

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

BAKALÁŘSKÉ KOMBINOVANÉ STUDIUM

2018-2021

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Ludmila Forštová

**DMO, možnosti začleňování do běžného kolektivu žáků na
1.stupni ZŠ**

Praha 2021

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Milan Fleischmann

JAN AMOS KOMENSKY UNIVERSITY PRAGUE

BACHELOR COMBINED STUDIES

2018-2021

BACHELOR THESIS

Ludmila Forštová

**CP, the possibility of integration into the regular team of
pupils at the 1st stage of primary school**

Prague 2021

The Bachelor Work Supervisor: Mgr. Milan Fleischmann

Prohlášení

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne

Jméno autorky

Poděkování

Velmi děkuji panu Mgr. Milanovi Fleischmannovi za jeho velice vstřícný přístup, cenné rady a trpělivost při odborném vedení mé bakalářské práce.

Anotace

Bakalářská práce se zabývá začleňováním dětí s dětskou mozkovou obrnou do běžného kolektivu žáků. Teoretická část se zaměřuje na problematiku DMO, možnosti výchovy a vzdělávání žáků s dětskou mozkovou obrnou, na inkluzivní vzdělávání žáků s DMO a na inkluzi a integraci jako takovou. Empirická část je věnována kazuistice dvojčat s DMO, u kterých probíhá výuka na běžné základní škole v první třídě a dítěte s DMO, které také navštěvuje první třídu na jiné základní škole běžného typu. Dále je empirická část založena na pozorování, rozhovorech s rodiči a s pedagogickými pracovníky. V závěru práce je sledován průběh začleňování těchto dětí do běžného kolektivu žáků.

Klíčová slova

DMO, inkluze, integrace, mentální retardace, třída běžného typu, vzdělávání, začleňování žáků s DMO

Annotation

The inclusion of children suffering from cerebral palsy (CP) into a common team of pupils is the theme of this bachelor thesis. The theoretical part focuses on the subject of CP, on the possibilities of upbringing and education of pupils suffering from CP, on the inclusive education of pupils with CP and on the inclusion and integration in general. The empirical part of this thesis analyzes a case study of twins, both suffering from CP and both attending the first grade in a regular elementary school, and a case study of another child with CP, also attending the first grade of a different regular elementary school. The empirical part is also based on observations, interviews with parents and pedagogical workers. The final part of this thesis deals with the observation of the process of inclusion of these children into a team of pupils not suffering from CP.

Keywords

Cerebral palsy, common class, education, inclusion, inclusion of pupils with CP, integration, mental retardation

Obsah

ÚVOD	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA.....	11
1.1 Charakteristika dětské mozkové obrny.....	11
1.2 Příčiny vzniku dětské mozkové obrny.....	12
1.2.1 Prenatální příčiny.....	12
1.2.2 Perinatální příčiny.....	12
1.2.3 Postnatální příčiny.....	12
1.3 Klasifikace DMO.....	13
1.3.1 Spastické formy DMO.....	13
1.3.2 Nespastické formy DMO.....	16
1.4 Další přidružená postižení u dětské mozkové obrny.....	17
1.4.1 Mentální retardace.....	17
1.4.2 Epilepsie.....	20
1.4.3 Poruchy řeči.....	21
2 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DMO.....	22
2.1 Výchova jedinců s DMO.....	22
2.2 Vzdělávání jedinců s handicapem.....	22
2.2.1 Raná péče.....	23
2.2.2 Předškolní a školní vzdělávání.....	23
2.2.3 Poradenství ve výchově a vzdělávání.....	24
2.2.4 Celoživotní vzdělávání.....	24
2.3 Vzdělávání jedinců s DMO.....	24
2.4 Vzdělávání jedinců s mentální retardací.....	26
3 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ.....	27
3.1 Podpůrná a vyrovnávací opatření u inkluzivního vzdělávání.....	27
3.2 Individuální vzdělávací plán.....	28
3.3 Asistent pedagoga.....	29
4 INTEGRACE A INKLUZE.....	30
4.1 Integrace.....	30

4.2	Inkluze	31
EMPIRICKÁ ČÁST		33
5	DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA, MOŽNOSTI ZAČLEŇOVÁNÍ DO BĚŽNÉHO KOLEKTIVU ŽÁKŮ	33
5.1	Hlavní výzkumný cíl, metodologie, výzkumné otázky	33
5.2	Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku.....	35
5.2.1	Výzkumné prostředí.....	35
5.2.2	Výzkumný vzorek.....	36
5.3	Kazuistiky	36
ZÁVĚR		55
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....		56
SEZNAM ZKRATEK		58
SEZNAM PŘÍLOH.....		59
Příloha A – Dotazník Hynek.....		I
Příloha B – Dotazník Jára		II
Příloha C – Dotazník Tobiáš.....		III

ÚVOD

Bakalářská práce se zabývá otázkou začleňování žáků s dětskou mozkovou obrnou na 1. stupni základní školy. Toto téma jsem si vybrala z důvodu otázky integrace handicapovaných dětí do běžných základních škol, která je stále velmi citlivá a aktuální.

Dětská mozková obrna je jedním z mnoha druhů postižení, která ovlivňuje jedince ve všech oblastech jejich života. Většina rodičů dětí s postižením se snaží svým dětem zajistit co nejlepší výchovu a vzdělání. Přejí si, aby jejich dítě bylo vzděláváno na běžné základní škole a bylo začleněno do společnosti.

Začlenit žáky se speciálně vzdělávacími potřebami do základního vzdělávání bychom měli umožnit všem dětem bez rozdílu. Základní školy by měly být ochotny přijmout do svých tříd tyto žáky, poskytnout jim dostatečnou péči a vytvořit jim příjemné prostředí a klima ve třídě a následně jim zajistit vzdělávání, které odpovídá jejich dovednostem, schopnostem a možnostem. Pedagogové a ostatní členové výchovně vzdělávacího procesu by se měli snažit, aby všichni žáci, bez ohledu na jejich zvláštnosti, specifika či postižení, byli právoplatnými a plnohodnotnými členy skupiny a byli její součástí.

Můžeme se ale také setkat s odmítavým přístupem pedagogických pracovníků nebo také dětí a rodičů zdravých dětí. Samotný pojem inkluze neznamena jen vyučovat podle individuálního vzdělávacího plánu daného žáka, ale znamená i respektovat individualitu a odlišnosti jednotlivých dětí s postižením i dětí bez postižení.

K úplnému začlenění žáků se speciálními vzdělávacími potřebami by měla sloužit především komunikace mezi rodiči a pedagogy, protože právě rodič vychovává své dítě a může být nápomocen svými radami. Pedagogičtí pracovníci se tak mohou vyvarovat různých chyb a proniknout tak snáze do světa dětí se speciálními vzdělávacími potřebami.

Bakalářská práce je rozčleněna na dvě hlavní části, a to na teoretickou část a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do čtyř kapitol. V první kapitole teoretické

části charakterizují pojem dětská mozková obrna a její formy, příčiny vzniku a přidružená postižení u dětské mozkové obrny. Ve druhé kapitole se věnují výchově a vzdělávání žáků s DMO. Ve třetí kapitole popisují možnosti inkluzivního vzdělávání žáků s DMO. Čtvrtá kapitola obsahuje vysvětlení pojmů integrace a inkluze.

V praktické části je tato bakalářská práce zaměřena na rozhovory s rodiči, učitelkami. Hlavní náplní praktické části je pak kazuistika dvojčat a chlapce s dětskou mozkovou obrnou. Cílem této práce je zajistit a popsat jakým způsobem bude probíhat výuka u vybraných dvojčat s DMO a dítěte s DMO na 1. stupni základní školy, jak budou vnímat přítomnost žáka ostatní spolužáci, jakou měrou budou tyto děti začleňovány do běžného kolektivu žáků, do jaké míry je nutná pomoc asistenta pedagoga a podle jakých vzdělávacích plánů budou žáci vyučováni a hodnoceni. Na základě rozhovorů s rodiči a pozorování bylo popsáno výhody či nevýhody začleňování do běžného kolektivu žáků.

TEORETICKÁ ČÁST

1 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

1.1 Charakteristika dětské mozkové obrny

Dětská mozková obrna (DMO) je neprogresivní neurovývojová porucha, která se projevuje trvalým, nikoli však neměnným postižením hybnosti a držení těla. Vzniká na základě poškození mozku v raném období života. Důsledkem poškození je narušení dalšího vývoje centrální nervové soustavy (CNS) a postižení neuropsychických funkcí. (Vágnerová, 2014)

„Důsledkem vývoje a zrání nervového systému a různého stupně poškození postupně dochází k rozvoji obrazu definitivní formy DMO až v průběhu kojeneckého věku. U některých forem však mohou být typické klinické projevy patrné až během druhého roku věku, ojediněle i později.“ (Kraus a kol., 2005, s. 69)

Patologické odchylky ve vývoji však lze zachytit již dříve, v takových případech je možné zahájit včasnou cílenou léčbu. (Kraus a kol., 2005)

DMO bývá často kombinovaná s jinými poruchami, např. zraku, sluchu, řeči, rozumových schopností, epileptickými záchvaty a může ovlivňovat veškeré psychické projevy, jako je prožívání, uvažování i chování. (Vágnerová, 2014)

Význam dětské mozkové obrny se v posledních letech radikálně změnil. Snížila se novorozenecká a raně kojenecká úmrtnost. Jedinci, kteří dříve umírali, zůstávali na živu, a tak se v pediatrii objevila nová, dříve skoro neznámá problematika vrozených vad a genetických poruch. Problematika dětské mozkové obrny není zdaleka tak jednoduchá. Od rehabilitace se přistoupilo k prohloubenému studiu klinického obrazu a průběhu, patofyziologii hybných a jiných syndromů a vznikla snaha zlepšit budoucnost a vytvořit lepší společenské i pracovní prostředí pro tyto děti. (Lesný a spolupracovníci, 1972)

1.2 Příčiny vzniku dětské mozkové obrny

DMO ve své podstatě není jediným onemocněním, jedná se spíše o skupinu příbuzných chorob různé etiologie. Ve většině případů není přesná příčina DMO známá. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Nejčastěji vyskytující se identifikované příčiny vzniku DMO:

1.2.1 Prenatální příčiny

Jedná se o období od počátku těhotenství do porodu. V tomto období může působit celá řada rizikových faktorů, především infekce matky, infekce cytomegalovirem, nebezpečná je i infekce toxoplazmózy, abúzus návykových a toxických látek, hypertenze matky, Rh-inkompatibilita s následnou novorozeneckou žloutenkou.

1.2.2 Perinatální příčiny

Perinatálním obdobím se rozumí období kolem porodu a bezprostředně po něm. Toto období je velmi náročné jak pro matku, tak především pro dítě. Mezi nejzávažnější perinatální příčiny patří abnormální porody, protražované porody a překotné porody, kdy může za těchto okolností dojít k hypoxii (nedostatečnému okysličení) plodu, krvácení do mozku.

1.2.3 Postnatální příčiny

Jedná se o období po porodu, kdy na dítě mohou působit další faktory zapříčiňující vznik DMO. Patří sem především infekce CNS, závažná traumata mozku, rané plicní a střevní infekce, otravy toxického původu. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

1.3 Klasifikace DMO

Pod označením DMO se skrývá celá škála syndromů, jež bylo nutné s rozvojem diagnostiky a léčby nějakým způsobem klasifikovat. (Kudláček, 2012) Proto je možné shledat v různých informačních zdrojích určité nejednotnosti.

Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher (2014) uvádí:

Spastické formy DMO

- Diparetická forma
- Hemiparetická forma
- Kavdruparetická forma

Nespastické formy DMO

- Dyskinetická forma
- Hypotonická forma

1.3.1 Spastické formy DMO

Mezi nejčastější varianty, které tvoří asi 60–70 % patří spastické formy DMO. Spasticita vzniká postižením centrálního motoneuronu a pyramidové dráhy. Závažná postižení bývají diagnostikována dříve, lehčí forma mezi 10. a 18. měsícem. (Vágnerová, 2014)

„Mezi základní charakteristické znaky spastických forem DMO patří porucha aktivní volní hybnosti, svalová hypertonie, stereotypní pohyby.“ (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s. 66)

Diparetická forma

Diparetická forma je jednou z nejčastějších forem DMO, kdy příčinou je poškození mozku v oblasti temenního laloku. K poškození dochází u předčasných porodů, kdy plod

není ještě zralý, při komplikovaných porodech v důsledku krvácení do mozku, nebo přerušením zásobování mozkové tkáně kyslíkem. Čím více je oblast poškozená, tím větší je rozšíření diparetické formy. Velké procento dětí s diparézou se rodí předčasně. Tato forma DMO se projevuje postižením obou dolních končetin, kdy postižení může být symetrické i asymetrické, kdy hovoříme o diparéze s pravou či levou orientací. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

„Popisujeme-li spasticitu od narození, vidíme, že již v poloze na břiše jedinec není s to hýbat hlavou a nohy má skrčené (ve flexi) v kyčlích a v kolenou při poloze na zádech, přičemž tato svalová napětí vytvářejí typický pohybový vzorec.“ (Kudláček, 2012, s.34)

Při přetáčení na břicho se zdravé dítě převaluje šroubovitým pohybem, diparetik otáčí po hlavě a ramenou celé tělo najednou. Sezení se děje se zakloněnou hlavou s ohnutými zády. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Při stoji má jedinec nohy stočeny dovnitř, stojí na prstech nohou, má zakloněnou hlavu dozadu, jak se snaží udržet rovnováhu. Spasticita se rozvíjí i na šiji, proto má jedinec stočenou hlavu k jedné straně. (Kudláček, 2012)

Při chůzi kříží jedinec dolní končetiny, vzniká tak charakteristický obraz chůze, který je popisován jako nůžkovitá chůze. Epilepsie se vyskytuje u diparetické formy zřídka. Mentální úroveň není ve většině případů narušena. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Hemiparetická forma

Hemiparetickou formu DMO způsobuje lokalizované poškození, vznikající krvácením do mozku v postranních komorách mozkové kůry. Čtvrtina dětí s hemiparetickou formou se rodí předčasně, u 25 % případů zůstává příčina nejasná. Ve větší míře postihuje tato forma DMO chlapce. U hemiparetické formy postihuje svalové napětí jednu polovinu těla (pravou či levou). Výrazněji zasahuje horní končetinu, ta bývá ohnuta v lokti, zatímco dolní končetina je napjata a postižený došlapuje při chůzi na špičku nohy. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

První příznaky můžeme zpozorovat na postižené ruce, která se není schopná otevřít. Při hře nebývá ruka aktivní. Postupem celého vývoje zaznamenáváme odlišné držení ruky. Ruka je zaťatá v pěst. (Kudláček, 2012)

Při otáčení dítěte je pohyb veden přes postiženou stranu, kdy postižená horní končetina zůstává ve flexi pod bříškem. Při lezení je postižená horní končetina ve flexi tažena pod trupem a postižená dolní končetina je natažena. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Ve stoji je přenášeno těžiště na zdravou stranu, hlava inklinuje ke zdravé straně, rameno je pokleslé s projevy kyfózy. Růst postižené poloviny těla je opožděn. Při hemiparéze se mohou vyskytovat poruchy v oblasti okulomotoriky, častý je strabismus, dále epilepsie, mentální retardace a poruchy vývoje řeči a mluvení. (Kraus a kol., 2005)

Kvadruparetická forma

Kvadruparetická forma je nejtěžší formou DMO. U kvadruparézi se vyskytuje téměř vždy těžká mentální retardace a mikrocefalie. Tvoří kolem 5 % případů a znamená závažný problém, jelikož postižení jedinci jsou zcela závislí na pomoci. (Kraus a kol., 2005)

Postiženo je celé tělo, hlava, trup a všechny čtyři končetiny. Těžké formy kvadruparézy se projevují poruchami primárních reflexů (sání, polykání, otvírání úst), natažení dolních končetin, ohnutí rukou a natočení hlavy. U středně těžké formy kvadruparézy dítě nezvedá hlavičku, chybí vzpor na předloktí, má asymetrické držení hlavy, nohy a kyčle jsou ohnuté.

U kvadruparetické formy DMO vyprovokují vnější podněty Moorův reflex – úlekovou reakci s rozhozením rukou a nohou. Jedinci s kvadruparézou mají otevřená ústa, bývá postiženo polykání, vytékají jim sliny, příjem potravy je značně snížen, postižení jedinci nedokážou žvýkat, chybí postranní pohyb jazyka. Vývoj řeči je značně snížen, dochází tedy k dysartrii až anartrii. Vnímání je velmi narušené. Jedinci mívají strach z pohybu a prostoru. Uvědomění si vlastního těla je zaměřeno jen na oblast hlavy a rukou.

Kvadruparetickou formu doprovází těžká mentální retardace, smyslové vady, epilepsie. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

1.3.2 Nespastické formy DMO

Pro nespastickou formu DMO je charakteristická absence svalového napětí. Poškození v mozku se projevuje mimo pyramidovou dráhu. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Dyskinetická forma

Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher (2014) uvádí, že příčinou dyskinetické formy je poškození mozku v oblasti bazálních ganglií, které jsou součástí extrapyramidové dráhy podílející se na řízení pohybů člověka. Poškození bazálních ganglií vyvolává pohybový chaos, který se projevuje nepotlačitelnými pohyby. Tato forma postižení patří mezi méně časté a je charakterizována mimovolnými pomalými krouživými pohyby, které postihují obvykle ruce, nohy, případně celé horní nebo dolní končetiny. U některých jedinců bývá postiženo svalstvo tváře a jazyka, což vede ke grimasování, žmoulavým pohybům úst či mlaskání.

Dyskinetická forma se klinicky rozlišuje na hyperkinetickou a dystonickou formu. Tyto podskupiny mají rozdílné etiologické faktory a odlišnou prognózu. U hyperkinetické podskupiny se vyskytují masivní, nápadně neúčelné, mimovolní pohyby, které mohou mít několik typů: atetóza postihuje akra končetin, chorea postihuje proximální svaly. U dystonické podskupiny se vyskytují náhlé abnormální změny svalového tonu, často se objevují abnormální pohyby. (Kraus a kol., 2005)

Vývoj dyskinetické formy u novorozenců je pozvolný a jedinci bývají zprvu hypotoničtí. Prvními projevy jsou nadměrně otevřená ústa a neschopnost vydržet v jedné poloze. Příznaky se začínají plně rozvíjet mezi 1. až 3. rokem, kdy jsou zejména patrné mimovolní pohyby končetin. Jedná se o jednotlivé záškuby až po rozsáhlé pohyby celé poloviny těla. Řeč bývá nesrozumitelná a pomalá, dále se přidružují poruchy sluchu,

zrakové problémy (strabismus) a problémy s polykáním. U dyskinetické formy je minimální výskyt mentální retardace a epilepsie. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Hypotonická forma

Kudláček (2012) uvádí, že hypotonická forma je charakteristická ochabnutím celého svalstva, kdy během vývoje dochází u většiny postižených dětí k přeměně v některou ze spastických forem nebo formu dyskinetickou. Pokud se tak nestane, jedinec je těžce postižený s mozgovými malformacemi. Tato forma se příliš často nevyskytuje.

Poškozena bývá především oblast mozečku, kdy postihuje zejména vnímání rovnováhy. Jedinci mají špatnou pohybovou koordinaci, chůze je široká a nestabilní, chodidla pokládají daleko od sebe, aby si zajistili rovnováhu. Motorické projevy jedince jsou velmi chudé, dítě bezvládně leží, sedí nebo se málo pohybuje. Nápadná je svalová hypotonie v novorozeneckém období, kdy chybí některé reflexy důležité pro příjem potravy. Ve 3. měsíci není schopno dítě aktivního pohybu a chybí cílený oční pohled. Projevuje se psychomotorická retardace, pokus o úchop je provázen třesem. Chůze je prováděna pomalými trhavými pohyby mezi 3. až 7. rokem. Hybnost jazyka je oslabena, objevují se problémy se sliněním, kousáním, polykáním a jsou zřejmé těžké poruchy řeči. Zhruba kolem třetího roku života dítěte dochází k přeměně na spastickou či dyskinetickou formu. Pokud stav jedince zůstává a nemění-li se, hovoříme o tzv. hypotonickém syndromu. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

1.4 Další přidružená postižení u dětské mozkové obrny

1.4.1 Mentální retardace

Vedle poruch hybnosti přináší často dětská mozková obrna i další přidružená postižení, poté hovoříme o tzv. kombinovaném postižení. Jedním z nejčastějších přidružených postižení je mentální retardace. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

„Mentálně zaostalé dítě je takové dítě, jehož poznávací činnost je trvale porušena v důsledku organického poškození mozku.“ (Rubinšteinová, 1986, s. 37)

Vágnerová (2014) popisuje mentální retardaci jako postižení rozumových schopností, které se projevuje neschopností porozumět a přizpůsobit se svému okolí v požadované míře. Jedinec nedosahuje přiměřeného stupně intelektového vývoje, i když byl dostatečně stimulován. Mezi hlavní znaky mentální retardace patří nedostatečný rozvoj myšlení a řeči, omezená schopnost učit se. Jedinec se tak obtížně adaptuje na běžné životní podmínky. Mentální postižení je vrozené a trvalé, i když lze za příznivých podmínek dosáhnout určitého zlepšení.

V raném dětství se u jedinců s mentální retardací projevují poruchy v oblasti senzomotorických a komunikačních schopností, ve schopnostech sebeobsluhy a socializace. V období dětství a adolescence jsou to potíže edukační, v dospělosti nastávají problémy v oblasti společenské seberealizace a celkové orientace. Největší procento mentálně retardovaných jedinců je v pásmu lehké mentální retardace (asi 80 % všech takto postižených lidí). Ve středním pásmu mentální retardace se vyskytuje asi 15 % handicapovaných. Závažnější formy bývají vzácnější. Přibližně ve stejné míře bývají postiženi muži i ženy. (Fischer, Svoboda, Zilcher, 2014)

Snížení úrovně rozumových schopností se v psychologii označuje jako inteligence. Obecné definice chápou pojem inteligence jako schopnost učit se ze svých zkušeností a přizpůsobovat se novým životním podmínkám a situacím. Dle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí, se mentální retardace dělí do šesti základních kategorií: lehká mentální retardace (IQ 50-69), středně těžká mentální retardace (IQ 35-49), těžká mentální retardace (IQ 20-34), hluboká mentální retardace (IQ nižší než 20), jiná mentální retardace a nespecifikovaná mentální retardace. (Švarcová, 2011)

Lehká mentální retardace

Jedinci s lehkou mentální retardací i v dospělosti uvažují v nejlepším případě na úrovni dítěte středního školního věku. Nejsou schopni myslet hypoteticky, dovedou respektovat základní pravidla logiky, ve verbálním projevu chybí abstraktní pojmy. Jejich myšlení i řeč jsou konkrétní, mluvní projev je jednodušší, v jejich výslovnosti se objevují chyby

a užívají krátké věty. Pokud jsou respektovány jejich limity, jsou schopni se učit. V dospělosti mohou dosáhnout jedinci s lehkou mentální retardací určité samostatnosti. Jsou pracovně začlenitelní, ale potřebují dohled a oporu. (Vágnerová, 2014)

Středně těžká mentální retardace

Myšlení lidí se středně těžkou mentální retardací bývá na úrovni myšlení předškolního dítěte. Jedinci nerespektují pravidla logiky, verbální projev bývá chudý a nejsou schopni tvořit gramaticky správné věty. Špatně artikulují. Učení probíhá formou mechanického podmiňování a k zapamatování čehokoliv je nutné četného opakování. Jsou schopni si osvojit běžné návyky a dovednosti, mohou vykonávat jednoduché pracovní úkony, nad kterými však potřebují trvalý dohled. (Vágnerová, 2014)

Těžká mentální retardace

Lidé s těžkou mentální retardací jsou schopni chápat pouze základní souvislosti. Tito jedinci uvažují na úrovni mladšího batolete. V oblasti řeči je značné omezení, dokážou se naučit nanejvýš několik špatně artikulovaných slovních výrazů, popřípadě nemluví vůbec. Schopnost učit se je značně limitována. Zvládnou pouze základní úkony sebeobsluhy a jsou závislí na péči jiných lidí. (Vágnerová, 2014)

Hluboká mentální retardace

Jedinci s hlubokou mentální retardací jsou většinou imobilní a jsou těžce omezeni ve své schopnosti porozumět řeči, požadavkům či instrukcím. Mají nepatrnou či žádnou schopnost pečovat o své základní potřeby. Tito lidé vyžadují stálou pomoc a stálý dohled. (Švarcová, 2011)

Jiná mentální retardace

Jiná mentální retardace bývá diagnostikována, je-li stanovení stupně intelektové retardace pomocí obvyklých metod nesnadné či nemožné, z důvodu senzorického nebo somatického poškození. (Švarcová, 2011)

Nespecifikovaná mentální retardace

Nespecifikovaná mentální retardace se užívá, je-li prokázána mentální retardace, ale chybí dostatek informací k zařazení pacienta do jedné ze shora uvedených kategorií. (Švarcová, 2011)

Mentální retardace u jedinců s DMO významně zhoršuje možnost socializace či resocializace postiženého jedince do společnosti. Značně omezuje možnosti edukace a profesního uplatnění u těchto lidí, obzvláště jedná-li se o těžkou mentální retardaci. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

1.4.2 Epilepsie

Dětská mozková obrna v určité míře určuje pravděpodobnost vzniku epilepsie. Zejména zvýšený výskyt epilepsie je při současné přítomnosti mentální retardace s DMO. (Kraus a kol. 2005)

„Epilepsie je onemocnění, při kterém dochází k výskytu opakovaných časově limitovaných příhod – záchvatů, které se objevují buď spontánně, bez provokující příčiny, nebo při podmínkách, které běžně u člověka záchvaty nevyvolávají.“ (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014, s.106)

Epilepsie se u DMO ve spojení s mimovolnými pohyby stanovuje velmi obtížně. Různé typy záchvatů lze zaměnit za dyskinezi, dystonie nebo stereotypní pohyby, které mohou být součástí určitého stavu chování či úzkosti. Proto je nutné brát v úvahu obtíže spojené s hybností a být velmi pozorný při hodnocení. Správná identifikace záchvatů je důležitá pro volbu vhodné terapie. (Kraus a kol., 2005)

„Správné diagnostické rozhodnutí je však těžké, neboť získat jistotu, že jde o epileptický záchvat, je mnohdy obtížné i u dítěte bez motorického postižení.“ (Kraus a kol., 2005, s.132)

1.4.3 Poruchy řeči

Poruchy řeči u dětí s DMO bývají velmi časté a ovlivňují vývoj řeči již od prvopočátku. Již v kojeneckém věku mají děti problémy s dýcháním a sáním, objevují se problémy s příjmem a zpracováním potravy. Na vývoj řeči mají vliv vnější a vnitřní faktory. Vývoj řeči bývá ve většině případů omezený, v lepším případě se děti naučí mluvit později. Také poruchy motoriky mluvidel u DMO bývají příčinou různě těžké poruchy artikulace. Často se také vyskytuje porucha polykání a s ní bývá spojené nadměrné slinění. (Kraus a kol., 2005)

Při vývojové dysartrii, která vzniká v důsledku postižení motoriky mluvidel a jejich koordinace, dochází i k narušení dechové koordinace, tonace a modulace přízvuku, tempa či hlasitosti a ovlivňuje verbální i neverbální komunikaci. Vzácněji se můžeme setkat s anartrií, kdy dochází k úplné neschopnosti artikulace. Méně častý je také výskyt dysfázií. (Vágnerová, 2014)

2 VÝCHOVA A VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S DMO

2.1 Výchova jedinců s DMO

Dětská mozková obrna je symptomový komplex obsahující množinu neprogresivních, často proměnlivých variant pohybového postižení, které jsou důsledkem poškození mozku v raném vývojovém stádiu. Většina dětí bývá zároveň mentálně postižena, či trpí epilepsií, což může představovat mnohem větší omezení než pohybový handicap. Rodiče dětí s DMO se musí vyrovnávat s různými zátěžemi, jelikož jejich dítě je na nich značně závislé. Vzhledem k tomu bývá výchova takového dítěte velmi náročná, vyžaduje hodně času i energie a je emočně i fyzicky vyčerpávající. Rodiče musí ve výchově postiženého dítěte počítat s různými omezeními a musí se je naučit dostatečně kompenzovat. Dítě tak vyžaduje individuální přístup. Problémy s výchovou takového dítěte mohou rodiče posílit a rozvíjet, nebo mohou představovat velkou zátěž, což vede k aktivizaci obranných reakcí. (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009)

Veškerá péče dítěte s postižením spočívá především na matce. Výchova je o to závažnější, chybí-li opora v rodině, a především pomoc otce dítěte. Ze zkušeností matek vyplývá, že je obtížné se s dítětem domluvit. Ne vždy lze dítě v dostatečné míře usměrnit a většinou nechápe, co matka požaduje. Výchova postiženého dítěte přináší i uspokojení, kdy odměnou bývá zvládnutí náročného úkolu, projev lásky a spokojenosti dítěte. (Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009)

„Výchova kombinovaně postiženého dítěte, které trpí DMO a mentální retardací, je samozřejmě náročnější, vyžaduje ještě víc trpělivosti a zároveň přináší méně úspěchů“.
(Vágnerová, Strnadová, Krejčová, 2009, s.149)

2.2 Vzdělávání jedinců s handicapem

Vzdělávání a rozvoj lidského jedince začíná ve skutečnosti již v okamžiku jeho narození. Narodí-li se jedinec s vadou nebo poruchou, je mimořádně důležité začít co nejdříve

s intenzivní cílenou speciální péčí, díky které se může snížit míra budoucího handicapu i v oblasti vzdělávacích možností. (Slowík, 2016)

2.2.1 Raná péče

V okamžiku, kdy je zjištěna vada nebo porucha u dítěte, měla by rodina získat dostatek informací. Vyjma lékařské péče by rodině měla být poskytnuta podpora a služby dalších profesionálů. Uvedený komplex služeb spadá do oblasti rané péče. Při nástupu dítěte do předškolního vzdělávání služby rané péče většinou končí. V některých případech však mohou služby rané péče pokračovat do začátku školního vzdělávání. (Slowík, 2016)

2.2.2 Předškolní a školní vzdělávání

„Detaily týkající se vzdělávání znevýhodněných dětí, žáků a studentů ošetřuje s účinností od 1.září 2016 vyhláška MŠMT ČR č. 27/2016 o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, která nahrazuje původní vyhlášku č. 73/2005 o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných“. (Slowík, 2016, s.37)

Najdeme zde i pravidla pro vypracování individuálního vzdělávacího plánu, základní informace týkající se činnosti asistenta pedagoga a podpůrná opatření. Bez podpůrných opatření by bylo jen stěží možné uvažovat o inkluzivních postupech při začleňování žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami do běžných škol. S inkluzivním vzděláváním handicapovaných žáků počítají i rámcové vzdělávací programy. Na konkrétních školách bývá pak rozpracován přístup ke vzdělávání těchto žáků v jejich školních vzdělávacích programech. Škola pak musí vytvořit pro takového jedince ve spolupráci se školským poradenským zařízením a rodiči žáka odpovídající individuální vzdělávací plán. (Slowík, 2016)

2.2.3 Poradenství ve výchově a vzdělávání

Výchova a vzdělávání dítěte s postižením s sebou přináší řadu otázek a problémů. Může se tedy využívat služeb školských poradenských zařízení. Do školských poradenských zařízení patří pedagogicko-psychologické poradny a speciálněpedagogická centra. Pedagogicko-psychologické poradny se zabývají diagnostikou a poradenstvím v oblasti specifických poruch učení a chování, dále otázky výchovných a vzdělávacích obtíží. Speciálněpedagogická centra bývají zřizována při některých speciálních školách a jsou zaměřena na děti a žáky s daným druhem zdravotního postižení. Obě poradenská zařízení úzce spolupracují se školami a podílí se na vytváření individuálních vzdělávacích plánů, na stanovení speciálních pomůcek a na činnostech asistenta pedagoga. (Slowík, 2016)

V současné době se také v České republice vyskytuje široká škála speciálních škol určených pro vzdělávání dětí a žáků se zdravotním postižením. Pro studenty s handicapem je také možné úspěšně absolvovat různé formy vysokoškolského studia. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

2.2.4 Celoživotní vzdělávání

Lidé s postižením mají právo vzdělávat se a rozvíjet po celý život. V závislosti na typu a hloubce postižení se jim dnes nabízejí určité možnosti v rámci svépomocných občanských aktivit.

2.3 Vzdělávání jedinců s DMO

Příznaky DMO se projevují postupně, někdy jsou zřejmé teprve ve věku, kdy se začínají rozvíjet schopnosti dítěte. Neschopnost pohybu již v raném věku omezuje možnost poznávat okolní svět, dochází k opoždění rozvoje poznávacích funkcí a větší závislosti na ostatních. Tito jedinci bývají opožděni i v socializačním vývoji. Při nástupu do školy je pohybové postižení již stabilizované a informace o pravděpodobné prognóze jsou stanoveny. (Vágnerová, 2014)

Významným činitelem je i mentální úroveň těchto jedinců. Situaci komplikuje zpoždění ve vývoji řeči, potíže v oblasti grafiky, sluchové a zrakové postižení, psychosociální narušení a závažná nemoc. (Lechta, 2010)

Pro školní vzdělávání je důležité znát, jak je u dítěte s DMO rozvinuta jemná motorika ruky, zda je žák schopen kreslit, psát a na jaké úrovni je jeho obratnost rukou. Dále je důležité mít na zřeteli pracovní tempo žáka, které bývá pomalé a nevyrovnané. (Vítková, 2006)

Děti s DMO častěji trpí poruchami fonemického sluchu, poruchami řeči a mívají problémy s vizuomotorickou koordinací. Paměť bývá nepříznivě ovlivněna horší pozorností a zvýšenou unavitelností. Častější bývají i poruchy učení, které ovlivňují proces vzdělávání. Postižení mozku bývá příčinou neschopnosti kontrolovat a ovládat všechny reakce. Citový prožitek se může projevit ztuhnutím svalů nebo zvýšením mimovolných záškubů, což vede k emočním projevům. Děti s DMO tak mohou být labilnější a dráždivější. Často se lze setkat s potížemi v koncentraci, jedinci s DMO bývají hůře soustředění, jejich pozornost je krátkodobá a ulpívavá. Děti s DMO jsou citlivější vůči vnějším stresorům, proto mohou mít problémy v chování. (Vágnerová, 2014)

Děti, žáci a studenti s tělesným handicapem mají dnes možnost vzdělávat se v běžných školách všech typů a stupňů či na školách specificky zaměřených na vzdělávání dětí, žáků a studentů s tělesným handicapem. (Slowík, 2016)

Nástupem do školy se rozvíjí kognitivní i sociální schopnosti a dovednosti jedince. Zdrojem zkušeností je kontakt s vrstevníky, se zdravými i podobně postiženými jedinci. Zatížení dítěte přehnanými požadavky a nevhodný výběr školy může vést u dítěte s DMO i k nepříznivým problémům, jako je úzkost a narušení sebepojetí. (Vágnerová, 2014)

2.4 Vzdělávání jedinců s mentální retardací

„Úspěch výchovy a vzdělávání mentálně postiženého jedince je závislý na více faktorech, z nichž k nejdůležitějším patří druh, forma a typ mentální retardace, hloubka postižení, doba vzniku, klinické symptomy, kombinace s dalším postižením, ale i ochota a schopnost mentálně retardovaného a pedagoga vzájemně spolupracovat.“ (Pipeková, 1998, s.175)

Snížená úroveň rozumových schopností u mentální retardace vyvolává dojem, že vzdělávání těchto osob je neefektivní a není smysluplné. Opak je však pravdou. Výchova a vzdělávání jedinců probíhá za velmi náročného pedagogického vedení, ale také za podpory rodičů. Především jedincům s těžkou formou mentální retardace bylo v minulosti právo na vzdělávání odpíráno. Otázka míry vzdělavatelnosti takového jedince je stále diskutabilní. Většina odborníků se však shoduje, že i osoby s těžkou a hlubokou mentální retardací lze alespoň minimálně rozvíjet a vzdělávat a tím zlepšovat kvalitu jejich života. (Slowík, 2016)

„Výchovu a vzdělávání lidí s mentálním postižením chápeme jako celoživotní proces.“ (Švarcová, 2011, s. 79)

3 INKLUZIVNÍ VZDĚLÁVÁNÍ

3.1 Podpůrná a vyrovnávací opatření u inkluzivního vzdělávání

Postoj společnosti k osobám se znevýhodněním se postupem času měnil a zároveň se vyvíjel přístup ke vzdělávání těchto jedinců. Prosazování inkluzivního přístupu a inkluzivního vzdělávání je trendem v oblasti péče o jedince s postižením. Pojetí inkluzivního vzdělávání vyžaduje pochopení důležitých změn v celkovém přístupovém paradigmatu vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Dle Fischera, Škody, Svobody, Zilchera (2014) je inkluzivní vzdělávání definováno jako uspořádání běžné školy způsobem, který může poskytnout odpovídající vyučování všem dětem bez ohledu na jejich individuální rozdíly, přičemž nezáleží na druhu speciálních potřeb ani na úrovni výkonů žáků. Téměř všichni žáci bez ohledu na jejich individuální odlišnosti, mohou být vzděláváni se svými vrstevníky v běžných třídách a v blízkosti svého bydliště za současného respektování jejich zájmů, potřeb, schopností či nadání.

Slowík (2016) uvádí, dle zákona č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, bychom měli upřednostňovat vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami ve standardním školním prostředí.

Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají zákonné právo na adekvátní podporu v oblasti vzdělávání, jejíž obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem. V obecných ustanoveních vyhlášky 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (ve znění vyhlášky 147/2011 Sb.) je stanoveno, že vzdělávání těchto výše uvedených jedinců se uskutečňuje s využitím podpůrných a vyrovnávacích opatření. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

Mezi podpůrná opatření patří:

- Využití speciálních metod, postupů a prostředků vzdělávání

- Využití speciálních kompenzačních, rehabilitačních a učebních pomůcek, speciálních učebnic a didaktických materiálů
- Zařazení předmětů speciálně pedagogické péče
- Poskytování pedagogicko-psychologických služeb
- Zajištění služeb asistenta pedagoga
- Snížení počtu žáků ve třídě nebo studijní skupině

Mezi vyrovnávací opatření patří:

- Využívání pedagogických a speciálně pedagogických metod a postupů, odpovídající vzdělávacím potřebám žáků
- Poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku
- Využívání poradenských služeb školy, školských poradenských zařízení, využívání IVP
- Využívání služeb asistenta pedagoga

3.2 Individuální vzdělávací plán

Individuální vzdělávací plán je důležitým faktorem při poskytování individuální podpory žákům se speciálními vzdělávacími potřebami. Zdrojem k vytváření individuálního vzdělávacího plánu je školní vzdělávací program příslušné školy, kam jedinec dochází, dále doporučení z poradenských zařízení, možná doporučení od jiných odborných lékařů a případné vyjádření zákonného zástupce. Individuální vzdělávací plán zajišťuje speciální vzdělávací potřeby daného žáka. Za zpracování odpovídá ředitel školy a je součástí dokumentace žáka. Plán se vypracovává ve spolupráci se školským poradenským zařízením a zákonným zástupcem žáka, popřípadě zletilým žákem, kterého musí obeznámit s jeho podmínkami. V průběhu školního roku může být plán dle potřeb upravován. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

3.3 Asistent pedagoga

Asistent pedagoga je důležitým článkem, který poskytuje podporu dětem, žákům a studentům se speciálními vzdělávacími potřebami. Hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, dále pomoc při komunikaci se žáky a zákonnými zástupci žáků. Poskytuje žákům podporu při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomáhá při výuce a přípravě na výuku. Žákům při těžkém zdravotním postižení pomáhá při sebeobsluze a pohybu během vyučování. (Fischer, Škoda, Svoboda, Zilcher, 2014)

4 INTEGRACE A INKLUZE

4.1 Integrace

Pojmu integrace se věnuje Ján Jesenský, který ji chápe jako dynamický, po sobě se vyvíjející pedagogický jev, kde dochází k soužití postižených a intaktních jedinců, za vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání. Pojetí definice integrace bylo po léta předkládáno speciálně pedagogické veřejnosti tvůrcem a zakladatelem speciální pedagogiky profesorem Sovákem. Integraci chápeme jako proces, který má různé stupně, a který umožňuje po překonání vady účastnit se života ve společnosti plnohodnotně a plnoprávně. Moderní náhled na zdravotní postižení nese změnu postavení zdravotně postižených ve společnosti. Možnost integrace nezávisí na úplném překonání postižení, ale na změně postojů, tradic a pravidel majoritní společnosti.

Běžné schéma školské integrace, s nímž se můžeme setkat, a se kterým počítá platná právní úprava dětí s postižením, je:

- Segregace – dítě, žák se zdravotním postižením ve speciálním zařízení (škole, ústavu).
- Integrace – dítě, žák se zdravotním postižením ve skupině (třídě) zdravých dětí.

Mezi oběma formami vzdělávání dětí s postižením najdeme širokou škálu možností a praktických způsobů. (Michalík, 1999)

V České republice se nachází rozsáhlý systém institucí a forem speciálního vzdělávání. Avšak teprve v posledních několika letech se rozvíjí vzdělávání dětí s postižením v běžných školách. Ještě v době před několika desítkami let se vzdělávalo v budovách speciálních vzdělávacích institucí, kde se vzdělávání dětí s postižením realizovalo. Neuvažovalo se, jak a jaké vzdělání poskytnout, nýbrž zda ho vůbec poskytnout. Jen ojediněle se vyskytovaly pokusy o společné vzdělávání zdravých a postižených jedinců. Typy a formy jednotlivých zařízení se v různých obdobích měnily, budovaný systém segregačních institucí však neměl možnost poskytnout právo na vzdělání všem jedincům s postižením. Především děti s těžšími stupni mentálního

postížení a děti s kombinovanými vadami byly ze vzdělávání vyčleňováni. (Michalík, 1999)

V současné době prochází školství a vzdělávání v České republice procesem transformace, jejímž cílem je poskytnout všem členům společnosti stejné šance na dosažení odpovídajícího stupně vzdělání. Právo všech dětí na vzdělání je zajištěno v Listině práv a svobod, která je součástí ústavy České republiky. (Vítková, 2004)

Z právního pohledu chápeme integraci jako právo nebýt diskriminován. Ve znění článku 3 z Listiny základních práv a svobod, tj. ústřední normy „katalogu“ lidských práv v České republice se uvádí:

„Základní práva a svobody se zaručují všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení.“ (Michalík, 1999, s. 17)

Přírozenou součástí integrace je sociální učení. To získává žák s postižením nejen od učitelů, ale i od skupiny intaktních žáků, v níž se pohybuje. Jedinec se tak může se skupinou měřit, sebehodnotit, identifikovat, ale také být hodnocen vystaven. Dále si osvojuje vědomosti, dovednosti a návyky. Možnost účastnit se vztahů v přírodní komunitě dává možnost učit se přirozeným způsobem. Integrace znamená vytvoření takových podmínek vzdělávání, které umožní žákovi s postižením i maximální rozvoj jeho osobnosti. (Michalík, 2002)

Sociální integrace tedy znamená sjednocování menšinové skupiny a společenské většiny v nový celek, který zahrnuje součásti hodnot a idejí obou stran. Každý má své místo ve společnosti a mezi uvedenými skupinami není žádná hranice. (Slowík, 2016)

4.2 Inkluze

Pojmy inkluze a inkluzivní výchova se používají od doby pořádání konference v Salamance roku 1944. Na této konferenci se vlády 92 zemích a 25 mezinárodních

organizací dohodly na rámcových podmínkách pedagogiky pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami. (Vítková, 2006)

Pro inkluzi jsou typická devadesátá léta 20. století, ale zejména začátek 21. století. Existují polemiky, zda vůbec existuje rozdíl mezi inkluzí a integrací. Hlavním rozdílem je, že do inkluzivní edukace patří mnohem širší populace, než jsou žáci s postižením a narušením. Školy by ve smyslu inkluze měly přijímat všechny děti bez rozdílu. Neměly by se tedy brát ohledy na fyzické, intelektuální, sociální, ekonomické, jazykové či jiné předpoklady. Inkluze se týká nejen jedinců s postižením a narušením, ale i etnických, jazykových, migrujících a kulturních menšin a jiných sociálně, ekonomicky a jinak znevýhodněných skupin obyvatelstva.

V rámci inkluze by každá škola měla být nachystaná přijmout každé dítě a odstranit dva paralelní systémy škol. Měl by vzniknout pouze jediný systém pro edukaci všech žáků bez rozdílu. Další rozdíl se týká žáků se speciálními potřebami a žáků intaktních, kteří se nedělí v rámci inkluzivní edukace na dvě skupiny, ale pouze na jednu, heterogenní skupinu žáků s různými individuálními potřebami. Při inkluzi se také očekává, že edukační systém se přizpůsobí všem žákům. Lze tedy naznačit, že inkluze je cílem a integrace je cestou k dosažení cíle. (Lechta, 2010)

EMPIRICKÁ ČÁST

5 DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA, MOŽNOSTI ZAČLEŇOVÁNÍ DO BĚŽNÉHO KOLEKTIVU ŽÁKŮ

Pátá kapitola se zabývá praktickou částí bakalářské práce, která je tvořena kazuistikami dvojčat a dítěte s DMO v běžné základní škole a cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou možnosti začlenění dětí do běžného kolektivu žáků. Jelikož pracuji jako asistent pedagoga, měla jsem možnost se s inkluzivním vzděláváním setkat, poznat různé názory a chování dětí se speciálními vzdělávacími potřebami, jejich rodičů i pedagogů, a proto mě toto téma velice zajímá.

Děti se speciálními vzdělávacími potřebami na běžných základních školách neustále přibývá. Otázkou zůstává, zda jsou samotní žáci a jejich rodiče spokojeni se způsobem začleňování, s jednáním, jakým se dětem na běžných základních školách dostává a zda by rodiče nevolili jiné možnosti začlenění pro jejich děti.

5.1 Hlavní výzkumný cíl, metodologie, výzkumné otázky

Hlavním cílem výzkumného projektu byla stanovena analýza průběhu integrace dvojčat a dítěte s dětskou mozkovou obrnou na základní škole. Stěžejní pilíře bakalářské práce se stávaly z rozhovorů s rodiči a pedagogickým personálem školy. Na základě rozhovorů bylo získat názory jednotlivých účastníků na procesu integrace v běžné základní škole.

V empirické části byl použit kvalitativní výzkum. „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2012, s. 48)

Kvalitativní výzkumník vybírá na začátku výzkumu téma a určí základní výzkumné otázky. V průběhu výzkumu nevznikají pouze výzkumné otázky, ale také hypotézy

a nová rozhodnutí. Výzkumník vyhledává a analyzuje informace, které přispívají k osvětlení výzkumných otázek, provádí závěry. (Hendl, 2012)

Jak již bylo výše uvedeno, výzkumné šetření bylo uskutečněné prostřednictvím kvalitativní výzkumné metody za použití techniky rozhovoru a pozorování.

Jednání a chování lidí jsou cílem prakticky každého zkoumání. Projevy lidí bývají různé a je zcela přirozené je pozorovat. Pozorování představuje snahu zjistit, co se skutečně děje. Pozorování také pomáhá doplnit naši zprávu, o popis prostředí. (Hendl, 2012)

Rozhovory byly vedeny dle předem připravených otázek, odpovědi byly písemně zdokumentovány. Zvolila jsem polostrukturovaný rozhovor, kde jsou předem připravené otázky, ale není určeno jejich pořadí.

Rozhovory obsahují směsici toho, co si respondent myslí a toho, co je. (Hendl, 2012)

Dále nesmí být opomenuto studium odborné literatury, sběr a analýza materiálů týkajících se integrovaných žáků.

Hlavní výzkumná otázka

„Je dítěti na základní škole poskytována dostatečná péče v oblasti výchovy a vzdělávání tak, aby se mohl bez problémů začlenit do běžného kolektivu žáků na 1. stupni základní školy?“

Časový rámec výzkumu

Příprava výzkumu, vlastní výzkum a vyhodnocení výzkumu probíhalo na základních školách v období září-listopad 2020.

5.2 Charakteristika výzkumného prostředí a výzkumného vzorku

5.2.1 Výzkumné prostředí

Výzkum probíhal na dvou základních školách.

První základní škola se nachází ve středočeském kraji. Jedná se o základní devítiletou školu. Tato základní škola je spádová a dojíždí sem většina dětí z okolních obcí. Škola je bezbariérová. Rodiče se rozhodli pro tuto volbu kvůli klidnému prostředí a menšímu počtu dětí v kolektivu. Dále rozhodovalo to, že se škola nachází v nedaleké blízkosti jejich bydliště. Škola byla založena již v roce 1913. Od svého založení škola funguje dodnes a zpravidla si její služby vybírají rodiče, kterým záleží na tom, aby jejich dítěti bylo věnováno o něco více péče než ve velkých školách. Snaží se tu o rodinnou atmosféru. Mezi jejich rčení patří: „Jeden za všechny, všichni za jednoho“. Ve škole dále upřednostňují, aby se mezi sebou diskutovalo, aby se žáci učili od sebe navzájem a pomáhali si. Ve třídě se nachází kolem 20 žáků. Ve škole působí školní speciální pedagog, školní psycholog a metodik primární prevence. Výuka probíhá dle platného vzdělávacího programu, který je v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem. Učebny jsou vybaveny počítači a projektory. Ve škole se nachází také jazykové učebny, učebny výtvarné výchovy a učebna fyziky a chemie. Žáci zde mají k dispozici knihovnu, kuchyňku, velkou tělocvičnu a keramickou dílnu. Venku se nachází víceúčelové sportoviště a hřiště. K dispozici je tu velký park sloužící k různým hrám i odpočinku.

Druhá základní škola se nachází v blízkosti Prahy. Byla založena roku 1897. Poskytuje základní vzdělávání žákům od první do deváté třídy. Škola má zhruba 450 žáků. Základní škola je bezbariérová a v poslední době prodělala řadu rekonstrukcí. Třídy jsou moderně vybaveny (počítače, dataprojektory, interaktivní tabule). Pro žáky je zřízena žakovská knihovna. Žáci mají k dispozici cvičnou kuchyňku, odborné učebny zeměpisu, fyziky, chemie, výtvarné výchovy. Ve škole se nachází velká a malá tělocvična. Venku se nachází víceúčelové sportoviště s umělým povrchem. Ve škole pracuje zhruba 60 pedagogických pracovníků včetně asistentů pedagoga. Asistenti pedagoga působí zároveň také jako vychovatelé. Ve škole působí školní psycholog, školní speciální pedagog, metodik primární prevence a výchovný poradce. Výuka se realizuje

dle platného vzdělávacího programu, který je v souladu s Rámcovým vzdělávacím programem.

5.2.2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek tvoří dvojvaječná dvojčata žáci Hynek a Jára, a žák Tobiáš s diagnostikou dětská mozková obrna. Tito žáci navštěvovali při samotném výzkumu první stupeň základní školy, konkrétně první třídu. Chlapci měli přiděleného asistenta pedagoga. U jednoho hochy se bohužel projevovalo nežádoucí až agresivní chování, vyplývající z jeho druhu postižení.

Polostrukturovaný rozhovor byl veden s rodiči a s třídní učitelkou těchto žáků se speciálními vzdělávacími potřebami.

5.3 Kazuistiky

Dvojvaječná dvojčata Hynek a Jára

Jméno: Hynek

Datum narození: 10. 12. 2012

Věk v době výzkumu: 8 let

Diagnóza: Dětská mozková obrna – Spastická triparéza (diparéza + levá horní končetina)

Osobní anamnéza:

Hynek se narodil v roce 2012. Na první pohled je Hynek usměvavý a drobný chlapec. V roce 2014 začal navštěvovat mateřskou školku a o dva roky později nastoupil do běžné základní školy. Hynek je asi 128 cm vysoký a 18 kg vážící hoch. Chlapec má stanovenou dětskou mozkovou obrnu – Spastická triparéza. Jedná se o praváka s narušeným

motorickým vývojem. Hoch je snadno unavitelný a má pomalejší pracovní tempo. V rodině i ve škole působí dojmem spokojeného dítěte. Ve škole respektuje třídní učitelku i paní asistentku a dokáže navazovat kontakt se spolužáky. Ve škole je velmi fixován a vázán na svého bratra – dvojče, se kterým sedí v jedné lavici.

Osobnost dítěte:

Charakterové vlastnosti: plachý, špatně navazující kontakt, nejistý, s malou sebedůvěrou, k blízkým osobám přátelský, usměvavý.

Zájmy: Hynek si velmi rád hraje s autíčky. V televizi sleduje pohádky o autech, o kterých rád vypráví. Rád hraje hry na PC. Chlapec má velmi kladný vztah ke zvířatům, rád zpívá, zpěv doprovází často pohybem. Doma pomáhá mamince v kuchyni, tatínkovi s pracemi na zahradě.

Schopnosti: Hynkovo pracovní tempo je pomalejší. Chlapec je snadno unavitelný, neudrží dlouhou dobu pozornost. Chlapcova obratnost o hodinách psaní, výtvarné a pracovní výchovy, tělesné výchovy je menší. Písmo je celkem úhledné. Domácí příprava do školy je dobrá, spolupráce s rodinou funguje bez problémů.

Rodinná anamnéza:

Hynek se narodil do úplné a chtěné rodiny. Matka se narodila v roce 1975, otec v roce 1972. Matka má vzdělání s maturitou. V současné době pracuje jako asistentka pedagoga na jiné základní škole, než je její syn. Otec má výuční list, pracuje nyní jako dělník na pile. Jelikož otec tráví většinu času v zaměstnání, spočívá výchova dětí především na matce.

Psychomotorický vývoj

Novorozenecké období

Hynek se narodil z prvního těhotenství matky. Jednalo se o těhotenství rizikové, protože šlo o dvojčata. U matky se projevovalo časté krvácení, proto byla několikrát hospitalizována v nemocnici.

Samotný porod proběhl ve 29. týdnu těhotenství kvůli abrupci placenty. Jelikož byla u dětí poloha konec pánevní a příčný, rodila matka akutním císařským řezem. Novorozenecká žloutenka neproběhla. V době narození vážil hoch 1310 g a měřil 39 cm. Problémy s dýcháním nebyly, postupně však chlapec netoleroval stravu a ztrácel na váze. Nedokázal si udržet teplotu a neměl uzavřenou tepennou dučej. V inkubátoru proto strávil více jak měsíc od porodu. Z porodnice byl propuštěn v termínu svého narození, tedy měsíc a půl po porodu jako zdravé dítě.

Kojenecké období

První úplné vyšetření bylo provedeno lékaři v porodnici, při kterém však nebylo nic zjištěno. Bylo pouze doporučeno vyšetření na kardiologii, neurologii a u dětského lékaře v místě bydliště po propuštění z porodnice.

Období batolete

Hynek zpočátku pouze ležel, následně se začal otáčet a plazit. Od 3. měsíce byl sledován na neurologii. Po zjištění spasticity byl odeslán na rehabilitaci. Rodiče s dítětem začali navštěvovat léčebné lázně a cvičit Vojtovu metodu a prvky Bobath konceptu. Spasticita na rukách se začala zmenšovat. Při pokusu o chůzi v 18. měsících, byla patrná takzvaná „lidoopí chůze“. Ke zjevnému zlepšení ve smyslu povolení tonu spasmů došlo po aplikacích botoxu. Ve třech a pěti letech hoch prodělal korekční ortopedické operace. Ve čtyřech letech byl operován kvůli strabismu a nyní má zrak korigován brýlemi.

Předškolní období

Od čtyřech let začal chlapec docházet do běžné mateřské školy. Odloučení od rodičů snášel dobře, ve školce se mu líbilo. Kvůli časté nemocnosti, rehabilitační a lázeňské péči však ve školce moc často nepobýval.

Školní období

Základní školu začal chlapec navštěvovat v září 2018. Odklad školní docházky nebyl nutný. Před nástupem do základní školy bylo provedeno psychologické vyšetření za účelem posouzení způsobilosti k zahájení školní docházky. V pololetí prvního ročníku byl chlapec poslán třídní učitelkou na vyšetření do speciálně pedagogického centra v Praze. Jelikož je Hynek ohrožen častými pády, byl mu po vyšetření přidělen asistent pedagoga.

V sociálním kontaktu se Hynek projevuje jako stydlivý a nesvůj, po delší adaptaci však spolupracuje a je vděčný za pochvalu, která jej motivuje k řádnému dokončení úkolů. Ve třídě je dětmi tolerován. Za kamaráda považuje nejvíce svého bratra, dále spolužačku ze třídy. Jeho pozornost je krátkodobá, kolísá a je snadno odklonitelná. Únavu lze minimalizovat krátkou přestávkou a zatěžováním spíše na začátku hodiny. Celková úroveň chlapce je na hranici dolního pásma průměru. Grafomotorika probíhá pomocí pravé ruky. Přítlak na tužku se postupně zvyšuje a poté tužku vytáčí směrem od těla.

Doporučení speciálně pedagogického centra

Na základě doporučení speciálně pedagogického centra byly Hynkovi doporučeny tyto nezbytné pomůcky: speciální židle, kvůli korekci zraku sezení v přední lavici, protiskluzová podložka na psaní, speciální pomůcky pro rozvoj jemné motoriky a grafomotoriky (násady na psací potřeby, pracovní listy), asistent pedagoga.

Pozorování ve vyučovací hodině

Hynek navštěvuje základní školu, kde je vzděláván pomocí individuálního plánu za pomoci asistenta pedagoga, který je Hynkovi nápomocen po dobu vyučování i ve školní družině. Mezi jeho oblíbené předměty patří matematika a prvouka. Zvládá sčítání

a odčítání do dvaceti. Dokáže se orientovat na číselné ose, zvládne porovnat čísla podle velikosti. Na psaní a rýsování používá protiskluzovou podložku. Čtení, skládání slov a učení básničky nazpaměť mu činí potíže. V prvouce dokáže popsat členy rodiny, zvířata, umí důležitá telefonní čísla. Dokáže popsat roční období, měsíce v roce, dny v týdnu. Má rád hudební výchovu, kdy se snaží zazpívat celou písničku, kterou doprovází pohybem. Mezi předměty, které ho nebaví patří tělesná výchova, pracovní činnosti a výtvarná výchova. V těchto činnostech je chlapec neobratný. Pakliže mu něco nejde, dokáže si říct sám o pomoc. Přestávky tráví sám v lavici, či si povídá nebo hraje se svým bratrem dvojčetem. Děti ve třídě ho sice respektují, ale nebaví se s ním. Ve třídě má pouze jednu kamarádku. Jeho chování je v souladu se školním řádem.

Rozhovor s matkou integrovaného žáka

1) Jaký byl hlavní důvod k přihlášení Vašeho syna do běžné základní školy?

Hlavním důvodem bylo, aby syn nemusel dojíždět do speciální školy, a aby měl kontakt se svými vrstevníky.

2) Jste s integrací spokojeni?

Ano jsme, situaci hodnotíme v případě Hynka kladně. Je klidný a respektuje pedagogické pracovníky, snaží se.

3) Jak reagují děti na přítomnost Hynka ve třídě?

Zpočátku jim trvalo, než si na něj zvykly. Kolektiv dětí je však celkem malý, k zapojení do kolektivu hodně pomáhá paní třídní učitelka s paní asistentkou.

4) S jakými obtížemi jste se v průběhu integrace setkali?

Jelikož má Hynek problémy v motorice, bylo to často náročné i psychicky, aby se syn vyrovnal s tím, co ostatní děti už zvládnou a on ne. Někdy je to ale pro něj velká motivace, když se snaží dokázat to, co ostatní děti.

5) Myslíte si, že je Hynek ve třídním kolektivu spokojen?

Celkem ano. Rozumí si se spolužačkou, která má lehkou mentální retardaci.

Rozhovor s třídní učitelkou

1) Jak dlouho s Hynkem pracujete?

Od začátku první třídy.

2) Jaký máte mezi sebou vztah?

Hynek je klidný hoch, spolupracuje, má zájem o nové věci. Vztah je vzájemně celkově dobrý.

3) Jaké pomůcky používáte při edukaci Hynka?

Používáme speciální podložku při rýsování a psaní, násady na pera, pracovní listy.

4) Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

Rodina se školou spolupracuje, komunikuje. Je vidět, že se Hynkovi věnují a připravují se na vyučování.

5) Domníváte se, že je Hynek v kolektivu dětí spokojen?

Myslím si, že celkem ano. Své city ale moc často nedává znát.

Jméno: Jára

Datum narození: 10. 12. 2012

Věk v době výzkumu: 8 let

Diagnóza: Dětská mozková obrna – Spastická triparéza (s pravostrannou převahou).

Osobní anamnéza:

Jára se narodil v roce 2012. Na první pohled je Jára oproti Hynkovi ostřílený a nebojácný chlapec, s chutí pořád někoho pošťuchovat, do všeho mluvit a dělat si věci po svém. Hoch bývá často neklidný a nesoustředěný. V roce 2014 začal navštěvovat mateřskou školku a o dva roky později nastoupil do běžné základní školy. Jára je asi 132 cm vysoký a 25 kg vážící hoch. Chlapec má stanovenou dětskou mozkovou obrnu – Spastická triparéza. Jedná se o leváka s narušeným motorickým vývojem. Hoch má rychlejší pracovní tempo než jeho bratr. Obvykle však vše udělá rychle, bezhlavě a bezmyšlenkovitě. V rodině i ve škole působí dojemem zlobivého a neúnavného dítěte. Ve škole respektuje pouze paní asistentku. S ostatními dětmi nedokáže mít dlouho navázaný přátelský kontakt, jelikož je za chvíli pošťuchuje a zlobí. Ve škole je jeho největším kamarádem jeho dvojče Hynek, se kterým sedí v přední lavici.

Osobnost dítěte:

Charakterové vlastnosti: neklidný, nesoustředěný, nebojácný, zlobivý, neúnavný, pošťouchlý.

Zájmy: Jára si rád hraje s autíčky, po chvíli však vymýšlí jinou zábavu, například hru na vojáky a rytíře. Baví ho hry na PC, často pomáhá otci s opravami.

Schopnosti: Járovo pracovní tempo je rychlé a nesoustředěné. Chlapec neudrží dlouhou dobu pozornost, nechá se vyrušit děním ve třídě či venku. Chlapcova obratnost o hodinách psaní, výtvarné a pracovní výchově, tělesné výchově je menší. Písmo má

neúhledné, kostrbaté. Domácí příprava do školy je dobrá, spolupráce s rodinou funguje bez problémů.

Rodinná anamnéza:

Jára se narodil do úplné a chtěné rodiny. Matka se narodila v roce 1975, otec v roce 1972. Matka má vzdělání s maturitou. V současné době pracuje jako asistentka pedagoga. Otec má výuční list, pracuje nyní jako dělník na pile. Výchova dětí od samého počátku spočívá především na matce.

Psychomotorický vývoj

Novorozenecké období

Jára se narodil z prvního těhotenství matky. Jednalo se o těhotenství rizikové, protože šlo o dvojčata. U matky se projevovalo časté krvácení, proto byla několikrát hospitalizována v nemocnici.

Samotný porod proběhl ve 29. týdnu těhotenství kvůli abrupci placenty. Jelikož byla u dětí poloha konec pánevní a příčný, rodila matka akutním císařským řezem. Jára při narození vážil 1850 g a měřil 42 cm. Novorozenecká žloutenka neproběhla. V inkubátoru byl 3 týdny, poté byl propuštěn do domácí péče matky.

Kojenecké období

První úplné vyšetření bylo provedeno lékaři v porodnici, při kterém však nebylo nic zjištěno. Bylo pouze doporučeno vyšetření na kardiologii, neurologii a u dětského lékaře v místě bydliště po propuštění z porodnice.

Období batolete

Járův vývoj probíhal lépe než u jeho bratra. I když zpočátku také jen ležel, otáčet se a lézt začal o něco dříve než Hynek. Velký problém mu dělalo především otáčení se na pravou

stranu. Od 3. měsíce byl sledován také na neurologii. Po zjištění spasticity byl odeslán na rehabilitaci. Diagnóza byla stanovena v 1 roce a 10 měsících. V této době začali rodiče s dítětem navštěvovat léčebné lázně a začali cvičit Vojtovu metodu a prvky Bobath konceptu. Díky této metodě se chlapec vyvíjel celkem dobře. Aplikace botoxu proběhla u chlapce jedenkrát. Ve čtyřech letech prodělal chlapec operaci Achillovy šlachy na levé noze. U hoča je častý výskyt ekzémů po celém těle.

Předškolní období

Od čtyřech let začal chlapec docházet do běžné mateřské školy. Pobyt v mateřské škole mu nečinil žádný problém. Kvůli svému neukázněnému chování a výbušné povaze měl problémy s ostatními dětmi i s paní učitelkou. Kvůli časté nemocnosti, rehabilitační a lázeňské péči chlapec však ve školce moc často nepobýval.

Školní období

Základní školu začal chlapec navštěvovat v září 2018, v šesti letech. Odklad školní docházky nebyl nutný. Před nástupem do základní školy bylo provedeno psychologické vyšetření za účelem posouzení způsobilosti k zahájení školní docházky. V pololetí prvního ročníku byl chlapec společně se svým bratrem poslán třídní učitelkou na vyšetření do speciálně pedagogického centra v Praze. Kvůli jeho špatné motorice a výbušné povaze mu byl přidělen asistent pedagoga.

V sociálním kontaktu se Jára projevuje dominantně, při vyostřených situacích i agresivně. Ve třídním kolektivu je dětmi tolerován, za kamaráda má svého bratra. Jiné kamarády kvůli své výbušné povaze nemá. Jeho pozornost prudce kolísá a je snadno odklonitelná. Únavu lze minimalizovat krátkou přestávkou a zatěžováním spíše na začátku hodiny. Celková úroveň chlapce je na hranici středního pásma průměru. Grafomotorika probíhá pomocí levé ruky.

Doporučení speciálně pedagogického centra

Na základě doporučení speciálně pedagogického centra byl Járovi doporučen asistent pedagoga a speciální masírovací podsedák na židli, kvůli korekci zraku sezení v přední lavici.

Pozorování ve vyučovací hodině

Jára navštěvuje stejnou základní školu i třídu, má tedy stejnou asistentku pedagoga jako jeho bratr. Ta mu pomáhá především v hodinách tělesné výchovy, výtvarné výchovy, pracovních činnostech, v hodinách geometrie a při psaní. Jára je výbušné povahy a pokud mu něco nejde, dokáže se pořádně rozzlobit. Dává pak vinu všem kolem sebe. Proto se s ním ve třídě nikdo nebaví a nemá kamarády. Kvůli jeho zlostnému chování se často dostává do konfliktu s paní asistentkou pedagoga, samotnou paní učitelkou či s ostatními dětmi. Chlapec je zbrklý, chce mít vše brzo hotové, nechce spolupracovat, vypracovávat zadané úkoly. Zvládá sčítání a odčítání do dvaceti. Dokáže se orientovat na číselné ose, zvládne porovnat čísla podle velikosti. Skládání slov a čtení mu nečiní potíže. V prvouce dokáže popsat členy rodiny, zvířata, umí důležitá telefonní čísla. Dokáže popsat roční období, měsíce v roce, dny v týdnu. Má rád hudební výchovu, dokáže zazpívat celou písničku. Přestávky tráví sám či s bratrem. Často se však dostává do konfliktu s dětmi. Proto mu musí být asistentka pedagoga neustále nablízku. Jeho chování někdy není v souladu se školním řádem.

Rozhovor s matkou integrovaného žáka

1) Jak hodnotíte integraci Vašeho syna?

Od začátku školní docházky má syn značné problémy, je to celkem těžké.

2) Myslíte problémy se začleněním do kolektivu?

Ano. Jára jde do všeho po svém, má potřebu se plést do různých věcí, to přináší značné rozpory.

3) S jakými obtížemi jste se tedy v průběhu integrace setkali?

Například s ošklivými slovy a vyostřenými hádkami, ne vždy to ale bylo ze strany našeho syna.

4) Jaké jsou reakce dětí na přítomnost Járy ve třídě?

Vzájemně tam nejsou moc dobré vztahy.

5) Jak hodnotíte spolupráci s pedagogickými pracovníky?

Spolupráce je celkem dobrá, i když už byly rozpory kvůli synovi.

Rozhovor s třídní učitelkou

1) Myslíte si, že integrace u Járy probíhá zcela bez obtíží?

Jára je složitá, konfliktní osobnost, myslím, že to není zcela bez obtíží.

2) Jak takovéto situace řešíte?

Jde to velmi těžko, vždy se ale snažím usměrnit obě strany a neustále vysvětlovat. Někdy je těžké však konflikt vyřešit, Jára je poté hodně vyprovokovaný a občas i agresivní. Což situaci ještě ztěžuje.

3) Jak reagují na agresivní způsob chování u Járy jeho spolužáci?

Vždy to rozhodí celou třídu, tedy i kolektiv. Járovi spolužáci ho proto nechtějí pustit mezi sebe, nemá ve třídě kamarády. Jelikož je ve třídě více chlapců, je pro mě náročné je neustále usměrňovat.

4) Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?

Spolupráce s rodinou je celkem dobrá, i když si samozřejmě někdy myslí, že je jejich syn v nepravu.

5) Doporučila byste přestup na jinou školu?

Jára není hloupý kluk, spíše jsou tu problémy v chování. V těchto ohledech Jára neví, jaká jsou společenská pravidla.

Jméno: Tobiáš

Datum narození: 2. 10. 2011

Věk v době výzkumu: 9 let

Diagnóza: Dětská mozková obrna – Spastická diparéza

Osobní anamnéza:

Tobiáš se narodil v roce 2011, působí dojmem veselého a šťastného chlapce. V roce 2014 nastoupil do dětského stacionáře. O dva roky později přestoupil do mateřské školy. V roce 2018 nastoupil do běžné základní školy. Chlapec měří 117 cm a váží 21 kg. Hoch má diagnostikovanou dětskou mozkovou obrnu – spastická diparéza a lehkou mentální retardaci. Jde o leváka s pomalým pracovním tempem, který špatně navazuje kontakt. Je velmi fixován na otce, ve škole respektuje třídní učitelku i paní asistentku.

Osobnost dítěte:

Charakterové vlastnosti: k blízkým osobám přátelský, veselý, usměvavý, ve škole plachý, špatně navazující kontakt, bojácný.

Zájmy: chlapce nejvíce zajímají knihy a encyklopedie o přírodě, zvířatech, dinosaurech. Rád si hraje s dřevěnými vláčky, u této činnosti však vyžaduje druhou osobu. Rád hraje hry na tabletu, sleduje videa a YouTube. V kině se vydrží dívat na pohádky.

Schopnosti: Tobiášovo pracovní tempo je pomalé, je snadno unavitelný, neudrží dlouhou dobu pozornost. Chlapec spolupracuje radostně, o předkládané podněty jeví zájem, slovní zásoba je pod úrovní věku, má neobratné držení tužky. Chlapcova rodina velmi dobře spolupracuje se školou a chlapci věnuje veškerou péči.

Rodinná anamnéza:

Tobiáš se narodil do úplné a fungující rodiny jako chtěné dítě. Matce je 36 let, má středoškolské vzdělání s maturitou, otcí je 41 let a má také středoškolské vzdělání s maturitou. V současné době pracuje matka jako laborantka, otec pracuje jako úředník. Otec má z prvního manželství dceru. S výchovou občas pomáhá Tobiášova babička z otcovy strany. Z matčiny strany rodiče o chlapce nejeví zájem.

Psychomotorický vývoj

Novorozenecké období

Jedná se o první těhotenství matky, těhotenství probíhalo v pořádku, porod v termínu. U otce nezjištěna krevní skupina, problémy s Rh-faktorem. Porod proběhl narychlo císařským řezem, jelikož slably pohyby dítěte. Chlapec vážil 3 kg a měřil 53 cm. Po porodu začal mít chlapec problémy s hladinou trombocytů, třetí den po porodu převezen do jiné nemocnice, kde byl chlapec napojen na umělou výživu. Po 14 dnech propuštěn do domácí péče. Novorozenecká žloutenka neproběhla.

Kojenecké období

Chlapec nebyl kojen, dudlík používán do 2 let, pleny nošeny do 3 let. Od narození chlapec špatně spal, budil se, plakal.

Období batolete

Hoch zpočátku pouze ležel, otáčel se v 6 měsících, v roce seděl a lezl, chodil ve 23 měsících. První slova v jednom roce, poté se vývoj zastavil a mluvit začal až ve dvou letech. Diagnóza DMO byla stanovena v jednom roce. Operace strabismu ve dvou letech. Častý je výskyt febrilních křečí a epileptických záchvatů. Chlapec nesmí být očkován, aby u něj nepropukl autismus. Od 2 let pravidelně s rodiči podstupuje každý rok lázeňskou léčbu. Chlapec nosí zdravotní obuv a ortopedické vložky do bot. Je pravidelně sledován na neurologii, psychologii, kardiologii, ortopedii, logopedii a ergoterapii.

Předškolní období

Od tří let začal chlapec navštěvovat dětský stacionář. V této době chlapec nosil ještě pleny, které se po půl roce úplně zrušily. Zpočátku si Tobiáš nemohl ve stacionáři zvyknout, pouze pištěl a křičel, nelíbilo se mu tam. Paní učitelky nerespektoval a neposlouchal je. S dětmi si neuměl hrát, bral jim hračky, které následně pohazoval po třídě. Postupem času si ve stacionáři zvykl a našel si kamarádka. V pěti letech přestoupil do logopedické mateřské školy s předškolní přípravou. Zpočátku mu opět trvalo, než si přivykl novému prostředí. Kvůli rehabilitační a lázeňské péči a časté nemocnosti však Tobiáš ve stacionáři a ve školce moc často nepobýval.

Školní období

Základní školu začal chlapec navštěvovat v září 2018, po doporučeném odkladu školní docházky. Hoch navštěvuje třídu s větším kolektivem dětí. Chlapci byl od první třídy doporučen asistent pedagoga.

Chlapcovo pracovní tempo je pomalé, neobratné, i když se velmi snaží. Má problém s krátkodobou pamětí. Lehce ztrácí pozornost a zasní se. Je důležité často volit přestávky a zatěžovat chlapce začátkem hodiny. Tobiášova slovní zásoba neodpovídá věku. Má zájem učit se, čte písmena, slabiky, krátká slova. Grafomotorika probíhá pomocí levé ruky. Matematika a s tím spojené logické uvažování bohužel chlapci nejde. Zvládá sčítání a odčítání do pěti, většinou s pomocí prstů, odčítání mu dělá potíže. Důležité je chlapce často motivovat a povzbudit milým slovem. O hodinách čtení rád čte o zvířatech. Chlapcovým oblíbeným předmětem je prvouka, zejména, učí-li se o přírodě.

V sociálním kontaktu se Tobiáš projevuje zdrženlivě, stydí se a nekomunikuje. Špatně se zapojuje do práce v kolektivu. I přes snahu třídní učitelky a asistentky pedagoga, není chlapec ve třídě dětmi tolerován, často se kvůli svému postižení stává terčem posměchu, nemá žádné kamarády.

Doporučení speciálně pedagogického centra

Na základě doporučení speciálně pedagogického centra byl Tobiášovi doporučen asistent pedagoga po celou dobu vyučování i v školní družině. Kvůli zraku sedí v přední lavici.

Doporučeny speciální pomůcky pro rozvoj jemné a hrubé motoriky (výukové programy, psací tabulky, obrázkové encyklopedie, deskové hry, polytechnické stavebnice, pěnové kostky, kostky, puzzle, sluchové pexeso, vkládací karty). V případě nezvládnutí základních požadavků v běžné ZŠ doporučeno přerazení chlapce do praktické ZŠ.

Pozorování ve vyučovací hodině

Tobiáš je integrován na běžné základní škole. Je vzděláván pomocí individuálního plánu, podle osnov základní školy za pomoci asistenta pedagoga, který mu je nápomocen ve všech vyučovacích předmětech i ve školní družině. V hodinách matematiky chlapec zvládá pouze sčítání a odčítání do pěti, pozná geometrické tvary. Umí opsat správně písmena, slabiky, jednoduchá krátká slova. Zvládá slovní diktát písmen, některá si však plete či zapomene. Nerozpozná první a poslední slabiku či písmeno. V prvouce dokáže popsat členy rodiny, zvířata, umí důležitá telefonní čísla. S pomocí dokáže popsat jednotlivá roční období. Přestávky tráví sám v lavici. V kolektivu dětí se necítí dobře, spolužáci se mu často kvůli jeho nedostatkům a špatné výslovnosti posmívají.

Rozhovor s matkou integrovaného žáka

1) Co Vás vedlo k tomu, abyste přihlásila Vašeho syna do běžné základní školy?

S manželem jsme nechtěli, aby syn musel dojíždět daleko. Z hlediska pracovního vytížení by se to časově také nedalo skloubit.

2) Jste s integrací spokojeni?

Bohužel moc spokojeni nejsme, tedy s vyučováním je vše v pořádku, ale v kolektivu dětí je to složitější. Většina spolužáků i ostatní děti ze školy se našemu synovi posmívají. To chodí Tobiáš ze školy a pláče.

3) Jak tuto situaci řeší škola?

Ono je toto těžké řešit, i když se škola snaží. Děti zaprou nos mezi očima a říkají, že to neříkaly. Je těžké něco někomu dokazovat.

4) Co se Vás jako rodičů nejvíce dotklo?

Nejvíce se nás asi dotklo, že se některé děti odkazují na slova rodičů a říkají našemu synovi, že tady nemá co dělat, že do této školy nepatří. Snažíme se být stateční, ale ono to vždy nejde.

5) Jste rozhodnuti ponechat syna zde ve škole, respektive v této třídě?

Začali jsme vážně přemýšlet o přestupu našeho syna jinam, i do speciální školy, kde by byl možná spokojenější.

Rozhovor s třídní učitelkou

1) Jak hodnotíte úspěšnost integrace Tobiáše?

Tobiáš se velmi snaží, je to milý hoch, bohužel však nezvládá učivo první třídy.

2) Jaké pomůcky používáte při edukaci Tobiáše?

Používáme pracovní listy, učebnice pro speciální školy, dále pomůcky pro rozvoj hrubé a jemné motoriky, tabulky s abecedou i číslicemi, různá počítadla, Logico-Piccolo.

3) Pozorujete u Tobiáše zájem o některé vyučovací předměty?

Chlapec má zájem o zvířátka, snažíme se ho tedy motivovat především o hodinách českého jazyka a prvouky.

4) Jak řešíte konflikty dětí vůči Tobiášovi?

Společně s paní asistentkou se snažíme být neustále ve střehu a nablízku, aby k takovýmto situacím nedocházelo.

5) Doporučila byste přestup na jinou školu?

Upřímně řečeno, neumím si představit, zda bude chlapec zvládat učivo i ve druhém ročníku. Možná by mu volnější styl výuky ve speciální škole více vyhovoval. Třeba by si tam našel i kamarády. To je ale rozhodnutí především na rodičích. My se už teď snažíme chlapce co nejvíce začlenit a rozvíjet ho.

Závěry výzkumného šetření

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak probíhá začleňování u vybraných dvojčat s DMO a chlapce s DMO na 1. stupni základní školy. Důležitou roli v otázkách integrace a inkluze sehrává rodina. Z psychologického hlediska bývá ve škole nejdůležitějším faktorem kolektiv dětí ve třídě, pomoc pedagogického sboru, asistenta pedagoga a vhodný individuální vzdělávací plán, dle kterého se bude dítě vzdělávat. Z výzkumného šetření bylo zjištěno, že záleží také na individualitě každého jedince, na jeho vlastnostech či schopnostech, pro správné začlenění do běžného kolektivu dětí na základní škole.

Byla stanovena tato výzkumná otázka:

„Je dítěti se speciálními vzdělávacími potřebami na základní škole poskytována dostatečná péče v oblasti výchovy a vzdělávání tak, aby se mohl bez problémů začlenit do běžného kolektivu žáků na 1. stupni základní školy?“

První základní škola, kde byl výzkum prováděn, je rodinného typu, kde věnují dětem větší péči a snaží se o vzájemnou pomoc. Škola má velmi kvalitní a odborné vedení všech pedagogických pracovníků a snaží se o bezproblémové začlenění dětí do kolektivu třídy. Na druhé základní škole se i přes veškerou péči pedagogických pracovníků nedaří chlapce začlenit do třídního kolektivu. Třídní učitelka je přesvědčena, že chlapec nezvládá základní požadavky kladené na žáky v běžné základní škole, proto navrhne přerazení hochy do praktické základní školy.

Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že musíme zohlednit individuální potřeby daného jedince se speciálními vzdělávacími potřebami. Někteří jedinci se speciálními vzdělávacími potřebami se naučí v kolektivu intaktních dětí zdolávat překážky, jiní se stávají terčem posměchu, či jsou kvůli svým charakterovým vlastnostem z třídního kolektivu vyloučeni.

Výzkumnou otázku nelze jednoznačně potvrdit či vyvrátit, neboť je u každého postiženého jedince odlišný individuální vývoj. Nelze tedy s jistotou říci, že se podaří úspěšně dítě do třídy základní školy běžného typu začlenit.

ZÁVĚR

Pro svou bakalářskou práci jsem si vybrala téma DMO, možnosti začleňování do běžného kolektivu žáků na 1.stupni ZŠ.

V teoretické části byly vymezeny pojmy dětská mozková obrna, příčiny vzniku dětské mozkové obrny, klasifikace a další přidružená postižení u dětské mozkové obrny. Dále byla v teoretické části uvedena výchova a vzdělávání žáků s DMO, inkluzivní vzdělávání, integrace a inkluze. Jelikož pracuji jako asistentka pedagoga a měla jsem možnost poznat rodiny, které vychovávají vlastní děti s dětskou mozkovou obrnou, slyšela jsem jejich názory, problémy, radosti i starosti, viděla v jejich očích slzy štěstí i smutku, bylo pro mě studium této problematiky velkým přínosem.

Praktická část je tvořena kazuistikami dvojvaječných dvojčat a chlapce s dětskou mozkovou obrnou integrovaných do běžných základních škol. Obsahuje vyjádření maminek, které své děti s láskou vychovávají, snaží se je rozvíjet a umožnit jim vzdělání v běžných základních školách a vyjádření třídních učitelek těchto žáků, které se podílejí na jejich výchově a vzdělávání společně s jejich intaktními vrstevníky.

Žáci z předložených kazuistik mají shodnou diagnózu dětská mozková obrna. Každý žák je však rozdílný svou povahou nebo ho odlišují další vlastnosti, jako je lehká mentální retardace, porucha řeči či povahové rysy. Někdy i přes snahu rodičů, učitelek i jejich vlastní se nedokážou začlenit do kolektivu na běžné základní škole. Je jim doporučeno přeřazení do základních škol praktických, kde probíhá volnější styl výuky přiměřený jejich schopnostem a možnostem. Rodiče musí pečlivě vybírat a zvážit, co je pro jejich dítě nejlepší, přesto to nemusí být správná volba. K začlenění do běžného kolektivu žáků se musí překonávat mnoho bariér. Záleží převážně na lidském faktoru, na individualitě a odlišnosti jednotlivých dětí s postižením i bez postižení. Nejdůležitější však je, aby si i jedinci s daným postižením našli své kamarády, cítili se šťastní a milovaní.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

ČERNÁ, Marie. *Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením*. Vydání druhé. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-3071-7.

FISCHER, Slavomil. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální: učebnice pro studenty učitelství*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-792-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0219-6.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-1018-8.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.

LECHTA, Viktor, ed. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.

LESNÝ, Ivan. *Dětská mozková obrna ze stanoviska neurologa*. Praha: Avicenum, 1972.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3. přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MICHALÍK, Jan. *Škola pro všechny, aneb, Integrace je když--*. Vsetín: ZŠ Integra, 2002. ISBN 80-238-9885-X.

MICHALÍK, Jan. *Školská integrace dětí s postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého, 1999. ISBN 80-7067-981-6.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-85931-65-6.

RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. *Psychologie mentálně zaostalého žáka: příručka pro vys. školy*. Praha: SPN, 1973. Učebnice pro vysoké školy (Státní pedagogické nakladatelství).

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika. 2.*, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0095-8.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie, Iva STRNADOVÁ a Lenka KREJČOVÁ. *Náročné mateřství: být matkou postiženého dítěte*. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1616-2.

VÍTKOVÁ, Marie, ed. *Integrativní speciální pedagogika: integrace školní a speciální. 2. rozšíř. a přeprac. vyd.* Brno: Paido, 2004. Edice pedagogické literatury. ISBN 80-7315-071-9.

VÍTKOVÁ, Marie. *Somatopedické aspekty. 2.*, rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.

SEZNAM ZKRATEK

DMO - Dětská mozková obrna

CNS - Centrální nervová soustava

IQ - Inteligenční kvocient

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A – Dotazník Hynek

Příloha B – Dotazník Jára

Příloha C – Dotazník Tobiáš

Příloha A – Dotazník Hynek

Otázky týkající se dítěte Hynka

Rozhovor s matkou integrovaného žáka:

- 1) Jaký byl hlavní důvod k přihlášení Vašeho syna do běžné základní školy?
- 2) Jste s integrací spokojeni?
- 3) Jak reagují děti na přítomnost Hynka ve třídě?
- 4) S jakými obtížemi jste se v průběhu integrace setkali?
- 5) Myslíte si, že je Hynek ve třídním kolektivu spokojen?

Rozhovor s třídní učitelkou:

- 1) Jak dlouho s Hynkem pracujete?
- 2) Jaký máte mezi sebou vztah?
- 3) Jaké pomůcky používáte při edukaci Hynka?
- 4) Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?
- 5) Domníváte se, že je Hynek v kolektivu dětí spokojen?

Příloha B – Dotazník Járy

Otázky týkající se dítěte Járy

Rozhovor s matkou integrovaného žáka:

- 1) Jak hodnotíte integraci Vašeho syna?
- 2) Myslíte problémy se začleněním do kolektivu?
- 3) S jakými obtížemi jste se tedy v průběhu integrace setkali?
- 4) Jaké jsou reakce dětí na přítomnost Káji ve třídě?
- 5) Jak hodnotíte spolupráci s pedagogickými pracovníky?

Rozhovor s třídní učitelkou:

- 1) Myslíte si, že integrace u Járy probíhá zcela bez obtíží?
- 2) Jak takovéto situace řešíte?
- 3) Jak reagují na agresivní způsob chování u Járy jeho spolužáci?
- 4) Jak hodnotíte spolupráci s rodinou?
- 5) Doporučila byste přestup na jinou školu?

Příloha C – Dotazník Tobiáš

Otázky týkající se dítěte Tobiáše

Rozhovor s matkou integrovaného žáka:

- 1) Co Vás vedlo k tomu, abyste přihlásila Vašeho syna do běžné základní školy?
- 2) Jste spokojeni s integrací Vašeho syna?
- 3) Jak tuto situaci řeší škola?
- 4) Co se Vás jako rodičů nejvíce dotklo?
- 5) Jste rozhodnutí ponechat syna zde na škole, respektive v této třídě?

Rozhovor s třídní učitelkou:

- 1) Jak hodnotíte úspěšnost integrace Tobiáše?
- 2) Jaké pomůcky používáte při edukaci Tobiáše?
- 3) Pozorujete u Tobiáše zájem o některé vyučovací předměty?
- 4) Jak řešíte konflikty dětí vůči Tobiášovi?
- 5) Doporučila byste přestup na jinou školu?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Ludmila Forštová

Obor: Speciální pedagogika-vychovatelství

Forma studia: kombinované

Název práce: DMO, možnosti začleňování do běžného kolektivu žáků na 1.stupni ZŠ

Rok: 2021

Počet stran textu bez příloh: 48

Celkový počet stran příloh: 3

Počet titulů českých použitých zdrojů: 18

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů: 0

Počet internetových zdrojů: 0

Vedoucí práce: Mgr. Milan Fleischmann