nám ozřejmí otázka 14.

*Otázka č. 15* ***Máš cosi na srdci, co bys chtěl k tomuto tématu sdělit?***

Dotazovaného po čas sledu otázek mohou napadnout myšlenky, pro které není v dotazníku místo. Budiž otázka 15 prostorem pro nové postřehy a připomínky.

1. ***Dotazníky C, D***

*Otázka č. 1* ***Kolik je ti let?***

Otázka zjišťuje věk integrovaného postiženého žáka.

*Otázka č. 2* ***Do jaké třídy chodíš?***

Věk integrovaného postiženého dítěte nemusí nutně korespondovat s navštěvovanou třídou, jelikož u této skupiny respondentů není neobvyklý odklad školní docházky.

*Otázka č. 3* ***Jak dlouho jsi v tomto kolektivu?***

Postižený žák může v rámci integrace do běžné základní školy nastoupit buď hned po zápisu, nebo přestoupit z jiné školy v rámci devítileté školní docházky, či na doporučení SPC přejít ze speciální základní školy. Tento fakt zjišťuje nepřímo daná otázka.

*Otázka č.* ***Jsi spokojený (-á) v kolektivu?***

Postižení žáci mají buď citu na rozdávání, nebo jej musíme hledat pod slupkou nečitelného odtažitého výrazu a postoje. Jak sami hodnotí tuto skutečnost, vyčteme z otázky 4.

*Otázka č. 5* ***Pomáhají ti spolužáci?***

Ačkoliv si spolužáci myslí, že integrovanému spolužákovi nepomáhají nebo vlastně ani nevědí jak, tuto skutečnost vnímá postižený úplně jinak. Často mu ke štěstí stačí daleko méně přízně, i tu bere ze svého pohledu jako pomoc, aby obstál dobře v rámci integrace.

*Otázka č. 6* ***Jak?***

Tato otázka vystihuje konkrétní podoby pomoci spolužáků očima postiženého.

*Otázka č. 7* ***Máš ve třídě kamarády?***

Vesměs je integrovaný ve třídním kolektivu solitér, který si buduje důvěru a kamarádský vztah velmi nejistě a déle. Jaký názor mají samotní postižení žáci, vypovídá tato otázka.

*Otázka č. 8* ***Pokud ne, proč?***

Sebekritické hodnocení a hledání důvodu negativní odpovědi na předešlou otázku je krokem dopředu v úspěšném procesu integrace.

*Otázka č. 9* ***Vídáte se i mimo školu?***

Kontakt mimo školní prostředí upevní kamarádské vztahy. Je pak patrné, že obě strany chtějí být spolu.

*Otázka č. 10* ***Jaké máš zájmy?***

Tato otázka poslouží k zjištění volnočasových aktivit integrovaného žáka a dále jako podklad pro další otázku.

*Otázka č. 11* ***Navštěvuješ kroužek se svými kamarády?***

Společný zájem mimo školu je také dobrý pro upevnění kamarádství a budování zdravé sebedůvěry.

*Otázka č. 12* ***Jak bys hodnotil (-la) svou přítomnost ve třídě?***

Opět sebekritické hodnocení své pozice v kolektivu. O tom vypovídá otázka 12.

*Otázka č. 13* ***Jak jsi obohatil (-la) svou přítomností své spolužáky?***

Cítit potřebu sebe samotného a možnost předat kus sebe jiným je vnitřní nevyřčená touha převážné většiny lidí. Mají tyto pocity také postižené děti?

*Otázka č 14* ***Jak hodnotíš umístění postižených lidí do běžného života?***

Otázku své budoucnosti a jakousi jistotu svého bytí vidí handicapovaný žák ve společenské upotřebitelnosti postižených. Zabývá se tímto již na základní škole?

*Otázka č. 15* ***Umíš vysvětlit pojem integrace***?

Tato otázka by měla přinést odpověď na to, zda si postižený žák uvědomuje, že je součástí integračního procesu. Zjištění, že integrovaný žák v podstatě neví, jakého procesu je součástí, je či není relevantní?

1. **Čištění dat**

Za čištění dat se v tomto výzkumu považuje:

* úprava vzájemně si odporujících odpovědí
* kategorizace odpovědí u otevřených otázek

Vzhledem k tomu, že respondenty byly děti, bylo nutné vyčistit data z hlediska vzájemně si odporujících odpovědí. Například otevřené otázky: „Jak tě obohatila přítomnost postiženého?“ a „Jak jsi obohatil ty jeho?“ nebo „Jak pomáháš?“ pomohly k vyčištění odpovědí v otázce „Pomáháš mu, jí?“. Respondenti občas uvedli, že postiženému nepomáhají, ale v otázkách na vzájemné obohacení uvedli, že si pomáhají, nebo uvedli způsob konkrétní pomoci v otázce „Jak pomáháš?“

Některé otevřené otázky bylo možno statisticky vyhodnotit až s pomocí kategorizace odpovědí: „Víš, jaké má postižení?“, „Jak bys ho (ji) ohodnotil?“.

1. **Vyhodnocení výzkumu**
2. ***Věk respondentů***

Do výzkumu byly zahrnuty děti tří věkových kategorií: 18 % respondentů navštěvovalo 2. třídu, 23 % 6. třídu a 59 % 7. třídu.

Všechny zdravé děti, bez ohledu na věk, si uvědomují přítomnost postiženého žáka ve třídě, což je výsledkem dotazování na otázku 2 v dotazníku. Ne všichni však vědí, si všímají, jakého druhu postižení spolužáka je.

1. ***Jakého druhu je postižení spolužáka?***

24,1 % žáků buď nevědělo, jak je spolužák postižen, nebo nechtělo odpovědět. Všichni, kteří neodpověděli, či nevěděli, jaké je postižení spolužáka, jsou z druhého stupně. 74 % (8,43 % + 9,64 %) / (9,76 % + 14,63 %) těch, kteří nevěděli či neodpověděli, jakého druhu je postižení spolužáka, s ním nechodilo do školy od první třídy.

Tabulka Znalost postižení versus spolužáky od 1. tř.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Spolužáci od 1. tř.** | | |
| **Postižení** | **Ano** | **Ne** | **Celkový součet** |
| Dětská obrna | 4,82% | 4,82% | 9,76% |
| Je na vozíku | 0,00% | 7,23% | 7,32% |
| Neodpověděl/a | 1,20% | **8,43%** | **9,76%** |
| Nevím | 4,82% | **9,64%** | **14,63%** |
| Pomalu se učí | 3,61% | 0,00% | 3,66% |
| Porucha chůze a mluvy | 7,23% | 0,00% | 6,10% |
| Porucha chůze a pomalu se učí | 2,41% | 1,20% | 3,66% |
| Špatně chodí | 10,84% | 13,25% | 24,39% |
| Tělesné postižení | 14,46% | 6,02% | 20,73% |
| Celkový součet | 49,40% | 50,60% | 100,00% |

Tabulka Znalost postižení versus navštěvovaná třída

|  | **Třída** | | |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Postižení** | **2** | **6** | **7** | **Celkový součet** |
| Dětská obrna | 0,00% | 11,11% | 12,24% | 9,76% |
| Je na vozíku | 0,00% | 0,00% | 12,24% | 7,32% |
| Neodpověděl/a | 0,00% | **5,56%** | **14,29%** | 9,76% |
| Nevím | 0,00% | **22,22%** | **16,33%** | 14,63% |
| Pomalu se učí | 0,00% | 11,11% | 2,04% | 3,66% |
| Porucha chůze a mluvy | 0,00% | 5,56% | 8,16% | 6,10% |
| Porucha chůze a pomalu se učí | 0,00% | 5,56% | 4,08% | 3,66% |
| Špatně chodí | 0,00% | 33,33% | 28,57% | 24,39% |
| Tělesné postižení | 100,00% | 5,56% | 2,04% | 20,73% |
| Celkový součet | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

1. ***Jak dlouho se respondenti znají s postiženým spolužákem***

Faktor, zda je postižený žák mezi stejnými spolužáky od 1. třídy či nikoliv, může hrát podstatnou roli v nazírání na tohoto žáka. Následující graf znázorňuje, zda respondenti chodí s postiženým spolužákem od 1. třídy. Takových respondentů je více než polovina z výzkumného vzorku, 51%. Tabulka pod grafem doplňuje informaci o době, vzájemné známosti versus navštěvovaná třída. 73 % druháků a 79 % šesťáků chodí s postiženým od první třídy, mezi sedmáky je takových respondentů jen 29 %.

Tabulka Roky společné známosti versus navštěvovaná třída

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Třída** | | |  |
| **Roky** | **2** | **6** | **7** | **Celkový součet** |
| 1 | 26,67% | 0,00% | 26,53% | 20,48% |
| 2 | 73,33% | 10,53% | 38,78% | 38,55% |
| 3 | 0,00% | 5,26% | 2,04% | 2,41% |
| 4 | 0,00% | 0,00% | 2,04% | 1,20% |
| 5 | 0,00% | 5,26% | 0,00% | 1,20% |
| 6 | 0,00% | 78,95% | 0,00% | 18,07% |
| 7 | 0,00% | 0,00% | 28,57% | 16,87% |
| 14 | 0,00% | 0,00% | 2,04% | 1,20% |
| Celkový součet | 100,00% | 100,00% | 100,00% | 100,00% |

1. ***Závislost vztahu k postiženému na věku a skutečnosti, zda jsou spolužáky od 1. třídy***

61,45 % respondentů uvedlo, že s postiženým spolužákem kamarádí. Na deklaraci kamarádství má vliv současně věk, i to, zda jsou spolužáky od 1. třídy. Mladší děti, druháci, odpověděli v 93,3 %, že s postiženým kamarádí, a jen 73 % z nich s ním chodí od první třídy. U mladších dětí se jeví, že kamarádství s postiženým nezáleží na tom, zda spolu chodí od první třídy do školy. V šesté třídě s postiženým kamarádí pouze 42 % žáků, tedy 1,5 krát méně (61,45/42) než v celém výzkumném vzorku. U šesťáků vypadá, že tato hodnota je ovlivněna tím, zda spolu chodí od 1. třídy, protože v tomto případě kamarádí 46,7 % šesťáků s postiženým. U sedmáků deklaruje kamarádství s postiženým 59% žáků a procento deklarovaného kamarádství se téměř neliší v případě, zda spolu chodí od začátku či nikoliv. V následující kapitole se pokusíme s pomocí statistického testování hypotéz ověřit, zda je kamarádství s postiženým spolužákem skutečně v různých věkových skupinách ovlivněno tím, zda s tímto žákem chodí do školy od 1. třídy, či nikoliv.

Tabulka Navštěvovaná třída a doba společné docházky ovlivňují deklaraci kamarádství

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Kamarádíte?** | |  |  |
| **Třída/spolužáci od 1.tř** | **A** | **N** | **někdy** | **Celkový součet** |
| 2 třída | 93,33% | 6,67% | 0,00% | **100,00%** |
| A | 90,91% | 9,09% | 0,00% | **100,00%** |
| N | 100,00% | 0,00% | 0,00% | **100,00%** |
| 6 třída | 42,11% | 47,37% | 10,53% | **100,00%** |
| A | 46,67% | 40,00% | 13,33% | **100,00%** |
| N | 25,00% | 75,00% | 0,00% | **100,00%** |
| 7 třída | 59,18% | 36,73% | 4,08% | **100,00%** |
| A | 60,00% | 33,33% | 6,67% | **100,00%** |
| N | 58,82% | 38,24% | 2,94% | **100,00%** |
| Celkový součet | 61,45% | 33,73% | 4,82% | **100,00%** |

1. ***Test: 2×2 G-test nezávislosti (kontingenční tabulky)***

Možností testování shodností frekvencí kamarádství s postiženým spolužákem mezi spolužáky od první třídy a těmi ostatními je využití G-testu, nebo Chi kvadrát testu. V tomto případě byl zvolen G-test. Pro tento druh testu je zapotřebí dostatečně velké četnosti v jednotlivých kategoriích, doporučení zní více než 5 pozorování. Proto byly sloučeny kategorie „Nekamarádíme“ s kategorií „Někdy“ a samostatně jsou ponechány jen jasně deklarovaná kamarádství.

Žáci druhé třídy nebyli testováni, protože zde by nebyla splněna podmínka pro počet měření, každá kategorie by měla mít četnost větší než 0.

Jak je vidět, i po těchto úpravách má skupina šesťáků stále příliš málo pozorování v kategorii respondentů, kteří nejsou spolužáky od 1. třídy. Na žáky 6. třídy by tedy měl být použit některý z exaktních testů, například Fisherův exaktní test nezávislosti. Dle tohoto exaktního testu nezávislosti **nejsou rozdíly v deklaraci kamarádství** mezi jednotlivými skupinami (spolužáci od 1. tř, ostatní) u šesťáků **statisticky významné.**

K demonstrování výpočtu G-testu pro sedmáky byly poté použity hodnoty uvedené v následující tabulce.

Tabulka Kamarádství s postiženým spolužákem u sedmáků a u šesťáků

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | **Kamarádíte s postiženým?** | | | | | |
| **Šesťáci** | | | **Sedmáci** | | |
| A | Ne, někdy | Celkem | A | Ne, někdy | Celkem |
| **Spolužáci od 1. tř?** | Celkem | a+c=8 | b+d=11 | n=19 | a+c =29 | b+d =20 | n =49 |
| A | a=7 | b=8 | a+b=15 | a=9 | b=6 | a+b=15 |
| N | c=1 | d=3 | c+d=4 | c=20 | d=14 | c+d=34 |
|  | G stat | 0,63754 |  | | 0,005971 |  | |
| Chidist | 0,424603 | 0,938409 |

K výpočtu jsou zapotřebí pouze pozorované počty, jejich marginální četnosti a celkový počet měření. Hodnotu G-testu dostaneme podle:

G = 2[*a*\*ln(*a*) + *b*\*ln(*b*) + *c*\*ln(*c*) + *d*\*ln(*d*) + *n*\*ln(*n*) - (*a*+*b*)\*ln(*a*+*b*) - (*c*+*d*)\*ln(*c*+*d*) - (*a*+*c*)\*ln(*a*+*c*) - (*b*+*d*)\*ln(*b*+*d*)]

Stupně volnosti jsou dány vztahem: d.f. = (*R*-1)(*C*-1) = 1.

Distribuce G-testové charakteristiky se marginálně blíží distribuci χ2, tudíž lze využít tabulek pro χ2 rozdělení a zjistit, že v případě sedmáků

G = 0,0059 < χ2 df=1, α=0,05 = 3,841

a **nezamítnout** nulovou hypotézu, že kamarádství je **nezávislé** na tom, zda s postiženým žákem chodí od 1. třídy. Pro výpočet přesné pravděpodobnosti testu můžeme využít další funkce MS Excelu, která vrací jednostrannou pravděpodobnost χ2 rozdělení. Tato funkce je vyvolána příkazem „=CHIDIST(X,d.f.)“, kde je za X doplněna hodnota, pro kterou chcete zjistit pravděpodobnost rozdělení, a za d.f. počet stupňů volnosti. Po zadání hodnot z příkladu u sedmáků byla zjištěna 93 % pravděpodobnost, se kterou potvrzujeme nezávislost deklarace kamarádství na faktu, že respondent s postiženým chodí od 1. třídy.

1. ***Hodnocení vlastností postiženého spolužáka***

Tato otázka byla pokládána jako otevřená. Pro statistické vyhodnocení byly podobně deklarované vlastnosti shrnuty do jedné kategorie. Například pod kategorií „Negativní hodnocení“ jsou deklarace jako „zlý“, „nepřátelský“, „hrubý“ atd. Přiložená tabulka ukazuje, že vyloženě negativní hodnocení má pro své postižné spolužáky jen 23% respondentů. Ostatní hodnocení jsou buď pozitivní, nebo neutrální.

Tabulka Hodnocení postižených spolužáků respondenty

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Hodnocení** | **Počet** | **Procento** |
| Chytrý/á | 5 | 6,02% |
| Kamarád/ka | 23 | 27,71% |
| Negativní hodnocení (zlý, nepřátelský) | 19 | 22,89% |
| Neodpověděl/a | 8 | 9,64% |
| Neutrálně pozitivní hod. | 5 | 6,02% |
| Nevím | 8 | 9,64% |
| Pozitivní hodnocení (Hodná, milá) | 15 | 18,07% |
| Celkem | 83 | 100,00% |

1. ***Ochota pomoci postiženému spolužákovi***

Obecně lze říci, že 67,4% dotázaných se snaží pomáhat postiženým spolužákům.

1. ***Závislost ochoty pomoci postiženému na kamarádském postoji***

Tato tendence je pak mírně vyšší, pokud s postiženým spolužákem kamarádí, pak deklaruje pomoc 73% respondentů, jak ukazují tabulky níže:

Tabulka Závislost ochoty pomoci postiženému na kamarádství, % z celku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kamarádi?** | |  |
| **Pomáháš?** | **A** | **N** | **Celkový součet** |
| A | 49,40% | 18,07% | 67,47% |
| N | 12,05% | 20,48% | 32,53% |
| Celkový součet | 61,45% | 38,55% | 100,00% |

Tabulka Závislost ochoty pomoci postiženému na kamarádství, % řádku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Kamarádi?** | |  |
| **Pomáháš?** | **A** | **N** | **Celkový součet** |
| A | 73,21% | 26,79% | 100,00% |
| N | 37,04% | 62,96% | 100,00% |
| Celkový součet | 61,45% | 38,55% | 100,00% |

K testování této závislosti byl vybrán G- test nezávislosti v kontingenční tabulce. Tabulka 9 ukazuje, že v jednotlivých kategoriích je i dost pozorování pro tento test. Tabulka 9 popisuje četnosti v jednotlivých kategoriích. Již na 5% hladině významnosti bychom zamítli testovanou hypotézu, že pomoc postiženému spolužákovi nezáleží na tom, zda jsou kamarády, či nikoliv. **Jak je vidět, kamarádství ovlivňuje chování k postiženému spolužákovi.**

Tabulka G test nezávislosti v kontingenční tabulce. Test vlivu kamarádství na ochotu pomoci

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Pomáháš mu/ji? | | |
| A | N | Celkem |
| Kamarádíte? | Celkem | 56 | 27 | 83 |
| A | 41 | 10 | 51 |
| Ne, někdy | 15 | 17 | 32 |
|  | G stat | 9,99502 |  | |
| Chidist | 0,00157 |

1. ***Závislost ochoty pomoci postiženému na tom, zda jsou spolužáky od 1. třídy***

Velmi uspokojivé je, že nepozorujeme žádnou závislost v ochotě pomoci postiženému spolužákovi na tom, zda spolu žáci chodí od 1. třídy či nikoliv. V obou skupinách pozorujeme přibližně 50% zastoupení.

Tabulka Závislost ochoty pomoci postiženému na faktu, že jsou spolužáky od 1. tř, % z celku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Spolužáci od 1. tř.** | |  |
| **Pomáháš?** | **A** | **N** | **Celkový součet** |
| A | 33,73% | 33,73% | 67,47% |
| N | 15,66% | 16,87% | 32,53% |
| Celkový součet | 49,40% | 50,60% | 100,00% |

Tabulka Závislost ochoty pomoci postiženému na faktu, že jsou spolužáky od 1. tř, % z řádku

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Spolužáci od 1. tř.** | |  |
| **Pomáháš?** | **A** | **N** | **Celkový součet** |
| A | 50,00% | 50,00% | 100,00% |
| N | 48,15% | 51,85% | 100,00% |
| Celkový součet | 49,40% | 50,60% | 100,00% |

Také síla tohoto vztahu byla otestována testem nezávislosti v kontingenční tabulce. Znovu byla užita G statistika. Níže uvedená tabulka ukazuje, že nelze zamítnout hypotézu o nezávislosti. Postiženému spolužákovi tedy pomůže respondent, ať s ním chodí od 1. třídy či nikoliv.

Tabulka G test nezávislosti v kontingenční tabulce. Test vlivu toho, zda jsou spolužáky od 1. tř na ochotu pomoci

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Pomáháš mu/ji? | | |
| A | N | Celkem |
| Spolužáci od 1. tř | Celkem | 56 | 27 | 83 |
| A | 28 | 13 | 41 |
| Ne | 28 | 14 | 42 |
|  | G stat | 0,024997 |  | |
| Chidist | 0,874374 |

1. ***Vyhodnocení dotazníku postižených respondentů***

Dotazník vyplnilo pět respondentů, z 2., 6. a dva ze 7. třídy běžné základní školy. Odpovědi na otázky typu: Jsi spokojený ? - odpověděli dva nevím, dva ano, jeden ne. Zda pomáhají spolužáci: spíše ne tři, ano dva. Jestli mají kamarády ve třídě: hodnotili tři ano, dva ani ne. Svou přítomnost ve třídě hodnotí špatně jeden respondent, dva kladně a dva neví. Hodnocení je tedy velmi subjektivní a záleží na okolnostech, viz jednotlivé případové studie.

O pojmu integrace nikdy neslyšeli, a přesto probíhá celý integrační proces bez jejich ponětí, což odpovídá na relevantnost otázky 15 či 13 z dotazníku. Skutečně není podmínkou úspěšné integrace znalost problematiky tohoto jevu.

1. ***Časový harmonogram výzkumu***

* příprava výzkumu 3/2010 – 5/2010
* samotný výzkum 5/2010 – 9/2010
* zpracování výzkumu 10/2010 – 1/2011

Stěžejní výzkumná technika: dotazník, dále pak pozorování, rozhovory a analýza.

## Závěr

V této diplomové práci se autorka zabývala tématem integrace tělesně postižených žáků do základních škol běžného typu. Jedinec postižený primárním, nebo sekundárním narušením hybnosti je součástí heterogenní skupiny osob. Vývoj jeho osobnosti je ovlivněn jeho odlišnou tělesnou konstitucí, narušenou motorikou aj.

Tito jedinci mají několik možností vzdělávání:

* formou individuální, či skupinové integrace v běžných školách
* v rámci speciálního školství.

Optimální průběh integrace závisí nejen na osobnosti žáka, ale také na fungování jeho rodiny a přístupu školy. Nelze opomenout splnění všech dalších organizačních, materiálně technických, personálních, legislativních a ekonomických podmínek.

Cílem této diplomové práce bylo najít pozitiva a negativa integrace tělesně postižených žáků na čtyřech běžných základních školách (ve 2., 6. a ve dvou 7. třídách) v malém, 16tisícovém městě.

Z výzkumu vyplývá, že spolužáci, potažmo třídní kolektiv, přijímají integrované žáky s tělesným postižením převážně pozitivně, mají mezi sebou i kamarádské vztahy.

Fakt, že kamarádství je ovlivněno délkou společné školní docházky, se u mladších dětí (2. třída) nejeví jako opodstatněný, naproti tomu v 6. třídě hraje tato situace velkou roli.

V 7. třídě už pak tato deklarace nehraje vůbec roli, protože vztah s postiženým spolužákem hodnotí jako kamarádský pouze cca polovina dotázaných a u těchto délka jejich vztahu není rozhodující.

Zajímavé bylo též hodnocení postiženého žáka, kterého jako vyloženě nepřátelského, hrubého či zlého označila jen cca 1/3 respondentů. Ostatní měli buď pozitivní, nebo neutrální vztah. Svou roli zde jistě sehrál postoj vůči okolí jedné z postižených, jejíž výchova a rodinné zázemí ovlivnily danou skutečnost.

Vedle kamarádského vztahu si výzkum všímal také ochoty pomoci postiženému spolužákovi. Uspokojivé zjištění, 67 % žáků s ochotou pomoci, je však také z cca ¾ ovlivněno právě kamarádským vztahem. Je tedy patrné, že kamarádství ovlivňuje chování k postiženému spolužákovi, a to bez ohledu na společnou délku školní docházky.

Na otázku, jak se žije postiženému dítěti ve třídě běžné základní školy, odpovídá pět postižených respondentů velmi různorodě. Dva neumí svůj pobyt ohodnotit, dva jsou spokojeni a jeden nespokojen. Na základě analýzy jednotlivých případových studií a výsledků dotazníků je jedno dítě ze 2. třídy velmi spokojeno a může se díky svému postižení a finanční podpory rodičů velmi dobře zapojit do běžného života ve škole.

Ostatní postižení žáci nemohou vzhledem k věku a žádným zkušenostem s výukou a pobytem ve speciální škole přesně říci, jak hodnotí pobyt v běžné škole. Jsou se svým postižením ve třídě akceptováni, jsou většinu času separováni ve své lavici, mnoho akcí třídy si musí vzhledem k postižení či finanční či technické nedostupnosti odpustit, mají daleko menší společné zážitky. Jeden z respondentů hodnotil svou situaci takto: „…musím se snažit a překonávat své vlastní možnosti, aby mě brali…“. Zda je toto negativum, či pozitivum je relativní.

Pojem integrace bez bližšího určení, tedy v širším slova smyslu tak, jak ho slýcháme v médiích, neznal nikdo…

Z výzkumu je patrné, že  integrace tělesně postižených žáků je velice individuální a že je třeba na ni dítě, rodiče, spolužáky, učitele i další personál školy dostatečně připravit. Tento proces je však nutné i nadále rozvíjet a na základě diskuzí, výzkumů a zkušeností přispívat k  optimální formě výchovy a vzdělávání tělesně postižených žáků, kterou nemusí být vždy nutně právě integrace, ale která by vždy a za každých podmínek vedla ku spokojenosti všech.

# Seznam použité literatury

BEDNAŘÍK, J. Učebnice speciální neurologie. Brno: MU, 1999. ISBN 80-210-2125-X.

BEDNAŘÍK, J. Svalové dystrofie. Neurologie v praxi. Olomouc: Roč. Solen, 2004. ISSN 1213-1814.

Defektologický slovník, Praha: SPN, 1978.

Dětská neurologie Praha Prosek, vyšetření, jednotl. měsíce.

DUNGL, P. Ortopedie, 1. vydání Praha: Grada, 2005. ISBN 80-2470-550-8.

Hamzova odb. léčebna pro děti a dospělé, Luže-Košumberk, psycholog. Vyšetření, jednotl. data.

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: TRITON, 2001. ISBN 80-7254-192-7.

JANKOVSKÝ, J. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením. Praha: TRITON, 2006. ISBN 80-7254-730-5.

JESENSKÝ, J. Integrace – znamení doby. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80‑7184‑691‑0.

JESENSKÝ, J. Kontrapunkty integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7067-981-6.

JESENSKÝ, J. Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995b. ISBN 80-7066-941-1.

KÁBELE, F. a kol. Somatopedie . Učebnice speciální pedagogiky tělesně a zdravotně postižené mládeže. Praha: Karolinum, 1993. ISBN 80-7066-533-5.

KÁBELE, F. Časové aspekty integrace v diagnóze a prognóze postiženého dítěte. In JESENSKÝ, J. Integrace - znamení doby. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80‑7184-691‑0.

KÁBELE, F. Segregace a integrace při zařazování tělesně, zdravotně, smyslově a mentálně postižené mládeže do škol a výchovných zařízení. In JESENSKÝ, J. Kontrapunkty integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0.

KÁBELE, F. Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s dětskou mozkovou obrnou. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1986.

KLENKOVÁ, J. Kapitoly z logopedie. Brno: Paido, 2000. ISBN 80-85931-88-5.

KOTAGAL, S. Základy dětské neurologie. 1. vydání Praha: TRITON, 1996. ISBN 80‑8587-506-3.

KRACÍK, J. Patopsychologie postiženého dítěte. Praha: SPN, 1984.

KRAUS, J. a kol. Dětská mozková obrna. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

KRAUS, J., ŠANDERA, O. Tělesně postižené dítě. Praha: SPN, 1964.

KRAUS, J., ŠANDERA, O. Tělesně postižené dítě. Praha: SPN, 1975. ISBN 40-2-00.

KUBÍČE, J., KUBÍČOVÁ, Z. Máme mnoho společného. Praha: TECH-MERKET, 1997. ISBN 80-86114-08-2.

KUBÍČE, J., KUBÍČOVÁ, Z. Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-166-0.

LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH. Každé dítě potřebuje speciální přístup. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-144-4.

LESNÝ, I. Dětská neurologie. Praha: Avicenum, 1980.

LESNÝ, I. Neurologie pro speciální pedagogy. Praha: SPN, 1982.

MALACH, A. Obec a škola v procesu druhé vlny porevolučních změn. Brno: MU‑Ekonomicko-správní fakulta, 1998. ISBN 80-210-1918-2.

MATĚJČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí. Jinočany: HaH, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MICHALÍK, J. Škola pro všechny aneb Integrace je když…Vsetín: ZŠ Integraf, 2002. ISBN 80-238-9885-X.

MICHALÍK, J. Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice. Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1045-1.

MYDLIL, V. Příčiny mozkových postižení dětí. Praha: Victoria Publisching, 1995. ISBN 80-85605-82-1.

NOVOSAD, L. Základy speciálního poradenství. Struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.

OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. Somatopedie. Texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-9.

PEŠOVÁ, I., ŠÁMALÍK, M. Poradenská psychologie pro děti a mládež. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1216-4.

PEŠŤÁKOVÁ, I. Integrace žáků se zdravotním postižením do základní školy. Praha: UJAK, 2010.

PIPEKOVÁ, J. (ed.) Kapitoly ze speciální pedagogiky. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-416-8.

PRUCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. Pedagogický slovník. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

Propouštěcí zpráva Fak. nem. HK, děts. Klinika, č. chor. 221536.

PŘINOSILOVÁ, D. Diagnostika ve speciální pedagogice. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-142-3.

RENOTIÉROVÁ, M. Somatopedické minimum. Olomouc: UP, 2002. ISBN 80‑244‑0532-6.

RENOTIĚROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. Speciální pedagogika. 2. vydání. Olomouc: UP v Olomouci, 2006. ISBN 80-244-1475-9.

ŘÍČAN, P., KREJČIŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada, 1995. ISBN 80-7169-168-2.

ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. Dětská klinická psychologie. 3. přepracované a doplněné vydání Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7769-512-2.

SOSNA, A. a kol. Základy ortopedie. 1. vydání Praha: TRITON, 2001. ISBN 80‑7254‑202-8.

SPC Jánské Lázně, kontrolní vyšetření, jednotlivá data.

ŠLAPAL, R. Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-017-4.

ŠLAPAL, R. Dětská neurologie pro speciální pedagogy. Brno: Paido, 1996. ISBN 80‑85931-17-6.

ŠTAINIGL, P. Základy somatopedie. In KOČÁROVÁ, M. a kol. Speciální pedagogika pro pomáhající profese. Plzeň: Západočeská univerzita, 2002, ISBN 80‑7082‑844-7.

TITZL, B. Péče o tělesně postižené dítě. Praha: Sborník, 1985. ISBN 59-060-84.

VÁGNEROVÁ, M. Psychopatologie pro pomáhající profese. Variabilita a patologie lidské psychiky. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VALENTA, M. a kol. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: UP, 2003. ISBN 80-244-0698-5.

VALENTA, M., MÜLLER, O. Psychopedie. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

VÍTKOVÁ, M. Paradigma somatopedie. Brno: MU, 1998. ISBN 80-210-1953-0

VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-69-9.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) Integrativní školní (speciální) pedagogika: Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003a. ISBN 80-86633-07-1.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) Otázky speciálně pedagogického poradenství. Základy, teorie, praxe. Brno: MSD, 2003b. ISBN 80-86633-08-X.

VÍTKOVÁ, M. (ed.) Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální. 2. rozšířené a přepracované vydání. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, M. Somatopedické aspekty. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

SMĚRNICE MŠMT ČR o integraci dětí a žáků se speciálními potřebami do škol a školských zařízení

VYHLÁŠKA MŠMT ČR o mateřských školách (35/1992)

VYHLÁŠKA MŠMT ČR o základní škole (291/1991)

VYHLÁŠKA MŠMT ČR o střední škole ( 354/1991)

VYHLÁŠKA MŠMT ČR o speciálních školách a speciálních mateřských školách (127/1997)

VYHLÁŠKA MŠMT ČR o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (73/2005)

ZÁKON ČNR č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, tzv. školský zákon

ZÁKON ČNR č. 564/1990 Sb. o státní správě a samosprávě ve školství

ZÁKON ČNR č. 390/1991 Sb. o předškolních a školských zařízeních

ZÁKON ČNR č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

ZÁKON ČNR č. 94/1963 Sb. o rodině

ZELINKOVÁ, O. Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-544-X.

# Seznam internetových zdrojů

<http://www.who.int>

# Seznam tabulek a grafů

[Tabulka 1 Znalost postižení versus spolužáky od 1. tř. 93](#_Toc285385300)

[Tabulka 2 Znalost postižení versus navštěvovaná třída 93](#_Toc285385301)

[Tabulka 3 Roky společné známosti versus navštěvovaná třída 94](#_Toc285385302)

[Tabulka 4 Navštěvovaná třída a doba společné docházky ovlivňují deklaraci kamarádství 95](#_Toc285385303)

[Tabulka 5 Kamarádství s postiženým spolužákem u sedmáků a u šesťáků 96](#_Toc285385304)

[Tabulka 6 Hodnocení postižených spolužáků respondenty 97](#_Toc285385305)

[Tabulka 7 Závislost ochoty pomoci postiženému na kamarádství, % z celku 98](#_Toc285385306)

[Tabulka 8 Závislost ochoty pomoci postiženému na kamarádství, % řádku 98](#_Toc285385307)

[Tabulka 9 G test nezávislosti v kontingenční tabulce. Test vlivu kamarádství na ochotu pomoci 98](#_Toc285385308)

[Tabulka 10 Závislost ochoty pomoci postiženému na faktu, že jsou spolužáky od 1. tř, % z celku 99](#_Toc285385309)

[Tabulka 11 Závislost ochoty pomoci postiženému na faktu, že jsou spolužáky od 1. tř, % z řádku 99](#_Toc285385310)

[Tabulka 12 G test nezávislosti v kontingenční tabulce. Test vlivu toho, zda jsou spolužáky od 1. tř na ochotu pomoci 99](#_Toc285385311)

# Seznam příloh

Dotazník pro spolužáky 2. stupeň I

**Dotazník pro spolužáky 1. stupeň** II

## Dotazník pro dívku (chlapce) 2. stupeň

## Dotazník pro dívku (chlapce) 1. stupeň

**A Dotazník pro spolužáky 2. stupeň**

1. Jsi žákem jaké třídy?

2. Máš ve své třídě spolužáka(-žačku), který má nějaké postižení?

3. Jaké?

4. Jak dlouho ho(ji) znáš?

5. Jak bys ho(ji) ohodnotil?

6. Kamarádíš s ním(ní)?

Ano

Ne

7. Pomáháš mu(jí)?

Ano

Ne

8. Jak?

9. Vídáte se i mimo školu?

Ano

Ne

10. Kde?

11. Jak tě obohatila přítomnost tohoto spolužáka (-žačky)?

12. Jak jsi obohatil ty jeho (ji)?

13. Jak hodnotíš umístění postižených lidí do běžného života?

14. Vysvětli pojem integrace.

15. Máš cosi na srdci, co bys chtěl (a) k tomuto tématu sdělit?

**B Dotazník pro spolužáky 1. stupeň**

1. Do jaké třídy chodíš?

2. Máš ve své třídě spolužáka (nebo spolužačku), který má nějaké postižení?

Ano

Ne

3. Víš, jaké má postižení?

4. Jak dlouho ho (nebo ji) znáš?

5. Jak bys ho (nebo ji) ohodnotil? Jaký je tvůj spolužák ( nebo spolužačka)?

6. Kamarádíš s ním (nebo s ní)?

Ano

Ne

7. Pomáháš mu (nebo ji)?

Ano

Ne

8. Jak?

9. Vídáte se i mimo školu?

Ano

Ne

10. Kde?

11. Je dobře, že postižené děti chodí do stejné školy jako děti zdravé?

Ano

Ne

Nevím

12. Proč?

13. Víš, co je to integrace?

**C Dotazník pro dívku (chlapce) 2. stupeň**

1. Kolik je ti let?

2. Do jaké chodíš třídy?

3. Jak dlouho jsi v tomto kolektivu?

4. Jsi spokojená (-ý) v tomto kolektivu?

Ano

Ne

Nevím

5. Pomáhají ti spolužáci?

6. Jak?

7. Máš ve třídě kamarádky nebo kamarády?

Ano

Ne

8. Pokud ne, proč?

9. Vídáte se i mimo školu?

Ano

Ne

Velmi zřídka

10. Jaké máš zájmy?

11. Navštěvuješ kroužky se svými kamarády?

12. Jak bys hodnotil (-a) svoji přítomnost ve třídě?

13. Jak jsi obohatil (-a) svou přítomností své spolužáky ve třídě?

14. Jak hodnotíš umístění postižených lidí do běžného života?

15. Umíš vysvětlit pojem integrace?

**D Dotazník pro dívku (chlapce) 1. stupeň**

1. Kolik je ti let?

2. Do jaké chodíš třídy?

3. Jak dlouho jsi v tomto kolektivu?

4. Jsou na tebe spolužáci hodní?

Ano

Ne

Jak kdy

5. Pomáhají ti?

Ano

Ne

Jak kdy

6. Jak?

7. Máš ve třídě kamarádky a kamarády?

Ano

Ne

8. Jestliže ne, proč?

9. Vídáte se i mimo školu?

Ano

Ne

Jen někdy

10. Jaké máš zájmy?

11. Navštěvuješ kroužky se svými kamarády?

Ano

Ne

12. Co je dobré na tom, že chodíš do této třídy?

13. Víš, co je to integrace?

# 

**BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno autora:** Bc. Elena Lahučká

**Obor:** Speciální pedagogika

**Forma studia**: magisterské kombinované

**Název práce:** Integrace zdravotně postižených dětí do základních škol

**Rok:** 2011

**Počet stran textu bez příloh:** 102

**Celkový počet stran příloh:** 4

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 71

**Počet internetových zdrojů:** 1

**Vedoucí práce:** PhDr. Renata Kreuzová

1. Formálně má Praktický kodex podobu určitého stanoviska ministerstva školství… Jedná se o knihu formátu A4, která je k dispozici rodičům, na každé škole, školském úřadě, poradenském pracovišti. Kodex podrobně stanoví pravidla diagnostiky speciálních potřeb dítěte, procesní stránku postupu začleňování do třídy a školy včetně odvolání, termínů a lhůt pro vypracování posudků apod. [↑](#footnote-ref-1)
2. Přijetí handicapovaných dětí a adolescentů naplňuje jedno ze základních cílů vzdělání…Školní integrace je zásadním předpokladem procesu sociální a profesní integrace handicapovaných osob. [↑](#footnote-ref-2)
3. dle §7vyhlášky MŠMT o speciálních školách [↑](#footnote-ref-3)
4. Další informace možno zhlédnout v příloze Vyhlášky č.182/1991 Sb. z oblasti práce a sociálních věcí, kde jsou taxativně vyjmenovány jednotlivé kompenzační a rehabilitační pomůcky pro jednotlivá postižení a podíl státu na jejich úhradě. [↑](#footnote-ref-4)
5. Kraus (2005) uvádí výskyt epilepsie u 15 až 55 % osob s DMO.

   Nejčastější je pak u kvadruparetické 50-94 % a hemiparetické formy 33-50 %, nejméně pak u diparetické 16-27 % a dyskinetické formy 25 %. [↑](#footnote-ref-5)
6. Mydlil (1995) nevidí císařský řez jako samotné riziko, ale nebezpečnou se jeví příčina, pro kterou byl konán. [↑](#footnote-ref-6)