

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ - PREZENČNÍ STUDIUM

2013–2016

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Marie Hábelová

INTEGRACE TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH DO ZÁKLADNÍCH ŠKOL

Praha 2016

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Irena Kudláčková

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR – FULL - TIME STUDIES

2013-2016

BACHELOR THESIS

Marie Hábelová

INTEGRATION OF PHYSICALLY DISABLED IN ELEMENTARY SCHOOL

Prague 2016

The Bachelor Thesis Work Supervisor:

Mgr. Irena Kudláčková

Prohlášení:

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 1. 3. 2016

Poděkování:

Děkuji paní Mgr. Ireně Kudláčkové za ochotu a užitečné rady při vedení této práce.
Dále děkuji své rodině za vytvoření příznivých podmínek.

V Praze dne 1. 3. 2016

Anotace

Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se dělí na dvě kapitoly.

První kapitola je věnována zákonu o sociálních službách a trendům pro tělesně postižené z něj vycházejících. Tato kapitola je rozdělena do pěti podkapitol zabývajících se adaptací, humanizací a inkluzí, reedukací, rehabilitací a kompenzací, stručným přehledem somatického postižení, dětskou mozkovou obrnou a možnostmi integrace. Stěžejním tématem druhé kapitoly je vzdělávání tělesně postižených do 6 let a v podkapitolách je dále rozebírána integrace tělesně postižených do základních škol a možnosti jejich vzdělávání.

V praktické části jsou uvedeny hypotézy a popsány metody získávání informací pro kvantitativní dotazníkový výzkum, dále jeho vyhodnocení.

V závěru této části bakalářské práce je sepsán případ Elišky K., žákyně základní školy Kravaře, která trpí tělesnou poruchou nanismus. Elišku K. jsem potkala v Základní škole Kravaře, kde jsem vykonávala svou praxi.

Klíčová slova: adaptace, inkluze, humanizace, reedukace, rehabilitace, kompenzace, integrace

Annotation

The thesis is divided into theoretical and practical part.

The theoretical part is divided into two chapters. The first chapter is devoted to the Social Services Act and trends for Disabled derived from it. This chapter is divided into five subsections dealing with adaptation, humanizing inclusions, reeducation, rehabilitation and compensation brief summary of somatic disability, cerebral palsy and integration capabilities. The main theme of the second chapter is learning disabled and 6 years in subsections analyzed further integration of the disabled into primary schools and possibilities of their education.

In the practical part are presented hypotheses and methods of obtaining information for quantitative survey research, as well as its assessment of the quantitative survey. In conclusion of this part of the thesis is written in case of Elisabeth K., a student at elementary schools Kravaře which has a physical disorder dwarfism. Elizabeth K. I met in elementary school Kravaře, where I exercised my practice.

Keywords: adaptation, inclusion, humanization, reeducation, rehabilitation, compensation, integration

OBSAH

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	10
1 ZÁKON ČÍSLO108/2006 SB., O SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH	10
2 ZÁKLADNÍ TERMÍNY.....	12
2.1 ADAPTACE, HUMANIZACE, INKLUZE.....	12
2.2 REEDUKACE, REHABILITACE A KOMPENZACE	12
3 STRUČNÝ PŘEHLED SOMATICKÉHO POSTIŽENÍ.....	14
3.1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DÁLE JEN „DMO“)	19
4 VLIV POSTIŽENÍ NA VÝVOJ A FORMOVÁNÍ OSOBNOSTI.....	23
5 MOŽNOSTI INTEGRACE	25
5.1 ROZDÍLNÝ VÝZNAM POJMŮ INTEGRACE A INKLUZE	29
6 VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	31
6.1 PŘEHLED ŠKOLSKÝCH INSTITUCÍ PRO TĚLESNĚ POSTIŽENÉ DĚTI	34
6.2 INTEGRACE ŽÁKA S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	35
6.2.1 Možnosti vzdělávání tělesně postižených	35
PRAKTICKÁ ČÁST	39
7 POPIS METOD VÝZKUMU	39
8 CÍLE A HYPOTÉZY K DOTAZOVANÉMU ŠETŘENÍ	40
9 VÝSLEDKY DOTAZNÍKOVÉHO PRŮZKUMU	42
9.1 VÝSLEDKY ŽÁCI.....	42
9.2 VÝSLEDKY PRŮZKUMU DOSPĚLÝCH JEDINCŮ	49
10 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ.....	56
10.1 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ ŽÁCI	56
10.2 VYHODNOCENÍ HYPOTÉZ DOSPĚLÍ	57
11 PŘÍPAD ELIŠKY K.	58

SHRNUTÍ.....	60
ZÁVĚR	61
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	62
PŘÍLOHY.....	65

ÚVOD

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma integrace tělesně postižených do základních škol. Svým přístupem k jedincům s tělesným postižením, utváříme další společnost. Myslím si, že je vhodné utvářet ji již od předškolního věku. Aby si zdravé děti uvědomovaly své zdraví, učily se ochotě pomáhat druhým. A jedinci s tělesným postižením se již od školního věku socializovali a snažili se osamostatnit, jak nejvíc to vzhledem k jejich tělesnému postižení bude možné. Velmi důležitou roli zde hrají rodiče, kteří utvářejí osobnost jedince a často zkreslují zdravým jedincům pohled na jedince s tělesným postižením. Předmětem mé bakalářské práce je uvést širokou veřejnost do problematiky osob se zdravotním postižením a s tím související rozsáhlý problém integrace těchto jedinců do společnosti. Práce se zabývá konkrétně integrací tělesně postižených jedinců, kteří nemají mentální postižení. Cílem mé práce je zmapovat situaci jedinců s tělesným postižením mezi osobami zdravými. Zjistit pohled zdravých jedinců na jedince s tělesným postižením a snažit se přiblížit problematiku, která se jedinců s tělesným postižením týká, převážně tedy integrace jedinců s tělesným postižením do běžných základních škol.

Jde o snahu informovat širokou veřejnost o tom, že jedinci s tělesným postižením jsou lidé jako my. Často se veřejnost domnívá, že tělesně postižený člověk má zároveň snížené rozumové schopnosti. Tento nesprávný dojem potom vede ke vzájemné narušené komunikaci.

Abychom integraci jedinců s tělesným postižením mohli brát jako samozřejmost, musíme především změnit svůj pohled na jejich handicap. Dle mého názoru by se mělo povědomí „je normální být různí“, utvářet už od mladšího školního věku.

Učit populaci nahlížet na zdravotně postižené jedince jako na sobě rovné a dát jim možnost, aby i oni obohatili naše životy.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách

Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách dle § 1 upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím příspěvku na péči a sociálních služeb. V neposlední řadě upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytnutí sociálních služeb, výkon veřejné správy v této oblasti a předpoklady pro výkon činností v sociálních službách. Tento zákon mimo jiné definuje zdravotní postižení jako tělesné, duševní, mentální, smyslové či kombinované postižení, jehož dopady mohou činit nebo činí osobu závislou na pomoci jiné osoby.

Osobní asistence dle § 39 zákona o sociálních službách je terénní službou poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost a jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Tato služba je poskytována bez časového limitu, v přirozeném sociálním prostředí a při činnostech, které osoba potřebuje. Osobní asistence obsahuje tyto základní činnosti:

- pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně,
- pomoc při zajištění stravy,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Služby osobní asistence jsou ze zákona poskytovány za úhradu (www.msmt.cz).

Trendy v péči o postižené vycházející ze zákona o sociálních službách

Jedinec s tělesným postižením se stává závislý na svých blízkých, společnosti a okolním prostředí. Společnost je povinna pomáhat při integraci tělesně postižených

spoluobčanů do normálního života. Postižení však mají plné právo, na nezávislý život, který si sami vyberou.

Deklarace práv jedince s postižením:

1. Každý tělesně postižený má právo nezávislého výběru místa pro život a způsobu života.
2. Tělesně postižené osoby, stejně jako všechny lidské bytosti mají právo na založení vlastní rodiny, na její rozvoj a na rozvoj přátelských a rodinných vztahů.
3. Všechny tělesně postižené osoby mají právo na kvalifikovanou a kvalitní pomoc. Vzájemný vztah osoby, která pomoc přijímá a osoby, která pomoc poskytuje, by měl být založen na vzájemné důvěře a respektu.
4. Tělesně postižené osoby mají právo na pravidelné informace o své zdravotní situaci a především mají právo se podílet na rozhodování o své osobě.
5. Tělesně postižená osoba se sama rozhoduje, kde bude žít, na základě jejich potřeb a požadavků.
6. Tělesně postižené osoby mají právo na financování pomoci a technického zařízení, které je nutné pro jejich nezávislý život.
7. Tělesně postižené osobě musí být zprostředkován, umožněn přístup ke společnosti, volný pohyb, komunikace. V neposlední řadě přístup k úřadům, ke vzdělání, profesním aktivitám a aktivitám provozovaným ve volném čase.
8. Všechny tělesně postižené osoby mají právo na příjem v takové výši, aby zajistil jejich pohodlí a spokojený život (Milichovský, 2010).

2 Základní termíny

2.1 Adaptace, humanizace, inkluze

Adaptace znamená nutné oboustranné přizpůsobení. Postižený jedinec a společnost si musejí vycházet ve všem vstřícně a vzájemně si pomáhat.

Humanizace neboli zlidštění. Jedná se o způsob, jakým s těmito lidmi zacházíme. Jak se k nim chováme. Chovat bychom se měli slušně, s respektem a úctou. Mají stejná práva jako my ostatní. Společnost má vytvářet adekvátní podmínky pro jejich život, brát ohledy na jejich zájmy a potřeby, chránit je vhodnými zákony.

Společnost, jako celek musí mít správný pohled na tyto lidi – naučit se postižené respektovat jako rovnoprávné členy, kteří potřebují jen více času, pomoci, pozornosti a pochopení.

Inkluze - nový přístup k postiženým. Při nástupu do školy se nedělají žádné rozdíly. Teprve pokud se zjistí, že to bude pro dítě lepší, dají ho do speciální školy (Přinosilová, 2007).

2.2 Reedukace, rehabilitace a kompenzace

Reedukace je znovu/vzdělávání, znovu/výchova. Speciální postupy, kterými se zaměřujeme na zdokonalování výkonnosti v oblasti postižené funkce. Snažíme se defekt zmírnit.

Kompenzace neboli náhrada, vyrovnání. Tam, kde není možná reedukace postižené funkce, se snažíme rozvíjet funkci jinou, náhradní, která není postižená.

Rehabilitace – znovuuschopnění. Cílem je znovu uschopnit člověka s postižením, zapojit ho do života. Zaměřuje se na sociální vztahy a podporuje možnost zařazení do společnosti. Vyžaduje spolupráci odborníků ze zdravotnické oblasti. Rehabilitace může být léčebná, pracovní, sociální, psychologická, technická, právní.

Rehabilitace léčebná může být zdravotní nebo alternativní. Ve zdravotní rehabilitaci je léčba medikamentózní, operační nebo rehabilitační. V alternativní léčbě jde o canisterapii (pes), hipoterapii (kůň), muzikoterapii (hudba), arteterapie (výtvarné techniky), ergoterapie (pracovní terapie), aromaterapie (vonné esence). Může je provádět pedagog, zdravotník nebo psycholog.

Při rehabilitaci sociální jde o pomoc v oblasti zajištění bydlení postiženým jedincům, možnost dopravy do zaměstnání, zájmové a kulturní vyžití.

Reedukace a kompenzace se zaměřuje na příčiny defektivity. Rehabilitace odstraňuje její důsledky (Valenta, 2003).

3 Stručný přehled somatického postižení

Zdravotně nebo tělesně postižené osoby mohou být děti nebo dospělí, jejichž vada hybného ústrojí spočívá v tom, že dochází k poruše pohyblivosti.

Mohou trpět metabolickými, endokrinními a degenerativními poruchami. Často je toto postižení spojeno i dalším druhem postižení jako jsou například srdeční vady či poruchy dýchacího systému.

Při práci s tělesně postiženým člověkem, je třeba si uvědomit, že jeho psychika je stejná jako u zdravých jedinců. Což znamená, že nevytváříme novou psychologii, pouze se snažíme přijít na nejvhodnější způsob jak s daným jedincem komunikovat.

Tělesná postižení dělíme na vrozená a získaná během života. Bohužel se setkáváme i s postižením na dědičném základě.

Když je postiženo hybné ústrojí, jedná se o primární postižení. O sekundárním postižení pojednáváme, když jde o sníženou mobilitu, například v důsledku vady srdce.

Jedince, který trpí více vadami, třeba i na sobě nezávislých označujeme jako jedince s kombinovaným postižením. Například smyslové postižení + postižení mentální.

Pojetí podle WHO - (World Health Organization), Světová zdravotnická organizace (dále jen „SZO“). Hlavním cílem je zajistit spolupráci mezi národy v oblasti zdravotní péče. Konají se programy, kde se zabráňuje šíření nemocí. SZO vznikla 7. Dubna 1948, tento den slavíme jako Světový den zdraví (Matějček, 2011).

Impairment – poškození pohybového systému. Vede k somatickým změnám.

Disability – snížení výkonu, vede k změnám v normální výkonnosti.

Handicap – omezení jedince žít ve společnosti jako ostatní.

Mozkové pohybové poškození: senzomotorické poškození pohybu na základě zranění nebo poruchy, která postihla vyvíjející se mozek. Poškození mohlo nastat při porodu.

Somatické postižení podle druhu:

Hypertonie - spasticita, je vzácné. Zpomalení a ztuhlost. Stejněměrný odpor končetin.

Hypotonie – nedostatek souhry svalů, ochablost.

Atetóza – svalové záškuby které nelze ovlivnit vůlí, prudké pohyby. Jedná se o pohyby převážně v části obličeje, ale dochází i k záškubům až v polovině celého těla.

Tetra plégie – se dělí na dvě části kvadruplegie, což je úplná obrna a kvadruparéza, která je jen částečná. Ta vzniká před narozením.

Dipareza – postiženo je celé tělo, nejvíce ale dolní končetiny.

Hemiplegie – ochrnutá je polovina těla vertikálně. Horní končetiny jsou zde více postiženy. Současně se vyskytují i poruchy řeči.

Triplegie – hemiplegie + postižení jedné končetiny.

Monopareza - postižení jen jedné končetiny (Vítková, 2004).

Předmět somatopedie

Somatopedie je obor speciální pedagogiky, který se zabývá výchovou a vzděláváním jedinců s tělesným a zdravotním postižením. Slovo je tvořeno z řečtiny (paidea) – věda, (soma) – tělo. Vznikl roku 1946. V tomto roce bylo zavedeno i vysokoškolské studium speciální pedagogiky. Termín somatopedie se začal používat v roce 1956. Dříve se obor nazýval defektologie. Somatopedie připravuje pedagogy na budoucí profesi učitele ve speciální škole nebo třídě.

Hlavním cílem somatopedie je snaha o resocializaci nebo socializaci tělesně a zdravotně postižených.

Somatopedie spolupracuje i s jinými vědními obory například somatologie, nutná je znalost anatomického vývoje jednotlivých orgánů, neurofyziologie zabývající se vyšší nervovou činností, kineziologie řešící zákonitost pohybu a ortopedická protetika, tedy konstrukce protéz (Milichovský, 2010).

Zdokonaluje se péče o novorozence a matky, přežijí děti, kterým to v dřívější době medicína nebyla schopna umožnit. Smyslové, tělesné a mentální postižení není ovlivněno stavem lékařských věd, ale i odolností populace nebo výrobními poměry. Vyspělé země v posledním desetiletí snížily výskyt chorob zapříčiněných hygienickými a sociálními příčinami.

Vzrostl však výskyt chorob týkajících se techniky a moderní výroby (otravy, úrazy apod.). V padesátých letech byla skoro vyhlazena infekční dětská obrna.

Salkova a Sabinova vakcína se bezplatně používá již od roku 1950. Bohužel i přes takové opatření se začal zvyšovat výskyt dětské mozkové obrny s těžkými spastickými poruchami hybnosti. Tělesně a zdravotně postižení lidé potřebují zajistit podmínky a pomoc při výchově, jelikož se bude pořád vyskytovat určité procento těchto lidí. Můžeme jim

pomoci alespoň takto, aby se mohli při svém někdy těžkém postižení začlenit do společnosti (Milichovský, 2010).

Získané tělesné postižení

Do získaného tělesného postižení řadíme amputace, úrazy páteře nebo hlavy. Všechny tyto úrazy vytvoří v životě člověka zásadní změnu. Nejprve je nutné se s danou situací vyrovnat. Získané postižení přináší pro dítě i jeho rodinu a okolí obrovský šok. Zde musí být okolí a především rodina velmi silná a podporovat jedince jak nejlépe umí, i když je to mnohdy těžší, než si dokážeme představit. Jedinec se nesmí cítit bezmocný.

Věk 0 – 3 roky se považuje za nejvýznamnější etapu života. Vytváří se základy motoriky. Pro přirozený vývoj postiženého jedince je nutné neodkládat péči, a to jak v oblasti zdravotní tak i pedagogické a sociální. Existuje zde pro dítě hned dvojitá nebezpečí. Omezený přívod důležitých podnětů a málo podnětů zvenčí, dítě se pak začne soustředit samo na sebe a stane se závislým na dospělých.

V předškolním věku se vytváří základní sociální postoj, dítě se chce uplatnit ve skupině. Začne se objevovat hodnota motoriky. V předškolním věku si již dítě uvědomuje svá omezení a postižení, proto je třeba dbát na to, aby nebylo frustrováno.

V období školního věku narůstá potřeba rozšířit kamarády a dítě se stává méně závislé na rodině. Zodpovědnost přebírá pedagog, popřípadě pedagogický asistent. Celý školní rok doprovází pohybové hry, ze kterých je často dítě s tělesným postižením vyřazováno. Tím pádem jsou pohybově omezené děti vylučovány z kolektivu. V tomto věku ještě není utvořená osobnost jedince. Získané postižení zatím nemůže ovlivnit vývoj psychiky, ale sociální vyčlenění se začne projevovat v přestupcích v kázni nebo citových deprivacích.

V pubertě nastává změna proporcí a dochází k pohlavnímu dozrání. Puberta je označována za náročné období, kdy se často jedinci začínají uzavírat do sebe. Musíme se snažit v dítěti vzbudit důvěru, nejlépe kamarádským přístupem než jako rodič. Dochází ke zvýšení psychických poruch a u dětí s tělesným postižením je to samozřejmě dvakrát horší. V tomto období se dítě začíná vyrovnávat se svým postižením.

Mladistvý věk přináší zpravidla vyrovnání se s tělesným postižením a uklidnění. Jedinec v tomto období začne navazovat partnerské a pracovní vztahy. Pokud jedinec získá tělesné postižení v tomto období, je víc než pravděpodobné, že budou ohroženy jeho vytvořené ideály a představy o budoucnosti.

V dospělosti se dostáváme na vrchol tělesné výkonnosti a inteligence. Dochází k psychické vytrvalosti. Okolnosti ztěžují život především tělesně postiženým mladým ženám. Jde o velmi těžký návrat k tělesné výkonnosti. Ve 30 letech je člověk prakticky hotový, spokojený v pracovním i partnerském životě. Postižení přináší čím dál, tím méně problémů.

V období stáří je nutné, aby motorika byla alespoň na takové úrovni, aby zajišťovala člověku samostatnost a soběstačnost. Psychika hraje v tomto období velkou roli. Nastává fáze, kdy nechce být jedinec s tělesným postižením na obtíž někomu jinému a je hodně těžké, mu vysvětlit, že pro Vás na obtíž není. Velmi těžké je to u vrozeného postižení, ale nejtěžší však u získaného postižení v tomto věku, kdy byl člověk zvyklý na to, že se o sebe stará celý život sám a najednou je závislý na pomoci druhých (Milichovský, 2010).

Druhy získaného tělesného postižení

Vady páteře

Sem patří skolióza, skoliotické držení těla, zvětšená hrudní kyfóza, lordóza a bederní lordóza, nedostatečné zakřivení páteře, vnější nebo vnitřní bočitost kolen a plochá noha. Tohle všechno patří do vad páteře.

Rozštěp páteře

Rozštěp páteře bývá diagnostikován u 9 % jedinců s tělesným postižením. Jedná se o porušení embryonální medulární trubice, což znamená, že na určitém místě není meziobratlová ploténka a obratel. Zde potom dojde k narušení obalu míšního nervu. Rozštěp páteře vzniká ve 4. až 6. týdnu těhotenství. Příčinou může být dědičnost, prostředí. Rozštěp páteře má několik forem. Spina bifida occulta, meningokéla, meningomyelokéla, myelokéla a progresivní svalová dystrofie – zde jde o svalové onemocnění a to se vyznačuje rozpadem svalstva. Začíná ve vlnách okolo třetího roku.

Roztroušená skleróza

Onemocnění centrálního nervového systému, kdy z nezjištěných důvodů systém organismu napadá vlastní tkáň. Je to obal, který chrání nervová vlákna, které vedou životně důležité impulzy k některým orgánům a do svalů. Pouzdro se časem rozpadá a podléhá zánětům. Roztroušená skleróza se projevuje podle toho, jaká část mozku nebo míchy je poškozena. Projevuje se velkou únavou, svalovou ochablostí, necitlivost obličejových svalů,

závratě a nemotorické pohyby. Nemoc probíhá v různých intervalech, krátké intervaly střídají dlouhé. S každým dalším záchvatem se snižuje schopnost regenerace (Milichovský, 2010).

Vrozené tělesné postižení

Vrozené postižení má různé stupně závažnosti. Nejčastější příčinou, vad vrozených je infekční onemocnění matky v průběhu těhotenství, málo vitamínů, rentgenové záření. Jedná se o anomálie, což jsou odchylky, které mění funkci i tvar orgánu.

Společným znakem tělesně postižených jedinců je imobilita anebo mobilita. Jde o primární poškození pohybového ústrojí. Imobilita znamená, že se daný jedinec nemůže anebo nesmí pohybovat. Řadíme sem amélii, což jsou chybějící končetiny, dále pak dysmélii, kde jde o málo vyvinuté končetiny. Luxace kyčelních kloubů.

Výzkumy prokázaly, že se děti lépe vyrovnávají s vrozeným tělesným postižením, než - li získaným.

Jsou s tím totiž smíření již od raného věku. Zdá se jim být přirozené, dělat věci tak, jak nejlépe umí. Rodiče ani učitel, by neměli zapomínat na to, že pro tělesně postižené jedince je jejich forma pohybu pro ně věcí přirozenou. Když se narodí jedinec s vrozeným tělesným postižením, hrozí hned dvojí nebezpečí. A to, že bude vyrůstat v nevhodné rodině a bude mít málo podnětů pro svůj rozvoj. Je třeba nezapomínat na fakt, že je nutná aktivní výchova, aby nedocházelo k opoždění psychického vývoje. Již od útlého věku je potřeba dítěti zajišťovat možnosti podílet se na činnostech v normálním životě (Milichovský, 2010).

Druhy vrozeného tělesného postižení

Do vrozených vad tělesného postižení řadíme:

Amélii - nevyvinuté končetin. Dysmélie – odchylka končetin. Fokomélie – ruce vyrůstají z trupu, jelikož chybí paže a předloktí. Arachnodaktylie – tenké a dlouhé prsty. Syndaktylie – srůstající prsty jak na horních tak dolních končetinách. Polydaktylie – opět se to týká horních i dolních končetin, jde o zmnožení prstů. Nanismus – málo růstového hormonu, trpasličí růst. Hemihypertrofie – různá velikost polovin těla. Gigantismus – velká produkce růstového hormonu, obrovský vzrůst. Akromegalie – hodně růstového hormonu, když je ukončen růst do výšky začnou se nápadně zvětšovat části těla, například nadočnicové oblouky, brada nebo rty. Achondroplázie – trup je při této nemoci normální, avšak dlouhé kosti jsou nápadně krátké. Vrozená noha kosá – přední úsek nohy je zatočen ohnutým směrem dovnitř. Vrozená noha hákovitá – vystupuje pata Vrozená kosovitá noha – obvykle

doprovázené rozštěpem páteře. Příčinou může být v menším procentu dědičnost dále pak, špatná poloha plodu v děloze. Pata je nahoře, špička nohy je stočená dovnitř. Luxace – kloubní hlavice je mimo jamku, vykloubení, vymknutí (Vítková, 2004).

3.1 Dětská mozková obrna (dále jen „DMO“)

Je nejčastějším tělesným postižením, které vzniká v raném dětství a projevuje se poruchami pohyblivosti a narušeným vývojem hybnosti.

K charakteristice patří převážně porucha hybnosti, ale u většiny případů dětí s DMO se vyskytují i poruchy sluchu, zraku, řeči, chování a intelektu.

Příčiny DMO

Prenatální období – v tomto období, může být příčinou DMO virová onemocnění matky, zarděnky, infekce, opar, vlivy různých chemických látek, dědičnost nebo toxoplazmóza.

Perinatální období – komplikace při porodu. Přiškrcení při porodu pupeční šňůrou, dlouhý porod doprovázený nedostatkem kyslíku, novorozenecká žloutenka, užití mnoho anestetik.

Postnatální období – poškození spojená s centrálním nervovým systémem v raném vývoji dítěte.

Projevy DMO

Epilepsie, křeče, poruchy řeči, snížení rozumových schopností, strnulé držení končetin, narušená rovnováha.

Máme spastické a nespastické formy DMO (Vítková, 2004).

Spastické formy DMO

Diparetický typ DMO – jedná se o obrnu obou horních nebo dolních končetin. Manipulace s končetinami je proti odporu. Příčinou bývá krvácení do mozku, především u nedonošených dětí. Diparetický typ se projevuje po pátém měsíci života, kdy dítě nemá tendence lézt a nesedá si. Psychický vývoj je zatím v normálním vývoji. Když je včasná rehabilitace, je možnost návratu k normálnímu pohybu. Zachová si intelekt, který je do dalšího života dobrým pozitivem při školní docházce. Diparetický typ DMO někdy doprovází i lehčí forma postižení horních končetin, což jim dělá problémy v používání

ortopedických pomůcek. Ve škole by děti s touto formou DMO neměly mít problém, pedagog by měl ale přihlídnout na psychologickou charakteristiku nemoci (Vítková, 2004).

Hemiparetický typ DMO – postižení jedné horní a dolní končetiny na téže straně, jedná se vždy buď o pravou, nebo levou část těla. Příčinou bývá porucha zásobování mozkové hemisféry krví, například při zánětu anebo neprůchodnosti tepny. Mozková tkáň poté odumírá a následně se hojí v podobě jizvy.

U novorozenců tato porucha není zjištělná. Prokazatelnou a zjištělnou se stává stejně jako u diparetického typu DMO až kolem pátého roku života, kdy se dítě začíná pohybovat. Horní končetina zaujímá svou typickou polohu - dlaní dolů a dolní končetina natažená v koleni. Podle toho, jak silné je postižení lze uvažovat i o duševním opoždění. Vysoké IQ je u těchto dětí spíše výjimkou. Je potřeba včasná a dobrá rehabilitace. Chodit se začíná až ve druhém roce života (Vítková, 2004).

Kvadruparetický typ DMO – obrna celého těla, vztahuje se na všechny čtyři končetiny. Do tohoto typu DMO je zahrnováno i poškození intelektu. Častěji jsou více postižené horní končetiny. Jelikož jsou poškozeny obě mozkové hemisféry, je malá šance na zdokonalení hybnosti (Vítková, 2004).

Nespastické formy DMO

Hypotonický typ DMO – projevuje se během 3 – 4 let. Poté přechází do spastické formy. Není zde dobrá prognóza, jelikož se zde projevuje značná porucha duševního vývoje. Jedinci s hypotonickým typem DMO jsou převážně vázáni na péči druhých, málokdy umí být samostatní. Rehabilitaci však vnímají jako příjemnou (Vítková, 2004).

Diskynetický typ DMO – narušuje normální hybnost doprovázenou nekoordinovanými pohyby. Pohyby bývají pomalé. Příčinou je krvácení do mozku, nedostatečný přísun kyslíku nebo velmi silné novorozenecké žloutenky. Intelekt bývá v normě. Při školní docházce dělá největší problém jemná motorika, co se týká psaní, která v některých případech není ani možná. Ale tento problém se dá řešit pomocí rehabilitačních pomůcek, nebo upravených psacích strojů. Narušena je i řeč, která je zapříčiněna špatným dýcháním.

Poruchy hybnosti

Poruchy hybnosti nejčastěji doprovází DMO a to jak mluvní tak i pohybové motoriky. Uvádí se hned několik forem. Hypotonie – snížený svalový tonus. Vzniká poškozením mozečku. Pokud je tonus zcela vyhaslý označujeme jako atonii. Držení končetiny je ochablé.

Hypotonie vzniká v kojeneckém věku, později přechází do dyskinetického nebo spastického typu DMO. Hypotonii často doprovází porucha citlivosti.

Spasticita – napnuté svalstvo, příčina je původu centrálního - poškozením v mozkové kůře. Dolní končetiny jsou nataženy a horní jsou ohnuty. Dyskinezie – projevuje se mimovolnými pohyby. Atetotickými – pomalými. Choreatickými – prudkými. Balistickými – velké pohyby. Myoklonickými – drobné pohyby svalových snopců. Rigidita – svalová ztuhlost.

Léčba dětské mozkové obrny

Když jde o léčbu DMO je velmi důležitá a nutná spolupráce lékařů, psychologa, speciálních pedagogů ale především rodiny. Vyžaduje se vždy týmová práce. Velký důraz se klade na včasnost léčby, jejichž první projevy jsou již v kojeneckém věku. Klademe důraz na rozvoj jemné motoriky a řeči, převážně v předškolním věku. Pokud máme ve třídě jedince s DMO je potřeba si uvědomit, že každá forma DMO je jiná. Zvýšenou pozornost věnujeme správnému sezení a držení těla.

Uvádí se tři terapie, které se využívají nejčastěji. Jedná se o Bobathovu, Vojtovu a Petohovu terapii.

Bobathovu terapii založili manželé Bobathovi, kteří vytvořili koncept ergoterapie, logopedie a fyzioterapie převážně pro děti s DMO. Tato terapie je založena na dvou faktorech. V prvním jde o zastavení a přerušování abnormálního reflexního držení těla. Ve druhém faktoru jde o vybudování základních normálních pohybů. Procvičuje se to ve cvičebních situacích. Nacvičuje se běžné postavení. Jedinci se má umožňovat pohyb, který mu dříve nebyl umožněn. Bobathova škola se zaměřuje na držení pohybu a zlepšení koordinace.

Vojtova reflexní terapie se nevyužívá jen u dospělých a dětí s DMO, ale taky u jedinců s tělesným postižením. Například případy těžké skoliózy. Základní myšlenkou této terapie je stlačování určitých bodů, které vysílají signály a podněcují centra pohybového aparátu. Cvičit by se mělo 5 – 15 minut denně. Je to velice bolestivá metoda. Jejím cílem je dosažení určitého pohybového vzoru.

Petoho terapie - maďarský lékař a profesor Dr. Andras Peto se zabývá pohybem jedinců s DMO. Základním znakem této terapie je důsledné zaměření aktivit v základních činnostech denního režimu. Používají se pomůcky, jako jsou například lžičky, židle, hůlky, kroužky. Tato terapie používá slovní doprovod při zvládnání denního režimu.

Většinou je řeč přizpůsobena věku dítěte, ale pokud máme mladšího jedince, volíme například říkanky. S dětmi pracuje učitel a terapeut v jedné osobě. Jsou s jedincem v neustálém kontaktu a blízkosti. V Budapešti je Petoheo institut, který umožňuje jedincům s DMO vzdělání. Jelikož se pracuje se slovním vedením, tak tato terapie není vhodná pro těžce postižené s více vadami.

4 Vliv postižení na vývoj a formování osobnosti

Rozdělujeme faktory na tělesné, sociální a vlastní aktivitu dítěte. V tělesných faktorech se musíme zaměřit na genetickou výbavu jedince, která ovlivňuje řadu charakteristik psychiky. Například zvýšené riziko duševních chorob. Důležitou roli hraje v sociálních vztazích celkový tělesný vzhled. Sociální faktory z pohledu vztahu k dítěti mohou představovat přehnanou nebo naopak nedostatečnou péči, kdy dítě chápeme jako omyl a vzdáváme to. Záleží zde i na kvalitě podnětů, když jich je málo jedinec zaostává, nerozvíjí se, vývoj se zpomalí v nejhorším případě zastaví. Mnoho podnětů zase může způsobit únavu, zahlcení či poruchy soustředění. Vlastní aktivita dítěte, zde pozorujeme reakce na okolní svět – jak jedinec s tělesným postižením reaguje na svět kolem sebe. Jak to, co dělá, může působit na ostatní. Všechny tyto faktory nepůsobí odděleně, ale ve vzájemné souvislosti (Vágnerová, 2001).

Postižení jako náročná životní situace

Jakékoliv postižení ovlivňuje celou osobnost postiženého jedince.

Primárně dochází k omezení některých funkcí vlivem defektu a sekundárně osobnost ovlivňují vlastnosti postiženého člověka i různé faktory z vnějšího prostředí. Vnější i vnitřní faktory jsou vždy ve vzájemné interakci.

Každé postižení působí podle toho, jak postižený postižení prožívá – jak na něj působí, jak ovlivňují jeho osobnost. Techniky, které nám pomáhají se s postižením vyrovnat. Máme dvě základní útok-aktivní a únik-pasivní. Techniky odvozené od útoku jsou negativismus, agresivní sebepoznávání, hledání viníka vlastní situace – jedinec s tělesným postižením zde necítí odpovědnost za své chování a jednání v poslední řadě kompenzace.

Techniky odvozené od úniku jsou izolace, což je únikové řešení, kdy se jedinec fakticky, nebo alespoň vnitřně uzavírá vnějšímu světu, který ho zraňuje. U postižených jedinců je tato technika častá. Únik do nemoci v některých případech jedinec sám vykazuje určité symptomy, kvůli kterým se vymlouvá, proč nemůže řešit své problémy. Racionalizace snaha o logické zdůvodnění toho, proč jsem to vzdal. Zdůvodnění je však často iracionální. Někdy rodiče postiženého dítěte už od dětství dítěti zdůvodňují proč to, či ono nemůže dělat a dítě omezují více než je nutné. Regrese návrat na nižší vývojovou úroveň chování, zpravidla takovou, kde mu bylo dobře a v současnosti je to jiné. U postiženého jedince mohou vlivy postižení vyvolávat věkové nepřiměřené způsoby chování, např. závislost na rodičích i v dospělosti. Popření setkáváme se v souvislosti se vztahem postiženého ke svému postižení.

Nepřipouští si, ignoruje existenci svého postižení. To vede k opačnému reagování – přepínáme se víc (Vágnerová, 2001).

5 Možnosti integrace

Postižení lidé byli zbaveni svéprávnosti, byli prohlášeni za nevzdělavatelné a umístěni v ústavech. Tyto ústavy stávaly často na okrajích vesnic a měst, v podstatě na samotě. Lidé byli uzavíráni a odděleni od společnosti.

Zdraví lidé je jen málo potkávali, neznali je, často se šušovalo o „bláznech, tam někde“ a neměli zájem je potkávat, protože v nich vyvolávali strach, úzkost, nejistotu, obavy, opovržení.

Dnes společnost dospěla natolik, že se v posledních desetiletích o postižených lidech dozvídáme stále více informací. Víme, jak takové či onaké postižení může vzniknout, známe, jakým způsobem se tito lidé většinou chovají v určitých situacích, víme, jak s takovými lidmi komunikovat, pracovat, jak jim pomoci v co možná největším rozvoji. Rozvinula se speciální pedagogika, ale i informovanost široké veřejnosti.

Brány ústavů se otevřely a postižení lidé vstupují mezi nás. Prezентují se svými výtvary – ručními pracemi, malbami, kresbami, hudbou, zkrátka svými schopnostmi a dovednostmi, aby i oni nám dokázali, že jsou lidmi a mají své kvality.

K tomuto obrovskému a významnému kroku se společnost dopracovala. Chut' lidí – skupin i jednotlivců, vzít je za ruce a ukázat jim cestu.

Tito lidé však potřebují v mnoha případech za ruku držet po celý jejich život. Dnes se na vysokých školách otevírají bakalářské obory – speciálně pedagogická asistence – kde se lidé učí porozumět potřebám těchto lidí, aby jim byli vskutku přínosnou oporou.

V současnosti se z chovanců stali klienti. Uživatelé sociálních služeb. My jsme tady, abychom jim ty sociální služby poskytl na co nejvyšší úrovni.

Pro postižené lidi jsou: Podporovaná zaměstnávání, chráněné dílny a chráněné bydlení.

„Škola pro všechny“

Integrace je termín, se kterým se můžeme setkat hned v několika oborech. Integrace je nejvyšší stupeň socializace (Vítková, 2004).

V 90. letech dvacátého století se kromě podstaty integrace řešilo i její názvosloví. Autoři (Stainback, 1989, in Sýkorová 2002a, 2002b) se zaměřovali na rozdíly inkluze a integrace. V Americe se spíše upřednostňuje pojem úplná inkluze. Uvádí se k tomu hned několik vysvětlení. Doslovný překlad to be included, je totiž chápán jako být úplnou součástí.

Pak termín integrace – který je chápán tak, že byl určitý jedinec či skupina vydělen a poté je integrován zpět do škol či běžného proudu života (Vítková, 2004).

Na počátku školní integrace stálo UNESCO. Jedná se o Organizaci Spojených národů pro vědu, výchovu a kulturu. Problematikou dětí se speciálními vzdělávacími potřebami se OSN začala zabývat koncem 60. let 20. století. V červnu v roce 1994 pak všechny snahy vyústily ve slogan: „Škola pro všechny“. Tento pojem zdůrazňoval myšlenku vzdělávání pro všechny, bez ohledu na barvu pleti či nadání. Projekt byl v Salamance na konferenci předveden Melem Ainscowem. Což byl cambridský profesor a Lenou Salehovou, která byla pracovnící Unesca. Projekt byl aplikován do 14 zemí světa, poté byl přijat ve 40 státech, včetně České Republiky (Vítková, 2004).

Po listopadových událostech roku 1989 se o problematice vzdělávání jedinců se speciálními potřebami začala dozvídat i veřejnost v České Republice.

Dnes víme, že integrace ve vzdělávání provedena nebyla, důležitá je ale její propagace a přibližování veřejnosti.

Mezinárodní vzdělávací systém volí kompromisní variantu – vytváří v běžných základních školách speciální třídy.

Krom pozitivní věci, kdy byla velmi přínosná integrace tělesně a zrakově postižených, přináší integrace i věci negativní. Mnoho zaintegrovaných žáků, se vrátilo do speciálních škol. Nesmíme zapomínat na to, že jsou důležité i hlasy okolí (Vítková, 2004).

Podmínky a předpoklady úspěšné integrace

Hlavní podmínkou pro úspěšnou integraci je souhlas a podpora ze strany handicapovaného jedince. Prvotní v této situaci je rodina, která by se měla snažit dítě co nejvíce podporovat.

Velmi důležitý je souhlas rodičů zdravých dětí, kam daný jedinec putuje. Souhlas ředitele školy a učitelů, kteří zároveň musí být na takovou práci připraveni a především kvalifikováni. Nezbytné je i zajištění potřebných pomůcek. A v neposlední řadě je také důležitý souhlas zdravých jedinců (Müller a kol., 2001).

Integrace je oboustranný proces ovlivňující zdravé i handicapované. Pro zdravé jedince je integrace též přínosná, neboť si upraví svůj žebříček hodnot a své priority. Povede je k ohleduplnosti, ochraně znevýhodněného, či slabšího. Pomůže

k uvědomění si svého zdraví. Handicapovaným jedincům to pomůže v oblasti sociability, naučí se žít se zdravými. Podpoří si své sebevědomí (Müller a kol., 2001).

Jde o proces, ve kterém se obě strany k sobě přibližují. Vzniká oboustranná sounáležitost. Cíl integrace můžeme rozdělit do 3 procesů. Akomodace, asimilace a adaptace (Búrli, 1997). U akomodace je cílem vyvinutí svého pozitivního obrazu u handicapovaných jedinců, ne však potlačování své odlišnosti. Asimilace převládá v zemích s malou snahou o integraci. Odlišnost se zde považuje za negativní. A adaptace, která je již řešena v předchozí kapitole (Vítková, 2004).

Vnější a vnitřní podmínky integrace

Podmínky integrace jsou vnitřní a vnější. Vnitřní podmínky vychází z osobnosti postiženého jedince. Záleží na míře a druhu defektu. Špatně integrovatelné jsou děti s mentálním postižením a dobře integrovatelné jsou děti s tělesným postižením, bez mentálního defektu. Dále pak na tom, aby začleněné dítě nebránilo v rozvoji ostatním, musí být dostatečně samostatné. Nesmí přetahovat učitele jen pro své potřeby. Za vnější podmínky považujeme jednak ekonomické, kde záleží na vybavení škol, možnosti financování proškoleného pedagoga, či asistenta a možnosti menšího počtu žáků ve třídě a podmínky legislativní, které zajišťují metodické pokyny k práci se žáky se specifickými vzdělávacími potřebami v souladu se zákonem. Neméně důležitá podmínka k úspěšné integraci je kvalifikace pedagoga – učitel by měl znát danou problematiku jedince. V neposlední řadě záleží na podmínkách školy, například bezbariérový přístup (Michalík, 2001).

Integrace má různé podoby. Úplnou, částečnou a obrácenou. Úplná podoba spočívá v tom, že zařazujeme postižené žáky do běžných škol bez většího omezení. Pouze přihlížíme k jeho momentálnímu stavu. Částečná integrace je realizována, buď vytvořením běžné školy pro žáky s jedním postižením nebo vytvořením specializovaných tříd ve škole běžného typu, anebo kombinací běžné školní docházky se speciální péčí. Poslední podobou integrace je tzv. obrácená integrace. Ta staví na vřazení zdravého žáka do speciální školy. Což je u nás zcela výjimečné (Michalík, 2001).

Vývoj vztahu společnosti k jedincům s postižením

Ve vztahu společnosti k postiženým jedincům hraje velkou roli její ekonomická úroveň. Platí, že bohatší má lepší péči. V chudých zemích postižení jedinci nebyli a dosud nejsou zabezpečeni.

Vztah k postiženým lidem hraje i fakt, že pokud se člověk odlišuje navenek, vyvolává v nás pocit, že je jiný i uvnitř. Postižení je jeho jakési stigma, které ho odlišuje.

Současný charakter vztahu je výrazně ovlivněn předchozím vývojem člověka a jeho společenství. Postižení jedinci, jako všichni vyjímeční lidé, byli společností přijímáni rozporuplně. Na jedné straně je přeceňovali a pronásledovali a na straně druhé je podceňovali a litovali.

Dalším faktorem, který určuje vztah k postiženým jedincům je věk. Čím je člověk mladší, tím ten rozdíl vnímá méně. Tříleté děti si jedinců s postižením nevšímají, nepovažují je za zajímavý objekt. Šestileté dítě už o ně jeví zájem. A u dospělých převažují negativní postoje.

Vývoj vztahu společnosti k postiženým procházel jednotlivými stádii. Stadium represivní bylo historicky prvním a šlo o odmítání postižených, starých či slabých jedinců. Rozhodovala zde materiální situace. V období starověkých civilizací, v Řecku nebo v Římě byli lidé s postižením zneužíváni. Postižení byla záměrně zhoršována pro větší možnost žebroty (Milichovský, 2010). S rozvojem křesťanství nastupuje stadium charitativní. Do popředí vstupují křesťanské hodnoty jako soucit s trpícími. Postižení je vnímáno jako zkouška od Boha (Milichovský, 2010). Stadium humanistické souvisí s počátky vědeckého vývoje medicíny a změnou pohledu na člověka. Objevují se tendence pomáhat a dochází ke zlidšťování vztahů. Postižení jedinci se stávají plnohodnotnými osobnostmi (Milichovský, 2010). S kapitalismem přichází tzv. stadium rehabilitační a léčebné. Objevují se snahy určitě problémy postižených léčit, aby byli schopni pracovat a tím přispívat ke zlepšování ekonomické situace (Milichovský, 2010). Stadium socializační zdůrazňuje začlenění postižených lidí do běžné společnosti v souladu s Listinou práv a svobod. Přináší propracovaný systém komprehenzivní péče s důrazem na prevenci. Důraz je kladen na propojení handicapovaných a zdravých lidí tedy – INTEGRACI (Milichovský, 2010).

5.1 Rozdílný význam pojmů integrace a inkluze

Inkluze a integrace se v posledních letech objevují jak ve zvukové tak v tištěné podobě. Bývají však tyto pojmy používány v různých významech. Pojmy inkluze a integrace jsou používány v souvislosti vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

Inkluze lze chápat jako vylepšení integrace. Inkluze je ztotožňování se s integrací. Nebo jako nový přístup k postiženým. Při nástupu do školy se nedělají žádné rozdíly. Teprve pokud se zjistí, že to bude pro dítě lepší, dá se jedinec do speciální školy.

Inkluzivní vzdělávání – začleňuje všechny děti bez výjimky do běžných škol. Začleňující všechny děti do běžných základních škol. Podstatou tohoto vzdělávání je změnit pohled na dítě. Při neúspěchu přihlídnout k potřebám jedince a změnit daný systém a přístup k němu.

Integrované vzdělávání - V zahraničí je integrované vzdělávání rozšířeno již od počátku devadesátých let. Postupně se uplatňuje i v České Republice. Učitelé, rodiče a odborníci na speciální pedagogiku jsou převážně všichni pro posilování integrovatelného vzdělávání. Integrace vyžaduje větší přizpůsobení škole, zatímco inkluze se víc snaží přizpůsobit vzdělávacímu prostředí žákům.

Avšak ať už mluvíme o integraci nebo o inkluzi je pro oba učební procesy nutné zmínit, že je důležité dobré klima, je třeba brát jedince vážně a brát ohledy na jejich přání (Milichovský, 2010)

Podmínky integrace v oblasti vzdělávání

Základními faktory úspěšné integrace jsou učitelé, škola, rodina a forma integrace. Dále je velmi důležitá podpora od speciálních pedagogů. Sem řadíme osobního asistenta, dopravu dítěte, rehabilitační a učební pomůcky.

Základním faktorem je ale rodina, a to jak při práci s jedincem s tělesným postižením, tak i se zdravým jedincem. Je velmi důležité vědět v jaké fázi se rodiče nacházejí. Velmi důležité je taky to, zda jde o tělesné postižení vrozené, nebo získané. Často rodiče dělají tu chybu, že za své dítě s tělesným postižením dělají úplně všechno i to, co on sám by dokázal. Všude ho zastupují a nedají mu prostor ani možnost, aby se projevil. Rodiče si ale neuvědomují, že tím brzdí vývoj svého dítěte. A to jak v oblasti sebeobslužné, tak sociální. Opakem tohoto přístupu je hypoprotektivní výchova, k té dochází například u rodičů, které se s postižením svého dítěte nedokázali vyrovnat a nejsou schopni to přijmout. Ke svému dítěti s tělesným postižením přistupují bez ohledu na jeho postižení, na to čím si prochází. Velice

často se stává, že rodiče kladou na jedince velké nároky, které on není schopen sám zvládnout.

O jedince s tělesným postižením je postarat se finančně náročnější, než postarat se o své zdravé dítě. V rodinách tento fakt probouzí pocit sociální nejistoty a nestability. Rodiny jsou potom více závislé na poradenských službách a jejich pracovnících. Je velmi důležité, aby rodiče zvolili jak pro sebe, tak pro své dítě nejlépe vyhovující vzdělávací cestu. Škola, kam se rozhodneme jedince s tělesným postižením integrovat, by měla splňovat základní požadavky a těmi jsou atmosféra ve třídě, motivace daného jedince a žáků ve třídě a zapojení pedagogů dané školy do integrace jedince. Základní kompetence učitele jsou: vytváření dobrého klimatu ve třídě, vnímat reakce dítěte, koukat na to, v čem je žák úspěšný, motivace, vysvětlit problémy, vytvořit dobrou spolupráci s rodinou a řídit se platnými vyhláškami a zákony. Jedinec s tělesným postižením by si měl vybírat školu co nejbližší svému bydlišti, avšak tato možnost je ne vždy reálná. Je to spíše otázka budoucnosti.

Specifika integrace osob s tělesným postižením

Hlavním znakem jedinců s tělesným postižením jsou různé stupně omezení hybnosti. Rozhodující je v integraci osob s tělesným postižením míra postižení, soběstačnost a samoobslužnost. Pokud jedinec ovládá motoriku ruky, je to pro něj lepší, pokud ne, máme rehabilitační pomůcky, které při vzdělávání jedinců s tělesným postižením velmi pomáhají (Muller, 2003).

6 Vzdělávání dětí s tělesným postižením

Před tím, než jedinec s tělesným postižením nastoupí do školy, by rodiče měli zvážit faktory ovlivňující výchovně – vzdělávací proces.

Nejdůležitější faktory, které ovlivňují výchovně – vzdělávací proces u jedinců s poruchou hybnosti:

- prostředí, kde se bude jedinec pohybovat,
- možnosti spolupráce s vzdělávací institucí
- a v neposlední řadě osobnost žáka.

Na prvním místě se jedná o lokalitu, ve které se vzdělávací instituce nachází. Možnosti dopravy a vzdálenost školy od bydliště s sebou přináší různá omezení. Dalším problémem je bezbariérovost škol, ne veškerá školská zařízení jsou přístupná bez bariér. Nejdůležitější ovšem je, aby vzdělávací instituce byla schopna edukaci zajistit materiálně a organizačně.

Možnostmi spolupráce je myšlena především spolupráce mezi pedagogy, rodiči, odborníky, žáky, stejně tak jako s nepedagogickými pracovníky.

Každý žák, bez rozdílu, zda se jedná o žáka tělesně postiženého, či intaktního má specifickou osobnost. Změny osobnosti jsou především závislé na věku a pohlaví jedince. Schopnosti a předpoklady jedince vyplývají z jeho povahy, nikoliv z jeho handicapu. Je ovšem důležité počítat při vzdělávací procesu s určitým omezením vyplývajícím z konkrétního handicapu. Pro vzdělávací proces je podstatné, o jaké dovednosti a schopnosti se lze u daného jedince opřít a jakým směrem můžeme napomáhat jeho rozvoji.

Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy číslo 147/2011 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných charakterizuje, mimo jiné školy pro žáky s tělesným postižením. Jedná se o mateřské školy, základní školy, základní školy praktické a speciální, střední školy, gymnázia, obchodní akademie a středně odborná učiliště. Ve všech případech se jedná o vzdělávací instituce pro tělesně postižené jedince. Tato edukační zařízení jsou zřizovány například při zdravotnických zařízeních určených pro jedince s dlouhodobou nemocí nebo zdravotně oslabené.

Dle Kantora a kol. (2012) by speciální třídy pro jedince s tělesným postižením měly být naplněny v kapacitě 6 až 14 žáků. Doporučená kapacita pro třídy s jedinci s těžkým zdravotním postižením je 4 až 6 žáků.

Školy při nemocnicích

Vzdělávací instituce mohou být zřizovány i při zdravotnických centrech. Dle stupně vzdělávání se liší jejich cíle. U mateřské školy je podle Vítkové (1998) primárním cílem překonání kritické doby, kterou jedinec – dítě prožívá během hospitalizace. Základní škola při nemocnici si klade za cíl zvládnutí žákem danou učební látku v podmínkách nemocničního zařízení a jeho následné zařazení zpět do běžné školy.

Dle Kantora a kol. (2012) mezi největší školská zařízení při nemocnicích patří:

- Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici Bulovka v Praze,
- Základní a mateřská škola při Všeobecné fakultní nemocnici v Praze,
- Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici Hradec Králové,
- Základní a mateřská škola při Thomayerově nemocnici v Praze
- a Základní a mateřská škola při Fakultní nemocnici Motol v Praze.

Školy při lázeňských léčebnách a ozdravovnách

Tento typ škol je specifický především prostředím, ve kterém se nachází. Ve většině případů se jedná o instituce nacházející se v přírodním prostředí. V těchto režimech jsou zřizovány školy mateřské, základní a v případě žáků středních škol, tak zvané individuální konzultace. Základní funkcí těchto zařízení je poskytnutí všeobecného vzdělání, formování osobnosti jedince a udržení kontaktu žáka se školským prostředím (Jeřábková, 2012).

Opatření pro vyšší úspěšnost edukačního procesu

V první fázi se jedná o podpurná opatření, které vysvětluje Jeřábková jako postupy pomáhající žákům, kteří mají speciální vzdělávací potřeby, k vyrovnání se s jejich znevýhodněním v porovnání s ostatními jedinci, a zároveň jim dávají rovné příležitosti při vzdělávání (Jeřábková, 2012).

Mezi tato podpůrná opatření patří:

- vyhotovení individuálního vzdělávacího plánu obsahujícího informace o potřebných pomůckách,
- využívání speciálních forem, postupů a metod edukace,
- využívání speciálních, rehabilitačních a kompenzačních učebních pomůcek (vstup do školy bez bariér, pomůcky podporující mobilitu, atd.),
- pořízení speciálních didaktických materiálů a učebnic,
- zařazení do výuky předměty speciální pedagogické péče, které napomáhají například rozvoji motorických dovedností, komunikace, apod.),
- nabízení pedagogicko – psychologických služeb,
- poskytování služeb asistenta pedagoga, případně osobního asistenta
- a v neposlední řadě se jedná o snížení počtu žáků ve třídě (Jeřábková, 2012).

Kantor a kol. (2012) uvádí základní přehled edukačních pomůcek:

- pomůcky pro přesun, jako jsou otočné disky, elektrické zvedáky, židle s odnímatelnými opěrkami rukou,
- pomůcky pro možnost polohování, například polohovací lůžka, polštáře, podložky pod nohy,
- pomůcky pro usnadnění práce s výpočetní technikou, jako jsou adaptované klávesnice, softwarové programy,
- pomůcky k sebeobsluze, například speciální přístroje, talíře,
- nebo pomůcky pro rozvoj grafomotorických funkcí, jedná se například o protiskluznou podložku nebo pravítko s magnetem.

Zdravotnické pomůcky a pomůcky pro lokomoci jsou ve většině případů ryze osobního charakteru. Jedná se například o ortopedický vozík, berle a různé typy chodítek. U dětí v předškolním věku se můžeme setkat například s rehabilitačními kočárky.

6.1 Přehled školských institucí pro tělesně postižené děti

Současný školský systém nám umožňuje vzdělávací instituce pro tělesně postižené děti dělit následovně. Pro jedince s tělesným postižením v předškolním věku existují mateřské školy a speciální mateřské školy. Pro děti se speciálními potřebami ve školním věku je možnost vzdělávání v základních školách, speciálních základních školách pro tělesně postižené, zvláštní školy pro tělesně postižené a zvláštní školy pro žáky se speciálními potřebami. Jedinci s tělesným postižením v dorosteneckém věku mají možnost vzdělávat se na gymnáziích pro tělesně postižené, středních školách pro tělesně postižené a obchodních akademiích pro tělesně postižené.

Speciální třídy

V každé běžné škole, ať už základní nebo střední, může ředitel vzdělávací instituce zřídit takzvané speciální třídy, kde mohou být pouze jedinci s postižením, ať už tělesným, zrakovým, sluchovým nebo kombinovaným. Smyslem těchto tříd je individuální přístup pedagoga, který má speciální vzdělání a malý počet studentů.

Individuální vyučování

Jedinec, který pro svůj handicap nemůže prezenčně docházet do školy, má možnost osvobození od denní docházky ředitelem školy. Nachází se v domácím ošetřování a ředitel v součinnosti s rodiči mají povinnost zajistit vše potřebné k individuální výuce.

Speciálně pedagogická centra

Spousta speciálně pedagogických center pro tělesně postižené jedince existují při speciálních školách pro tělesně postižené nebo jinak znevýhodněné jedince. Tato centra zabezpečují terapeutické, metodické a poradenské služby pro tělesně postižené jedince. Speciální pedagog, který ve speciálně pedagogických centrech pracuje, zajišťuje i speciální výchovně – vzdělávací činnost. Tato centra fungují ambulantně, pracovníci docházejí do škol, kde se nechází jedinec s tělesným postižením nebo doprostřed, které je mu přirozené.

Školy pro tělesně postižené sledují cíl takový, aby měli jedinci s tělesným znevýhodněním stejnou možnost se vzdělávat jako zdraví jedinci. Aby jim byly vytvořeny rovnocenné podmínky k edukaci. Umožnění zapojení se do pracovního procesu podle jejich možností, zkušeností a znalostí. Speciální školy pro tělesně postižené se liší od běžných škol

tím že, používají speciální pomůcky, menší počet žáků ve třídě, individuálnější přístup a úpravou pracovního prostředí (Muller, 2001).

6.2 Integrace žáka s tělesným postižením

Postoje učitelů i žáků ovlivňují celkový úspěch integrace, proto před samotnou integrací žáka s tělesným postižením je nutné s jeho příchodem seznámit budoucí spolužáky a učitelský sbor, včetně žáků a učitelů ostatních tříd. Kantor a kol. (2012) zdůrazňuje, že před samotnou integrací jedince je klíčovou spolupráce mezi rodiči, učitelem, ředitelem a specialistou z pedagogického centra.

Pro úspěch integrace jsou neméně důležité prostory školy, které by měly mít bezbariérový přístup. Bohužel v dnešní době, většinou z finančních důvodů je tato rekonstrukce pro většinu škol nemožná. Bezbariérovostí chápeme například:

- výbornou dostupnost pro automobily, aby byla možnost parkování blízko vchodu,
- minimální převýšení v okolí školy, dostupná dopravní infrastruktura,
- speciální úprava interiérů.

Běžné základní školy ve většině případů nevlastní potřebné množství rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, které žáci se speciálním vzdělávacím režimem k edukaci potřebují, proto jsou odkázány na pomoc speciálně – pedagogických center.

6.2.1 Možnosti vzdělávání tělesně postižených

Zákon číslo 561/2004 Sb.

Předmětem úpravy Zákona číslo 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (dále jen „školský zákon“) je mimo jiné ustanovení podmínek, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje a vymezení práv a povinností právnických a fyzických osob při vzdělávání.

Pro účely předmětné bakalářské práce je důležitý § 16 školského zákona, který specifikuje vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami.

Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami rozumíme osobu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo znevýhodněním sociálním. Přičemž zdravotní postižení chápeme jako mentální, tělesné, sluchové nebo zrakové postižení, souběh více vad, autismus, vady řeči a vývojové poruchy chování nebo učení. A zdravotní

znevýhodnění jako zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy, které mohou vést nebo vedou k poruchám učení a chování, a které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Tyto speciální vzdělávací potřeby zajišťuje školské poradenské zařízení.

Dle školského zákona mají děti, žáci a studenti se speciální vzdělávací potřebou právo na:

- vzdělávání, jehož obsah, metody a formy budou odpovídat jejich vzdělávacím možnostem a potřebám;
- vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní;
- poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení.

„ Pro žáky a studenty se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním se při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování stanoví vhodné podmínky odpovídající jejich potřebám. Při hodnocení žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami se přihlíží k povaze postižení nebo znevýhodnění. Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.

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

Vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení, zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy. Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, žáci se souběžným postižením více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzděláváni jinak. Příprava na vzdělávání dětem se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami nebo s autismem se může poskytovat v přípravném stupni základní školy speciální.

Ředitel mateřské, základní nebo základní školy speciální, střední školy, konzervatoře a vyšší odborné školy může ve třídě nebo studijní skupině, ve které se vzdělává dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřebami, zřídit funkci asistenta pedagoga. V případě dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením

a zdravotním znevýhodněním je nezbytné vyjádření školského poradenského zařízení. Ke zřízení jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy v rámci školy a ke zřízení funkce asistenta pedagoga je v případě škol zřizovaných ministerstvem či registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě škol zřizovaných ostatními zřizovateli souhlas krajského úřadu (www.msmt.cz).

Školský zákon také umožňuje specifické plnění školní docházky, například formou individuálního vzdělávání, které je ovšem možné pouze na prvním stupni základní školy. Principem je výuka jedince v domácím prostředí, kdy do školského zařízení dochází pouze na konzultace či na zkrácenou výuku (www.msmt.cz)“.

PRAKTICKÁ ČÁST

7 Popis metod výzkumu

V první části bakalářské práce byl zpracován dotazník v programu Microsoft Word 2013. Metoda dotazníkového šetření byla vybrána především z důvodu ekonomicky a časově nenáročného sběru dat od většího počtu respondentů. Tvorba otázek byla zahájena v polovině roku 2015 vymezením okruhu otázek během řízených rozhovorů se zástupci odborné i laické veřejnosti. Vybraní občané plnili také posuzovací funkci, kdy hodnotili vhodnost konečné podoby dotazníku před jeho zadáním respondentům. Dotazník byl vytvořen ve dvou podobách. První verze byla určena pro žáky základních škol a druhá verze byla určena pro rodiče, či dospělé jedince. Přesné znění otázek je součástí kapitol. V dotazníkovém šetření byly použity uzavřené otázky s možným výběrem konkrétních odpovědí, které respondentům zajistily časovou nenáročnost a jasný způsob zodpovídání otázek. Celkem dotazník obsahoval 7 uzavřených povinných otázek. Dětsí respondenti byli vybíráni podle jediného kritéria, podmínkou účasti bylo studium základní školy. Respondenti z řad dospělých jedinců byli vybíráni náhodně. Dotazníkového šetření se zúčastnilo po 50 jedincích za každou skupinu. Samotné šetření probíhalo anonymně – tj. bez uvedení respondentova jména, vyplněním tištěného dotazníku, který nebyl šířen v elektronické podobě, vzhledem k věku respondentů z řad žáků základní školy.

Analýza dat dotazníkového šetření byla provedena v programu Microsoft Excel 2013, kam byla po vyhodnocení vložena získaná data, a byly zpracovány výstupy v podobě přehledných grafů.

Souběžně se zhotovením a vyhodnocením dotazníku byla zpracovávána literární rešerše zakládající se především na zpracování podrobného přehledu dané problematiky. Hlavním informačním zdrojem byly odborné publikace, které jsou bez výjimky uvedeny v seznamu zdrojů. A dále internetové stránky, informační materiály, manuály nestátních neziskových organizací a publikace, které byly většinou dostupné v elektronické podobě.

Praktická část práce se skládá z vyhodnocení dotazníkového šetření, včetně potvrzení, či vyvrácení zvolených hypotéz a zpracování případu (případové studie) Elišky K., která trpí nanismem.

8 Cíle a hypotézy k dotazovanému šetření

Hlavní cíl

Cílem empirického výzkumu pro žáky základní školy je zjištění jaký pohled mají zdraví jedinci na integraci tělesně postižených žáků do základních škol. Zda by byli schopni přijmout je, být jejich kamarády a občas jim pomoci.

Cílem empirického výzkumu pro rodiče a pedagogy je zjištění zda by jim vadilo, kdyby se ve třídě, kde se vzdělává jejich zdravé dítě, vzdělával jedinec s tělesným postižením. Zda by souhlasili s tím, aby jejich dítě mělo tělesně postiženého kamaráda a jak by se oni sami zachovali, kdyby jejich dítě bylo tělesně postižené.

Dílčí cíle pro žáky:

- 1) Zda si myslí, jestli by jedinec s tělesným postižením mohl být jejich kamarád?
- 2) Jestli jsou pro integraci tělesně postižených do základních škol?
- 3) Kdyby ve třídě měli tělesně postiženého žáka, zda by byli ochotni mu pomoci.

Dílčí cíle pro dospělé:

- 1) Zda by jim vadilo, kdyby se ve třídě, kde se vzdělává i jejich zdravé dítě vzdělával i jedinec s tělesným postižením?
- 2) Jestli by souhlasili s tím, aby jejich dítě mělo tělesně postiženého kamaráda?
- 3) Zda by oni sami, kdyby měli tělesně postižené dítě, ho integrovali, nebo ne?

K daným cílům jsou zvoleny následující hypotézy:

Žáci

H1) Domnívám se, že zdravý jedinec, nebude mít problém s tím, kdyby byl jeho kamarád tělesně postižený.

H2) Myslím si, že žáci budou s integrací souhlasit.

H3) Domnívám se, že zdraví jedinci by byli ochotni pomáhat jedinci s tělesným postižením.

Dospělí

H1) Domnívám se, že rodičům nebude vadit, když se ve třídě, kde se vzdělává jejich dítě, bude vzdělávat i jedinec s tělesným postižením.

H2) Myslíme si, že rodičům by nevadilo, kdyby jejich dítě mělo tělesně postiženého kamaráda.

H3) Domnívám se, kdyby se rodičům narodil jedinec s tělesným postižením, snažili by se jej co nejvíce integrovat.

Řazení položek dotazníku

Žáci

První hypotéza se zabývá domněnkou, zda by mohl být jedinec s tělesným postižením kamarád zdravých jedinců. Vztahuje se k otázkám 3 a 5.

Druhá hypotéza se pokouší najít odpověď na otázku integrace tělesně postižených. Vztahuje se k otázce číslo 4.

Poslední hypotéza se zamýšlí nad tím, zda by zdravý jedinec a jedinec s tělesným postižením mohli být přátelé.

Dospělí

První hypotéza pojednává o tom, že rodičům nebude vadit, když ve třídě kde se vzdělává jejich dítě, bude vzdělávat i jedinec s tělesným postižením.

Druhá hypotéza se zamýšlí nad tím, že rodičům nebude vadit, když jejich dítě bude mít tělesně postiženého kamaráda.

Poslední hypotéza se zabývá integrací vlastních tělesně postižených dětí do základních škol.

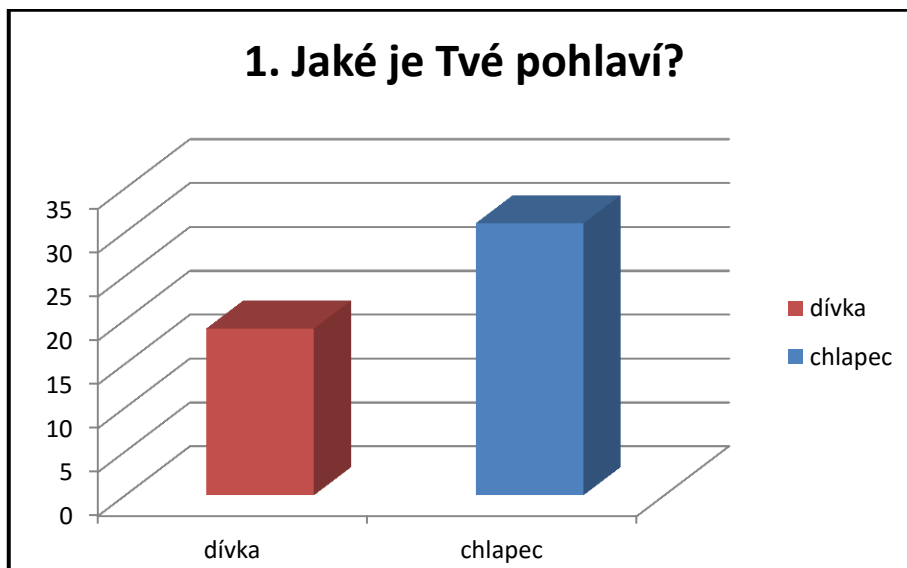
9 Výsledky dotazníkového průzkumu

9.1 Výsledky žáci

1. Jaké je Tvé pohlaví?

- a) dívka
- b) chlapec

Graf číslo 1 – Jaké je Tvé pohlaví?



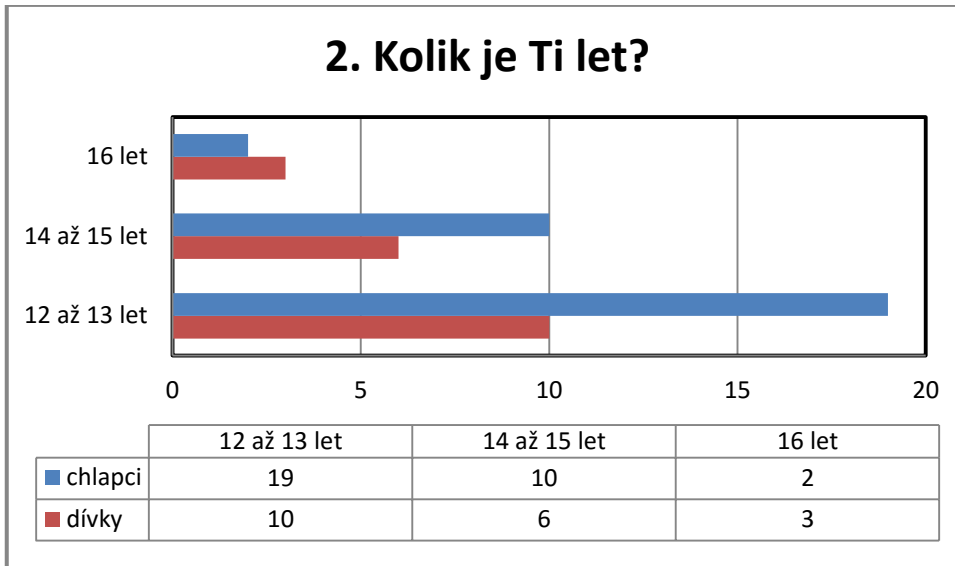
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo1 vyplývá, že se dotazníkové metody zúčastnilo více chlapců, než dívek.

2. Kolik je Ti let?

- a) 12-13
- b) 14-15
- c) 16

Graf číslo 2 – Kolik je Ti let?



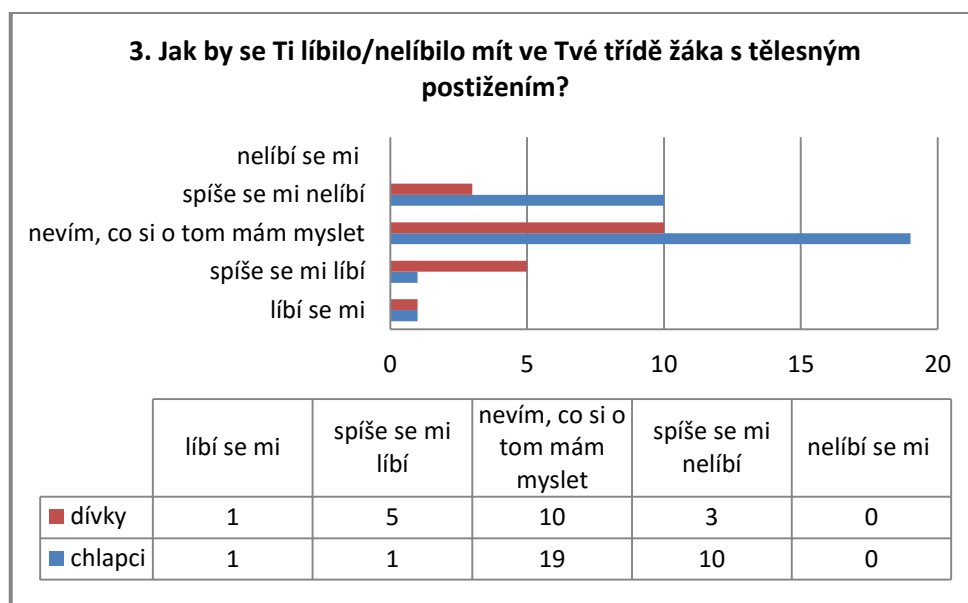
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Graf číslo 2 ukazuje, že převážná část respondentů byla ve věku 12 – 13 let.

3. Jak by se Ti líbilo/nelíbilo mít ve Tvé třídě žáka s tělesným postižením?

- 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

Graf číslo 3 - Jak by se Ti líbilo/nelíbilo mít ve Tvé třídě žáka s tělesným postižením?



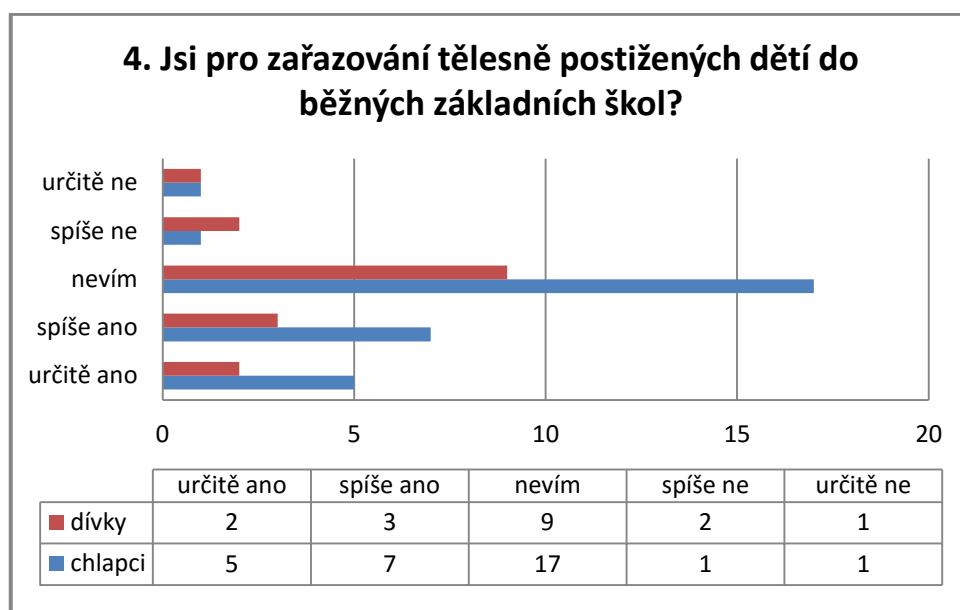
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 3 vyplývá, že většina dotazovaných neví, co si má myslet o tom, jak by se jim líbilo nebo nelíbilo mít jedince s tělesným postiženým ve třídě.

4. Jsi pro zařazování tělesně postižených dětí do běžných základních škol?

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

Graf číslo 4 - Jsi pro zařazování tělesně postižených dětí do běžných základních škol?



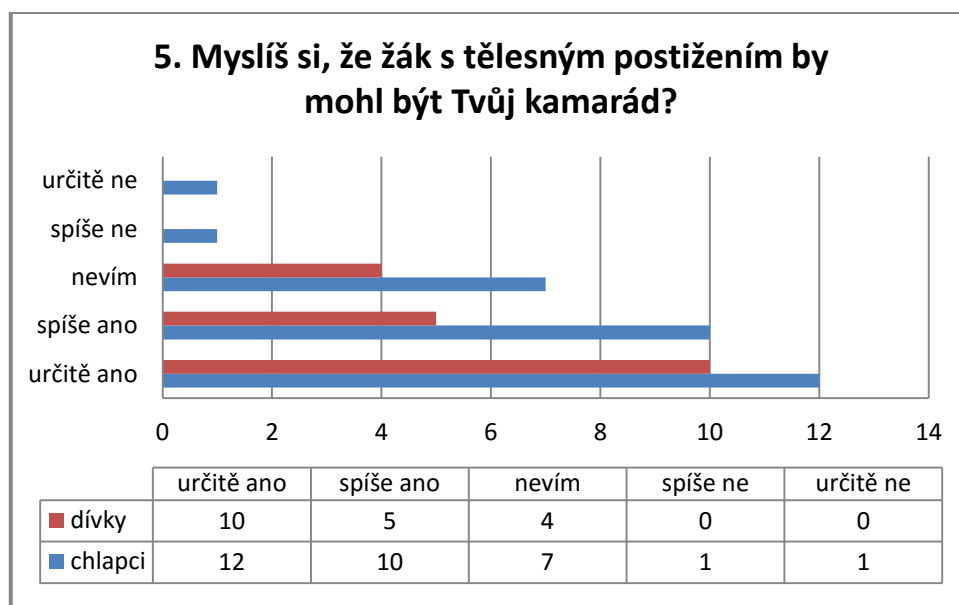
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 4 vyplývá, že respondenti převážně neví, zda by chtěli integrovat jedince s tělesným postižením do základních škol. Druhá nejčastější odpověď je spíše ano.

5. Myslíš si, že žák s tělesným postižením by mohl být Tvůj kamarád?

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

Graf číslo 5 - Myslíš si, že žák s tělesným postižením by mohl být Tvůj kamarád?



Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

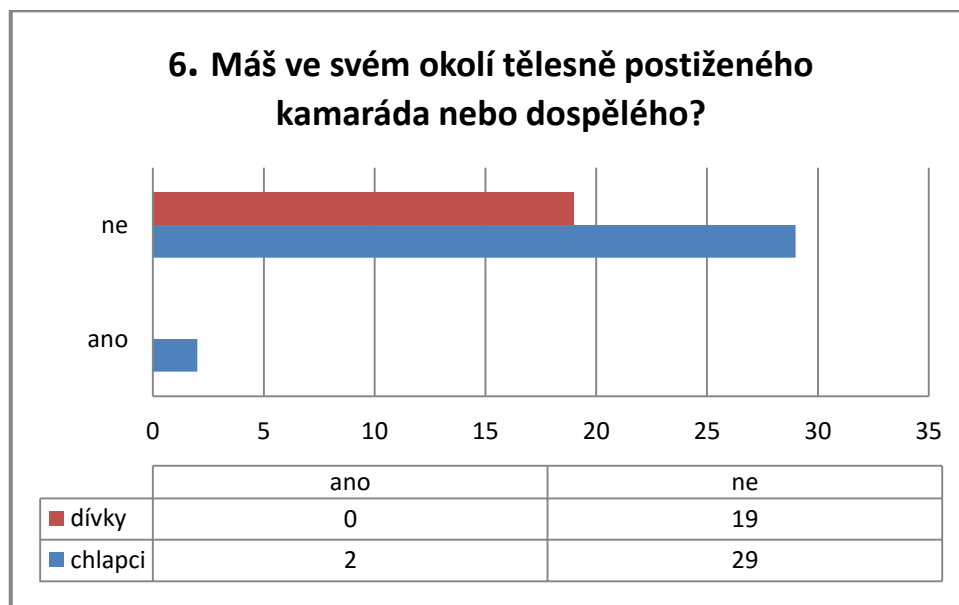
Z grafu číslo 5 vyplývá, že zdraví jedinci by neměli problém s tím, aby byl jejich kamarád tělesně postižený.

6. Máš ve svém okolí tělesně postiženého kamaráda nebo dospělého?

a) ano

b) ne

Graf číslo 6 - Máš ve svém okolí tělesně postiženého kamaráda nebo dospělého?



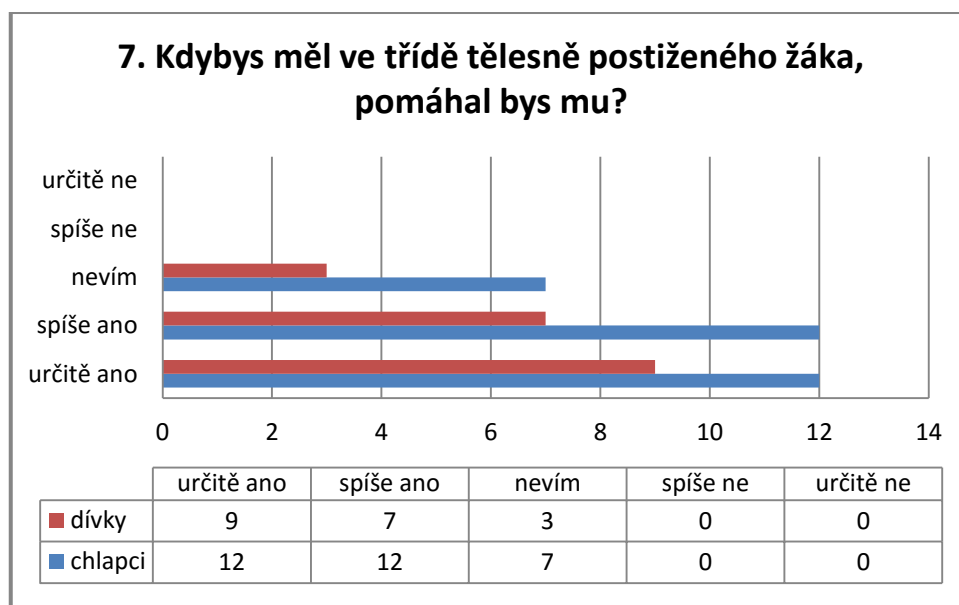
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 6 můžeme vyčíst, že většina respondentů nemá ve svém okolí jedince s tělesným postižením.

7. Kdybys měl ve třídě tělesně postiženého žáka, pomáhal bys mu?

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

Graf číslo 7 - Kdybys měl ve třídě tělesně postiženého žáka, pomáhal bys mu?



Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 7 vyplývá, že valná většina respondentů by byla ochotna pomáhat jedinci s tělesným postižením.

9.2 Výsledky průzkumu dospělých jedinců

1. Jaké je vaše pohlaví?

- a) žena
- b) muž

Graf číslo 8 - Jaké je vaše pohlaví?



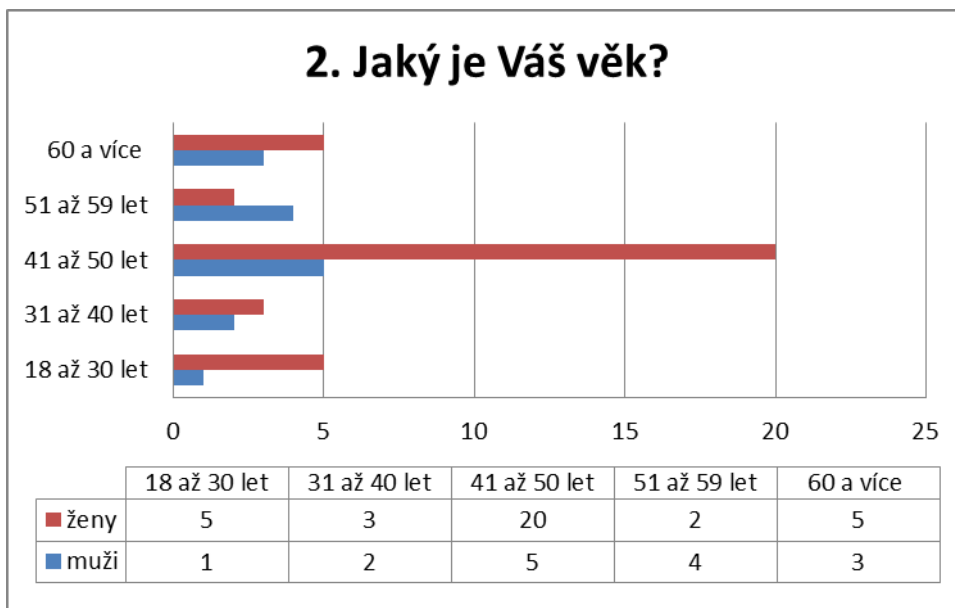
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 8 vyplývá, že valná většina respondentů byly ženy.

2. Jaký je Váš věk?

- a) 18 - 30
- b) 31- 40
- c) 41-50
- d) 51 - 59
- e) 60+

Graf číslo 9 - Jaký je Váš věk?



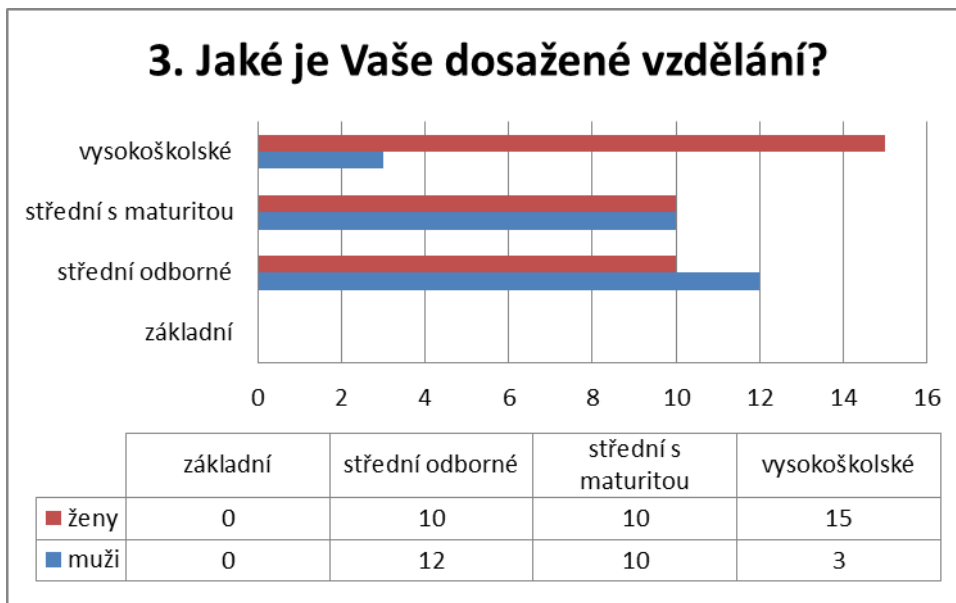
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 9 vyplývá, že respondenti byli převážně ve věku 41 – 50 let.

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?

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

Graf číslo 10 - Jaké je Vaše dosažené vzdělání?



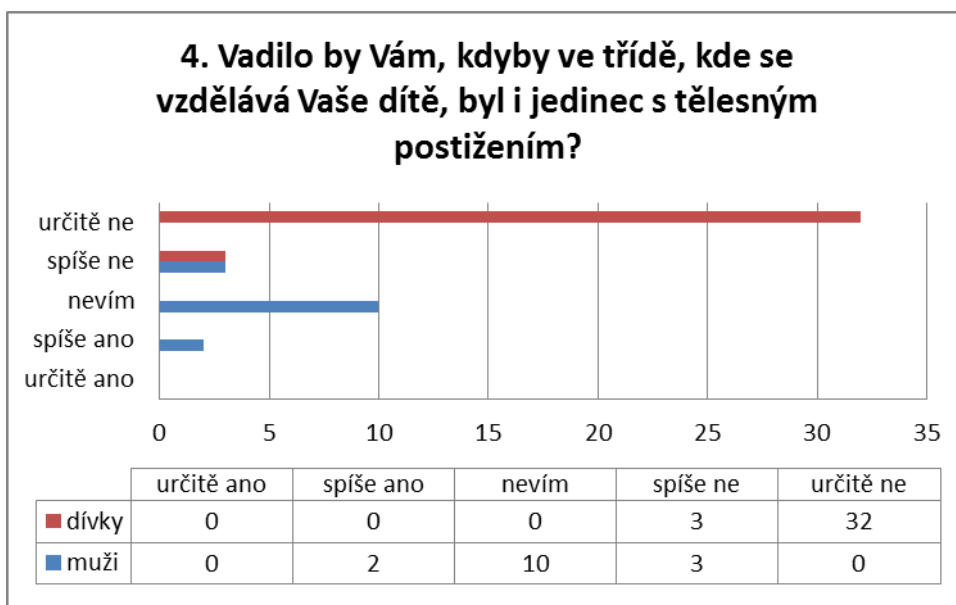
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 10 vyplývá, že nejvíce respondentů má střední vzdělání s maturitou.

4. Vadilo by Vám, kdyby ve třídě, kde se vzdělává Vaše dítě, byl i jedinec s tělesným postižením?

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

Graf číslo 11 - Vadilo by Vám, kdyby ve třídě, kde se vzdělává Vaše dítě, byl i jedinec s tělesným postižením?



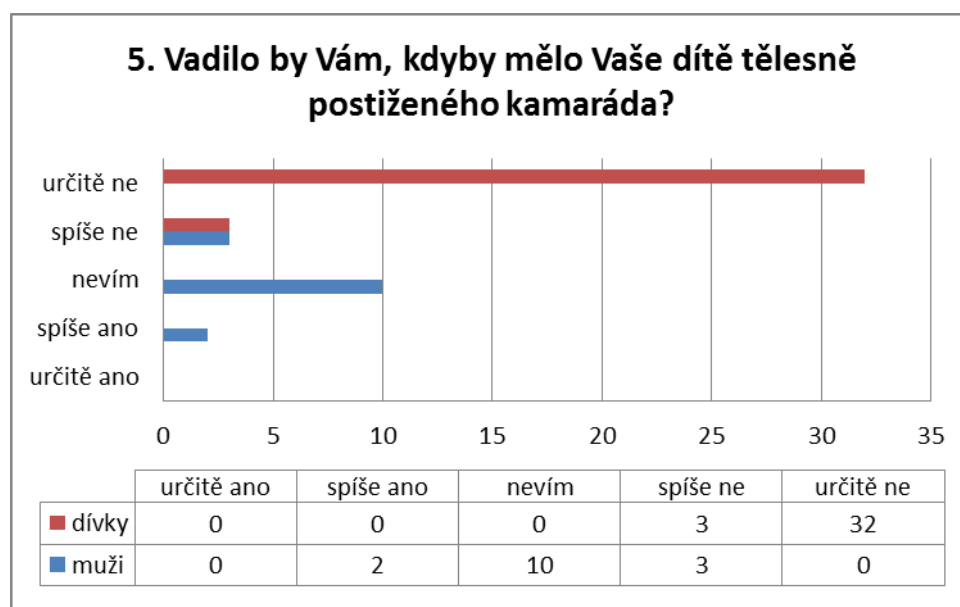
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Valná většina respondentů odpověděla, že by jim určitě nevadilo, kdyby se ve třídě, kde se vzdělává i jejich dítě vzdělával jedinec s tělesným postižením.

5. Vadilo by Vám, kdyby mělo Vaše dítě tělesně postiženého kamaráda?

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

Graf číslo 12 - Vadilo by Vám, kdyby mělo Vaše dítě tělesně postiženého kamaráda?



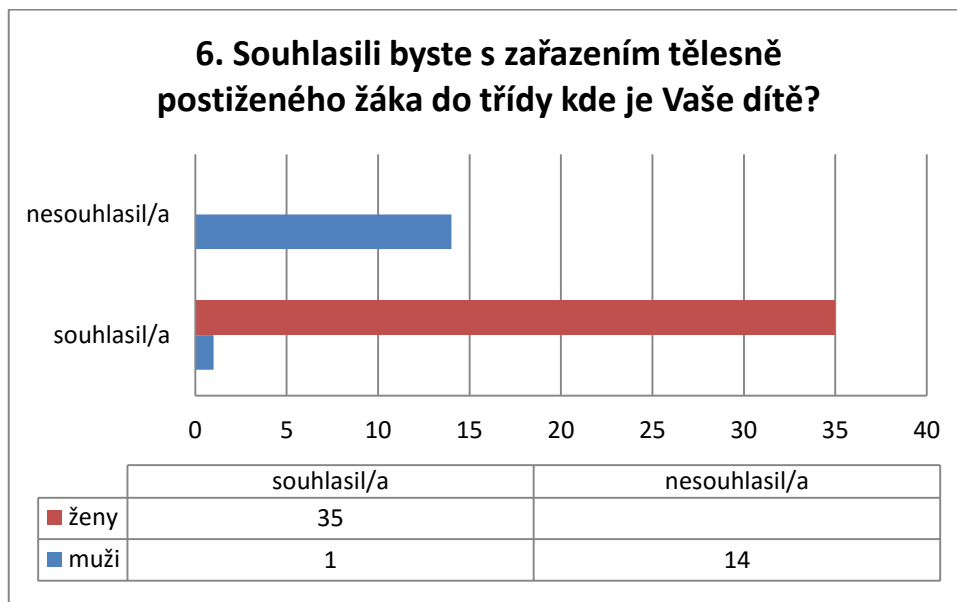
Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 12 vyplývá, že rodičům ani pedagogům by nevadilo, kdybych jejich dítě mělo tělesně postiženého kamaráda.

6. Souhlasili byste s zařazením tělesně postiženého žáka do třídy kde je Vaše dítě?

- a) souhlasil (a)
- b) nesouhlasil (a)

Graf číslo 13 - Souhlasili byste s zařazením tělesně postiženého žáka do třídy kde je Vaše dítě?

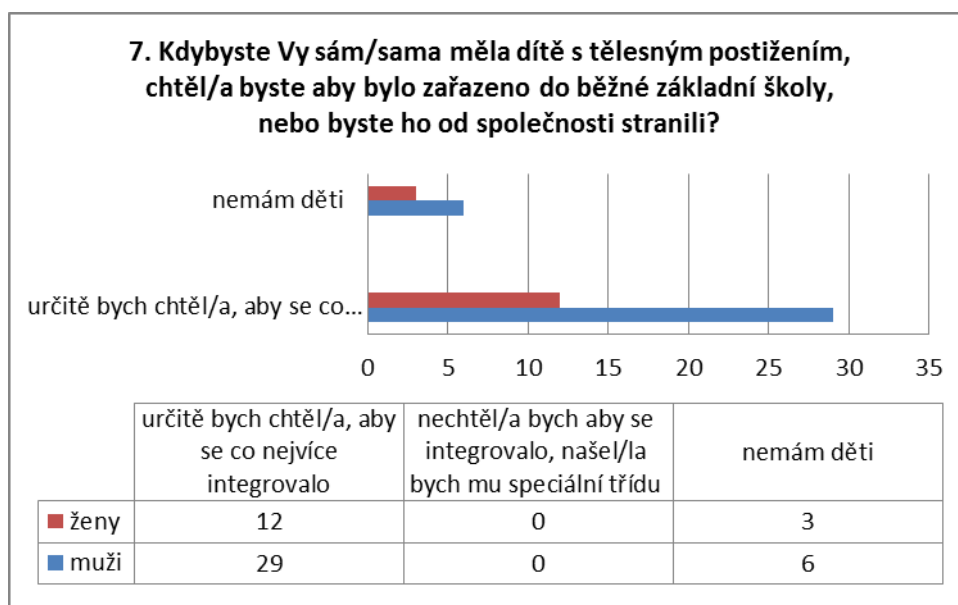


Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 13 vyplývá, že převážná část respondentů by souhlasila se vzděláváním jejich zdravých dětí a jedince s tělesným postižením dohromady.

7. Kdybyste Vy sám/sama měla dítě s tělesným postižením, chtěl/a byste aby bylo zařazeno do běžné základní školy, nebo byste jej od společnosti stranili?
- určitě bych chtěl/a aby se co nejvíce integrovalo
 - nechtěl/a bych aby se integrovalo, našel/la bych mu speciální třídu
 - nemám děti

Graf číslo 14 - Kdybyste Vy sám/sama měla dítě s tělesným postižením, chtěl/a byste aby bylo zařazeno do běžné základní školy, nebo byste jej od společnosti stranili?



Zdroj: Vlastní zpracování dle dotazníkového průzkumu

Z grafu číslo 14 vyplývá, že valná většina dotazovaných by chtěla své tělesně postižené dítě co nejvíce integrovat.

10 Vyhodnocení hypotéz

10.1 Vyhodnocení hypotéz žáci

H1) Domníváme se, že zdravý jedinec, nebude mít problém s tím, kdyby byl jeho kamarád tělesně postižený.

Z 50 respondentů je 22 žáků přesvědčeno o tom, že by mohli mít za kamaráda jedince s tělesným postižením. Avšak nevědí, co si mají myslet o tom, jestli by se jim líbilo se s ním i vzdělávat.

H1 je potvrzena.

H2) Myslíme si, že žáci budou s integrací souhlasit.

Tato hypotéza nemůže být vyvrácena, ani potvrzena jelikož převážná část respondentů odpověděla, že neví, zda by byli pro zařazování tělesně postižených do základních škol. Avšak může vzít v potaz, že další nejčastější odpovědí respondentů bylo, že by určitě souhlasili.

V tomto případě je H2 potvrzena.

H3) Domnívám se, že zdraví jedinci by byli ochotni pomáhat jedinci s tělesným postižením.

Z 50 dotazovaných odpovědělo 21 respondentů, že kdyby mělo ve třídě žáka s tělesným postižením určitě ano by mu pomáhalo. Dalších 19 odpovědělo spíše ano. Zbytek nevěděl, jak by se zachoval.

H3 je potvrzena.

10.2 Vyhodnocení hypotéz dospělí

H1) Domníváme se, že rodičům nebude vadit, když se ve třídě, kde se vzdělává jejich dítě, bude vzdělávat i jedinec s tělesným postižením.

Z 50 odpovědělo 32 dotazovaných, že by jim určitě nevadilo, kdyby se ve třídě, kde je jejich dítě vzdělávalo i dítě s tělesným postižením. H1 je potvrzena.

H2) Myslíme si, že rodičům by nevadilo, kdyby jejich dítě mělo tělesně postiženého kamaráda.

Více než polovina respondentů odpovědělo tak, že by jim to určitě nevadilo.

H2 potvrzena.

H3) Domníváme se, kdyby se rodičům narodil jedinec s tělesným postižením, snažili by se ho co nejvíce integrovat.

Z 50 respondentů odpovědělo 41 tak, že by se snažili své dítě co nejvíce integrovat. Zbýlých 9 dětí nemá.

H3 je potvrzena.

11 Případ Elišky K.

Na své praxi jsem se setkala s Eliškou K., která trpí nanismem, což je stav, kdy je růstový hormon produkován v malé míře. Můžeme tomu říkat také zakrslost nebo liliputsví. Eliška K. je z rodiny, která bydlí nedaleko Kravař, asi 4 km. Má dva sourozence Báru (25) a Jakuba (21). Ani jeden z nich netrpí žádným postižením. Eliška pochází z neúplné rodiny, tatínek neunesl zdravotní obtíže, které Elišku doprovázely již od narození. Zde můžeme vidět typické fáze, kterými procházejí rodiče, po sdělení nepříznivé diagnózy. První je šok, dále popření – u rodičů převládá pocit, že to není pravda. Elišky rodiče se nepřenesli přes fázi, kde převládá zlost, smutek, úzkost, a nebo pocit viny – zde svádějí vinu jeden na druhého, diagnóza by se měla sdělovat obou rodičům současně, nejlépe za přítomnosti dítěte. Podporuje to osobní zaujetí. Avšak přes tuto fázi, se Elišky rodiče nepřenesli, situaci nezvládli a rozvedli se. Otec se odstěhoval. Do fáze rovnováhy a reorganizace se tedy dostali, ale bez otce. Jelikož Eliška vyžadovala větší pozornost než zdravé dítě, musela matka opustit své zaměstnání a naplno se začít věnovat Elišce. Vznikly finanční problémy. Matka podala žádost k integraci Elišky na základní školu. Jelikož Základní škola Kravaře zajišťuje i dopravu postižených dětí do školy, nebyl s tím problém. Eliška navštěvuje školu již od 1. třídy, nejdříve prý měla problémy se socializací z důvodu nenavštěvování mateřské školy. Ale ty se během prvního pololetí srovnaly. Její spolužáci zprvu nepoznali rozdíl, i když věděli, že Eliška není úplně v pořádku. Růstový rozdíl se však začal naplno projevovat až ve druhé třídě. Eliška potřebovala ve škole jen několik málo drobných úprav. Jednalo se o lavici se židlí, která odpovídá její velikosti. Nyní v šesté třídě má stále původní lavici pro první třídu. Dále se jednalo o úpravy šatny a věšáku. Přizpůsobeny má toalety ve škole a stůl ve školní jídelně. Nejednalo se o finančně nákladné úpravy. Proto škola neviděla jediný problém, proč by Elišku nemohla přijmout. Elišky intelekt je zcela v pořádku, prospívá jako běžné dítě. Spolužáci Elišky si na ni zvykli. Mají službu na to, kdo ji bude doprovázet a pomáhat s taškou, či nosit jídelní táč na stůl. Službu na pomoc Elišce si vymyslela sama třída. Elišku berou jako sobě rovnou. A myslím si, že celkem dojemné je, když se vždy na konci školního roku dělají fotky. Celá její třída na fotkách buď klečí, aby byli všichni stejně vysokí nebo naopak, drží Elišku v náručí, aby byla stejně vysoká, jako jsou oni.

Myslím si, že tohle je přesný příklad cíle mé bakalářské práce. Byla a stále je zde nádherná spolupráce matky se školou. Pedagogové jsou integraci i Elišce taky plně nakloněni. Pedagogova spolupráce byla a nadále je velmi důležitá, vytváří ve třídě příznivé sociální klima. Pokud je jedinec integrován již od první třídy, jako tomu bylo u Elišky, nevidím jediný

důvod, proč by nebyla možná spolupráce jak rodičů, učitelů tak i spolužáků daného jedince. Případ Elišky K. je nádherným příkladem integrace. Velmi ráda jsem s touto slečnou spolupracovala a poznala ji.

SHRNUTÍ

Má praktická část se skládá z dotazníkového šetření. Vybraní respondenti pocházeli ze Základní školy Kravaře, Základní školy T. G. Masaryka a Základní školy Slovanka. Základní škola Kravaře již má s integrací zkušenosti, avšak nemá bezbariérový přístup, Základní škola T. G. Masaryka zatím nemá žádné integrované dítě, ani zatím o integraci nepřemýšlí a Základní škola Slovanka má po celé budově umožněn bezbariérový přístup. Dotazník byl vydán ve dvou vyhotoveních, jedno sloužilo pro žáky základních škol a druhé pro jejich rodiče a pedagogy. Celkem bylo 100 respondentů. 50 žáků a 50 dospělých. Dotazníky jsem školám odevzdala a dohodla se s nimi na čase, který bude pro obě strany vyhovující, a poté jsem si dotazníky zase vyzvedla. Všechny školy byly velice vstřícné.

Ve své praktické části jsem zkoumala pohled zdravých jedinců na jedince s tělesným postižením. Jak na ně pohlíží, zda mohou být přátelé, zda jsou ochotni jim pomoci a zda by jim nevadila jejich přítomnost ve třídě. To samé i u dospělých, jaký pohled mají oni na jedince s tělesným postižením, zda jsou, či nejsou pro integraci. Jestli by jim vadilo, kdyby se ve třídě s jejím dítětem vzdělával i jedinec s tělesným postižením.

Všechny mnou stanovené hypotézy se potvrdily. Převážná část dotazovaných, byla pro integraci a už vůbec jim nevadilo být kamarádem jedincem s postižením a nebo mu občas pomoci. Avšak u mladších respondentů si určitá část nebyla jista, nevěděli jakou mají označit odpověď, jelikož se i přes mé dostatečné vysvětlení v problematice příliš neorientují a nevědí, co přesně by taková spolupráce obnášela.

Závěr mé praktické části byl pro mě velmi pozitivní a přínosný. Z mého šetření totiž vyplynulo, že převážná část by byla pro integraci a jedinci s tělesným postižením jim vůbec nevadí. Velice mě pohled společnosti i mladých žáků na tuto situaci překvapil. Bála jsem se velké negativní odezvy. Myslím si, že toto šetření bylo přínosné, jak pro mě, tak pro dotazované.

ZÁVĚR

Závěrem své bakalářské práce bych ráda připomněla cíl mé práce. Cílem je dokázat a přesvědčit ostatní, že je normální být různý. Vždyť my, jako zdraví jedinci, si můžeme vyzkoušet být tělesně postiženými, byť jen na chvíli, například frakturou končetiny. Ale přece nás kvůli tomu také hned nevyhodí z práce, neopustí manželka/manžel a neseberou nám možnost na vzdělání. Intelekt nám zůstane stejný.

Teoretická část se zabývá vysvětlením několika termínů, jako jsou například adaptace, humanizace, inkluze, rehabilitace aj. Je v ní uveden také zákon o sociálních službách, dále se zabývám zákonem o sociálních službách, kde jsem vytáhla trendy v péči o postižené. Dále jsem se zabývala druhy somatického postižení, aby bylo zřejmé, že jen málokdy postihuje jedince s tělesným postižením i postižení intelektu. A nejčastějším tělesným postižením DMO. Poté jsem se zabývala integrací a možnosti vzdělávání a vzdělávání dětí s tělesným postižením. Na základě této teoretické části je zřejmé, že není jediný problém v tom, integrovat jedince s tělesným postižením do základních škol. Všechno záleží na brzké integraci a uvědomění si svého postižení.

Praktická část obsahuje kvantitativní dotazníkové šetření, které je určeno žákům, rodičům a pedagogům na základních školách. Záměrem bylo zjištění, jaký pohled mají zdraví jedinci na jedince s tělesným postižením, zda na něj dokáží nahlížet jako na sobě rovného a přijmout jej takového, jaký je. Praktická část obsahuje také případ Elišky K., jedná se o příběh Elišky, která trpí nanismem. Z příběhu je patrné, jak je nutná včasná integrace, proto aby celá edukace probíhala bez problému.

V závěru je důležité zdůraznit, že použitá metoda v praktické části, dotazníkové šetření i případ Elišky K., potvrdily důležitou roli, že integrace jedince s tělesným postižením je, jak pro žáky, tak jejich rodiče i pedagogy běžnou věcí. Avšak problém je v penězích a ve vzděláních pedagogů, jen malá většina z nich jsou na jedince s tělesným postižením proškoleni.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů:

- JEŘÁBKOVÁ, K. Integrace, legislativní vymezení vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami in Školská integrace žáků se specifickými vzdělávacími potřebami. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. Studijní opora.
- KANTOR, J. – VESELÁ, G. Specifika edukace jedinců s omezením hybnosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 80-244-0231-9.
- MATĚJÍČEK, Z. Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí, 3. Vydání. Jinočany: H & H, 2011. ISBN 80-86022-92-7.
- MICHALÍK, J. Školská integrace dětí s postižením na základních školách v České Republice. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-1045-1.
- MILICHOVSKY, L. Kapitoly ze somatopedie. Praha: UJAK, 2010. ISBN 978-80-7452-001-3.
- MULLER, O. a kol. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0231-9.
- PLHÁKOVÁ, A. Učebnice obecné psychologie, 1. Vydání. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1387-3.
- PŘINOSILOVÁ, D. Diagnostika ve speciální pedagogice, 2. Vydání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-157-7.
- SLOWÍK, J. Speciální pedagogika, 1. Vydání. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.
- VÁGNEROVÁ, M. a kol. Psychologie handicapu. Praha: Univerzita Karlova, 2001. ISBN 80-7184-929-4.
- VALENTA, M. (2003a) Přehled speciální pedagogiky a školská integrace. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5.
- VÍTKOVÁ, M. Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a sociální. 2 Vydání. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9.
- VÍTKOVÁ, M. Význam úlohy a organizace školy při zdravotních zařízeních. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6.
- Vyhláška ministerstva školství mládeže a tělovýchovy č.147/2011 Sb.
- Zákon číslo 561/2004 Sb. O předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání v platném znění.
- Zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění.

Seznam použitých zahraničních zdrojů:

BURLI, A. Sonderpädagogik international, Vergleiche, Tendenzen, Perspektiven. Luzern: SZH, 1997. ISBN 3-908263-46-9.

Seznam použitých internetových zdrojů:

<http://www.msmt.cz/>

PŘÍLOHY

Příloha číslo 1 - Seznam použitých tabulek a grafů

- Tabulka, graf číslo 1 – vyhodnocení odpovědi číslo 1
- Tabulka, graf číslo 2 – vyhodnocení odpovědi číslo 2
- Tabulka, graf číslo 3 – vyhodnocení odpovědi číslo 3
- Tabulka, graf číslo 4- vyhodnocení odpovědi číslo 4
- Tabulka, graf číslo 5 – vyhodnocení odpovědi číslo 5
- Tabulka, graf číslo 6 – vyhodnocení odpovědi číslo 6
- Tabulka, graf číslo 7 – vyhodnocení odpovědi číslo 7
- Tabulka, graf číslo 8 – vyhodnocení odpovědi číslo 1
- Tabulka, graf číslo 9 – vyhodnocení odpovědi číslo 2
- Tabulka, graf číslo 10 – vyhodnocení odpovědi číslo 3
- Tabulka, graf číslo 11 – vyhodnocení odpovědi číslo 4
- Tabulka, graf číslo 12 – vyhodnocení odpovědi číslo 5
- Tabulka, graf číslo 13 – vyhodnocení odpovědi číslo 6
- Tabulka, graf číslo 14 – vyhodnocení odpovědi číslo 7

Příloha číslo 2 - Seznam zkratk

DMO – Dětská mozková obrna.

WHO - **World Health Organization.**

SZO - **Světová zdravotnická organizace.**

Příloha číslo 3 - dotazník pro žáky běžné základní školy

Milí žáci,

Jsem Marie Hábelová a obracím se Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku. Jsem studentkou vysoké školy v Praze na Univerzitě Jana Ámose Komenského. Studuji speciální pedagogiku – vychovatelství. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění níže přiloženého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Odpovědi, prosím, zakroužkujte. Vaše uvedené informace nebudou zneužity. Informuji Vás o tom, že má práce pojednává o žácích pouze s tělesným postižením, nikoliv s mentálním postižením.

Hábelová Marie

1. Jaké je Tvé pohlaví?
 - a. dívka
 - b. chlapec

2. Kolik je Ti let?
 - a. 12-13
 - b. 14-15
 - c. 16

3. Jak by se Ti líbilo/nelíbilo mít ve Tvé třídě žáka s tělesným postižením?
 - 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

4. Jsi pro zařazování tělesně postižených dětí do běžných základních škol?
 - a. určitě ano
 - b. spíše ano
 - c. nevím
 - d. spíše ne
 - e. určitě ne

5. Myslíš si, že žák s tělesným postižením by mohl být Tvůj kamarád?
- a. určitě ano
 - b. spíše ano
 - c. nevím
 - d. spíše ne
 - e. určitě ne
6. Máš ve svém okolí tělesně postiženého kamaráda nebo dospělého?
- c) ano
 - d) ne
7. Kdyby jsi měl ve třídě tělesně postiženého žáka, pomáhal by jsi mu?
- f) určitě ano
 - g) spíše ano
 - h) nevím
 - i) spíše ne
 - j) určitě ne

Příloha číslo 4 – Dotazník pro rodiče a pedagogy

Vážený pane, vážená paní,

Jsem Marie Hábelová a obracím se Vás s prosbou o vyplnění anonymního dotazníku. Jsem studentkou vysoké školy v Praze na Univerzitě Jana Ámose Komenského. Studuji speciální pedagogiku – vychovatelství. Chtěla bych Vás tímto požádat o vyplnění níže přiloženého dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce. Odpovědi, prosím, zakroužkujte. Vaše uvedené informace nebudou zneužity. Dotazník Vám nezabere více jak 10 minut. Informuji Vás o tom, že má práce pojednává o žácích pouze s tělesným postižením, nikoliv s mentálním postižením.

Předem děkuji za vyplnění dotazníku.

1. Jaké je Vaše pohlaví?
 - c) žena
 - d) muž

2. Jaký je Váš věk?
 - a) 18 - 30
 - b) 31- 40
 - c) 41-50
 - d)51 - 59
 - e)60+

3. Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
 - a. základní
 - b. střední odborné
 - c. střední s maturitou
 - d. vysokoškolské

4. Vadilo by Vám, kdyby ve třídě, kde se vzdělává Vaše dítě byl i jedinec s tělesným postižením?
 - f) určitě ano
 - g) spíše ano
 - h) nevím

- i) spíše ne
- j) určitě ne

5. Vadilo by Vám, kdyby mělo Vaše dítě tělesně postiženého kamaráda?

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

6. Souhlasili byste s zařazením tělesně postiženého žáka do třídy kde je Vaše dítě?

- c) souhlasil (a)
- d) nesouhlasil (a)

7. Kdybyste Vy sám/sama měla dítě s tělesným postižením, chtěl/a byste aby bylo zařazeno do běžné základní školy, nebo byste ho od společnosti stranili?

- d) určitě bych chtěl/a aby se co nejvíce integrovalo
- e) nechtěl/a bych aby se integrovalo, našel/la bych mu speciální třídu
- f) nemám děti

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Marie Hábelová

Obor: speciální pedagogika - vychovatelství

Forma studia: prezenční

Název práce: Integrace tělesně postižených do základních škol

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 52

Celkový počet stran příloh: 5

Počet titulů českých použitých zdrojů: 15

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 1

Počet internetových zdrojů: 1

Vedoucí práce: Mgr. Irena Kudláčková