

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

Magisterské kombinované studium
2010 – 2012

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Bc. Zuzana Kačerovská Görtlerová

**Integrace zdravotně znevýhodněných žáků na ZŠ
a postoj pedagogů k integraci.**

Praha 2012

Vedoucí diplomové práce:

PhDr. Renata Kreuzová

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

Master Combined Studies
2010 - 2012

DIPLOMA THESIS

Bc. Zuzana Kačerovská Gürtlerová

**Integration of impaired pupils at primary schools and
teachers' attitude towards the integration.**

Prague 2012

The Master Thesis Work Supervisor:

PhDr. Renata Kreuzová

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Berouně dne 10. 3. 2012

Bc. Z. Kačerovská Gürtlerová

Poděkování

Chtěla bych touto cestou poděkovat vedoucí diplomové práce PhDr. Kreuzové Renatě za odbornou pomoc a cenné rady, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce.

Anotace

Cílem diplomové práce je přiblížit problematiku integrace dětí se zdravotním postižením do běžných základních škol v České republice a její výhody a nevýhody pro všechny zúčastněné strany. Práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Zmíněná problematika je doplněna o postoje a názory pedagogů, které jsou v přehledné formě zpracovány slovně i graficky v praktické části diplomové práce. Sběr dat byl prováděn pomocí dotazníkového šetření, za podpůrnou metodu byl zvolen rozhovor s pedagogickými pracovníky. Součástí teoretické části je jak přehled typů postižení, vzdělávání dětí s postižením a nová školská legislativa, tak i úloha asistenta pedagoga a struktura IVP.

Klíčové pojmy

asistent pedagoga, edukace, integrace, kompenzační pomůcky, postoj pedagogů, speciální pedagogika, žák s postižením

Annotation

The aim of this thesis is to bring the issue of integration of children with disabilities in mainstream schools in the Czech Republic and its advantages and disadvantages for all parties involved. The work is divided into theoretical and practical part. The problems mentioned above are also accompanied by teachers' attitudes and opinions which are verbally and graphically processed in a clear form in the practical part of this thesis. Data was collected through a questionnaire survey, an interview with teachers was chosen as a supporting method. The theoretical part is an overview of both types of disabilities, education of children with disabilities and the new school legislation, and the teaching assistant role and structure of the IEP.

Key words

Teacher assistant, education, integration, mobility aids, attitude of teachers, special education, student with disabilities

ÚVOD	8
1. ZMĚNY V OBLASTI INTEGRACE POSTIŽENÝCH	9
1.1. OD SEGREGACE K INTEGRACI - TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	9
1.2. VYMEZENÍ POJMU INTEGRACE	11
1.3. PODPORA OSOB SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI A INTEGRAČNÍ SNAHY V ČR.....	12
1.4. NOVÁ ŠKOLSKÁ LEGISLATIVA A RÁMCOVÉ PODMÍNKY PRO INTEGRATIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ	15
2. INTEGRACE JAKO JEDNA Z CEST VZDĚLÁVÁNÍ.....	17
2.1. MODEL Y, FORMY A STUPNĚ INTEGRACE	17
2.2. PŘEDPOKLADY ÚSPĚŠNÉ INTEGRACE A JEJÍ PŘÍNOSY	19
2.2.1. <i>Škola přijímající postižené dítě</i>	20
2.2.2. <i>Přínosy integrace</i>	21
3. DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM.....	22
3.1. DIAGNOSTIKA VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE Z HLEDISKA VÝVOJE DÍTĚTE	22
3.2. VZNIK A TYPY POSTIŽENÍ.....	23
3.3. SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA OSOB SE ZRAKOVÝM A SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM	25
3.4. KLASIFIKACE OSOB SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM	29
3.5. SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA OSOB S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	36
3.6. SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA OSOB S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM	40
3.7. SPECIFICKÉ VÝVOJOVÉ PORUCHY ŠKOLNÍCH DOVEDNOSTÍ.....	43
4. INTEGRACE ŽÁKŮ S POSTIŽENÍM DO BĚŽNÉ ZŠ	48
4.1. EDUKACE ŽÁKŮ SE ZRAKOVÝM A SLUCHOVÝM POSTIŽENÍM.....	48
4.2. EDUKACE ŽÁKŮ S MENTÁLNÍM POSTIŽENÍM A ŽÁKŮ SE SVPŠD	54
4.3. EDUKACE ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM.....	56
4.4. KOMPENZAČNÍ POMŮCKY A JEJICH VÝZNAM	58
4.5. ÚLOHA ASISTENTA PEDAGOGA V INTEGRAČNÍM PROCESU.....	63
4.6. INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN A JEHO STRUKTURA.....	65
5. PRŮZKUM POSTOJE A NÁZORŮ UČITELŮ NA INTEGRACI	67
5.1. CÍLE A ÚKOLY VÝZKUMU, METODY SBĚRU DAT, HYPOTÉZY	67
5.2. INTERPRETACE VÝSLEDKŮ Z DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ	69
5.3. ROZHOVOR S PEDAGOGICKÝMI PRACOVNÍKY	93
5.4. VERIFIKACE HYPOTÉZ	95
ZÁVĚR	98
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	99
SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, DIAGRAMŮ A GRAFŮ	103
SEZNAM PŘÍLOH.....	104

ÚVOD

K napsání diplomové práce – Integrace zdravotně znevýhodněných žáků na ZŠ a postoj pedagogů k integraci mne dovedla pracovní zkušenost s integrovanými dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením v Londýně. Po dobu tří let jsem se setkávala jen s kladným přístupem všech zúčastněných až do doby, než jsem se stala účastníkem diskuze o integraci dětí s postižením tady v České republice. Zmíněná diskuze byla pro mne impulzem k zjištění současného stavu a postoje pedagogů k integraci postižených žáků do běžných základních škol.

Práce je rozčleněna do pěti kapitol. První část pojednává o základních změnách a integračních snahách v ČR. Je zde také vymezen pojem integrace a nechybí ani zmínka o nové školské legislativě. Druhá část je zaměřena na formy a stupně integrace, nedílnou součástí jsou však předpoklady úspěšné integrace a její přínosy.

Větší část další kapitoly přibližuje výchovu a vzdělávání dětí jak se smyslovým a tělesným postižením, tak dětí s postižením mentálním, přičemž nechybí zmínka o specifických vývojových poruchách učení a kompenzačních pomůckách. Dovolují si také upozornit na podkapitolu č. 4.5, která je zaměřena na asistenty pedagogů a jejich důležitou úlohu v integračním procesu.

V poslední, páté kapitole, je dán prostor průzkumu, který byl zaměřen na postoj a názory pedagogů k integraci dětí s postižením do běžných základních škol. Nedílnou součástí je interpretace výsledků z dotazníkového šetření, vyhodnocení hypotéz a přepsaný záznam z rozhovorů.

Věřím, že tato práce bude působit jako jednotný a logický celek, který bude k prospěchu jak laické, tak i odborné veřejnosti.

1. ZMĚNY V OBLASTI INTEGRACE POSTIŽENÝCH

1.1. Od segregace k integraci - teoretická východiska

Otázka integrace dětí se specifickými potřebami ve společnosti je u nás stále aktuálním problémem, který má své historické kořeny. Od počátku lidstva se rodili a existovali jedinci, kteří byli viditelně odlišní. Rozdílnost vyplývala z celkového vzhladu, trpěli určitými poruchami či jinými nedostatky. Vztah společnosti k tělesně a mentálně postiženým jedincům se vyvíjel v závislosti na morálce, stupni myšlení, lékařských znalostech společnosti, ale také závisel na pokroku techniky.

V jednotlivých zemích se přístupy k postiženým lišili – někde byli postižení jedinci odmítáni, kdežto v dalších zemích je jim věnována náležitá péče a poskytováno vzdělání. V primitivních společnostech určovaly vztah k jedincům s postižením existenční zřetel. Vítková (2006) ve své knize zmiňuje, že zájmy na přežití skupiny byli důležitější než zájmy individuální. Prioritní bylo zachování rodu, a proto docházelo ke zbavování se jedinců nemocných, nepotřebných, kteří nebyli schopni pracovat. To vedlo k jejich přímé likvidaci, nebo k jejich vyloučení, k jejich opuštění (Vítková, 2006). Příkladem je Řecko, kde bylo možné neudrživé děti zabíjet, aby nebyly pro společnost přítěží. Pro Řeky, kteří jako první postulovali ideál krásného a vznešeného člověka vyvolávaly tělesné nedostatky odpor a pohrdání. Ve Spartě byly narozené děti, které vykazovaly vadu, či přílišnou slabost, svrženy do rokle. Matoušek (2007) však popisuje přístup k postiženým v Athénách, kde se rozhodnutí přenechávalo na otcí. Většinou se však postižené děti dávaly do hliněných nádob a ponechaly se u cesty, když měl někdo zájem, dítě si přivlastnil. V Římě je zase v košíku pohodili do Tibery. Židé naopak zakazovali děti zabíjet. Využívali je jako otroky k pro nejhrubší práce a děti byly posílány za účelem žebrání, výtěžek musely odevzdat pánovi.

Později pod vlivem křesťanství nastala změna postoje k postiženým lidem. Toto období je charakterizováno lítostí nad „postiženými ubožáky“. Láska k bližnímu, soucit s trpícími vedou k povinnosti pomáhat slabším a potřebným. Nejnutnější pomoc poskytovaly špitály, kláštery nebo chudobince. Profesionálními ošetřovateli se stávají jeptišky, duchovní a mniši.

V období renesance a humanismu došlo k významné změně vztahu společnosti k postiženým a zejména k jejich výchově a vzdělávání - základním znakem je princip

důstojnosti každého člověka. Zde si dovoluji zmínit českého myslitele Jana Amose Komenského, který svým dílem položil základy novodobé pedagogiky, který se vyslovil a prosazoval požadavek všeobecného a všestranného vzdělávání všech lidí bez rozdílu původu, pohlaví a stavu. Značné úsilí o uplatňování obecných principů pedagogiky a specifické podmínky práce s postiženými dětmi je obsaženo ve Velké didaktice J. A. Komenského, ale i v názorech J. J. Rousseaua a J. H. Pestalozziho. V 18. a 19. století začaly vznikat taky první ústavy pro děti zdravotně postižené, a v nich byly zakládány školy a realizována výchovná a vzdělávací péče o své svěřence. (Pipeková, 2006)

Po roce 1989 došlo ve vzdělávání zdravotně postižených dětí k zásadnímu zlomu. Před rokem 1989 byl celý společensko-politický systém nastaven k podpoře segregace. Takto postavený systém nebyl schopen poskytnout právo na vzdělání všem. Systém obecného předškolního, základního a středoškolského vzdělávání byl určen pro děti fyzicky, mentálně a smyslově zdravé. Na druhé straně existoval komplex zařízení určených pro děti s postižením a docházelo k budování speciálních vzdělávacích institucí (ústavů a škol) v nichž se realizovalo vzdělávání zdravotně postižených dětí. Děti s velmi těžkým nebo kombinovaným postižením byly ze systému školství často úplně vyřazovány a byly tak plně osvobozeny od povinné školní docházky. Otázkou tehdy nebylo jakým způsobem vzdělávat zdravotně postižené děti či jaké vzdělání jim poskytnout, ale zda tyto děti do procesu vzdělávání vůbec zapojit. Segregace zdravotně postižených tak přispívala k prohlubování pocitu vzájemné otažítosti a nepochopení mezi zdravými a lidmi s postižením. Počátkem 90. let začala vznikat občanská sdružení, spolky a nadace, jejichž snahou bylo zrovnoprávnění podmínek života občanů se zdravotním postižením. Koncepce výchovy a vzdělávání dětí se zdravotním postižením zveřejněná Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy v roce 1990 kladla důraz na zabezpečení výchovy a vzdělávání dětí s postižením se zdravými vrstevníky v běžných školách. Pro děti, u kterých takový způsob vzdělávání není vhodný, je určeno speciální školství. V roce 1989 tak došlo k zásadní změně systému školství, kdy se postupně začalo přecházet od segregace k integraci. Důležitý milník v oblasti vzdělávání žáků se zdravotním postižením přednostně formou individuální integrace v běžné škole nastal v roce 2005, kdy vešel v platnost nový „školský zákon“. Ten umožňuje integrovat žáky s jakýmkoliv postižením pouze s ohledem na potřeby a možnosti žáka a podmínky a

možnosti školy. Tento zákon zároveň nepřipouští osvobození od povinné školní docházky ani u žáků s hlubokou mentální retardací. (<http://www.msmt.cz>)

1.2. Vymezení pojmu integrace

Integrace, slovo pocházející z latinského integer, znamená sjednocení, splynutí, spojení v celek, začlenění... Slovo integrace má však řadu významů, proto je obtížné se sjednotit v jednoznačné definici. V oblasti speciální pedagogiky lze tento pojem chápat jako „*spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin*“ (Jesenský, 1995 in Slowík, s. 31). Jednu z nejužitečnějších definic integrace lze ale převzít od švýcarského odborníka v oblasti integrální speciální pedagogiky Bürliho, který konstatuje, že „*Integrace je snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělávání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, které optimálně odpovídá jeho skutečným potřebám.*“ (Bürli in Vítková 2004). Zakladatel československé speciální pedagogiky, prof. Sovák, definoval čtyři základní stupně socializačního procesu: inferiorita, utilita, adaptace, integrace. Integraci chápe jako nejvyšší stupeň socializace jedince, tj. „*úplné zapojení individua stíženého vadou, u něhož byly důsledky vady zcela a beze zbytku překonány...*“ Stupeň dosažené socializace je závislý na tom, do jaké míry se podařilo překonat efektivitu. (Sovák, 2000) V tomto pojetí, jak uvádí Michalík (2005), je třeba se kriticky vyjádřit k myšlence, že účastnit se plnohodnotného a rovnoprávného života je možné až po překonání postižení.

Integrace bývá definována jako oboustranný psychosociální proces sblížování minority znevýhodněných a majority intaktních. Neznamená však přizpůsobení se minority majoritě, ani majority minoritě (tzv. pozitivní diskriminace). Vyjadřuje způsob života a základní právo svobodné volby pro společný život. Moderní pohled na fenomén zdravotního postižení přináší rovněž změnu postavení zdravotně postižených ve společnosti. Jejich možnost plné integrace není možno vázat výhradně na úplné překonání postižení a jeho následků.

Daleko více než dříve je dnes u integrace nutno poukázat na roli „druhé strany“, tzn. majoritní společnosti. I ona musí nutně změnit celou řadu svých postojů, tradic a pravidel. Což vyplývá mj. i z původního slova integer – tedy scelení.

Pod termínem postižení je třeba rozumět velké množství různých funkčních omezení, která se vyskytují v každé populaci ve všech zemích světa. Lidé mohou být postiženi fyzickou, smyslovou nebo mentální vadou, zdravotním stavem nebo duševním onemocněním. Postižení potom představuje ztrátu nebo omezení příležitosti účastnit se života ve společnosti na stejné úrovni jako ostatní. Termín označuje konflikt osoby s postižením a prostředí. Jeho účelem je položit důraz na nedostatky v prostředí i v mnoha organizovaných aktivitách ve společnosti, např. informacích, komunikaci a vzdělávání, které zabraňují osobám se zdravotním postižením, aby se zapojily za vyrovnaných podmínek. Všechny uvedené klasifikace, usilující o postihnutí pojmu integrace, mají jedno společné. A to bez ohledu zda kladou důraz na stránku obecně společenskou, tedy širší, či obsah specifický, tj. vlastní školskou integraci. Z právního pohledu nejde u vzdělávání dětí s postižením a dětí zdravých o nic menšího než o vyjádření zákazu diskriminace v dané oblasti společenského života – ve školství, jako nejčastější institucionalizované podobě procesu výchovy a vzdělávání (Hájková, 2005).

1.3. Podpora osob se speciálními vzdělávacími potřebami a integrační snahy v ČR

Stejně jako v jiných zemích i v České republice se ke konci minulého a v počátcích tohoto století setkáváme se snahou o budování speciálních vzdělávacích institucí, v nichž se vzdělávání dětí s postižením takřka výlučně realizovalo. Další institucionální a formální rozvinutí vzdělávání postižených dětí zaznamenáváme až po roce 1950. Dochází k mohutnému rozvoji speciálního školství - k budování samostatné pedagogické disciplíny - speciální pedagogiky. Česká republika se tak stala zemí s takřka úplným dělením školství do dvou hlavních proudů. Prvním byl systém obecného vzdělávání určen pro děti intaktní, takže pro děti fyzicky, mentálně i smyslově zdravé a druhým byl systém komplexů zařízení určených dětem, které tyto náročná kritéria zdraví nesplňovala. Müller (2001) upozorňuje na fakt, že v tehdejšímu systému mohl i „chybějící prst na jedné ruce“ znamenat, že bude dítě umístěno do speciální instituce. Tento segregáční systém však stejně nebyl schopen poskytnout právo na vzdělání všem postiženým dětem. Děti s kombinovaným, nebo těžším stupněm postižení byly ze vzdělávacího procesu vyloučeny. V období let 1970-1989 se můžeme ojediněle setkat se vzděláváním konkrétního dítěte s postižením v běžné škole, jednalo

se však jen o výjimky, které byly vyvolány přáním rodičů. V té době ale právní řád neupravoval integraci postiženého dítěte do běžné školy, proto bylo všechno ponecháno na libovůli škol a učitelů. Stejně jako zůstávalo rozděleno školství do dvou hlavních proudů, zůstala oddělena i příprava učitelů. Studijní obor učitelů-speciálních pedagogů nesl název Učitelství pro školy a mládež vyžadující zvláštní péči. Posluchači jiných učitelských oborů se setkávali s problematikou vzdělávání zdravotně postižených dětí jen minimálně (Gürtlerová, 2010). I ve druhé polovině 80 let platil školský zákon č.29/1984 Sb., který stanovoval, že *„výchova a vzdělávání se uskutečňují v jazyce českém nebo slovenském. Občanům maďarské, německé, polské a ukrajinské národnosti se v rozsahu přiměřeném zájmům jejich národního rozvoje zabezpečuje právo na vzdělání v jejich jazyce“* (Müller, 2001 s. 19) Na rozdíl od současného znění, zákon nezaručoval právo na vzdělání s použitím Braillova písma nebo znakové řeči. V zákoně nebyla vůbec řešena možnost přítomnosti postiženého dítěte v běžné škole, zákon jenom potvrzoval existenci velkého množství speciálních škol. Podle něj *„školy pro mládež vyžadující zvláštní péči poskytují pomocí zvláštních výchovných a vyučovacích metod, prostředků a forem výchovu a vzdělávání žákům mentálně, smyslově nebo tělesně postiženým, žákům s vadami řeči, žákům s více vadami, žákům obtížně vychovatelným a žákům nemocným a oslabeným, umístěným ve zdravotnických zařízeních; připravují tyto žáky k začlenění do pracovního procesu a života společnosti.“* (Müller, 2001 s. 20) Žákovi, který kvůli svému zdravotnímu stavu nemohl docházet do školy, poskytovala škola individuální vyučování v rozsahu nejméně dvou vyučovacích hodin týdně, nebo ho národní výbor úplně od školní docházky osvobodil. Pro tisíce dalších dětí s těžkým mentálním postižením byla připravena ještě důslednější segregace - byly umístěny v ústavech sociální péče s celoročním provozem. Na toto umístění v ústavu sociální péče s celoročním, či týdenním pobytem bylo ale nutno čekat i řadu let. Podmínky v ústavech byly ale velmi nedůstojné, postiženým občanům byla upírána základní lidská práva a přirozené potřeby. Tuhle nepřirozenou segregací obou skupin občanů, postižených i zdravých, byl prohlubován pocit vzájemného nepochopení. Nebylo výjimkou, že se členové majoritní společnosti vyjadřovali o zdravotně postižených hanlivě a s opovržením. Až začátkem 90. let byly položeny základy postupného začleňování dětí s postižením do běžných škol. (Müller, 2001)

Výchovu a vzdělávání zdravotně znevýhodněných žáků zajišťují jak školy samostatně pro ně určené, tak běžné školy, a dále poradenská a jiná školská zařízení, která poskytují podpůrné služby.

Od roku 1990 byly v docela dobře propracovaném, ale pořád uzavřeném systému speciálního školství prosazeny změny, které postupně umožnily:

- systémově integrovat děti se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol, rozvíjet systém podpůrných opatření a posilovat tak proces inkluzivního vzdělávání,
- lépe identifikovat a diagnostikovat speciální vzdělávací potřeby dětí,
- vzdělávat žáky, kteří byli dříve osvobozeni od povinné školní docházky,
- vzdělávat žáky se sluchovým postižením prostřednictvím znakového jazyka,
- vzdělávat žáky hluchoslepé a žáky s těžkým postižením mluvené řeči prostřednictvím alternativních forem komunikace (dotyková abeceda, piktogramy apod.),
- zaměřit se na vzdělávací potřeby dětí odklonem od medicínského pojetí
- vznik nových vzdělávacích příležitostí s využitím iniciativy církevních i soukromých zřizovatelů,
- inovovat vzdělávací programy a rozšiřovat nabídku vzdělávacích programů,
- zřizovat speciálně pedagogická centra, která poskytují specializované služby dětem se zdravotním postižením integrovaným v běžném vzdělávacím proudu, jejich rodičům i učitelům,
- zřizovat střediska výchovné péče,
- a jiné

Uvedené změny obecně směřovaly k rozšíření vzdělávacích možností a k posilování integrace nad odděleným vzděláváním, k zajištění rovného přístupu ke vzdělávání bez ohledu na druh znevýhodnění (www.uiv.cz).

Na samém začátku téměř plošné školní integrace stála iniciativa mezinárodní organizace UNESCO, která jako organizace simulující prosazování základních práv každého individua staví do prvního sledu především právo na vzdělání, což taky vyvrcholilo vyhlášením Mezinárodního dne postižených v roce 1981. Všechny snahy pak vyústily ve Světovou konferenci speciálního vzdělávání v roce 1994 ve Španělsku. Z této konference pochází taky slogan „Škola pro všechny“, který zdůrazňoval myšlenku rovnoprávného vzdělávání pro všechny děti, kterým byla tato možnost odepřena. „Pro všechny“ znamenalo bez rozdílů postižení, barvy pleti, etnika nebo

nadání. Na samém zrodu projektu se podíleli profesor z Cambridge M. Ainscown a pracovnice Unesca L. Selah, kteří jej aplikovali do čtrnácti zemí světa a následně byl pak projekt přijat ve čtyřiceti státech, včetně České republiky (www.unesco.org).

1.4. Nová školská legislativa a rámcové podmínky pro integrativní vzdělávání

Právní úprava celého procesu sehrává při integraci velmi významnou roli. I v integraci platí, a to pro všechny – rodiče, školu, žáky, učitele – staré římské **Ignorantia legis neminem excusat**, čili neznalost zákona neomlouvá.

Česká republika schválila v roce 1999 cíle vzdělávací politiky, na jejímž základě vznikl Národní program rozvoje v ČR, **Bílá kniha** (2001).

„Česká Bílá kniha je pojata jako systémový projekt formulující myšlenková východiska, obecné záměry a rozvojové programy, které mají být směrodatné pro vývoj vzdělávací soustavy ve střednědobém horizontu“. Zároveň je však Bílá kniha otevřeným dokumentem, který by měl být v pravidelných intervalech kriticky zkoumán a v souladu se změnami revidován a obnovován. (<http://aplikace.msmt.cz/pdf/bilakniha.pdf>).

Zajistit svému dítěti odpovídající a kvalitní vzdělání, a tím mu umožnit dobrý start do samostatného života, patří ve většině případů mezi priority každé rodiny. A vzdělávání dětí se speciálními potřebami není výjimkou. Od 1. září 2011 vstoupila v platnost nová vyhláška, která upravuje právě podmínky vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, podmínky vzdělávání žáků mimořádně nadaných zůstávají stejné. Ve vyhlášce **č. 147/2011 Sb.**, která mění stávající vyhlášku č. 73/2005 Sb. jsou některé změny a úpravy zcela zásadní.

Nejdůležitější změny:

- Škola nesmí odmítnout žáka se zdravotním postižením, ale musí učinit taková opatření, která by mu umožnila integraci.
- Žák bez zdravotního postižení se nesmí vzdělávat podle vzdělávacího programu pro žáky se zdravotním postižením.
- Asistent pedagoga je kompetentní zastoupit při vyučování a o přestávkách osobního asistenta žáka s těžkým zdravotním postižením.

- Ve třídách zřízených pro žáky se zdravotním postižením mohou být zařazeni souběžně žáci dvou i více ročníků, popřípadě i prvního a druhého stupně.

Novinkou jsou taky opatření vyrovnávací, která přibyla k opatřením podpůrným. Podpůrná opatření jsou určena těm dětem, které se vzdělávají v režimu speciálního vzdělávání. Týkají se žáků se zdravotním postižením, ale také žáků mimořádně nadaných. Vyrovnávací opatření jsou uplatňována při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním. Jejich cílem je podpořit školní úspěšnost těch žáků, jejichž vzdělávací potřeby nejsou důsledkem zdravotního postižení. Jedná se například o pedagogické nebo speciálně pedagogické metody a postupy, individuální podporu, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, kterými jsou speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny. Nově byl taky doplněn termín „středně těžké mentální postižení“, který je podle WHO charakterizován IQ v rozmezí 35 až 49 bodů. Další obměna vyhlášky je zaznamenána v paragrafu zabývajícím se Individuálním vzdělávacím plánem. Ten již nově neobsahuje návrh případného snížení počtu žáků ve třídě běžné školy, kde se žák s postižením vzdělává. Tento požadavek je nyní plně součástí podpůrných opatření, která navrhuje speciální pedagog. Ve třídách, odděleních a studijních skupinách zřízených pro žáky se zdravotním postižením mohou být nově zařazeni souběžně žáci dvou i více ročníků, popřípadě i I. a II. stupně. Ve třídách pro žáky s těžkým zdravotním postižením a nově také ve třídách škol při psychiatrických léčebnách mohou vzdělávací činnost zabezpečovat současně tři pedagogičtí pracovníci, z nichž alespoň jeden je asistent pedagoga. Znamená to, že i na základě nových kompetencí těchto asistentů může být ve vzdělávací skupině přítomno asistentů více (<http://www.msmt.cz>). To jak budou nové změny a úpravy vyhlášky fungovat v praxi ukáže až čas.

2. INTEGRACE JAKO JEDNA Z CEST VZDĚLÁVÁNÍ

2.1. Modely, formy a stupně integrace

Jak už bylo zmíněno v předcházející kapitole tak k evropským, ale také ke světovým základům speciální pedagogiky se řadí právo postižených na vzdělání. Toto základní právo už bylo zaneseno v různých deklaracích a formulace tohoto principu je předpokladem a prvním krokem ke vzdělávání postižených a k jejich **integraci**. Integrativní snahy vychází z analýzy OECD, která popsala tyto čtyři modely:

- **Medicínský model** - vede k medicínsky orientované péči a cílem je překonání a léčba postižení. Speciálně-pedagogická opatření, speciální terapie a podpůrné vyučování se provádějí ve zvláštních zařízeních. **Integrace** znamená reintegraci postiženého žáka do běžné školy po předchozím vřazení do speciální školy. U tohoto modelu není potřeba měnit školský systém, ale dítě se musí přizpůsobit novým podmínkám.
- **Sociálně patologický model** - základy integračních těžkostí nejsou biologické povahy, ale povahy sociální. Postižení se jeví jako sociálně nepřizpůsobiví a musí být pomocí speciální terapie adaptováni a normalizováni. *„Sociálním začleňováním je jedinec integrován do mezilidských vztahů, přijímá za své kulturní hodnoty, bere na sebe sociální role a funkce, podrobuje se určitým zvyklostem, sdílí s druhými určitá mínění a přesvědčení, ztotožňuje se s určitým sdíleným životním řádem, přijímá za samozřejmé určité zásady a normy, platné pro všechny“* (Helus, 1998).
- **Model prostředí** - řeší otázku, jak se má změnit škola, aby to bylo ve prospěch žáků s postižením. Tím, že jsou děti integrovány do běžné školy, se škola přizpůsobuje potřebám všech žáků a v rámci vnitřního kurikula poskytuje diferencované nabídky všem žákům podle jejich vzdělávacích potřeb.
- **Antropologický model** – U tohoto modelu jde v první řadě o lepší interpersonální interakci a až pak o zlepšení prostředí a vybavení. Důležité je realistické ohodnocení situace postižených a odhalení vlastní osobnosti se zdůrazněním interakce. (Mühlpachr in Vítková, 2004)

Jesenský (1995) uvádí, že **stupně integrace** by měly být srovnatelné se stupni integrace v jiných oblastech a ve své knize je popisuje a rozděluje na 6 typů:

1. tzv. **“plná integrace”** – v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem,
2. **podmíněná integrace** – v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statutem,
3. **snížená integrace** – za pomoci technických a jiných úprav výchovně vzdělávacího prostředí, použití kompenzačních pomůcek a s výběrem uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem,
4. **vymezená integrace** – na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek a s výběrovým uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem,
5. **vymezená integrace** - na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v průměrném rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6. **redukovaná integrace** – na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu přijatelném sociálnímu statusu.

Integrované vzdělávání můžeme definovat jako přístupy a způsoby zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do proudu běžných škol, jejichž cílem je poskytnout postiženým žákům společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky a přitom respektovat jejich specifické potřeby (Průcha, Mareš, Walterová, 2001).

Z pohledu Valenty (2003) lze školní integraci dělit na **integraci úplnou**, čili individuální a **částečnou** (skupinovou).

Pod úplnou integrací se rozumí začlenění postiženého jedince do běžného typu školy. Tento jedinec je vzděláván a vyučován spolu s nepostiženými žáky ve stejné třídě. Žák má možnost se účastnit všech aktivit jako nepostižené děti a tím má možnost se plně adaptovat na intaktní společnost. Částečná integrace znamená, že postižený žák se vzdělává ve speciální třídě, která je však umístěna v areálu běžné školy. Vyučování se realizuje v kolektivu postižených dětí. Mimo vyučování, například o přestávkách, v zájmových kroužcích atp. jsou však postižené děti ve styku s ostatními žáky. Tento typ integrace je vhodný pro ty žáky, u kterých pro rozsah postižení není možné provádět výuku v běžné třídě, ale je pro ně vhodné přicházet do kontaktu s intaktními žáky.

Specifickým a dalším druhem je **integrace obrácená**, která se ale v našich podmínkách objevuje pouze výjimečně. Její specifikum spočívá v tom, že zdraví žáci dochází do škol speciálních. (Valenta, 2003).

Obě formy integrace, jak úplná, tak částečná mají své výhody a nevýhody. Jaké to jsou a jaký přínos má integrace pro všechny zúčastněné strany se dozvíte v další části pod názvem Předpoklady úspěšné integrace a její přínosy.

2.2. Předpoklady úspěšné integrace a její přínosy

Jak už bylo řečeno, integrace je složitý proces a pro její úspěšné provedení musí být splněny všechny podmínky. Jedná se o připravenost integrovaného dítěte, dále musí být bezesporu připravena rodina, pedagogický sbor a škola, která jedince přijímá. Mezi základní faktory, které ovlivňují celý proces integrace, patří stupeň a forma postižení dítěte, postoj rodičů a samozřejmě už zmíněná škola.

Úspěšné včlenění postižených žáků do tříd s intaktními spolužáky je zajisté podmíněno dalšími podpůrnými faktory, o kterých si řekneme níže. Pedagogický přístup k postiženým dětem musí být podřízen jejich specifickým potřebám a to v praxi znamená vzdělávat dítě pomocí speciálních metod, s potřebnými kompenzačními pomůckami a dle individuálního vzdělávacího plánu. (viz. 4.6)

Rodina postiženého dítěte sehrává v procesu integrace velmi důležitou roli. Nezbytnou součástí je spolupráce rodičů se speciálně-pedagogickou poradnou, s ředitelem a učiteli školy, kde má být žák integrován. Systematická práce, aktivní přístup a osobní angažovanost by měly patřit mezi priority u rodičů, kteří se pokouší o úspěšnou integraci svého postiženého dítěte. Rodiče by stejně jako dítě měli být seznámeni s podmínkami třídy a s požadavky, které budou na jejich dítě kladeny. Rodič by se měl s učitelem domluvit na podmínkách jako např. na úpravě denního režimu nebo jak postupovat při domácím učení apod. Dalším předpokladem k úspěchu je informovanost intaktních žáků a jejich rodičů o průběhu realizace integrace. Zdravé děti by měly pochopit, o jaké postižení se jedná a jak případně pomoci. Rodičům intaktních žáků by měli být všechny aspekty integrace vysvětleny, aby integraci podporovali a neměli z ní obavy. (Valenta, 2003).

2.2.1. Škola přijímající postižené dítě

Dle nové vyhlášky č. 147/2011 Sb., která mění stávající vyhlášku č. 73/2005 Sb. škola nesmí odmítnout žáka se zdravotním postižením, ale musí učinit taková opatření, která by mu umožnila integraci. Škola má povinnost v případě potřeby zajistit:

- bezbariérový přístup
 - umožnit žákovi používat potřebné a dostupné kompenzační pomůcky, vhodné učební pomůcky a učebnice
 - uplatňovat alternativní formy komunikace
 - zabezpečit odbornou výuku předmětů speciálně pedagogické péče
 - zohlednit druh, stupeň a míru postižení nebo znevýhodnění při hodnocení výsledků
 - zkvalitňovat připravenost pedagogických pracovníků
 - zajistit druhého pedagoga ve třídě, případně asistenta pedagoga
 - spolupracovat s rodiči a podporovat spolupráci s odborníky z jiných resortů.
- (Valenta, 2003).

*„V souladu se zněním § 36 odst. 5 školského zákona žák plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem v obvodu, ve kterém má žák trvalý pobyt (spádová škola), pokud pro něho jeho rodiče nezvolili školu jinou. To se týká všech žáků se zdravotním postižením, tedy i žáků s těžkým zdravotním postižením. Se vzděláváním dítěte ve třídě/škole zřízené pro žáky se zdravotním postižením musí jeho zákonný zástupce souhlasit (dát informovaný souhlas). Pokud by se zařazením dítěte do takovéto třídy/školy zákonný zástupce nesouhlasil, vzdělává se žák ve spádové škole, případně jiné „běžné škole“, je tedy **integrován do třídy hlavního vzdělávacího proudu** a jeho vzdělávání se uskutečňuje za pomoci podpůrných opatření.“*

(www.msmt.cz)

Ze strany postiženého dítěte se už ale kladené podmínky realizují obtížněji. Snadné by bylo vypsát všechny důležité faktory pro úspěšnou integraci. Například, že postižené dítě by mělo mít odpovídající rozumové schopnosti, mělo by být schopné plnit požadavky učebního plánu, nenarušovat průběh vyučovací hodiny atp. Z posledních řádků asi všem jednoduše vyplývá, že například dítě s těžkým mentálním postižením není schopno všechny zmíněné podmínky ani při největším úsilí splnit. Znamená to

tedy, že pro těžce postižené dítě nemůže dojít k úspěšné integraci do běžné ZŠ? Touto otázkou a názory na tuto problematiku se budeme blíže zabývat v dalších kapitolách.

2.2.2. Přínosy integrace

Cílem školství v České republice je vytvořit takové školní prostředí, které by poskytovalo všem žákům stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání a zajistilo právo na rozvoj jejich individuálních předpokladů a proto se i v České republice setkáváme s velkou snahou integrovat postižené děti do všech typů škol a školských zařízení. (Bartoňová, 2007) Jaké však z toho plynou přínosy?

Michalík (2002) vyjadřuje názor, že pokud jsou všechny podmínky pro úspěšnou integraci dodrženy, tak přináší integrace pro postižené žáky mnoho pozitiv. Jedním z nich je například nedojíždění do speciálních zařízení, které často sídlí několik desítek kilometrů daleko. Škola v místě bydliště pro postižené dítě znamená, že zůstane ve svém rodinném a známém prostředí. Další pozitivum je v tom, že tyto děti jsou konfrontovány se zdravým okolím, budují si svou pozici a získávají sebedůvěru. Mimo jiné dítě s postižením taky přebírá vzor chování a jednání od zdravých dětí a tak se postupně stává jejich partnerem. Přínos z integrace mají však i zdravé děti, u kterých se mění pořadí v hodnotovém žebříčku ve prospěch zdraví, přátelství, radosti před povrchními představami o životě a hmotnými požitky. Soužití s postiženými spolužáky a kamarády naučí zdravé děti správně vnímat problémy i úspěchy a teprve při srovnání sebe s postiženým dítětem si uvědomí, jaké jsou jeho problémy často zanedbatelné (Starová, 2004). Také O. Obst (2002) a M. Pasch (1998) se zamýšlejí nad výhodami integrace ve výchovně vzdělávacím procesu. Souhlasí, že mezi výhody integrace žáka s postižením patří navazování kontaktu se zdravými žáky, přičemž dochází k posilování demokratických hodnot, sociálnímu a kooperativnímu učení. Integrace také ovlivňuje intaktní žáky třídy, odstraňuje předsudky a vytváří u žáků empatictější vztah k okolí. Integrace má však i své negativní stránky, na které není potřeba zapomínat a to, že mnohdy mohou postižení prožívat pocit méněcennosti, či být centrem posměšků. Této skutečnosti je potřeba předcházet a vytvořit takové prostředí ve třídě, kde budou mít všichni rovné šance. (Michalík, 2002) S tím se ztotožňuje i Průcha (2002), který říká, že cílem je i těžce postiženým žákům poskytnout zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby.

3. DÍTĚ SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

3.1. Diagnostika ve speciální pedagogice z hlediska vývoje dítěte

Psychomotorický vývoj dítěte - tento složitý název znamená vývoj dítěte jak po stránce pohybové, tak po stránce psychické. Jde o složitý a ucelený proces, který zahrnuje mnoho složek jako například hrubou motoriku /lezení, otáčení se, chůze atd./a dále pak jemnou motoriku, kde patří především práce rukou, manipulace s hračkou atd. Do psychomotorického vývoje dítěte však také zahrnujeme dovednosti sociální, poznávací, mentální, a další. „Každé dítě přichází na svět se svou individuální výbavou, která se rozvíjí v interakci s jeho životním prostředím. Proto je důležité, aby osoba, která o dítě stále pečuje, dokázala citlivě reagovat na jeho potřeby a současně i respektovala ve svém výchovném přístupu k dítěti jeho individuální zvláštnosti“ (Přinosilová, 2007 s. 154)

Diagnostika novorozence je zaměřena na funkci a aktivitu centrálního nervového systému, protože to je předpokladem dalšího zdárného vývoje dítěte. Děti, jejichž start do života byl ohrožen prenatálními a perinatálními problémy, jako je například nízká porodní hmotnost, krvácení do mozku, nebo jiné znaky nezralosti vyžadují zvláštní péči. Včasné zachycení eventuální odchylky již v raném vývojovém období může příznivě ovlivnit další vývoj dítěte a snížit tak riziko poškození psychomotorického vývoje. Kromě předčasně narozených dětí se ale rodí i děti s vrozenými vývojovými vadami, jako jsou například různé anomálie končetin, Downův syndrom nebo vady rozštěpové. Tyto děti bývají dráždivější a labilnější, proto se můžou projevovat a reagovat na prostředí jinak, než by si rodiče přáli nebo očekávali. „Chování takového dítěte je pro rodiče méně srozumitelné a často nepředvídatelné. Rodiče se pak mohou snažit stimulovat vývoj dítěte za každou cenu, čímž ho mohou přetížít, dítě se začne odtahovat a stává se ještě pasivnějším.“ (Sobotková, Dittrichová in Přinosilová, 2007 s. 155) Mezi dětmi kojeneckého období jsou znatelné individuální rozdíly, proto se doporučuje sledovat projevy dítěte průběžně a po delší dobu. Spolupráce s rodiči a jejich aktivní zapojení do celého diagnostického procesu je jeden z faktorů úspěšnosti. Z hlediska diagnostiky je potřeba zmínit, že v období batolete už začínají být patrná

některá těžší zdravotní postižení, například mentální či smyslové postižení. Proto mezi hlavní úkoly patří včasné zachycení problému a nutnost včasné speciální podpory.

Důležitý a velice podstatný je komplexní přístup, přičemž diagnostiku je třeba realizovat formou hry a v přirozeném prostředí dítěte. Diagnostika předškolního období je charakteristická věkem od 3 do 6 až 8 let. Úkolem je stanovení kvality a úrovně znalostí ale taky chování dítěte. Součástí diagnostiky je i diagnostika předškolního zařízení a zařazení dítěte do povinné školní docházky přičemž se posuzuje úroveň školní zralosti a připravenosti dítěte na školu.(Přinosilová, 2007)

3.2. Vznik a typy postižení

„Lidé se zdravotním postižením jsou přirozenou součástí občanů České republiky. Dotýkají se jich a jejich život ovlivňují tytéž podmínky a události jako všechny ostatní obyvatele. Zdravotní postižení představuje však jednu z nejtěžších životních zkoušek – na rozdíl od řady dalších skutečností, jež může jejich nositel ovlivnit, se přitom jedná o událost, která je na vůli člověka většinou nezávislá“ (Michalík, 2005 s. 5)

Na příčinách vzniku postižení se podílí exogenní faktory tzv. vnější nebo endogenní tzv. vnitřní faktory. Období, ve kterých může k postižení dojít, dělíme na prenatální, perinatální a postnatální. V prenatálním období, od početí do porodu, negativně ovlivňující vývoj jedince jsou zejména vlivy chemické /léky, drogy.../, fyzikální /úraz, záření.../, nutriční, biologické /infekce.../ anebo psychické, například stres matky. Mechanické poškození plodu, nedostatek kyslíku a jiné komplikace v perinatálním období, to znamená v období při porodu nebo krátce po něm se taky negativně projevují na dalším vývoji dítěte. V postnatálním období se jedná o stejné negativní vlivy jako v období prenatálním, ty však už působí na dítě přímo a nikoli přes organismus matky. Mezi faktory endogenní patří zejména faktory genetické, jako například chromozomální aberace nebo genové mutace.(Slowík, 2007)

Druhy zdravotního postižení

Nejběžnějším a nejobvyklejším způsobem vnitřní diferenciací zdravotně postižených je model dle převládajícího zdravotního postižení. Nejčastěji se tak setkáme s postižením:

- tělesným,
- zrakovým,
- sluchovým,

- řečovým,
- mentálním a duševním.

K nim je však nutno přiřadit i další skupiny, na něž se často zapomíná. Jedná se o postižení:

- kombinovaná,
- nemocné civilizačními chorobami. (Michalík, 2005)

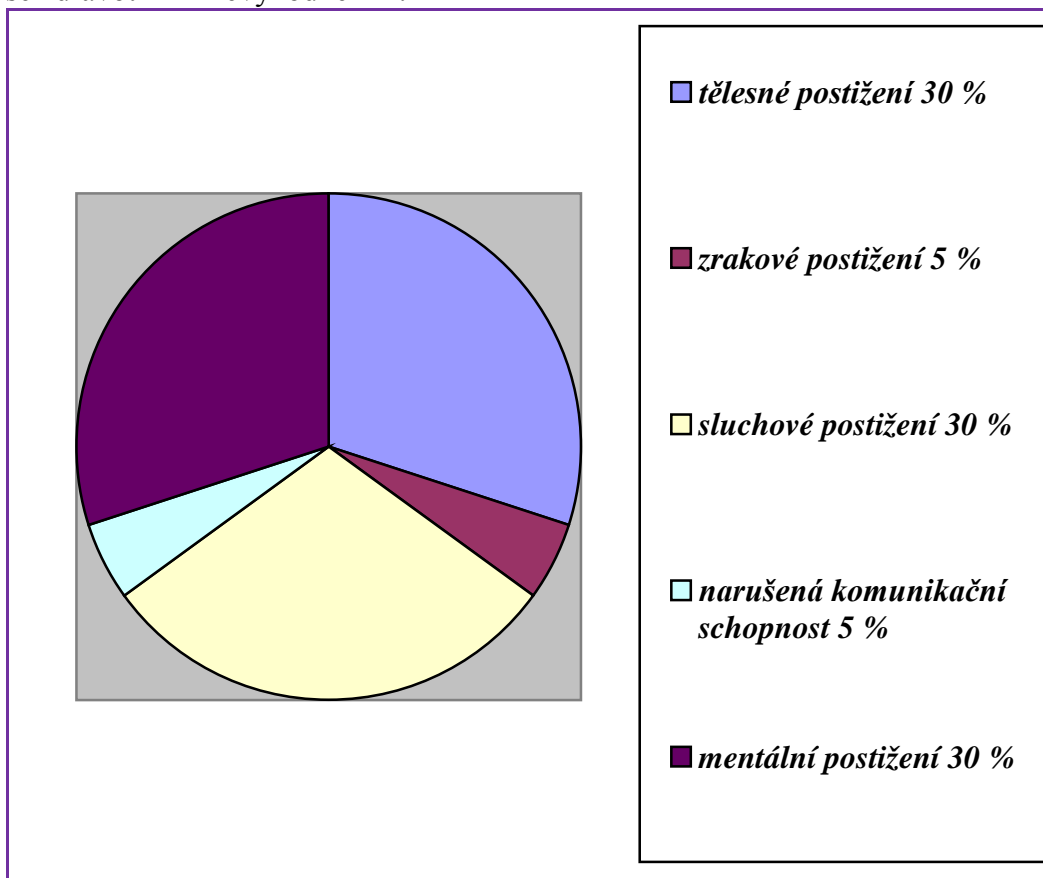
Podle celosvětových průzkumů lze říci, že postižených osob v celé populaci je přibližně 11 %. Stejně procentuální zastoupení platí rovněž i pro Českou republiku. Na čísla řečeno ve světě žije asi půl miliardy smyslově, tělesně nebo mentálně postižených osob. Reálný počet bude ale bohužel pravděpodobně vyšší než doposud předpokládaný. (Slowík, 2007)

Zpráva o situaci zdravotně postižených uvádí tyto odhady:

- 100 000 zrakově postižených, z toho 17 000 prakticky nevidomých (vizus 6/60 a horší)
- 300 000 sluchově postižených, z toho asi 15 000 zcela hluchých
- 60 000 lidí s poruchami řeči
- 1 500 hluchoslepých
- 300 000 mentálně postižených
- 300 000 lidí s vadami pohybového ústrojí
- 480 000 diabetiků (z toho 70 000 inzulinovaných)
- 150 000 osob po cévních a mozkových příhodách
- 140 000 osob postižených epilepsií
- 100 000 duševně nemocných
- 200 000 psoriaticů

Národní plán vyrovnávání příležitostí uvádí cca 1 200 000 zdravotně postižených občanů v ČR. (www.sons.cz)

Graf 1: Poměrné zastoupení jednotlivých druhů postižení ve skupině osob se zdravotním znevýhodněním.



Zdroj: Slowík J, Speciální pedagogika, Grada 2007, str. 48

3.3. Speciální pedagogika osob se zrakovým a sluchovým postižením

Vokurka, Hugo (1998) ve své knize píšou, že zrak je jeden ze základních smyslů, který nám umožňuje vnímat a vyhodnocovat světelné podněty a tím získávat informace o objektech okolního světa. Zrak nám v minimálním čase podává maximum informací, umožňuje nám orientaci v prostředí, vzdálenosti, v barvách, v rozlišování tvarů, hloubky, velikosti, směru, a taky pohybu a klidu v okolním prostředí. Má rozhodující vliv na utváření správných představ, rozvoj paměti, myšlení, pozornosti a řeči. Keblová (1996) říká, že zrakové vjemy mají velký význam pro každou praktickou činnost – ať je to hra, učení, pracovní, či zájmová nebo rekreační činnost. Jak dále autorka uvádí, zrakové vnímání neboli vidění je složitý proces, jehož kvalita je určována funkcemi zrakového analyzátoru, kterými jsou:

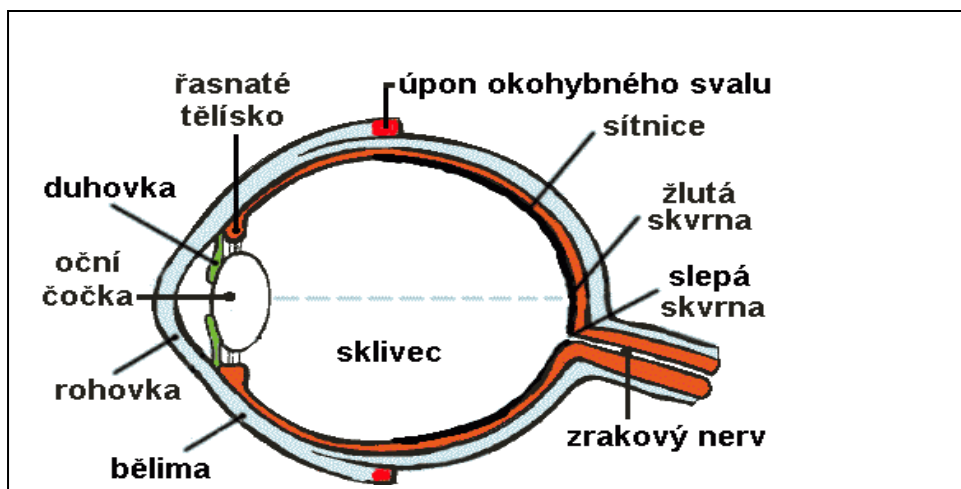
- zorné pole
- zraková ostrost
- barvocit
- adaptace
- akomodace
- binokulární vidění
- citlivost na kontrast (Keblová in Pipeková 2006)

Rozlišovací schopnost lidského oka, tzv. vizus = zraková ostrost, je nejdokonalejší v místě žluté skvrny sítnice. Její vyšetření se provádí na nástěnných tabulkách, které se nazývají optotypy. Každé oko se vyšetřuje zvlášť s tím, že druhé oko se zakryje. Běžné optotypy (Snellenovy) jsou sestaveny z číslic nebo písmen. Pro děti se například používají různě otočená písmena E, kterým se odborně říká Pflügerovy háky. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007).

„Zlomok 6/60 vyjadrujúci zrakovú ostrosť udáva, že oko môže vidieť na vzdialenosť 6 metrov to, čo normálne oko vidí na vzdialenosť 60 metrov, teda predmet, ktorý normálne oko vidí približne zo vzdialenosti 60 metrov, musí sa priblížiť na 6 metrov, ak ho má rozoznať oko so zrakovou ostrosťou 6/60.“ Požár (1972, s. 5)

Lidské oko je párový orgán zraku kulovitého tvaru, umístěný v kostěné prohlubni lebky. Stěna oka je tvořena třemi základními vrstvami, od povrchu dovnitř jsou to bělima, živnatka a sítnice. Bělima udržuje tvar oční koule. Pro vnímání světla a vidění je nejdůležitější sítnice, která obsahuje zrakové buňky čípky a tyčinky. Přibližně 7 miliónů čípků je nakupeno při zadním pólu oka v místě nejostřejšího vidění – žlutá skvrna. Tyčinek je v oku přibližně 130 miliónů. Čípky jsou určeny k vidění za denního světla a k rozlišování barev, tyčinky umožňují vidění černobílé a vidění za šera. Místo výstupu zrakového nervu se nazývá slepá skvrna, protože neobsahuje žádné zrakové buňky (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007).

Obrázek 1: Stavba oka



Zdroj: <http://images.google.cz/images?hl=cs&q=stavba+oka&gbv=2&aq=0&oq=stavba+>

„Zraková vada, podobně jako jiné postižení, ovlivňuje celou osobnost dítěte a jeho psychický vývoj. Jeho vliv je komplexní, často nejde jednotlivé složky dobře oddělit. Jsou rozlišovány změny primárního postižení, tj. zrakový handicap, a změny sekundárního charakteru, které z něho vyplývají. Zraková vada ovlivňuje vývoj takto postiženého dítěte v závislosti na diagnóze, jeho závažnosti, ale často i na době, kdy vznikl, a na jeho původu. Pro určení závažnosti defektu je podstatná míra zrakové ostrosti.” Vágnerová (1995, s. 11)

(Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) upozorňují, že zvláště u vrozeně nevidomých lidí má zrakové poškození značný dopad na vývoj jejich osobnosti a to zejména v oblasti:

- Kognitivního a pohybového vývoje
- Socializace

Kognitivní vývoj

Zrak sice není jediným smyslem, který správně odráží okolní svět, ale poskytuje nejvíce autentické vjemy předmětů. Proto musí být výpadek zraku nahrazen kompenzačními smysly, jako je sluch, hmat a kinestetické pocity. *Sluchové vnímání* hraje mimořádně důležitou úlohu především v procesech zprostředkovaného poznávání, prostorové a sociální orientaci (Požár, 2000, in Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007). Sluch

poskytuje informaci o směru, vzdálenosti zvucícího předmětu a některé další zvukové kvality. Sluch však neposkytuje konkrétní představu o předmětech jako takových.

„Hmatové vnímání je dalším kompenzačně rozvinutým způsobem bezprostředního poznávání okolního světa“ (Keblová, 1996, s. 12). Vnímání hmatem se od zrakového liší kvalitativně i kvantitativně. Prostor hmatového vnímání je ohraničen rozpaženými rukama a jako výsledek aktivního ohmatávání objektů vzniká aktivní hmat, nazýván haptika. Další důležitou roli v životě nevidomých sehrává řeč, která má pro těžce zrakově postižené větší význam než pro lidi vidící.

Pohybový vývoj

Celková pohyblivost dítěte, tj. motorika, hraje významnou úlohu v jeho vzdělávání a výchově. Úroveň motoriky významně souvisí s rozvojem řeči, myšlení a laterality. U zrakově postižených jsou odchylky v hybnosti, zejména však u dětí s vrozenou slepotou. Vývoj dětí se zrakovým postižením je výrazně opožděný v oblasti hrubé motoriky – jsou to pohyby celého těla, pohyby velkých svalových skupin, schopnost dítěte koordinovaně používat tělo jako celek. Těžce zrakově postiženému dítěti je zapotřebí při výcviku správné chůze pomáhat. Bez správného vedení přetrvávají nedostatky a následky: váha je přenášena na paty, cestu dítě vyhledává svými nohama a následkem toho přední část nohy se nedostatečně vyvíjí, dítě má ploché nohy. Také je velmi důležitý výběr správné obuvi (Keblová, 2001). S tím také ve své knize souhlasí (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007, s. 63), které říkají: *„Je také dokázáno, že těžce zrakově postižené děti se zdravým centrálním nervovým systémem, jimž nebyly poskytovány adekvátní příležitosti k získávání motorických dovedností, jsou často opožděny v celkovém vývoji. Jsou hypotonické, se špatnou koordinací, chodí nejistě a jejich chodidla jsou extrémně rotována.“*

Děti s těžkou zrakovou vadou:

- Jsou nejisté v orientaci
- Mají problémy s vytvářením představy o jejich prostředí
- Určují svou polohu a překonávají překážky pod neustálou kontrolou vědomí za velké pozornosti (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007)

Socializace

Společnost je jedním z činitelů, které významným způsobem ovlivňují psychický vývoj dítěte. Socializační působení umožňuje jedincům, aby se do společnosti postupně

začlenili. To je možné dosáhnout pomocí sociálního učení, jehož prostřednictvím si jedinec osvojuje žádoucí normy a role. Socializace dítěte s vrozeným postižením je však primárně odlišná, protože objektem tohoto působení je jedinec s jinými dispozicemi k vývoji, mnohdy velmi omezenými. Významnou úlohu v procesu socializace sehraává rodina, která předává dítěti určitou soustavu hodnot a cílů. V rodině se dítě setkává s různými činnostmi a sociální interakcí, která se realizuje verbální i neverbální komunikací. V této oblasti je potřeba zapojit všechny poznávací schopnosti, aby se dítě úspěšně rozvíjelo. Různé činnosti a sociální interakci může zdravé dítě neustále pozorovat, napodobovat je a uchovávat je v paměti. Tato forma sociálního učení je ale zcela nedostupná pro nevidomé děti. U nevidomých dětí chybí v sociální interakci s matkou vizuální kontakt a signální význam obličeje se proto ztrácí. Nevidomé děti sice také reagují úsměvem, v tomto případě na matčin hlas, ale reakce bývá nepravidelná a méně výrazná. Protože dítě nevidí tvář matky, chybí tady zpětná vazba. Nevidomé dítě bývá vlivem stimulační deprivace také apatičtější nebo úplně odmítá vnější podněty. Dalším výrazným rysem počáteční socializace nevidomých dětí je skutečnost, že je to jedno z mála postižení, které je diagnostikováno brzy po narození a z toho důvodu dochází k časnější změně rodičovských postojů a chování k nevidomému dítěti. (Vágnerová, 1992).

Litvak (1979 in Květoňová, 1994) ale tvrdí, že při normálním společenském styku zrakově postiženého s širokým prostředím se jádro osobnosti utváří bez jakýchkoli odchylek. Narušení zrakových funkcí není tedy nepřekonatelnou překážkou na cestě k formování plnohodnotné osobnosti.

3.4. Klasifikace osob se zrakovým postižením

Pod pojmem klasifikace rozumíme rozdělení zrakově postižených osob na základě určitých společných znaků. Z hlediska speciálně pedagogické praxe je velmi důležitá doba a příčina vzniku postižení. V zahraniční literatuře se obvykle setkáváme s rozdělením na dvě skupiny: slabozrací a nevidomí.

U nás je nejtradičtější rozdělení podle stupně zrakové vady. (Keblová, 2001)

Pro vzdělávací účely můžeme následně rozlišit pět hlavních skupin osob se zrakovým postižením (Jesenský, 1998) :

- Osoby slabozraké

- Osoby se zbytky zraku
- Osoby nevidomé
- Osoby s poruchami binokulárního vidění
- Zrakově postižení s kombinovaným postižením

Defektologický slovník (1984 in Květoňová, 1994) charakterizuje jednotlivé skupiny zrakově postižených asi takto:

Osoby slabozraké – jde o stav, který je charakteristický snížením zrakové ostrosti obou očí a to i s brýlovou korekcí. Tento stav působí postiženému potíže v běžném životě. Podle stupně postižení rozlišujeme slabozrakost na lehkou, střední a těžkou. Slabozrakost je vada orgánová, poškozeno může být zevní i vnitřní oko, zrakové dráhy nebo zrakové centrum.

Osoby se zbytky zraku – osoby s tímto postižením mají dolní hraniční míru schopnosti vnímat zrakem. Tyto osoby jsou schopny číst za pomoci optiky plakátové písmo. Orientace v prostoru za použití zraku není zpravidla možná.

Osoby nevidomé – Amauroza (z řeckého amauros - temný) – slepota. Jde o neschopnost jedince vnímat zrakem, i když je zachován určitý světlocit. Definice WHO a její Mezinárodní klasifikace chorob uvádí, že osoby nevidomé jsou ty, jejichž ostrost zraku s co nejlepší korekcí se pohybuje od maxima 3/60 po stav, kdy jedinec nevnímá světlo. Amaurozu dělíme na totální, pod tím se rozumí úplná ztráta vidění a na praktickou slepotu, kde jde o zachování světlocitu. Slepota může být vrozená, jako následek dědičnosti, nebo získaná, způsobena chorobou zrakového analyzátoru, tumorem, úrazu oka a podobně.

Osoby s poruchami binokulárního vidění – poruchy binokulárního vidění jsou poruchami funkčními a dělí se na tupozrakost a šilhavost. Charakteristickým znakem těchto funkčních poruch je omezení zrakové funkce jednoho oka. Šilhavost, jinak řečeno strabismus je porucha rovnovážného postavení očí, při němž nehledí obě oči rovnoběžně, ale jedno oko se stáčí. Jedním z důvodů je, že odchylovající oko má sníženou zrakovou ostrost. Proto lze šilhání napravit nasazením brýlové korekce. Při tupozrakosti (amblyopii) dochází k podstatnému snížení zrakové ostrosti jednoho oka, které nelze vykorigovat brýlemi. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007).

Zrakově postižení s kombinovaným postižením – jde o stav, kde se vyskytuje zrakové postižení s jiným postižením například psychickým, sluchovým, řečovým, či tělesným.

Nejčastější případy jsou kombinace postižení zraku a mentální retardace. Mezi časté kombinace taky patří postižení zraku a sluchu. K nejtěžším postižením však patří slepohluchoněmota (Květoňová, 1994).

Pro upřesnění uvádím **Klasifikaci zrakového postižení podle WHO:**

A, Střední slabozrakost - kategorie zrakového postižení 1

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/18 (0,30) - minimum rovné nebo lepší než 6/60 (0,10); 3/10 - 1/10

B, Silná slabozrakost - kategorie zrakového postižení 2

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 6/60 (0,10) - minimum rovné nebo lepší než 3/60 (0,05); 1/10 - 10/20

C, Těžce slabý zrak - kategorie zrakového postižení 3

a) zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí: maximum menší než 3/60 (0,05) - minimum rovné nebo lepší než 1/60 (0,02); 1/20 - 1/50,

b) koncentrické zúžení zorného pole obou očí pod 20 stupňů, nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45 stupňů

D, Praktická nevidomost - kategorie zrakového postižení 4

zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60 (0,02), 1/50 až světlocit nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace, i když centrální ostrost není postižena

E, Úplná nevidomost - kategorie zrakového postižení 5

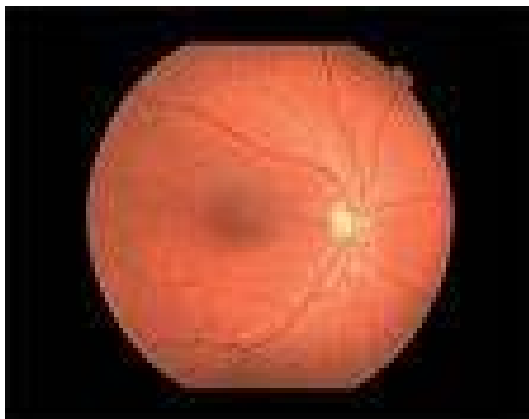
ztráta zraku zahrnující stavy od naprosté ztráty světlocitu až po zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí (<http://www.sons.cz/klasifikace.php>)

Mezi vážné postižení zraku dětského věku se řadí například:

Retinopatie nedonošených (ROP) – je na vedoucí pozici příčin slepoty dětí ve vyspělých zemích. Jde o onemocnění předčasně narozených dětí, které musí být umístěny v inkubátoru s vysokým přívodem kyslíku. Přestože to nebylo jednoznačně dokázáno, velmi často se uvádí souvislosti mezi porodní hmotností dětí pod 1500g a pod 28 týdnem gestačního věku. Tyto děti nemají při narození dokončenu vaskularizaci sítnice a po vysazení kyslíku se objevuje krvácení v sítnici a v sklivci. ROP se může vyvinout do pěti stupňů, od lehké slabozrakosti po totální slepotu. Mezi další vážné onemocnění patří **sítnicové degenerace** – jsou to nezánětlivá vrozená onemocnění sítnice, ke kterým dochází v průběhu dětství či dospívání. Nejznámější z nich je pigmentová degenerace sítnice. Je to dědičné onemocnění, které nelze léčit. Začíná již u

děti jako šeroslepost, pokračuje zužováním zorného pole až do trubicovitého vidění a končí poklesem centrálního vidění. Nejprve přivodí slabozrakost, později praktickou slepotu a v dospělosti slepotu úplnou.

Obrázek 2: Degenerace sítnice



Zdroj: <http://www.ocnivady.cz/degenerace-ocni-sitnice.p23.html>

Vrozený šedý zákal, odborně řečeno kongenitální katarakta, znamená zákal oční čočky dětského oka. Příčinou mohou být i dědičné faktory. Zkalení čočky bývá jednostranné nebo postihuje obě oči. Doprovodním jevem jsou další patologické změny na postižených očích, jako je například šilhání, atrofie zrakového nervu nebo nystagmus. Často musí být čočka odstraněna operativně a nahrazena brýlemi, nebo kontaktní čočkou. Abychom po operaci zabránili vzniku tupozrakosti, je potřeba rychle začít s výcvikem operovaného oka.

Vrozený zelený zákal (kongenitální glaukom)- je onemocnění, většinou oboustranné, způsobené zvýšeným nitroočním tlakem, který zhoršuje cévní výživu zrakového nervu a tím vede ke zhoršení zrakové ostrosti a ke ztrátě periferního vidění. Oči se začínají chorobně zvětšovat. Léčba léky je velmi málo účinná, dalšímu postupu onemocnění může zabránit chirurgický zákrok, který se mnohdy musí opakovat. Postižení zpravidla nebývá diagnostikováno ihned v kojeneckém věku. Asi v polovině případů se děti s glaukomem stanou slabozrakými, ale často i prakticky, nebo úplně nevidomými.

Retinoblastom – patří mezi nejvážnější oční onkologické onemocnění dětského věku. Nádor vyrůstá ze sítnice oka a přibližně ve 30 % dochází k oboustrannému postižení. Diagnostikuje se často kolem druhého roku dítěte. Když je nádor velmi rozsáhlý je nutné vyjmutí oka, protože hrozí přenos do druhého oka.

Albinismus – jedná se o vrozené dědičné postižení, které je charakteristické nedostatkem melaninu v těle i v očích. Zraková ostrost je snižena do pásma slabozrakosti v důsledku hypoplazie žluté skvrny sítnice, zároveň se objevuje nystagmus (mimovolní pohyby očí), strabismus a světloplachost.

Kortikální postižení zraku – je takzvaná mozková slepota, která se objevuje především u kombinovaně postižených jedinců. Jedná se o poruchu funkce mozku a zrakových drah. Typickou může být situace, kdy dítě sahá po hračce a vzápětí si všimne hračky mnohem nápadnější, anebo dítě předmět vidí, ale nedovede ho pojmenovat (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007).

Anoftalmus a mikroftalmus – jde o vrozené postižení vyskytující se v důsledku dědičnosti, případně infekčního onemocnění matky v těhotenství. Při anoftalmu zcela chybí bulbus, nebo se vytvoří jen jeho některé části. Při mikroftalmu je velikost bulbu různá. (Pipeková, 2006)

Jelikož vážné zrakové postižení není často možné zcela vyléčit, ani jinak odstranit, je o to důležitější věnovat se komplexní rehabilitaci zrakově postiženého. Veškeré rehabilitační aktivity by měli směřovat k základním cílům, kterými jsou především odstraňování komunikačních bariér, zlepšování orientace a dosažení co nejvyšší míry samostatnosti lidí se zrakovým postižením (Slowík, 2007).

Slyšení je velmi komplexní proces, a proto i příčin poruch sluchu existuje celá řada. Část sluchových postižení je způsobena vnějšími příčinami, podle různých studií 40-50%, část dědičnými – 50-60%. Vnější příčiny mohou působit již v těhotenství, obvykle při infekci matky, ototoxická, tedy sluch poškozující, mohou být i některá v těhotenství podávaná antibiotika. Vnější příčiny mohou působit i v období kolem porodu, nejčastěji u dětí s velmi malou porodní hmotností nebo u dětí s poporodní asfyxií (nedostatek kyslíku). Po porodu může dojít k poškození vláskových buněk hlemýždě vlivem infekce, především meningitidy, nebo v důsledku užívání některých typů ototoxických antibiotik. Pro všechny, kteří mají v důsledku postižení sluchu problémy s vnímáním zvuků z okolního prostředí a s porozuměním mluvené řeči, se používá označení „osoba se sluchovým postižením“.

Pozn. Podkapitola 3.3 Speciální pedagogika osob se zrakovým a sluchovým postižením, část o zrakovém postižení byla použita a upravena z GÜRTLEROVÁ, Z. Integrace zrakově znevýhodněných žáků na ZŠ, Bakalářská práce, 2010

WHO definuje neslyšícího jako toho člověka, který ani s největším zesílením sluchadel neslyší zvuk. Avšak jak uvádí Hrubý (1998) po právní stránce ve většině zemí neexistuje žádná definice, která by byla srovnatelná například s definicí slepoty.

Osoby se sluchovým postižením můžeme rozdělit do několika skupin podle toho, kdy postižení vzniklo, jak je závažné a kterou část sluchového analyzátoru zasáhlo. Z hlediska lokalizace rozlišujeme dvě základní skupiny sluchového postižení:

- 1, Periferní nedoslýchavost /hluchota/
- 2, Centrální nedoslýchavost či hluchota

Periferní nedoslýchavost dělíme na převodní, percepční a smíšenou. U převodního postižení sluchu jsou sluchové buňky v pořádku, ale nejsou stimulovány zvukem, protože vedení zvuku je přerušeno skrz zvukovod a střední ucho. Příčinou je každá překážka, která brání proniknutí zvuku. Percepčních postižení sluchu je mnohem více než převodních a jsou mnohem závažnější. Dochází při nich k poruše vnitřního ucha, sluchových nervů či buněk. U smíšené dochází ke kombinaci percepčního a převodního typu.

Centrální nedoslýchavost či hluchota má příčinu v hlemýždi anebo v mozku, kde není zvukový signál přiměřeně zpracován. V tomto případě naslouchací přístroj nepomůže; v případě poškození kochley však může pomoci kochleární implantát.

Tabulka 2: Klasifikace sluchového postižení

Velikost ztráty sluchu podle WHO	Název kategorie ztráty sluchu
0-25 dB	Normální sluch
26-40 dB	Lehká nedoslýchavost
41-55 dB	Střední nedoslýchavost
56-70 dB	Středně těžké poškození sluchu
71-90 dB	Těžké poškození sluchu
Více než 90 dB, ale body v audiogramu i nad 1kHz	Velmi závažné poškození sluchu
V audiogramu nejsou žádné body nad 1kHz	Neslyšící

Zdroj: Bytešníková, I., Horáková, R., Klenková, J. *Logopedie & Surdopedie*. Brno: Paido, 2007

Sluchový orgán-lidské ucho dělíme na 3 části, kterými jsou vnější ucho, střední ucho, vnitřní ucho, sluchová kůra a sluchové dráhy. Tyto části jsou vývojově a funkčně odlišné. Slouží k zachycení, mechanickému převodu, digitalizaci a transmisi zvukových vln do CNS. „Ucho je příjemcem informací, které jsou kódovány v akustické formě a slouží jako jeden z nejdůležitějších informačních kanálů člověka s okolním světem.“ (Šlapák, Floriánová in Bytešníková a kol., s. 94, 2007)

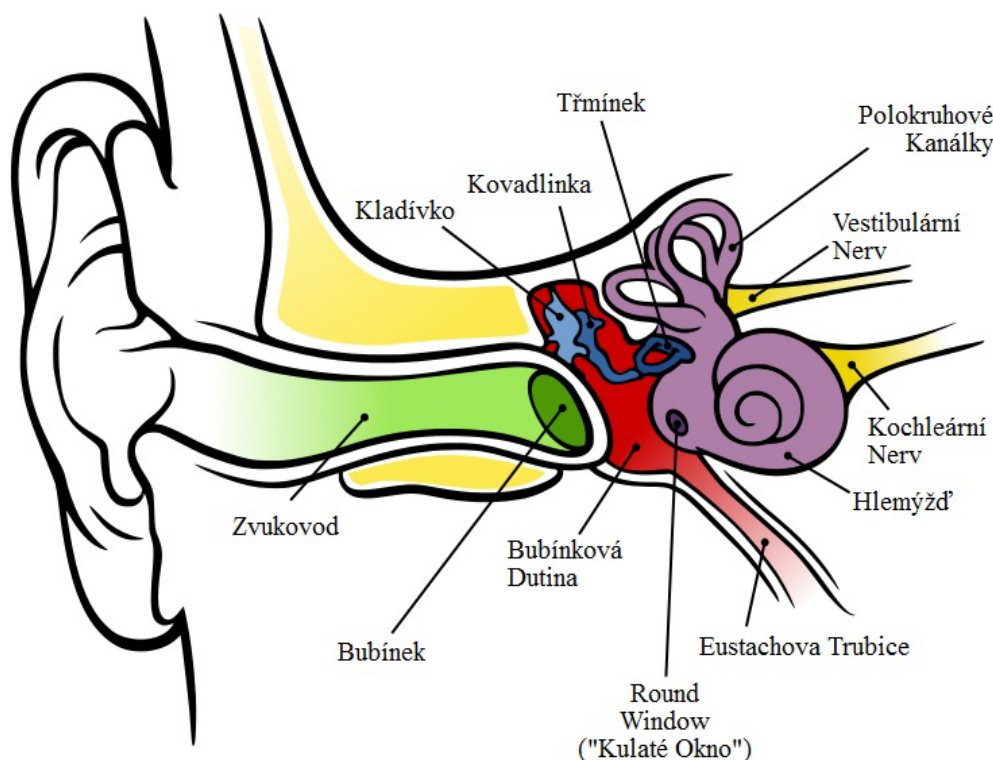
Vnější ucho se skládá z boltece a vnějšího zvukovodu. Boltec má tvar trychtýře, je tvořen chrupavkou a nachází se ve spánkové oblasti hlavy. Zvukovod vede a koncentruje akustickou kmitavou energii k dalším částem ucha. Má různou délku, tvar i průměr a je zakončen bubínkem.

Střední ucho má tvar šestihranné kostky, která je vyplněna vzduchem. Skládá se z následujících částí:

- **bubínková dutina**
- **sluchové kůstky** – kladívko, kovádlínka a třmínek, které jsou napojené na bubínek a uložené v bubínkové dutině. Řetěz těchto kůstek přenáší zvuk od bubínku do vnitřního ucha.
- **Eustachova trubice**, která spojuje bubínkovou dutinu a nosohltan. Vyrovnává tlak ve středním uchu s tlakem v okolním prostředí.

Vnitřní ucho je uloženo v nejtvrděší kosti lidského těla – ve skalní kosti. Dělí se na dvě části, kterými jsou **hlemýžď** /kochlea/ a **tři polokruhovitě kanálky** /labyrinth/. Hlemýžď je stočený kanál ve tvaru ulity a tvoří sluchovou část. Obsahuje vlastní sluchové ústrojí tzv. Cortiho orgán. Kostní labyrint je vyplněný perilymfou, což je vodnatá světlá tekutina. V perilymfě se nachází v zavěšeném stavu tenký blanitý labyrint. Je vyplněn endolymfou, která cirkuluje a omývá orgány a receptory vnitřního ucha. Sluchové buňky jsou jediné buňky, které dokážou převádět mechanickou energii zvuku v bioelektrickou a poté za pomoci sluchových nervů a drah vyvolat v mozku akustický vjem. Tyto buňky jsou v podélných řadách uloženy v hlemýždi. (Bytešníková & kol., 2007)

Obrázek 3: Anatomie ucha



Zdroj: http://cs.wikipedia.org/wiki/Soubor:Anatomy_of_the_Human_Ear_cs.svg

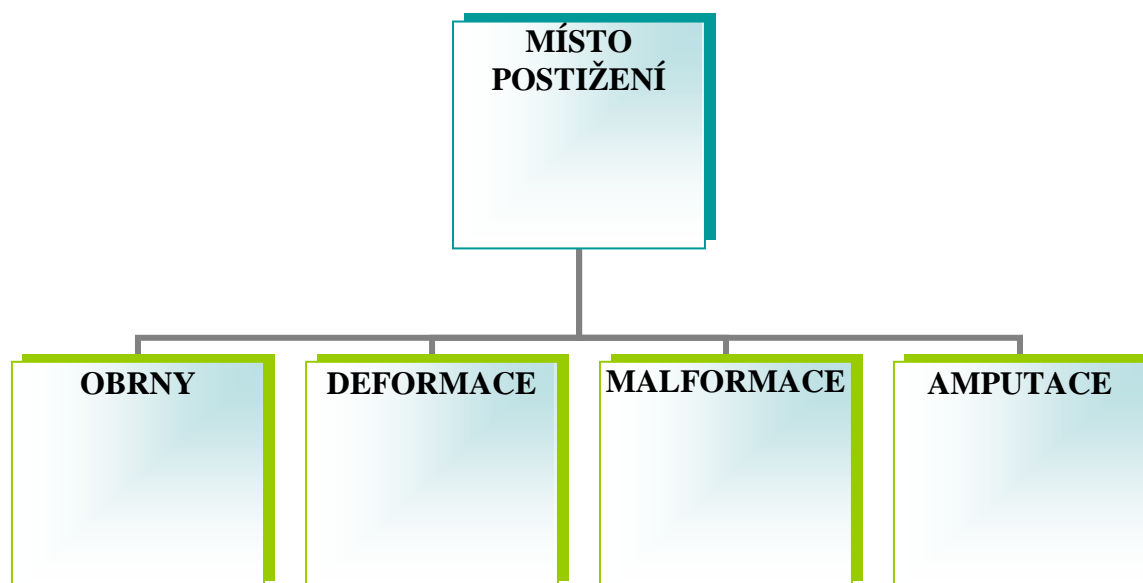
Obecně platí, že čím dříve se poškození sluchu zjistí a začne se s vhodnou rehabilitací, tím je vývoj dítěte méně poškozen. K vyšetření sluchu se nejčastěji používají tzv. objektivní zkoušky sluchu, mezi které patří zkouška otoakustických emisí / OAE /, nebo zkouška akustických evokovaných potenciálů mozkového kmene / BERA, CERA /. U zmíněných zkoušek OAE a BERA je důležitý klid dítěte, nejlépe v přirozeném spánku. (Bytešníková & kol., 2007)

3.5. Speciální pedagogika osob s tělesným postižením

„Osoby tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu, jejichž společným znakem je omezení pohybu, a toto tělesné postižení postihuje člověka v celé jeho osobnosti“ (Vítková in Opatřilová, Zámečnicková, 2007 s.16) Jako tělesně postižený je označován člověk, který je omezen v pohybových schopnostech v důsledku poškození podpůrného nebo pohybového aparátu nebo jiného organického poškození.

Pohybové postižení se dělí dle různých kritérií a rozděluje se do dvou základních skupin – postižení **vrozené** a **získané**. Pokud vzniklo postižení v době nitroděložního života, při porodu nebo v raném období po narození hovoříme o vrozeném postižení, které lze také chápat jako odchylku od normálního vývoje plodu. Jedná-li se o postižení získané, příčinou vzniku mohou být úrazy a změny v organizmu v souvislosti s určitou nemocí. Mezi další dělení tělesného postižení patří rozdělení dle **místa vzniku**.

Diagram 1: Dělení tělesného postižení dle místa vzniku



Zdroj: Opatřilová, Zámečnicková – Somatopedie, Brno: Paido, 2007, s.27

Obřny se projevují poruchou hybnosti, tzv. kvantitativní poruchou motorické inervace. Týkají se centrální a periferní nervové soustavy a liší se stupněm a rozsahem postižení. Částečné ztráty hybnosti nazýváme *parézy*, v případě úplného ochrnutí se jedná o termín *plégie*. (Opatřilová, Zámečnicková, 2007) Mezi závažné postižení centrální nervové soustavy patří dětská mozková obrna. „*DMO je porucha hybnosti a vývoje hybnosti na základě raného poškození mozku před porodem, při porodu nebo v nejranějším dětství*“ (Renotírová, 2002, s. 34).

Rozdělení DMO:

- Diaparetická – spastická, křečovitá obrna, kdy jsou postiženy zejména končetiny. Chůze bývá nůžkovitá, kolena se o sebe třou.

- Hemiparetická - spastická obrna horní i dolní končetiny stejnostranné poloviny těla. Zpravidla se jedná o ohnutí horní končetiny v lokti a napjatou dolní končetinu tak, že postižený došlapuje na špičku.
- Kvadruparetická – spastická obrna všech čtyř končetin, s převážným postižením dolních končetin.
- Hypotonická obrna je obrna chabá, která se vyskytuje v kojeneckém věku, přičemž jsou nejvíce postiženy dolní končetiny.

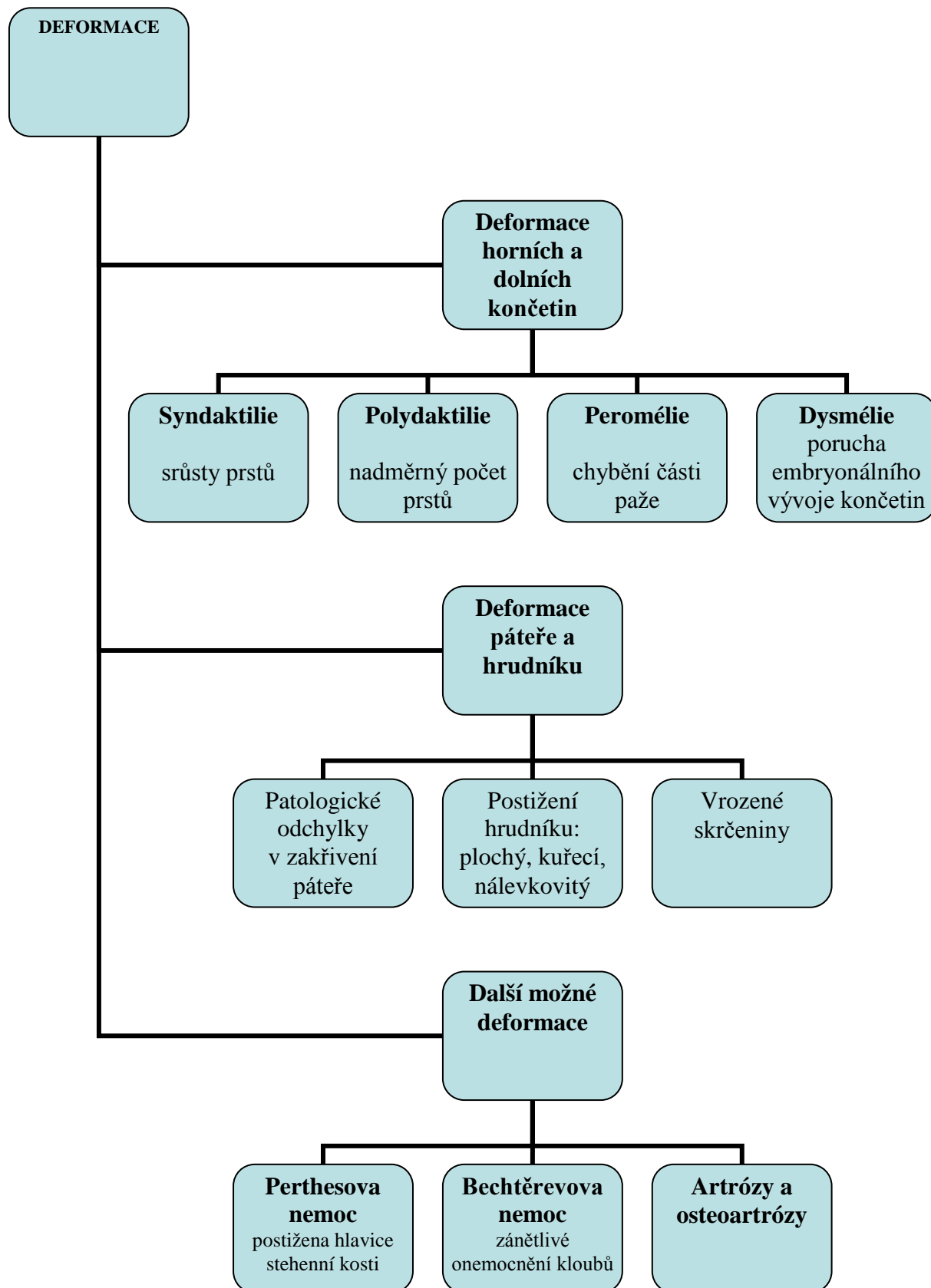
Někdy se uvádí i tzv. dyskinetická obrna, která se vyznačuje nepotlačitelnými mimovolnými pohyby, které doprovázejí každý pokus o volný pohyb. DMO je často kombinovaná s poruchami duševního vývoje, se sníženým intelektem, poruchami chování nebo epileptickými záchvaty. Výjimkou nejsou ani poruchy smyslových orgánů, sluchu a zraku.

Obrny periferních nervů mají řadu rozdílných příčin. Mezi nejčastější příčiny patří úrazy končetin, kdy dochází k přerušení či zhmoždění nervu, k porušení dostředivých drah a tím k přerušení kontaktu periferie s CNS. Dochází tak k částečným nebo úplným obrnám těchto částí těla. Při úplné obrně končetina jen bezvládně visí. (Vítková in kol., 2008)

Deformace se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Opět se jedná o vrozené nebo získané postižení. Mezi vrozené deformace se řadí deformity lebky, kloubů, svalů, hrudníku a končetin, které vznikají jako důsledek anomálního vývoje organismu v nitroděložním životě. Získané deformity lze charakterizovat nesprávným tvarem některé části těla, jedná se například o špatně zhojenou zlomeninu po úraze nebo deformace kloubů po zánětlivém onemocnění.

U obou těchto skupin deformací, jak vrozených, tak i získaných, je velmi důležitá včasná diagnostika, na níž velmi záleží další prognóza.

Diagram 2: Typy deformací



Zdroj: Opatřilová, Zámečnicková – Somatopedie, Brno: Paido, 2007 /upraveno z textu/

Malformace je vrozené vývojové postižení, pro které je typické znetvoření. K malformacím řadíme například Fallotovu tetralogii nebo rozštěp rtu. Vitková (2008, s. 125) uvádí, že „*Malformací rozumíme patologické vyvinutí různých částí těla, nejčastěji jsou to končetiny. Časté chybění končetiny označujeme jako amélie. Stav, kdy končetina navazuje přímo na trup nazýváme fokomélie*“.

O **amputaci** hovoříme v tom případě, když se jedná o nevratné oddělení části orgánu nebo části či celé končetiny od ostatního organismu. Obecně platí, že k amputaci se přistupuje, není-li již naděje na záchranu příslušné části těla nebo pokud dochází k ohrožení celého organismu. Amputace je dále možno dělit na amputace horních, dolních končetin a amputace kombinované. (Renotiérová, 2003)

Jak u smyslového postižení, tak u lidí s tělesným postižením záleží hlavně na psychické přizpůsobivosti daného člověka a jeho vůli se s postižením vypořádat.

3.6. Speciální pedagogika osob s mentálním postižením

Napsat charakteristiku lidí s mentálním postižením je velmi obtížné, protože jak zmiňuje Švarcová, každá osoba s mentálním postižením je svébytný subjekt s charakteristickými osobními rysy. Celkové poškození neuropsychického vývoje však s sebou přináší řadu zvláštností v jednotlivých stránkách osobnosti mentálně postižených osob (Bazalová a kol., 2007).

Za mentálně postiženého je považován takový jedinec, u kterého dochází k zaostávání vývoje rozumových schopností, k poruchám v adaptačním chování a k odlišnému vývoji psychických vlastností, přičemž za příčinu postižení se zpravidla považuje poškození CNS. Pro upřesnění je důležité uvést, že osoby s geneticky podmíněnou nižší úrovní rozumových schopností, výchovně zanedbané děti, nebo děti s vážnými poruchami smyslového vnímání či komunikačních schopností se nezařazují mezi osoby s mentálním postižením. (Švarcová, 2000).

Pro označení snížení rozumových schopností často užívá termín mentální retardace. O syntézu všech definic se pokusil Dolejší (1983, s. 38)., který charakterizuje mentální retardaci takto:

„Mentální retardace vývojová porucha integrace psychických funkcí různé hierarchie s variabilní ohraničeností a celkovou subnormální inteligencí, závislá na některém

z těchto činitelů: nedostatečných genetických vloh, porušeném stavu anatomicko - fyziologickém a funkce mozku a jeho zrání, nedostatečném nasycování základních psychických potřeb dítěte vlivem deprivace senzorické, emoční a kulturní, deficitním učení, zvláštnostech vývoje motivace, zejména negativních zkušeností individua po opakovaných stavech frustrace i stresu, na typologických zvláštnostech vývoje osobnosti“.

Pro klasifikaci mentální retardace se používají různá kritéria. Nejčastějšími jsou kritéria etiologická, symptomatologická, vývojová, podle stupně postižení, dále podle doby vzniku a druhu chování. Stanovení diagnózy mentální retardace se opírá o podrobné vyšetření jak psychologické, psychiatrické tak o zhodnocení dlouhodobého pozorování dítěte v přirozených podmínkách života. Významnou část vyšetření tvoří testy inteligence, které mohou být ale do značné míry zkreslené zejména u dětí, které mají obtíže v komunikaci nebo má závažné smyslové a emocionální poruchy.

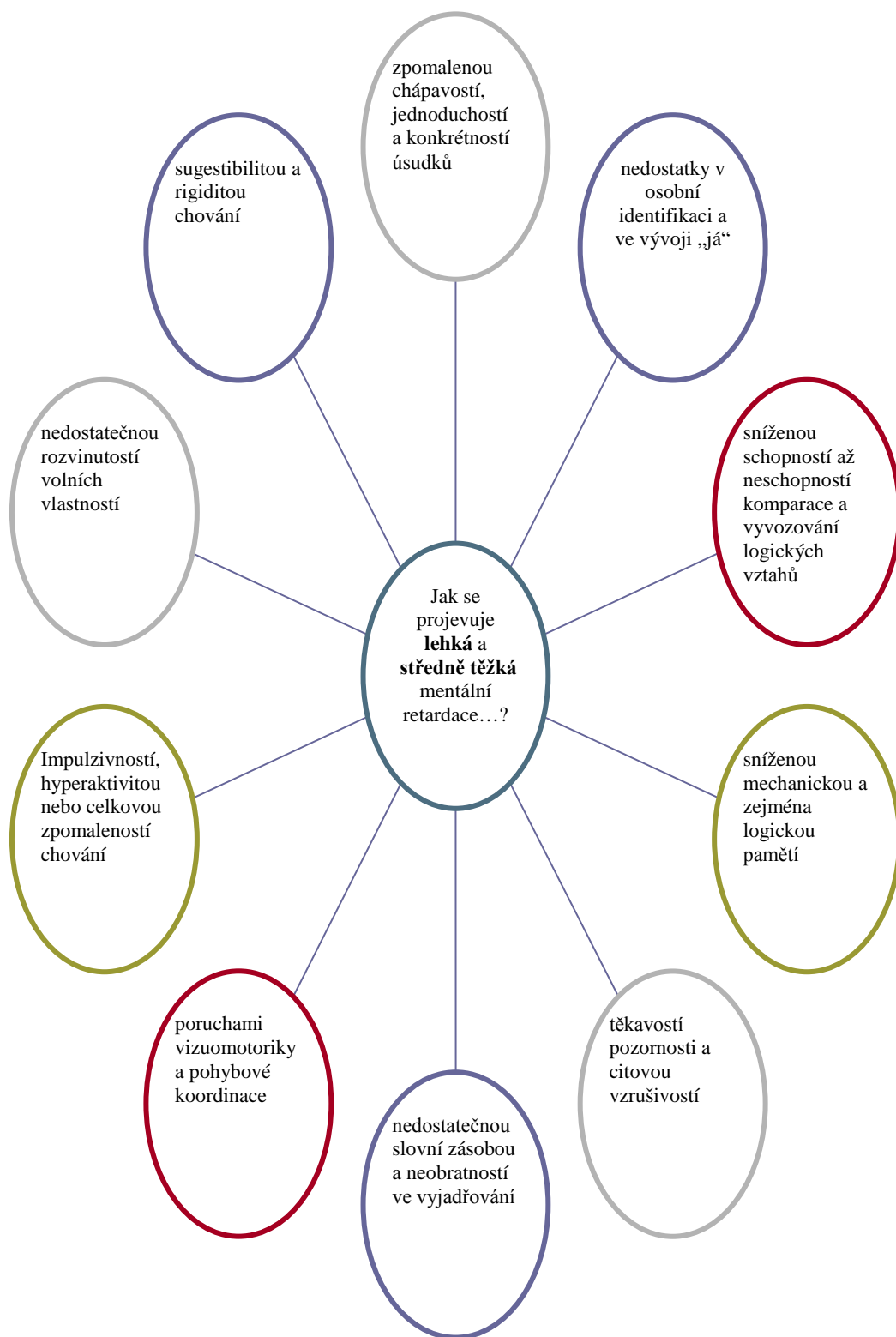
Dle WHO se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií.

- lehká mentální retardace, IQ 50 – 69, diagnóza F 70
- středně těžká mentální retardace, IQ 35 – 49, F 71
- těžká mentální retardace, IQ 20 – 34, F 72
- hluboká mentální retardace, IQ je nižší než 20, F 73
- jiná mentální retardace, F 78
- nespecifikovaná mentální retardace, F 79

Při **lehké mentální retardaci** jsou osoby schopné účelně užívat řeč v každodenním životě, udrží konverzaci a většina z nich se taky dokáže o sebe postarat bez větších problémů. Mezi největší obtíže u osob s lehkým mentálním postižením patří tzv. teoretická práce ve škole, kde mají potíže se čtením a psaním.

Opožděný rozvoj chápání a užívání řeči, omezena schopnost starat se sám o sebe, zručnost a limitované pokroky ve škole jsou charakteristické pro osoby se **středně těžkou mentální retardací**. Základy psaní, čtení a počítání si osvojí jen pod kvalifikovaným pedagogickým vedením a v případě odborného dohledu a pečlivě strukturovaných úkolech jsou schopni vykonávat jednoduchou manuální práci.

Diagram 3 – Projevy lehké a středně těžké mentální retardace dle Švarcové



Zdroj: Švarcová I., Aktuální otázky psychopedie, 1998 /upraveno z textu/

Snížená úroveň schopností je u lidí s **těžkou mentální retardací** ještě mnohem výraznější. Většina osob trpí značným stupněm poruchy motoriky, kterou však lze do určité míry zlepšit včasnou a vhodnou rehabilitací. Možnosti výchovy a vzdělávání těchto osob jsou značně omezené. U **hluboké mentální retardace** jsou postižení jedinci těžce omezeni porozumět instrukcím a požadavkům. Většina z nich je výrazně omezena v pohybu, zpravidla jsou imobilní a schopni jen neverbální komunikace. Mají nepatrnou schopnost pečovat o své základní potřeby a vyžadují stálou pomoc a stálý dohled.

Kategorie **jiná mentální retardace** by měla být použita pouze tehdy, když stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod je nemožné pro přidružené senzorycké nebo somatické poškození, např. u nevidomých, neslyšících atd. **Nespecifikovaná mentální retardace** se užívá v případech, kdy mentální retardace je prokázána, ale není dostatek informací, aby bylo možno zařadit pacienta do jedné z uvedených kategorií.

Na děti, mladistvé a dospělé s mentálním postižením se vztahuje „Listina základních práv a svobod“. Podle Švarcové jsou lidská práva obvykle charakterizována jako práva, která lidem dovolují rozvíjet a využívat jejich možnosti, schopnosti a také uspokojovat základní materiální a duchovní potřeby. Vycházejí ze stále více pociťované potřeby lidí žít takovým životem, v němž bude respektována a chráněna hodnota a důstojnost každé lidské bytosti (Švarcová, 2000).

3.7. Specifické vývojové poruchy školních dovedností

Specifické poruchy učení (SPU) starší název pro specifické vývojové poruchy školních dovedností (SVPŠD) je pojem, se kterým se v pedagogické praxi setkáváme velmi často. Zejména v dnešní době to je jedno z aktuálních témat současného školství, jelikož se týká velkého procenta dětské populace, a to nejen na prvním a druhém stupni základní školy, ale také na školách středních. Přestože je velmi obtížné určit procentuálně výskyt těchto poruch, Michalová (2004) uvádí výskyt přibližně u 5–6 % jedinců, přičemž u chlapců je výskyt asi 4 – 10krát vyšší než u dívek, a tento počet neustále narůstá.

V roce 1976 vydal Úřad pro výchovu v USA definici SPU v tomto znění: „*Specifické poruchy učení jsou poruchami v jednom nebo více psychických procesech, které se*

účastní v porozumění řeči nebo v užívání řeči, a to mluvené i psané. Tyto poruchy se mohou projevat v nedokonalé schopnosti naslouchat, myslet, číst, psát nebo počítat. Zahrnují stavy, jako je např. narušené vnímání, mozkové poškození, lehká mozková dysfunkce, dyslexie, vývojová dysfázie atd.“ (Matějček, 1995 s. 24)

Česká odborná literatura (např. Zelinková, 2003; Bartoňová, 2004) rozlišuje následující typy specifických vývojových poruch učení, které jsou považovány za nejčastější:

- **dyslexie**
- **dysgrafie**
- **dysortografie**
- **dyskalkulie**

za méně časté ale stejně podstatné se považuje

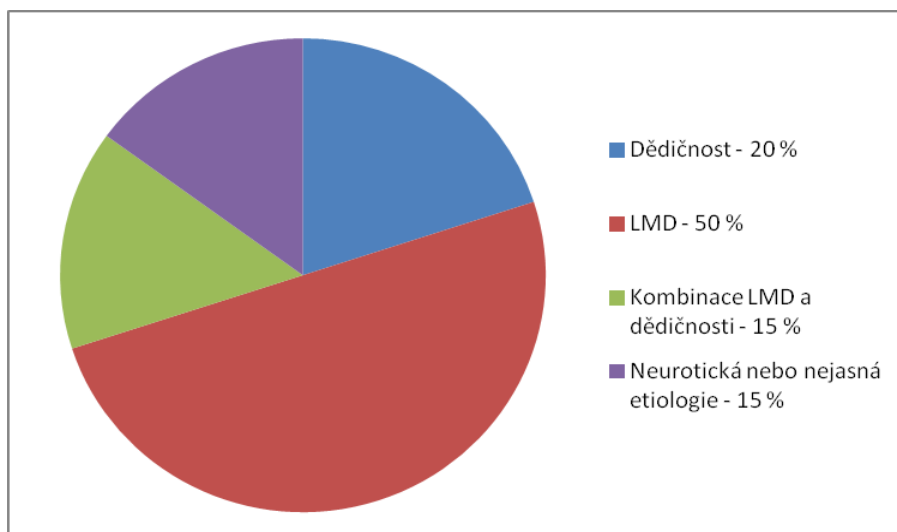
- **dyspinxie**
- **dysmúzie**
- **dyspraxie**

Společným znakem všech uvedených poruch učení je předpona **dys-**, která značí deformaci, porušení, nedokonalost. Je připojena ke slovnímu základu přejatého z řeckého označení činností, které jsou postiženy. Důležité je také si uvědomit, že jedinci se SVPŠD netvoří stejnorodou skupinu. Jednotlivé projevy se mohou kombinovat a v různé míře negativně ovlivňovat vzdělávání žáků ve všech školních předmětech. (Bartoňová, 2004) Specifické poruchy učení mohou vznikat na podkladě lehké mozkové dysfunkce a zasahují celou osobnost jedince. Obsah tohoto pojmu byl definován v roce 1966 týmem dvanácti odborníků pod vedením psychologa S. Clementse: *„Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení ve vnímání, tvoření pojmů, řeči, paměti a v kontrole pozornosti, popudů nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s mozkovou obrnou, mentální retardací, slepotou nebo hluchotou. Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z příčin neznámých.“*

(Dobrovolská a kol., 1991 s. 75) Výsledkem zůstává, že u dětí s lehkou mozkovou dysfunkcí se mohou, ale nemusí poruchy učení projevit, stejně tak poruchy učení můžou, ale nemusí vznikat na základě lehké mozkové dysfunkce.

Z výzkumných prací psychiatra O. Kučery, který pátral po příčinách specifických poruch učení, vychází toto procentuální zastoupení:

Graf 2: Příčiny vzniku SPU



Zdroj: Pipeková J, Kapitoly se speciální pedagogiky, Paido 2006

Dyslexie je specifická vývojová porucha čtení, při níž se jedinec potýká s problémy s rozpoznáváním a zapamatováním si jednotlivých písmen, zvláště pak s rozlišováním písmen tvarově podobných. Má potíže s rychlostí čtení, správností čtení a s porozuměním čtenému textu. Další projevy lze dle Zelinkové (2003) popsat následovně:

- snížená schopnost spojovat psanou a zvukovou podobu hlásek
- záměna zvukově blízkých hlásek, znělosti (v-f, b-p), měkké – tvrdé slabiky (di, ti, ni- dy, ty, ny), nerozlišení sykavek (s, z, c, š, ž, č);
- nedodržení pořadí, nedostatečná schopnost pravolevé orientace, inverze
- nedostatečná analyticko - syntetická schopnost, obtíže při spojování písmen do slabik, slov, vynechávání písmen, slabik, částí slov;
- nedodržení délek, vynechání interpunkce;
- dvojí čtení, nejistota, těžkopádnost;
- domýšlení, umí text zpaměti, orientuje se podle klíčových slov;

- neporozumění, čtení bez porozumění obsahu čteného;

Dysgrafie je specifická porucha psaní postihující písemný projev, který bývá nečitelný a neuspořádaný. Dítě si nepamatuje tvary písmen, zaměňuje tvarově podobná písmena, píše pomalu a s námahou. Problémy s dodržováním linie, nestejná velikost písmen, časté přepisování a obtížné spojování. **Dysortografie** je specifická porucha pravopisu, která se projevuje tzv. specifickými dysortografickými chybami. Tato porucha často souvisí s dyslexií a dysgrafií. Obtížné zapamatování tvarů písmen a jejich záměna. Chyby ve zvukových celcích – přehazování, vynechávání, přidávání písmen, slabik. Špatné rozlišování konce slova, věty. Dítě umí poučku, ale neumí jí použít.

Dyskalkulie je specifická porucha matematických schopností, která postihuje operace s čísly, matematické představy, prostorové představy apod. Vyznačuje se poměrně pestrou škálou charakteristických příznaků, podle kterých se také člení na jednotlivé typy.

- Praktognostická vývojová dyskalkulie - problém je v narušené praktické manipulaci s předměty a poznávání tvarů apod. Dítě neumí seřadit dle velikosti, rozčlenit předměty dle barvy nebo obtížně rozlišuje geometrické tvary.
- Verbální dyskalkulie - problémy při označování množství, operačních znaků, vyjmenovat řadu čísel. Postižení jedinci nechápou význam ve slovním označení např. „o 5 více“
- Lexická dyskalkulie - Jde o sníženou schopnost číst matematické symboly, a to nejen číslice, ale i operační znaky
- Grafická dyskalkulie - Je charakterizována výrazně sníženou schopností psát číslice, operační znaky, kreslit geometrické tvary ap.
- Operacionální dyskalkulie - narušena schopnost provádět matematické operace.
- Ideognostická dyskalkulie – nejtěžší forma dyskalkulie, jedinec nechápe číslo jako pojem, umí přečíst číslo 9, ale nechápe, že to je například 10-1, nebo 3x3. Problémy jsou zejména při řešení slovních úloh, neboť těžištěm problémů jsou nesmírné obtíže s pochopením principu úlohy.

Dysmúzie je specifická vývojová porucha postihující schopnost vnímání a reprodukce hudby. Jedinec má problémy v rozlišování tónů, nepamatuje si melodii, není schopen reprodukovat rytmus. **Dyspinxie** - specifická vývojová porucha kreslení, která je

charakteristická nízkou úrovní kresby a **dyspraxie** – specifická vývojová porucha obratnosti (Zelinková, 2003).

Podle současné platné legislativy provádí diagnostiku SVPŠD pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně - pedagogická centra (SPC). Tato pracoviště mohou stanovit objektivní diagnózu, a to na základě psychologického a speciálně-pedagogického vyšetření. Toto vyšetření musí být komplexní. Po skončení komplexního vyšetření je vypracována zpráva, ve které by měly být obsaženy komplexní výsledky vyšetření s konkrétními návrhy pro práci s jedincem včetně návrhu k vytvoření individuálního vzdělávacího plánu (více informací v podkapitole č. 4.6).

4. INTEGRACE ŽÁKŮ S POSTIŽENÍM DO BĚŽNÉ ZŠ

Mezi základní zásady a cíle vzdělávání v České republice bezesporu patří rovný přístup ke vzdělání bez jakékoli diskriminace, vzájemná úcta, respekt a solidarita. Důraz se klade na zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce a všeobecný rozvoj osobnosti s důrazem na poznávací, sociální, morální, mravní a duchovní hodnoty. (<http://www.msmt.cz/socialni-programy>)

Speciální potřeby dítěte se vždy odvíjejí od komplexu postižení, které dítě má a obvykle se vzdělávání těchto dětí přenechává odborníkům. Většina zemí buduje speciální školství jako jednotky, ve kterých se žáci učí ve víceméně homogenních skupinách. Základní myšlenka zněla a v mnohých případech stále zní, že je vhodnější učit děti v už zmíněných homogenních skupinách, protože všichni žáci jsou na stejné úrovni a naučí se tak víc než v běžných třídách, v nichž by nestačili tempu výuky. Tento předpoklad však potvrzuje jen velmi málo důkazů. V reálném životě máme přece plno příležitostí učit se ve velmi heterogenních skupinách, kdy iniciativnější jedinec učí jedince méně vzdělaného. Pravdou ale zůstává, že aktivita žáků a jejich pokroky vždy závisí na způsobu vyučování, způsobu organizace a aplikaci různých integrativních programů. (<http://www.dobromysl.cz/temata/skola.htm>)

4.1. Edukace žáků se zrakovým a sluchovým postižením

Při nástupu **zrakově postiženého** dítěte do školy řeší mnoho rodičů otázku správného výběru školy a správného „načasování“ případné integrace svého dítěte do běžné školy. Někteří rodiče i odborníci se přiklánějí k integraci již od prvního ročníku základní školy, jiní preferují začlenění dítěte až od 2. stupně základní školy. Mezi důležité faktory při rozhodování patří osobnostní rysy dítěte s postižením, školní zralost dítěte, vyrovnanost dítěte se zrakovým postižením a samozřejmě vybavení vybrané školy (srov. Vágnerová 1995, 2000; Michalík 1999). Zejména v prvních ročnících základní školy jak pro srovnání uvádí Keblová (1996) a Vágnerová (1995) je pro dítě nutné zvládnout včas dovednost správného a přiměřeně rychlého čtení a psaní, což se pro dítě se zrakovým postižením jeví jako velmi náročné. Povinnou školní docházku musí v České republice absolvovat všichni bez výjimky. V současnosti mají děti, žáci a studenti s postižením zraku možnost vzdělávání v běžných mateřských, základních a

středních školách či ve školách speciálních, které jsou zaměřeny na vzdělávání zrakově postižených žáků a studentů. Tuto oblast upravuje vyhláška MŠMT č. 147/2011 Sb. (73/2005 Sb.) o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami následovně: „mateřská škola pro zrakově postižené, základní škola pro zrakově postižené, střední škola pro zrakově postižené (střední odborné učiliště pro zrakově postižené, odborné učiliště pro zrakově postižené, praktická škola pro zrakově postižené, gymnázium pro zrakově postižené, střední odborná škola pro zrakově postižené), konzervatoř pro zrakově postižené.“ (www.msmt.cz)

Samotný výběr vhodné vzdělávací instituce ale vždy záleží na celkovém individuálním posouzení a měl by být ku prospěchu hlavně samotnému dítěti se zrakovým postižením. Žáci a studenti se zrakovým postižením mají dle zákona možnost bezplatně využít speciáln učebnice a jiné didaktické a kompenzační učební pomůcky. Pro studenty s těžším postižením zraku, kteří nemohou číst vůbec je zákonem garantováno právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma.

Žáci se zrakovým postižením jsou vzdělávání dle Rámcového vzdělávacího programu, který je množstvím, obsahem učiva a metodami výuky přizpůsoben specifickým zrakového postižení. V případě integrace do běžného typu školy, je důležité myslet na to, že si žák si zrakovým postižením musí osvojit stejné množství učiva jako jeho intaktní spolužáci, aby mohl být dostatečně připraven na studium na střední škole. Samozřejmě je také možné absolvovat povinnou školní docházku na některé ze základních škol primárně určených pro zrakově postižené. (v současné době jsou v ČR zřízeny například tyto školy pro zrakově postižené: Škola Jaroslava Ježka, Loretánská 1, Praha, ZŠ pro zrakově postižené prof. Vejvodského, Litovel, ZŠ a MŠ pro zrakově postižené v Plzni a Opavě a v Českých Budějovicích, Speciální školy pro zrakově postižené, Brno) V těchto školách jsou výukový plán, učivo i některé předměty modifikovány dle potřeb žáků se zrakovým postižením a současně jsou do výuky také zahrnuty některé specifické předměty, jako např. individuální logopedická péče, prostorová orientace a samostatný pohyb, nebo např. nácvik podpisu, tyflografika (Finková, Ludíková, Růžičková, 2007)

Hamadová, Květoňová a Nováková (2007) uvádí, že výuka žáků a studentů se zrakovým postižením má svá specifika a proto se doporučuje dodržovat určité zásady:

- tematické propojení výuky různých předmětů

- názornost – využití praktických ukázek, např., modelů, reliéfních obrázků, zvuků, ohmatání předmětů...
- podporovat samostatnost a nevyčleňovat dítě se ZP s třídních aktivit
- využití skupinové práce
- úprava učebních textů dle potřeb žáka (zvětšení textu, kontrastní kopie, digitalizace textu...)
- poskytnout vyšší časovou dotaci
- upozornit na cíle jednotlivých hodin
- využívání výukových programů na PC
- a další

Je zřejmé, že aby mohla být integrace efektivní, je důležité poskytnout žákovi ze strany školy určitou podporu a pomoc, která mu usnadní studium v běžném typu školy a dále je nutné brát ohled na jeho individuální potřeby. Jedná se například o rozmístění a uskladnění kompenzačních pomůcek, vhodnou strukturu prostředí a vhodné rozmístění optických, hmatových a akustických pomůcek.

Jako další nutností je nezapomenout na optimální osvětlení a speciální vybavení optickými, mechanickými a elektronickými pomůckami, jako jsou lupy, Pichtův psací stroj, Braillovský řádek, Braillovská tiskárna, apod. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007) Mezi další faktory ovlivňující úspěšnost a efektivitu výchovně vzdělávacího procesu patří:

- způsobilost učitele pro výuku žáků s postižením zraku,
- informovanost spolužáků,
- vzájemná komunikace učitel-žák a zpětná vazba

Možnosti vzdělávání a výchovy dětí se **sluchovým postižením** je v České republice několik. Stejně jak u zrakově postiženého jedince i u osob s postižením sluchu je tady nabídka pro rodiče zda integrovat nebo se spíše rozhodnout pro školu pro děti s postižením sluchu. V dnešní době jsou možnosti protetiky a kompenzace sluchového postižení na velmi vysoké úrovni. Tím pádem se i děti s těžkou nedoslýchavostí můžou do škol běžného typu integrovat, pro větší úspěšnost se však doporučuje dodržovat určité podmínky. Mezi ty nejčastější se zařazuje:

- Včasná depistáž a vyšetření dítěte se sluchovým postižením

- Včasné pridelení co nejkvalitnějšího sluchadla a znalost jeho využívání
- Intelekt dítěte v normě
- Celkové posouzení dítěte týmem odborníků, např. školní zralost a možnosti psychického zatížení...
- Včasná reedukace sluchu a řeči
- Spolupráce s rodinou
- Samotné přání integrovaného dítěte

(srov. Janotová-Svobodová, 1996 - Potměšil, 1999)

Integrací dětí ve školách běžného typu se taky zabývají speciální pedagogická centra (SPC), která se od konce 20. stol. zřizují většinou právě při školách pro sluchově postižené. Potměšil (1999) uvádí podrobný seznam poskytovaných služeb SPC pro jednotlivé druhy postižení včetně sluchového. Více se dočtete v podkapitole č. 4.5, která je věnována tomuto tématu.

Typy vzdělávacích institucí pro osoby sluchově postižené:

- Mateřské školy pro sluchově postižené – stejně jako běžná se stará o všestranný harmonický rozvoj dítěte, ale jejím specifickým úkolem je rozvíjení řeči, sluchová výchova, nácvik odezírání a začátky čtení globální metodou.
- Základní školy pro sluchově postižené – školy pro děti se sluchovým postižením byly dříve děleny na ZŠ pro neslyšící, pro žáky se zbytky sluchu a pro nedoslýchavé, tím pádem se hodně lišily jak plány, tak metody výuky. Od tohoto rozdělení ale bylo už dávno upuštěno a školy nesou název „škola pro sluchově postižené“
- Střední školy pro sluchově postižené – ČR může být hrdá na relativně bohatou síť středních škol pro sluchově postižené. Patří sem např. gymnázium a zdravotnická škola v Praze, průmyslová škola oděvní v Brně, pedagogická škola v HK nebo průmyslová škola elektrotechnická ve Valašském Meziříčí.
- Vysoké školy pro sluchově postižené

“Pro vzdělávání žáků se sluchovým postižením se už po celá staletí hledají nejrůznější komunikační a vzdělávací modely, které by dětem vhodným přístupem zprostředkovaly vzdělání a informace. S vývojem medicínského poznání, výchovně vzdělávacích

*a psychologických přístupů a neposledně v souladu s technickým pokrokem se v různých dobách prosazoval a až do současnosti využívá a ověřuje **orální přístup**, systém simultánní komunikace, **totální komunikace** a v posledních letech i **bilingvální vzdělávání**.*“ (<http://ruce.cz/clanky/33-bilingvalni-vzdelavani>)

Orální metoda měla ve 20. stol. ve vzdělávání neslyšících velký význam a její zastánci považovali za hlavní charakteristiku člověka s postižením sluchu jeho schopnost ovládat mluvenou řeč. Všechno bylo proto obětováno jedinému cíli, kterým bylo naučit sluchově postiženého mluvit a to za jakoukoliv cenu. Sovákova definice orální metody zní: *„Jak naznačuje název, jde o mluvenou řeč. Neslyšící děti se učí mluvené řeči a jejím prostřednictvím pronikají do života společnosti a do jejího kulturního a společenského bohatství. Základními součástmi orální metody je vyvíjení a osvojování mluvené řeči, výcvik v odezírání, rozvíjení funkční schopnosti zbytků sluchu“* (Potměšil, 1999, s. 18) Významnou součástí orální metody je odezírání, které charakterizují jak Janotová – Svobodová, tak Hrubý. *„Odezírání – vizuální percepce řeči – je schopnost vnímat mluvenou řeč sledováním pohybů viditelných částí mluvidel, přičemž si odezírající doplňuje tento neúplný obraz mluvené řeči pozorováním výrazu obličeje, gestikulace i pohybů těla. Vzniká tak globální obraz vizuálních aspektů mluvené řeči“* (Janotová – Svobodová, 1996, s. 19). *„Odezírání je schopnost, kterou lze pouze rozvinout, ale nikoliv naučit.“* (Hrubý, 1999, s. 74).

Totální komunikace je pojem, pod nímž se rozumí komunikační systém, ve kterém se používá všech komunikačních forem k dosažení účinného a obousměrného dorozumívání se sluchově postiženým s jeho okolím (Krahulcová – Žatková, 1996). Je to jakýsi kompromis mezi orálním systémem a používáním znakové řeči, přičemž kritici totální komunikace tvrdí, že učitelé nedovedou komunikovat hlasitou a znakovou řečí zároveň a i když to dovedou, žáci budou vždy stejně upřednostňovat posunky, budou sledovat ruce a nenaučí se srozumitelně mluvit ani odezírat (Pulda, 1999).

Dvojjazyčná, tzv. bilingvální metoda vzdělávání osob se sluchovým postižením je založena na myšlence, že sluchově postižené dítě si nejprve osvojí znakovou řeč v kontaktu s rodiči a blízkým okolím což znamená, že si dítě osvojuje znaky a znakovou řeč přirozenou cestou. Znakový jazyk se tak stává mateřským jazykem a dítě se až na počátku povinné školní docházky začíná učit druhý jazyk, jazyk majoritní společnosti, tím, že staví na základech znalosti znakového jazyka. První, kdo v dějinách vzdělávání

neslyšících užil za hlavní metodu znak, znakovou řeč, byl v 18. století Francouz Charles Michel de l'Épée, který vytvořil systém umělých posunků, které nazval metodickými značkami. Prostřednictvím těchto značek se má dosáhnout mluvené řeči, ke které se však l'Épée nedostal (Krahulcová – Žatková, 1996).

Část 18. a 19. století se nesla ve znamení sporů mezi zastánci a odpůrci znakové řeči, který byl vyřešen až v roce 1880 na mezinárodním sjezdu učitelů neslyšících v Miláně. Rozhodnutí bylo, že jedinou vhodnou vyučovací metodou je metoda orální, neboť mluvená řeč převažuje nad řečí znakovou a je to jediný způsob, jak mohou sluchově postižení proniknout do společnosti slyšících (Poul, 1996). Pro srovnání uvádím výsledky výzkumu z 60. let 20. Století, které zní následovně: *„Intelektuální zkušenost s dvěma jazykovými systémy děti obohatila o jistou duševní flexibilitu, byly lepší, pokud jde o koncepční myšlení (tvoření představ), a měly mnohotvárnější intelektové schopnosti v tom smyslu, že dovednosti rozvinuté bilingvismem byly mnohotvárnější“* (Jabůrek, 1998, s. 8).

Principy bilingválního vzdělávání dle Krahulcové-Žatkové, (1996) a (Jabůrka, 1999)

- Znakový jazyk je jediný přirozený komunikační prostředek sluchově postižených, na jehož základě si sluchově postižení mohou osvojovat znalosti a uspokojovat své sociální i emocionální potřeby.
- Užívání znakového jazyka nesnižuje potřebu dítěte se sluchovým postižením komunikovat.
- Mluvenou řeč nelze zvládnout bez současného vyučování znakového jazyka.
- Mluvený jazyk usnadní neslyšícím zapojení do majoritní společnosti.

„Český bilingvismus vychází více méně z klasického modelu znakového jazyka, který si mají neslyšící děti osvojit jako primární řeč a mluvené/psané řeči, kterou se naučí jako druhou řeč na základě znalosti znakového jazyka.“

(<http://ruce.cz/clanky/33-bilingvalni-vzdelavani>)

Od roku 1990 existuje v České republice pro osoby se sluchovým postižením zákon o právu na vzdělávání ve znakové řeči.

4.2. Edukace žáků s mentálním postižením a žáků se SVPŠD

Typickým znakem u dětí s mentálním postižením je nižší **potřeba zvědavosti** a preference podnětového stereotypu. Stejně tak lze říci, že tyto děti jsou spíše pasivnější a svět je pro ně méně srozumitelný. Nápadnosti v chování se projevují zejména v období započetí školní docházky, kde jsou na děti kladeny vyšší nároky. Problémy jsou u dítěte s mentálním postižením především patrné v oblasti myšlení a paměti. **Myšlení bývá konkrétní, s omezenou schopností abstrakce.** Nejdůležitější je proto vytvářet pro dítě s mentálním postižením srozumitelné a motivující prostředí s **širokou škálou podnětů.** (Vágnerová, 1992)

Rodič nebo zákonný zástupce dítěte je povinen přihlásit školou povinné dítě k zápisu do školy, případně požádat o odklad školní docházky či požádat o zařazení do přípravného ročníku či přípravného stupně základní školy speciální. Dle školského zákona § 41 lze požádat o povolení individuálního vzdělávání či podle § 42 stanovit jiný způsob plnění školní docházky pro žáka s hlubokým mentálním postižením. Školský zákon, § 37 říká, že odklad školní docházky je možno provést o jeden školní rok, nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku. V praxi to znamená, že pro děti s postižením nelze žádat o druhý nebo dokonce třetí odklad školní docházky. Pokud jde o dítě s těžkým mentálním postižením, může být zařazeno do přípravného stupně, který je zřizován většinou při základní škole speciální (dříve pomocné) a je určen pro děti s těžkým mentálním postižením, kombinovaným postižením nebo autismem. Zmíněný přípravný stupeň je tříletý a jedná se o specializovanější přípravu než v mateřské škole. (<http://www.alternativnikomunikace.cz/>)

Typy škol pro děti s mentálním postižením (Švarcová, 2000):

Základní školy praktické, původně zvláštní školy. Jsou určeny spíše pro děti s lehčí formou mentální retardace a jejich zařazení provádí ředitel školy na základě doporučení školského poradenského zařízení a souhlasu zákonného zástupce žáka. ZŠ praktické jsou devítileté a výběr učiva byl proveden na základě dlouhodobých zkušeností učitelů zvláštních škol z celé ČR. Učivo je koncipováno tak, aby umožňovalo žákům základní

orientaci v okolní skutečnosti, ale také jejich další rozvoj a pokračování ve vzdělávání například v odborných učilištích.

Základní školy speciální tzv. dřívější pomocné školy. Zde jsou vzdělávány především děti s těžkým mentálním postižením, a to se souhlasem zákonného zástupce a na základě písemného doporučení odborného lékaře a školského poradenského zařízení. Vzdělávání ve speciálních základních školách je na rozdíl od školy praktické desetileté a žáci v nich plní devítiletou povinnou školní docházku. Desátý ročník povinný není, ale je součástí vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením.

Obsahem výchovně vzdělávací činnosti je osvojování a rozvíjení přiměřených poznatků a pracovních dovedností, rozvíjení komunikačních a motorických schopností a vypěstování návyků a dovedností samostatnosti a sebeobsluhy, potřebných ke snižování závislosti na péči dalších osob. Vzdělávání žáků s těžkým mentálním postižením je natolik náročnou činností, že vyžaduje nejen odborné speciálně pedagogické vzdělání učitelů a dalších pracovníků školy, ale také vhodně upravené podmínky, mezi které patří:

- nižší počet žáků ve třídě a školní třídy přizpůsobené jejich potřebám,
- speciální učební pomůcky a přizpůsobený časový rozvrh
- klidné, nehlukné a nestresující školní prostředí

Po absolvování základní školy speciální získá dítě pouze základy vzdělání, nikoliv základní vzdělání, jako je tomu u základních škol všech typů. (Švarcová, 2000)

Integrace mentálně postižených už dávno není experimentem. Před pár lety bylo nutné v případě integrace dítěte s mentálním postižením do běžné ZŠ žádat ministerstvo školství o výjimku. Úspěšně integrovat mentálně postižené dítě není vůbec jednoduché a názory jestli integrovat dítě s mentálním postižením se i u odborníků výrazně liší.

„Otevření integrace mentálně postižených dětí, převedení experimentu do standardního postupu je dobrá věc. Aby byla ale integrace dobrou věcí i pro dítě a jeho okolí, je nutné splnit řadu podmínek – a na řadu otázek ještě odpovědět.“¹

¹(Švancar, <http://www.ucitelskenoviny.cz/index.php?archiv&clanek=2800&PHPSESSID=086bfe2a0bc2e41d60b3c0ed13671a04>)

Dítě se **specifickou poruchou učení** nemá problémy pouze v jedné nebo dvou dílčích vzdělávacích oblastech, ale i v dalších dovednostech, např. sociálních či organizačních. Když se dítěti na ZŠ odhalí specifická porucha učení, bývá to úleva pro všechny zúčastněné strany, protože je tím vlastně řečeno, že se nejedná ani o nedostatek inteligence, ani lajdáctví, ani o následek nedostatečné odborné kompetence či zájmu rodičů nebo učitelů. Druhou stranou však začíná tvrdá práce rodičů, učitelů a samozřejmě dítěte. Žáci se SVPŠD tvoří nejpočetnější skupinu integrovaných dětí do běžných ZŠ. Prvním a základním pravidlem úspěchu je udělat samotné studenty odborníky na jejich znevýhodnění a ukázat jim cesty, které povedou ke zlepšení vzdělávacích dovedností. Jak říká Mertin (2004, <http://www.rodina.cz/clanek3908.htm>) znalost dětí a studentů s poruchami učení končí obvykle tím, že vědí, jakou poruchou učení trpí a „z toho vyvozují, že by neměli psát diktáty, být zkoušeni písemně, že snad dokonce nemohou dostat nedostatečnou nebo propadnout (to je nesmysl!), že nemají číst nahlas před ostatními, že by měli mít na každou práci víc času.“

Zásady pro práci s dětmi se SVPŠD dle Mertina:

- trénujte žáky v plánování a organizaci času
- učte je, aby svá práva a požadavky uplatnili ve správném čase a vhodným způsobem
- zveřejňujte pouze údaje, které jsou pro daného učitele nezbytné k modifikaci přístupu.
- Ved'te dítě k tomu, aby pečlivě vážilo své vlastní síly a možnou externí pomoc...

Žáci s poruchami učení nevyžadují pro své studium rozsáhlé stavební úpravy ani nákladné kompenzační pomůcky. Potřebují spíše empatii a více času na osvojení potřebných znalostí, vědomostí i dovedností. I jedinci s poruchami učení představují potenciál, který bychom neměli ztrácet (<http://www.rodina.cz/clanek3908.htm>).

4.3. Edukace žáků s tělesným postižením

Žáci s tělesným postižením se v zásadě mohou vzdělávat ve všech typech škol našeho školského systému. Úspěšné společné vzdělávání tělesně postižených a intaktních žáků ve smyslu realizace společenské integrace však vyžaduje zejména vhodné architektonické, organizační, personální a materiální vybavení. Stejně jako u

všech ostatních druhů postižení i pro vzdělávání dětí s tělesným postižením je důležité vytvořit prostředí, které je bezpečné, otevřené a přizpůsobené speciálním potřebám dítěte. Podmínky vzdělávání dle Pipekové (2006):

- Bezbariérový vstup do škol
- Odpovídající technické vybavení pro pohyb ve třídě a v dalších prostorách budovy
- Vhodné didaktické pomůcky, pomůcky pro psaní a kreslení
- Pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností
- Pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci
- Kompenzační pomůcky, např. berle, hole, mechanické a elektrické vozíky atd.

Pro některé osoby s tělesným postižením je jednou z podmínek pro zařazení do běžné školy a možnosti se vzdělávat společně s intaktními vrstevníky osobní asistence, která jim poskytne nezbytnou pomoc, ale zároveň neohrozí míru jejich samostatnosti.

Jednou z neznámějších vzdělávacích institucí pro tělesně postižené je v České republice Jedličkův ústav a školy. Jejich cílem je co nejlepší **integrace tělesně postižených** do běžného života a přirozeného sociálního prostředí.

„Podporujeme postoj inkluze tělesně postižených jako základní princip fungování společnosti. Integraci tělesně postižených vnímáme jako proces s rozličnými fázemi a přispíváme k němu tím, že poskytujeme mladým lidem a dětem s TP v určité fázi jejich léčebné rehabilitace kvalitní komplexní služby interdisciplinárního týmu odborníků „pod jednou střechou“ speciálního rehabilitačního zařízení.“
(<http://www.jus.cz/telesne-postizeni>)

Jedním z klíčů úspěšného vzdělávání žáků se zdravotním postižením je rovněž jeho hodnocení. Správně prováděné hodnocení motivuje a inspiruje jak žáky s postižením, tak jejich zdravé spolužáky. Hodnocení lze dle školského zákona provádět číselně, slovně nebo kombinací obou variant. Při hodnocení a klasifikaci dětí se zdravotním postižením je důležité dodržovat obecné zásady, mezi které Bartoňová (2004) řadí:

- vysvětlit ostatním dětem rozdílný přístup hodnocení u postiženého žáka
- u dítěte s poruchou dát zažít dítěti pocit úspěchu a neustále jej chválit za snahu hodnocení a klasifikace by mělo vycházet ze znalosti příznaků postižení a specifický přístup při klasifikaci je třeba uplatňovat ve všech předmětech, do kterých se promítají příznaky postižení

- zdůrazňovat motivační složku hodnocení
- hodnotit pouze to, co žák zvládl
- využívat i jiných forem hodnocení
- výkony žáka hodnotit spravedlivě

Někteří odborníci tvrdí, že pedagogika Montessori je velmi vhodným pedagogickým konceptem pro integraci dětí s postižením, protože základním smyslem této koncepce je vytvářet takové edukační prostředí, které umožňuje normální, přirozený vývoj dětí. Vnitřní potřeba „něčemu se naučit“ se vyvíjí v tzv. senzitivních fázích, které jsou charakterizovány jako určitá období, v nichž je dítě zvláště citlivé pro vnímání a chápání určitých jevů vnější reality. Jedná se například o senzitivní fáze pro rozvoj pohybových činností, řeči, morálního citění atd.

V závěru je potřeba dodat, že obě formy vzdělávání, jak ve školách určených pro smyslově, mentálně a tělesně postižené tak i v běžných školách formou integrace mají své výhody i nevýhody. Záleží tedy hlavně na rodičích, pro kterou cestu se rozhodnou. Konkrétní postoje a názory pedagogů na problematiku integrace jsou blíže rozebrány v praktické části této diplomové práce (kap. 5).

4.4. Kompenzační pomůcky a jejich význam

Kompenzační pomůcky jsou pro osoby s postižením nepostradatelné v běžném životě, ale také v procesu integrace. Jejich použitím dochází k odstranění, zmírnění nebo překonání následků postižení, a to častokrát až do takové míry, že postižený člověk je schopen dělat stejné činnosti jako osoba intaktní a se stejnou kvalitou.

Na trhu jsou v současné době různé kompenzační pomůcky. Z hlediska určení je lze rozdělit:

- pomůcky pro běžný život a orientaci v prostoru,
- pomůcky pro studium a vzdělávání,
- pomůcky pro práci a volný čas.

Kompenzační pomůcka může nahradit porušenou funkci a minimalizovat tak v určitých činnostech nedostatky způsobené například zrakovým či sluchovým postižením. Důležitým krokem je však správná volba konkrétní kompenzační pomůcky. Při volbě je

potřeba zohlednit nejen druh postižení, ale taky dovednosti osoby s postižením, věk, potřeby, znalosti a způsob využití pomůcky apod.

Kompenzační pomůcky pro osoby se zrakovým postižením lze rozdělit do dvou základních kategorií na optické a neoptické. Pro osoby, které mají v běžném životě problémy s viděním i přes optimální brýlovou korekci slouží optické pomůcky. (Hamadová, Květoňová, Nováková, 2007). Mezi optické pomůcky řadí Keblová (1999) například: hyperokuláry, turmon, prizmatický monokulár, lupu do ruky, lupu stojánkovou, zvětšovací televizní lupu nebo digitální čtecí zařízení.

Hyperokuláry - jsou brýle zlepšující centrální zrakovou ostrost. V brýlové obrubě je vsazená silná čočka, která umožňuje značné zvětšení pro práci do blízka.

Turmon – je monokulární zařízení, které má vyměnitelné předsádkové čočky a lze ho používat jak do dálky, tak do blízka. Do dálky zvětšuje 8krát, do blízka maximálně 32krát. Lupa stojánková – tyto lupy mají zabudované osvětlení až do 400 luxů a umožňují nejen čtení, ale i psaní. Zvětšují 8 až 12krát, proto jsou vhodné pro těžší stupeň slabozrakosti. Zvětšovací televizní lupa – je to speciální čtecí přístroj pro slabozraké na čtení psaných i tištěných textů i na prohlížení obrázků. Pomocí televizní kamery, která se pohybuje po textu nebo je umístěna na stojanu se text přenáší na televizní obrazovku a dá se zvětšit až 50krát (Keblová, 1999).

Neoptické pomůcky slouží osobám se zrakovým postižením v každodenním životě a sebeobsluze, při zaměstnání nebo studiu. Mezi tyto pomůcky patří například: bílá hůl, indikátor hladiny (obr. 4), kolíčková písanka, pracovní listy pro čtení Braillova písma, slepecký psací stroj, magnetofon, speciální počítač, univerzální čtecí přístroj atd. Zmíněné kompenzační pomůcky mohou zrakově postižení získat:

- na příspěvek sociálního odboru obcí s rozšířenou působností dle bydliště žadatele.
- koupí ve specializovaných prodejnách Tyflopomůcek
- na lékařský předpis (bílé hole, indikátor hladiny, indikátor světla, měřič krevní glukózy s hlasovým výstupem, lékařský teploměr)

(<http://www.sons.cz/pomucky.php>)

Obrázek 4: Indikátor hladiny



Zdroj: http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=indik%El%20tor

Kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením kompenzují ztrátu sluchu, umožňují sociální adaptaci a styk s okolím. Pro představu uvádím stručný přehled.

- Signalizace bytového, domovního a telefonního zvonku
- Světelný nebo vibrační budík
- Telefonní přístroj se zesílením zvuku pro nedoslýchavé včetně světelné indikace zvonění
- Psací telefon pro neslyšící včetně světelné indikace zvonění
- Přenosná naslouchací souprava s rádiovým nebo infračerveným přenosem
- Přístroj k nácviku slyšení
- Individuální přenosný naslouchací přístroj (nejde o elektronické sluchadlo)
- Individuální indukční smyčka
- Sluchadla

Sluchadlo je elektronická pomůcka sloužící ke kompenzaci sluchového postižení. Skládá se z mikrofonu, zesilovače a reproduktoru, napájeno je malou baterií. Existuje celá řada typů sluchadel, které jsou přizpůsobeny různým sluchovým ztrátám a jsou individuálně nastaveny podle potřeby jejich uživatelů. Mezi základní typy sluchadel patří: sluchadla závěsná - pouzdro s elektronikou je umístěno za ušním boltcem a hadičkou je spojeno s ušní tvarovkou, která se zhotovuje na míru. Je nutné, aby tvarovka v uchu dobře seděla, protože pak nedochází k akustické zpětné vazbě, k tzv. pískání. Také hadička musí mít správnou délku a hlavně musí být měkká, aby netáhla

tvárovku z ucha a sluchadlo dobře drželo. Důležité je nechat hadičku občas vyměnit. Sluchadla nitroušní - boltcová, zvukovodová a nejmenší kanálová, kde je elektronika vestavěna přímo do ušní tvarovky. Sluchadla kapesní – zesilovač a mikrofon jsou umístěny v malé krabičce, která se nosí např. připnutá na oblečení. Krabička je šňůrkou spojena s ušní tvarovkou. Podle zpracování signálu se sluchadla rozdělují:

- analogová sluchadla - zpracovávají zvukový signál analogově
- analogová sluchadla digitálně programovatelná - nastavení je provedeno digitálně
- plně digitální sluchadla - zpracovávají signál zcela odlišným způsobem, jsou řízena mikročipem (<http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality.php>)

Obrázek 5: Sluchadla



Zdroj: <http://www.lorm.cz/download/HMN/obsahCD/kompenzacni-pomucky.html>

Proniknout do myšlení **mentálně postiženého** je velmi složité. Ani odborníci nedokážou skutečně říci, co postižený v danou chvíli skutečně cítí a potřebuje. Největší problém, se kterým se můžeme v této oblasti setkat, je komunikace, která může v praxi fungovat s pomůckami i bez nich. Pokud je zvolen systém s pomůckami, nejčastěji se můžeme setkat s různými předměty, fotografiemi, piktogramy, komunikačními tabulkami, písmeny a psanými slovy, technickými pomůckami s hlasovým výstupem či s počítači se speciálním softwarem. Pomůcky lze rozdělit do dvou oblastí - *prostředky ulehčované komunikace a výukové programy*. Mezi prostředky ulehčované komunikace patří **komunikátory** (jednoduché pomůcky umožňují opakovaně nahrát a opakovaně vyvolat jednoduchý vzkaz. Vzhledem ke své funkčnosti jsou určeny zejména pro práci s

nemluvíci, u kterých se budují komunikační dovednosti. Dle obtížnosti rozeznáváme velkoplošná tlačítka a tabulkové komunikátory), **Programy pro alternativní komunikaci** (například ACKeypboard - tento program je určen pro alternativní komunikaci pomocí PC. Je možno jej ovládat myší, jednou klávesou či tlačítkem s využitím scanningu tak, aby ho mohly používat i osoby s těžkým tělesným postižením. ACKeypboard komunikuje s českým hlasovým syntetizátorem CS-Voice, hlasový výstup tedy umožňuje hlasité čtení slov nebo vět dle výběru uživatele. Obsahuje klávesnici pro psaní a několik komunikačních tabulek), **touch screeny**. Výukové programy na bázi her jsou jednou z nejlepších metod, jak rozvíjet schopnosti mentálně postižených dětí, aniž by se cítily jakkoliv stresovány neúspěchem. Následující programy pocházejí z dílny občanského sdružení Petit. Všechny jsou charakteristické tím, že umožňují ovládání i těžce tělesně postiženým uživatelům, ačkoliv jsou primárně určené pro osoby s mentálním postižením. **Program Psaní** je určen pro procvičování analýzy a syntézy při čtení a psaní. Lze na něm procvičovat správné řazení písmen či slabik do slova i věty a skládání slov do věty. Psaní neobsahuje obrázky, pouze zvukovou nápovědu. Původně byl vyvinut pro klienty s afázií, kteří mají obtíže se čtením a psaním. Je však vhodný i pro klienty s DMO, těžší vývojovou dysfázií, dyslexií, dysgrafií i lehčím mentálním postižením. Program je navržen tak, aby byl ovladatelný i pomocí klávesnice či jednoho spínače, proto je přístupný i osobám s těžkým tělesným postižením.

Program Brepta - princip programu spočívá v tom, že se z počítače klientovi ozývají zvuky, slabiky, slova, věty apod., ke kterým klient vybírá odpovídající obrázek. Lze si zvolit různé úrovně obtížnosti. (www.helpnet.cz)

Obrázek 6: Tabulkový komunikátor



Zdroj: <http://www.spektravox.cz/cs/vady-rci/tabulkove-komunikatory>

Kompenzační pomůcky pro **osoby s tělesným postižením** nejsou jen invalidní vozíky a různá chodítka. Jedná se také o drobné předměty denní potřeby upravené tak, aby bylo možné je požívat i v případě omezené hybnosti. Význam kompenzačních pomůcek je pro člověka s pohybovým postižením naprosto klíčový. Bez nich by se v extrémním případě jeho svět srazil jen mezi čtyři zdi pokoje. Volba vhodných pomůcek pro tělesně postižené samozřejmě záleží na konkrétních specifikách zdravotního stavu jednotlivce. Z nich je nutné vyházet, když se musí člověk rozhodovat, zda je vhodný elektrický invalidní vozík či spíše mechanický, zda je vhodná instalace spíše schodišťové plošiny nebo sedačky a podobně. Mezi nejzákladnější pomůcky lidí s tělesným postižením patří chodítka, invalidní vozíky, toaletní židle, berle a hole nebo už zmíněné schodišťové plošiny a sedačky. (<http://www.imobilita.cz/kompenzacni-pomucky/>)

Obrázek 7: Chodítko



Zdroj: <http://www.obrazky.cz/?q=chod%C3%ADtko+pro+invalidy>

4.5. Úloha asistenta pedagoga v integračním procesu

Až do roku 1997 bylo běžnou praxí, že ve školách kde byli vzděláváni žáci se speciálními vzdělávacími potřebami působil jenom jeden pedagog. Pak nastala změna uvedena ve vyhlášce 127/1997 Sb., která umožňovala souběžné působení dvou pedagogických pracovníků v jedné třídě. Po vzoru zemí EU však byly překonány další legislativní změny, které nám momentálně umožňují působení až tří pedagogických pracovníků souběžně, přičemž nejméně jeden z nich je asistent pedagoga, ve třídě kde jsou vzděláváni žáci s těžkým zdravotním postižením. (Teplá, Šmejkalová, 2007) Součástí nové vyhlášky č. **147/2011 Sb.** je charakteristika asistenta pedagoga uvedena takto: „*Asistent pedagoga je ve smyslu § 2 odst. 2 zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, pedagogickým pracovníkem. Náplň práce mu na základě doporučení školského*

poradenského zařízení stanovuje ředitel školy. Protože se jedná o **asistenta pedagoga**, pracuje vždy pod vedením vyučujícího pedagoga (na 1. stupni třídního učitele, na 2. stupni učitele příslušného předmětu v širší spolupráci s pedagogem ze SPC). Pokud část vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami vyžaduje oddělený prostor, pracuje asistent pedagoga se žákem či skupinou žáků samostatně, tato forma vzdělávání však nesnímá vedení a zodpovědnost vyučujícího pedagoga, za výsledek vyučovacího procesu i bezpečnost žáků. Smyslem funkce asistenta pedagoga však je, aby byla podpořena maximální participace při vzdělávání žáka v kolektivu třídy“ (<http://www.msmt.cz/file/17651>).

Mezi hlavní činnosti asistenta pedagoga patří:

- individuální pomoc žákům s postižením při začleňování se a přizpůsobení se školnímu prostředí
- individuální pomoc žákům při zprostředkování učební látky
- pomoc pedagogům školy při výchovné a vzdělávací činnosti
- pomoc při vzájemné komunikaci pedagogů se žáky a žáků mezi sebou
- pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáka s postižením

SPC a PPP mají při zajišťování podpůrných služeb asistenta pedagoga zásadní význam, protože jejich úloha spočívá v doporučení služeb asistenta pedagoga pro dítě s postižením a jejich vyjádření je nezbytné pro ředitele škol. Bez tohoto vyjádření nemůže ředitel školy žádost o souhlas se zřízením funkce asistenta pedagoga uplatňovat. Doporučení školského poradenského zařízení zpravidla obsahuje zdůvodnění zřízení funkce, rozsah činnosti asistenta pedagoga a návrh pracovní náplně. (Teplá, Šmejkalová, 2007) Školy i školky, ať už běžné nebo speciální, mohou žádat na kraji o přidělení asistentů pedagogů, kteří pomáhají s výukou i péčí o děti. Potíž je ale v tom, že na dostatečný počet takových pracovníků nejsou peníze. "Modelová situace je taková, že se na kraji sejdou žádosti o 270 nebo 300 asistentů na plný úvazek, peněz je tak na polovic. Řeší se to potom prostřednictvím zkrácených úvazků," vysvětlil Jan Michalík z Ústavu speciálně pedagogických studií Univerzity Palackého. (www.lidovky.cz)

Názory pedagogů na nutnost asistentů pedagogů ve školách a další zajímavé postřehy se dočtete v kapitole 5.

4.6. Individuální vzdělávací plán a jeho struktura

IVP, tzv. individuální vzdělávací plán je závazný pracovní materiál sloužící všem, kteří pracují nebo se podílejí na vzdělávání a výchově integrovaného zdravotně postiženého dítěte (Zelinková in Pipeková, 2006).

„Individuální plány mají charakter smlouvy mezi vedením školy, vyučujícími a rodiči dítěte; vypracovávají se krátce a rámcově v písemné formě. Výsledky se hodnotí slovně. Tento přístup lze uplatnit na základní a na střední škole. Je nezbytné, aby všechna navrhovaná pedagogická opatření byla projednána s rodiči žáka a jejich souhlasný či nesouhlasný názor byl respektován.“ (in Mertin, 1995 s. 50) Jak dále uvádí Lang (1998) prvním krokem při vývoji IVP je shromáždění a shrnutí výsledků vyšetření, zpráv, diagnostických rozhovorů, testů znalostí a dovedností, zápisů z pozorování ap. Na vypracování IVP se podílí poradenské zařízení - SPC, PPP, výchovný poradce, školní speciální pedagog, zákonný zástupce dítěte a třídní učitel s dalšími vyučujícími. Přínos pro žáka je v tom, že může pracovat podle svých možností a individuálním tempem, což ho nevystavuje stresu. IVP má do určité míry taky motivační hodnotu, protože žák si uvědomuje, že mu chce učitel pomoci. Spoluodpovědnými za výsledky jsou i rodiče žáka, kteří se vlastní aktivitou podílí na plnění některých úkolů v rámci vzdělávacího plánu (Přinosilová in Pipeková, 2006).

Individuální vzdělávací program by měl dle vyhlášky č. 147/2011 Sb. (73/2005 Sb.) obsahovat:

- základní údaje o žákovi podstatné pro průběh pedagogické terapie a pedagogickou diagnózu
- konkrétní úkoly v jednotlivých oblastech (zraková a sluchová percepce, řeč, čtení...)
- pedagogická hlediska a postupy (tolerance pomalého tempa, práce s diktafonem...)
- kompenzační pomůcky
- způsob hodnocení a klasifikace
- způsob ověřování vědomostí
- organizaci péče
- dohodu o spolupráci s rodiči
- podíl žáka na terapii
- informace dalším učitelům (Přinosilová in Pipeková, 2006).

Samozřejmostí by mělo být, že pedagog pověřený zpracováním IVP se ztotožnil se svou profesní úlohou učitele dítěte s postižením a práci vnímá jako pozitivní obohacení vlastních pedagogických možností. Nutným předpokladem vzdělávacího úspěchu je proto každodenní práce dle individuálního vzdělávacího plánu (Müller, 2001). Pro představu a inspiraci přikládám mnou stručně zpracovaný IVP, který naleznete v **příloze C** /jméno bylo záměrně změněno a osobní údaje taky záměrně chybí/.

5. PRŮZKUM POSTOJE A NÁZORŮ UČITELŮ NA INTEGRACI

5.1. Cíle a úkoly výzkumu, metody sběru dat, hypotézy

Empirická data byla získaná na základě dotazníkového šetření mezi pedagogy základních škol, zejména v okrese Beroun. Dotazník, který obsahoval 21 otázek /viz.přílohy/ byl pedagogům odeslán v elektronické podobě.

18 otázek bylo formulováno tak, že oslovení respondenti vybírali jen jednu možnost odpovědi, u dvou otázek bylo možné vybrat odpovědi více a v samotném závěru měli respondenti možnost formou otevřené otázky vyjádřit svůj názor a postoj k integraci. Výzkumné šetření bylo realizováno v období od 9. 10. 2011 do 9. 3. 2012. Za tuto dobu bylo vyplněno 73 dotazníků.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit postoje a názory pedagogů na integraci dětí s postižením do běžných ZŠ /otázka č. 21/, největší překážky integrace z pohledu pedagogů /otázka č. 19/ a v neposledním řadě důležitost asistenta pedagoga ve třídách s integrovaným dítětem /otázky č. 11, 12, 13/.

Pro naplnění cíle byly stanoveny tyto hypotézy:

H1: Integrace dětí s tělesným postižením do běžné ZŠ je pro pedagogy přijatelnější než integrace dětí se smyslovým a mentálním postižením.

H2: Asistent pedagoga je důležitou součástí úspěšného integračního procesu.

H3: Vztah integrovaného žáka a žáka bez postižení je pedagogy vnímán jako kamarádský.

H4: Největší překážky integrace jsou dle pedagogů finanční povahy.

Vyhodnocení zadaných hypotéz je podrobně rozpracováno v podkapitole č. 5.4

Další zvolenou metodou byla metoda rozhovoru, charakterizována přímou sociální interakcí. Osobní kontakt, snadnější navození důvěry a bezprostřednost považuji za velké výhody této metody. Přesný přepis dvou rozhovorů na téma integrace postižených žáků do běžných základních škol najdete v podkapitole **č. 5.3**

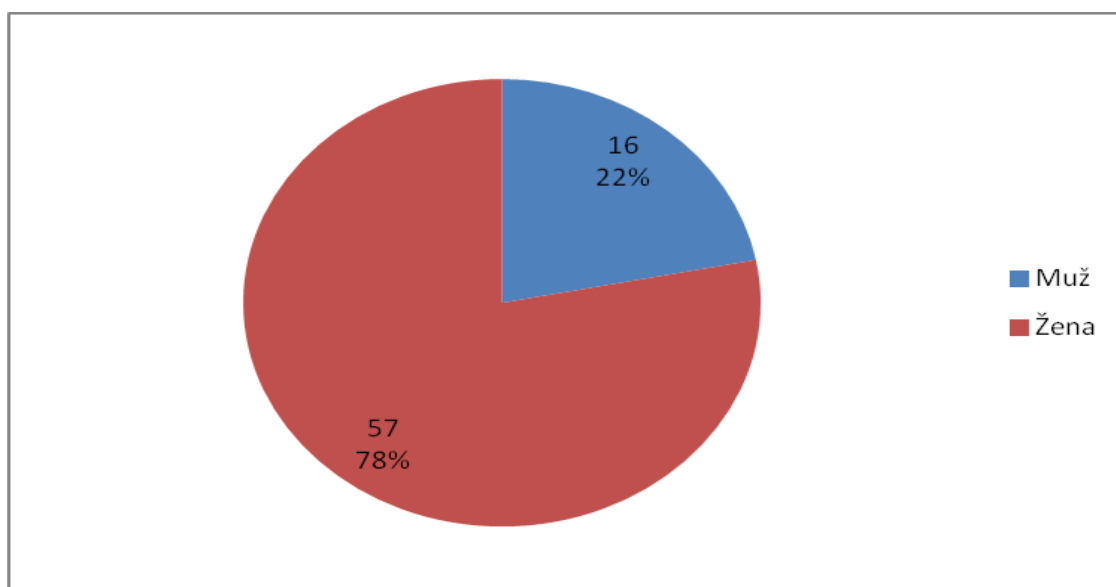
5.2. Interpretace výsledků z dotazníkového šetření

V této části práce se budeme podrobně věnovat výsledkům jednotlivých otázek, které jsou přednostně zpracovány pomocí grafu a následně doplněny komentářem. Pro přehlednost je každé otázce z dotazníku věnována samostatná strana.

Otázka č. 1

Pohlaví

- Muž
- Žena



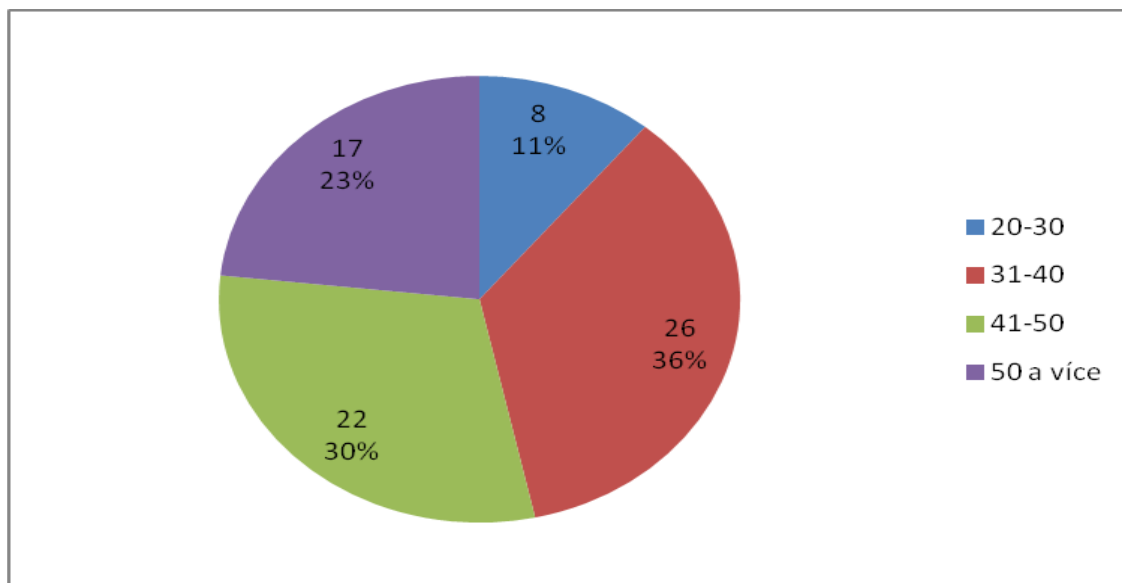
Graf: 3

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 73 respondentů, z toho 57 žen a 16 mužů. Důvodem zařazení této otázky bylo zjištění zastoupení mužů a žen v rámci šetření. V návaznosti na poslední otázku ohledně vyjádření názoru na integraci se slovně vyjádřilo 9 mužů a 39 žen z celkového počtu 48, kteří tuto možnost využili. Citace vybraných postojů k integraci jsou ke shlednutí u otázky č. 21.

Otázka č. 2

Věk

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 50 a více



Graf: 4

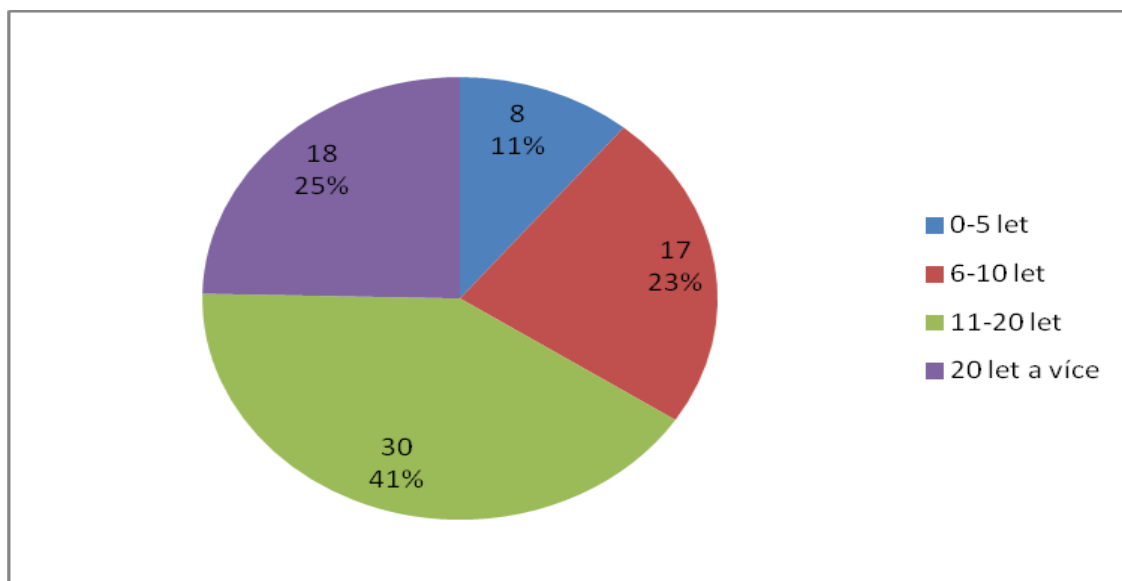
Nejvíce oslovených respondentů se nachází ve věkové kategorii 31-40 let. Z počtu 16 mužů spadá do zmíněné kategorie mužů 9, u žen se tato věková kategorie objevuje na druhém místě s procentuálním zastoupením 29.82 % těsně po kategorii 41-50 let, do které se přihlásilo žen 18 / 31.58 %/

Věková skupina 31-40 let se ukazuje jako nejpočetnější v pozitivním a spíše pozitivním postoji k integraci těžce postižených do běžných základních škol. V případě, že by se jednalo o jejich vlastní dítě s postižením postupovali by podobně „pozitivně“ a své dítě by do běžné školy integrovali. Z celkového počtu 26 ve věkové skupině 31-40 let odpovědělo jednoznačně ANO 17 respondentů.

Otázka č. 3

Délka Vaší pedagogické praxe

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 20 let a více



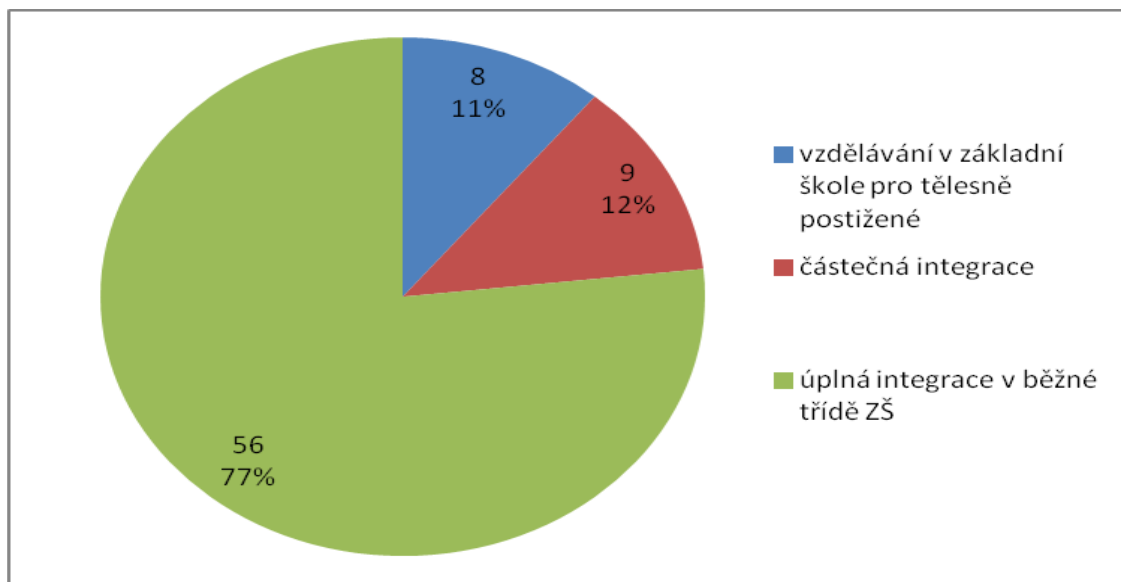
Graf: 5

Na základě zjištěných výsledků lze konstatovat, že nejvíce dotázaných respondentů má pedagogickou praxi v rozmezí od 11 do 20 let. V číslech řečeno se jedná o 30 probandů z celkového počtu 73, z čeho je 7 mužů a 23 žen. 70 % lidí má, nebo mělo ve své třídě integrované dítě s postižením. O této skupině lze také říci, že mají velice pozitivní přístup k integraci dětí s lehkým postižením a shodují se také v názoru, že největší překážky úspěšné integrace jsou finanční povahy / 80.65 %/

Otázka č. 4

Nejpřijatelnější formou vzdělávání tělesně postižených žáků dle Vašeho názoru je:

- vzdělávání v základní škole pro tělesně postižené
- částečná integrace
- úplná integrace v běžné třídě ZŠ



Graf: 6

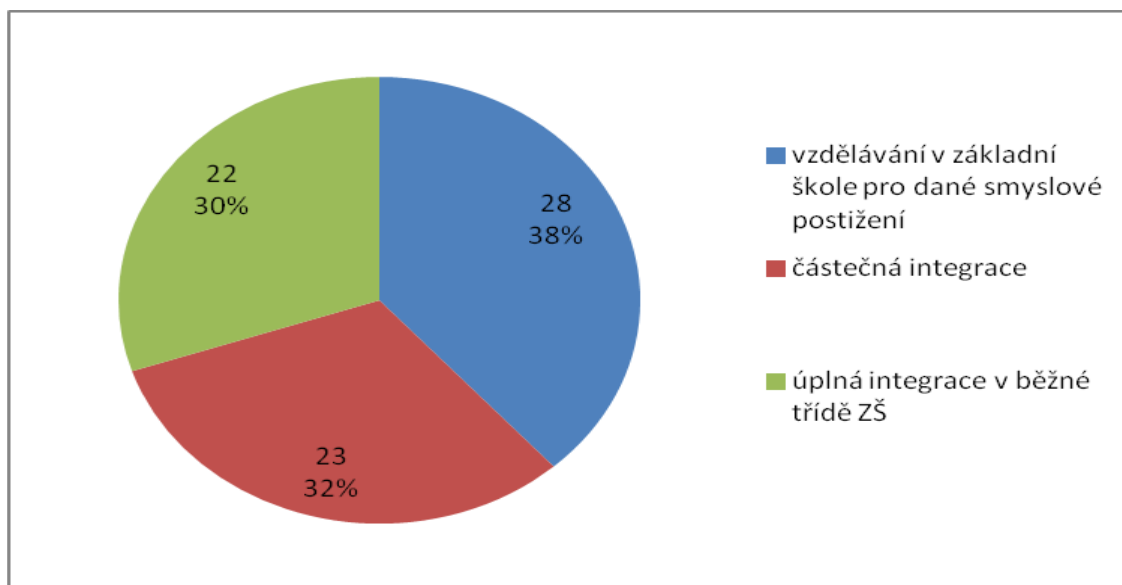
Naprostá většina z dotazovaných pedagogů souhlasí, že nejpřijatelnější formou vzdělávání žáků s tělesným postižením je v běžné základní škole formou úplné integrace. Jak je vidět na grafu, s touto variantou souhlasí až 56 respondentů z celkového počtu 73, z toho se jedná o 44 žen a 12 mužů ve věku 31 až 50 let, přičemž většina má 11 a více let praxe. Z toho však až téměř 42 % pedagogů upozorňuje na fakt, že nemají pro tento druh postižení ve školách optimální podmínky, chybí bezbariérový přístup, speciální pomůcky a kvalifikovaní asistenti, kteří by pedagogům s postiženým žákem pomohli.

Otázka č. 5

Nejpřijatelnější formou vzdělávání smyslově postižených žáků dle Vašeho názoru

je:

- vzdělávání v základní škole pro dané smyslové postižení
- částečná integrace
- úplná integrace v běžné třídě ZŠ



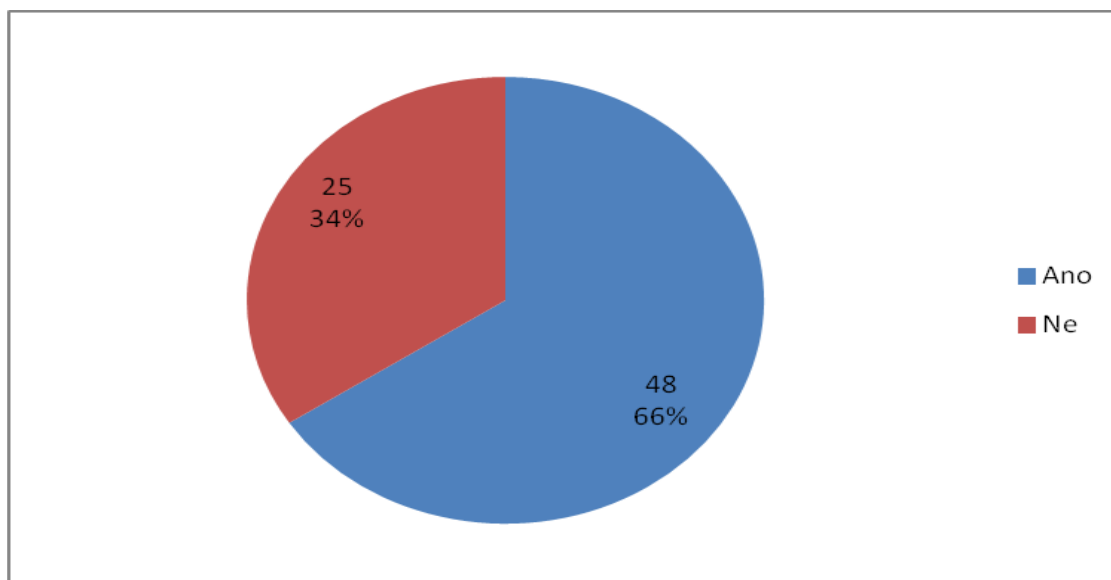
Graf: 7

U smyslového postižení se výsledky jeví jako diametrálně odlišné, většina respondentů preferuje spíše vzdělávání dětí se smyslovým postižením ve speciálních základních školách pro dané smyslové postižení, případně by souhlasili s částečnou integrací. S úplnou integrací do běžné základní školy souhlasilo jenom 23 pedagogů opět z celkového počtu 73 oslovených, z toho nejvíce ve věkové kategorii 50 a více. Pedagogové se shodují, že na běžných ZŠ chybí hlavně kompenzační pomůcky pro dané smyslové postižení a vyškolený personál, který nemá problém například s Braillovým písmem, nebo znakovým jazykem. Někteří pedagogové vyjádřili obavu, že i v případě asistence dojde ke zpomalení tempa výuky.

Otázka č. 6

Mám nebo jsem měl/a ve své třídě integrované dítě

- Ano
- Ne



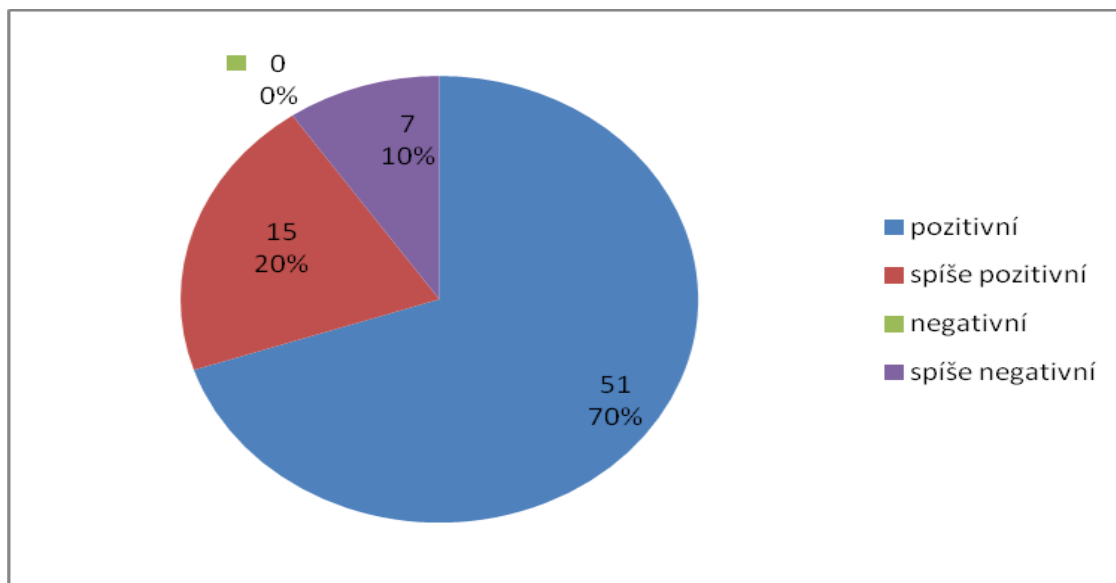
Graf: 8

Z grafu je patrné, že většina dotazovaných respondentů má osobní zkušenost z integrací zdravotně postiženého dítěte do běžné základní školy. Z celkového počtu 48 se jedná o 40 žen a 8 mužů, přičemž všichni mají pozitivní postoj k integraci dítěte s lehkým postižením a 27 z nich se staví spíše kladně i k integraci dítěte s postižením těžkého stupně. Všichni se také shodují na tom, že dítěti s postižením věnují více času a pozornosti. Ze 48 pedagogů se až 39 vyjádřilo, že ke zpomalení tempa celé třídy dochází, když nemají „po ruce“ asistenta pedagoga, z toho má však asistenta pedagoga k dispozici jen 31 respondentů. Potěšující informací je, že poměrná většina pedagogů z této skupiny tvrdí, že podmínky pro integraci jsou ve škole, kde pracují, přijatelné.

Otázka č. 7

Váš postoj k integraci lehce postiženého žáka do běžné třídy je:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní



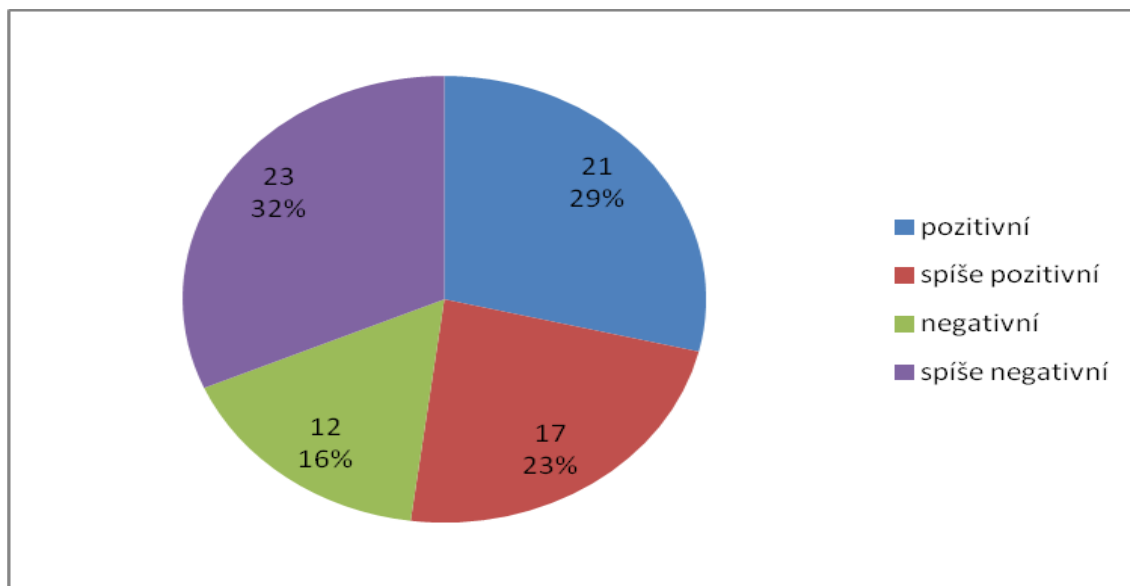
Graf: 9

51 dotazovaných pedagogů přistupuje k integraci dětí s lehkým postižením kladně, s tím, že dalších 15 pedagogů se taky přiklání k integraci a vidí ji spíše pozitivně. Pozitivum můžeme vidět v tom, že úplně negativní postoj nezaujal ani jeden z respondentů. Zajímavostí je, že se našli 3 respondenti, kteří si myslí, že postižené dítě neklade na učitele vyšší nároky. Všech 51 respondentů se také ztotožňuje s názorem, že integrace postiženého dítěte do běžné třídy vplývá kladně jak na dítě s postižením, tak na intaktní spolužáky.

Otázka č. 8

Váš postoj k integraci těžce postiženého žáka do běžné třídy je:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní



Graf: 10

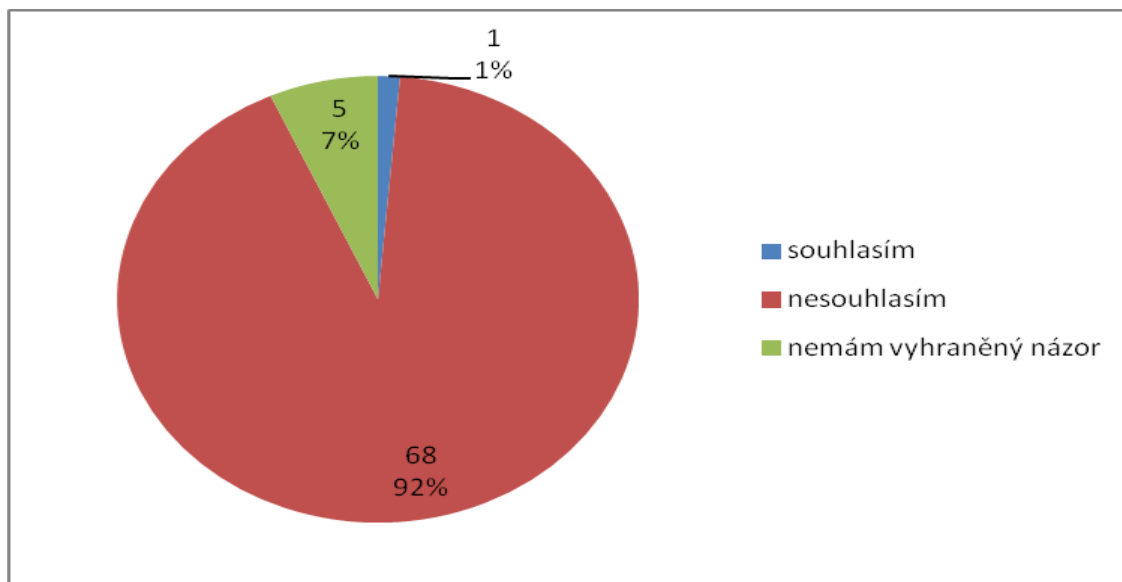
Tento graf se jeví jako velmi vyrovnaný, jelikož hranice a rozdíl mezi postojem pozitivním a spíše negativním je dost tenká. Každopádně se budeme odvíjet od skupiny početnější, do které spadá 23 pedagogů se spíše negativním postojem k integraci těžce postižených dětí. Skupinu 23 respondentů tvoří 18 žen a 5 mužů, přičemž věková hranice se pohybuje v rozmezí od 41 do 50 let. Většina z těchto pedagogů má vlastní zkušenost s integrací dítěte s postižením, ale tvrdí, že podmínky na škole jsou spíše horší, schází jim asistent pedagoga a speciální pomůcky. Kdyby měli zvážit integraci svého dítěte s postižením, považovali by to za velmi těžké rozhodnutí.

Z 21 pedagogů, kteří vidí integraci dítěte s těžkým postižením pozitivně, se až 18 z nich přiklání k úplné integraci tělesně i smyslově postižených do běžné základní školy a stejný počet tvrdí, že vztah postižených a zdravých dětí je rozhodně kamarádský.

Otázka č. 9

Postižené dítě ve třídě neklade na přípravu učitele vyšší nároky

- souhlasím
- nesouhlasím
- nemám vyhraněný názor



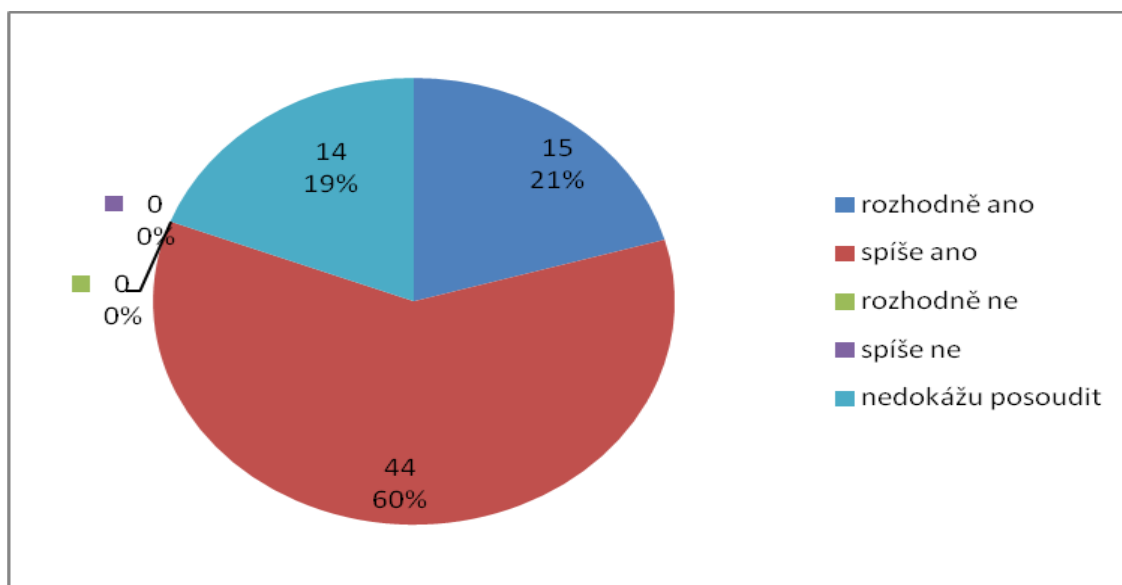
Graf: 11

Myslím, že obrázek grafu vypovídá sám za sebe. 92 % pedagogů zastává názor, že dítě s postižením klade na učitele vyšší nároky. 47 respondentů má přitom vlastní zkušenost s integrací, přičemž většina z nich se domnívá, že postiženému dítěti věnuje více času, i když asistenta pedagoga z nich už využívá 31.

Otázka č. 10

Domníváte se, že věnujete/ jste věnovali více času a pozornosti při vyučování postiženému žákovi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne
- nedokážu posoudit



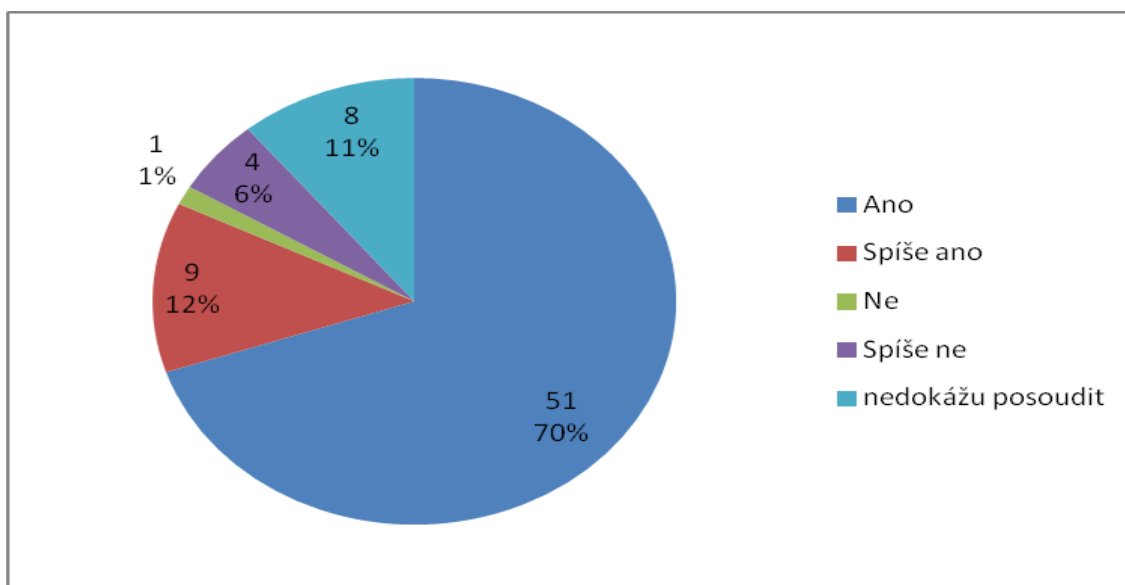
Graf: 12

Z výzkumného šetření vyplývá, že až 81 % všech dotazovaných pedagogů tvrdí, že při vyučování často věnují větší pozornost dítěti s postižením, přičemž zbylých 19 % nedokáže tuto situaci adekvátně posoudit. Stejným měřítkem pro tuto skupinu je také fakt, že sdílí stejný názor ohledně kladených vyšších nároků na pedagogy v případě, že dítě s postižením je do běžné třídy integrováno. Zajímavostí je, že nejpočetnější skupina z popisovaného grafu /60 % - 44 učitelů/ se u otázky č. 14, jestli jsou podmínky ve škole, kde učíte pro integraci optimální, rozdělila do dvou stejných skupin, přičemž jedna tvrdí, že podmínky jsou spíše pozitivní a druhá tvrdí přesný opak – podmínky jsou spíše negativní.

Otázka č. 11

Dochází integrací dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že nemáte asistenci/

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nedokážu posoudit



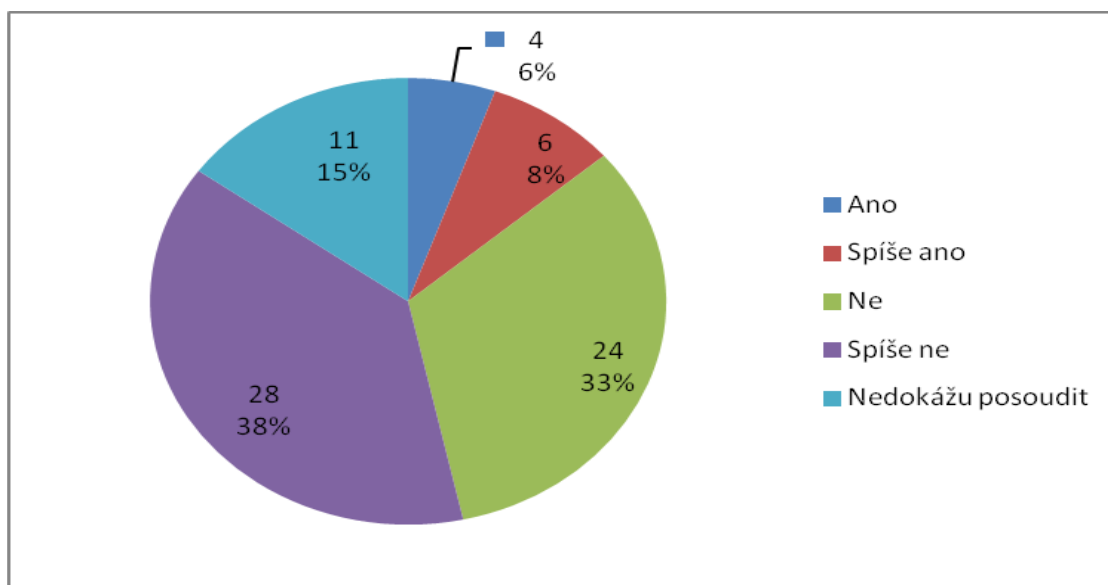
Graf: 13

Úlohou této otázky bylo zjistit, jak učitelé vnímají výuku ve třídě, kde je umístěno dítě s postižením. Přesně se jednalo o posouzení tempa výuky v případě, že ve třídě chybí asistent pedagoga a pak následné porovnání odpovědí v případě, že asistent je ve třídě přítomen /otázka č.12/. Z celkového počtu 73 probandů se 70 % vyjádřilo, že v případě integrace postiženého dítěte do běžné třídy, ve které není asistent pedagoga k dispozici, dochází ke zpomalení celého kolektivu. Zpomalení tempa silně nepociťuje jen 7 % učitelů, z čeho 4 učitelé integrované dítě ve třídě mají. Z 51 pedagogů, kteří zpomalení tempa vnímají, je 24 bez pomoci asistenta pedagoga.

Otázka č. 12

Dochází integraci dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že máte asistenci/

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nedokážu posoudit



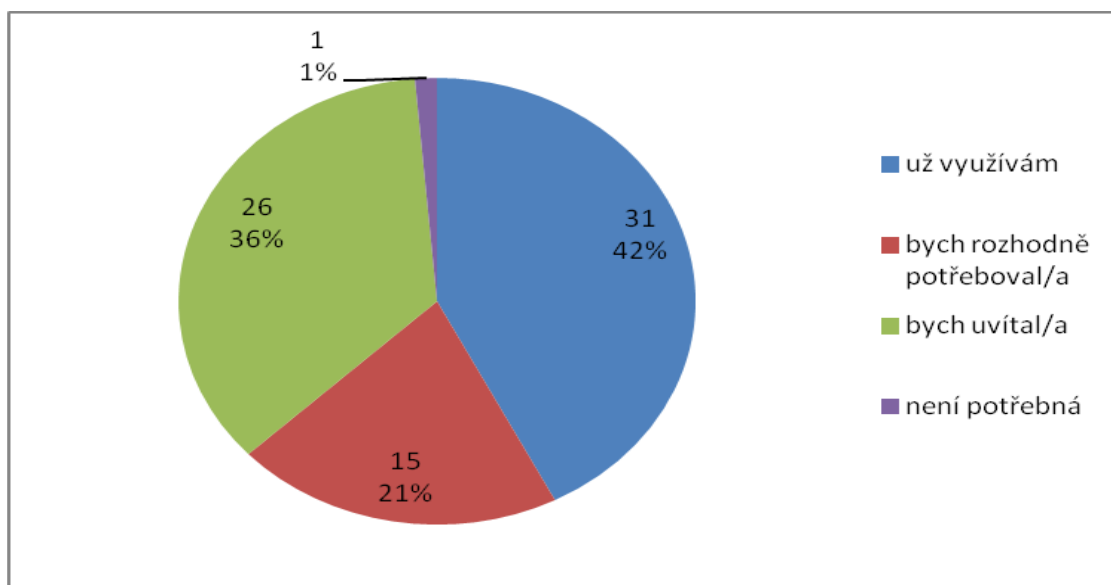
Graf: 14

Na základě grafu u otázky jedenáct vyplývá, že učitelé vnímají přítomnost asistenta ve třídě kladně a tvrdí, že tempo celé třídy se tím pádem nezpomaluje. Pomocí tohoto grafu můžeme porovnat obě otázky a konstatovat jak důležitou roli asistent pedagoga ve třídě hraje. Jak je vidět z grafu, tak 10 respondentů vyjadřuje názor, že tempo třídy se integrací postiženého dítěte zpomalí stejně, i v případě, že ve třídě je asistent pedagoga přítomen. 7 z nich má asistenta ve škole k dispozici. Pro představu proč to tak učitelé vnímají si dovoluji citovat jednu oslovenou pedagožku, která říká: „asistentem je u nás paní v důchodovém věku, která si tím přivydělává, a myslím si, že to neplní svou funkci a s žákem si nesešla.“ Z druhé strany se ale můžeme podívat na odpovědi většinové, které ukazují, že pedagogové už zpomalení tempa třídy v případě asistenta pedagoga ve třídě nevnímají, nebo ho vnímají jen minimálně

Otázka č. 13

Přítomnost asistenta/asistentky při vyučování...

- už využívám
- bych rozhodně potřeboval/a
- bych uvítal/a
- není potřebná



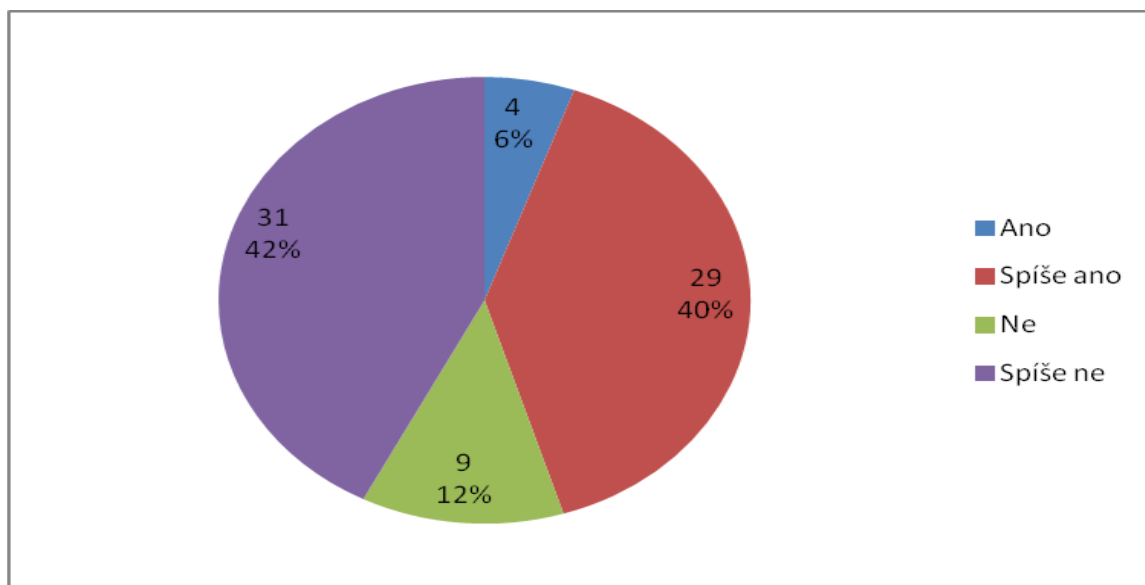
Graf: 15

Podobně jako otázky 11 a 12, i otázka 13 byla respondentům položena z důvodu ověření stanovené hypotézy. Z grafu lze vyčíst, že 42 % probandů už pomoc asistenta pedagoga ve třídě s integrovaným dítětem využívá, na druhou stranu se ale jedná o velké procento pedagogů, kteří by pomoc rozhodně potřebovali nebo uvítali. Jenom jeden učitel si myslí, že práci s postiženým dítětem lze zvládnout i bez asistence. Většina respondentů využívajících asistenty pedagoga se také přiklání k úplné integraci dětí jak s tělesným, tak smyslovým postižením do běžné ZŠ. Výsledek lze potvrdit i tím, že všech 31 učitelů má ve své třídě integrované dítě s postižením. Jako skupina projevují taky pozitivní nebo spíše pozitivní postoj k integraci i těžce postižených dětí.

Otázka č. 14

Jsou podmínky pro integraci na škole, kde učíte optimální? Jestli NE, z jakého důvodu?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne



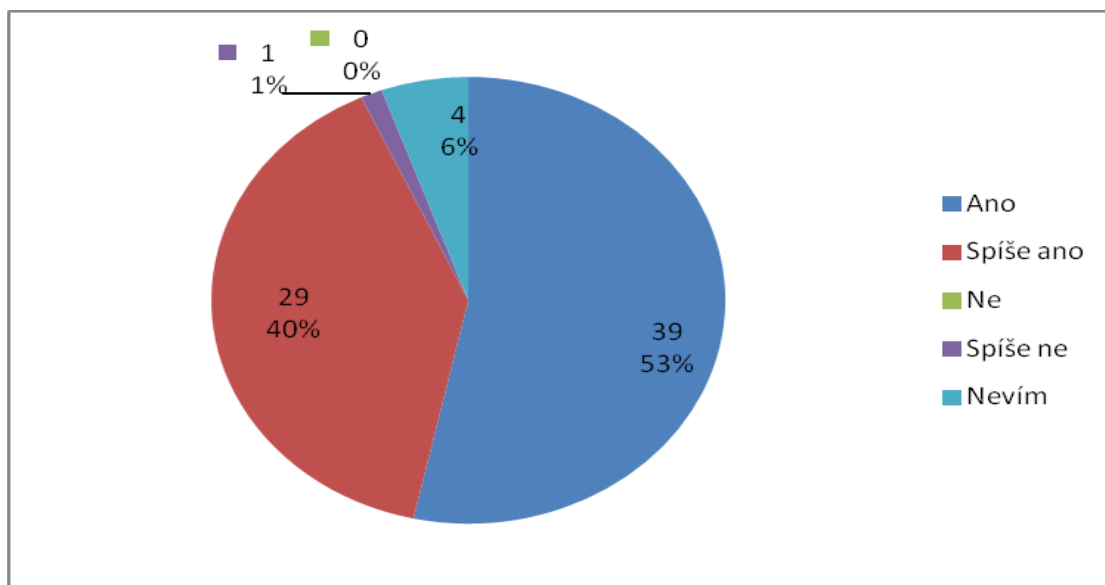
Graf: 16

Z výsledků výzkumu vyplývá, že celkem 31 z celkového počtu 73 dotazovaných respondentů se domnívá, že jejich škola spíše nemá vytvořeny podmínky pro integraci žáků s postižením. Na druhou stranu však 29 dotazovaných respondentů si myslí, že jejich škola spíše má vytvořeny podmínky pro integraci, i když upozorňují na nedostatek financí, kompenzačních pomůcek a v některých případech i na morální nedostatek. Zbýlých 13 pedagogů se dělí mezi odpovědi Ano a Ne, to znamená, že 4 učitelé se domnívají, že podmínky na škole, kde učí jsou optimální a 9 pedagogů tvrdí, že podmínky nejsou optimální vůbec. Z 31 respondentů, o kterých jsme mluvili v úvodu, jich má 17 ve své třídě dítě s postižením integrováno.

Otázka č. 15

Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje postižené žáky?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nevím



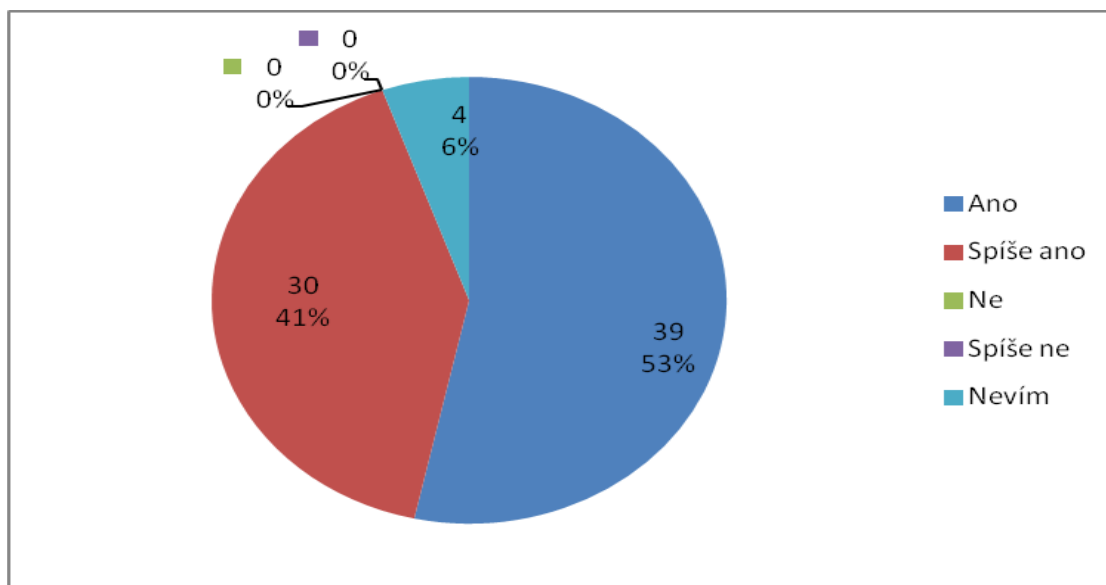
Graf: 17

Cílem této otázky bylo zjistit, jestli dle pedagogů působí integrace postiženého dítěte na dítě samotné pozitivně nebo nikoli. Většina respondentů odpověděla na tuto otázku kladně jak je vidět z grafu. Celkově lze usoudit, že 93 % pedagogů si myslí, že pro postižené dítě samotné má integrace pozitivní vliv. 4 probandi neuměli na danou otázku odpovědět a našel se i jeden pedagog, který si myslí, že integrace postiženého žáka pozitivně neovlivňuje. V dalším grafu se budeme zabývat otázkou postavenou opačně, zda je integrace postiženého dítěte do běžné školy přínosná pro děti bez postižení.

Otázka č. 16

Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje intaktní/zdravé žáky?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nevím



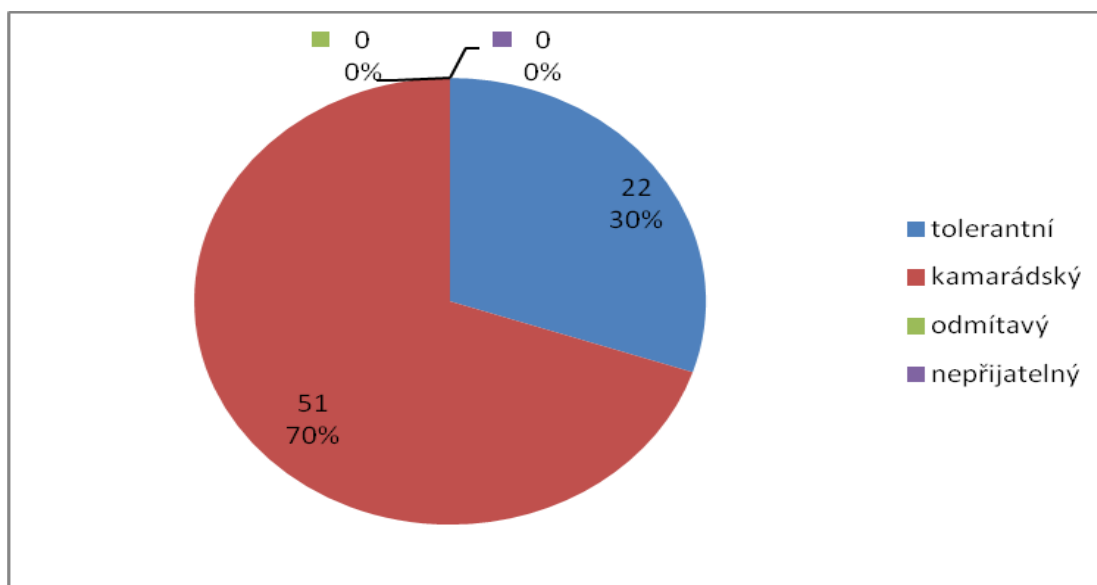
Graf: 18

Důvodem zařazení této otázky bylo zjištění názoru na přínos integrace pro intaktní žáky. S přínosem integrace osob s postižením pro zdravé spolužáky souhlasí 53 % respondentů, to znamená 39 z celkového počtu 73. Další velká část pedagogů se přiklonila k variantě Spíše ano. Zbýlých 6 % dotazovaných na tuto otázku odpovědělo - nevím. Odpověď spíše ne a ne nezvolil ani jeden z respondentů. Všechny 39 pedagogů, kteří tvrdí, že integrace dítěte s postižením ovlivňuje intaktní spolužáky kladně, souhlasí i s názorem, že samotná integrace působí spíše pozitivně i na postižené žáky samotné.

Otázka č. 17

Vztah integrovaného žáka se „zdravými“ spolužáky vnímáte jako...

- tolerantní
- kamarádský
- odmítavý
- nepřijatelný



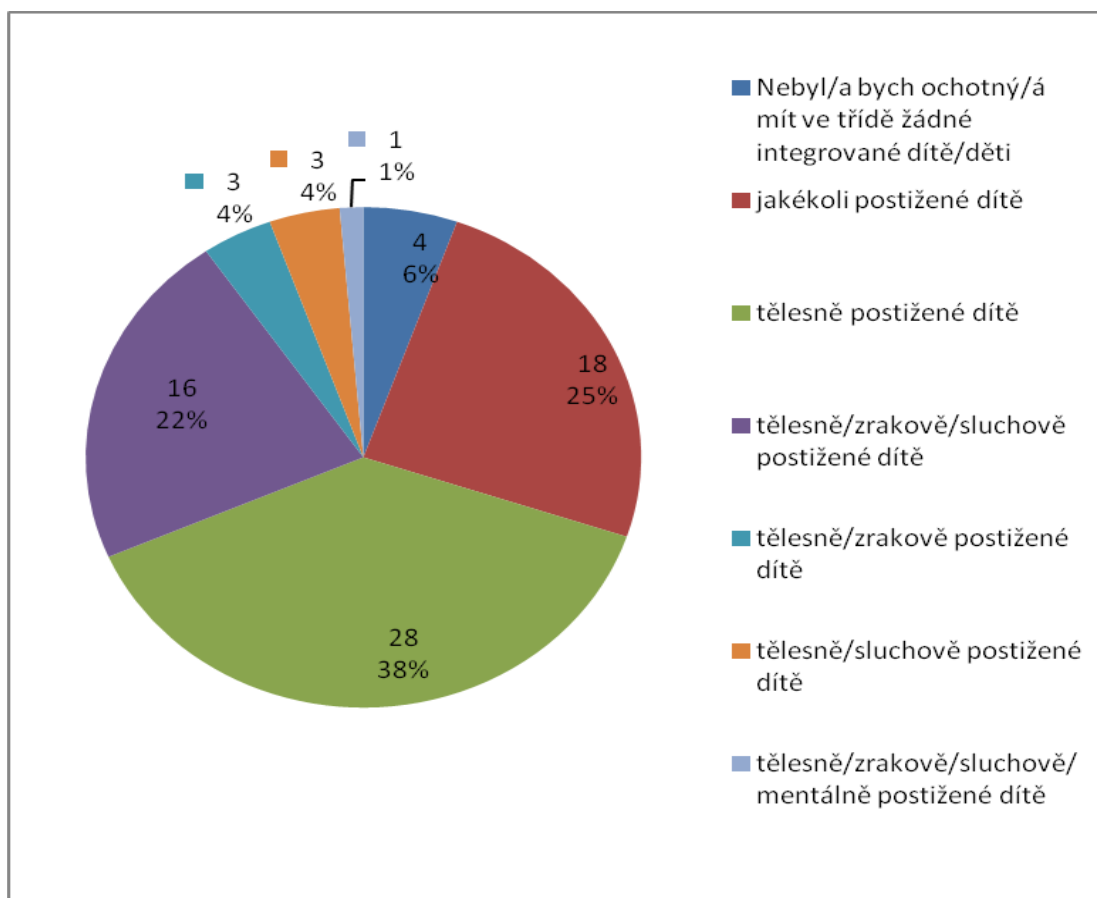
Graf: 19

Cílem této otázky bylo zjistit, jak se z pohledu pedagogů vzájemně vnímají děti intaktní a děti s postižením. Ani jeden z respondentů si nemyslí, že by vzájemný vztah postižených a zdravých dětí byl odmítavý, nebo nepřijatelný. Celá skupina dotazovaných respondentů vnímá vzájemný vztah těchto dětí kladně. 30 % učitelů se přiklání k názoru, že vztah je tolerantní a 70 % pedagogů dokonce sdílí názor, že vztah mezi dětmi s postižením a intaktními dětmi je kamarádsky. Jako zajímavost můžeme uvést, že většina respondentů vnímajících vztah mezi postiženými a intaktními jako kamarádský by své dítě s postižením integrovala do běžné základní školy mnohem víc, než skupina respondentů vnímajících vztah intaktních a postižených jako tolerantní.

Otázka č. 18

Byl/a bych ochotný/á mít ve třídě integrované... /více možností odpovědi/

- tělesně postižené dítě
- mentálně postižené dítě
- zrakově postižené dítě
- sluchově postižené dítě
- jakékoli postižené dítě
- Nebyl/a bych ochotný/á mít ve třídě žádné integrované dítě/děti



Graf: 20

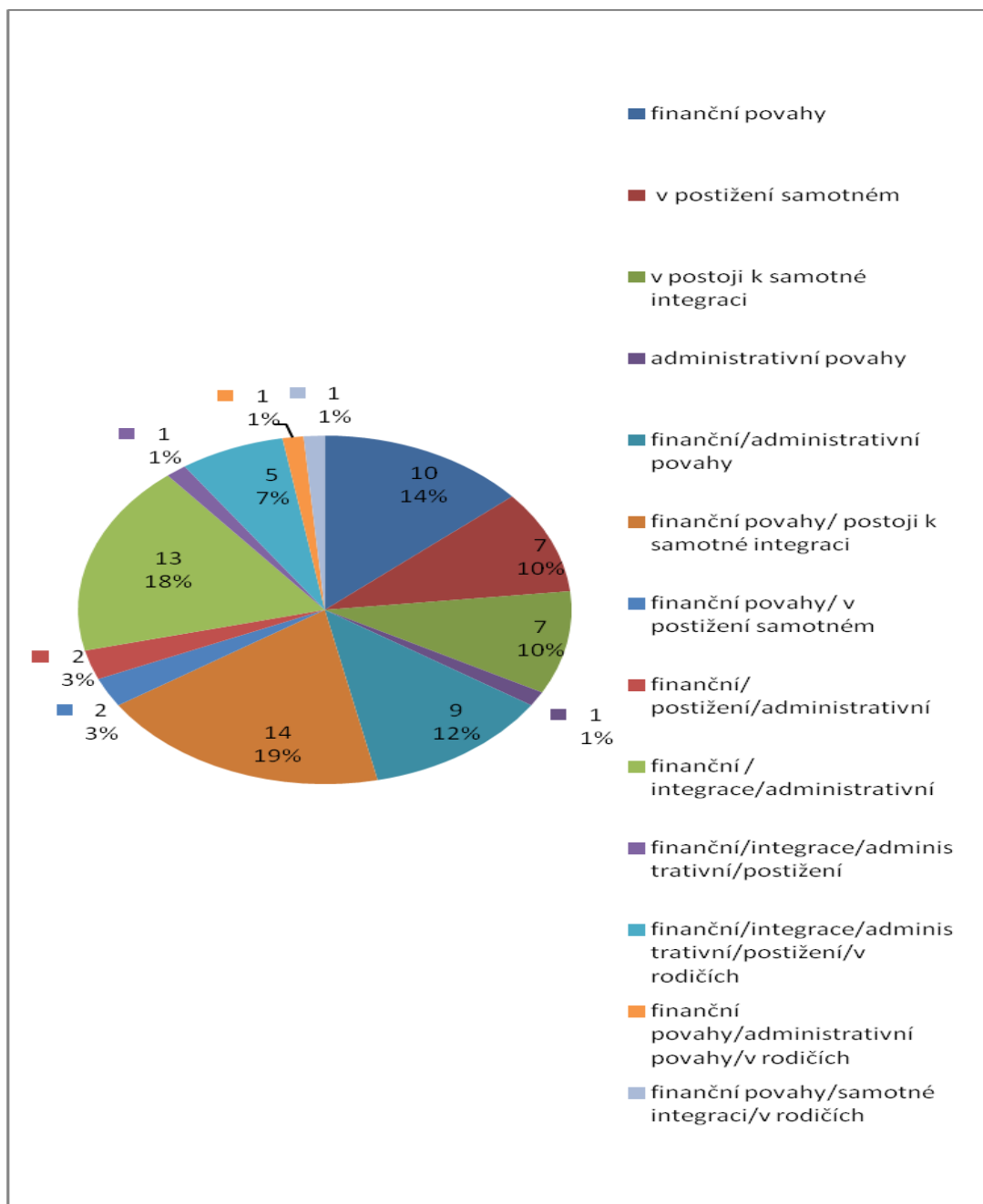
Jedním z cílů a hypotéz bylo také zjistit, kolik pedagogů by souhlasilo s integrací dítěte s tělesným, smyslovým nebo mentálním postižením a které z těchto postižení by upřednostnili. U otázky bylo možné zaškrtnout více variant odpovědí, proto je legenda u grafu o něco delší, než zadání jednotlivých možností. Jak můžete vidět z grafického zobrazení, největší počet respondentů by souhlasilo s integrací tělesně postiženého dítěte, celkem se jedná o 38 %. Druhá nejpočetnější skupina, celkem 18 pedagogů by

neměla problém s integrací žádného dítěte s postižením, včetně mentálního postižení. Do třetí skupiny se řadí pedagogové, kteří by z integrace vyčlenili dítě s mentálním postižením a to v celkovém počtu 16 /22 %/. 4 % respondentů se přiklání k variantě poslední - Nebyl/a bych ochotný/á mít ve třídě žádné integrované dítě/děti

Otázka č. 19

Největší překážky integrace postiženého dítěte... /více možností odpovědi/

- jsou v postižení samotném
- jsou finanční povahy
- jsou administrativní povahy
- jsou v rodičích
- jsou v postoji k samotné integraci



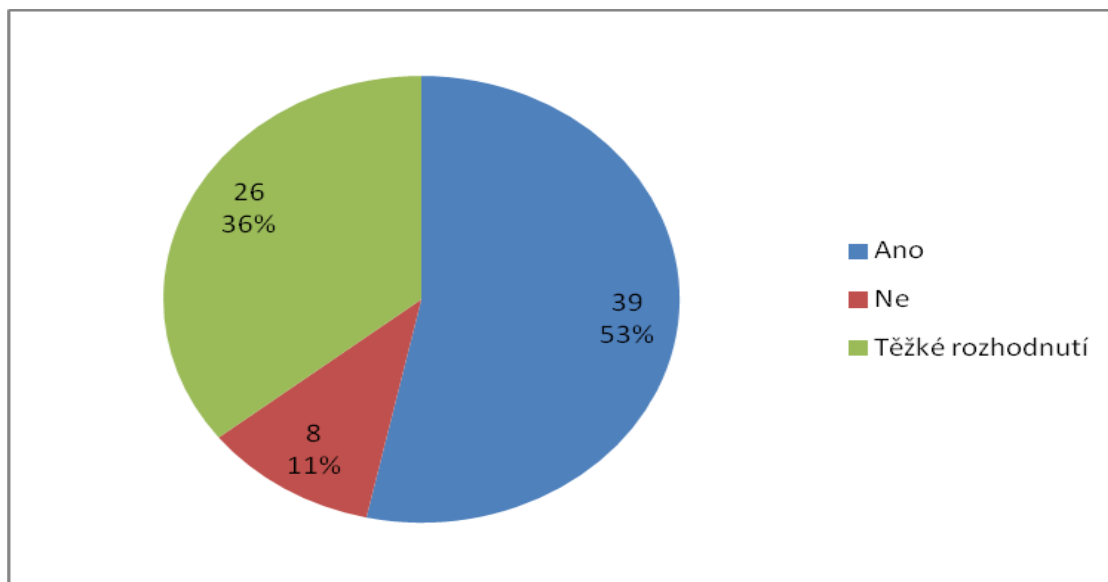
Graf: 21

Podobný princip byl zvolen i u otázky č. 19, kde měli respondenti možnost zvolit více než jednu variantu odpovědi. Cílem bylo zjistit, co považují učitelé za největší překážky integrace. Většina pedagogů vidí překážek více, proto jsou graf i legenda obsáhlejší. Nejpočetnější kombinací odpovědí se jeví kombinace dvou překážek a to je postoj k samotné integraci a překážky finanční povahy, tyto možnosti zvolilo najednou 14 pedagogů, další početnou kombinací se jeví kombinace už zmíněná, ale 13 pedagogů k ní doplnilo ještě překážky administrativní povahy. Když bychom byli nuceni vybrat jenom jednu překážku, která se objevovala nejčastěji u všech dotazovaných pedagogů, byly by to překážky finanční povahy, kterou zvolilo téměř 80 % všech respondentů. Nedostatek financí bylo často zmiňované spojení i u otázky č. 14, kde se pedagogové vyjadřovali k (ne)optimálním podmínkám ve škole.

Otázka č. 20

Integroval/a byste své zdravotně znevýhodněné dítě do běžné třídy ZŠ?

- Ano
- Ne
- Těžké rozhodnutí



Graf: 22

Cílem této otázky bylo nepřímou zjištění důvěry pedagogů v integraci a školský systém, když by se jednalo o jejich vlastní dítě s postižením. Většina respondentů, řečeno v číslech přesně 39 se vyjádřila kladně a své dítě s postižením by do běžné třídy mezi intaktní spolužáky s důvěrou integrovalo. 26 učitelů z celkového počtu 73 ale neodpovědělo na zmíněnou otázku jednoznačně a považuje rozhodnutí zda-li integrovat nebo ne za těžké. 8 pedagogů se vyjádřilo negativně a své dítě s postižením by rozhodně neintegrovali. Pro doplnění informací ani jeden z 8 pedagogů nepracuje ve své třídě s integrovaným dítětem.

Otázka č. 21

Stručně popište Váš celkový názor a postoj k integraci... /max. 3 věty /

U této otázky, která byla řešená formou otevřené odpovědi, měli respondenti možnost vyjádřit svůj postoj a názory k integraci. Této možnosti využilo celkem 48 probandů z celkového počtu 73, co považují za velmi přínosné. Dotazník probíhal anonymní formou, přesto ale budou názory pedagogů uvedené formou citace s uvedením pohlaví a délkou pedagogické praxe respondenta pro představu.

„Integrace pozitivně ovlivňuje společné soužití. Mělo by být na ni pamatováno v rozpočtech škol (vzhledem k nutnosti asistentů), aby ředitele neodrazovala už jen administrativa nutná ke zřízení funkce asistenta atd.“. /žena, 20 a více/

„Integrace dává možnost postiženým i zdravým dětem ke vzájemnému poznávání, k přirozenému životu. Je ale málo osobních asistentů, kteří by integraci vedli“.

/žena, 6-10 let/

„Pokud není postižení středně těžké až těžké, tak se integraci nebráním“.

/žena, 11-20 let/

„Z ekonomického hlediska vím, že jakékoliv investice do st. správy, včetně školství jsou v době krize značně omezené a integrace si jistě žádá nemalé finanční prostředky, přesto bych hledala střední cestu.“ /žena, 6-10 let/

„Jsem pro integraci tělesně postižených, pokud je škola příslušně vybavena“.

/muž, 6-10 let/

„Můj názor je kladný. Věřím v prohlubování integrace v rámci maximálních možností našeho školského systému“. /muž, 11-20 let/

„Tělesně postižené dítě není problém integrovat, pokud to prostory školy dovolují. V případě 28 - 30 dětí ve třídě je však integrace problematická, a to zejména u dětí s mentálním postižením“. /žena, 11-20 let/

„Jsou děti, které integrovat jde, jsou děti, kde je integrace obtížná. A jsou postižení, kdy běžná škola nemůže poskytnout takové podmínky jako škola, která je pro daný druh postižení specializovaná“. /žena, 11-20 let/

„Funkční integrace je možná, pouze pokud jsou k tomu ve škole, společnosti podmínky. Jak v rovině materiální (finanční prostředky, asistenti, podklady a pomůcky), tak v rovině morální (podpora vedení, všech rodičů a studentů)“. /muž, 11-20 let/

„Jsem pro integraci v případě, že bude k prospěchu samotnému dítěti. Pro úspěšnou integraci je nutné vytvořit ve škole patřičné podmínky, jinak nemá smysl“. /žena, 6-10 let/

„Záleží na druhu a stupni postižení dítěte. V běžné třídě na odpovídající péči o postižené dítě není čas. Bohužel“. /žena, 20 a více/

„Plošně to navrhnout je blbost. Vždycky se musí jít po konkrétním žákovi a jeho rodině a postižení! Nedá se to dělat od stolu a dítě musí mít u sebe schopného asistenta“. /žena, 6-10 let/

„Dává možnost postiženým i zdravým dětem ke vzájemnému poznávání, k přirozenému životu. Je ale málo osobních asistentů, kteří by integraci vedli“. /žena, 6-10 let/

“Každopádně vše závisí na tom, o jaký typ postižení se jedná. Pokud o lehčí, problém v integraci bych neviděla, pokud o těžší formu, rozhodně bych neintegrovala“. /žena, 0-5 let/

„Integraci považuji za přínosnou pro integrované dítě i jeho spolužáky. Učí děti vzájemné toleranci. Pro učitele je určitým ověřením schopností učit“. /žena, 6-10 let/

Právě jste si přečetli některé vybrané názory pedagogů na problematiku integrace. Další postoje a názory najdete v celkovém shrnutí v podkapitole č. 5.4 a v samotném závěru práce.

5.3. Rozhovor s pedagogickými pracovníky

Metoda rozhovoru byla zvolena jako doplňková metoda k dotazníkovému šetření, ve které šlo zejména o přímé získání názoru a postoje k integraci dětí s postižením od pedagogů z praxe. Jednalo se o 2 bezprostřední rozhovory s pedagogickými pracovníky, přesně o dvě ženy s praxí nad 20 let, ve funkci ředitelky-pedagožky a učitelky v běžné ZŠ. Obě pedagožky znaly cíl mého výzkumu. Pro zachování osobních údajů neuvádím jejich příjmení. Rozhovor byl se svolením nahráván na diktafon a po přepsání zmažán, aby nedošlo ke zneužití. Obě pedagožky projevíly zájem o výsledky dotazníkového šetření, kterého se i zúčastnily.

Dobrý den Iveto. Moc Vám děkuji za přijetí. Můžu Vás poprosit o Váš názor na integraci? Myslím si, že je správné, že v naší republice existují různé druhy škol, včetně těch speciálních. K integraci se sice přikláním, ale pouze v případě, že je prospěšná samotnému dítěti. **Co tím přesně myslíte?** Myslím tím to, že dle mého názoru nelze integrovat každé postižené dítě do běžné školy. Vždy musíme brát v úvahu možnosti a schopnosti dítěte, a hlavně se podívat na to, jak je postižení těžké. **Znamená to tedy, že dítě s těžkým postižením by se integrovat nemělo?** Pokud nebudou vytvořeny podmínky pro integraci, například bezbariérovost školy, kvalifikovaní asistenti, menší počet žáků ve třídě, peníze na speciální pomůcky atd. tak si myslím, že integraci nebude možné plně uskutečňovat a tím pádem v ní nevidím žádné výhody. **A co u dítěte s lehčím postižením?** U dětí s lehkým postižením se integraci nebráním, protože si myslím, že pokud je dítě s postižením integrováno ve třídě, kde je schopný pedagog, který si umí naplánovat a rozvrhnout práci, tak by integrace nemusela být až takovým problémem. V dnešní době je hodně pedagogů, včetně mne, kteří musí pracovat v těžších podmínkách, protože rodiče integrovat chtějí, takže děti k integraci je více, ale peněz nepřibývá. **Pochopila jsem to tedy správně, že máte ve své třídě integrované dítě?** Ano, mám. Jedná se o chlapečka s ADHD. **A máte k dispozici asistenta pedagoga?** Mám, ale jenom na pár hodin týdně, protože se asistentka věnuje i jinému dítěti. Samozřejmě bych ale její pomoc uvítala častěji, to si nebudu nalhávat. **A můžu se ještě zeptat, jak vnímají spolužáci už zmíněného chlapečka s ADHD?** Hezky, myslím, že tady problém opravdu není. Děti si vzájemně pomáhají a často si spolu povídají. Někdy až moc. / *smích* / **Ivetko, moc Vám děkuji za rozhovor a přeji hezký zbytek dne.**

Dobrý den Jitko. Víím, že máte dlouholetou praxi a osobní zkušenosti s integrací dětí s postižením. Mohu se Vás tedy hned v úvodu zeptat, jaký je Váš postoj k integraci? Budu-li upřímná, začátky byli velmi těžké. O integraci jsem toho moc nevěděla, byla jsem spíše nadšenec, který se do všeho vrhal a každému chtěl pomoci. Nicméně mi moje nadšení pořád zůstává a postoj k integraci je více než kladný. Důležité ale je, abychom všichni nahlíželi směrem, jak to jde úspěšně integrovat a ne jak to nejde. **Spatřujete tedy nějaké nedostatky při integraci?** Nebudeme si nalhávat, že je všechno ideální a k úspěšné integraci postačí jeden schopný učitel, který zvládne všechno sám. /I když v mnoha případech to tak bohužel je/ Zcela určitě se hůř integruje bez financí. Je potřeba nakoupit kompenzační a jiné speciální pomůcky, adekvátně zaplatit asistenty pedagoga, i když slovo adekvátně zní v mnoha případech směšně, jelikož všichni víme, jak to v našich platových třídách vypadá. Další překážkou, která Vás může potkat, to říkám opět z vlastní zkušenosti je postoj rodičů zdravých žáků. Člověk se někdy nestačí divit, co všechno dokážou dospělí vypustit z úst na adresu dítěte s postižením. **Tomu věřím, moje zkušenost je v tomto směru bohužel podobná, ale co rodiče postižených žáků, proč chtějí svoje dítě integrovat, když síť speciálních škol je v tady v ČR poměrně rozsáhlá a na dobré úrovni?** Většina rodičů je přesvědčena, že dítě se v běžné škole naučí víc, že je více motivováno a tím pádem se víc snaží. Někteří jsou dokonce ochotni si zabezpečit a koupit potřebné pomůcky z vlastních zdrojů, jen aby se jejich dítě mělo co nejlépe, ale hlavně bylo v kolektivu zdravých dětí. **A Vy si s“myslíte, že je to pro ně prospěšné a co zdravé děti, jak vnímají svého „jiného“ spolužáka/spolužačku?** Každé dítě, je jedno, jestli je postižené, nebo intaktní těžce nese pocit nezájmu či dokonce ignorace. Myslím si, že děti mezi sebou neřeší „odlišnosti“ tolik, jako dospělí. No a na těch právě záleží, jak to dětem přijatelnou formou vysvětlí. Já osobně vnímám vztah těchto dětí jako přirozený. Někteří si rozumí víc, někteří míň, tak jak je tomu v běžném životě. Ještě jsem se ze strany dítěte nesetkala s tím, že by řeklo, tak s tebou se bavit nebudu, protože si postižený. **Nechci Vás už déle zdržovat, takže mám na závěr ještě poslední otázku. Co je podle Vás nejdůležitější udělat, aby byla integrace úspěšná?** Jak už jsem řekla na začátku, hlavně chtít. Nikdy to celé nestojí jen na jednom člověku, musí chtít všechny strany. Když každý přispěje svojí troškou nadšení a podpory lze mluvit o

dobrém startu k úspěšné integraci. **Jitko, moc Vám děkuji za rozhovor a budu se těšit na další setkání. Přeji Vám i všem „Vaším“ dětem hodně úspěchů.**

5.4. Verifikace hypotéz

Dotazníkové šetření bylo realizováno v období od 9. 10. 2011 do 9. 3. 2012. Cílem bylo zjistit postoj a názory pedagogů k integraci, vztah mezi postiženými a intaktními dětmi a v neposlední řadě překážky úspěšné integrace z pohledu učitelů. Výzkumného projektu se zúčastnilo celkem 73 pedagogických pracovníků. Za podpůrnou metodu byl vybrán rozhovor, o který jsem požádala dvě pedagožky s víceletou praxí. K naplnění cíle byly stanoveny 4 hypotézy.

H1: Integrace dětí s tělesným postižením do běžné ZŠ je pro pedagogy přijatelnější než integrace dětí se smyslovým a mentálním postižením – tato hypotéza byla pro vzorek respondentů **verifikována**.

Hypotéza byla stanovena proto, abychom zjistili, na které postižení jsou učitelé připraveni a které postižení považují jako nejvhodnější pro integraci. Zjištěné výsledky jsou patrné z otázek č. 4, 5 a 18. K potvrzení této hypotézy dopomohla také otevřená otázka č. 21, na základě které bylo možné zjistit obecný postoj k integraci jako takové. Ze statistiky vyplývá, že nejvhodnější formou vzdělávání dětí s tělesným postižením je úplná integrace v běžné třídě základní školy, kterou označilo 77 % respondentů. U smyslového postižení je rozdělení docela rovnoměrné, jelikož 38 % pedagogů by pro děti se smyslovým postižením doporučovalo školu pro dané smyslové postižení, 32 % učitelů by souhlasilo s částečnou integrací a zbylých 30 % se přiklání k úplné integraci. Děti s mentálním postižením se dle statistik jeví jako skupina nejméně vhodná pro integraci do běžných škol. V celkovém součtu by s ní souhlasilo 19 pedagogů. Číselnou statistiku potvrzuje i slovní vyjádření pedagogů, kteří mají k integraci těžce postižených dětí spíše negativní postoj.

H2: Asistent pedagoga je důležitou součástí úspěšného integračního procesu - tato hypotéza byla pro vzorek respondentů **verifikována**.

Integrované dítě s postižením vyžaduje ve třídě individuální přístup a většinou neumožňuje, aby se pedagog věnoval v potřebné míře žákům intaktním i dítěti s postižením. Cílem této hypotézy bylo zjistit, jak pedagogové vnímají asistenta pedagoga, jestli je jejich práce potřebná, či nikoli, případně jaké mají s asistentem osobní zkušenost. Potvrzenou hypotézu lze ověřit z otázek č. 11, 12, 13, 14 a 21. Když se na to podíváme statisticky, tak z odpovědí respondentů je jednoznačně vidět, že bez asistenta ve třídě dochází ke zpomalení tempa celé třídy. Tento názor sdílí 70 % všech pedagogů z našeho vzorku respondentů. Jako další důležitá informace se jeví fakt, že asistenta pedagoga má k dispozici jen 42 % učitelů a všichni ostatní respondenti by pomoc asistenta pedagoga ve třídě víc než jen uvítali. Zmínka o nedostatku asistentů pedagoga byla taky ve větším počtu zmíněna u otevřené otázky v závěru.

H3: Vztah integrovaného žáka a žáka bez postižení je pedagogy vnímán jako kamarádský – tato hypotéza byla pro vzorek respondentů **verifikována**.

V úvodu diplomové práce bylo zmíněno, že jsem se účastnila diskuze o integraci a nedílnou součástí už zmíněné diskuze se stala taky otázka, která byla zvolena jako jedna z hypotéz. Důvodem pro mne bylo překvapivé zjištění, že většina účastníků diskuze /8 z 11/ tvrdila, že vztah mezi žákem s postižením a žákem bez postižení je spíše tolerantní, než kamarádský.

Z výzkumného šetření, které se provádělo na vzorku 73 respondentů, však vyplynulo, že 70 % pedagogů si myslí, že vztah mezi intaktním a postiženým dítětem je kamarádský. 93 % učitelů si také myslí, že integrace dítěte s postižením pozitivně ovlivňuje obě strany, děti s postižením i část intaktní.

H4: Největší překážky integrace jsou dle pedagogů finanční povahy - tato hypotéza byla pro vzorek respondentů **verifikována**.

Úkolem pro verifikaci této hypotézy bylo zjistit, co považují učitelé za největší překážky integrace, i když s integrací souhlasí. Ze statistických údajů je zřejmé, že učitelé vidí překážek více, ale mezi nejčastější patřily odpovědi finance a postoj k integraci v kombinaci. V případě, že se má ale jednat jen o jednu překážku, která se u všech respondentů objevovala nejčastěji, byla by to překážka finanční povahy, kterou zvolilo téměř 80 % všech respondentů. Pedagogové zmiňují, že ve školách chybí peníze na kompenzační pomůcky a cokoliv, co vyžaduje finanční prostředky, se prosazuje velice těžce.

Z provedeného dotazníkového šetření vyplývá snaha pedagogů o integraci dětí se zdravotním postižením do běžných základních škol. Jedná se spíše o postižení lehkého druhu a o postižení tělesné, ke kterému se učitelé stavějí velice pozitivně. Většina respondentů se také shodla na tom, že integrace pozitivně ovlivňuje obě strany a vede je k společnému plnohodnotnému soužití. Zřízení funkce asistenta hodnotí učitelé kladně a většina z nich by jejich pomoc uvítala. Jako nejčastější překážky úspěšné integrace byly určeny překážky finanční povahy a samotný postoj k integraci.

Postoje a názory integrovaných žáků, názory speciálních pedagogů a rodičů se jeví jako vhodný podnět pro další zkoumání a následnou práci jako jednotného celku.

ZÁVĚR

Pozornost této diplomové práce byla zaměřena na výchovu a vzdělávání dětí s postižením a jednou z našich priorit bylo zjistit postoj pedagogů k případné integraci dětí s postižením do běžných základních škol. Oblastí zájmu byla taktéž zkušenost pedagogů s asistenty pedagoga a pohled na vztahy mezi intaktními a postiženými dětmi. Teoretická část byla zpracována na podkladě odborné literatury, která je uvedena v konečné části této práce. Integrace dítěte s postižením znamená proces jeho proniknutí do společnosti zdravých dětí a jeho postupné zapojování se do života vrstevníků. Z odborné literatury, z diskuzí a legislativních podkladů se lze dozvědět, že Česká republika spěje k poměrně kvalitativnímu obratu v přístupu a problematika školské integrace je čím dál více v popředí zájmu. Kladu si ale otázku, v čem spočívá měřítko úsilí pedagogických pracovníků při integraci dětí s postižením. Že bychom se všichni řídili slavným výrokem J. A. Komenského, který říkával: „Komukoli prospěti můžeš, prospívej rád. Možno-li celému světu“. Proto si dovoluji sama za sebe vyjádřit názor, že jsem o smysluplnosti podpory integrace přesvědčena, i když si vedle nesporných pozitiv uvědomuji i rizika integrace. V závěru můžeme uvést, že dle zjištěných výsledků přistupují pedagogové k integraci pozitivně. Velká většina dotazovaných se domnívá, že nedílnou součástí úspěšné integrace jsou mimo jiné asistenti pedagoga, kteří se dle názorů učitelů jeví, jako „pilíře“ integrace. Potěšující je také zjištění, že vzájemný vztah dětí s postižením a dětí intaktních je dle většiny kamarádský. Oběma stranám se integrací otevírají nové možnosti vzájemného poznávání a porozumění. I když je častokrát vše jen o penězích, u otázky integrace jde především o lidský přístup. Musíme být tady jeden pro druhého!

Domnívám se, že vytyčené cíle se mi podařilo splnit a diplomová práce působí jako jednotný celek. Do budoucna mám v plánu práci dále rozšířit o další zajímavé postoje a názory, jak speciálních pedagogů, tak dětí s postižením i jejich rodičů. Případně se tady nabízí také možnost srovnání s jinými zeměmi.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- BARTOŇOVÁ, M. *Kapitoly ze specifických poruch učení I. Vymezení současné problematiky*. Brno:MU, 2004, 2007. ISBN 80-210-3613-3.
- BARTOŇOVÁ, M., VÍTKOVÁ, M. *Strategie ve vzdělání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-158-4
- BARTOŇOVÁ, M., BAZALOVÁ B., PIPEKOVÁ J. *Psychopedie* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-144-7
- BYTEŠNÍKOVÁ, I., HORÁKOVÁ, R., KLENKOVÁ, J. *Logopedie & Surdopedie*. Brno: Paido, 2007 ISBN 978-80-7315-136-2
- DOBROVOLSKÁ, M., MACHÁČEK, M., ŠMAHEL, I.: *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky a patopsychologie*. Brno: PDF MU, 1991
- DOLEJŠÍ, M. *K otázkám psychologie mentální retardace*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1983. ISBN 08-048-83.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ L., RŮŽIČKOVÁ V., *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
- GÜRTLEROVÁ, Z. *Integrace zrakově znevýhodněných žáků na ZŠ*, Bakalářská práce, 2010
- HÁJKOVÁ, V. *Integrativní pedagogika*. Praha: IPPP ČR, 2005.
- HAMADOVÁ, P., KVĚTOŇOVÁ, L., NOVÁKOVÁ, Z. *Oftalmopedie*. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-159-1
- HELUS, Z. *Zřetel k dítěti jako východisko humanizace školy*. Brno:Paido 1998.
- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*, Praha: Septima 1998 ISBN 80-7216-075-3
- HRUBÝ, J. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*, Praha: FRPSP, 1999. ISBN 80-7216-096-6.
- JABŮREK, J. *Bilingvální vzdělávání neslyšících*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-052-4.
- JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. Praha: Triton, 2001 ISBN 80-7254-192-7
- JANOTOVÁ, N., ŘEHÁKOVÁ, K. *Surdopedie. Komunikace sluchově postižených*. Praha: UK, 1990. ISBN 80-7066-004-X.

- JESENSKÝ, J. *Integrace znamená dobu*. Praha: UK, 1998. ISBN 80-7184-691-0.
- JESENSKÝ, J. *Kontraprodukty integrace zdravotně postiženého*, Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7184-030-0.
- KEBLOVÁ, A. *Integrované vzdělávání dětí se zrakovým postižením*. Praha: Septima, 1996. ISBN 80-85-801-65-5.
- KEBLOVÁ, A. *Kompenzační pomůcky pro zrakově postižené žáky*. Praha: Septima, 1999. ISBN 80-7216-104-0
- KEBLOVÁ, A. *Zrakově postižené dítě*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-191-1
- KRAHULCOVÁ-ŽATKOVÁ, B. *Komplexní komunikační systémy těžce sluchově postižených*. Praha: UK, 1996. ISBN 80-7184-239-7.
- KVĚTOŇOVÁ, L. *Základy oftalmopedie*. Brno:MU, 1994. ISBN 80-210-0667-6
- LANG, G., BERBERICHOVÁ, CH. *Každé dítě potřebuje speciální přístup*. Praha: Portál, 1998. ISBN: 80-7178-144-4
- MATĚJČEK, Z. *Dyslexie – specifické poruchy čtení*. Jinočany: H&H, 1995. ISBN 80-85787-27-X.
- MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Portál 2007: ISBN 80-7367-331-2
- MERTIN, V. *Individuální vzdělávací program*. Praha:1995. ISBN 80-7178-032-4.
- MICHALÍK, J. *Občané se zdravotním postižením a veřejná správa*, Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1168-7
- MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice*, Olomouc: UP, 2005. ISBN 80-244-1045-1
- MICHALÍK, J. *Škola pro všechny aneb Integrace je když ...* Vydala ZŠ Integra 2002. ISBN 80-283-9885-X.
- MICHALOVÁ, Z. *Specifické poruchy učení na druhém stupni ZŠ a na školách středních*. Havlíčkův Brod: Tobiáš, 2004. ISBN 80-7311-021-0.
- MÜLLER, O. *Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole*. Olomouc: UP, 2001. ISBN 80-244-0231-9
- OBST, O., KALHOUS, Z. *Školní didaktika*. Praha: Portál, 2002.
- OPATŘILOVÁ, D., ZÁMEČNÍKOVÁ, D. *Somatopedie* Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
- PASCH, M. a kol. *Od vzdělávacího programu k vyučovací hodině*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7367-054-2

- PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-120-0
- POTMĚŠIL, M. Úvodní stati k výchově a vzdělávání sluchově postižených. Praha: Fortuna, 1999.
- POUL, J. *Nástin vývoje vyučování neslyšících*. Brno:MU, 1996.
- POŽÁR, L. *Patopsychológia zrakovo chybných*. Bratislava:Univerzita Komenského, 1972
- PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 2002.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2
- PŘINOSILOVÁ, D. *Diagnostika ve speciální pedagogice*, Brno:Paido 2007 ISBN 978-80-7315-157-7
- PULDA, M. *Sluchová výchova u sluchově postižených dětí*. Brno:MU, 1999. ISBN 80-210-2077-6.
- RENOTIÉROVÁ, M. *Somatopedické minimum*. Olomouc: UP, 2003.
- SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3
- SOVÁK, M. a kol. *Defektologický slovník*. Jinočany: H&H, 2000.
- STAROVÁ, P. *Integrace hendikepovaných dětí a mládeže při výchovně vzdělávacím procesu*, 2004 [online] [cit. 2012-02-01]
Dostupné na <http://www.valnehromady.cz/docs/integrace.doc>
- ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2000, ISBN 80-7178-506-7
- TEPLÁ, M., ŠMEJKALOVÁ, H. *Základní informace k zajišťování asistenta pedagoga do třídy, v níž je vzděláván žák nebo žáci se zdravotním postižením*. IPPP,2007, ISBN 978-80-86856-35-3
- VÁGNEROVÁ, M. *Oftalmopsychologie*. Praha: Pedagogická fakulta UK, 1995. ISBN 80-7184-053-X
- VÁGNEROVÁ, M., HAJD-MOUSSOVÁ, Z., ŠTECH, S. *Psychologie handicapu*, Praha Karolinum 1992 ISBN 80-7066-582-3
- VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. Olomouc: UP, 2003.
- VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika*. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0
- VÍTKOVÁ, M. in kolektiv autorů. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Institut mezioborových studií, 2008.

VOKURKA, M. - HUGO, J. *Praktický slovník medicíny*. Praha: Maxdorf, 1998. ISBN 80-85800-81-0

ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení: specifické vývojové poruchy čtení, psaní a školních dovedností*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-800-7.

INTERNETOVÉ ZDROJE

- <http://www.uiv.cz>
- <http://www.msmt.cz>
- <http://www.sancedetem.cz>
- <http://www.msmt.cz/socialni-programy>
- <http://www.alternativnikomunikace.cz/>
- <http://www.jus.cz/telesne-postizeni>
- <http://www.lorm.cz/cs/lorm/aktuality.php>
- <http://www.rodina.cz/clanek3908.htm>
- http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_E.PDF
- <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>
- <http://ruce.cz/clanky/33-bilingvalni-vzdelavani>
- <http://www.imobilita.cz/kompenzacni-pomucky/>
- http://is.brailnet.cz/pomucky_vypis.php?name=indik%E1tor
- <http://www.tyflonet.cz/vzdelavani/zakladni>
- <http://www.skolajj.cz/>
- <http://www.tyfloservis.cz/>
- <http://aplikace.msmt.cz/pdf/bilakniha.pdf>

LEGISLATIVNÍ ZDROJE

- **Zákon č. 472/2011 Sb.** kterým se mění zákon **č. 561/2004 Sb.**, o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- **Vyhláška č. 147/2011 Sb.**, kterou se mění vyhláška **č. 73/2005 Sb.**, o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných.
- **Vyhláška č. 116/2011 Sb.** kterou se mění vyhláška **č. 72/2005 Sb.**, o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

SEZNAM OBRÁZKŮ, TABULEK, DIAGRAMŮ A GRAFŮ

Seznam obrázků

OBRÁZEK 1: STAVBA OKA

OBRÁZEK 2: DEGENERACE SÍTNICE

OBRÁZEK 3: ANATOMIE UCHA

OBRÁZEK 4: INDIKÁTOR HLADINY

OBRÁZEK 5: SLUCHADLA

OBRÁZEK 6: TABULKOVÝ KOMUNIKÁTOR

OBRÁZEK 7: CHODÍTKO

Seznam tabulek

TABULKA 1: KLASIFIKACE SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

Seznam diagramů

DIAGRAM 1: DĚLENÍ TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ DLE MÍSTA VZNIKU

DIAGRAM 2: TYPY DEFORMACÍ

DIAGRAM 3: PROJEVY LEHKÉ A STŘEDNĚ TĚŽKÉ MENTÁLNÍ RETARDACE DLE
ŠVARCOVÉ

Seznam grafů

GRAF 1: POMĚRNÉ ZASTOUPENÍ JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ POSTIŽENÍ VE SKUPINĚ OSOB SE
ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM

GRAF 2: PŘÍČINY VZNIKU SPU

GRAF 3-22: GRAFICKÉ ZPRACOVÁNÍ DOTAZNÍKOVÉHO ŠETŘENÍ U OTÁZEK 1-20

SEZNAM PŘÍLOH

PŘÍLOHA A – DOTAZNÍK	I
PŘÍLOHA B – PŘÍKLAD VYPLNĚNÉHO DOTAZNÍKU	V
PŘÍLOHA C - INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN /NÁVRH/.....	VI

PŘÍLOHY

Příloha A – Dotazník

1, Pohlaví

- Muž
- Žena

2, Věk

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 50 a více

3, Délka Vaší pedagogické praxe

- 0-5 let
- 6-10 let
- 11-20 let
- 20 let a více

4, Nejpřijatelnější formou vzdělávání tělesně postižených žáků dle Vašeho názoru je:

- vzdělávání v základní škole pro tělesně postižené
- částečná integrace
- úplná integrace v běžné třídě ZŠ

5, Nejpřijatelnější formou vzdělávání smyslově postižených žáků dle Vašeho názoru je:

- vzdělávání v základní škole pro dané smyslové postižení
- částečná integrace
- úplná integrace v běžné třídě ZŠ

6, Mám nebo jsem měl/a ve své třídě integrované dítě

- Ano
- Ne

7, Váš postoj k integraci lehce postiženého žáka do běžné třídy je:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní

8, Váš postoj k integraci těžce postiženého žáka do běžné třídy je:

- pozitivní
- spíše pozitivní
- negativní
- spíše negativní

9, Postižené dítě ve třídě neklade na přípravu učitele vyšší nároky

- souhlasím
- nesouhlasím
- nemám vyhraněný názor

10, Domníváte se, že věnujete/ jste věnovali více času a pozornosti při vyučování postiženému žákovi?

- rozhodně ano
- spíše ano
- rozhodně ne
- spíše ne
- nedokážu posoudit

11, Dochází integrací dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že nemáte asistenci/

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nedokážu posoudit

12, Dochází integrací dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že máte asistenci/

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nedokážu posoudit

13, Přítomnost asistenta/asistentky při vyučování...

- už využívám
- bych rozhodně potřeboval/a
- bych uvítal/a
- není potřebná

14, Jsou podmínky pro integraci na škole, kde učíte optimální? Jestli NE, z jakého důvodu?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne

15, Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje postižené žáky?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nevím

16, Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje intaktní/zdravé žáky?

- Ano
- Spíše ano
- Ne
- Spíše ne
- nevím

17, Vztah integrovaného žáka se „zdravými“ spolužáky vnímáte jako...

- tolerantní
- kamarádský
- odmítavý
- nepřijatelný

18, Byl/a bych ochotný/á mít ve třídě integrované...

- tělesně postižené dítě
- mentálně postižené dítě
- zrakově postižené dítě
- sluchově postižené dítě
- jakékoli postižené dítě
- Nebyl/a bych ochotný/á mít ve třídě žádné integrované dítě/děti

19, Největší překážky integrace postiženého dítěte...

- jsou v postižení samotném
- jsou finanční povahy
- jsou administrativní povahy
- jsou v rodičích
- jsou v postoji k samotné integraci

20, Integroval/a byste své zdravotně znevýhodněné dítě do běžné třídy ZŠ?

- Ano
- Ne
- Těžké rozhodnutí

21, Stručně popište Váš celkový názor a postoj k integraci... /max. 3 věty /

.....

.....

.....

Příloha B – Příklad vyplněného dotazníku

Respondent 1:

Pohlaví: Žena

Věk: 50 a více

Délka Vaší pedagogické praxe: 20 let a více

Nejpřijatelnější formou vzdělávání tělesně postižených žáků dle Vašeho názoru je: úplná integrace v běžné třídě ZŠ

Nejpřijatelnější formou vzdělávání smyslově postižených žáků dle Vašeho názoru je: úplná integrace v běžné třídě ZŠ

Mám nebo jsem měl/a ve své třídě integrované dítě. Ano

Váš postoj k integraci lehce postiženého žáka do běžné třídy je: pozitivní

Váš postoj k integraci těžce postiženého žáka do běžné třídy je : pozitivní

Postižené dítě ve třídě neklade na přípravu učitele vyšší nároky : nesouhlasím

Domníváte se, že věnujete/ jste věnovali více času a pozornosti při vyučování postiženému žákovi? Rozhodně ano

Dochází integrací dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že nemáte asistenci/ Ano

Dochází integrací dětí se zdravotním postižením do běžné třídy základní školy ke zpomalení tempa celé třídy? /v případě, že máte asistenci/ Ne

Přítomnost asistenta/asistentky při vyučování: Už využívám

Jsou podmínky pro integraci na škole, kde učíte optimální? Jestli NE, z jakého důvodu? Ano

Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje postižené žáky? Ano

Myslíte si, že integrace do běžné třídy pozitivně ovlivňuje intaktní/zdravé žáky? Ano

Vztah integrovaného žáka se „zdravými“ spolužáky vnímáte jako: kamarádský

Byl/a bych ochotný/á mít ve třídě integrované: jakékoli postižené dítě

Největší překážky integrace postiženého dítěte: jsou finanční povahy, jsou administrativní povahy

Integroval/a byste své zdravotně znevýhodněné dítě do běžné třídy ZŠ? Ano

Stručně popište Váš celkový názor a postoj k integraci /max. 3 věty / Integrace pozitivně ovlivňuje společné soužití. Mělo by být na ni pamatováno v rozpočtech škol (vzhledem k nutnosti asistentů), aby ředitelka neodrazovala už jen administrativní nutná ke zřízení funkce asistenta atd.

Příloha C – Individuální vzdělávací plán /návrh/

IVP- MILAN XXXXX

ZÁKLADNÍ ÚDAJE O ŽÁKOVĚ

JMÉNO: MILAN XXXXX
DATUM NAROZENÍ: XXXXX
BYDLIŠTĚ: XXXXX
PPP: PRAHA

ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ A PROJEVY

- DMO
- DYSPRAXIE
- DYSKALKULIE / IDEOGNOSTICKÁ /
- DYSARTRIE

PROJEVY

- hůře srozumitelná řeč
- pomalé psychomotorické tempo
- nízká úroveň koncentrace pozornosti
- obtíže s aplikací vhodných matematických algoritmů
- vážne logické chápání matematických pojmů a vztah mezi nimi
- hypoaktivita
- oslabení jazykového citu
- horší grafický projev / důsledek umělé levorukosti /
- zvýšený sklon k možnému afektivnímu projevu a menší kritičnost k vlastní osobě

METODY, PŘÍSTUPY A PROSTŘEDKY VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKA

- ✓ tolerance individuálního tempa
- ✓ poskytnutí dostatečného času na práci i kontrolu
- ✓ přímé vedení pedagogem a individuální konzultace s učiteli
- ✓ motivace a pozitivní hodnocení i dílčích úspěchů
- ✓ přítomnost asistenta ve třídě
- ✓ multisenzoriální přístup
- ✓ možnost kopírování materiálů
- ✓ upozornění na zkoušení předem
- ✓ rozdělení práce do kratších časových úseků
- ✓ možnost opravy písemných prací i ústní formou
- ✓ poskytnutí odpočinku při únavě
- ✓ zadávání speciálních domácích úkolů
- ✓ poskytování pozitivní zpětné vazby
- ✓ zohledněna snížená kvalita grafického projevu
- ✓ zajištění služeb školního speciálního pedagoga dle potřeby
- ✓ užívání testů s volbou správné odpovědi
- ✓ upozornění na změnu algoritmu / například zvýrazněním /

KOMPENZAČNÍ A JINÉ POMŮCKY

- tabulky s přehledy učiva
- interaktivní tabule
- počítače a výukové programy
- slovníky a pravidla českého pravopisu
- kalkulačka
- pracovní listy s doplňovačkami

ZPŮSOB HODNOCENÍ A KLASIFIKACE

- 4x ročně slovní hodnocení
- číselná klasifikace na vysvědčení

POZNÁMKY A JINÉ

- spolupráce s rodiči telefonicky a e-mailem dle potřeby
- všichni vyučující, kteří se studentem/studentkou pracují, jsou informováni o obtížích a jsou obeznámeni se specifickými přístupy, které jeho/její obtíže vyžadují.

NA ZÁKLADĚ POSUDKU Z PPP VYPRACOVALA:

.....
BC. ZUZANA KAČEROVSKÁ GÜRTLEROVÁ

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Bc. Zuzana Kačerovská Görtlerová

Obor: Speciální pedagogika

Forma studia: Kombinované

Název práce: Integrace zdravotně znevýhodněných žáků na ZŠ a postoj pedagogů k integraci.

Rok: 2012

Počet stran textu bez příloh: 98

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů české literatury a pramenů: 57

Počet internetových zdrojů: 16

Vedoucí práce: PhDr. Renata Kreuzová