

MASARYKOVA UNIVERZITA
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
KATEDRA SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

**INTEGRACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH ŽÁKŮ DO
BĚŽNÝCH ZÁKLADNÍCH ŠKOL**

Bakalářská práce

Brno 2006

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Dana Zámečnicková, PhD.

Recliková

Vypracovala:

Hana

Děkuji paní PhDr. Daně Zámečnickové, PhD. za vedení a rady při zpracování této bakalářské práce.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci zpracovala samostatně a použila jen prameny

uvedené v seznamu literatury.

Souhlasím, aby práce byla uložena na Masarykově univerzitě v knihovně Pedagogické fakulty a zpřístupněna ke studijním účelům.

OBSAH

Úvod	5
1. Tělesné postižení	6
1.1 Charakteristika a klasifikace pohybových vad	6
1.2 Dětská mozková obrna (DMO)	10
1.3 Specifika ve výuce tělesně postižených žáků	15
2. Integrace, znamení doby	17
2.1 Pojem integrace	17
2.2 Legislativní rámec integrace	21
2.3 Faktory úspěšné školní integrace	24
3. Integrace jedinců s postižením do běžných základních škol	28
3.1 Projekt výzkumu	28
3.2 Analýza výsledků výzkumu	30
3.3 Zhodnocení výsledků výzkumu	44
Závěr	46
Resumé	47
Literatura	48
Přílohy	

ÚVOD

S termínem integrace se dnes setkáváme na polích různých věd a disciplín téměř denně. Integrace se stala symbolem moderní doby a vyspělé společnosti. V pedagogické linii prostupuje integrace především do oblasti výchovy a vzdělávání osob se speciálními vzdělávacími potřebami různého věku.

Téma této práce bylo vybráno na základě pedagogické praxe, která probíhala na Základní škole U Lesa v Karviné. Tato základní škola patřila v Karviné mezi první školy, které začaly postižené děti integrovat. Praxe nebyla jen poznáním integrace, jako začlenění postiženého žáka do kolektivu zdravých, ale i jako způsobu „smazání“ handicapu.

Cílem této práce je analyzovat problematiku individuální integrace dětí a žáků s tělesným postižením do běžných základních škol se zaměřením na postoj veřejnosti a žáků běžných i integrujících základních škol.

Práce je rozvržena do tří hlavních kapitol. První dvě jsou zaměřeny teoreticky, třetí kapitola obsahuje kvantitativní výzkum.

V teoretické části prezentujeme základní poznatky z oblasti pohybových vad, se zaměřením na dětskou mozkovou obrnu, a pedagogickou integraci.

Výzkumná část se zaměřuje na pedagogickou integraci jedinců s tělesným postižením. Je zde analyzován názor veřejnosti všech věkových kategorií, ale také žáků běžných a integrujících základních škol. Ke získání informací bylo použito dotazníkové šetření.

1. TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

1.1 CHARAKTERISTIKA A KLASIFIKACE POHYBOVÝCH VAD

Osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení pohybu. Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození (Valenta a kol., 2003, a).

Müller (2001) charakterizuje tělesně postižené dítě, jako: „jedince s vadou pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jako i poškozením nebo poruchou centrálního nervového systému, pokud se projevují trvaleji porušenou hybností“.

Ve speciálně pedagogické literatuře se považují za tělesná postižení přetrvávající nebo trvalé nápadnosti, pohybové schopnosti s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, emocionální a sociální výkony. Příčinou je poškození podpůrného (nosného) nebo pohybového aparátu nebo jiné organické poškození (Vítková, 1998).

Pohybové poškození vzniká na základě dědičnosti, nemocí nebo úrazem. Při vzniku poškození svou roli hrají také prenatální, perinatální a postnatální poškození, zvláštnosti určitých vývojových fází a vnější a vnitřní vlivy.

Vítková (1998) dělí pohybové neboli ortopedické vady na dvě základní skupiny, k nimž patří poruchy vrozené, včetně dědičných a poruchy získané. Podle postižené části těla rozeznáváme skupinu obrn centrálních a periferních, deformace, malformace a amputace.

OBRNY CENTRÁLNÍ A PERIFERNÍ

Obrny se týkají centrální a periferní nervové soustavy. Centrální část zahrnuje mozek a míchu, část periferní obvodové nervstvo. Jednotlivé druhy se od sebe liší rozsahem a stupněm závažnosti a dělí se na parézy a plégie (Vítová In Pipeková, 1998). Paréza je částečné ochrnutí a plégie úplné ochrnutí končetiny nebo končetin.

Mezi tato onemocnění patří:

- **Dětská mozková obrna (DMO).** V defektologickém slovníku (Kolektiv, 2000) se uvádí, že se jedná o poruchu řízení hybnosti a vývoje řízení hybnosti a jiných centrálních funkcí

z postižení mozku v nejranějším dětství. Příčinou DMO jsou buď prenatální nebo perinatální, nedonošenost, Rh inkompatibilita a dále raně postnatální činitelé.

- **Dětská obrna** je infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku. Toto onemocnění mělo dvě fáze: první připomínala chřipkovou infekci, po jejímž odeznění nastoupila fáze druhá, která byla provázena horečnatými stavy s příznaky podráždění mozkových blan. Onemocnění mělo často trvalé a těžké následky v podobě ochrnutí svalů na končetinách. O dětské obrně hovoříme v minulém čase, protože od roku 1958 jsou všechny děti očkovány Sabinovou vakcínou.

- Další závažnou skupinou jsou **mozkové záněty**, ty jsou většinou vyvolávány mikrobiálními činiteli a také probíhají ve dvou fázích. Mikroby vnikne do krve a objevují se příznaky podobné chřipce s horečnatými stavy, bolestmi hlavy a nechutenstvím. Následuje fáze zdánlivého zlepšení, ale poté opět přichází horečka, třes a ochrnutí končetin. Po odeznění nemoci jednotlivé příznaky ve většině případů zmizí.

- **Mozkové nádory** mohou po operaci zanechat vážné následky v pohybové oblasti s možným přidružením epileptických záchvatů. Následky můžeme sledovat také v oblasti řeči, kdy dochází k poruše zvané afázie. Jedná se o ztrátu již plně vyvinuté řeči na základě poškození dominantní hemisféry mozku (Klenková, 1997).

- Podobné následky mohou mít také **mozkové příhody**, které vznikají v důsledku krvácení do mozku a **mozkové embolie**, ty jsou naopak způsobeny nedokrveností části mozku a odumřením mozkové tkáně zaklíněním embolu, pohybujícího se krevním proudem. Onemocnění se vyskytuje spíše u starších jedinců.

- **Traumatické obrny** vznikají při úrazu hlavy, při kterém může být zasažena lebka i mozek. Rozlišujeme: komoce – otřes mozku – nejlehčí poranění - lehký, střední a těžký; komprese – stlačení mozku; kontuze – zhmoždění mozku – nejtěžší poranění.

Potíže související s úrazem hlavy se nemusí vyskytovat hned, ale mohou se dostavit až po několika hodinách – nevolnost, závratě, zvracení.

- **Obrna míchy** je dalším závažným postižením, jehož častou příčinou je úraz páteře s následným poraněním míchy. Vše závisí na tom, zda byla mícha poškozena částečně nebo úplně a také na tom, ve kterém místě byla zasažena. Čím je úraz blíže krční páteři, tím je stav postiženého závažnější.

- **Rozštěp páteře** je vrozeným onemocněním a rozlišujeme: rozštěp páteře bez postižení míchy nebo jejích plen; rozštěp páteře a míšních plen; rozštěp páteře, plen a míchy.

Vada vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu, nejčastěji v bederní části (Kapounek, Eis In Vítková, 1998). Provádí se neurochirurgická operace. Následkem vady je částečná až úplná obrna dolních končetin a obrna svěračů bez ztráty intelektu. V dnešní době se provádí screening vrozených vývojových vad ultrazvukem.

- Až v průběhu života člověka se projevuje **degenerativní onemocnění mozku**. Mezi tato onemocnění patří například **mozečková heredoataxie**, která vzniká postižením jedné nebo obou hemisfér, postupnou degenerací mozečku, případně míchy. Onemocnění je dědičné a vyznačuje se vrávoravou chůzí, nystagmem, atrofií a poruchami řeči.

Ložiskovými změnami mozku a míchy se vyznačuje těžké onemocnění zvané **roztroušená skleróza mozkomíšní**. Následkem onemocnění bývá porucha pohybového aparátu, porucha zraku a řeči. V pokročilejším stadiu se objevuje demence.

- **Degenerativní onemocnění míchy**, zvané též **Friedreichova heredoataxie** se začíná projevovat kolem 6. – 10. roku života a je podmíněna degenerací míšních provazců. Zvláštní deformita nohy se v dalším stadiu mění ve spastickou obrnu dolních končetin.

- **Obrna periferních nervů** je následkem úrazu končetiny, při kterém dojde k přerušení nebo zhmoždění nervu na končetině s částečnou nebo úplnou obrnou.

DEFORMACE

Deformace zahrnují velkou skupinu vrozených nebo získaných vad, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla (Kubát In Vítková, 1998).

Získané deformace mohou nastat jako důsledek nesprávného držení těla. Návykově takto začínají některé druhy **skolióz a kyfóz**. Vadné držení těla se vyznačuje buď změnami v zakřivení páteře nebo labilním a nestálým držením těla. Skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí. Příčiny vadného držení těla mohou být vnitřní – fyziologické (růstové, konstituční, dědičné vlivy, výživa, nerovnoměrný růst dítěte) a vnější, způsobené prostředím (nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha atd.) (Vítková, 1998).

Do skupiny deformací zahrnujeme:

- **Nesprávný vývoj kyčelního kloubu**. Postižení může být jednostranné nebo oboustranné a bývá vyvoláno vrozeným nedostatečným vývojem kyčelního kloubu, popřípadě úplným

vykloubením hlavice (luxace) nebo částečným vykloubením (subluxace) (Vítková,1998). Důležitou roli v tomto případě hraje prevence a včasné zjištění vady.

- **Parthesova choroba** postihuje hlavici kosti stehenní. Pravděpodobně se jedná o poškození cév, které vyživují kloubní hlavici kosti stehenní (Eis In Vítková, 1998). Onemocnění postihuje zejména děti ve věku od 5 do 7 let, prognóza je příznivá, ale léčba vyžaduje až dva roky na lůžku.

- **Progresivní svalová dystrofie** je primární dědičné onemocnění svalů vzniklé na podkladě metabolické poruchy (Vítková In Pipeková,1998).

MALFORMACE A AMPUTACE

Vítková (1998) popisuje malformaci jako: „patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny“.

- **Amélie** je označení pro částečné chybění končetiny.
- **Fokomelie** je stav, kdy končetina navazuje přímo na trup.

Amputace je umělé odnětí části končetiny od trupu. Příčinou bývá úraz, zhoubný nádor na končetině, dále infekce, kterou nelze odstranit konzervativními prostředky, nebo cévní onemocnění – choroba Bürgerova – Winiwarterova. Vzniká akutní zánět žil a tepen, při kterém dochází k postupující trombóze. Nezbytná je spolupráce s plastickou chirurgií a protetickým oddělením.

1.2 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO)

V roce 1859 popsal anglický ortoped Wiliam John Little v odborné literatuře nemoc, někdy ještě po něm nazývanou a projevující se především poruchou hybnosti. Nemoc byla známa již dříve, ale Little poukázal zejména na to, že je poškozen mozek, a v důsledku toho porušena i hybnost (Kraus, Šandera, 1975).

Zakladatel české dětské neurologie Ivan Lesný zavedl v roce 1952 označení perinatální encefalopatie, v roce 1959 pak současný název dětská mozková obrna, kterou charakterizuje jako: „raně vzniklé poškození mozku, vzniklé před porodem, za porodu nebo krátce po něm a projevující se převážně v poruchách a vývoji hybnosti“. Dřívější označení perinatální encefalopatie se však nadále používá pro souhrn všech druhů a stupňů raného poškození mozku v perinatálním období (Opatřilová, 2003).

Podle Defektologického slovníku (Kolektiv, 2000) je dětská mozková obrna, dříve Littleova nemoc, porucha řízení hybnosti a vývoje řízení hybnosti a jiných centrálních funkcí z postižení mozku v nejranějším dětství.

• MOŽNÉ PŘÍČINY VZNIKU DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

DMO může mít mnoho příčin. Rozlišujeme tři základní skupiny činitelů (Kraus, Šandera, 1975):

- 1. Činitelé prenatalní (předporodní):** nedonošenost je pokládána za jednu z nejvýznamnějších příčin DMO, přenošenost může být také příčinou poškození mozku plodu, infekční nemoc matky během těhotenství (toxoplazmóza), krvácení během těhotenství, Rh inkompatibilita (nesnášenlivost), toxický vliv narkotik při operacích v těhotenství nebo působení rentgenových paprsků, úrazy v těhotenství, duševní otřes, alkoholismus, drogová závislost. DMO není dědičným onemocněním.
- 2. Činitelé perinatální (porodní):** dlouhotrvající (protrahovaný) porod, překotný porod, porod koncem pánevním, klešťový porod, těžká novorozenecká žloutenka.
- 3. Činitelé postnatální (poporodní):** všechna onemocnění novorozenců a kojenců, prodělaná v době do dvanácti měsíců věku – především zánětlivá onemocnění CNS a jeho plen (záněty mozku, mozkových blan nebo obojí současně), černý kašel, hnisavé procesy na kůži, průjemová onemocnění s následným celkovým toxickým stavem, záněty plic, hnisavé záněty středního ucha.

• KLASIFIKACE A POPIS FOREM DĚTSKÉ MOZKOVÉ OBRNY

Lesný v roce 1972 vymezil základní skupiny DMO takto:

Spastické – diparetická, hemiparetická a kvadraparetická forma,

Nespastické – hypotonická a dyskinetická forma, rigidita a ataxie,

Nevyhraněné syndromy – lehká mozková dysfunkce (LMD), malé mozkové postižení.

Podobně, také Kapounek (1988) rozděluje DMO na formy spastické, nespastické a LMD. S tímto názorem však nesouhlasí Kábele (1986) a LMD mezi formy DMO nezařazuje, protože ji nelze podložit organickým nálezem (Lesný, Kapounek, Kábele In Opatřilová, 2003). Ani v této práci nebude LMD zařazována mezi formy dětské mozkové obrny.

a) FORMY SPASTICKÉ

Spasticita vzniká jako následek poškození pyramidové dráhy, tj. centrálních motorických neuronů, kdekoli v jejich průběhu od kůry čelního laloku až k rozvětvení kolem motorických buněk v předních rozích míšních (Vítková In Opatřilová, 2003). Je narušená vzájemná souhra svalů mezi napětím a uvolněním. Svalstvo je ztuhlé, existuje zvýšená reflexní pohotovost a charakteristické jsou omezená motorická schopnost pohybu, stereotypní pohybové vzory, strnulé držení těla, narušená rovnováha a obtíže v jemné motorice (Vítková, 2004).

Diparetická forma dětské mozkové obrny

Diparéza vzniká poškozením mozku především v oblasti jeho kmene, tedy v místech, kde nervové dráhy motorické z obou mozkových polokoulí jsou již pohromadě vedle sebe (Kraus, Šandera, 1975). Poškození je časté u předčasných porodů, krvácení do mozku nebo přerušování zásobování kyslíkem. Čím větší je poškozená oblast, tím větší je rozšíření diparézy od chodidel nahoru, přes kyčle až ke trupu, ramenům, rukám a někdy až k oblasti hlavy, kdy však horní končetiny bývají méně postiženy než končetiny dolní. Často není poškození v temenní oblasti rozložené symetricky a potom hovoříme o diparéze s pravou nebo levou orientací (Vítková, 1998). Mозková kůra zpravidla není zasažena, a tak inteligence u této formy bývá zachována (Kraus, Šandera, 1975).

• Vývoj jedince s diparézou (Vítková, 1998):

Diparéza způsobuje, že pohybový vývoj zůstane na obou dolních končetinách jako by na úrovni čtvrtého měsíce vývoje.

Kolem šestého měsíce se dítě zkouší převalovat, neděje se tak však normálně šroubovitě, ale tělo následuje hlavu a ramena, jedná se o tzv. otáčení en block. V tomto období by u dětí s diparetickou formou DMO měla začít terapie, na které je závislá dobrá prognóza.

Ve dvanáctém měsíci si děti začínají sedat, většinou se zakloněnou hlavou, dorzální kyfózou a s ohnutými zády. Toto může trvat i několik let.

Protože diparetický vzor nohou je symetrické natahování a ohýbání, nelze se naučit střídavému pohybu nutnému pro lezení. Děti s diplégickým vzorem se místo toho pokoušejí o tzv. zaječí poskoky, kdy ramena konají střídavé chůzové pohyby a obě nohy jsou přisouvány tahem.

Pokud se dítě naučí lézt se střídáním rukou a nohou, tak se naučí i bipedální chůzi. Střídavé lezení je důležitým mezníkem v terapii (Vojta In Vítová, 1998).

- **Fixovaná diparéza**

Charakteristické je silné ohnutí v kyčli, addukce kyčelních kloubů a rotace nohou s jejich postavením do nůžkového fenoménu (překřížení v kolenou). Chodidla jsou stočená k sobě. Ve stoji je trup předkloněn a pohyby paží vyrovnávají stabilitu, chůze je však nejistá (Valenta a kol., 2003, b).

Hemiparetická forma dětské mozkové obrny

Příčinou hemiparézy je podle Vítkové (1998) lokalizované poškození, vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry.

- **Vývoj jedince s hemiparézou (Vítková, 1998):**

Rozdíl ve spontánním pohybu ruky se ukazuje až ve třetím měsíci dítěte. Na dolních končetinách však ještě není patrný.

Od pátého měsíce se dítě pokouší převrátit z polohy na zádech do polohy na břišku. Více se opírá o zdravou polovinu těla a na postižené straně zůstává v podepření na předloktí se staženými lokty. Tato poloha odpovídá věku dvou měsíců zdravého dítěte. Postižená strana je ve svém vývoji blokována a bez terapeutické pomoci nelze dosáhnout dalších vývojových stupňů, proto je v této době nejvyšší čas začít s léčbou.

V šesti měsících se podaří dítěti z polohy na zádech uchopovat nataženou paží předměty, ovšem pouze na zdravé straně, protože tonus flexoru hemiparetické paže brání natažení proti gravitaci.

V sedmém až osmém měsíci je již nápadná lateralita. Lezení u dětí s hemiparézou však zcela odpadá, protože postižená ruka nemůže být použita pro podpírání. Místo toho se děti podpírají zdravou rukou do sedu a pohybují se smýkavým pohybem v sedě.

Ve dvanáctém až osmnáctém měsíci se děti pokoušejí na základě orientace zrakem a vnímání prostoru vytáhnout do stoje a vzpřímit se. Postižená strana je znovu nucena dělat to, co nedokáže a poruchy koordinace se tak dále upevňují do období samostatné chůze, která připadá podle stupně postižení na osmnáctý měsíc až třetí rok věku dítěte.

- **Fixovaná hemiparéza**

Hemiparéza je postižení jedné poloviny těla. Více je postižena horní končetina. Hlava je natočena ke zdravé polovině. Postižená paže je flektována a přitažena k trupu, přičemž předloktí je silně pronované a stočené dovnitř. Ruka je sevřená v pěst s palcem sbaleným pod prsty. Na postižené noze se vyvíjí oboustranně špičkové postavení nohy nebo se noha stočí dovnitř. Hypogeneze postižené strany těla způsobuje skoliotické držení těla a napadání na postiženou stranu při chůzi. (Valenta a kol., 2003, b). V průběhu růstu dítěte se vada zhoršuje.

Kvadruparetická forma dětské mozkové obrny

Příčiny kvadruparézy mohou být podle Vítkové (1998) různé. Tato forma se vyskytuje například u předčasně narozených dětí, které mají potíže s adaptací na nové podmínky a s tím souvisejícími problémy s dýcháním. Jedná se o rozsáhlé postižení senzomotorických oblastí mozkové kůry (Valenta a kol., 2003, b). Při těžším poškození mozku mohou být postižena také další funkční centra CNS. Takže se dají očekávat symptomatické poruchy řeči, smyslové vady, ale také smíšené formy DMO jako kvadruparéza s atetózou a přidružit se může také epilepsie.

- **Vývoj jedince s kvadruparézou (Vítková, 1998):**

Těžké formy kvadruparézy jsou nápadné už v novorozeneckém věku chyběním primárních reflexů, natažením nohou, ohnutím rukou a konstantním opistotonním držením hlavy. Spontánní pohyblivost je postižená těžkou hypertonií.

U středně těžké kvadruparézy se vývoj od normy odchyluje od tří měsíců: dítě v poloze na bříšku nezvedne hlavu, držení hlavy je nesymetrické, ruce jsou nataženy dozadu a přitlačeny k tělu, nohy a kyčle jsou ohnuté. Pokus o napřímování z polohy na bříšku se daří jen opistotonním způsobem (obloukovité prohnutí těla dozadu) a s přepínáním přímých zádových svalů.

Jestliže je dítě pasivně napřimováno do pozice v sedě, jak se děje ve věku dvanácti měsíců, nemůže aktivně držet hlavu. Další pokroky v pohybu ještě nejsou ve dvanácti měsících možné.

- **Fixovaná kvadraparéza**

U kvadraparézy se jedná o postižení celého těla – hlavy, trupu a všech čtyř končetin. Hlava je v opistotonním držení, trup je ohnutý dozadu v důsledku zvýšeného svalového napětí. Paže jsou převážně ohnuté a v postavení pronace, tzn., že ruka je jednostranně natočená, dlaně jsou zaťaty v pěst. Nohy jsou natažené nebo ohnuté, vyskytuje se vnitřní rotace a tedy chybné postavení nohou (Hedderich In Vítková, 2004).

b) FORMY NESPASTICKÉ

Mezi formy nespastické řadíme formu hypotonickou, dyskinetickou, rigiditu a ataxii, pro něž je charakteristická absence svalového napětí.

Hypotonická forma dětské mozkové obrny

Fyziologická hypotonie, neboli snížený svalový tonus, je přirozeným vývojovým stádiem v kojeneckém období (Valenta a kol., 2003, b). V závislosti na dozrávání mozkových struktur po třetím roce věku dítěte mizí nebo se mění v jiný typ postižení. Může se měnit ve formu spastickou nebo dyskinetickou (Kapounek In Opatřilová, 2003).

Dyskinetická forma dětské mozkové obrny

Dyskinetická forma, dříve nazývána extrapyramidová, vzniká postižená bazálních ganglií. Charakteristický je proměnlivý svalový tonus a výskyt nepotlačitelných pohybů, které narušují volní hybnost.

Rigidita

Příčinou tohoto onemocnění je postižení bazálních ganglií, které se kromě nepotlačitelných pohybů může projevovat svalovou ztuhlostí. Rigidita může být doprovázena tremorem (třes svalů) a akinézemi (neschopnost pohybu, ochrnutí). Jako forma DMO se vyskytuje zřídka, je typická spíše pro dospělost (Valenta a kol., 2003, b; Rejman, 1966).

Ataxie

Ataxie je vzácný typ DMO, vzniká postižením mozečku a příznačná pro ni je narušená koordinace pohybů a jejich dávkování, které se projevuje především v poslední fázi pohybu (Valenta a kol., 2003, b). Ataxie bývá často doprovázena mentální retardací a nystagmem, což je nezáměrný rychlý kmitavý pohyb jednoho nebo obou očí (Květoňová-Švecová, 2000).

1.3 SPECIFIKA VE VÝUCE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH ŽÁKŮ

Výchovným cílem u tělesně postižených dětí je dopomoci jim k vývoji osobnosti co nejvyspělejší a tak vyrovnané a harmonické, jak je to za daných okolností možné. Pedagogika nemocných je tedy takové zaměřené působení na dítě a takové uplatnění výchovných zásad, pravidel a metod, aby se schopnosti dítěte trpícího určitým onemocněním nebo zdravotním postižením mohly co nejlépe rozvíjet, dítě samo aby mohlo prožívat svůj život uspokojivě a mohlo se stát, pokud jen možno, plnohodnotným členem své společnosti (Matějček, 2001).

RANÁ PÉČE

Vítková klade velký důraz na význam rané péče (rané podpory, včasné intervence), tedy péče do doby, než je dítě zařazeno do některého typu školského zařízení. Podle Národního plánu vyrovnávání příležitostí pro občany se zdravotním postižením je raná péče soustavou služeb a programů poskytovaných dětem ohroženým v sociálním, biologickém a psychickém vývoji, dětem se zdravotním postižením a jejich rodinám s cílem předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace (Vítková, 2004).

Raná péče má být stanovena co nejdříve, aby se předešlo sekundárním postižením a mohla se zkvalitnit efektivita rehabilitace na všech stupních. Základem úspěchu rané péče je týmová práce. Týmová práce mezi rodinou dítěte a týmem poskytujícím ranou péči a stejně tak i týmová práce v týmu samotném. Tým působí v oblasti lékařské, psychologické, sociální a v oblasti vzdělávání.

Služby rané péče by měly zahrnovat včasnou diagnostiku, rehabilitaci a stimulaci dítěte, poradenství a vzdělávání pro rodiče, půjčování pomůcek a odborné literatury, terénní práci v rodině, respitní pomoc rodině, tranzit dítěte do výchovně-vzdělávacího systému. Tato péče je poskytována doma, ambulantně nebo v denním stacionáři, v zařízení rané intervence nebo v předškolním zařízení.

PŘEDMĚT DOROZUMÍVACÍ DOVEDNOSTI

Dovednost dorozumět se je základním předpokladem nejen úspěšně realizované rehabilitace včetně výchovně-vzdělávacího procesu, ale i možnosti integrace tělesně postižených mezi zdravé. Vzhledem k této skutečnosti je od roku 1978 realizován ve školách pro tělesně postižené vyučovací předmět dorozumívací dovednosti. (Müller a kol., 2001). Na 1.stupni se

tímto předmětem rozšiřuje vyučování mateřského jazyka o 1 – 2 hodiny týdně v každém ročníku, na 2.stupni se kromě toho zaměřuje pozornost na zvládnutí naukových předmětů a cizích jazyků.

Jedná se o rehabilitaci tělesně postižených žáků v oblasti jejich projevu mluvené a psané řeči, případně s uplatňováním alternativní (náhradní) a augmentativní (rozšiřující, doplňující) komunikace (Müller a kol., 2001). Obsahem předmětu dorozumivací dovednosti je speciální výuka psaní, výuka řeči, speciální výcvik čtení a cvičení koncentrace pozornosti.

Tělesně postižení žáci zejména s diagnózou DMO mají velké potíže s nácvikem psaní. V rámci tohoto předmětu se provádějí grafomotorická cvičení a cviky vedoucí k rozvoji jemné motoriky, k uvolnění ruky, zápěstí a prstů. Dále se nacvičuje psaní protézou, ústy, nohou a jiné druhy psaní a odstraňují se těžkosti při psaní, včetně dysgrafie a dysortografie. U žáků s amputacemi a malformacemi horních končetin lze využívat kompenzačních pomůcek a u žáků s těžšími formami DMO pak psací stroj nebo počítač. (Vítková In Pipeková, 1998).

Výuka řeči zahrnuje uvolňování artikulačních orgánů, cvičení na oromotoriku, masáže mluvních orgánů, ale také dechová, fonační a artikulační cvičení. Vhodné je používání říkanek, básniček, písni a pohádek.

Speciální výcvik čtení zahrnuje odstraňování specifických těžkostí při čtení různé etiologie, včetně dyslexie a poruch jednotlivých analyzátorů (zrakového, sluchového, kinesteticko-motorického), které se na čtení podílejí (Vítková In Pipeková, 1998).

Především u žáků s diagnózou DMO je nutné brát v úvahu zvýšenou unavitelnost. Zapamatování je útržkovité a výběrové, proto je důležité dávat informace do souvislostí a pravidelně je opakovat.

2. INTEGRACE, ZNAMENÍ DOBY

2.1 POJEM INTEGRACE

S termínem integrace se dnes setkáváme na polích různých věd a disciplín, od věd přírodních až po vědy společenské. České slovo *integrace* má svůj původ v latinském substantivu *integratio*. V klasické latině se vyskytují ještě další slova odvozená od téhož slovního základu. Jedním z nich je i sloveso *integrare*, což znamená „integrovat, uvést do bývalého stavu, scelit, napravit, obnovit“.

Latinský termín *integratio* byl v různých obměnách přijat i do ostatních evropských jazyků, v obecném významu sjednocení částí v celek, ucelování: *intégration* (francouzština), *integration* (angličtina), *Integration* (němčina), *integrácia* (slovenština), *integracja* (polština).

Český jazyk od latinského slovního základu *integr* odvozuje dnes často užívané termíny: *integrita* – celistvost, nedílnost, neporušenost, nedotknutelnost; *integrovaný* – sjednocený, spojený, tvořící jeden funkční celek; *integrační* – scelovací, sjednocovací; *integrovat* – sjednocovat, sledovat, spojovat; *integrace* – scelení, ucelení, úplnost, proces spojování různých částí v celek.

Velký slovník naučný (Kolektiv, 1999) obsahuje několik významů slova integrace. Integrace ve společenskovědním významu je zde definováno jako „plnohodnotné soužití zdravých a handicapovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života“.

Integrace je souhrnný jev. Může se aplikovat v různých oblastech a podle toho mluvíme o integraci osobnosti, integraci sociální, integraci kulturní, integraci pedagogické, integraci pracovní a další. V této práci je termín integrace chápán v pedagogickém kontextu, a proto se na něj zaměříme také z pohledu odborníků.

Jesenský (1996), který se u nás touto problematikou zabývá již přes dvacet let, uvádí, že: „Integrace znamená sjednocení postojů, hodnot, chování a směřování aktivit různého druhu. Ovlivňuje jak interpersonální a skupinové vztahy, tak identitu jednotlivců a skupin. Její potřeba vzniká při kontaktu dvou navzájem se odlišných jevů, situací, postojů nebo aktivit. Tyto se mohou projevit ve formě stresů, konfliktů, problémů narušujících rovnováhu a harmonii vztahů, jistotu a spokojenost životního běhu. Integrace je jeden z prostředků, které napomáhají takového rozporu překonávat.“

Podle Bürliho (1997) je integrace: „snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám“ (Bürli In Bartoňová, 2005).

Světová zdravotnická organizace WHO (1976) charakterizuje jako sociální rehabilitaci, schopnost příslušné osoby podílet se na objektivně společenských vztazích. Integrace je tedy stav, kdy se zdravotně postižený jedinec vyrovnal se svou vadou, žije a spolupracuje s nepostiženými, prokazuje výkony a vytváří hodnoty, které společnost intaktních uznává jako rovnocenné, společensky významné a potřebné (Bartoňová, 2005).

Pro Sováka (1981) znamenala integrace nejvyšší možný stupeň socializace – procesu, kterým se speciálně pedagogickými prostředky umožňuje včasné a nejvhodnější zapojení člověka s postižením do společnosti. Podle míry dosažení zapojení do společenského života rozlišuje Sovák čtyři stupně socializace (Sovák In Pipeková, 1998):

Integrace – naprosté zapojení a úplné splynutí znevýhodněného jedince ve společnosti

Adaptace – přizpůsobení se znevýhodněného jedince společenskému prostředí za určitých podmínek, je nutné vycházet z individuálních vlastností

Utilita – sociální upotřebitelnost znevýhodněného jedince, možnosti rozvoje jsou omezené, pracovní a společenské uplatnění pod dohledem jiných osob

Inferiorita – sociální nepoužitelnost, segregace jedince, nevytvoření, popřípadě ztráta sociálních vztahů.

Odstupňované pojetí tzv. pedagogické integrace přináší Jesenský v roce 1995, jako aplikaci stupňů sociální integrace (Jesenský In Michalík, 1999):

Plná integrace v jakémkoliv výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem.

Podmíněná integrace v jakémkoliv výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statutem.

Snížená integrace, vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, užívání speciálních pomůcek s mírně sníženým sociálním statutem.

Ohraničená integrace, v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.

Vymezená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.

Redukovaná integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.

Narušená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.

Segregovaná výchova a vzdělávání v upravených podmínkách s použitím speciálních pomůcek, uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů s omezeným sociálním statusem.

Vysoce segregovaná výchova a vzdělávání ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění reedukace integračních cílů a obsahů s podstatně omezeným sociálním statusem.

V roce 1997 přichází Bürli se třemi procesy přizpůsobování, které různým způsobem akcentují cíl integrace (Bürli In Vítková, 2004):

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

Akomodace uznává svébytná práva postižených. Tlak na přizpůsobení působí v první řadě na většinu. Postižené dítě jako část zvláštní skupiny si vyvíjí pozitivní sebeobraz. Zda se tak děje lépe v integrativní či separativní formě závisí na míře, v jaké se vypracují vzájemné vztahy mezi minoritou a majoritou. Akomodace vede k formám částečné integrace.

Adaptace požaduje oboustranné přizpůsobování postižených a nepostižených. Cíl spočívá v kreativním a angažovaném úsilí smířit se s odporujícími stanovisky a přiblížit většinu postiženému jedinci a naopak postiženého jedince skupině. Z toho vzniká dynamický proces vzájemného přizpůsobování. Adaptace vede k rozsáhlým, brzy začínajícím, permanentně probíhajícím a interaktivním formám integrace.

Konečně Michalík (1999) schematizuje školskou integraci takto:

Segregace – dítě/žák se zdravotním postižením ve speciálním zařízení

- a) Dítě se zdravotním postižením tráví ve speciálním zařízení všechen čas, jeho vzdělávání a výchova se odehrává výlučně v daném zařízení. Jsou omezeny i ostatní jeho kontakty s přirozeným rodinným a komunitním prostředím.
- b) Dítě se zdravotním postižením je umístěno ve speciálním zařízení. V jeho vzdělávání je počítáno i s občasnou, ovšem pravidelnou a organizovanou formou vzdělávání v prostředí zdravých dětí.
- c) Dítě se zdravotním postižením je umístěno ve speciálním zařízení, jeho vzdělávání však probíhá v běžné škole s ostatními zdravými žáky.

Integrace – dítě/žák se zdravotním postižením ve skupině (třídě) dětí zdravých

- a) Dítě pobývajících v přirozeném komunitním prostředí (rodina, náhradní rodinná výchova) je vzděláváno ve speciálním zařízení s ostatními dětmi s daným typem a zpravidla i stupněm postižení.
- b) Dítě pobývajících v přirozeném komunitním prostředí je vzděláváno v běžném školském zařízení ve speciálním prostředí (prostředí speciálních tříd při mateřských či základních školách) s různou mírou zapojení do společenského vzdělávání s dětmi zdravými.
- c) Dítě s postižením pobývá v přirozeném prostředí a je vzděláváno v běžném školském zařízení v prostředí zdravých dětí.

2.2 LEGISLATIVNÍ RÁMEC INTEGRACE

Z pohledu práva nelze integraci chápat jinak, než jako právo nebýt diskriminován (Müller a kol., 2001). Jako příklad uveďme článek 3 Listiny základních práv a svobod, který říká, že: „Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílů pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.“

Úmluva o právech dítěte uvádí: „Právo duševně či tělesně postižených dětí požívat plného a řádného života v podmínkách zabezpečujících důstojnost a umožňujících aktivní účast dětí ve společnosti.“

Na českém území se vlastní právní normy, které se týkají integrovaného vzdělávání vyskytují až po roce 1991. Do té doby byli jedinci s postižením vychovávaní a vzdělávání téměř výlučně v síti speciálních vzdělávacích institucí. Na rozdíl od současnosti nezaručoval tehdejší vzdělávací systém právo na vzdělání všem dětem. Skupina dětí s těžším mentálním postižením a kombinovanými vadami byla ze vzdělávání vylučována.

Prvního ledna 2005 nabyl účinnost zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (tzv. školský zákon). Nově je podle tohoto zákona pojímáno vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména uplatněním jejich práva na vzdělání pomocí specifických forem a metod na vytvoření zvláštních podmínek, které jejich vzdělávání umožní (Michalík, 2005).

Paragraf 16 tohoto zákona definuje :

1. Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami je osoba se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním.
2. Zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.
3. Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.
4. Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona:

- a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy,
- b) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
- c) postavení azylanta a účastníka řízení o udělení azylu na území České republiky.

Provádějícím právním předpisem se pro oblast vzdělávání zdravotně postižených stala vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky (MŠMT ČR) č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.

Podle této vyhlášky se vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními potřebami uskutečňuje pomocí podpůrných opatření, mezi která zahrnujeme: využití speciálních metod, postupů, forem a prostředků vzdělávání, kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů, poskytování pedagogicko-psychologických služeb, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě.

V paragrafu 3 nalezneme formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením:

- 1. Individuální integrace** – vzdělávání žáků v běžné škole nebo v případech hodných zvláštního zřetele ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
- 2. Skupinová integrace** – vzdělávání žáků ve třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené pro žáky se zdravotním postižením v běžné škole nebo ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
3. vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, nebo
4. kombinací uvedených forem.

Novinku v právní úpravě školské integrace představuje zařazení institutu individuálního vzdělávacího programu, ten je závazným dokumentem pro zajištění speciálních vzdělávacích potřeb žáka (Michalík, 2005).

Individuální vzdělávací plán (IVP) vychází ze školního vzdělávacího programu příslušné školy, závěrů speciálně pedagogického vyšetření, popřípadě psychologického vyšetření školským poradenským zařízením a vyjádření zákonného zástupce žáka nebo zletilého žáka (73/2005 Sb.). Obsah IVP je tvořen údaji o cíli vzdělávání, časovým a obsahovým rozvržením učiva, volbou pedagogických postupů, způsobem zadávání a plnění úkolů, způsobem hodnocení. Dále je součástí také seznam kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek,

speciálních učebnic a didaktických materiálů a vyjádření potřeby dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem.

Na nový školský zákon navazuje také vyhláška č. 72 ze dne 9. února 2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Koncepce vzdělávacího systému v České republice se přizpůsobuje požadavkům evropské společnosti. Cílem našeho školství je vytvořit takové školní prostředí, které by poskytovalo všem dětem stejné podmínky na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajistilo právo na rozvoj jejich individuálních předpokladů. Snahou je integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami do všech typů škol a školských zařízení (Bartoňová, 2005).

2.3 FAKTORY ÚSPĚŠNÉ ŠKOLNÍ INTEGRACE

Integrace je složitý proces a její úspěšnost je podmíněna mnoha faktory. Názory autorů na toto téma se liší zpravidla podle země původu a jejich odborného zaměření. Zpravidla se však shodují na těchto faktorech: rodina, škola, poradenství, prostředky speciálně pedagogické podpory.

RODINA

Rodina je prvotním přirozeným společenským útvar, do kterého dítě přichází, založeným na vazbách biologických, psychických a společenských. V rodině se prvotně projevuje tzv. prosociální chování člověka, které, je-li personálním okolím i podnětným předmětným prostředím rozvíjeno, se mění ve vyspělejší formy sociálního styku. Rodina má nezastupitelné místo při výchově dětí. Nemůžeme ji nahradit žádnou jinou sociální institucí, která by ji mohla alespoň v přijatelné míře zastoupit. Slovo rodina vyvolává atmosféru tepla a bezpečí (Bartoňová, 2005). Nejinak je tomu u rodin dětí se zdravotním postižením.

Ve vztahu k rodinám s handicapovanými dětmi psychologové zavedli následující modelový způsob reakce rodičů na oznámení o těžkém postižení jejich dítěte (Müller a kol., 2001):

Šok – jež je nutnou obrannou reakcí organismu na neuvěřitelnou zprávu.

Zavržení – obrana organismu, zejména popření diagnózy.

Bolest – přicházející v opakujících se intervalech a je dlouhodobá.

Pochopení – nikoliv smíření, provázené jistým poznáním postižení.

Přijetí – není možné podat přesnou charakteristiku tohoto pojmu.

Ve vztahu ke školní integraci je důležité, ve které fázi prožívání se rodiče právě nacházejí. Rodiny s postiženými dětmi doprovází řada dalších specifí, zejména těch, které mají souvislost s variantou vzdělávání dítěte, např. dospět k rozhodnutí o daném typu vzdělávání, najít školu schopnou a ochotnou přijmout dítě s postižením nebo počítat s větší angažovaností, než v případě umístění ve speciální škole (Valenta a kol., 2003, a).

ŠKOLA

Škola, která se rozhodne dítě s postižením přijmout, by měla za všech okolností spolupracovat s rodiči nebo zákonnými zástupci dítěte a dále zabezpečit podmínky vyplývající z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání (RVP ZV, 2004):

- odstraňovat architektonické bariéry

- umožnit žákovi používat potřebné a dostupné kompenzační pomůcky, vhodné učebnice a učební pomůcky
- uplatňovat alternativní formy komunikace
- zabezpečit odbornou výuku předmětů speciálně pedagogické péče a uplatňovat odpovídající učební styly
- zohlednit druh, stupeň a míru postižení nebo znevýhodnění při hodnocení výsledků
- zkvalitňovat připravenost pedagogických pracovníků
- umožnit působení speciálního pedagoga ve škole, druhého pedagoga ve třídě, případně asistenta pedagoga
- spolupracovat s rodiči a podporovat spolupráci s odborníky z jiných resortů.

Důležitou roli také hraje celková výchovná atmosféra ve škole. Atmosféru školy ovlivňuje vedle sociokulturního zázemí žáků také úroveň pedagogického sboru a vedení školy. Pro pokud možno bezproblémový pobyt dítěte s postižením ve škole je rozhodující i stupeň motivace spolužáků a jejich vztah ke vzdělávání a studiu (Valenta a kol., 2003, a).

PORADENSTVÍ

Problematika poradenství je zakotvena ve vyhlášce č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.

Ve spojitosti s integrací a poskytováním poradenských služeb jsou nejdůležitějšími zařízeními Pedagogicko-psychologická poradna a Speciálně pedagogické centrum.

Podle vyhlášky poradna :

- a) poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků,
- b) zajišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní odborný posudek; provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro žáky se zdravotním postižením,
- c) zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, a vypracovává odborné posudky a návrhy opatření pro školy a školská zařízení na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky,
- d) poskytuje metodickou podporu škole.

Naproti tomu vyhláška stanoví, že centrum:

- a) poskytuje poradenské služby žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním integrovaným ve školách a školských zařízeních, žákům se zdravotním postižením a žákům se zdravotním 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,
- b) zjišťuje speciální připravenost žáků se zdravotním postižením na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se zdravotním postižením a žáků se zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků,
- c) zajišťuje speciálně pedagogickou péči žákům se zdravotním postižením nebo zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni,
- d) vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby
- e) poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením.

PROSTŘEDKY SPECIÁLNĚ PEDAGOGICKÉ PODPORY

Mezi tyto nezbytné prostředky patří:

- **podpůrný učitel** – jeho přítomnost neznamena jen proměnu vyučovacích metod a jisté ulehčení podmínek vzdělávací práce oboru učitelů, ale klade i důraz na jejich vzájemný vztah a schopnost spolupráce. V současné době sledujeme jisté prvky tohoto vztahu ve třídách s asistentem dítěte (Valenta a kol., 2003, a).
- **pedagogický asistent** – hlavními činnostmi jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci s žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází (73/2005 Sb.).
- **doprava dítěte do školy** – důležitý činitel při rozhodování rodičů dítěte o typu a druhu školy; některé speciální instituce poskytují organizované svozy dětí do zařízení.
- **pomůcky** – rehabilitační, kompenzační a učební; vzhledem k tomu, že integrace je otázkou několika posledních let, školy nedisponují potřebnými pomůckami, je zde však dvojí způsob

jejich pořízení: formou zapůjčky ze speciálně pedagogického centra nebo formou nákupu z prostředků příplatku na zdravotní pojištění.

- **úprava vzdělávacích podmínek** – zejména úpravy učebních plánů a osnov; nutná je individuální práce a přístup; odpovídající rozsazení žákův ve třídě; úprava lavic a prostor pro odpočinek.

3. INTEGRACE JEDINCŮ S POSTIŽENÍM DO BĚŽNÝCH ZŠ

3.1 PROJEKT VÝZKUMU

Název: **INTEGRACE JEDINCŮ S POSTIŽENÍM DO BĚŽNÝCH ZŠ**

• Zdůvodnění

Integrace je fenomén současnosti. Člověk 20. a 21. století se snaží vnímat dílčí segmenty jako části celku, tudíž provádí částečné změny a úpravy s ohledem na celek. Současná doba si tento přístup žádá. Je zde snaha řešit problémy a překlenout propasti mezi jedinci, ať už na poli kulturním, politickém nebo pedagogickém. V České republice se pedagogická integrace rozvíjí zhruba 15 let. Je to téma stále aktuální a přínosné jak pro znevýhodněného jedince, tak pro intaktní zdravou společnost.

• Cíl výzkumu

Cílem této části práce je zjistit, jak se k procesu integrace staví intaktní populace, zda se její názory nějakým způsobem liší a pokud ano, tak v čem.

Integrace postižených se bezpochyby týká také zdravých dětí a proto dalším cílem bylo zjistit, zda děti základních škol, které postižené žáky integrují, přistupují k integraci lépe, než děti běžných základních škol, a zda se nějakým způsobem liší přístup dívek k postiženým žákům od přístupu chlapců.

• Hypotézy

K naplnění uvedených cílů byly stanoveny následující hypotézy:

H1: Starší lidé se staví k integraci negativněji, než mladší lidé.

H2: Děti integrující základní školy přistupují k integraci lépe, než děti běžné základní školy.

H3: Dívky přijímají postižené žáky jako kamarády častěji, než chlapci.

• Popis použitých technik a metod

- použitá metoda: kvantitativní výzkum

- výzkumná technika: dotazník

- zkoumané jednotky: široká veřejnost, žáci 2.stupně běžných základních škol a integrujících základních škol v okrese Karviná

- **Časový harmonogram**

- příprava výzkumu 10/2005
- sběr dat a vlastní výzkum 10/2005 až 2/2006
- zpracování a interpretace výsledků 2/2006 až 3/2006

- **Charakteristika zkoumaného souboru**

Vzhledem k výše uvedeným cílům výzkumu byly sestaveny tyto tři dotazníky:

- dotazník pro širokou veřejnost,
- dotazník pro žáky integrujících základních škol,
- dotazník pro žáky běžných základních škol.

V okruhu široké veřejnosti bylo osloveno 65 respondentů zahrnujících jak studenty a zaměstnance různých sfér, tak i nezaměstnané nebo občany v důchodu. Nikdo z dotazovaných nepůsobí v oblasti speciální pedagogiky.

V dotazníkovém šetření byly dále osloveny 4 základní školy, z čehož 2 jsou integrující (ZŠ U Lesa v Karviné, ZŠ Prameny v Karviné) a 2 běžné (ZŠ Petrovice u Karviné, ZŠ Borovského v Karviné). Dotazníky byly náhodně rozděleny ve třídách 2.stupně jednotlivých škol a byly vráceny v počtu 60 kusů z běžných ZŠ a 55 kusů z integrujících ZŠ.

Všichni ředitelé základních škol, kteří byli osloveni, vyšli autorce výzkumu vstříc a ne jinak tomu bylo i u oslovených respondentů z řad široké veřejnosti.

3.2 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

• Rozbor a vyhodnocení dotazníků

A) DOTAZNÍK PRO ŠIROKOU VEŘEJNOST

Cílem dotazníku bylo zjistit názor veřejnosti na vzdělávání postižených žáků v běžných ZŠ, názorovou rozdílnost mezi mladší a starší generací populace a postoj rodičů ke vzdělávání jejich dětí společně s postiženými na jedné základní škole.

Dotazník se skládal ze dvou částí. Vstupní část tvořily pokyny pro respondenty, kteří dotazník vyplňovali a druhá část obsahovala vlastní otázky dotazníkového šetření. Do dotazníku bylo zařazeno 10 otázek. Tři faktografické byly zaměřeny na pohlaví, věk a dosažené vzdělání a sedm otázek zjišťovalo názory a postoje veřejnosti k integraci. Dvě otázky byly dichotomické, tři uzavřené a pět polouzavřených. Pět dotazníkových položek bylo koncipováno s nominálním znakem, jedna s kardinálním a zbývající čtyři se znakem ordinálním. Čtyři položky měly podobu škál.

Ke zpracování výsledků šetření jsme použili univariační a bivariační analýzy. Při použití univariační analýzy jsou otázky analyzovány podle jednotlivých odpovědí. U bivariační analýzy budeme zkoumat vztah mezi nezávisle a závisle proměnnými.

UNIVARIAČNÍ ANALÝZA

1. Pohlaví

Z celkového počtu respondentů bylo 44 žen a 21 mužů.

2. Věk

V dotazníku bylo stanoveno pět různých věkových kategorií. Do věkové kategorie 18 až 30 let se zařadilo 13 respondentů, do kategorie 31 až 40 let 11 respondentů, dále 23 respondentů se nacházelo v kategorii 41 až 50 let, 7 respondentů bylo ve věku 51 až 60 let a 11 respondentů bylo starších než 61 let.

3. Nejvyšší dosažené vzdělání

Nejvíce respondentů dosáhlo středoškolského vzdělání s maturitou a to plných 48%, dále 21% dotazovaných dosáhlo středního odborného a 20% vysokoškolského vzdělání. Zbývajících 11% ukončilo své vzdělávání na základní škole.

4. Co je to integrace?

Na tuto otázku odpověděla téměř většina, 60 respondentů, že se jedná o vzdělávání zdravotně postižených dětí v běžných základních školách. Tři dotazovaní označili integraci jako systém zahraničního vzdělávání, dva na otázku neodpověděli a žádný z respondentů nezvolil odpověď, že se jedná o vzdělávání na univerzitách třetího věku.

5. Názor na vzdělávání zdravotně postižených dětí v běžných ZŠ

V této otázce se respondenti vyjadřovali převážně kladně. Ze 75% kladných odpovědí bylo 43% pro odpověď: líbí se mi a souhlasím a 32% pro odpověď: spíše se mi líbí a souhlasím. 15 respondentů, tedy 23% ze všech, na tuto otázku nemá vyhraněný názor. Jen jeden respondent se k této otázce staví negativně a integrace se mu spíše nelíbí a nesouhlasí s ní.

6. Zařazení tělesně postiženého žáka do třídy, kterou navštěvují děti respondentů

Na tuto otázku opět respondenti odpovídali kladně, zápornou variantu odpovědi nezvolil nikdo z tázaných. 45 respondentů bezvýhradně se zařazením tělesně postiženého dítěte do třídy, kterou navštěvuje jejich dítě, souhlasí a 15 by s tím spíše souhlasilo. Zbývajících 5 respondentů na danou otázku nemá vyhraněný názor.

Ti, kteří svou odpověď zdůvodnili, nejčastěji uváděli, že v tělesném postižení nevidí žádnou překážku, že každý má nárok na stejné vzdělání a že děti zdravé si tak budou více uvědomovat hodnotu zdraví a života.

7. Integrace jako přínos pro ostatní zdravé žáky

Třicet dva respondenti, tedy polovina, zastává názor, že zařazení tělesně postiženého žáka do běžné ZŠ může být určitě přínosem pro ostatní žáky. K tomuto se téměř přiklání 18 respondentů, kteří zvolili odpověď: spíše ano. 11 respondentů neví, jestli tělesně postižené dítě může být přínosné pro zdravé děti a 4 respondenti si myslí, že spíše ne.

Jako přínosné uváděli dotazovaní, že se zdravé děti naučí být tolerantní, pomáhat druhým, uvědomí si, že zdraví není samozřejmostí a budou si ho více vážit.

8. Integrace jako přínos pro tělesně postiženého žáka

K záporným variantám odpovědí se nepřiklonil nikdo z dotazovaných, ale 20 respondentů neví, jestli by zařazení do běžné ZŠ bylo pro tělesně postiženého žáka přínosné. Naopak 26 respondentů si myslí, že to určitě je přínosné a 19 si myslí, že je to převážně přínosné. Svou

odpověď většinou zdůvodňují tím, že se postižený žák nebude cítit méněcenný, ostrčený, bude rád, že je v kolektivu, také se naučí vzájemnému respektu, zvýší se mu sebevědomí a je to pro něj možnost být ve všech směrech součástí „normálního“ života.

9. Největší problémy při integraci tělesně postižených žáků

Největším problémem je podle respondentů bezbariérovost škol a individuální přístup pedagogů. Kvalifikovanost učitelů a finanční náročnost výuky jsou na druhém místě. Jako další problém tázaní uváděli, že by dítě nemuselo být přijato kolektivem zdravých dětí a že by mohlo být kvůli svému postižení šikanováno a předmětem posměchu.

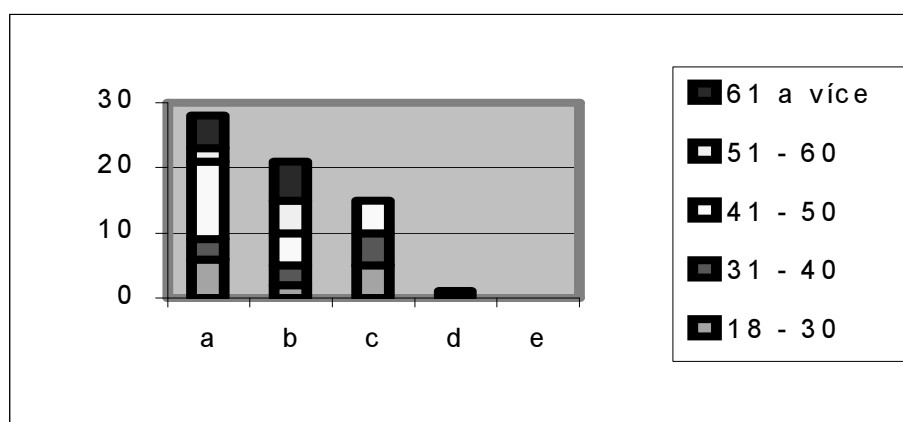
10. Zdravotně postižený člověk v okolí respondentů

Převážná většina dotazovaných, 62%, ve svém okolí nemá zdravotně postiženého člověka. Zbývajících 38 % ve svém okolí takového člověka má a jedná se převážně o tělesné nebo zrakové postižení.

BIVARIAČNÍ ANALÝZA

Tato analýza zkoumá dotazníkové položky v rámci závisle a nezávisle proměnných. V našem souboru je jako nezávisle proměnná brán věk respondentů a jako závisle proměnná pak postoj k integraci tělesně postižených žáků. Všechny následující grafy jsou složeny z nezávisle a závisle proměnných.

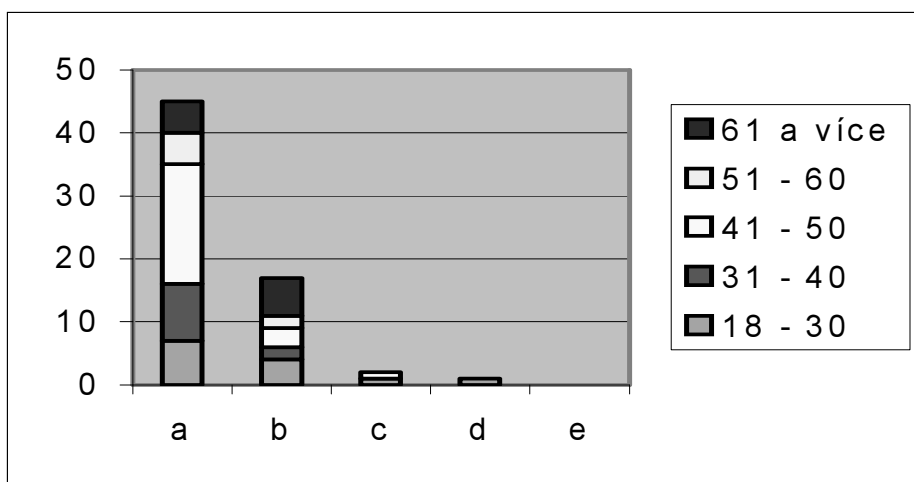
1. Názor na vzdělávání zdravotně postižených dětí na běžných ZŠ



a) líbí se mi a souhlasím b) spíše se mi líbí a souhlasím c) nemám na tuto otázku vyhraněný názor d) spíše se mi nelíbí a nesouhlasím e) nelíbí se mi a nesouhlasím

Předpokládali jsme, že starší lidé nebudou vzdělávání zdravotně postižených na běžných ZŠ nakloněni tak, jako mladší lidé, ale z grafu můžeme vyčíst, že tomu tak není. Jedinou zápornou variantu odpovědi zvolil respondent z věkové kategorie 41 až 50 let. Ostatní respondenti všech věkových kategorií volili kladné varianty odpovědi nebo na tuto otázku neměli vyhraněný názor.

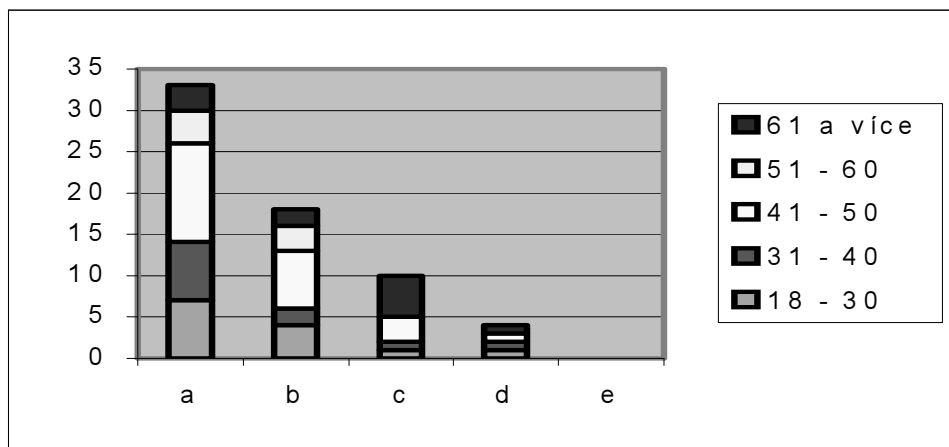
2. Zařazení tělesně postiženého žáka do třídy, kterou navštěvují děti respondentů



a) souhlasil(a) b) spíše souhlasil(a) c) na tuto otázku nemám vyhraněný názor
d) spíše nesouhlasil(a) e) nesouhlasil(a)

Nejvíce respondentů všech věkových kategorií volilo první varianty odpovědi, to znamená, že by souhlasili nebo spíše souhlasili se zařazením tělesně postiženého žáka do třídy, kterou navštěvuje jejich dítě. Nevyhraněný názor na tuto otázku má pouze jeden respondent z věkové kategorie 18 až 30 let a jeden z kategorie 41 až 50 let. Se vzděláváním vlastního dítěte společně s tělesně postiženým dítětem by spíše nesouhlasil respondent z věkové kategorie 18 až 30 let. Opět však nejsou výrazné názorové rozdíly mezi mladšími a staršími respondenty.

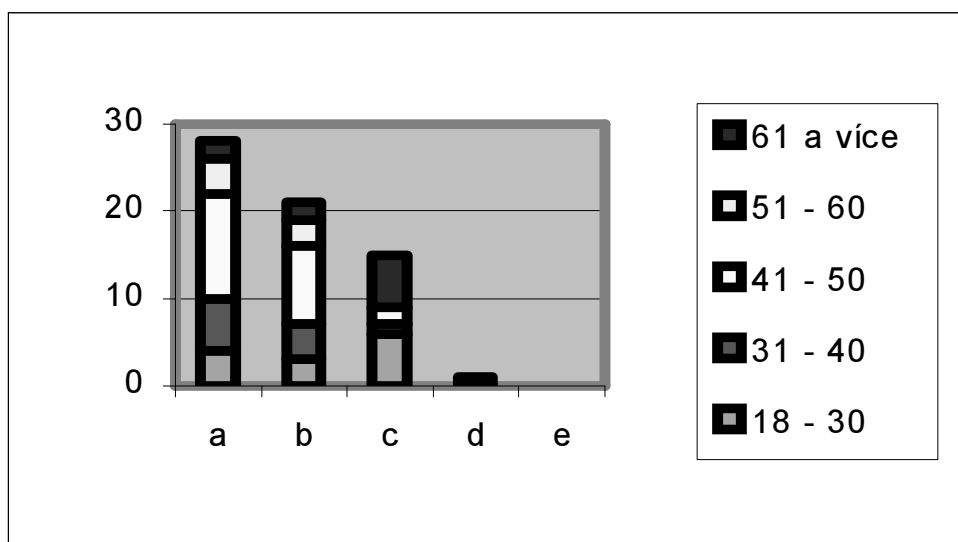
3. Integrace jako přínos pro ostatní zdravé žáky



a) určitě ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) určitě ne

Z hlediska věku můžeme říci, že pouze mezi respondenty mladšími 50ti let se našli tací, kteří si myslí, že zařazení tělesně postiženého žáka do běžné ZŠ spíše není pro zdravé žáky přínosem. Mezi těmi, kteří na tuto otázku neznali odpověď, je nejvíce respondentů starších 61 let. Většina respondentů si však myslí, že se určitě nebo spíše jedná o přínos pro zdravé žáky.

4. Integrace jako přínos pro tělesně postiženého žáka



a) určitě ano b) převážně ano c) nevím d) převážně ne e) určitě ne

V tomto případě jeden respondent starší 61 let zvolil variantu, že pro tělesně postiženého žáka určitě není přínosem zařazení do běžné základní školy a šest respondentů tohoto věkového pásma neví, zda jde o přínos nebo ne. Také téměř polovina nejmladších respondentů, jeden z věkové hranice 31 až 40 let a dva z věkové hranice 41 až 50 let, na tuto otázku nezná odpověď. Ostatní respondenti zastávají názor, že zařazení tělesně postiženého žáka mezi zdravé žáky pro něj určitě nebo převážně je přínosem.

B) DOTAZNÍK PRO ŽÁKY INTEGRUJÍCÍ ZŠ A DOTAZNÍK PRO ŽÁKY BĚŽNÉ ZŠ

Cílem obou dotazníků bylo zjistit, zda jsou mezi žáky běžných základních škol a mezi žáky integrujících základních škol rozdíly v názorech na integraci. Pokud rozdíly jsou, tak jaké. Dále cílem dotazníku pro žáky integrujících ZŠ bylo zjistit, zda jsou rozdíly v přístupu dívek k postiženým a v přístupu chlapců k těmto žákům.

Dotazník pro žáky integrující ZŠ se skládal ze dvou částí a průvodního dopisu pro ředitele školy. Vstupní část tvořily pokyny, jak dotazník vyplnit a k jakým účelům budou informace použity, a do druhé části bylo zařazeno 11 otázek dotazníku. První čtyři otázky byly faktografické, zaměřené na pohlaví, věk, třídu a školu a zbývajících 7 otázek zjišťovalo názory a postoje žáků k zařazování postižených žáků do běžných základních škol. Jedna otázka byla dichotomická, jedna otevřená a devět uzavřených. Pět dotazníkových položek bylo koncipováno s ordinálním znakem, dvě s kardinálním a tři s nominálním znakem. Pět položek mělo podobu škál.

Dotazník pro žáky běžné ZŠ byl vypracován podobně jako dotazník pro žáky integrující ZŠ. Obsahoval také 11 otázek. První čtyři otázky byly opět soustředěny na pohlaví, věk, třídu a školu, zbývajících 7 otázek zjišťovalo hlavně názor dětí na zařazení tělesně postiženého žáka do kolektivu mezi ně. Dvě otázky byly dichotomické, jedna otevřená, sedm jich bylo uzavřených a jedna polouzavřená. Stejný počet otázek, a to čtyři, byl koncipován s ordinálním a s nominálním znakem a dvě se znakem kardinálním. Podobu škál měly čtyři otázky.

Ke zpracování šetření z obou dotazníků jsme použili univariační a bivariační analýzy. Při univariační analýze jsou dotazníkové položky analyzovány podle jednotlivých odpovědí. U bivariační analýzy budeme zkoumat vztah mezi nezávisle a závisle proměnnými.

UNIVARIAČNÍ ANALÝZA

1. Pohlaví

- Integrovaní ZŠ: Na integrovaní Základní škole vyplnilo dotazník 31 chlapců a 29 dívek, celkem tedy 60 žáků.
- Běžná ZŠ: Na běžné základní škole je počet dotazovaných žáků menší, celkem 55, z toho 33 bylo chlapců a 22 dívek.

2. Věk

- Integrovaní ZŠ:

N = 60

10 až 11	12 až 13	14 až 15	16 let
1	22	26	11

Z tabulky můžeme vyčíst, že nejvíce respondentů se zařadilo do věkové hranice 14 až 15 let a 12 až 13 let, celkem 48 dotazovaných. Dále pak 11 respondentů již dosáhlo 16ti let a jen jeden respondent patřil do první věkové hranice 10 až 11 let.

- Běžná ZŠ:

N = 55

10 až 11	12 až 13	14 až 15	16 let
0	11	32	12

Z druhé tabulky také vyplývá, že nejvíce respondentů patřilo do věkové hranice 14 až 15 let. Zbývajících 23 respondentů se zařadilo do věkové hranice 12 až 13 let a 16 let. Žádný z dotazovaných v tomto případě není mladší 12ti let.

3. Třída ve škole

- Integrovaní ZŠ: Z celkového počtu 60ti respondentů žádný nenavštěvoval pátou třídu, naopak šestou, sedmou, osmou a devátou navštěvovalo vždy 15 respondentů.
- Běžná ZŠ: Z běžných základních škol nemáme žádného respondenta z páté ani šesté třídy, naopak sedmou navštěvovalo 24 respondentů, osmou 22 a devátou nejméně, a to 9 respondentů.

4. Škola

- Integrovaní ZŠ: Polovina z 60ti respondentů navštěvovala ZŠ U Lesa v Karviné a druhá polovina respondentů jsou žáci ZŠ Prameny v Karviné.
- Běžná ZŠ: Ze dvou oslovených běžných základních škol vyplnilo dotazník celkem 55 respondentů, z nichž 25 bylo ze ZŠ Petrovice u Karviné a 20 ze ZŠ Borovského.

5. Co je to integrace?

- Integrovaní ZŠ: Na tuto otázku odpovědělo téměř 87% respondentů, že se jedná o vzdělávání zdravotně postižených dětí v běžných základních školách. Sedm respondentů, čili necelých 12% ze všech, odpovědělo, že se jedná o vzdělávání v zahraničí a jen jeden respondent zvolil odpověď, že se jedná o vzdělávání na univerzitách třetího věku.
- Běžná ZŠ: Na běžné základní škole bylo vidět, že se žáci s termínem integrace setkávají méně, často než žáci integrovaných základních škol. Více než polovina, 56,5 % respondentů, zvolila správnou odpověď, naopak 27 % respondentů odpovědělo, že se jedná o vzdělávání na univerzitách třetího věku a 16,5% tázaných odpovědělo, že je to vzdělávání v zahraničí.

6. Zařazování postižených dětí do tříd ke zdravým dětem

- Integrovaní ZŠ: Na tuto otázku většina dotazovaných odpovídala kladně. Dvaceti respondentům se zařazování postižených dětí do tříd ke zdravým dětem líbí a šestnácti respondentům se spíše líbí. Naopak pěti respondentům se tento způsob výuky spíše nelíbí a jednomu se nelíbí. Zbývajících 18 dotazovaných se nepřiklonilo ke kladným ani záporným odpovědím, protože neví, co si o tom mají myslet.
- Běžná ZŠ: Na běžných základních školách je to podobné jako na integrovaných základních školách. Integrace se líbí sedmnácti respondentům, třinácti se spíše líbí a 16 jich neví, co si o tom má myslet. Zbývajících volili záporné odpovědi. Pěti respondentům se integrace spíše nelíbí a čtyřem se nelíbí.

7. Zařazování postižených dětí mezi zdravé děti nebo vzdělávání na jiných školách?

- Integrovaní ZŠ: Se zařazováním tělesně postižených dětí mezi zdravé děti souhlasí 45% respondentů a více než 18% s tímto spíše souhlasí, opačný názor zastává více než 8% respondentů, kteří s tímto způsobem výuky spíše nesouhlasí a přes 3% respondentů nesouhlasí

a myslí si, že by postižení žáci měli mít svou vlastní školu. Dvaceti pěti procentům dotazovaných je to jedno.

- Běžná ZŠ: Opět se většina respondentů přiklání (33%) nebo spíše přiklání (22%) k zařazování postižených dětí mezi zdravé děti. Přibylo však i těch, kteří s tím nesouhlasí a myslí si, že by se postižené děti měly vzdělávat na jiných školách. Těchto respondentů je 7 % a 23,5% respondentů s tím spíše nesouhlasí. Čtrnácti a půl procentu dotazovaných je to jedno.

8. Postižený žák ve třídě

- Integrovaná ZŠ: Žáci integrovaných základních škol odpovídali na otázku, zda by chtěli ve třídě dalšího postiženého spolužáka. Nejvíce respondentů, a to 29, neví, zda by ve třídě chtěli dalšího postiženého žáka. Pět respondentů by dalšího takového spolužáka určitě chtělo a čtyři by spíše chtěli. Naopak patnáct by spíše nechťelo a sedm by určitě nechťelo dalšího postiženého spolužáka do třídy.
- Běžná ZŠ: Žáci běžných základních škol odpovídali na otázku, zda by chtěli postiženého spolužáka ve třídě. Nejvíce respondentů odpovědělo, že neví, a to celkem 22. Téměř stejný počet respondentů se pak přiklání ke kladným a k záporným odpovědím. Tři respondenti by postiženého spolužáka určitě chtěli a čtrnáct by spíše chtělo. Naproti tomu by dva respondenti určitě postiženého spolužáka nechťeli a čtrnáct by spíše nechťelo.

9. Postižený spolužák jako kamarád

- Integrovaná ZŠ: Na otázku, zda je postižený spolužák také kamarád, nejvíce respondentů odpovídalo, že spolu občas mluví. Těchto respondentů bylo celkem 22. Že je to dobrý kamarád, odpovědělo 8 respondentů a že je to kamarád, odpovědělo 11 respondentů. Naopak 14 respondentů si myslí, že to není kamarád a 5 respondentů postiženého spolužáka jako kamaráda vůbec nebere.
- Běžná ZŠ: Kdyby žáci běžných základních škol měli ve třídě postiženého spolužáka, pak 25 si myslí, že by to byl jejich dobrý kamarád, 20 odpovídalo, že by to asi byl kamarád, 10 žáků neví a 1 si myslí, že by to kamarád asi nebyl. Nikdo z dotazovaných neodpověděl, že by to kamarád určitě nebyl.

10. Pomoc postiženému spolužákovi

- Integrovaní ZŠ: Žáků integrovaných základních škol jsme se ptali, s čím nejčastěji postiženému spolužákovi pomáhají. 45% respondentů pomáhá jen, když si o to spolužák řekne a téměř 22% nepomáhá vůbec. 20% dotazovaných pomáhá se vším, kde spolužák pomoc potřebuje a 13% pomáhá hlavně s pohybem po škole. Jinou pomoc neuvedl nikdo z dotazovaných.
- Běžná ZŠ: Žáci běžných základních škol měli uvést, s čím si myslí, že by potřeboval tělesně postižený žák pomoci. Téměř 55% respondentů odpovědělo, že by takto postižený spolužák potřeboval pomoc při pohybu po škole. Dalších 18% respondentů si myslí, že by jejich pomoc byla potřebná při přípravě pomůcek na výuku a 27 % by pomohlo při seznámení s žáky z jiných tříd. Jinou pomoc uvedla jedna dívka, doprovází zrakově postiženého spolužáka po škole domů.

11. • Integrovaní ZŠ: **Chtěl(a) bys, aby u vás ve třídě nebyl postižený spolužák?** Na tuto otázku odpovídalo téměř 67% respondentů, že by to určitě nechťelo nebo asi nechťelo a zbývajících 33% respondentů by určitě chtělo nebo asi chtělo, aby postižený žák u nich ve třídě nebyl. Možnost – nevím - nezvolil nikdo z dotazovaných.

11. • Běžná ZŠ: **Máš ve svém okolí nějak postiženého kamaráda nebo dospělého?** 44% dotazovaných respondentů běžných základních škol ve svém okolí má postiženého kamaráda nebo dospělého a 56% postiženého člověka ve svém okolí nemá.

BIVARIAČNÍ ANALÝZA

Stejně jako u první bivariační analýzy budeme i nyní zkoumat dotazníkové položky v rámci závisle a nezávisle proměnných. V prvním případě bude jako závisle proměnná brán přístup k integraci a jako nezávisle proměnná bude brán typ školy, kterou respondenti navštěvují. Ve druhém případě bude za závisle proměnnou považován přístup k postiženým spolužákům a za nezávisle proměnnou pak pohlaví respondentů. Všechny následující grafy jsou složeny z nezávisle a závisle proměnných.

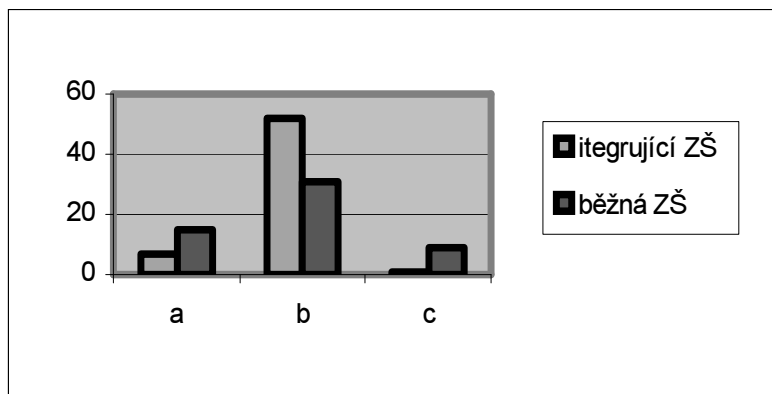
a) Přístup k integraci na běžných a integrujících základních školách

1. Pojem integrace

a) vzdělávání na univerzitách třetího věku

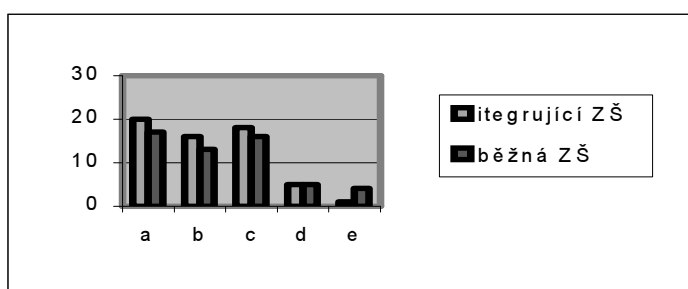
b) vzdělávání zdravotně postižených dětí na běžných základních školách

c) vzdělávání v zahraničí



Celkový počet respondentů v tomto případě je 115. Z grafu je patrné, že znalost pojmu *integrace* je na běžných základních školách menší než na školách integrujících. Špatné odpovědi volili převážně žáci běžných základních škol. Naproti tomu téměř 87% žáků integrujících základních škol odpovědělo správně.

2. Zařazování postižených žáků do tříd ke zdravým žákům



a) líbí se mi b) spíše se mi líbí c) nevím, co si o tom mám myslet

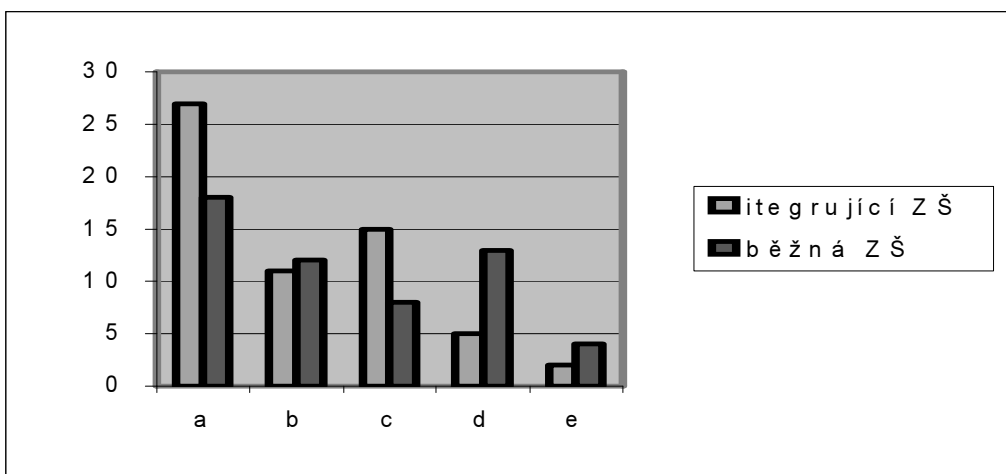
d) spíše se mi nelíbí e) nelíbí se mi

Z tohoto grafu je jasně patrné, že většině respondentů, ať už z běžné nebo integrující ZŠ, se zařazování postižených žáků mezi zdravé žáky líbí nebo neví, co si o tom mají myslet.

Stejnému počtu žáků z běžné i integrující školy se to spíše nelíbí a nelíbí se to většímu počtu žáků z běžné základní školy. Tito žáci tvoří 3,5% z celkového počtu 115 respondentů.

3. Zařazování postižených žáků mezi zdravé nebo jejich vzdělávání na jiných školách?

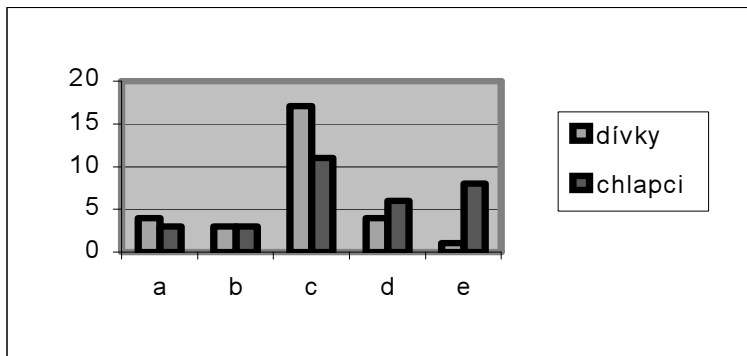
- a) souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
- b) spíše souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
- c) je mi to jedno
- d) spíše nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu
- e) nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu



Nejvíce respondentů z obou typů škol se zařazováním postižených dětí mezi zdravé souhlasí a líbí se jim. Ke druhé kladné variantě odpovědi se přiklonilo více respondentů z běžné základní školy, naopak jedno je to více respondentům z integrující školy. Záporně se k zařazování postižených žáků mezi zdravé staví více žáci běžných základních škol. Z jejich celkového počtu, což je 55, jich 13 spíše nesouhlasí nebo nesouhlasí a myslí si, že by měli mít svou školu.

b) Přístup dívek a chlapců k postiženým spolužákům

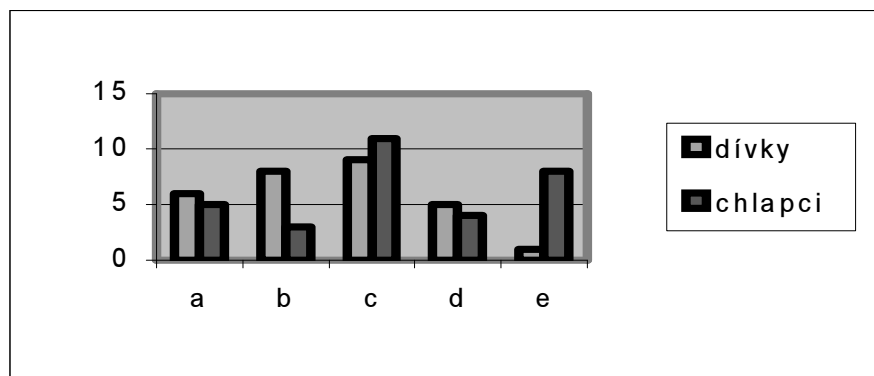
1. Další postižený žák ve třídě



a) určitě ano b) spíše ano c) nevím d) spíše ne e) určitě ne

Do souboru byli zařazeni jen respondenti z integrujících základních škol, jejich počet činil 60, z toho bylo 31 chlapců a 29 dívek. Ke kladným typům odpovědí se přikláněly více dívky nebo byl počet chlapců i dívek stejný. Naopak k záporným odpovědím se přiklánělo mnohem více chlapců, než dívek. Nejviditelnější rozdíl je vidět v posledním sloupci grafu. V tomto sloupci jsou znázorněny odpovědi respondentů, kteří by určitě dalšího postiženého žáka ve třídě nechtěli. Z celkového počtu takto odpovídajících bylo 89% chlapců a 11% dívek. Avšak nejvíce respondentů, ať už se jedná o chlapce nebo o dívky, neví, jestli by chtěli do třídy dalšího postiženého spolužáka.

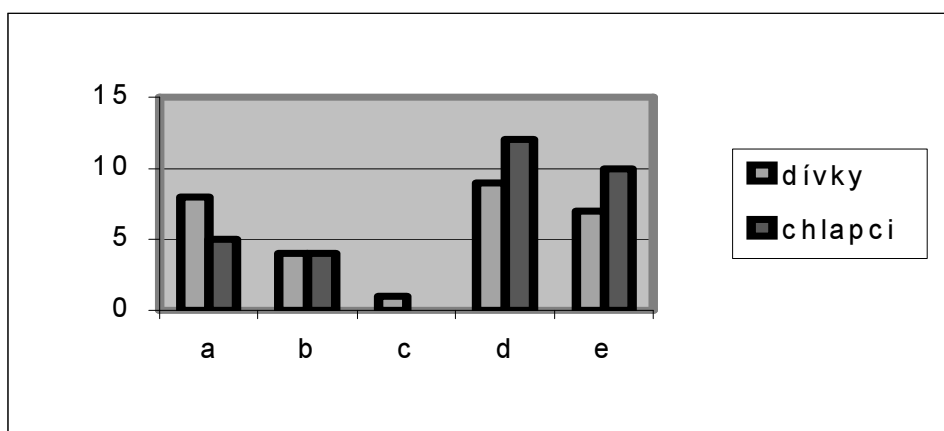
2. Postižený spolužák jako kamarád



a) ano, je to můj dobrý kamarád b) ano, je to kamarád
c) občas spolu mluvíme d) ne e) vůbec ne

Z grafu vyplývá, že jako dobrého kamaráda nebo jen jako kamaráda bere postiženého spolužáka více dívek než chlapců. Mezi ty, kteří s postiženým spolužákem ve třídě jen občas mluví, patří nejvíce respondentů a převažují chlapci nad dívkami. Téměř stejný je počet chlapců a dívek, kteří postiženého spolužáka jako kamaráda neberou. Největší rozdíl je však patrný v posledním sloupci, kde je znázorněn počet těch, kteří postižené spolužáky jako kamarády neberou vůbec. Většinu takto odpovídajících tvoří chlapci a to plných 89%.

3. Pomoc postiženému spolužákovi



- a) pomoc se vším, kde pomoc potřebuje b) pomoc s pohybem po škole a po třídě
 c) pomáhám jinak d) pomáhám, jen když si o to řekne e) nepomáhám vůbec

Z tohoto posledního grafu je jasně patrný rozdíl mezi těmi, jenž postiženým spolužákům pomáhají a těmi, jenž pomáhají, jen když je o to někdo požádá nebo nepomáhají vůbec. Z těch, kteří nepomáhají vůbec je 59% chlapců a 41% dívek. Ze všech, kteří pomáhají, jen když je o to někdo požádá, je 63% chlapců a 37% dívek. S pohybem po škole a ve třídě pomáhají chlapci i dívky stejně, naopak jako samozřejmost bere pomoc postiženým 61,5% dívek oproti 38,5% chlapců. Jedna dívka odpověděla, že postiženému spolužákovi pomáhá jinak. Doprovází zrakově postiženého spolužáka po škole domů.

3.3 ZHODNOCENÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

H1: Starší lidé se staví k integraci negativněji ,než mladší lidé.

Předpokládali jsme, že starší lidé nebudou vzdělávání zdravotně postižených na běžných základních školách nakloněni tak, jako mladší lidé. Naprostá většina starších respondentů s tím však souhlasí a nevadilo by jim ani, kdyby jejich dítě navštěvovalo stejnou školu a třídu jako postižené dítě. Integraci berou všichni jako přínos pro zdravé i postižené žáky.

Z tohoto plyne, že se naše první hypotéza **nepotvrdila**.

H2: Děti integrující základní školy přistupují k integraci lépe, než děti běžné základní školy.

V souvislosti s touto hypotézou jsme předpokládali, že žáci , kteří se s integrací již setkali a vědí, co to obnáší, budou k integraci přistupovat lépe, než žáci běžných ZŠ, kde se postižení žáci nevyskytují. Tyto předpoklady se potvrdily. Žáci na běžných školách k integraci sice přistupují pozitivně, ale není to v takové míře jako žáci integrujících škol.

Druhá hypotéza se tedy **potvrdila**.

H3: Dívky přijímají postižené žáky jako kamarády častěji, než chlapci.

Tato hypotéza se týkala jen žáků integrujících základních škol a byla zaměřena na děvčata a chlapce a rozdíl v jejich přístupu k postiženým spolužákům. Z analýzy výsledků šetření vyplývá, že mezi těmi, kteří by chtěli dalšího postiženého spolužáky ve třídě, převažují dívky, stejně jako mezi těmi, kteří přijímají postižené spolužáky jako kamarády. Pomoc postiženým ve třídě poskytují také ve větším počtu dívky, než chlapci.

Poslední hypotéza tohoto výzkumu se tedy také **potvrdila**.

ZÁVĚR

V každé společnosti se vedle zdravých jedinců vyskytuje i část populace, která se nějakým způsobem odlišuje od společenského průměru. Specifickou skupinu tvoří jedinci s různým postižením. Mezi nimi pak specifickou skupinu tvoří jedinci s tělesným postižením. Tito jedinci mají stejné právo, jako zdraví jedinci, účastnit se dění ve společnosti, vzdělávat se a realizovat se ve všech oblastech života.

Je zřejmé, že proces integrace dítěte s postižením do běžné základní školy není jednoduchý. Proto je důležitá spolupráce všech zúčastněných a vytvoření vhodných podmínek pro začlenění handicapovaného žáka do běžné školy. Úspěšnost integrace je ovlivněna mnoha dalšími faktory, mezi které zařazujeme rodinu postiženého žáka, školu, do které má být dítě integrováno, ale také systém poradenství a prostředky speciálně pedagogické podpory. I v procesu integrace je legislativní zajištění důležitým předpokladem rozvoje integrace v dalších letech.

Nemalou roli v procesu začleňování postiženého jedince hraje také kolektiv, do kterého je jedinec začleňován a postoj široké veřejnosti. Tato práce sleduje postoje dětí na běžných a integrujících základních školách ke spolužákům s nějakým handicapem. Cílem bylo zjistit, jakou roli hraje postižení v otázce formování vztahů mezi jedinci. Názor široké veřejnosti vždy měl, a mít také bude, velký podíl na úspěšném procesu integrace.

RESUMÉ

Tato bakalářská práce sleduje postoje dětí a dospělých k postiženým žákům integrovaným na běžné základní školy. Cílem práce bylo popsat skupinu lidí s tělesným postižením, předpoklady jejich úspěšné integrace a specifika ve vzdělávání.

Výzkum mapuje situaci na vybraných základních školách v okrese Karviná, kde sleduje soužití postižených dětí s intaktními spolužáky a zjišťuje názor dětí běžných základních škol na případné začlenění handicapovaného žáka do jejich kolektivu. Druhá část výzkumu zjišťovala postoj intaktní populace k procesu integrace postižených dětí a přináší řadu různých názorů a informací.

LITERATURA

Monografie a sborníky

- BARTOŇOVÁ, M. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. Brno : MSD, 2005. ISBN 80-86633-37-3.
- GAVORA, P. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-79-6.
- HAMPLOVÁ, J., REJTHAROVÁ, V., STAUCHOVÁ, V. *Francouzsko-český a česko-francouzský slovník*. Praha : SPN, 1992. ISBN 80-04-25737/2.
- KÁBRT, J. *Latinsko-český slovník*. Praha : Leda, 2000. ISBN 80-85927-82-9.
- KLENKOVÁ, J. *Kapitoly z logopedie I*. Brno : Paido, 1997. ISBN 80-85931-41-9.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Defektologický slovník*. Jinočany : HaH, 2000. ISBN 80-86022-76-5.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Velký slovník naučný*. Praha : Diderot, 1999. ISBN 80-902723-1-2.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Pravidla českého pravopisu*. Praha : Academia, 2001. ISBN 80-200-0475-0.
- KOLEKTIV AUTORŮ. *Česko-německý slovník A-O*. Praha : SPN, 1983. ISBN 80-04-25736-4.
- KRAUS, J., ŠANDERA, O. *Tělesně postižené dítě*. Praha : SPN, 1975.
- KVĚTOŇOVÁ-ŠVECOVÁ, L. *Oftalmopedie*. Brno : Paido, 2000. ISBN 80-85931-84-2.
- MAŇÁK, J. a kol. *Kapitoly z metodologie pedagogiky*. Brno : Masarykova univerzita, 1994. ISBN 80-210-1031-2.
- MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany : HaH, 2001. ISBN 80-86022-92-7.
- MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc : Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.
- MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením na základních školách v České republice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1045-1.
- MÜLLER, O. a kol. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
- OPATŘILOVÁ, D. *Pedagogická intervence v raném a předškolním věku u jedinců s DMO*. Brno : Masarykova univerzita, 2003. ISBN 80-210-3242-1.
- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno : Paido, 1998. ISBN 80-86931-65-6.
- ŘEŠETKA, M. *Anglicko-český Česko-anglický slovník*. Olomouc : Fin publishing, 2004. ISBN 80-86002-80-2.

- VALENTA, M., MÜLLER, O. *Psychopedie*. Praha : Parta, 2004. ISBN 80-7320-063-5.
- VALENTA, M. (2003a). *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VALENTA, M. (2003b). *Herní specialista v somatopedii*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0763-9.
- VÍTKOVÁ, M. *Paradigma somatopedie*. Brno : Masarykova univerzita, 1998. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.

Mezinárodní a vnitrostátní normy

- Listina základních práv a svobod*. Ostrava : Sagit, 1996.
- Rámcový vzdělávací program základního vzdělávání*. Praha : VÚP, 2004.
- Vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních.
- Vyhláška č. 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- Úmluva o právech dítěte*. Ostrava : Aries, 1993.
- Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Časopisy

- JESENSKÝ, J. Příspěvek k rozvoji teorie integrace zdravotně postižených. *Speciální pedagogika*, 1996, roč. 6, č. 3, s. 2 – 17. ISSN 0862-1632.

PŘÍLOHY

Úvodní dopis řediteli školy

Vážený pane řediteli, vážená paní ředitelko,

Jsem posluchačkou 3. ročníku pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně oboru speciální pedagogika. Chtěla bych vás touto formou požádat o spolupráci, která obnáší vyplnění přiloženého dotazníku žáky některé ze tříd druhého stupně Vaší základní školy. Dotazník je součástí mého pedagogického výzkumu.

Tento dotazník obsahuje 11 otázek a jeho vyplnění žákům nezabere více než 15 minut. Vzhledem k jeho anonymitě se nemusíte obávat zneužití uvedených informací.

Předem děkuji za pochopení a spolupráci.

V Petrovicích u Karviné dne 6.ledna 2006.

Reclíková Hana

Dotazník pro žáky běžné ZŠ

Milí žáci,

Jsem posluchačkou 3. ročníku pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně oboru speciální pedagogika. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je součástí mého pedagogického výzkumu. Dotazník je anonymní a nemusíte se obávat zneužití Vámi uvedených informací. Odpovědi, prosím, zakroužkujte, popřípadě stručně doplňte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

V Petrovicích u Karviné dne 6.ledna 2006.

Recliková Hana

1. Jaké je Tvé pohlaví?
a) chlapec b) dívka
2. Kolik je Ti let?
a) 10 – 11 b) 12 – 13 c) 14 – 15 d) 16
3. Do které třídy chodíš?
a) páté b) šesté c) sedmé d) osmé e) deváté
4. Kterou školu navštěvuješ?
5. Co je to integrace?
a) vzdělávání na univerzitách třetího věku
b) vzdělávání zdravotně postižených dětí v běžných základních školách
c) vzdělávání v zahraničí
1. Co si myslíš o zařazování postižených dětí do tříd ke zdravým dětem?
a) líbí se mi
b) spíše se mi líbí
c) nevím, co si o tom mám myslet
d) spíše se mi nelíbí
e) nelíbí se mi
1. Jsi pro zařazování postižených dětí mezi zdravé děti, nebo si myslíš, že by se měli učit na jiných školách?
a) souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
b) spíše souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
c) je mi to jedno
d) spíše nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu

e) nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu

1. Chtěl(a) bys ve třídě postiženého spolužáka?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

1. Myslíš si, že by postižený spolužák mohl být Tvůj kamarád?

- a) ano, dobrý kamarád
- b) asi ano
- c) nevím
- d) asi ne
- e) určitě ne

1. S čím si myslíš, že by potřeboval tělesně postižený spolužák pomoci?

- a) s pohybem po škole
- b) s přípravou pomůcek
- c) se seznámením s žáky z jiných tříd
- d) jinak, jak?

11. Máš ve svém okolí nějak postiženého kamaráda nebo dospělého?

- a) ano
- b) ne

Dotazník pro žáky integrujících základních škol

Milí žáci,

Jsem posluchačkou 3. ročníku pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně oboru speciální pedagogika. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je součástí mého pedagogického výzkumu. Dotazník je anonymní a nemusíte se obávat zneužití Vámi uvedených informací. Odpovědi, prosím, zakroužkujte, popřípadě stručně doplňte.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

V Petrovicích u Karviné dne 6.ledna 2006.

Recliková Hana

1. Jaké je Tvé pohlaví?
a) chlapec b) dívka
2. Kolik je Ti let?
a) 10 – 11 b) 12 – 13 c) 14 – 15 d) 16
3. Do které třídy chodíš?
a) páté b) šesté c) sedmé d) osmé e) deváté
4. Kterou školu navštěvuješ?
5. Co je to integrace?
a) vzdělávání na univerzitách třetího věku
b) vzdělávání zdravotně postižených dětí v běžných základních školách
c) vzdělávání v zahraničí
6. Co si myslíš o zařazování postižených dětí do tříd ke zdravým dětem?
a) líbí se mi
b) spíše se mi líbí
c) nevím, co si o tom mám myslet
d) spíše se mi nelíbí
e) nelíbí se mi
7. Jsi pro zařazování postižených dětí mezi zdravé děti, nebo si myslíš, že by se měli učit na jiných školách?
a) souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
b) spíše souhlasím se zařazováním mezi zdravé děti
c) je mi to jedno

- d) spíše nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu
- e) nesouhlasím se zařazováním mezi zdravé děti, měli by mít svou školu

8. Chtěl(a) bys ve třídě dalšího postiženého spolužáky?

- a) určitě ano
- b) spíše ano
- c) nevím
- d) spíše ne
- e) určitě ne

9. Je Tvůj postižený spolužák také Tvůj kamarád?

- a) ano, je to můj dobrý kamarád
- b) ano, je to kamarád
- c) občas spolu mluvíme
- d) ne
- e) vůbec ne

10. S čím postiženému spolužákovi pomáháš?

- a) se vším, kde mou pomoc potřebuje
- b) s pohybem po škole a po třídě
- c) pomáhám jinak (napíš jak)
- d) pomáhám, jen když si o to řekne
- e) nepomáhám vůbec

11. Chtěl(a) bys aby u vás ve třídě nebyl postižený spolužák?

- a) určitě bych to chtěl(a)
- b) asi bych to chtěla(a)
- c) nevím
- d) asi bych to nechtěl(a)
- e) určitě bych to nechtěl(a)

Dotazník pro širokou veřejnost

Vážený pane, vážená paní,

Jsem posluchačkou 3. ročníku pedagogické fakulty Masarykovy univerzity v Brně oboru speciální pedagogika. Chtěla bych Vás touto formou požádat o vyplnění přiloženého dotazníku, který je součástí mého pedagogického výzkumu.

Dotazník obsahuje 10 otázek a jeho vyplnění Vám nezabere více než 15 minut. Vzhledem k jeho anonymitě se nemusíte obávat zneužití Vámi uvedených informací. Vyplňujte jej, prosím, s vědomím, že cílem dotazníku je přispět ke zlepšení stávající výchovně vzdělávací situace.

Předem děkuji za pochopení a za laskavé vyplnění dotazníku.

V Petrovicích u Karviné dne 6.ledna 2006.

Hana Reclíková

1. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) muž b) žena

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18 – 30 b) 31 – 40 c) 41 – 50 d) 51 – 60 e) 61 a více

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

- a) základní b) střední odborné c) střední s maturitou d) vysokoškolské

4. Co je to integrace?

- a) vzdělávání na univerzitách třetího věku
b) vzdělávání zdravotně postižených dětí na běžných základních školách
c) systém zahraničního vzdělávání

1. Co si myslíte o vzdělávání zdravotně postižených na běžných základních školách?

- a) líbí se mi a souhlasím
b) spíše se mi líbí a souhlasím
c) nemám na tuto otázku vyhraněný názor
d) spíše se mi nelíbí a nesouhlasím
e) nelíbí se mi a nesouhlasím

1. Souhlasili byste, kdyby do třídy, kterou navštěvuje Vaše dítě, zařadili tělesně postiženého žáka?

- a) souhlasil(a)
b) spíše souhlasil(a)

- c) na tuto otázku nemám vyhraněný názor
- d) spíše nesouhlasil(a)
- e) nesouhlasil(a)

Svou odpověď, prosím, zdůvodněte.

1. Může být zařazení tělesně postiženého žáka do běžné základní školy přínosem pro ostatní žáky?
 - a) určitě ano
 - b) spíše ano
 - c) nevím
 - d) spíše ne
 - e) určitě ne

Pokud si myslíte, že ano, napište, prosím, čím?

1. Může být zařazení do běžné základní školy přínosem pro tělesně postiženého žáka?
 - a) určitě ano
 - b) převážně ano
 - c) nevím
 - d) převážně ne
 - e) určitě ne

Pokud si myslíte, že ano, napište, prosím, čím?

1. Co si myslíte, že je při integraci tělesně postižených do běžných základních škol největším problémem? Můžete zakroužkovat více odpovědí.
 - a) bezbariérovost škol
 - b) kvalifikování učitelé
 - c) finanční náročnost výuky
 - d) individuální přístup
 - e) jiné problémy, napište jaké

1. Máte ve svém okolí zdravotně postiženého člověka?
 - a) mámO jaké postižení se jedná?
 - b) nemám