

ZÁPADOČESKÁ UNIVERZITA V PLZNI

FAKULTA PEDAGOGICKÁ

KATEDRA PEDAGOGIKY

**ZMĚNY V PŘÍSTUPU K SOCIÁLNÍ INTEGRACI
K ŽÁKŮM S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RÁMCI
ŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ BĚHEM POSLEDNÍCH
20 LET**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Lenka Vlachová

Sociální péče, obor Sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Josef Slowík, Ph.D.

Plzeň, 2014

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně s použitím uvedené literatury a zdrojů informací.

Plzeň, 14. 4. 2014

.....
vlastnoruční podpis

Chtěla bych poděkovat vedoucímu mé bakalářské práce PhDr. Josefu Slowíkovi, Ph.D. za cenné rady a odbornou pomoc, kterou mi poskytoval při zpracování mé bakalářské práce a za čas, který mi věnoval. Dále bych chtěla poděkovat respondentům, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 KLASIFIKACE TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ	8
1.1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)	8
1.2 DĚTSKÁ INFEKČNÍ OBRNA	8
1.3 NEUROMUSKULÁRNÍ A SVALOVÁ ONEMOCNĚNÍ	8
1.4 DALŠÍ SOMATICKÁ POSTIŽENÍ VČETNĚ POSTIŽENÍ NERVOVÉ SOUSTAVY	9
1.5 STAVY PO PORANĚNÍ MOZKU, PÁTEŘE A MÍCHY	9
1.6 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ	9
1.7 ORTOPEDICKÁ A JINÁ POSTIŽENÍ	10
1.8 AMPUTACE	10
2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA	11
2.1 HISTORIE DMO	11
2.2 VÝSKYT A PŘÍČINY DMO	11
2.3 DIAGNOSTIKA DMO	12
2.4 KLASIFIKACE DMO	13
2.5 LÉČBA DMO	14
3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	17
3.1 SOUČASNÝ SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	17
3.2 PODMÍNKY, KTERÉ ŽÁCI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM POTŘEBUJÍ KE SVĚMU VZDĚLÁVÁNÍ	21
3.3 ODSTRANĚNÍ BARIÉR	21
3.4 KOMPENZAČNÍ A DIDAKTICKÉ POMŮCKY	22
3.5 ODBORNÉ PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ VZDĚLÁVÁNÍ	23
3.6 PROBLEMATIKA INTEGROVANÝCH ŽÁKŮ	23
4 INTEGRACE LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RÁMCI ŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ	25
4.1 NOVÉ TRENDY V PÉČI O DĚTI, MLÁDEŽ A DOSPĚLÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM	25
4.2 SOCIALIZACE A INTEGRACE OSOB S POSTIŽENÍM	27
5 SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY DĚTÍ A ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	29
5.1 ZÁKLADNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI	30
5.2 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ INTEGRACE	33
5.2.1 <i>Individuální integrace</i>	33
5.2.2 <i>Skupinová integrace</i>	36
5.3 ODDĚLENÉ SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	37
5.4 TYPY SPECIÁLNÍCH ŠKOL PRO ŽÁKY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM	38
EMPIRICKÁ ČÁST	39
6 METODOLOGIE	39
6.1.1 CÍL VÝZKUMU	39
6.1.2 DRUH A METODY VÝZKUMU	40
6.1.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	40
6.1.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU	40
6.1.5 METODA SBĚRU dat	41
6.1.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	42
6.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI	58
ZÁVĚR	60
RESUMÉ	62

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	64
SLOVNÍK POJMŮ	66
SEZNAM ZKRATEK	72
SEZNAM PŘÍLOH.....	73

ÚVOD

Tato bakalářská práce pojednává o sociální integraci lidí s tělesným postižením do školního prostředí. Cílem této bakalářské práce je porovnat zkušenosti dvou generací žáků s tělesným postižením z období jejich povinné školní docházky.

První skupina respondentů, jež se zúčastnila mého výzkumného šetření, jsou lidé s tělesným postižením, kteří absolvovali základní školu přibližně před 20 lety. Druhá skupina respondentů se řadí k mladší generaci lidí s tělesným postižením. Respondenti z této skupiny v současnosti navštěvují základní školu na druhém stupni.

Téma bakalářské práce jsem si zvolila, protože sama mám postižení - dětskou mozkovou obrnu. Vzhledem ke svému postižení mám tedy určité zkušenosti s integrací do běžné základní školy. Zajímaly mne proto zkušenosti ostatních lidí s touto problematikou a rozhodla jsem se je porovnat. Práci jsem rozčlenila do 6 kapitol.

V první kapitole teoretické části se věnuji klasifikaci tělesných postižení, abych vytvořila přehled o tom, jaká postižení, onemocnění nebo stavy jsou tělesným postižením. Konkrétně se zmiňuji o dětské mozkové obrně, dětské infekční obrně, neuromuskulárních a svalových onemocněních, dalších somatických postiženích včetně postižení nervové soustavy, stavech po poranění mozku, páteře a míchy, degenerativních onemocněních, ortopedických a jiných postiženích a amputacích.

V druhé kapitole jsem se zcela zabývala tématem dětské mozkové obrny, jelikož je tato diagnóza nejčastějším tělesným postižením u dětí. Zaměřila jsem se jak na historii, výskyt a příčiny, tak diagnostiku, klasifikaci a léčbu dětské mozkové obrny.

Třetí kapitola pojednává o vzdělávání žáků s tělesným postižením. V rámci této problematiky se zaměřuji na současný systém vzdělávání žáků s tělesným postižením a také na podmínky, které žáci s tělesným postižením potřebují ke svému vzdělávání. Dále se zabývám odstraněním bariér, kompenzačními a didaktickými pomůckami, odborným personálním zabezpečením vzdělávání a problematikou integrovaných žáků.

Ve čtvrté kapitole, kterou jsem věnovala tématu integrace lidí s tělesným postižením v rámci školního prostředí, se zabývám novými trendy v péči o děti, mládež a dospělé se zdravotním postižením, a také socializací a integrací osob s postižením.

Předposlední, pátá kapitola, je zaměřena na speciální vzdělávací potřeby dětí a žáků s tělesným postižením.

Zde se zabývám základním vzděláváním žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, individuální a skupinovou integrací, odděleným speciálním vzděláváním a hovořím zde i o typech speciálních škol pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami.

Empirická část je věnována metodologii a výsledkům mého výzkumného šetření. V metodologii popisuji cíl výzkumu, druh a metody výzkumu, výzkumný vzorek, ale také etické aspekty výzkumu, metodu sběru dat. V poslední podkapitole se věnuji analýze získaných dat. Právě v ní uvádím výsledky mého výzkumu.

TEORETICKÁ ČÁST

1 KLASIFIKACE TĚLESNÝCH POSTIŽENÍ

Klasifikace tělesných postižení je dána dobou vzniku postižení. Tělesné postižení je tedy buď vrozené, nebo získané. Důvodem vrozeného tělesného postižení je heredita, tedy dědičnost nebo poškození, které vzniklo ještě před narozením dítěte. Příkladem vrozených tělesných vad jsou dětská mozková obrna (DMO), chybějící končetiny, tzv. amélie, neúplně vyvinuté končetiny, tzv. dysmélie a tzv. luxace kyčelních kloubů, tedy úplné vykloubení kloubní hlavice a především srdeční vady. Získané tělesné postižení vzniklo až v průběhu života jedince, jedná se o pouřazové stavy, poškození míchy, amputace, úrazy hlavy, získané ortopedické postižení dolních končetin a pooperační stavy. (Švarcová, 2012)

1.1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

Tomuto vrozenému postižení je věnována v bakalářské práci celá samostatná kapitola. (viz kapitola 2)

1.2 DĚTSKÁ INFEKČNÍ OBRNA

Jedná se o infekční onemocnění nervové soustavy, jež má virový původ, který je získán v dětství. Tento původ je příčinou obrny nervů, ochrnutí a také svalové atrofie. V současnosti se v ČR toto onemocnění díky očkování téměř nevyskytuje. Největší výskyt zaznamenalo v 60. letech minulého století. (Švarcová, 2012)

1.3 NEUROMUSKULÁRNÍ A SVALOVÁ ONEMOCNĚNÍ

Do této podkapitoly se řadí onemocnění jako: periferní paréza, hypotonie, atrofie svalové hmoty, bolesti svalů, změna konzistence svalů a poruchy chůze, funkční postižení, Duchennova dystrofie. Mezi chronická onemocnění svalů v dětství patří myopatie, což je poškození svalového vlákna, které může být genetické, exogenní, endokrinní, metabolické, nádorové, způsobené úrazem, intoxikací nebo zánětem. Rozumové schopnosti lidí s výše zmíněnými druhy onemocnění jsou obvykle v pásmu průměru. (Kábele in Švarcová, 2012)

1.4 DALŠÍ SOMATICKÁ POSTIŽENÍ VČETNĚ POSTIŽENÍ NERVOVÉ SOUSTAVY

Pokud se jedná o vadu, tedy postižení vrozené, tak platí, že čím dřív dojde k poškození ve vývoji dítěte během prenatálního období, tím více bude postižení závažné. Zejména dojde-li k poškození v tzv. 1. trimestru, kdy se plodu vytváří orgány. Obvykle má příčina vrozené vady pohybového aparátu, tzv. multifaktoriální typ heredity, neboli dědičnosti. Známé deformity lebky jsou kraniostenóza. Mezi další známá postižení nervové soustavy patří mikrocefalie, makrocefalie a hydrocefalie. Nezřídka dochází u dítěte k rozštěpu rtu a patra, což je vrozené onemocnění, které se nedědí. Dále je častým nedědičným vrozeným onemocněním rozštěp páteře a míchy, což může vést dle rozsahu poškození až k úplnému ochrnutí (meningomyelokéla, spina bifida). Mezi postižení nervové soustavy, jež brání ve správném psychomotorickém vývoji dítěte, patří také tumory centrální nervové soustavy CNS. (Švarcová, 2012)

1.5 STAVY PO PORANĚNÍ MOZKU, PÁTEŘE A MÍCHY

Příčinou stavů po poranění mozku jsou především úrazy hlavy a mozku (kraniocerebrální traumata). Také komplikovaný porod (perinatální poškození) může způsobit poškození mozku dítěte. Nejčastějším poškozením mozku u dětí je otřes mozku (komoce), další závažnější poškození mozku je zhmoždění mozku (kontuze). Vlivem úrazu může být také poškozena páteř a mícha, poškodí-li se krční páteř, je možné, že dojde k tzv. kvadruplégii, tedy ochrnutí všech 4 končetin a také svalů trupu. Je známo, že čím níže je mícha poškozena, tím méně závažné jsou následky. Samozřejmě však záleží na rozsahu poškození, tedy je-li mícha zhmožděna nebo částečně či úplně přerušena. Díky přerušování míchy dochází také k porušení citlivosti pod místem přerušování, dále k poruše močení, případně vyměšování i sexuálních funkcí. (Švarcová, 2012)

1.6 DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ

Jedná se o degenerativní onemocnění mozku a míchy, projevy jsou ale zaznamenatelné až v průběhu života, kdy dochází k rozpadu a zániku nervových buněk. Někdy je příčinou heredita. (Vítková in Švarcová, 2012) Nejčastějším příkladem degenerativního onemocnění je roztroušená mozkomíšni skleróza.

Roztroušená skleróza patří mezi nedědičná neurologická onemocnění, jež postihuje obaly vodivých nervových vláken, což je bílá hmota nazývaná myelin. Díky tomu dochází k poškození hybnosti končetin, někdy také řeči, závratím a dvojitému vidění.

(Švarcová, 2012)

1.7 ORTOPEDICKÁ A JINÁ POSTIŽENÍ

Příkladem ortopedického postižení je vykloubení kyčlí (kongenitální dysplázie kyčelního kloubu). Jedná se o nedostatečné vykloubení kyčelního kloubu, které je provázeno luxací, tedy úplným vykloubením kloubní hlavice. Dochází i k subluxaci, což je částečné vykloubení. Patří sem také Perthesova choroba, u níž dochází ke ztrátě celistvosti hlavice stehenní kosti. Vadným držením těla se vyznačují ortopedické vady páteře, jež se vyskytují především u dětí v předškolním věku. V případě neléčení může dojít k tzv. kulatým zádům, zvětšenému prohnutí v bedrech, tzv. hyperlordóze či k prohnutí páteře do stran, tedy skolióze. Dědičnou ortopedickou vadou páteře je tzv. chondrodystrofie. Toto onemocnění způsobuje poruchy růstu. Typická je kombinace velmi krátkých končetin, velké hlavy a normálního trupu. Vrozeným vývojovým postižením je porucha zárodečného vývoje končetin, nazývaná dysmelie. Dysmelie zahrnuje: vrozené chybění končetin, tzv. amélii, dále fokomélii, kdy jsou končetiny nevyvinuté, zakrnělé a mikromélii, při níž jsou končetiny oproti tělu neúměrně krátké. (Švarcová, 2012)

1.8 AMPUTACE

Dopravní nehody, poranění výbušninami, ohněm, elektrickým proudem či nesprávně provedený chirurgický zákrok jsou důvodem k provedení amputace, tedy umělého odnětí celé končetiny nebo její části od trupu. Na základě zkušeností speciálních pedagogů lze říci, že v čím mladším věku dítěte dojde k úrazu a následné amputaci, tím lépe se dítě s postižením vyrovná. (Kábele in Švarcová, 2012)

Zpravidla bývají děti, u nichž byla následkem úrazu nutná amputace, v budoucnu dobře pracovní zařaditelné, mají-li dobrou úroveň rozumových schopností, a pokud si zvolí povolání, které se zabývá duševní činností, při níž není kladen důraz na užívání a výkon tělesných schopností. (Kábele in Švarcová, 2012)

2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Dětská mozková obrna (DMO) je u dětí nejčastějším tělesným postižením, z tohoto důvodu jí věnuji v teoretické části samostatný prostor.

2.1 HISTORIE DMO

Anglický chirurg J. Little jako první kolem roku 1840 popsal dětskou mozkovou obrnu, proto se jí také do konce 40. let 20. století říkalo Littleova choroba. Little se domníval, že DMO vzniká díky těžkému a komplikovanému porodu, což později vyvrátil Sigmund Freud, rakouský neurolog, známý jako zakladatel psychoanalýzy. Freud, který se zabýval CNS se domníval, že hlavní příčina DMO má svůj původ v období těhotenství. S rozvojem medicíny v oblasti péče o novorozence, tzv. neonatologii, začaly přežívat i děti s velmi nízkou porodní váhou. Mnohdy se to ovšem neobešlo bez následků, např. právě v podobě DMO. (Kudláček, 2012)

2.2 VÝSKYT A PŘÍČINY DMO

Narůst výskytu jedinců s tímto postižením souvisí právě s medicínským pokrokem. Novorozenci s tímto postižením, jehož vznik mnohdy začal již v období těhotenství, dostali díky vzniku péče o novorozence šanci přežít, avšak s následkem určitého postižení.

Příčiny DMO se zpravidla dělí do 3 skupin a to podle období, kdy toto postižení u jedince vzniklo.

- prenatální
- perinatální
- postnatální

Výsledky mnoha studií, zabývajících se otázkou příčiny vzniku DMO, uvádí jako významný rizikový faktor nízkou porodní váhu, přičemž za hraniční je považována váha 1500g. (Platt et al. in Kudláček, 2012)

Mezi další rizikové faktory řadíme infekční onemocnění, jež postihne matku v období těhotenství, přičemž za nejzávažnější se považují zarděnky. Dále může být příčinou vzniku DMO Rh-inkompatibilita a samozřejmě také nezdravý životní styl, tedy kouření, konzumace alkoholu, užívání omamných látek, atp. Co se týče příčin vzniku DMO, které jsou postnatálního charakteru, tak sem řadíme těžkou novorozeneckou žloutenku, příp. další virové nebo bakteriální komplikace.

Většina případů vzniku DMO má svůj původ již v těhotenství, u této prenatální etiologie se konkrétní příčina zpravidla nepodaří zjistit. Matky tak často trápí pocit viny za postižení svého potomka. (Kudláček, 2012)

2.3 DIAGNOSTIKA DMO

S diskuzemi na toto téma začali dětské neurologové již v 60. letech 20. století. Zpravidla se užívá metoda tzv. Apgar skóre, při níž se odhalí případné poškození mozku. (Ehrenstein, Lupton et. al., Lie et al. in Kudláček 2012) Při metodě Apgar skóre se pozoruje 5 tělesných funkcí, a to: pulz, dech, svalové napětí, reakce na podráždění a zabarvení kůže. Tyto funkce se zaznamenávají v intervalu 1, 2 a 5 minut po porodu, přičemž se v každém z těchto intervalů provádí součet bodů (0-10 bodů). V případě, že tento součet nepřesahuje 6 bodů, lze předpokládat u jedince zdravotní komplikace. Ovšem i tato metoda má své kritiky. Bývá považována za nepřesnou a neurčující rozsah, typ ani formu DMO. V současnosti je sice k dispozici díky velkému pokroku techniky mnoho dalších diagnostických metod, jako je například ultrazvuk, magnetická rezonance, zobrazovací metody a další, nicméně je nelze považovat za dostatečné.

Výsledky jedné studie poukazují na to, že při zpětném hodnocení kraniálního vyšetření ultrazvukem bylo zjištěno, že díky této metodě se podařilo odhalit pouze polovinu případů, u kterých byla dětem v pozdějším věku diagnostikována DMO. (Kuban et al. In Kudláček, 2012) Další studie tvrdí, že lebečním ultrazvukem se odhalí jen třetina případů DMO. Diagnostikovat DMO je obtížné také z toho důvodu, že se jedná o neurovývojové onemocnění, přičemž v prvních 18 měsících se symptomy DMO u dítěte stále vyvíjí (Baird et al. in Kudláček, 2012). Ovšem již zmíněná studie se také zabývá další podstatnou otázkou, je-li možné okamžitě po diagnostikování DMO predikovat další, především pohybový vývoj dítěte. Otázka, zda bude dítě v budoucnu schopno chodit a jakým způsobem, trápí každého rodiče dítěte s DMO. Lékaři by zde měli být se svou odpovědí maximálně opatrní a vyčkat, zda-li se u dítěte neprojeví poškození kognitivních funkcí nebo případně další přidružené postižení. Podstatný vliv na budoucí vývoj dítěte bude mít také jeho povaha, rozhodnutí s postižením bojovat a rovněž prostředí, ve kterém bude vyrůstat, v němž bude stěžejní zázemí a podpora okolí. (Kudláček, 2012)

2.4 KLASIFIKACE DMO

DMO se dělí na 2 základní formy:

- 1) spastická (diparetická, hemiparetická a kvadruparetická)
- 2) nespastická (dyskinetická a hypotonická)

2.4.1.1 KVADRUPARETICKÁ FORMA

Kvadruparetická forma DMO je spastickou formou DMO, přičemž spasmus znamená svalovou křeč a tonus zase napětí ve svalech. A právě svalové napětí je příčinou problémů s udržení rovnováhy. Kojenec se tedy nevyvíjí podle správných pohybových vzorců. Jeho vzorec pohybu odpovídá nižšímu stádiu vývoje, než ve kterém by se v daném období měl správně nacházet. Důvodem je poškození mozkového kmene, jenž se projeví spasticitou na dolních i horních končetinách. Kvadru znamená čtyři, paréza je ochrnutí neboli obrna. Zpravidla jsou lidé s touto formou DMO na invalidním vozíku. Mnohdy ji provází i mentální retardace. (Kudláček, 2012)

2.4.1.2 DIPARETICKÁ FORMA

Diparetická forma se také vyznačuje spasticitou, přičemž tato forma postihuje buď horní, nebo dolní končetiny. Di znamená dva a paréza, jak už víme, značí ochrnutí neboli obrnu. Jak u Kvadruparézy, tak u Diparézy není dítě v kojeneckém období v poloze na břicho schopno hýbat hlavou a leží-li na zádech, má nohy ve flexi, tedy ohnuté v kyčlích i v kolenou. Nohy jsou při stožení stočené dovnitř a pro obě tyto formy je typické, že jedinec stojí a většinou také chodí pouze na prstech nohou, hlavu má přitom zakloněnou, aby udržel rovnováhu. Spasticitu můžeme později pozorovat i v šíji, neboť má jedinec tendenci stáčet hlavu k jedné straně. (Kudláček, 2012)

2.4.1.3 HEMIPARETICKÁ FORMA

Hemiparetická forma je rovněž formou spastickou. Je zapříčiněna poškozením jedné nebo obou mozkových hemisfér, což je nazýváno hemiplegií. V této formě je ochrnutá jedna polovina těla. Hemi znamená polovina, plégie je úplné ochrnutí, tedy úplná ztráta hybnosti. Hemiplégie se zpravidla projevuje v prvních třech týdnech života jedince, častokrát ji provází akutní křeče a bezvědomí, někdy i centrální paréza lícního nervu. Většinou u jedince později dojde k rozvoji spasticity. První příznaky hemiplegie můžeme pozorovat na postižené pravé či levé ruce, jež se není schopna rozevřít, ani se dotknout úst a odtáhnout se od těla. Typické je zatnutí postižené ruky. Při hře ruka není schopna aktivity.

Jedinec při vzpřimování začíná plazením po podložce, přičemž hlavu má odvrácenou od postižené strany. V sedu si můžeme všimnout, že postižená noha je v pozici přitažení neboli addukce.

U této formy DMO je typické, že při chůzi přenáší jedinec váhu těla na zdravou stranu, čímž přetěžuje kyčel této strany. Ruka postižené strany se nachází stále ve flexi, tedy v ohnutí. Svou stabilitu postižený přenáší na jednu - zdravou stranu těla. Hemiparézu obvykle doprovází mentální retardace. (Kudláček, 2012)

2.4.1.4 DYSKINETICKÁ FORMA

Dyskinetická forma je nespastická. Pro tuto formu DMO jsou specifické dominující abnormální, nepotlačitelné pohyby (Kraus a kol. in Kudláček, 2012). Je narušena mobilita i stabilita jedince, často také lokomoce, což je schopnost pohybu. Řeč bývá nesrozumitelná a setkáváme se také s postižením kousacího svalstva, které se projevuje nekontrolovatelným sliněním. Nedojde-li k poškození šedé kůry mozkové, nevznikne u jedince mentální retardace.

Děti s dyskinetickou formou DMO mohou působit utlumeně, až spícím dojmem. Bývají pasivní, nevykazují příliš mnoho pohybů, ústa mají často otevřená a hlavu stočenou k jedné straně. Nachází-li se dítě na zádech, má obě nohy natažené od těla, tedy abdukovány. Když se dítě snaží posadit, velmi zaklání hlavu. Pro pozici vsedě je typická tendence k pádu. Díky celkovému stočení těla vzniká u jedince skolióza nebo subluxace kyčlí.

(Kudláček, 2012)

2.4.1.5 HYPOTONICKÁ FORMA

Hypotonická forma patří k nespastickým formám DMO. Vyznačuje se celkovým ochabnutím svalstva, zpravidla se však v průběhu vývoje mění na některou z forem spastických, nebo také na nespastickou - dyskinetickou formu. Nedojde-li k výše uvedeným změnám, trpí jedinec těžkými mozkovými malformacemi. Tělo v hypotonické formě působí tzv. hadrovitě. Běžně se však s tzv. čistou hypotonií nesetkáváme, většinou přechází, jak již bylo zmíněno, v nějakou ze spastických forem DMO. (Kudláček, 2012)

2.5 LÉČBA DMO

DMO se zcela vyléčit nedá, jelikož se jedná o poškození mozkových struktur, které je nezvratné. Je ale možné zmírnit projevy tohoto postižení. Techniky a metody, které slouží k léčbě DMO lze rozdělit na 2 druhy:

- 1) kompenzace
- 2) (re)edukace

Kompenzací jsou myšleny metody, techniky a protetické pomůcky, které umožňují člověku s tímto postižením činit pohyby, jež by bez této podpory nezvládl.

Reedukace se zaměřuje na rozvoj předpokladu, že určité pohybové vzory je schopen vykonat každý jedinec. Metoda reedukace je postavena na myšlence, že došlo jen k narušení pohybových vzorů, které je ale nalezením alternativních neurofyziologických drah možné opět obnovit. (Kudláček, 2012) My se zaměříme na reedukaci - rehabilitaci jako léčbu DMO. Nejprve se ale věnujme pozornost léčbě botulotoxinem

2.5.1.1 LÉČBA BOTULOTOXINEM

Díky botulotoxinu, jenž se aplikuje injekčně, se zmírní spasticita a dojde ke zlepšení hrubé motoriky dolních končetin. Jedna studie však ukazuje, že botulotoxin má pozitivní vliv i na hybnost horních končetin. (Remeckers et al., 2010) Neprokázala ale zlepšení v oblasti manuálních dovedností, nedošlo např. ke zlepšení schopnosti úchopu. (Kudláček, 2012)

2.5.1.2 LÉČBA REHABILITACÍ

Jedná se o nejrozšířenější způsob léčby DMO. Rehabilitace je relaxační technika, jež se skládá ze souboru cviků nebo postupů, které jedinci pomáhají udržovat tělesnou, a svým způsobem také psychickou, stránku v dobré kondici. Zároveň dokáže zmírnit projevy postižení, aby jedinec mohl žít co nejvíce normální život, a umožní mu tak se v co nejvyšší možné míře adaptovat do běžné společnosti. Vyrůstá-li dítě s DMO v rodině, rehabilitaci zpravidla provádí rodiče dítěte. V ostatních případech je prováděna v rehabilitačních zařízeních a také v rehabilitačních domovech, kde děti s tímto postižením žijí, pokud v rodině nevyrostají.

Nejnámější formou rehabilitace je Vojtův a Bobathův koncept léčby. Oba koncepty mají za cíl vytvořit u dětí s DMO správné nepatologické pohybové vzorce. (Kudláček, 2012) V ČR se nachází několik pracovišť, jež komplexně pečují o děti s DMO a s dalšími poruchami hybnosti. Jsou to:

- Centrum komplexní péče o pacienty s DMO a dalšími poruchami hybnosti u dětí: Thomayerova nemocnice Praha,
- Centrum komplexní péče o pacienty s DMO a dalšími poruchami hybnosti u dětí: Fakultní nemocnice Ostrava,

- Centrum komplexní péče o pacienty s DMO a dalšími poruchami hybnosti u dětí: Fakultní nemocnice Olomouc,
- Centrum komplexní péče o pacienty s DMO a dalšími poruchami hybnosti u dětí: Fakultní nemocnice Plzeň,
- Centrum komplexní péče o pacienty s DMO a dalšími poruchami hybnosti u dětí: Masarykova nemocnice Ústí nad Labem.

Spolupracujícími pracovišti jsou v daných městech nebo v jejich blízkosti: Klinika dětské neurologie, Dětská ortopedie, Dětská neurochirurgie, Dětské rehabilitační oddělení, RL-Corpus, což terapeutické a školicí centrum Vojtovy metody u hybných poruch pacientů všech věkových kategorií a nachází se v Olomouci, Fyzioterapie, Ergoterapie, Logopedie, Speciálně pedagogická centra (SPC), Odborné sociální poradenství. (Kolektiv autorů, Ošlejšková et al., 2012)

3 VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

3.1 SOUČASNÝ SYSTÉM VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Pro ucelený pohled jsou na začátku této kapitoly uvedeny základní zásady, jimiž se řídí vzdělávání žáků v ČR. Dále vzhledem k zaměření mé bakalářské práce se práce zabývá jen současným systémem základního vzdělávání žáků s tělesným postižením.

Vzdělávání v ČR se řídí podle zákona o předškolním, základním, středním a vyšším vzdělávání č. 561/2004, § 2 odstavec 1.

Tento tzv. školský zákon ukládá několik zásad, jsou to:

- 1) Zásada rovného přístupu ke vzdělávání každého občana ČR nebo jiného členského státu EU, což znamená bez jakékoli diskriminace, ať už z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry, náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu, zdravotního stavu nebo jiného postavení občana.
- 2) Zásada, dle níž je na vzdělávací potřeby jednotlivce brán ohled.
- 3) Zásada dodržování vzájemného respektu, úcty, solidarity, názorové snášenlivosti a důstojnosti všech účastníků vzdělávání.
- 4) Zásada, dle níž je základní a střední vzdělávání státních občanů v ČR, nebo občanů jiného členského státu EU ve školách, jež zřizuje stát, kraj, obec nebo svazek obcí, poskytováno bezplatně.
- 5) Zásada, jež hovoří o svobodném šíření poznatků, jež vyplývají z výsledků současného stavu poznání světa a tyto poznatky musí být v souladu s obecnými cíli vzdělávání.
- 6) Zásada, jež se týká zdokonalování procesu vzdělávání, a to na základě výsledků, kterých bylo dosaženo ve vědě, výzkumu a vývoji a také co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod.
- 7) Zásada, jež se zaměřuje na hodnocení výsledků vzdělávání, a to vzhledem k cílům vzdělávání, které jsou stanoveny tímto zákonem a vzdělávacími programy.
- 8) Zásada, jež se zabývá možnostmi každého vzdělávat se, a to během celého života, s vědomím spoluodpovědnosti za své vzdělávání.

Nyní se budeme věnovat inkluzivnímu vzdělávání žáků s tělesným postižením. Problematikou inkluzivního vzdělávání se zabývá mnoho autorů. Hájková a Strnadová (2010) vidí jako ukazatele inkluze tato kritéria:

- 1) Inkluzivní kulturu školy, kam například patří to, jak se škola jeví svému okolí,

jestli pedagogové s dětmi jednají s úctou, zda pedagogové a nepedagogičtí pracovníci školy spolu dobře spolupracují, či jestli se všechny místní komunity zapojují v rámci inkluze do školy.

- 2) Dále je to podpora inkluzivních hodnot, kdy jsou všichni žáci motivováni a podporováni v tom, aby dosáhli úspěchu. Myšlenku inkluze sdílí jak pedagogové, tak rodiče, žáci i ostatní pracovníci školy. Škola se zároveň snaží minimalizovat všechny formy diskriminace.
- 3) Mezi ostatní kritéria patří např. podpora, jež se soustředí především na koordinaci všech možností podpory různorodosti žáků a minimalizaci šikany.

Zbývajících kritérii jsou: rozvíjení inkluzivní praxe, a to prostřednictvím organizace učení, a rozvíjení inkluzivní praxe formou mobilizace zdrojů.

Z výzkumu Opatřilové z roku 2012, jež se rovněž zabývá problematikou inkluzivního vzdělávání, vyplývá, že se učitelé snaží doplnit si speciálně pedagogické vzdělání. Také mají snahu zohlednit při vzdělávání žáka jeho postižení, poskytnout mu potřebné kompenzační pomůcky i speciální metody práce. V rámci otázky spolupráce vedoucí k inkluzivnímu vzdělávání výzkum ukázal, že nejhorší spolupráce je s odborníky z jiných resortů. Na druhou stranu je však vidět, že i zde se objevují nové způsoby myšlení v rámci vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Tento fakt poukazuje na to, že inkluze je lepší směr než exkluze. (Opatřilová, 2013)

Pro komplexní přehled jsou zde uvedeny statistické údaje mapující vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v letech 2005-2010.

Tabulka 1 se statickými údaji z let 2005 až 2010, v níž jsou zaznamenány počty žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, jež jsou integrováni v běžných školách tzv. hlavního proudu.

	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Počet integrovaných žáků celkem	64 769	58 717	61 854	59 164	60 014
Individuálně	51 235	46 075	42 497	41 201	42 825
Ve speciálních třídách běžných škol	13 534	12 642	19 357	17 963	17 189
Mateřské školy					
Individuálně	1 515	1 591	1 683	1 693	1 780
Ve speciálních třídách běžných škol	3 706	3 821	3 879	3 998	4 124

Základní školy					
Individuálně	45 556	39 982	36 085	34 350	34 761
Ve speciálních třídách běžných škol	9 608	6 517	8 961	7 951	7 026
Střední školy					
Individuálně	4 164	4 502	4 729	5 158	6 284
Ve speciálních třídách běžných škol	22	247	6 517	6 014	6 039

1) U středních škol je započtena pouze denní forma vzdělávání

Pramen: ÚIV (Švarcová, 2012)

Tabulka 2 se statickými údaji z let 2005 až 2010, v níž jsou zaznamenány počty žáků se speciálními vzdělávacími potřebami (SVP) podle druhu postižení, jež jsou integrováni v běžných školách tzv. hlavního proudu.

	2005/2006	2006/2007	2007/2008	2008/2009	2009/2010
Počet žáků ve školách pro žákyse SVP celkem	57 727	55 491	44 777	43 699	43 291
Žáci s postižením celkem	53 669	52 572	42 340	41 061	40 485
Druh postižení žáka					
Mentální postižení	39 809	38 061	29 164	27 847	26 610
Sluchové postižení	1 288	1 259	1 230	1 219	1 181
Zrakové postižení	880	943	863	772	702
Vady řeči	2 312	2 566	2 367	2 462	2 591
Tělesné postižení	1 196	970	870	768	752
Více vad	4 970	4 869	4 948	5 099	5 443
Vývojové poruchy	2 579	3 170	2 080	1 953	2 131
Autismus	635	734	818	941	1 075

Pramen: ÚIV (Švarcová, 2012)

Pro srovnání jsou zde zařazeny statistické údaje z let 1995—1999 z knihy Müllera (2001, s. 50)

Druh postižení	1995/1996	1996/1997	1999-k 30.9.
Sluchové	322	393	507
Zrakové	377	514	516
Řečové	656	794	754
Tělesné	877	1 006	1 128
Kombinované	976	852	774
Specifické vývojové poruchy učení	27 237	35 247	47 828
Celkem	30 445	38 761	51 507

Pramen: ÚIV

V současnosti se zvyšuje zájem žáků s postižením, kteří již mají absolvované základní a střední integrované vzdělání, o studium na vysokých školách. Počty takových studentů na vysokých školách narůstají. Samozřejmě je jim studium dle jejich zdravotního omezení systémově přizpůsobeno, ať se to týká individuálního vzdělávacího plánu v určitých vyučovacích předmětech či bezbariérovosti školní budovy. Studium vysoké školy pro lidi se zdravotním postižením znamená, stejně jako pro lidi zdravé, vyšší kvalifikaci, jež zvyšuje možnost uplatnění na trhu práce. (Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014 in Švarcová, 2012)

Cílem vzdělávání žáků s tělesným postižením je rozvoj jejich poznávacích i rozumových schopností. Rozvoj rozumových schopností má velký význam nejen kvůli osvojování vědomostí a dovedností, ale především díky kompenzaci nedostatku tělesných schopností, jež kvůli postižení nemohou být dobře vyvinuty.

Správný způsob vzdělávání takových žáků je předpokladem pro jejich další vzdělávání a také integraci do společnosti. Je dobré, aby se u žáka s tělesným postižením podařilo najít pozitiva, díky nimž může vyniknout, a tím zároveň snížit negativa, jež mu přináší jeho postižení. Takový žák pak může získat sebevědomí, čímž se nemusí cítit tak méněcenný kvůli svému odlišnému vzhledu. (Švarcová, 2012)

3.2 PODMÍNKY, KTERÉ ŽÁCI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM POTŘEBUJÍ KE SVÉMU VZDĚLÁVÁNÍ

Vždy je pro volbu místa žákova vzdělávání rozhodující druh a rozsah jeho postižení. Navštěvovat speciální školu je lepší zejména pro žáky s degenerativními progresivními onemocněními (viz podkapitola 1.6), pro žáky s postižením, jež je vzhledově nápadné, nebo mají-li žáci těžké postižení, jež jim brání v sebeobsluze.

U takovýchto dětí je začlenění mezi zdravý kolektiv velmi těžké a zpravidla se je nepodaří dobře integrovat. Ukazuje se, že takový žák se lépe vzdělává i cítí pod vedením speciálních pedagogů a ve společnosti spolužáků, jež mají stejně či podobné postižení.

Nejznámější speciální školou v ČR je ústav pro tělesně postiženou mládež v Praze, jenž se nazývá Jedličkův ústav. Tento ústav funguje již přes 100 let. Byl zprovozněn v roce 1913 a funguje jako speciální MŠ, ZŠ A SŠ. V Plzni byl takovým zařízením Ústav pro mládež s tělesným postižením, který funguje od roku 1921 a v roce 1969 byl přemístěn do Zbůchu nedaleko Plzně.

Za posledních 20 let vzniklo v ČR několik škol, které se zaměřují na vzdělávání žáků s tělesným postižením. Mnoho škol se také stalo bezbariérovými a začalo disponovat kompenzačními pomůckami. Stále však je velký počet škol a školských zařízení, u nichž tomu tak zatím není. (Švarcová, 2012)

3.3 ODSTRANĚNÍ BARIÉR

Bariéry, s nimiž se lidé s tělesným postižením setkávají, jsou architektonického či společenského charakteru. Nedojde-li k jejich úspěšnému překonání, vede to u nich k rezignaci, agresivitě, depresím, izolaci nebo k drogové závislosti.

Pokud jde o vzdělávání žáků s tělesným postižením, je nutné, aby měla škola bezbariérový vstup, ale aby byl ideálně celý objekt školy přizpůsoben ke snadnému pohybu a orientaci. V případě, že je možné, aby se student pohyboval samostatně s nebo bez pedagogického asistenta, přispívá tento fakt výrazně k jeho psychickému stavu.

Neumožňuje-li to budova školy, je vhodnější, aby se žák s postižením vzdělával ve speciální škole, kde není tolik bariér. (Švarcová, 2012)

3.4 KOMPENZAČNÍ A DIDAKTICKÉ POMŮCKY

Studijní materiály, jako jsou například učebnice, používají žáci s tělesným postižením stejně, jako žáci zdraví. Pro snadnější možnost psaní žáka s tělesným postižením je možné využít nástavce a psací potřeby, jež jsou pro takové žáky určeny.

Dnes je pro žáky s tělesným postižením široký výběr didaktických pomůcek a hraček. Pro jejich vhodnou volbu je nutné se poradit rehabilitačními pracovníky či pracovníky SPC pro tělesně postižené. Stejně tomu je i v případě, že se jedná o výběr typu invalidního vozíku, lehátka, vhodného stolku či speciální židle, případně polohovacího lůžka vzhledem k zvýšené unavitelnosti dítěte.

V současnosti je velmi přínosným nástrojem pro výuku lidí s tělesným postižením počítač, a to nejen jako zdroj informací, ale hlavně jako prostředek ke komunikaci i vzdělávání. Lidé s těžkým tělesným postižením mohou dnes ovládat PC pomocí pohybu očí nebo hlavy. Vývoj těchto technologií jde stále rychle dopředu a znamená větší možnosti ve vzdělávání i společenském uplatnění lidí se zdravotním postižením. (Švarcová, 2012)

Účel pomůcky	Typ pomůcky
Podpora vestibulárního vnímání	Gymbally, houpačí křesla, houpačky, ad.
Podpora aktivního pohybu	Berle, hole, kozičky, pojízdné rámy, chodítka, ad.
Přesun z vozíku	Krátká nebo dlouhá skluzná deska
Manipulace s imobilním jedincem	Zvedací technika
Relaxace a polohování	Polštáře, válce, klíny, fixační límce, matrace, ad.
Rehabilitační TV	Motomed, vertikalizační stojany, overbally, ad.
Podpora sebeobsluhy	Držáky příborů, zapínače knoflíků, podavače, ad.
Podpora vzdělávání	Zesílené držáky, těžítka, pákové nůžky, PC, ad.

(Bartoňová, M., Vítková, M., 2013, s. 25)

3.5 ODBORNÉ PERSONÁLNÍ ZABEZPEČENÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Typu vzdělávacího zařízení musí odpovídat i kvalifikace lidí, jež zde působí. Ve speciálních školách jsou to speciální pedagogové, zdravotníci, psychologové a rehabilitační pracovníci. Takové zařízení nabízí žákům s postižením komplexní péči a jeho pracovníci spolu mohou vzájemně a odborně konzultovat potřebná opatření.

Pokud jde o pedagogy, jež působí na běžných školách, do kterých integrují žáky se zdravotním postižením, je nutné, aby i oni prošli speciální odbornou přípravou učitelů ZŠ, a to formou kurzů, hospitací, vedením SPC a samostudia. Cílem toho je, aby se učitelé podařilo žáka, kterého ve třídě učí, úspěšně integrovat. Aby ho tedy jeho spolužáci vnímali jako rovnocenného člena třídního kolektivu. Učitel by měl mít však stále na paměti zdravotní omezení žáka a možnost zhoršení jeho zdravotního stavu, a s tím spojený pokles jeho výkonnosti. Účinná podpora v rámci vzdělávání je také přítomnost pedagogického asistenta. (Švarcová, 2012)

3.6 PROBLEMATIKA INTEGROVANÝCH ŽÁKŮ

Nezbytný předpoklad úspěšné integrace žáků s tělesným postižením, u nichž může být také přidružená mentální retardace, je možnost vzdělávání takových žáků v běžné základní škole. Ne vždy, jak již bylo řečeno, je integrace žáka s tělesným postižením vhodná. Nezáleží jen na druhu a stupni postižení žáka, ale především na jeho psychických schopnostech, rodinném zázemí, na jeho schopnosti sociální adaptace, vůle a úrovně rozumových schopností. Dítě s postižením má právo na spokojené dětství, ať už ho prožije v běžné či ve speciální škole.

Přítomnost žáka s postižením v kolektivu zdravých dětí může být zdravým žákům prospěšná, zejména z hlediska umění schopnosti lidskosti, tolerance, ohleduplnosti a ochoty. Žák s postižením by se ale neměl stát učební pomůckou a objektem charitativní péče. K cílům integrace dítěte s tělesným postižením v rámci školního prostředí patří, aby se takový žák naučil ve své třídě kooperaci, práci v týmu, organizačním schopnostem, komunikaci a sociálním dovednostem. A především samostatnosti a překonávání bariér či překážek, s nimiž se člověk s postižením v životě setkává. (Švarcová, 2012)

Výchovně - vzdělávací rehabilitace má za úkol zajistit lidem s tělesným postižením, nemocným a zdravotně oslabeným lidem výchovu, všeobecné a také odborné vzdělání, jež je má připravit k výkonu zaměstnání. Tento typ rehabilitací zajišťují speciální školy a zařízení somatopedického typu. (Renotiérová M., Ludíková L. a kol., 2004)

V komunikaci s lidmi s tělesným postižením by se měla dodržovat určitá pravidla, aby nedocházelo ke zbytečným nedorozuměním. Tato pravidla lze pojmout jako „Desatero pro jednání s lidmi s tělesným postižením“. (Švarcová, 2012)

Toto Desatero je v práci umístěno v přílohách.

4 INTEGRACE LIDÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM V RÁMCI ŠKOLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

Tuto kapitolu si dovoluji začít citátem Adriana D. Warda:

„Kvalita společnosti se může měřit podle způsobu, jak se stará o své nejzranitelnější a nejzávislejší členy. Společnost, která se o ně stará nedostatečně, je pochybná.“
(Švarcová, 2012)

4.1 NOVÉ TRENDY V PÉČI O DĚTI, MLÁDEŽ A DOSPĚLÉ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Sociální integrace lidí se zdravotním postižením, představuje jejich začlenění mezi zdravé lidi ve všech oblastech lidského života. Nejedná se však jen o konkrétní opatření, nedílnou součástí integrace je i postoj společnosti ke zdravotně postiženým občanům, kdy společnost občany neodmítá, tedy nesegreguje.

Setkáváme se i s trendem normalizace, jež si klade za cíl poskytnout lidem se zdravotním postižením možnost žít v rodině, tedy v přirozeném prostředí, nikoli v ústavním zařízení, což se běžně uplatňovalo do roku 1989. Se změnou režimu se postupně začal rozvíjet právě onen nový zmiňovaný trend. Nyní mohou lidé s postižením navštěvovat školní zařízení všech stupňů vzdělávání, což jim umožňuje rozvoj jejich intelektuálních, kognitivních schopností, i všech ostatních dovedností, kterým se ve školách učí zdravé děti, pokud jim to jejich zdravotní stav dovolí. (Švarcová, 2012) Mohou se tak věnovat svým zájmům a rovněž se připravovat na budoucí profesní uplatnění, které bude samozřejmě odpovídat jejich možnostem, v nichž se musí zohlednit zdravotní stav člověka.

Zásadní pro oba zmíněné trendy je humanizace, jež se týká nejen péče o lidi se zdravotním postižením, ale přístupu celé společnosti k nim. Společnost by měla občany se zdravotním postižením vnímat a respektovat jako své rovnoprávné členy, přičemž by pro ně měla vytvořit takové podmínky k životu, které budou zohledňovat jejich omezení. V neposlední řadě by jim měla věnovat dostatečnou pozornost a péči. Projevy humanizace společnosti můžeme vidět i na tom, že se užívá čím dál více pojem „člověk“ nebo „lidé s postižením“, nikoli „postižený člověk“ či „postižení lidé“. Tím se zdůrazňuje, že člověk s postižením je především lidskou bytostí. (Švarcová, 2012)

Hlavní je však naplnit cíl integrace, kterým je, jak již bylo řečeno, vytvořit pro lidi s postižením důstojné podmínky k životu, tedy respektovat jejich potřeby a oprávněné zájmy. Přirozeně by každý sociální systém měl respektovat lidská práva, lidskou svobodu a lidskou důstojnost, a to jak u lidí zdravých, tak u lidí s postižením.

Prostředky a metody humanizace se týkají oblastí výchovy a vzdělávání. Z právě řečeného vyplývá, že při výchově dětí s postižením by se za žádných okolností neměly užívat nehumánní prostředky, mezi které patří hlavně tělesné tresty, fyzické či psychické týrání, jakékoli omezování osobní svobody, apod. Nikdo, kdo se narodil zdravý, si nemůže být jistý, že to tak zůstane po celý jeho život. Stejně tak stav člověka s postižením se může během jeho života změnit jak k lepšímu, tak samozřejmě i k horšímu. Takovýto člověk se snaží důsledky svého postižení zmírnit, překonávat. Adaptace člověka s postižením k požadavkům prostředí ovšem závisí nejen na jeho zdraví a inteligenci. Faktorů je mnoho, patří mezi ně např.: emocionalita, sociabilita, vůle, úroveň komunikačních schopností, rozvinutost motoriky, schopnost sebeobsluhy a řada dalších dovedností. (Švarcová, 2012) Prostředí, ve kterém lidé s postižením žijí, by mělo být co nejméně omezující. Pomoc těm, kteří to potřebují, má být vždy službou, ne manipulací.

Pokud posuzujeme prognózu vývojových perspektiv lidí s postižením, musíme hledět nejen na schopnosti a osobní vlastnosti člověka s postižením, ale i na podmínky jeho rehabilitace, zdravotní péče a dalších možností, které by mohly vést ke zlepšení jeho stavu. Důležitými faktory jsou měnící se sociálně ekonomické podmínky péče o občany s postižením, sociální postoje, míra humanizace společnosti a rovněž i úroveň speciálního školství.

Podstatnou a nezbytnou složkou ke zlepšení péče o lidi s postižením je jejich personalizace (neboli individualizace), v rámci níž se zhodnotí individuální schopnosti, možnosti a potřeby člověka s postižením. Těmto parametrům musí odpovídat druh i způsob péče. Je jasné, že člověk s těžkým postižením bude potřebovat neustálou péči, zatímco člověk, který je relativně soběstačný, se obejde bez péče v ústavním zařízení. Personalizace zahrnuje včetně výše zmíněného také možnost jednotlivým lidem individuálně kompenzovat náklady, které jim postižení způsobuje. Princip personalizace v tomto ohledu je ten, že pomoc a podpora má být dostupná všem. Bohužel ne vždy tomu tak je, což dokazuje stále narůstající počet bezdomovců, mezi nimiž najdeme velké procento lidí s mentálním postižením a duševním onemocněním. Význam personalizace spočívá také v tom, že se zabýváme vývojem postižení během celého života, od raného věku až do stáří člověka, což má sloužit k vytvoření tzv. perspektivních vidin - perspektivního projektu, v rámci jejich integrace do společnosti.

Díky vytváření nových služeb pro lidi s postižením došlo ke změně v přístupu k těmto lidem. V současnosti dochází k velkému rozvoji organizací v rámci nestátního neziskového sektoru, vedle nějž jsou samozřejmě státní zařízení.

Mnohdy právě lidé s postižením nebo jejich rodiče zakládají nestátní neziskové organizace. V rámci péče o lidi s postižením jsou užívány jak finanční prostředky plynoucí ze státních zdrojů, tak finanční prostředky pocházející od sponzorů či finance od samotných postižených osob a jejich rodin. Bohužel se setkáváme i s případy, kdy jsou finance určené nějaké organizaci zabývající se pomocí či péčí o lidi s postižením, zneužity. V tomto ohledu by měl zákon lépe upravovat kontrolu nad manipulací s těmito finančními prostředky. (Švarcová, 2012)

4.2 SOCIALIZACE A INTEGRACE OSOB S POSTIŽENÍM

Proces socializace probíhá současně s tělesným a duševním vývojem dítěte s postižením. Začleňováním do společnosti je člověk s postižením integrován do interpersonálních vztahů, přijímá za své kulturní hodnoty, plní určité sociální role a funkce, řídí se danými zvyklostmi, sdílí s druhými svá mínění a přesvědčení, respektuje nastavený životní řád, stejně jako některé normy a zásady, jež jsou platné pro všechny. (Helus in Švarcová, 2012)

Výchovou se myslí cílevědomý řízený proces, zatímco socializace je chápána jako spontánní sžívání se s okolím. K socializaci je nutná schopnost adaptability a flexibility. Jedná-li se o dítě s postižením, u něhož je schopnost adaptability a flexibility snížena, musí být proces jeho socializace více či méně řízený. Tento proces má být zahájen ihned, jakmile je u dítěte zjištěna vada, a měl by se prolínat se speciální výchovou. (Švarcová, 2012)

Dalšími důležitými pojmy jsou jistě integrace a inkluze. Pojem integrace má mnoho definic. Pedagogický slovník definuje integrované vzdělávání jako zapojování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do hlavního proudu vzdělávání, tedy do běžných škol. Cílem integrovaného vzdělávání je umožnit také žákům s těžkým a trvalým zdravotním postižením zkušenost vzdělávat se společně s jejich zdravými vrstevníky, ale brát přitom současně ohled na jejich speciální potřeby. Podle výše zmíněného modelu se některé zahraniční země snaží fungovat již od roku 1990. ČR má stejný cíl posledních několik let. Žáci s postižením jsou tak na běžných školách buď ve speciálních třídách, nebo jsou individuálně zařazováni do libovolných školních tříd. (Průcha, Walterová, Mareš in Švarcová, 2012)

Mnohdy jsou pojmy integrované a inkluzivní vzdělávání v pedagogické praxi chápány stejně. Inkluze bývá některými autory definována jako splynutí, jež má znamenat vyšší stupeň integrace, která bývá chápána jako začlenění.

Dle národního akčního plánu ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) z roku 2010 je inkluzivní vzdělávání chápáno jako vzdělávání, které rozvíjí kulturu školy, a to směrem k sociální soudržnosti. Při tomto vzdělávání jde o naplnění rovných příležitostí a adekvátní podporu, jež se týká vyučování

pro všechny žáky, a to bez ohledu na jejich individuální rozdíly. Cílem je maximálně rozvinout jejich vzdělávací potenciál. S realizací inkluze a inkluzivního vzdělávání se můžeme setkat zejména ve skandinávských zemích a v USA. (Švarcová, 2012)

Valenta (2003) je toho názoru, že život člověka s tělesným postižením je značně ovlivněn společností, tedy především přístupem společnosti k němu. Sander v jeho knize v této souvislosti zmiňuje, že postižení vzniká tehdy, není-li člověk dostatečně integrován do svého prostředí v důsledku poškození nebo vady, nebo dojde-li u něj ke snížení výkonu. (Sander in Valenta, 2003)

5 SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY DĚTÍ A ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Žáci s tělesným postižením mohou navštěvovat buď běžnou školu, která je integruje, nebo školu speciální. Obor speciální pedagogiky, jenž se v této souvislosti zaměřuje na problematiku vzdělávání dětí a žáků s tělesným postižením, se nazývá Somatopedie. Zároveň se zabývá lidmi, kteří mají zdravotní znevýhodnění, čímž se myslí zdravotní oslabení či dlouhodobá nemoc. Pojem tělesné postižení označuje postižení, jež brání člověku v mobilitě, tedy v pohybu, v nejtěžších případech znamená celkovou imobilitu. Příčin tělesného postižení je několik. Může to být např. vada pohybové nebo nosného ústrojí, tedy kostí, kloubů, šlach, svalů i cévního zásobování, porucha nervové činnosti, ale také všechny odchylky od normálního tvaru těla a končetin. Tělesné postižení zahrnuje i amputace a poúrazové stavy. Nejobvyklejší jsou různé formy dětské mozkové obrny (DMO). (Švarcová, 2012)

Lidé s tělesným postižením jsou často z důvodu nedostatečné schopnosti sebeobsluhy či soběstačnosti závislí na pomoci druhých, samozřejmě dle stupně postižení. Dříve byli od běžné společnosti izolováni, dnes se naopak prosazuje jejich integrace, tedy začlenění do společnosti. Právě pro jejich začlenění je významná jejich úroveň soběstačnosti, jež se odvíjí od schopnosti samostatného pohybu a užívání rukou. (Švarcová, 2012) Je-li postižení na těle výrazné, má vždy negativní dopad na sociální status jedince a jeho vliv může být větší, než vliv funkčních omezení, jež s postižením souvisí. (Vágnerová in Švarcová, 2012)

Neovladatelné jednání, např. slinění, nesouvislý jazykový projev, škubavé pohyby, apod., snižují sociální status člověka s postižením, což je způsobeno především netolerancí okolí. Často je k tomu navíc přidružená mentální retardace či smyslové vady. Jedná-li se o děti s tělesným postižením, je zde obvykle neurologická nebo ortopedická diagnóza. Důvodem postižení však může být i chronické onemocnění jako je epilepsie, kardiovaskulární onemocnění, závažné metabolické poruchy, onkologická onemocnění a další. Tělesné postižení provází obvykle odlišný vzhled, proto často lidé s tělesným postižením trpí pocitem méněcennosti. (Švarcová, 2012)

Valenta (2003) považuje za důležitý aspekt vzdělávání žáků s tělesným postižením včasnou intervenci, neboli ranou podporu, ranou péči. Raná podpora vyjadřuje v tomto případě všechna opatření, tedy intervence, aktivity, speciální vzdělávání, která mají zlepšit organické funkce, vybudovat adekvátní způsoby chování a přispět celkově k rozvoji osobnosti dítěte s tělesným postižením již v prvních letech jeho života.

Bartoňová a Vítková (2010) Valentovo mínění potvrzují. Ve své knize se zmiňují o nedostatku zkušeností dětí s tělesným postižením. Tento nedostatek demonstrují na schopnosti psaní. Poukazují na fakt, že téměř 50% tříletých dětí bez zdravotního postižení v tomto věku čmárají a kreslí různé tvary, jež se podobají písmenům, přičemž tato zkušenost dětem s tělesným postižením chybí vzhledem k omezením hybnosti a k únavě. Tyto faktory je limitují v objevování okolního světa a ve správném vývoji. (Best, S., Heller, K., Bigge, J. 2005; Vágnerová, M. in Vágnerová, M., Moussová, H., Z., Štech, S. 2004 in Bartoňová, M., Vítková M., 2010)

Renotiérová (2004) se v rámci problematiky rané podpory zmiňuje o institutu tzv. léčebné a pedagogické rehabilitace. Poukazuje na to, že zatímco léčebná rehabilitace, tedy příslušná zdravotní péče, je dětem poskytována od okamžiku zjištění tělesného postižení, tak rehabilitace pedagogická je realizována až ve chvíli, kdy dítě začne využívat služeb speciálně pedagogického centra, tedy v době, kdy se připravuje na povinnou školní docházku. Můžeme si také povšimnout, že institut Rané podpory dětí s tělesným postižením považují výše zmínění autoři za významný prvek podporující integraci a inkluzivní vzdělávání dětí s tělesným postižením.

5.1 ZÁKLADNÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

Školský zákon umožňuje dětem se zdravotním postižením vzdělávat se na běžných školách, a to formou buď individuální, nebo skupinové integrace. Tyto děti mají možnost vzdělávat se také ve speciálních školách, jež jsou pro ně zřízeny, kde je jim rovněž poskytována forma individuální nebo skupinové integrace. Vzdělávání žáků se zdravotním postižením v rámci povinné školní docházky je prováděno těmito formami:

- 1) Formou individuální integrace.
- 2) Formou skupinové integrace, která se uskutečňuje buď ve třídě, nebo v oddělení běžné základní školy, může také probíhat ve třídě či oddělení školy speciální.
- 3) Formou vzdělávání ve škole speciální, jež byla zřízena speciálně pro žáky se zdravotním postižením.
- 4) Formou kombinace těchto 3 výše uvedených forem vzdělávání. (Švarcová, 2012)

Aby mohl být žák se zdravotním postižením zařazen do jakékoliv výše uvedené formy základního vzdělávání, musí k tomu dát souhlas jeho zákonný zástupce.

Cílem integrace do výše uvedených forem integrovaného základního vzdělávání, kromě ZŠ speciálních, je začlenění znevýhodněných lidí do společnosti, aby měli stejná práva jako lidé zdraví, ovšem, aby současně byly v nejvyšší možné míře respektovány jejich individuální vzdělávací potřeby. Je-li to potřeba, má žák s tělesným postižením možnost vzdělávat se v běžné či speciální škole podle individuálního vzdělávacího plánu, tzv. IVP. Rozhoduje o tom ředitel školy. IVP je tvořen na základě školního vzdělávacího programu školy, který je zpracován na základě Rámcového vzdělávacího programu školy. K vytvoření IVP je nutné, aby dítě s postižením podstoupilo speciálně pedagogické vyšetření ve školském poradenském zařízení, čímž je buď pedagogicko-psychologická poradna (PPP), nebo speciálně pedagogické centrum (SPC), případně je zde i doporučení odborného lékaře. Plnění IVP podléhá pravidelné kontrole.

Zpravidla se žákům s tělesným postižením, nemají-li k tomu přidružené ještě další postižení, podaří s využitím kompenzačních pomůcek absolvovat všechny předměty v 10 ročnících studia. Jako vhodný způsob výuky je vnímána skupinová nebo tzv. kooperativní výuka, při níž žáci ve skupině spolupracují a navzájem si pomáhají. Je nutné, aby hodnocení žáka korespondovalo s jeho možnostmi, žák musí být hodnocen s ohledem na jeho zdravotní omezení. Takového žáka lze hodnotit i slovně. (Švarcová, 2012) Předměty jako je psaní, geometrie, laboratorní cvičení, výtvarná výchova a tělesná výchova, činí žákům s tělesným postižením největší potíže. Je proto důležité, aby se učitel zamyslel nad vhodnou kompenzací v daném předmětu. Pokud se žák vzhledem ke svému tělesnému postižení nemůže zúčastnit tělesné výchovy, bývá pro něj vhodnou alternativou zdravotní tělesná výchova, jež působí kompenzačně, reedukačně a rovněž přispívá k celkovému zlepšení postižení žáka. (Kábele in Švarcová, 2012)

V případě potřeby je možné využít nejen kompenzačních pomůcek, ale také speciálních didaktických metod, nejlépe je zkombinovat. Například psaní bývá pro žáky s tělesným postižením problematické. Žáci, jež nemají horní končetinu nebo končetiny, mohou používat protézu či nástavec. Nástavec může být proteticky upraven tak, aby byl přímo na pahýlu horní končetiny a na něm byla připevněna psací potřeba. Pokud je pahýl druhé ruky dostatečně dlouhý, učitel by se měl snažit naučit žáka, aby si jím přidržoval sešit. Právě zvolením správného postupu lze dosáhnout u žáka s tělesným postižením potřebných schopností a dovedností. (Bartoňová M., Vítková M., 2010)

Vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných probíhá podle vyhlášky MŠMT 147/2011, podle níž se toto vzdělávání uskutečňuje s využitím tzv. vyrovnávacích a podpůrných opatření.

Vyrovňovací opatření při vzdělávání slouží žákům se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Tato opatření uplatňují pedagogické a speciálně pedagogické metody a postupy, které by měly korespondovat se vzdělávacími potřebami žáků. Do vyrovnávacích opatření patří i poskytování individuální podpory během výuky a také v rámci přípravy na výuku. Kromě zmíněného se mezi vhodná opatření řadí také poradenské služby školy a školských poradenských zařízení, poskytnutí individuálního vzdělávacího plánu a služeb asistenta pedagoga. Opatření jsou žákovi poskytnuta na základě posouzení jeho vzdělávacích potřeb, průběhu a výsledků jeho vzdělávání, což provádí pedagog, případně na posouzení spolupracuje se školským poradenským zařízením. Podpůrná opatření jsou taková opatření, která jsou určena žákům se zdravotním postižením. Stejně jako výše zmíněná vyrovnávací opatření používají pedagogické, speciálně pedagogické metody a postupy, také kompenzační, rehabilitační a učební pomůcky, speciální učebnice, didaktické materiály, poskytování pedagogicko-psychologických služeb a služeb asistenta pedagoga. Podpůrným opatřením je také snížení počtu žáků ve třídě nebo ve studijní skupině, případně jiná úprava organizace vzdělávání, jež zohledňuje speciální vzdělávací potřeby žáka. (Školský zákon, MŠMT ČR, prováděcí vyhláška č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů)

Podle zmíněné vyhlášky se mezi žáky s těžkým zdravotním postižením řadí žáci s těžkým sluchovým, zrakovým či tělesným postižením, s těžkou poruchou dorozumívacích schopností, žáci hluchoslepí, žáci s více vadami, autismem či s těžkým nebo středně těžkým tělesným a mentálním postižením. Takoví žáci mají největší nárok na podpůrná opatření, vzhledem na rozsah jejich speciálních vzdělávacích potřeb. Žáky, kteří jsou znevýhodněni sociálně a mají nárok na vyrovnávací opatření, zmíněná vyhláška definuje jako žáky, jež žijí v prostředí, v němž se jim nedostává potřebné podpory k řádnému průběhu vzdělávání, a to včetně spolupráce jejich zákonných zástupců se školou. Také sem však patří žáci, kteří jsou znevýhodněni ve znalosti vyučovacího jazyka. Tyto žáky je možné zařadit do škol, tříd nebo studijních skupin, jež jsou zřízené pro žáky se zdravotním postižením, nebo je lze převést do vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením na základě:

- 1) Doporučení školského poradenského zařízení, a to v písemné formě, přičemž součástí tohoto doporučení je návrh konkrétních podpůrných opatření.
- 2) Projednání, a to buď se zákonnými zástupci nezletilého žáka, nebo s žákem zletilým, a to včetně srozumitelného poučení, jež musí být učiněno podle přílohy výše zmíněné vyhlášky. Toto poučení musí být dáno i nezletilému žákovi.

- 3) Informovaného souhlasu zákonného zástupce nezletilého žáka nebo zletilého žáka, jež se vztahuje na formulář, který je zpracován dle přílohy k výše zmíněné vyhlášce, která se týká základního vzdělávání.

Pobyt v diagnostickém ústavu nebrání tomu, aby byl žák zařazen do příslušného školského zařízení dle kritérií uvedených ve výše zmiňované vyhlášce. (Školský zákon, MŠMT ČR prováděcí vyhláška č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů)

5.2 INDIVIDUÁLNÍ A SKUPINOVÁ INTEGRACE

5.2.1 INDIVIDUÁLNÍ INTEGRACE

Individuální integrací se myslí vzdělávání žáka v běžné základní škole nebo ve speciální základní škole s jiným druhem zdravotního postižení. Nyní se budeme věnovat několika podstatným aspektům individuální integrace, a sice aspektům pedagogickým. Pedagogické aspekty integrace jsou takové aspekty, jež zahrnují několik nezbytných předpokladů úspěšnosti individuální integrace žáků se zdravotním postižením do základních škol. Těmito aspekty jsou:

- 1) Přípravenost školy na přijetí žáka s postižením.
- 2) Odbornost třídního učitele.
- 3) Podpora ze strany rodičů.
- 4) Činnost asistenta pedagoga, případně osobního asistenta.
- 5) Poradenský servis podporující integrované vzdělávání.
- 6) Opatření školy přijatá v souvislosti s integrací žáka s postižením.
- 7) Plnění programu, podle kterého byl integrovaný žák vzděláván. (Švarcová, 2012)

Co se týče připravenosti školy na přijetí žáka s postižením, tak zde je zásadní, aby škola, jež vzdělává žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, splňovala určité požadavky. Významné je nejen rozhodnutí ředitele o přijetí či nepřijetí žáka, závisí samozřejmě také na postojích učitelů, jež se budou na vzdělávání integrovaného žáka podílet. Zároveň je však nutné, aby byli třídním učitelem o příchodu žáka se zdravotním postižením či sociálním znevýhodněním dostatečně informováni nejen jeho budoucí spolužáci, ale i jejich rodiče. Pro dobré přijetí integrovaného žáka v běžné škole je důležité, aby ve třídě vládla přátelská atmosféra. V tomto směru záleží jak na kolektivu třídy, postojích rodičů žáků, kteří třídu navštěvují, tak rovněž na povaze integrovaného žáka. Co se týče odbornosti třídního učitele, je samozřejmě nutné, aby splňoval příslušnou kvalifikaci.

Je-li učitel zaměstnán ve speciální základní škole, musí mít speciálně pedagogické vzdělání. Pokud se jedná o učitele, který pracuje na běžné škole, která ale integruje žáky se zdravotním postižením, není to nutným pravidlem. Lze si speciálně pedagogickou kvalifikaci doplnit různými kurzy, semináři a četbou odborné literatury. (Švarcová, 2012)

Hájková a Strnadová (2010) ve své knize uvádí několik rad, kterými by se měl řídit pedagog, jenž usiluje o to, aby u něj ve třídě probíhalo inkluzivní vzdělávání žáka s postižením úspěšně. Pedagog by tedy měl:

- 1) Provést diagnózu vstupních podmínek (možnosti zapojení ostatních pracovníků školy, zhodnocení vlastních sil, zajištění poradenských opor, aj.).
- 2) Připravit časový plán průběžné spolupráce se všemi zainteresovanými stranami (ostatními pedagogy školy, rodiči, asistenty a poradenskými pracovníky).
- 3) Průběžně zhodnotit tempo a úspěšnost zaváděných inkluzivních opatření.
- 4) Získat podporu klíčových pracovníků školy (management školy, pedagogové s vysokou profesionální autoritou a prestiží, aj.), jejichž působení motivuje ke spolupráci ostatní členy školní komunity.
- 5) Přijmout nové pojetí role rodiče jako spolupracovníka a partnera, jehož znalost dítěte, schopnost jej ovlivňovat a jeho názory mohou být cenné pro inkluzivní školní praxi. (Hargreaves 1997; McGregor a Vogelsberg 1998 in Hájková V., Strnadová I., 2010)

Nutné však je, aby základní škola integrující žáky se zdravotním postižením spolupracovala se speciálně pedagogickým centrem, jehož poradenský servis koresponduje s druhem postižení, na něž se škola integrující žáky se zdravotním postižením zaměřuje. Dle školského zákona může být k dispozici na školách integrující žáky se zdravotním postižením i asistent pedagoga, jež je plně k dispozici integrovanému žákovi v době jeho vyučování, rovněž i o přestávkách či v čase oběda. Asistent pedagoga pomáhá integrovanému žákovi i s přípravou potřebných učebnic, apod. na vyučované předměty. Je rovněž povinen žákovi s těžkým zdravotním postižením pomoci v rámci sebeobsluhy a přesunu během vyučování, a také při akcích, jež škola pořádá mimo budovu školy, a je-li náplní té akce vzdělávání. Asistent po skončení výuky žáka předává rodičům nebo jeho osobnímu asistentovi.

Nezbytné je, aby škola integrující žáky s tělesným postižením kromě poskytnutí asistentů pedagoga, přijala i další potřebná organizační a pedagogická opatření, jako je: snížení počtu žáků ve třídě, zakoupení kompenzačních pomůcek, odstranění bariér v rámci školní budovy, dále vybudování tzv. odpočinkové místnosti, kde žáci se tělesným postižením mohou relaxovat, protáhnout se ve volných hodinách nebo v případě potřeby.

Některé školy integrovaným žákům zajistí i dopravu, například formou mikrobusu, jež žáky s tělesným postižením sváží. (Švarcová, 2012)

Přístupné prostředí pro člověka s postižením podle Šestákové (2006) splňuje tyto charakteristiky:

- 1) Je ohleduplné, což znamená, že zohlední rozmanitosti uživatelů, je jim přístupné.
- 2) Je bezpečné, zejména co se týče vyčnívajících předmětů, rozměrů i kluzkosti.
- 3) Je zdravé, čímž se myslí, že by svým designem mělo podporovat zdravé užívání.
- 4) Je funkční, má tedy funkční vazby, rozměry jednotlivých prostor a komunikací atd., jedná se o tzv. bezkolizní dispoziční řešení.
- 5) Je srozumitelné, tedy umožňuje bezproblémovou orientaci pro všechny. Poskytuje srozumitelné informace formou zavedených symbolů a disponuje srozumitelným prostorovým uspořádáním, aby bylo prostředí funkční, nemátlo a nedezorientovalo.
- 6) Je estetické, místo by mělo být na pohled příjemné, nemělo by nevyvolávat negativní pocity.

Z výzkumu Opatřilové z roku 2011 vyplývá, že žákům s tělesným postižením činí v rámci běžných úkonů ve škole největší obtíže přesuny z učebny do učebny a příprava pomůcek na vyučování, dále psaní, kreslení, také práce s počítačem a práce s mapou. (Opatřilová, 2011)

Aby ve třídě bylo dobré klima, je nutné, aby zde fungovala vzájemná komunikace mezi žáky. Proto by učitel měl žáky učit:

- 1) Naslouchat názorům druhého.
- 2) Akceptovat názor druhého.
- 3) Uplatnit svůj názor a postoj, ale tolerovat odlišné stanovisko druhého.
- 4) Mít nad sebou kontrolu, ovládat se.
- 5) Mít sebeúctu, sebevědomí, umět chválit a přijmout pochvalu.
- 6) Zvýšenému porozumění a užití slovní zásoby, jež souvisí s emocemi, slovním vyjadřováním, dialogy a mezilidskou komunikací.
- 7) Rozeznat a interpretovat rozdíly v pocitech, chování, pohledu na sebe a na ostatní.
- 8) Porozumět základním sebepoznávacím procesům, jež vedou k adekvátnímu pocitu zodpovědnosti za svoje jednání.
- 9) Rozpoznat a porozumět tomu, jak chování jednotlivce ovlivňuje ostatní.
- 10) Motivaci a kreativitu.
- 11) Porozumět a užívat logická zdůvodnění a rozšířit jejich zásoby k vyřešení problémů.

12) Znat kroky, jež vedou k řešení sociálních problémů, a to buď formou prevence, nebo řešení problémů v každodenním životě. (Michalová, 2012).

Výsledky výzkumu Havla a Filové z roku 2010, jenž se zaměřoval na vzdělávací inkluzi na základní škole očima učitelů, ukázaly mimo jiné, že pedagogové si v rámci inkluzivního vzdělávání nejvíce všimají několika aspektů. Nejvíce preferují pozitivní klima školy a práci na společných projektech, v prvních 5. preferencích se dále objevila materiální vybavenost, týmová spolupráce a otevřenost vedení. (Havel, Filová, 2010) Další výzkum Havla a Filové ukázal, že pedagogové vidí jako významný prvek inkluzivního vzdělávání vzájemnou spolupráci všech žáků ve třídě, a také spolupráci mezi ročníky a třídami. Domnívají se, že je velmi důležité žáky se speciálními vzdělávacími potřebami zapojit do výuky. (Havel, Filová, 2010)

Nezbytná je i spolupráce se SPC a s PPP, jež by měla začít již v předškolním období dítěte, a trvat až do ukončení jeho povinné školní docházky, v případě potřeby i déle. Poradenství je určeno jim, jejich zákonným zástupcům, orgánům státní správy i dalším službám, jež zajišťují péči o žáky se zdravotním postižením. (Kubová in Švarcová, 2012)

Mluvíme-li o podpoře ze strany rodičů integrovaných žáků, je rozhodnutí rodičů či jiných zákonných zástupců umístit své dítě s tělesným postižením do běžné základní školy většinou výsledkem vlastního uvážení, případně na základě porady s odborníkem, jimž může být např. výchovný poradce či pracovník příslušného SPC, u něhož se rodiče informují. Rodiče, kteří se rozhodli své dítě dát do běžné základní školy, jež integruje žáky s postižením, se školou zpravidla spolupracují a na výuku se s dítětem připravují. Někteří však kladou na své dítě přehnaně velké nároky v rámci dosahování školních výsledků a ve snaze docílit u svého dítěte stejných výsledků, jako dosahují zdraví žáci. Toto chování však vyvíjí na dítě nepřiměřený tlak a stresuje ho. (Švarcová, 2012)

Také Lechta (2010) klade důraz na angažovanost rodiny žáka s postižením, jež je inkluzivně vzděláván v běžné škole a třídě. Je toho názoru, že bez angažovanosti rodiny žáka, pravidelného kontaktu pedagoga s rodiči a vyváženého emocionálního a racionálního přístupu k němu nelze dosáhnout školní inkluze.

5.2.2 SKUPINOVÁ INTEGRACE

Skupinovou integraci žáka se zdravotním postižením definuje zmíněná vyhláška č. 73/2005 Sb. školského zákona, jako vzdělávání žáka ve třídě, oddělení či studijní skupině v běžné základní škole nebo

ve speciální základní škole s jiným druhem zdravotního postižení. Jde o situaci, kdy se ve škole nachází větší počet žáků s určitým druhem postižení. V takovém případě pro ně škola může zřídit speciální třídu.

Činí se tak v případě žáků se zrakovým, sluchovým a mentálním postižením, ale také u žáků s vadami řeči, žáků s více vadami a žáků se specifickými poruchami učení nebo poruchami chování. V takto vytvořené speciální třídě učí speciální pedagog a vzdělávání zde odpovídá vzdělávání na speciální škole. V rámci skupinové integrace se žáci s postižením mohou dle svých možností zapojit v některých předmětech společně s ostatními žáky školy, a rovněž jsou dle svých možností zapojováni do všech aktivit, jež škola mimo výuku pořádá. Cílem skupinové integrace je, aby žáci s postižením neztratili kontakt s žáky bez postižení a zároveň mohli být vzděláváni dle svých možností a schopností. (Švarcová, 2012)

5.3 ODDĚLENÉ SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

Formou odděleného speciálního vzdělávání se zabývají tzv. speciální školy, kde působí speciální pedagogové. Jsou určeny jedincům, kteří nejsou schopni se vzdělávat vzhledem ke svému zdravotnímu postižení v běžných školách tzv. hlavního proudu, tedy v MŠ, ZŠ, a na příslušných formách SŠ. Hlavním rozdílem je oproti běžným školám nižší počet žáků ve třídách, potřebná vybavenost didaktickou technikou vzhledem ke speciálním vzdělávacím potřebám žáků a rovněž i architektonické přizpůsobení školní budovy. (Švarcová, 2012) Proces přijetí žáka či studenta do speciální školy upravuje vyhláška č. 73/2005 Sb. K přijetí žáka či studenta je nutné doporučení školského poradenského zařízení a žádost zákonných zástupců dítěte nebo žádost již zletilého žáka. Nutné je také ovšem doporučení odborníka, jimž je např. pracovník příslušného SPC. Vždy by měl být při rozhodování o přijetí či nepřijetí dítěte do vhodného školního prostředí brán ohled nejen na jeho rozumové schopnosti, ale také na schopnost sociability a komunikace s vrstevníky. Na prvním místě vždy stojí zájem dítěte. Pokud se zájmy rodičů neshodují se zájmy dítěte, řeší se tato situace individuálně ve spolupráci s příslušnými odborníky a zřizovatelem školy. Jedná-li se o žáka zletilého, může se tohoto rozhodování již zúčastnit (Školský zákon, MŠMT ČR prováděcí vyhláška č. 73/2005 Sb. ve znění pozdějších předpisů).

Nedovoluje-li žákovi jeho zdravotní stav docházet do školy, je dle zákona možné, aby byl vzděláván tzv. individuálně. Ředitel školy je povinen v potřebném rozsahu žákovi s tělesným postižením individuální vzdělávání zajistit.

Povinností zákonného zástupce takového žáka je vytvořit mu pro to podmínky. (Školský zákon, MŠMT ČR prováděcí vyhláška č. 561/2004 Sb. § 40,41)

5.4 TYPY SPECIÁLNÍCH ŠKOL PRO ŽÁKY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Označení těchto škol je deklarováno vyhláškou MŠMT 73/2005, § 5. Žáci s tělesným postižením mohou studovat na těchto typech speciálních škol: ZŠ pro tělesně postižené, SŠ pro tělesně postižené, SOU pro tělesně postižené, odborné učiliště pro tělesně postižené, praktická škola pro tělesně postižené, gymnázium pro tělesně postižené či SOŠ pro tělesně postižené. Systém speciálního školství funguje také pro žáky se zrakovým a sluchových postižením, s vadami řeči nebo se specifickými poruchami učení i chování. Ke speciálním typům škol patří MŠ i ZŠ při zdravotnickém zařízení a také základní škola speciální při zdravotnickém zařízení. (Školský zákon, MŠMT ČR prováděcí vyhláška č. 73/2005 Sb.)

EMPIRICKÁ ČÁST

Téma výzkumu jsem si zvolila na základě své vlastní zkušenosti s integrací do běžné základní školy, jež integruje žáky s postižením. Mojí diagnózou je dětská mozková obrna.

Důvodem k vypracování tohoto výzkumu je tedy osobní zájem o danou problematiku. Domnívám se, že integrace do školního prostředí je významným aspektem v životě člověka s jakýmkoliv postižením a negativní zkušenosti v tomto směru ovlivňují jeho pohled na integraci lidí s postižením do běžné společnosti obecně, nejen v rámci školního prostředí.

Výsledky zpracovaného výzkumu mají čtenářům přinést představu o tom, jaké zkušenosti s integrací do běžného školního prostředí má generace žáků, která v současnosti navštěvuje základní školu, konkrétně 2. stupeň a jaké zkušenosti z tohoto období si odnáší předchozí generace lidí s tělesným postižením, která již základní školu absolvovala, a to přibližně před 20 lety.

6 METODOLOGIE

6.1.1 CÍL VÝZKUMU

Cílem mého výzkumného šetření bylo zjistit a porovnat zkušenosti dvou generací lidí s tělesným postižením s integrací do školního prostředí. Mladší generace v současnosti navštěvuje základní školu, konkrétně 2. stupeň a starší generace již základní školu absolvovala, a to přibližně před 20 lety. Vedle tohoto hlavního výzkumného cíle jsem si stanovila tyto dílčí výzkumné cíle.

- 1) Zjistit připravenost základních škol, které integrují žáky s tělesným postižením na jejich přijetí, a to jak z hlediska architektonického, personálního i materiálního vybavení dané školy.
- 2) Zjistit, jak vnímá mladší i starší generace žáků s tělesným postižením přístup jak svých spolužáků, tak pedagogů k nim.
- 3) Zjistit, jestli pedagogové v případě obou zkoumaných generací byli ochotni řešit případný konflikt, který vznikl ve třídě, kterou žák s postižením navštěvoval nebo v současnosti navštěvuje.
- 4) Zjistit názor respondentů obou generací lidí s tělesným postižením na to, co na základě své osobní zkušenosti preferují - zda běžnou základní školu nebo speciální základní školu.

6.1.2 DRUH A METODY VÝZKUMU

Vzhledem k povaze tématu a velikosti výzkumného vzorku jsem si zvolila kvalitativní výzkum. Pro získání potřebných dat jsem se rozhodla použít metodu strukturovaného rozhovoru. V rámci kvalitativního výzkumu jsem pracovala se strukturovaným rozhovorem, jež obsahoval celkem 21 otázek týkajících se zvoleného tématu.

6.1.3 VÝZKUMNÝ VZOREK

Výzkumný vzorek tvořilo celkem 6 respondentů, přičemž 3 respondenti v současnosti navštěvují základní školu na 2. stupni a 3 respondenti již základní školu absolvovali, a to přibližně před 20 lety. Oslovení respondenti se nacházejí ve věkovém rozmezí 14 až 30 let. Respondenty jsem hledala na základních školách, jež se zaměřují na integraci lidí s tělesným postižením a také v organizacích, jež nabízejí volnočasové aktivity pro lidi s tělesným postižením. Při jejich oslovování jsem jim vysvětlila záměr mého výzkumného šetření a zeptala jsem se, jsou-li ochotni se výzkumu zúčastnit.

Všichni respondenti mají tělesné postižení. Původně bylo mým záměrem zkoumat zkušenosti výzkumného vzorku respondentů s dětskou mozkovou obrnou a respondentů se svalovou dystrofií. Dva respondenti se svalovou dystrofií, kteří z počátku s poskytnutím rozhovoru do mé bakalářské práce souhlasili, si nakonec svou účast rozmysleli. Z tohoto důvodu jsem se v empirické části nevěnovala tématu svalové dystrofie a hledala jsem další respondenty, kteří by splňovali stanovená kritéria mého výzkumu a zároveň by byli ochotni se ho účastnit.

Vhodné respondenty jsem našla a podařilo se mi tedy získat celkový počet 6 respondentů, přičemž 3 jsou ze současné mladší generace a 3 patří ke generaci starší. Z počátku s účastí na mém výzkumu souhlasili 2 chlapci a 4 dívky. Nakonec se výzkumu účastnilo 6 dívek. Všechny rozhovory s respondenty probíhaly u nich doma, aby se cítili příjemně, byli v prostředí, které znají a nebyli při poskytování rozhovoru rušeni přítomností druhých lidí nebo hlukem či jinými rušivými elementy.

6.1.4 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Mého výzkumného šetření se všichni respondenti zúčastnili dobrovolně. Rovněž byli předem informováni o tom, že rozhovor je anonymní a že jejich osobní údaje tedy nebudou nikde zmíněny. Také byli seznámeni s průběhem rozhovoru. Každý rozhovor s respondentem jsem se snažila vést citlivě a taktně.

6.1.5 METODA SBĚRU DAT

Pro své výzkumné šetření jsem si zvolila kvalitativní přístup, přičemž jsem pracovala s metodou rozhovoru. Rozhovor byl strukturovaný. Reichel (2009) ve své knize uvádí, že rozhovor, nebo také interview, je oblíbenou technikou sběru dat užívanou v rámci sociálního výzkumu. Ať už se jedná o formu mluvenou, tedy rozhovor, který je typický pro kvalitativní přístup nebo formu písemnou, čímž je dotazník, jež je typický pro kvantitativní přístup. Rozhovor užívaný v rámci kvalitativního výzkumu vede zpravidla 1 osoba, které se říká tazatel. Osoby, s nimiž tazatel rozhovor uskutečňuje, se nazývají respondenti. Tazatel by měl disponovat určitou profesionalitou. Měl by být důvěryhodný, flexibilní, empatický, a také být schopný sebereflexe.

V roli tazatele jsem se snažila ctít výše zmíněná kritéria. Rozhovor může být buď nestrukturovaný, polostrukturovaný nebo strukturovaný. Nestrukturovaný neboli neformální či volný rozhovor dává respondentům nejvíce prostoru. V nestrukturovaném rozhovoru nejsou otázky předem stanoveny. Mezi tazatelem a respondentem probíhá přirozená komunikace. V takovém případě respondent nemusí ani vědět, že je předmětem výzkumného šetření. Kladnou stránkou je spontánnost uživatele, avšak tento druh rozhovoru je pro tazatele velmi náročný. (Reichel, 2009) Náročnost spočívá v zaznamenání rozhovoru, je-li rozhovor tzv. skrytý, tedy neinzerovaný jako výzkumný, dále pak především v jeho vyhodnocení, protože nestrukturované rozhovory bývají často obsahově i rozsahově velmi rozvinuté, a tak je těžké v nich jednotlivé údaje najít. V rámci nestrukturovaného rozhovoru se mnohdy užívá tzv. narativní rozhovor. Narativní rozhovor poskytuje respondentovi možnost volně vyprávět na dané téma, čímž bývá nějaká životní událost, zážitek, příběh, apod.

Užívá se rovněž polostrukturovaný rozhovor, také známý jako rozhovor pomocí návodu nebo rozhovor částečně řízený, v němž jsou známa témata či otázky, z nichž se rozhovor skládá, není pevně určeno jejich pořadí. Tazatel zde může své dotazy dle potřeby modifikovat nebo pokládat doplňující dotazy, je však nutné, aby byly zodpovězeny všechny otázky.

Je možné použít také strukturovaný, neboli řízený rozhovor. Specifické pro tento druh rozhovoru je to, že jsou předem stanoveny nejen otázky, ale i jejich pořadí. Výhodu najdeme při vyhodnocování takového rozhovoru, nevýhoda je v tom, že nevzniká přirozená komunikace mezi tazatelem a respondentem, jako je tomu při rozhovoru nestrukturovaném, tzv. volném, neformálním. (Reichel, 2009)

Pro mé kvalitativní výzkumné šetření jsem si zvolila metodu strukturovaného rozhovoru. Rozhovor se skládal celkem z 21 otázek. Za zásadní považuje Reichel (2009) kritérium srozumitelnosti otázek, jež rozhovor či dotazník obsahuje. Všechny otázky v rozhovoru by měly být srozumitelné všem. Aby bylo toto kritérium splněno, neměla by být v otázkách užitá cizí slova, odborné termíny, formulace. Otázka by měla být bez tzv. konotace, což znamená, že by tazatel neměl do otázek pokládat taková slova, jejichž význam je chápán z hlediska osobní zkušenosti a z ní plynoucích souvislostí. Rovněž je důležité, aby otázky v rozhovoru byly správně formulovány. Pokud by otázka měla být příliš dlouhá, hrozí nebezpečí, že než bude otázka dokončena, respondent zapomene její začátek. Vhodnější je tedy takto obsáhlou otázku formulovat do několika srozumitelných, kratších vět. Je důležité, aby otázka byla jednoznačná. Dalším významným pravidlem při tvorbě otázek do rozhovoru je dodržení tzv. psychologické přijatelnosti otázky. Myslí se tím, že se pro určité nepříznivé, znepokojující události užije citlivější, vhodnější termín, který však nezastíní smysl otázky. Otázky rovněž nesmí být formulovány sugestivně. V neposlední řadě je vždy důležité vždy zhodnotit, kdy je vhodné ptát se „proč“. Tato otázka může mnohdy přinést nepřesné i zavádějící informace, neboť to respondenty nutí uvažovat nad něčím, nad čím možná dosud ani nepřemýšleli, např. nad vlastní motivací k určitému jednání, apod. (Reichel, 2009)

Otázky do rozhovoru v rámci mého výzkumu jsem se snažila formulovat srozumitelně, jasně, objektivně a případné nesrovnalosti vždy respondentům dostatečně objasnit.

6.1.6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT

Možností třídění a vyhodnocování dat pocházejících z kvalitativního výzkumu je mnoho. Pracuje se se získanými daty. Užil-li tazatel techniku rozhovoru, vychází při analýze dat z přepisů nahrávek rozhovorů, jež mu respondenti poskytl. Při analýze získaných dat se užívá metoda tzv. kódování. Data mají být urovnána, roztríděna a musí reflektovat původní cíle zkoumání, případně jejich změny. Po provedení tzv. transkripce získaných údajů, tedy po jejich přepsání z podoby hlasového záznamu na papír a je možné začít s kódováním. V případě kvalitativního výzkumu se získaná data člení na množiny a soubory údajů, jež se dále člení na dílčí celky a segmenty. (Reichel, 2009)

Tyto dílčí celky a segmenty se následně pojmenovávají a třídí do kategorií. Celý proces se během analýzy několikrát opakuje a postupně se tak analýza stává jasnější a přesnější. V rámci kódování se užívá několik technik.

První je technika prostého výčtu, která odpovídá sledování frekvence, případně také intenzity výskytu určitého prvku, znaku, fenoménu, apod. Další technikou je tzv. hledání vzorců, přičemž se hledají určité opakující se momenty, jako jsou reakce, témata, způsoby jednání, apod. Také se užívá technika vytváření kategorií a typologií, ve které se hledají prvky, jež jsou si jistým způsobem podobné, dále pak jevy, apod., tedy obecnější kategorie.

Při vytváření typologie se jedná o vytvoření soustav typů, přičemž každá z nich zahrnuje prvky, jevy, fenomény, apod., s podobnou konfigurací určitých prvků, znaků nebo vlastností. Používá se rovněž tzv. obsahová analýza, jež souvisí se studiem dokumentů. Kódování je buď otevřené, axiální nebo selektivní. Otevřené kódování se užívá při analýzách získaných dat. Umožňuje nám odhalit určitá témata, třídít je a kombinovat. Axiální kódování se věnuje hledání příčin, důsledků, podmínek, interakcí a procesů, jež odhalují vztahy mezi různými kategoriemi a mohou je také propojovat. (Reichel, 2009) Závěrečným krokem v kódování je selektivní kódování, v rámci něhož se znovu přezkoumávají získaná data a jejich kódy. Dále se vyhledávají stěžejní témata a kategorie, jež mohou tvořit základ pro vznikající teorii, tedy pomáhat do ní integrovat další témata, které s nimi mohou vytvářet propojené významové sítě. Dojde-li k tzv. teoretické saturaci, neboli k teoretickému nasycení, což znamená, že výzkum již nepřináší nové výsledky, je výzkumné šetření ukončeno. (Reichel, 2009)

Ve své práci jsem provedla analýzu získaných dat pomocí metody otevřeného kódování. Rozhodla jsem se při analýze získaných dat pracovat s metodou kladení otázek, o níž ve své knize mluví Strauss (1999). Říká, že tato metoda slouží k tomu, abychom údaje tzv. otevřeli, ale nemusíme se vždy dočkat odpovědí. Nepodaří-li se nám odpovědi na naše otázky získat, mohou nás otázky správně nasměrovat při hlubší analýze získaných dat. Klást otázky je možné mnoha způsoby. Základními otázky jsou Kdo?, Kdy?, Kde?, Co?, Jak?, Kolik?, případně Proč?

Níže uvádím kategorie, kterým jsem rozhodla ve výzkumu věnovat, přičemž získaná data analyzuji pomocí metody kladení otázek:

- 1) *Názor na naplnění architektonického kritéria*
- 2) *Názor na naplnění personálního kritéria*
- 3) *Názor na naplnění materiálního kritéria*
- 4) *Přístup spolužáků k respondentům*

- 5) *Přístup pedagogů k respondentům*
- 6) *Postoj pedagoga k případnému konfliktu ve třídě*
- 7) *Preference běžné nebo speciální ZŠ na základě osobní zkušenosti*

Respondenti č. 4 a 5 dříve navštěvovali běžnou základní školu, nyní navštěvují speciální základní školu. Jejich výpovědi v rozhovoru se ale týkají zkušeností z docházky na běžnou základní školu. Výsledky výzkumu u jednotlivých kategorií uvádím pro větší přehlednost vždy ve formě tabulky a doplnila jsem je o citace z rozhovorů se všemi respondenty.

Kategorie č. 1

Názor na naplnění architektonického kritéria

Respondentům v rámci této otázky byla sdělena architektonická kritéria, která by měla jak speciální základní škola, která je určena žákům se TP, tak běžná základní škola, která integruje žáky s TP, splňovat.

Otázka v rozhovoru:

Je/byla základní škola, kterou navštěvujete/jste navštěvoval/a dostatečně vybavena pro vzdělávání tělesně postižených žáků?

Výzkumná otázka:

Splňuje/splňovala základní škola, kterou respondenti navštěvují/navštěvovali architektonické kritérium?

Starší respondenti
R1-více méně ano (Speciální ZŠ)
R1 „Podle mě v rámci možností ano. Toalety tam byly bezbariérové a lavice taky.“
R3-Ne (Běžná ZŠ)
R3 „To ve škole nebylo, žádné speciální vybavení. Jedině nějaké ty sklápěcí lavice nastavitelné, jinak nic dalšího.“
R6-Ano (Speciální ZŠ)

R6 „ <i>Ta škola je a byla velmi dobře vybavená, protože tam je všechno, výtahy, plošiny teda žádné, respektive jenom výtahy je to všude dostupné a ty učitelé tam se věnují žákům tak individuálně, to se málokde vidí. V běžné škole když tam máte kolem 30 dětí, tak se jim učitelé asi těžko mohou věnovat individuálně. Tady byl právě menší počet žáků, takže se jim individuálně věnovat mohli.</i> “
Mladší respondenti
R2- více méně ano (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Většina věcí ano.</i> “
R4-Ano (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>Ano. Byla bezbariérová</i> “
R5-Ano (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Škola byla bezbariérová, měla plošiny podložky na odpočinek sedací pytel také na odpočinek. Ano měla bezbariérové WC. Nějak ano, ale chyběly tam nastavovací stoly a školní lavice.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Výpovědi respondentů ukazují, že základní škola, kterou navštěvovali nebo v současné době navštěvují, splňovala/splňuje podle jejich názoru více méně požadavky týkající se architektonického kritéria. Ze starší generace respondentů byli s naplňováním tohoto kritéria spokojeni R1 a R6, nikoliv R3. Všichni respondenti z mladší generace žáků s TP (R2, R4 i R5) byli spokojeni s naplňováním tohoto kritéria. Z výpovědí respondentů si můžeme povšimnout, že základní škola, kterou navštěvovali či navštěvují, plní požadavky architektonického kritéria, ale zároveň se respondenti nedomnívají, že všechny.

Kategorie č. 2

Názor na naplnění personálního kritéria

Otázka v rozhovoru:

Jak vnímáte, hodnotíte chování, přístup pedagogů k Vám na základní škole?

Respondentům v rámci této otázky byla sdělena personální kritéria, která by měl pedagog splňovat.

V rámci této výzkumné otázky jsem se zaměřila na 2 podkategorie, a sice zajištění asistenta pedagoga a jednání pedagogů s respondentem, případně s jeho rodinou. Zkoumám, jestli bylo jednání bez předsudků.

Výzkumná otázka:

Splňují/splňovali pedagogové na základní škole, kterou respondenti navštěvují/navštěvovali personální kritérium?

Starší respondenti
R1-Asistent: Ne, jednání pedagogů: Nevzpomíná si na negativní jednání, ale vylučuje ho. (Speciální ZŠ)
R1 „ <i>Žádný asistent tam nebyl. Ke mně osobně se chovali docela hezky.</i> “
R3-Asistent: Ano, ale ne při vyučování, jen na přesuny z učebny do učebny, jednání pedagogů: Dobré. (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>Asistenta jsem při vyučování neměla. Jen mi doprovázel, když jsme přesouvali z učebny do učebny. Ano, zdálo se mi to v pořádku.</i> “
R6-Asistent: Ano, jednání pedagogů: bezproblémové (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>Na druhém stupni mi asistent docházel jen na určité hodiny. Na té základní škole v Praze to bylo v pohodě.</i> “
Mladší respondenti
R2- Asistent: Ano, jednání pedagogů: Dobré (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Ano, mám. Myslím si, že je dobrý přístup pedagogů.</i> “
R4- Asistent: Ano, jednání pedagogů: poměrně dobré (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>Měla jsem asistentku. S většinou to bylo v pohodě, takže celkem dobře.</i> “
R5- Asistent: Ano, (vyplývá z rozhovoru), jednání pedagogů: špatné (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Na základní škole jsem měla špatné chování pedagoga, čili učitelky nebrala mě na výlety se spolužáky a vmlouvala se, že do vlaku nejde objednat plošina a řekla mé asistenci, že jsem těžká tak, proto, jsem nemohla jet s nimi na žádné výlety a bylo mě to moc líto. A asistentky mě mezi sebou pomlouvali také, kvůli mé váze a také kvůli tomu, že jsem hloupá. A ještě kvůli té Matematice, že počítám příklady pro 3. a 4. ročník.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Z rozhovorů vyplývá, že R3 a R6 patřící ke starší generaci žáků s TP, na rozdíl od R1 měli na základní škole asistenta pedagoga.

Všichni respondenti (R2, R4, R5) reprezentující mladší generaci žáků se TP mají na základní škole k dispozici asistenta pedagoga. Co se týče jednání pedagoga s respondentem případně s jeho rodinou, zde z výsledků vyplývá, že téměř všichni respondenti shledávají jednání pedagogů jako dobré, uspokojující a bez předsudků. Ze starší generace žáků s TP byli všichni respondenti (R1, R3, R6) spokojeni s jednáním pedagogů. R2, R4 z mladší generace žáků s TP byli spokojeni s jednáním pedagogů. R5 vnímá jednání pedagogů jako negativní, popisuje také nevhodné jednání asistenta pedagoga.

Kategorie č. 3

Názor na naplnění materiálního kritéria

Otázka v rozhovoru:

Jak vnímáte, hodnotíte chování, přístup pedagogů k Vám na základní škole?

Respondentům v rámci této otázky byla sdělena materiální kritéria, která by měla splňovat, jak speciální základní škola, která je určena žákům se TP, tak běžná základní škola, která integruje žáky s TP.

Výzkumná otázka:

Splňuje/splňovala základní škola, kterou respondenti navštěvují/navštěvovali materiální kritérium?

Starší respondenti
R1-Ano (Speciální ZŠ)
R1 : „ <i>Spíš jsme zkoušeli, co ten počítač umí, jako psát a tak. Ale že bychom s nimi vyloženě pracovali, jako plnění nějakých úkolů jako je to dneska, to ne. My jsme neměli ani domácí úkoly.</i> “
R3-Ano (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>V ostatních předmětech jsem se učila to, co ostatní, akorát jsem měla více času na testy.</i> “
R6-Ano (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>...se mnou pracoval můj asistent individuálně. To, co jsem stihla, to jsem stihla. A potom jsem si mohla třeba odpočinout, že jsem tu pozornost neudržela celou tu hodinu.</i> “

Mladší respondenti
R2-Ano (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Nemusím chodit na tělesnou výchovu, do testů se nemusím tolik rozepisovat.</i> “
R4-Ano (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>...že bylo na více času při hodinách, testech a možnosti si kopírovat zápisky od spolužáků.</i> “
R5-Ano (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Poznámky mi kopírovala asistentka.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Z rozhovorů vyplývá, že všichni respondenti se domnívají, že jejich základní škola, kterou navštěvovali či navštěvují, splňovala, splňuje požadavky, které zahrnuje materiální kritérium. Všichni respondenti, kteří se řadí ke starší generaci žáků s TP (R1, R3, R6) se domnívají, že základní škola, kterou navštěvovali, naplňovala požadavky týkající se materiálního kritéria. Z mladší generace žáků s TP se rovněž všichni respondenti (R2, R4, R5) domnívají, že základní škola, kterou navštěvují, naplňuje požadavky týkající se materiálního kritéria. Z výpovědí respondentů není ale jasné, jestli byla nebo jsou materiální kritéria na jimi navštěvované základní škole plněna ve všech bodech, na které jsem se jich dotazovala. Respondenti často zmiňují, že měli při psaní písemných prací více času na jejich vyplnění, a také, že si poznámky z vyučování nemuseli psát a mohli si je kopírovat.

Kategorie č. 4:

Přístup spolužáků k respondentům.

Otázka v rozhovoru:

Jak vnímáte/ hodnotíte chování/přístup Vašich spolužáků k Vám na základní škole?

Výzkumné otázky:

- 1) Jak hodnotí respondenti přístup, chování svých spolužáků k nim?
- 2) Má neinformovanost žáků vliv jejich přístup k respondentům?

Jak hodnotí respondenti přístup, chování svých spolužáků k nim?

Starší respondenti
R1-Pozitivně. (Speciální ZŠ)
R1 „ <i>Neměla jsem žádný problémy.</i> “
R3-Spíše negativně. (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>První stupeň bych zhodnotila jako hodně dobrý, byla tam dobrá parta, všichni v pohodě, hodní. A ten druhý stupeň nebyl ze začátku až tak dobrý.</i> “
R6-Pozitivně. (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>No pro mě přístup od nich byl velmi příznivý. Mě všichni brali, protože tam všichni měli nějaký určitý handicap. Samozřejmě každý měl ten handicap jiný, ale prostě to bylo uzpůsobené potřebám všech. A mě tam bylo moc fajn.</i> “
Mladší respondenti
R2-Vnímá jako průměrný, od poloviny spolužáků pozitivně, od druhé poloviny negativně. (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Takový, průměrný. Jak kdo. Záleží na tom člověku.</i> “
R4-Negativně. (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>Na prvním stupni docela šlo a druhý bylo docela špatný.</i> “
R5-Vnímá jako průměrný, od poloviny spolužáků pozitivně, od druhé poloviny negativně (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Polovina žáků byla na mě hodná a pomáhala mi, ale druhá polovina se mě posmívala a schválně mě převracela na zadní kola.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Z výpovědí respondentů vyplývá, že s negativním přístupem spolužáků se respondenti častěji setkali na běžné základní škole. Respondenti reprezentující starší generaci žáků s TP (R1, R3, R6) se setkali spíše s pozitivním přístupem svých spolužáků, zatímco respondenti reprezentující mladší generaci (R2, R5) žáků s TP mají zkušenost, jak s pozitivním, tak negativním přístupem svých spolužáků. R4 vnímá přístup svých spolužáků zcela negativně.

Otázka v rozhovoru:

Domníváte se, že Vaši spolužáci byli dostatečně informováni o Vašem postižení?

Výzkumná otázka:

Má neinformovanost žáků vliv jejich přístup k respondentům?

Starší respondenti
<i>R1-Ano-(Speciální ZŠ)</i>
<i>R1 „ Byli, protože všichni jsme na tom byli poměrně stejně.“</i>
<i>R3-Vnímá v tomto ohledu jako stěžejní nikoliv informovanost, ale přístup každého jednotlivce-(Běžná ZŠ)</i>
<i>R3 „Já bych ani tak neřekla, že to je neinformovanost. Myslím si, že je to v těch lidech. V určitém věku se u některých lidí změnilo to chování, u některých ne. Ti byli v pohodě. Normálně se bavili.“</i>
<i>R6-Spolužáci ano, někteří učitelé ne-(Speciální ZŠ)</i>
<i>R6 „Spolužáci ano, ale někteří učitelé ne. Musela jsem je s tím seznámit.“</i>
Mladší respondenti
<i>R2-Ne-(Běžná ZŠ)</i>
<i>R2 : „Myslím si právě, že ne. Že ani neví, o co jde, a tak podle toho soudí toho člověka. Podle toho k němu přistupují.“</i>
<i>R4-Ano –(zkušenost z běžné ZŠ)</i>
<i>R4 „Myslím si, že to nejdůležitější věděli.“</i>
<i>R5-Ano-(zkušenost z běžné ZŠ)</i>
<i>R5 „Myslím si, že ano byli určitě informováni o mém postižení.“</i>

Výsledky výzkumného šetření:

Z rozhovorů vyplývá, že u R1, R6 starší generace žáků s TP byla třída informována o postižení nově přichozího žáka. R3 vnímá tuto otázku individuálně. Domnívá se, že záleží na povaze žáka, jestli spolužáka s postižením přijme kladně či nikoliv, informovanost třídy podle jeho názorů není zcela zásadní.

U mladší generace žáků s TP byla třída informována o postižení nově příchozího žáka u R4, R5, přičemž R2 se domnívá, že jeho spolužáci nebyli dostatečně informováni o jeho postižení. Výpovědi respondentů ukazují, že informovanost je sice důležitým faktorem, který může ovlivnit přístup spolužáků k žákovi s TP, ale záleží na jednotlivci, jaký postoj ke spolužákovi s TP zaujme. Je to tedy velmi individuální. Výpovědi mladší generace respondentů, kdy všichni respondenti mají zkušenost s docházkou na běžnou základní školu integrující žáky s TP ukazují, že i přesto, že třída bývá informována o tělesném postižení svého nově příchozího spolužáka, nemusí k němu nutně zaujmout pozitivní přístup. Často se respondenti setkají s tím, že polovina spolužáků se k nim chová vstřícně a pozitivně a druhá polovina negativně. V kolektivu třídy se s pozitivním přístupem setkali dva z respondentů (R1, R6) starší generace, kteří navštěvovali speciální základní školu, kde měli jejich spolužáci rovněž určité postižení a byli informováni o postižení svého spolužáka.

Výše zmíněné vypovídá o tom, že respondenti, patřící k mladší generaci žáků s TP (R2, R4, R5), se i přes snahu o úspěšnou integraci na běžných základních školách, zatím častěji setkávají s negativním přístupem svých spolužáků. Za povšimnutí stojí, že R6, který reprezentuje starší generaci žáků s TP se domnívá, že pedagogové nebyli dostatečně informováni o jeho postižení a s tím spojenými omezeními ve vyučování. Následně je o svém postižení poučil a informoval.

Kategorie č. 5

Přístup pedagogů k respondentům

Otázka v rozhovoru:

Jak vnímáte, hodnotíte chování, přístup pedagogů k Vám na základní škole?

Výzkumné otázka:

Vnímají respondenti přístup pedagogů na běžné ZŠ k nim jako pozitivní?

Starší respondenti
R1-pozitivně (Speciální ZŠ)
R1 „ <i>Ke mně osobně se chovali docela hezky.</i> “

R3-spíše pozitivně (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>No tak neřekla bych, že se řídili vším. Ale řekla bych, že byli celkem vstřícní.</i> “
R6- pozitivně (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>Na té základní škole v Praze to bylo v pohodě.</i> “
Mladší respondenti
R2 pozitivně (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Myslím si, že je dobrý přístup pedagogů.</i> “
R4 spíše pozitivně (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>S většinou to bylo v pohodě, takže celkem dobře.</i> “
R5-negativně (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Na základní škole jsem měla špatné chování pedagoga, čili učitelky nebrala mě na výlety se spolužáky a vymlouvala se, že do vlaku nejde objednat plošina a řekla mé asistenci, že jsem těžká tak, proto, jsem nemohla jet s nimi na žádné výlety a bylo mě to moc líto.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Z rozhovorů s respondenty vyplývá, že všichni respondenti reprezentující starší generaci žáků s TP (R1, R3, R6) hodnotí přístup svých pedagogů v období jejich povinné školní docházky pozitivně. Respondenti (R2, R4), kteří se řadí k mladší generaci žáků s TP a v současnosti základní školu navštěvují, jsou spokojeni s přístupem svých pedagogů. R5 vnímá jednání svých pedagogů na běžné základní škole negativně

Kategorie č. 6

Postoj pedagoga k případnému konfliktu ve třídě?

Otázka v rozhovoru:

Vzpomínáte si ze své docházky na základní školu na nějakou konkrétní situaci, kdy došlo k nějakému konfliktu mezi Vašimi spolužáky a Vámi? Jak tuto situaci řešil pedagog?

Výzkumné otázky:

- 1) Nastal ve Vaší třídě někdy konflikt mezi Vámi a spolužáky a jak se pedagogovi podařilo vyřešit tento konflikt?

2) Vzniká častěji konflikt ve třídě, kde nepoměr chlapců a dívek?

Nastal ve Vaší třídě někdy konflikt mezi Vámi a spolužáky a jak se pedagogovi podařilo vyřešit tento konflikt?

Starší respondenti
R1-Ne (Speciální ZŠ)
R1 „ <i>Ne.</i> “
R3-Ano-řešil to s učitelem, ale i přes snahu učitele se situace nadále opakovala. Konflikt se nepodařilo vyřešit úspěšně. (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>Na začátku toho druhého stupně, v 6. třídě byli trochu problémy, protože chvíli trvalo, než si ti lidé na mě prostě zvykli. Takže jsme měli občas takové výměny názorů. Byli tam i různé narážky, a podobně. No s učiteli jsme ani nijak neřešili. To akorát jednou, když se mi zastali, ale nedopadlo to moc dobře. Učitel to řešil v hodině, akorát, že mu to všichni odsouhlasili, že už se to opakovat nebude. Ale druhý den to bylo jinak.</i> “
R6- Ne (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>No, na té škole v Praze nebyl žádný konflikt mezi žáky ani mezi učiteli. Tam prostě vládla prostě pohoda. Tam měli prostě individuální přístup. Jakoby ke všem a ve všem. Všechno bylo v pohodě.</i> “
Mladší respondenti
R2-Ano-Neřešila to s učitelem (Běžná základní škola)
R2 „ <i>Posmívání, že mě nerespektovali, ale s učitelem se to neřešilo.</i> “
R4-Ano- Neřešila to s učitelem (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>Když mi celá třída tvrdila, že k nim nepatřím a že patřím podle nich do zvláštní školy a nepustili mě do třídy. Oni o tom asi ani nevěděli, a jestli ano tak to nějak neřešili.</i> “
R5-Ne-(zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Nevybavuji si.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Z rozhovorů vyplynulo, že ze starší generace respondentů s TP se s konfliktem ve třídě nesetkala R1 a R6, přičemž R1 a R6 navštěvovali speciální základní školu. R3, který navštěvoval běžnou základní školu, se ve třídě s konfliktem setkal.

V mladší generaci respondentů s TP, kdy všichni mají zkušenost s docházkou na běžnou základní školu, se s konfliktem ve třídě setkali R2 a R4. R3 ze starší generace žáků s TP řešil vzniklý konflikt s pedagogem, ale i přes snahu pedagoga, se konflikt vyřešit nepodařilo, pokračoval dál. V případě mladší generace respondentů (u R2 a R4) pedagogové konflikt neřešili, jelikož o něm nebyli respondenty informováni.

Vzniká častěji konflikt ve třídě, kde nepoměr chlapců a dívek?

Otázka v rozhovoru:

Bylo/Je ve Vaší třídě více chlapců nebo dívek?

Starší respondenti
R1: stejný poměr chlapců a dívek (tzv. 50 na 50), (Speciální ZŠ)
R1 „ <i>Spíš jako tak stejně.</i> ”
R3-větší počet chlapců (Běžná ZŠ)
R3 „ <i>Na prvním stupni bylo dívek a chlapců zhruba stejně a na druhém stupni jsem právě byla zařazena do třídy, kde většinu tvořili chlapci, celkem 20 a nás dívek bylo jenom 6.</i> ”
R6: stejný poměr chlapců a dívek (tzv. 50 na 50, (Speciální ZŠ)
R6 „ <i>Bylo to půl na půl.</i> ”
Mladší respondenti
R2- větší počet dívek (Běžná ZŠ)
R2 „ <i>Asi myslím, že děvčát.</i> ”
R4- větší počet dívek (zkušenost z běžné ZŠ)
R4 „ <i>Bylo asi víc dívek než chlapců.</i> ”
R5- větší počet chlapců (zkušenost z běžné ZŠ)
R5 „ <i>Více chlapců.</i> ”

Výsledky výzkumného šetření:

Z výsledků předchozí výzkumné otázky jsme se dozvěděli, že u respondentů, kteří se řadí ke starší generaci žáků s TP se konflikt ve třídě odehrál u R3.

V případě mladší generace respondentů tomu tak bylo u R2, R4. Z rozhovorů vztahující se k současné výzkumné otázce vyplývá, že poměr dívek a chlapců nebyl stejný u všech respondentů, u nichž se konflikt ve třídě odehrál. U R3 ze starší generace žáků s TP byl ve třídě větší počet chlapců než dívek. R2, R4 z mladší generace žáků s TP mají ve třídě větší počet dívek než chlapců. Na základě výsledků této výzkumné otázky lze vypožorovat vyšší četnost konfliktů ve třídách u respondentů, kde není stejný poměr chlapců a dívek. Nemusí to však být příčinou vzniku konfliktu ve třídě.

Kategorie č. 7

Preference běžné nebo speciální ZŠ na základě osobní zkušenosti

Otázka v rozhovoru:

Co je pro tělesně postiženého jedince podle Vašeho názoru lepší: navštěvovat běžnou základní školu nebo speciální základní školu? Prosím zdůvodněte svou odpověď.

Výzkumné otázka:

Preferují respondenti na základě své osobní zkušenosti běžnou základní školu nebo speciální základní školu?

Starší respondenti
R1-preferuje běžnou ZŠ, (R1 navštěvoval Speciální ZŠ)
R1 „Já bych byla pro, kdyby děti mohly chodit na běžnou základní školu, z důvodu toho, že jsou pak více samostatnější a umí si poradit se všemi problémy, co nastanou.“
R3-nemá jasnou preferenci, vnímá to individuálně, (R3 navštěvoval běžnou ZŠ)
R3 „To je taková těžká otázka. Myslím si, že někdy to může být lepší, když navštěvuje školu, kde jsou na tom ostatní stejně jako on. Vyhne se tím šikaně a podobně. Ale na druhou stranu zase, si myslím, že když se zařadí mezi běžný kolektiv, že to má taky svoje výhody, zařadí se do běžného života, že může být s ostatními zdravými lidmi.“
R6- preferuje běžnou ZŠ, (R6 navštěvoval Speciální ZŠ)

R6 „ <i>Já si myslím, aby byl integrován do běžné společnosti, mezi zdravé. Protože si myslím, že je to dobrý pro běžnou populaci mladých lidí. Aby získali zkušenost oni a i ten člověk na vozíku. Že prostě ani s těma handicapovaný nějací lidé nejednají jakoby v rukavičkách, protože mě se to stalo i to, že některý lidé, jakoby zdraví, nás mají tendenci litovat. Že nežijeme prostě naplno. Myslím, že je důležité pro tu běžnou populaci, je popostrčit k tomu, aby si uvědomili, že v podstatě chceme studovat, chceme se dozvědět nějaké věci. Tohle je důležité.</i> “
Mladší respondenti
R2- nemá jasnou preferenci, vnímá to individuálně, (R2 navštěvoval běžnou ZŠ)
R2 „ <i>Spíš si myslím, že je lepší navštěvovat tu speciální školu, protože tam jsou na to lépe vybaveni, ví o tom víc a víc respektují ty žáky s postižením. Zkusit, jaké to je mezi zdravými dětmi v normální škole a když to nevyhovuje, tak přestoupit.</i> “
R4- preferuje speciální ZŠ, (R4 navštěvoval dříve běžnou ZŠ, nyní navštěvuje speciální ZŠ, výpověď R4 vychází z jeho zkušenosti s docházkou na běžné ZŠ)
R4 „ <i>Chodit do speciální školy, protože je tam víc možností, a to se rovna hezky prožítý okamžik života.</i> “
R5- preferuje speciální ZŠ, (R5 navštěvoval dříve běžnou ZŠ, nyní navštěvuje speciální ZŠ, výpověď R5 vychází z jeho zkušenosti s docházkou na běžné ZŠ)
R5 „ <i>Je dobré, aby chodil postižený člověk na speciální základní školu, a to protože víc se zapojí do kolektivu. Za to na běžné základní škole je takový uzavřený bez společnosti a srandy a zážitků ostatních žáků.</i> “

Výsledky výzkumného šetření:

Výpovědi respondentů ukazují, že R1 a R6, kteří se řadí ke starší generaci žáků s TP preferují běžnou základní školu, ačkoliv mají osobní zkušenost v rámci povinné školní docházky se speciální základní školou. Jsou toho názoru, že by žák s TP měl mít možnost být v běžném kolektivu se zdravými spolužáky a že se má tak větší šanci osamostatnit a připravit do života. R3 a R2 nemají jasně stanovenou preferenci a vnímají tuto otázku individuálně. Zastávají názor, že je dobré žákům s TP umožnit vzdělávat se mezi zdravými žáky, a pokud jim to nevyhovuje přejít na speciální základní školu. V tomto případě má R3 zkušenost s běžnou základní školou, přičemž patří do starší generace žáků s TP a R2, jež reprezentuje mladší generaci žáků s TP, v současnosti navštěvuje rovněž běžnou základní školu. R4 a R5 preferují speciální základní školu. Tito respondenti patří k mladší generaci žáků s TP a dříve navštěvovali běžnou základní školu, ovšem v současnosti navštěvují speciální základní školu.

Domnívají se, že je tam pro tělesně postiženého člověka více možností a že se tam více zapojuje do kolektivu.

Celkové shrnutí výzkumného šetření

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že respondenti č. 1 a 6, jež se řadí ke starší generaci žáků s TP a navštěvovali speciální základní školu, se domnívají, že jejich základní škola splňovala na velmi dobré úrovni architektonické, personální i materiální kritérium. Přístup svých spolužáků vnímají tito respondenti jako dobrý. Ve svých odpovědích na tuto otázku zmiňují, že ostatní spolužáci měli také nějaké tělesné či jiné postižení. Rovněž s přístupem pedagogů, kteří je na speciální základní škole učili, jsou v zásadě spokojeni.

Za dobu své školní docházky nezaznamenali ve třídě konflikt se spolužáky. I přestože na speciální základní škole byli spokojeni, přiklánějí se k názoru, že by dítě s postižením mělo navštěvovat běžnou základní školu, aby mělo kontakt se zdravými dětmi a co nejvíce se osamostatnilo. Respondent č. 3 ze starší generace žáků s TP navštěvoval běžnou základní školu, byl v té době první žák s postižením na dané škole. Z jeho výpovědi vyplývá, že byl s naplňováním architektonického, personálního i materiálního kritéria spokojený. Přístup pedagogů vnímá v zásadě pozitivně, setkal se ale s negativním přístupem spolužáků i s konfliktem ve třídě. O konfliktu ve třídě nakonec informoval svého pedagoga, kterému se ani přes jeho snahu nepodařilo konflikt vyřešit a konflikt ještě nějakou dobu pokračoval. Respondent č. 3 nemá jasně vyhraněnou preferenci ohledně studia na běžné či speciální škole, vnímá to jako velmi individuální. Podle jeho názoru je dobré, aby si dítě s postižením zkusilo studovat na běžné základní škole a zařadit se mezi zdravé děti. Pokud se ale setká s nepřijetím, je lepší ho přeradit na speciální základní školu, mezi spolužáky, kteří také mají určité postižení a snadněji ho mezi sebe přijmou.

Výpovědi respondentů č. 2, 4 a 5 mladší generace žáků s TP, kdy všichni mají zkušenost s docházkou na běžnou základní školu, ukazují, že základní školy, které navštěvují, plní v zásadě všechna potřebná kritéria. Budovy škol jsou bezbariérové a žákům s TP jsou k dispozici nastavitelné lavice a další předměty, jež slouží k usnadnění jejich vzdělávání. Všichni respondenti mají asistenta pedagoga a přístup pedagogů k nim vnímají zpravidla jako dobrý. Respondent R5 se však setkal s velmi negativním jednáním pedagoga. Všichni respondenti mají individuální vzdělávací plán a pedagogové jim také dávají více času při písemných pracích. Přístup svých spolužáků vnímají respondenti č. 2 a 5 průměrně, jelikož mají zkušenost, jak s pozitivním, tak s negativním jednáním spolužáků. R4 to vnímá zcela negativně. Konflikt ve třídě zažili dvě třetiny respondentů.

Respondenti č. 4 a 5 preferují, na základě své osobní zkušenosti, speciální základní školu. Je tam podle nich více možností a člověk se více zapojí do kolektivu. Jeden respondent to vnímá individuálně. Domnívá se, že je dobré, aby se dítě s postižením zařadilo do kolektivu zdravých spolužáků. Pokud se však setká s nepochopením a nepřijetím, mělo by přestoupit na speciální základní školu.

Z výsledků mého výzkumného šetření vyplývá, že v rámci procesu integrace lidí s TP do školního vzdělávání se již odehrálo mnoho pozitivních změn. Dřívější systém, kdy lidé s jakýmkoliv postižením byli separováni od zbylé „zdravé“ společnosti, je stále více nahrazován začleňováním těchto lidí s důrazem na to, že mají stejnou hodnotu a práva jako lidé zdraví. Je však stále na čem pracovat, aby se děti se TP plnohodnotně začlenily a cítily se tak dobře v kolektivu třídy na běžných základních školách.

6.2 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

Dle mého názoru by základní školy, které integrují žáky s tělesným postižením, měly věnovat více pozornosti tomu, aby, jak žáci, tak pedagogové byli o postižení a s tím spojených omezeních nově příchozího žáka dostatečně informováni.

Domnívám se, že je velmi důležité, aby pedagogové úzce spolupracovali s rodinou žáka s tělesným postižením, pravidelně s rodiči žáka konzultovali proces jeho začleňování do kolektivu třídy.

Výsledky mého výzkumného šetření můj názor potvrzují. Z výpovědí respondentů můžeme vidět, že respondenti jsou s naplňováním architektonického, personálního i materiálního kritéria spokojeni, ať už navštěvovali speciální či běžnou základní školu.

Ovšem, co se týká přístupu spolužáků, v tomto směru byli spokojeni jen Ti respondenti, kteří navštěvovali speciální základní školu. Respondenti, kteří navštěvovali či v současnosti navštěvují běžnou základní školu, se setkali s negativním přístupem svých spolužáků a také ve třídě museli řešit konflikty, jejichž příčinou byl právě onen negativní přístup.

Dva respondenti z mladší generace žáků s tělesným postižením dříve navštěvovali běžnou základní školu, nyní dochází do speciální základní školy. Na základě svých negativních zkušeností z běžné základní školy preferují speciální základní školu. Jsou toho názoru, že je tam více možností a člověk se více zapojí do kolektivu.

Myslím si, že by se pedagogové měli zajímat, jak se žák s tělesným postižením ve třídě cítí, sledovat celkově vztahy a klima ve třídě. A pokud se ve třídě objeví šikana, řešit ji okamžitě od chvíle, co je jim taková situace známa. Řešit ji důsledně, aby se osoba, která šikanuje, nedomnívala, že takové chování se toleruje.

ZÁVĚR

Má bakalářská práce se zaměřuje na sociální integraci lidí s tělesným postižením do školního vzdělávání. Prostřednictvím kvalitativního výzkumu zkoumám změny v přístupu k sociální integraci k žákům s tělesným postižením v rámci školního vzdělávání během posledních 20 let. Při svém zkoumání jsem se zaměřila na zkušenosti, jež si respondenti odnáší ze základní školy. V rámci výzkumného šetření mi poskytlo rozhovor 6 respondentů. Respondenti se nacházejí ve věkovém rozmezí 14-30 let. Tři respondenti se řadí ke starší generaci žáků s tělesným postižením (R1, R3, R6). Povinnou školní docházku absolvovali přibližně před 20 lety. Zatímco druhá skupina respondentů (R2, R4, R5) se skládá z lidí, kteří v současnosti navštěvují 2. stupeň základní školy.

Výsledky výzkumného šetření ukazují, že respondenti obou generací žáků s tělesným postižením jsou spokojeni s tím, jak jejich základní škola plnila/plní architektonické, personální a materiální kritérium. Většina respondentů hodnotí pozitivně přístup svých pedagogů. S negativním přístupem spolužáků se setkali respondenti (R2, R3, R4, R5), kteří mají zkušenost s docházkou na běžnou základní školu. Tito respondenti se také ve své třídě setkali s konfliktem, většina o tom svého pedagoga neinformovala a snažila se situaci řešit sama. Konflikt, který řešil respondent č. 3 patřící ke starší generaci žáků s tělesným postižením se svým pedagogem, se i přes snahu pedagoga nepodařilo vyřešit ihned, pokračoval ještě nějakou dobu. Respondenti č. 1 a 6 řadí se ke starší generaci žáků s tělesným postižením, kteří absolvovali speciální základní školu, přestože byli na speciální základní škole spokojeni, preferují běžnou základní školu. Přiklánějí se k názoru, že by dítě s postižením mělo navštěvovat běžnou základní školu, aby mělo kontakt se zdravými dětmi a co nejvíce se osamostatnilo. Respondent č. 3 a respondent č. 2 nemají jasně vyhraněnou preferenci, vnímají to jako velmi individuální věc. Jsou toho názoru, že je dobré, aby si dítě s postižením zkusilo studovat na běžné základní škole a zařadilo se mezi zdravé děti, pokud se ale setká s nepřijetím, je lepší ho přeradit na speciální základní školu, mezi spolužáky, kteří také mají určité postižení a snadněji ho mezi sebe přijmou. Respondent č. 3 patří ke starší generaci žáků s tělesným postižením, v době, kdy navštěvoval běžnou základní školu a byl v té době první žák s postižením na té škole. A respondent č. 2 se řadí k mladší generaci žáků s TP. Respondent č. 4 a 5 patřící k mladší generaci žáků s tělesným postižením, kteří mají zkušenost s docházkou na běžnou základní školu, se vyjádřily, že na základě své osobní zkušenosti preferují speciální základní školu. Domnívají se, že je tam více možností a člověk s postižením se tam více zapojí do kolektivu.

Moje osobní zkušenost s integrací na běžné základní škole je jak pozitivní, tak negativní. Na prvním stupni jsem se setkala s dobrým kolektivem, který mne kladně přijal mezi sebe. Na 2. stupni základní školy, která je na integraci žáků s tělesným postižením zaměřena, jsem se bohužel setkala s velmi negativním přístupem svých spolužáků. Situaci nepomohla vyřešit ani snaha pedagogů domluvit jim. Negativní přístup k mé osobě bohužel trval po celou dobu druhého stupně. Co mě však překvapilo, byl fakt, že za svoje chování nedostal nikdo výraznější postih. V této třídě byl také velký nepoměr dívek a chlapců, chlapci výrazně převažovali.

Osobně se domnívám, že otázka integrace žáka s tělesným postižením je velmi individuální. Záleží na druhu a rozsahu postižení dítěte a je velmi důležitá informovanost pedagogů a spolužáků. Dojde-li ve třídě ke konfliktu, měl by být řešen ihned a důsledně, aby později nepřerostl v šikanu. Myslím si, že dítě s tělesným postižením by rozhodně mělo být v kontaktu se zdravými dětmi a nemělo by být od nich separováno. Mělo by mít možnost zařadit se do běžné základní školy, pokud se ale ukáže, že jeho integrace neprobíhá úspěšně a ve třídě se setkává s nepochopením a nepřijetím, a situaci se nepodaří vyřešit, nemělo by tam být za každou cenu a přitom se trápit. Nejlepším řešením je pak přestoupit na speciální základní školu ke spolužákům, kteří mají stejné nebo podobné postižení, a snáze ho tak mezi sebe přijmou. Díky přestupu a přátelské atmosféře takových lidí je větší možnost prožít pak šťastnější dětství a dospívání.

RESUMÉ

SHRnutí

Tématem mé bakalářské práce jsou: Změny v přístupu k sociální integraci k žákům s tělesným postižením v rámci školního vzdělávání během posledních 20 let. Téma bakalářské práce jsem si zvolila, jelikož sama mám tělesné postižení, konkrétně dětskou mozkovou obrnu a mám také své zkušenosti s integrováním do běžné základní školy. Zajímaly mne zkušenosti ostatních lidí s touto problematikou a rozhodla jsem se je porovnat.

Svou práci jsem rozdělila do 6 kapitol. V teoretické části se v první kapitole zabývala klasifikací tělesných postižení. V druhé kapitole se zcela komplexně věnuji tématu dětské mozkové obrny. Třetí kapitola se týká vzdělávání žáků s tělesným postižením. Čtvrtá kapitola je zaměřena na integraci lidí s tělesným postižením. Pátá kapitola se zabývá speciálními vzdělávacími potřebami dětí a žáků s tělesným postižením.

V Empirické části jsem se věnovala metodologii a analýze výsledků mého výzkumného šetření. Pracovala jsem s rozhovory svých respondentů. Cílem mé bakalářské práce je porovnat zkušenosti dvou generací žáků s tělesným postižením se sociální integrací, z doby, kdy jedna skupina respondentů navštěvovala základní školu a ze současnosti, kdy druhá skupina respondentů navštěvuje základní školu.

Klíčová slova

změny, přístup, sociální integrace, žáci, s tělesným postižením, školní vzdělávání

DER ABSCHLUSS

In meiner Bachelorarbeit habe mich entschieden für das Thema: Integrationentwicklung in letzten 20 Jahren. Der besondere Fokus liege ich auf Bildungsmöglichkeiten der körperbehinderten Kinder.

Für das Thema habe ich mich spontan entschieden, denn auch ich persönlich eine Körperbehinderung habe. Als kleines Kind war ich von Kinderlähmung betroffen. Meine persönliche Erfahrungen mit Integration während der Schulzeit waren für mich ebenfalls eine grosse Inspiration.

Meine Arbeit wurde in 6 Kapitel (Abschnitten) geteilt.

Im ersten Abschnit beschäftige ich mich mit der Kategorisierung der verschiedenen Arten von möglichen Körperbehinderungen.

In dem zweiten Abschnitt widme ich das Thema Kinderlähmung.

Die Ausbildung der Körperbehindertenkinder war das Thema des dritten Abschnitts meiner Arbeit.

Die Integration der Körperbehindertenkindern widme ich im vierten Abschnitt meiner Arbeit.

Mit speziellen Bedürfnissen von körperbehinderten Kinder ist auch eine späßiale Ausbildung eng verbunden und damit beschäfte ich mich in fünften Abschnitt meiner Arbeit.

Im praktischen Teil beschäfte ich mich mit Analyze meiner Forschung und mit Verfahren meiner Forschung.

Wie bereits am Anfang erwähnt habe, der Hauptzweck meiner Bachelorarbeit war die Erfahrungen der zwei Generationen von körperbehinderten Studierenden an Grundschulen im Vergleich nehmen. Der Fokus habe ich an Integration immerwährend gelegt. Als Quelle für meiner Arbeit waren die Gespräche mit meinen Befragten.

Schlüsselwörter

Änderungen, Zugriff, soziale Integration, Schülerinnen und Schüler, mit Körperbehinderungen, Schulbildung

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- 1) BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. et al. 2010. Inkluzivní vzdělávání v podmínkách současné české školy Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5383-0.
- 2) BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. et al. 2013. Intervence v inkluzivní edukaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením a jejich pracovní uplatnění. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6515-4.
- 3) HÁJKOVÁ, V., STRNADOVÁ, I. 2010. Inkluzivní vzdělávání-teorie a praxe. Havlíčkův Brod. Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3070-7.
- 4) HAVEL, J., FILOVÁ, H. et al. 2010. Inkluzivní vzdělávání v primární škole. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-202-4.
- 5) KOLEKTIV AUTORŮ, (Ošlejšková et al.). 2012. Pracoviště komplexní péče o děti s dětskou mozkovou obrnou a dalšími hybnými poruchami v České republice (prosinec 2010 - březen 2012). Olomouc: Solen. ISBN 978-80-7471-000-1.
- 6) KUDLÁČEK, M. 2012. Svět mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0178-6.
- 7) LECHTA, V. 2010. Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.
- 8) MICHALOVÁ, Z. 2012. Integrativní speciální pedagogika (především zaměřena na aktuální legislativu v ČR). Liberec: Technická univerzita. ISBN 978-80-7372-879-3.
- 9) MÜLLER, O. 2001. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0231-9.
- 10) OPATŘILOVÁ, D. et al. 2011. Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5708-1.
- 11) OPATŘILOVÁ, D. et al. 2013. Žáci se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním v základních školách. Brno. Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-6304-4.

- 12) REICHEL, J. 2009. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3006-6.
- 13) RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. 2004. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0873-2.
- 14) STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. 1999. Základy kvalitativního výzkumu-postupy a metody zakotvené teorie. Boskovice: Albert. ISBN 80-85834-60-X.
- 15) ŠESTÁKOVÁ, I. 2006. Sociální aspekty integrace handicapovaných do společnosti. Praha: České vysoké učení technické, Fakulta architektury. ISBN 80-01-03542-5.
- 16) ŠVARCOVÁ, I. 2012. Základy speciální pedagogiky. Praha: Parta. ISBN 978-80-7320-176-0.
- 17) VALENTA, M. a kol. 2003. Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: Univerzita Palackého. ISBN 80-244-0698-5.
- 18) MŠMT. Zákon č. 561/2004 Sb., ze dne 1. ledna 2005 o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), in Sběrka zákonů České republiky. [online]. [cit. 2014-03-02]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>.
- 19) MŠMT. prováděcí vyhláška 73/2005 (ve znění pozdějších předpisů) Zákona č. 561/2004 Sb., ze dne 1. ledna 2005 o předškolním, základním, středním a vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), in Sběrka zákonů České republiky. [online]. [cit. 2014-03-21]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/novy-skolsky-zakon>.
- 20) SCS.ABZ.CZ-WEB ©2005-2014. ABZ slovník cizích slov [online] [cit. 2014-03-11]. Dostupné z: <http://slovník-cizich-slov.abz.cz/>

SLOVNÍK POJMŮ

Abdukce odtažení, upažení, odchýlení.

Addukce přitažení, připažení.

Adaptabilita schopnost přizpůsobit se.

Adaptace přizpůsobení se.

Amélie chybějící končetiny.

Amputace chirurgické odstranění celé končetiny nebo její části od trupu následkem úrazu.

Anamnéza metoda, kterou zjišťujeme údaje z minulosti jedince.

Antisociální protispolečenský.

Artikulace vyslovování hlásek.

Asertivita zdravé sebeprosazování, prosazování zájmů a potřeb jedince, aniž by se dělo na úkor zájmů a potřeb ostatních.

Atrofie zmenšení normálně vyvinutého orgánu, podmíněné úbytkem buněk nebo zmenšením jejich velikosti.

Autoregulace sebeovládání.

Behaviorální vztahující se k chování.

Čítí vnímat počitky vyvolané působením podnětů na smyslové orgány.

Deficit chybění, nepřítomnost.

Degenerace úpadek, zeslabení výkonnosti.

Deteriorace zhoršení, oslabení rozumových schopností.

Deprivace strádání.

Determinace určení, určování, vymezení, vymežování.

Didaktika teorie vzdělávání, která se zabývá formami, postupy a cíli vyučování.

Disabilita funkční omezení až absence funkce a činnosti.

Diskriminace: rozdílný, jiný přístup k jedné skupině než k jiné nebo k celku.

Diparéza ochrnutí dolních končetin.

Dispenzarizace pravidelný lékařský dohled nad pacientem trpícím určitou chorobou diabetem, hypertenzí, tuberkulózou, nádorem aj.

Dysfunkce porucha psychické nebo tělesné funkce.

Dysgrafie specifická porucha psaní.

Dyskalkulie specifická porucha počítání.

Dyslexie specifická porucha čtení

Dysmélie neúplně vyvinuté končetiny

Dyspraxie specifická porucha praktických dovedností.

Dysortografie specifická porucha pravopisu.

Dyskinéze nepotlačitelné pohyby.

Edukace výchova a vzdělávání.

Emocionalita vzrušení, citovost, přecitlivělost.

Empatie: schopnost vcítit se do pocitů, jednání druhé osoby.

Encefalitida zánět mozku.

Endokrinní vnitřní, endokrinní systém nebo soustava žláz s vnitřní sekrecí.

Epilepsie záchvatové onemocnění.

Exkluze vyloučení, vypuštění.

Extenze natažení.

Exogenní zevní, z vnějších příčin.

Flexe ohnutí.

Genetika věda zabývající se dědičností a proměnlivostí živých soustav. Sleduje variabilitu, rozdílnost a přenos druhových a dědičných znaků mezi rodiči a potomky i mezi potomky navzájem.

Handicap ztráta nebo omezení příležitosti účastnit se života společnosti na stejné úrovni jako ostatní lidé.

Hemiparéza ochrnutí na půl těla.

Heredita dědičnost.

Hydrocefalie nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru, vodnatelnost mozku.

Hyperlordóza zvětšené prohnutí v bedrech.

Hypotonie patologicky snížený svalový tonus, tedy nižší odpor při pasivním natahování svalu. Je nutné hypotonii rozlišovat od snížené svalové síly, která odpovídá aktivnímu zapojení svalu.

Chondrodystrofie porucha růstu, typická je kombinace velmi krátkých končetin, velké hlavy a normálního trupu.

Inkompatibilita vzájemná neslučitelnost, nesnášenlivost.

Inkluze zahrnutí či přijetí do nějakého celku.

Integrace začlenění, zapojení, sjednocení, ucelení, splynutí.

Integrita neporušenost, nedotknutelnost, celistvost.

Intelekt rozumové schopnosti.

Intelligence globální schopnost jedince rozumně myslet a účelně jednat.

Interakce vzájemné působení a ovlivňování.

Intervence zásah, zákrok v něčí prospěch, přímluva.

Intoxikace otrava.

Invalidita ztráta nebo snížení pracovní schopnosti, a to v důsledku vážného onemocnění nebo úrazu.

Kineziologie nauka o mechanických zákonitostech pohybového ústrojí člověka.

Kognitivní procesy poznávací procesy, př. vnímání, paměť, myšlení, představivost.

Komoce otřes, pohnutí.

Kongenitální dysplázie kyčelního kloubu nedostatečné vykloubení kyčelního kloubu, které je provázeno luxací.

Kontuze zhmoždění, pohmoždění.

Kraniocerebrální úrazy lebky a mozku. Ty mohou mít za následek smrt či těžké trvalé poškození jedince. Vyskytují se samostatně nebo jsou součástí polytraumat. Nejčastější jsou úrazy dopravní, průmyslové a sportovní.

Kraniostenóza tvarové změny lebky způsobené prematurní synostózou švů při normálním růstu mozku. Nepoměr vyvolá nitrolební hypertenzi.

Kvadruparéza částečné ochrnutí všech čtyř končetin.

Kvadruplégie úplné ochrnutí všech 4 končetin a také svalů trupu.

Logopedie obor speciální pedagogiky, věnující se komunikaci.

Lokomoce schopnost pohybu, pohyb v prostoru pomocí svalové činnosti.

Luxace úplné vykloubení kloubní hlavice.

Makrocefalie chorobné souměrné zvětšení hlavy.

Malformace vrozená vývojová úchylnka tvaru.

Manipulace zacházení s něčím, s někým, postup nebo způsob tohoto zacházení; nečestné jednání.

Meningomyelokéla rozštěp páteře a míchy.

Mentální retardace neboli mentální postižení souhrnné je označení pro vrozené snížení úrovně rozumových schopností, které je trvalé a bývá spojeno s dalšími změnami ve struktuře osobnosti. V populaci se vyskytují přibližně 3 % lidí s mentální retardací.

Mikrocefalie chorobné souměrné zmenšení hlavy.

Motorika pohyblivost, hybnost.

Mobilita pohyblivost, schopnost pohybu.

Multifaktoriální mající více faktorů.

Myelin lipoproteinová látka tvořící pochvy okolo nervů.

Myopatie onemocnění svalstva.

Neonatologie podobor pediatrie se specializací na péči o novorozence.

Neuron nervová buňka.

Oligofrenie poškození centrální nervové soustavy nejpozději do 2. roku života, v jehož důsledku dochází ke snížení rozumových schopností.

Ontogeneze individuální vývoj organismu.

Osobní asistence služba, jež je určena jakkoliv znevýhodněnému člověku, ať už zdravotně, tělesně, mentálně nebo sociálně. Takovému člověku osobní asistence pomáhá začlenit se maximální možnou (a osobně chtěnou) měrou (zpět) do společnosti a zůstat ve svém domácím prostředí, přičemž způsob a průběh této služby si volí a řídí klient sám.

Paréza částečná ztráta hybnosti, neúplnou obrnu.

Patologie nauka o chorobných změnách.

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP) školské poradenské zařízení, které poskytuje speciálně pedagogické a pedagogicko-psychologické poradenství při výchově a vzdělávání žáků. Tyto služby poskytují PPP pro osoby ve věku 3 až 19 let, dále i jejich rodičům a učitelům. Služby poraden jsou bezplatné.

Periférní okrajový, obvodový.

Perinatální týkající se doby kolem narození, porodu.

Personalizace utváření individualizované osobnosti člověka (především výchovou a sebevýchovou)

Perthesova choroba onemocnění, kde dochází ke ztrátě celistvosti hlavice stehenní kosti.

Pervazivní vývojové poruchy poruchy pronikající do všech psychických funkcí.

Postižení velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, mentální nebo smyslovou vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Takové vady, stavy nebo onemocnění mohou být trvalého nebo přechodného rázu.

Postnatální týkající se doby po narození, po porodu.

Praktická škola škola připravující na profesní uplatnění absolventy základních škol praktických a základních škol speciálních, kteří se vzhledem k závažnosti svého mentálního postižení nemohou vzdělávat na jiných středních školách.

Prenatální týkající se těhotenství.

Prevence předcházení něčemu, ochrana před něčím.

Prognóza předpověď.

Psychopatologie psychologický obor, zabývá se psychickými poruchami.

Psychopedie oblast speciální pedagogiky zabývající se výchovou a vzděláváním dětí., mládeže a dospělých s mentální retardací.

Reedukace převýchova.

Rehabilitace proces, jehož cílem je znovuuschopnění. Rehabilitace může zahrnovat opatření pro zajištění a obnovu funkcí nebo opatření kompenzující ztrátu nebo absenci funkce nebo funkční omezení.

Relaxace proces nebo stav uvolnění psychického a tělesného napětí.

Resocializace opětovné zapojení se společností.

Respitní (odlehčovací) služby: jsou terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám, které mají sníženou soběstačnost a žijí ve svém domácím prostředí. Cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytnou úlevu a odpočinek.

Segregace oddělování, vylučování.

Skolióza prohnutí páteře do stran.

Sociabilita sdružování, družnost, společenskost, schopnost a dovednost vstupovat do vztahů ve společnosti, ke sdružování.

Socializace proces, během kterého se jedinec začleňuje do společnosti.

Sociální péče systém, který pomáhá uspokojovat společností objektivně uznávané potřeby, tedy hmotné, psychické a sociální. Poskytuje se občanům, kteří ji potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku, anebo kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat obtížnou životní situaci nebo nepříznivé poměry.

Somatopedie obor speciální pedagogiky, jež se zaměřuje na problematiku vzdělávání dětí a žáků s tělesným postižením.

Spasmus svalová křeč.

Speciální pedagogika obor pedagogiky věnující se výchově a vzdělávání dětí., mládeže a dospělých se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním.

Speciální pedagogické centrum (SPC) školské poradenské zařízení. SPC poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaných ve školách a školských zařízeních, dále pak žákům se zdravotním postižením a znevýhodněním ve školách, třídách, odděleních nebo studijních skupinách s upravenými vzdělávacími programy, žákům se zdravotním postižením v základních školách speciálních a dětem s hlubokým mentálním postižením. SPC vykonává svou činnost ambulantně na pracovišti centra.

Spina bifida rozštěp míchy.

Stimul podnět.

Středisko výchovné péče ambulantní poradenské pracoviště pro děti a mládež s poruchami chování.

Subluxace částečné vykloubení.

Svalová dystrofie onemocnění způsobené genetickou vadou, spočívá v ochabování a ubývání svalové tkáně. Podle výzkumů za toto onemocnění nese zodpovědnost protein – dystrofin, nachází se v chromozomech X a podílí se tedy na tvorbě naší DNA a celkovém vzhledu těla i jeho stavbě. Průběh dystrofií se liší podle typů tohoto onemocnění, jsou různě vážné, většinou ale nevyléčitelné.

Symptom příznak, projev.

Syndrom soubor příznaků, které se vyskytují společně.

Terapie léčba, léčení a intervence různého druhu prostředků, které odstraňují nebo alespoň zmírňují dopady různých poruch a postižení.

Tonus napětí ve svalech.

Tumor nádor.

Trauma tělesné nebo psychické poranění, úraz, intenzivní (silný) stresující zážitek.

Ústavní péče dočasná nebo trvalá náhrada domova, kde se skupina profesionálních zaměstnanců stará o skupinu lidí s určitým postižením. Tedy tělesným, mentálním, smyslovým nebo kombinovaným postižením.

Výchova lidská činnost zaměřená cílevědomě na utváření tělesných a duševních stránek člověka.

Vzdělávání proces osvojování vzdělávacích, učicích obsahů v rámci dlouhodobého časového horizontu.

Základní škola speciální škola pro žáky se středně těžkou a těžkou mentální retardací, dříve pomocná škola.

K vysvětlení pojmů jsem pracovala těmito zdroji:

Švarcová, 2012 a ABZ.cz Slovník cizích slov.

SEZNAM ZKRATEK

CNS centrální nervová soustava

ČR Česká republika

DMO dětská mozková obrna

EU Evropská unie

IVP individuální vzdělávací plán

MR mentální retardace

MŠMT Ministerstvo školství, tělovýchovy a mládeže

MŠ mateřská škola

PC počítač

PPP pedagogicko-psychologická poradna

SOŠ střední odborná škola

SPC speciální pedagogické centrum

SOU střední odborné učiliště

SŠ střední škola

SVP speciální vzdělávací potřeby

USA Spojené státy americké

ÚIV ústav pro informace ve vzdělávání

TP tělesně/ě postižený/í

TV tělesná výchova

SEZNAM PŘÍLOH

Vzor rozhovoru s respondenty:

- 1) Navštěvoval/a jste/ Navštěvujete běžnou základní školu?
- 2) Je/byla základní škola, kterou navštěvujete/ jste navštěvoval/a dostatečně vybavena pro vzdělávání tělesně postižených žáků?

Mezi kritéria integrace ZP do školního prostředí se řadí:

1) architektonické vybavení, tedy bezbariérovost školy tzn. nízké prahy v budově, výtahy, zvedací plošiny/ přenosné rampy/ kolečkový schodolez, bezbariérová WC, patří sem i ergonomické vybavení pracoviště žáka, což jsou např. sklápěcí a výškově nastavitelné školní lavice, speciálně upravené židle, lehátka, polohovací stojany apod. (Valenta a kolektiv, 2003, s. 176)

- 3) Jak vnímáte/ hodnotíte chování/přístup Vašich spolužáků k Vám na základní škole?
- 4) Kolik vás bylo/je celkem ve třídě?
- 5) Bylo/Je ve Vaší třídě více chlapců nebo dívek?
- 6) Domníváte se, že Vaši spolužáci byli dostatečně informováni o Vašem postižení?
- 7) Byli podle Vašeho názoru Vaši spolužáci dostatečně připraveni na to, že třídu spolu s nimi bude navštěvovat i tělesně postižený člověk?
- 8) Domníváte se, že v období Vaší povinné školní docházky byli/jsou tělesně postižení jedinci dostatečně integrováni do školního prostředí, na běžných základních školách?
- 9) Máte/měl/a jste ve škole individuální vzdělávací plán?
- 10) Jak Váš individuální plán vypadá/vypadal?
- 11) Vnímáte jej jako dostatečný?
- 12) Kde vidíte největší nedostatky, negativa a kde naopak pozitiva v integrování tělesně postižených mezi zdravé jedince v rámci školního prostředí, na běžných základních školách?
- 13) Jak vnímáte, hodnotíte chování, přístup pedagogů k Vám na základní škole?

Kritéria, která by měl pedagog splňovat, jsou součástí kritérií integrace ZP do běžného školního prostředí, konkrétně je to personální vybavení a materiální vybavení. V rámci personálního vybavení musí pedagog disponovat odpovídajícím vzděláním, dále musí poskytnout žákovi se ZP potřebnou péči a pomoc. Toto kritérium hovoří o tom, zda-li, v případě, že žák se ZP potřebuje i dodatečnou pomoc nebo péči, je-li mu pedagog schopen zajistit služby pedagogického asistenta.

Dále by měl pedagog jednat se zdravotně postiženým žákem vstřícně a bez předsudků, měl by případně ZP žákovi, který to potřebuje, dovolit se vzdělávat pomocí Individuální

vzdělávacího plánu, tím tedy vzdělávání přizpůsobit jeho zdravotnímu omezení, vzdělávacímu a pracovnímu tempu. Rovněž by měl při jeho vzdělávání spolupracovat s jeho rodinou a zaujímat ke členům rodiny opět vstřícný přístup bez předsudků. Pedagog by měl žákovi se ZP přizpůsobit vyučování, což znamená výuku směřovat pokud možno do přízemí budovy, není-li budova školy bezbariérová .

Měl by žákovi ve spolupráci s vedením školy poskytnout speciálně vzdělávací pomůcky, což spadá do kritéria Materiálního vybavení, které naplňují cíle Speciálněpedagogické podpory. Mezi speciálně vzdělávací pomůcky patří např. speciální psací či čtecí zařízení nebo technicko-komunikační podpora v podobě počítače. (Valenta a kolektiv, 2003, s. 176)

- 14) Kde vidíte největší nedostatky, negativa a kde naopak pozitiva v přístupu pedagogů k tělesně postiženým jedincům?
- 15) Vzpomínáte si ze své docházky na základní školu na nějakou konkrétní situaci, kdy došlo k nějakému konfliktu mezi Vašimi spolužáky a Vámi? Jak tuto situaci řešil pedagog?
- 16) Máte /měl/a jste na základní škole výchovného poradce, domníváte se, že výchovný poradce se Vám na základní škole dostatečně věnoval?
- 17) Obrátil/a jste se někdy během Vaší docházky na základní škole na výchovného poradce s otázkou týkající se šikany?
- 18) Pomohl Vám výchovný poradce tento problém vyřešit?
- 19) Domníváte se, že ji řešil správně nebo naopak zaujal špatný postoj?
- 20) Vybavujete si, ze své docházky na základní školu naopak situaci, kdy oceňujete přístup pedagoga? Kdy se domníváte, že se zachoval správně, zaujal k situaci odpovídající postoj?
- 21) Co je pro tělesně postiženého jedince podle Vašeho názoru lepší: navštěvovat běžnou základní školu nebo speciální základní školu? Prosím zdůvodněte svou odpověď.

Velmi děkuji za Váš čas.

Lenka Vlachová

ZČU,FPE, Sociální práce 3. ročník bakalářského studia 2013/2014

Desatero pro jednání s lidmi s postižením

- 1) Lidé s tělesným postižením zpravidla netrpí úbytkem rozumových schopností, proto s nimi nemusíme jednat jako s lidmi s mentálním postižením.
- 2) V komunikaci s nimi nemusíme zvyšovat hlas, zpomalovat ani zrychlovat tempo řeči.
- 3) Nevybízáme člověka s tělesným postižením, aby si odpočinul, uklidnil nebo se uvolnil, mívá to často opačný efekt.
- 4) Doprovází-li člověka s tělesným postižením průvodce, rodič nebo asistent, bereme jej jako doprovod, a pokud je to možné, komunikujeme hlavně přímo s klientem s tělesným postižením.
- 5) O klientovi nikdy nemluvíme v jeho přítomnosti ve třetí osobě.
- 6) Vozíčkáři se často obávají pádu z vozíku, jednak kvůli zranění, jednak proto, že je pro ně obtížné dostat se po pádu zpět na vozík. Pokud nedovedeme s vozíkem zacházet, počínáme si při poskytování pomoci velmi opatrně.
- 7) Pomoc můžeme člověku s tělesným postižením sami taktně nabídnout nebo počkáme, až o ni budeme požádáni, nikdy mu ji ale nevnučujeme proti jeho vůli.
- 8) V dopravních prostředcích nabídneme člověku s tělesným postižením místo k sezení. Neobsazujeme místa určená pro invalidy, některému člověku je nepříjemné žádat nás o jejich uvolnění.
- 9) U některých vad kloubů a páteře je pro postižené vhodnější komunikovat vestoje, není proto vhodné je přesvědčovat, aby se posadili.
- 10) Lidé s tělesným postižením jsou citliví na respektování své lidské důstojnosti, budeme se k nim proto za všech okolností chovat slušně a taktně (Švarcová, 2012, s. 103).