

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA

**Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol v kraji
Vysočina**

Bakalářská práce

Jméno autora: Petra Hložková

Jméno vedoucího práce: Doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.

11.5.2008

In my bachelor thesis I deal with the possibility of integration of children suffering from infant cerebral palsy into primary schools. Infant cerebral palsy is the most common inborn disease. The literature gives 50 – 60 % of cases, which means there is a great number of children who must live with this handicap. It is therefore vital to deal with possibilities of providing education for them so that their life is of as high as possible quality.

My paper aimed at finding out what problems are encountered by parents of the integrated children. I was interested in their opinion, what they think about the integration and how their child was integrated or not in the collective of their „healthy“ schoolmates. One of the important factors whether integration will be successful is the atmosphere at school. I tried to find out about it asking the parents or teachers and headmasters of schools.

Since I decided to sum up the current situation of the issue in the Vysočina region where I come from, I used the qualitative research in my paper. I received the greatest portion of information from the parents. Originally I opted for the technique of semi- standardized interview, however due to the delicacy of the issue I changed it to the questionnaire technique. The questionnaire provided twenty two questions the parents could freely reply to. Also interview with headmasters and teachers brought much interesting information. Another method applied in my paper was secondary analysis of documents I had access to thanks to the headmasters.

Children suffering from infant cerebral palsy, integrated into schools in the Vysočina region had one thing in common. As the majority of the children suffered from a combined handicap, their intellectual capacity and level of intelligence were at the same level as in other children in class. It is from this reason that the integration of these children can carry on with success in spite of various problems and difficulties that appear in every one. We can state that these children grow up with the healthy ones and not only next them, which certainly is beneficial for both groups.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách

.

11.května 2009

.....

Poděkování

Na tom to místě bych ráda poděkovala rodinám všech integrovaných dětí, které byly i přes citlivost tématu ochotny spolupracovat na výzkumu mé bakalářské práce.

Obsah

Úvod	7
1 Současný stav	8
1.1 Dětská mozková obrna (DMO)	8
1.1.1 Příčiny vzniku DMO (etiologie)	8
1.1.2 Formy DMO	9
1.1.3 Přidružené choroby	11
1.1.3.1 Epilepsie	11
1.1.3.2 Poruchy řeči	12
1.1.3.3 Mentální retardace	13
1.1.3.4 Poruchy zraku a sluchu	13
1.1.4 Ucelený systém rehabilitace.....	14
1.1.4.1 Léčebné prostředky rehabilitace	15
1.1.4.2 Sociální prostředky rehabilitace	16
1.2 Historie vzdělávání dětí se zdravotním postižením	17
1.2.1 Základní pojmy k integraci.....	17
1.2.2 Sociální integrace	18
1.2.3 Začátky školské integrace v zahraničí a u nás	19
1.2.4 Dokumenty podporující integraci	19
1.2.5 Podmínky integrovaného vzdělávání	21
1.2.6 Formy integrace	21
1.2.7 Individuální vzdělávací program (IVP)	22
1.2.8 Osobní asistence.....	23
1.2.9 Speciálně pedagogické centrum (SPC)	24
2 Cíl práce	25
3 Metodika	25
3.1 Použité metody a techniky sběru dat	25
3.2 Charakteristika zkoumaného souboru	26
4 Výsledky	27

5	Diskuze	47
6	Závěr	51
7	Klíčová slova	53
8	Seznam použitých zdrojů	54
9	Přílohy	

Úvod

V bakalářské práci se zabývám problematikou integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou v rámci v základních škol v kraji Vysočina, odkud pocházím.

O možnostech vzdělávání pro děti s dětskou mozkovou obrnou jsem se podrobněji začala zajímat po setkání s nimi, které mi bylo umožněno v rámci praxí.

Jak uvádějí odborníci, dětská mozková obrna je nejčastější vrozené tělesné postižení. Každý člověk bez rozdílu má právo na vzdělání dle svých schopností a přítomnost zdravotního postižení by neměla být diskriminační. Tak to i zakotvují mnohé zákony v České republice, včele s Listinou základních práv a svobod.

V České republice se možnost integrace poprvé objevila až po roce 1989. Do té doby byly všechny děti se zdravotním postižením automaticky posílány do speciálních škol bez možnosti výběru.

Ačkoliv je školská integrace poslední dobou často diskutovaným tématem, stále však u nás ještě nejsou nejvhodnější podmínky pro rozvoj integrace. Největší problémy můžeme vidět v nepřípravenosti českých škol a stále se také můžeme setkávat s názorem některých lidí, že dítě s dětskou mozkovou obrnou není schopné splnit podmínky běžné školy a je tedy lépe ho ze společnosti téměř segregovat.

Ve své práci bych chtěla dokázat, že tomu tak není a že při určité pomoci těmto dětem jsou schopny nároky běžné školy zvládat. Vždyť celý tento proces obohacuje nejen děti integrované, ale i jejich „zdravé“ spolužáky, kterým pomáhá budovat morální hodnoty.

1 Současný stav

1.1 *Dětská mozková obrna (DMO)*

Dětská mozková obrna je z hlediska medicíny neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku. Jedná se o jedno z nejčastějších vrozených tělesných postižení vůbec. V odborné literatuře se uvádí kolem 50 – 60 % z celkového počtu pohybových poruch. Dětská mozková obrna je onemocnění, při kterém je nejvýraznější postižení hybnosti (Kraus, 2005).

Tento název (DMO) je dosti nepřesným pro pojmenování všech onemocnění, pro které se používá. Přesnější by bylo používat termín encefalopatie. U nás se v současnosti však tento termín „zabydlel“ tak, že ho používají i samotní odborníci (Jankovský, 2006). V historii se nejprve pro onemocnění s poškozením mozku používalo označení „Littleova choroba“ (od roku 1859). Později se užíval název „perinatální encefalopatie“ a v dalším období se začalo používat anglosaské označení „Cerebal Palsy“. Od roku 1959 byl poprvé zaveden název „dětská mozková obrna“ (Klenková, 2000).

1.1.1 *Příčiny vzniku DMO (etiologie)*

Můžeme říci, že incidence dětské mozkové obrny odpovídá u nás i ve světě 1,5 – 5 případů na tisíc živě narozených dětí (Jankovský, 2005). Příčiny vzniku DMO nelze vyjádřit s určitostí. V 30% případů postižení nemá vůbec zjištěnou příčinu. Mnoho autorů se shoduje, že toto onemocnění má multifaktoriální etiologii. To znamená, že je způsobeno kombinací několika faktorů. Základním rozdělením rizikových faktorů rozumíme dělení na prenatální (před porodem), perinatální (během porodu) a postnatální (po narození) inzulty.

Mezi prenatální inzulty řadíme nejčastěji nitroděložní tíseň plodu (hypoxie), nitroděložní retardace růstu plodu, mateřské a fetální infekce (Kraus,

2005). Další autoři uvádějí oběhové poruchy, radiové, rentgenové i nukleární ozáření. Nelze také vynechat nedonošenost či přenošenost plodu.

K perinatálním inzultům můžeme zahrnout poškození v průběhu porodu a v období těsně po něm následující. V nejčastějších případech se jedná o dlouhotrvající, protrahovaný porod, v jehož důsledku může vzniknout hypoxicko – ischemická encefalopatie, nitrolební krvácení či bakteriální meningoencefalitida (Jankovský, 2006). Důležitou prevencí DMO je u novorozenců udržovat normální systémový tlak, aby nedocházelo k jeho výkyvům a nastala tak adekvátní perfúze mozku.

Postnatální příčiny jsou infekce CNS, rané plicní a střevní infekce, závažná poranění lebky a mozku (Mydlil, 1995).

1.1.2 *Formy DMO*

Ačkoliv by se dalo říci, že každé onemocnění dětskou mozkovou obrnou je jedinečné, přesto lze nalézt podle klinického obrazu určité shody, které nám pomáhají rozdělit toto postižení na určité formy. Mezi nejzákladnější členění dětské mozkové obrny patří rozdělení na spastické a nespastické formy (Jankovský, 2006).

Spastickou formou je postiženo 70 – 80% lidí s DMO. Označení spastické znamená, že postižené části těla jsou ztuhlé trvale stažené. Spastické formy můžeme dále rozdělit na hemiparetické a bilaterální. V prvním případě se jedná o jednostrannou poruchu hybnosti. Až v 75 % případů se jedná o postižení s prenatální etiologií. Chlapci jsou postiženi častěji a mírně převažuje pravostranné postižení. Přestože jsou postiženy obě končetiny jedné poloviny těla, převažuje postižení na horní končetině. Obvykle dochází k držení ruky v pěst a k flexi v lokti (Kraus, 2005).

V případě, že jsou postiženy obě poloviny těla, mluvíme o bilaterálních formách DMO. Mezi ně zařazujeme formu diparetickou a kvadraparetickou. Diparetická forma se vyznačuje postižením především obou dolních končetin. Na horních je někdy opět tendence při chůzi držet loket ve flexi. Děti s tímto postižením začínají chodit později, mezi třetím a pátým rokem. Typická je chůze tzv. nůžkovitá (Jankovský, 2006). Klenková (2000) navíc uvádí pojmenování chůze po špičkách a chůze „lidoopí“. U této skupiny dětí bývá často v anamnéze uveden předčasný porod. Intelekt zůstává většinou bez poškození.

Forma kvadraparetická je při poškození všech čtyř končetin. Stupeň postižení je různý, v zásadě jsou ale horní končetiny postiženy více (Kraus, 2005). Dle Jankovského (2006) je toto postižení odvozeno od diparetické formy. U této formy je častý výskyt mentálního postižení.

U nespastických forem není rozčlenění tak jednoznačné. Nejvíce autorů však odvozuje dvě základní formy – hypotonickou a dyskinetickou (extrapyramidovou). Hypotonická forma je charakterizována snížením svalovým tonusem. Kolem třetího roku života dítěte se často mění na formu dyskinetickou nebo přechází v nějaký druh spastických forem. Často bývá doprovázena těžkou mentální retardací (Klenková, 2000).

Pro dyskinetickou formu jsou charakteristické mimovolní pohyby, které tedy nedají vůlí ovlivnit, naopak s každým pokusem ovlivnit je, se ještě zvýrazňují. Pohyby můžeme rozdělit do několika skupin. Vlnité až hadovité pohyby nazýváme atetotické. Drobné, prudké a trhavé pohyby řadíme k choreatickým. Mezi balistické patří pohyby většinou celou končetinou, které jsou navíc velkého rozsahu. Naopak pouze drobné pohyby malých svalových skupin nazýváme myoklonické. Navíc můžeme ještě u některých dětí vysledovat lordotickou dystonii, která se projeví kroucením těla vertikálním směrem dozadu a současným stáčením hlavy při chůzi (Renotiérová, Ludíková, 2004).

Děti mají většinou dobrý intelekt. Problémy bývají s řečí, která je často nesrozumitelná.

Dochází také k různým kombinacím obou forem tzn. spastických i nespastických, které nazýváme formy smíšené (Slowík, 2007).

1.1.3 *Přidružené choroby*

Jak už bylo řečeno dětská mozková obrna je vrozené nebo získané postižení mozku, které se projevuje především poruchou hybnosti. Mimo jiné se však u dětí s DMO vyskytují přidružené choroby. Tento název není přesný, neboť toto onemocnění ovlivňuje dítě stejně zásadně jako porucha hybnosti. Tato onemocnění nazýváme potom kombinovaná postižení. Mezi přidružené choroby můžeme zařadit epilepsii, poruchy řeči, mentální retardaci a smyslová postižení (Fischer, Škoda, 2008).

1.1.3.1 *Epilepsie*

Onemocnění, které se projevuje epileptickými záchvaty, které trvají od několika vteřin až do půl hodiny. Záchvat se projevuje změnou vědomí. Epileptický záchvat je charakterizován abnormální aktivitou neuronů v kůře mozku. Můžeme je rozdělit na spontánně opakující se a na ty, které jsou vyvolané příležitostně nějakým faktorem. Podle místa vzniku klasifikujeme záchvaty na ložiskové a generalizované. U ložiskového záchvatu začne záchvat probíhat v oblasti kůry jedné mozkové hemisféry. Pokud nedojde ke ztrátě vědomí a k amnézii, jedná se o záchvat ložiskový jednoduchý neboli fokální. Okolí si tohoto záchvatu ani nemusí všimnout, neboť dochází jen k velmi krátkým výpadkům vědomí a pozornosti, nazývá se tzv. zahledění se (Fischer, Škoda, 2008).

Při amnézii a ztrátě vědomí dochází ke komplexnímu ložiskovému záchvatu. To znamená, že se ložisko záchvatu rozšířilo i do druhé hemisféry. Mohou také nastat automatismy, což jsou stereotypní pohyby, které dítě obvykle dělá. Generalizovaný záchvat je určen tím, že ložisko záchvatu je již na počátku v obou

hemisférách mozku. Při tomto typu záchvatu, známém také jako grand mal, dochází ke ztrátám vědomí a následné amnézii. Záchvat také doprovázejí tonickoklonické křeče (Pipeková, 2006).

Nejpočetnější skupinou dětí s DMO, která mívá epileptické záchvaty jsou děti s formou hemiparetickou (27 – 44%) a kvadruparetickou. Avšak dobrou zprávou je, že až 80 % případů lze kompenzovat terapií a to úpravou životosprávy a popřípadě i nasazením antiepileptik (Kraus, 2005).

1.1.3.2 *Poruchy řeči*

Poruchy řeči patří mezi velmi častá přidružená onemocnění. Tyto poruchy se vyskytují až u 75% dětí s DMO, to je způsobeno také tím, že při dětské mozkové obrně dochází také někdy k obrně svalů obličeje. Jindy může jít o souvislou příčinu s poruchami sluchu či mentální retardací.

V lehčích případech se jedná pouze o opožděný vývoj řeči u těžších můžeme hovořit až o neschopnosti artikulace hlásek (anartrie). U dětí s DMO se vyskytují problémy již v období, kdy ještě nemluví. Kojenci mají obtíže při sání, někdy i při samotném dýchání. První slova začínají používat kolem druhého roku života.

Mezi lehčí poruchy řadíme dyslálii, kdy dítě komolí jednotlivé souhlásky. Dále se může objevit dysfázie, což je vývojová nemluvnost. Avšak nejvíce typickou poruchou řeči u dětské mozkové obrny je dysartrie. Jedná se o motorickou poruchu řeči, vzniklou na základě léze centrální nebo periferní nervové soustavy. Projevem je postižení základních součástí motorické realizace řeči, kterými jsou fonace, rezonance, dýchání a artikulace (Votava, 2005). Navíc doprovodným znakem je zvýšená slinivost. Řeč dětí s dysartrií není příliš srozumitelná, což se samozřejmě odráží na psychice dítěte. Důležitá je proto včasná logopedická péče (Klenková, 2000).

1.1.3.3 Mentální retardace

Mentální retardace je onemocnění, které vzniká postižením mozku v raném období tzn. do dvou let věku dítěte. Jeho projevem je snížená úroveň rozumových schopností neboli inteligence a přizpůsobivost. Podle Světové zdravotnické organizace (10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí) byla mentální retardace rozdělena na čtyři stupně podle hodnoty inteligentního kvocientu (IQ). Lehká MR – IQ se pohybuje v rozmezí 50 – 69, středně těžká MR, kde IQ má hodnotu mezi 35 – 49, těžká MR - IQ dosahuje 20 – 34 a hluboká MR, kdy IQ nepřesahuje 20 (Švarcová, 2006).

U jedince s mentální retardací se významně zhoršuje možnost socializace nebo resocializace do společnosti a s tím samozřejmě souvisí omezené možnosti vzdělávání a následného profesního uplatnění. Osoby s DMO kombinovanou s těžkým stupněm mentální retardace jsou prakticky po celý život závislé na pomoci druhých (Fischer, 2008).

Přehled výskytu MR u jednotlivých forem DMO je v následující tabulce:

Tabulka 1: Výskyt mentální retardace u jednotlivých forem DMO

Forma DMO	Těžká MR	St. t. MR	Lehká MR
diparetická	5,3%	16,7%	26,7%
hemiparetická	1,2%	13,7%	20,0%
kvadruparetická	8,3%	25,0%	33,3%
dyskinetická	0%	19,5%	21,9%
hypotonická	6,2%	31,2%	37,5%

Zdroj: Fischer, S., Škoda J. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha, Triton 2008, str.48.

1.1.3.4 Poruchy zraku a sluchu

U dětí s DMO jsou poruchy zraku velmi častým přidruženým onemocněním.

V odborné literatuře se procentuální výskyt odlišuje, nejčastěji se však uvádí, že těmito vadami trpí 37,5 – 50% dětí s DMO. Nejčastěji se jedná o strabismus (Klenková, 2000). Strabismus (konvergentní, divergentní) je porucha rovnovážného postavení očí. Znamějšší název pro toto onemocnění je šilhavost (Renotírová, 2004). Dále tyto děti trpí amblyopií, což je tupozrakost, a hemianopií - výpadek poloviny zorného pole (Jankovský, 2005).

Poruchy sluchu se u dětí s DMO vyskytují pouze sporadicky (Klenková, 2000). V literatuře nacházíme výskyt pouze u formy dyskinetické. Porucha sluchu se projeví také na poruše řeči (Jankovský, 2006).

1.1.4 Ucelený systém rehabilitace

Jak už bylo řečeno je dětská mozková obrna onemocnění vrozené a ve své podstatě nevyлéčitelné. DMO ovlivňuje celou osobu jedince jak po psychické, fyzické tak i sociální a duchovní stránce. Pro dosažení optimálního stavu dítěte s postižením, je důležitý systém komplexní (ucelené) rehabilitace. To znamená, že jednotliví specialisté (odborný lékař, fyzioterapeut, speciální pedagog a další) by spolu měli úzce spolupracovat k nejlepšímu prospěchu dítěte. Rehabilitace se tedy netýká pouze nápravy poškozených pohybových funkcí, ale kromě tělesné oblasti se jedná o celkové obnovení schopností jedince (Slowík, 2007). Tento systém používá prostředky, které bychom mohli rozdělit na pět základních skupin – léčebné, sociální, pedagogické, psychologické a pracovní prostředky rehabilitace. V následující tabulce jsou vyjmenovány prvky jednotlivých okruhů systému ucelené rehabilitace.

Tabulka 2: Systém ucelené rehabilitace (UR)

Složka UR	Prostředky a možnosti
Zdravotní	medicína, fyzioterapie, protetika (protézy)
Sociální	bezbariérovost sociálního prostředí, sociální služby

Pedagogická	školská integrace
Psychologická	psychoterapie, podpora ze strany rodiny a přátel
Pracovní	podporované zaměstnávání, práce z domova

Zdroj : Slowík, J. *Speciální pedagogika*. Praha, Grada Publishing 2007, str. 102.

1.1.4.1 Léčebné prostředky rehabilitace

Následující první tři terapie jsou nejpoužívanějšími léčebnými prostředky rehabilitace u nás vůbec. Kabatova terapie a synergetická reflexní terapie nejsou v současné době ještě tak rozšířené.

VOJTOVA METODA, známá také pod názvem metoda reflexní lokomoce, je léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém základě. Využívá se při ní poznatků, že pohyb se děje v pohybových vzorcích, které jsou člověku vrozené. Metoda reflexní lokomoce tyto pohybové vzory provokuje z určité polohy těla drážděním určitých spouštěvých zón. Používá-li se tato speciální cvičení pravidelně, lze dosáhnout velmi dobrých výsledků. Vedle hlavního vlivu na pohybové ústrojí působí Vojtova metoda také na nervový systém včetně psychické složky (24).

METODA MANŽELŮ BOBATHOVÝCH obsahuje prvky fyzioterapie, ergoterapie a logopedie. Vychází se z předpokladu, že mnohé pohybové potíže dětí s DMO jsou způsobeny vlivem patologických tónových reflexů a hlubokých šíjových reflexů, které dítě nemůže překonat kvůli poruše nervového systému. Když se tyto reflexy inhibují, může dojít k rozvoji normální motoriky a mohou být vybudovány základní vzory pro normální pohyb. U obou uvedených metod je velmi důležitá spolupráce rodičů, ale metoda dle Bohatha navíc vyžaduje větší aktivitu samotného dítěte (Klenková, 2000).

Další metodou používanou u dětí s DMO je TERAPIE PETŮHO, která je také odvozena z logopedie. I tato terapie počítá s aktivitou dítěte a není vhodná u malých dětí. Může se používat jednotlivě či skupinově. Při výkonu každodenních aktivit se používá slovního a rytmického doprovodu, jsou používány běžné pomůcky jako židle, lavičky atd. Klade především důraz na rozvoj volných vlastností (Renotiérová, 2004).

KABATOVA METODA vychází z facilitace v rámci pohybových vzorců na končetinách. Každý pohyb zahrnuje flexi či extenzi současně s abdukci či addukcí a také zároveň vždy obsahuje rotační složku. Hlavními facilitačními prvky jsou maximální odpor a protažení svalu. Terapeut vede dítě při cvičení slovními pokyny a správným kontaktem a úchopem (Votava, 2005).

SYNERGETICKÁ REFLEXNÍ TERAPIE byla vyvinutá Dr. Pfaffenrotem pro léčbu a prevenci DMO a dalších neurologických a ortopedických poruch. Jedná se o souhrn několika samostatných terapeutických metod. Jejich současné použití zvyšuje efekt terapie. Mezi tyto metody patří například akupresura, manuální terapie periferních kloubů a páteře, Artenova atlasová terapie aj.(Klenková, 2000).

1.1.4.2 *Sociální rehabilitace*

„Sociální rehabilitace je proces, při němž osoba zdravotně postižená dosahuje maximální možné samostatnosti a soběstačnosti za účelem dosažení nejvyššího stupně sociální integrace (Votava, 2005).“

Sociální integrace by měla být chápána jako snaha, aby všichni jedinci se zdravotním postižením byli přijímáni jako plnohodnotná součást společnosti. V této oblasti by se měly angažovat především sociální pracovníci, tak aby byla kvalita života na co možná nejvyšší úrovni (Votava, 2005).

1.2 Historie vzdělávání dětí se zdravotním postižením

Vůbec první myšlenku, že děti mají právo na vzdělání bez rozdílu byl v sedmnáctém století český pedagog, náboženský myslitel a filozof Jan Amos Komenský. V jeho díle, které se též zaměřovalo na pedagogiku a didaktiku, nacházíme poprvé v dějinách nový moderní systém pedagogiky a vzdělávání podle schopností a individuálních odlišností (Bulisová, 2003).

Mezi velice významné osobnosti, které se podíleli na vzdělávání dětí s postižením patří bezesporu dva pedagogové, kteří pracovali v Jedličkově ústavu. Ten byl založen v roce 1913. Již v té době se snažili u osobnosti těžce tělesně postižených dětí najít a rozvinout řadu pozitivních schopností, včetně uměleckého talentu (Slowík, 2007).

1.2.1 Základní pojmy k integraci

INTEGRACE - Podle Bürliho je integrace snaha poskytnout v různých formách výchovu a vzdělání jedinci se specifickými vzdělávacími potřebami v co možná nejméně restriktivním prostředí, která optimálně vyhovuje jeho skutečným potřebám (Vítková, 2004).

INKLUZE – dle Pipekové (2006) jde o rozsáhlý koncept vedoucí k integraci, jde také o optimální mínění lidí na jedince s postižením. Jan Pilař (2001) uvádí, že v posledních několika letech se daří měnit pohled na děti s postižením ve smyslu odklonu od negativního popisu jejich neschopností směrem ke zdůrazňování jejich výkonů a aplikaci humanistického modelu řešení dané problematiky.

SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBA – vedle majoritní populace žáků, existují různé skupiny lidí, jejichž vzdělávací potřeby jsou specifické. Moderní

pedagogika a politika vzdělávání se snaží tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťovat a vytvářet pro ně příslušné vzdělávací programy (Mareš, 2001).

REEDUKACE – speciálně pedagogické metody, kterými se zlepšuje výkonnost v oblasti postižené funkce (Průcha, 2001).

INTEGRATIVNÍ PODPORA – praktikuje se mnoha způsoby, lze určit podle míry setkávání se zdravých žáků s žáky se zdravotním postižením (Pipeková, 2001).

1.2.2 Sociální integrace

Socializace je schopnost jedince zapojit se do společnosti, což je samozřejmě důležitá vlastnost pro integraci a to nejen školskou.

Ve starší odborné literatuře se často setkáváme s rozdělením na čtyři základní socializační stupně – integrace, adaptace, utilita a inferiorita.

Integrací rozumíme úplné začlenění a splynutí se společností. Jedinec s postižením nevyžaduje zvláštní ohledy. Adaptace je nižší stupeň socializace. Jedinec je schopný se přizpůsobit společenským podmínkám. Utilita označuje stupeň socializace, kdy jedinec není samostatný, nemůže žít trvale sám a je závislý na ostatních. Posledním nejnižším stupněm socializace je inferiorita, kdy je jedinec naprosto nesamostatný (Novosad, 2006). Toto dělení se však již dnes příliš nepoužívá a je považováno za nedostatečné. Světová zdravotnická organizace vypracovalo proto novou integrační škálu. Ta má osm stupňů:

- 1/ sociálně integrovaný – jedinec schopen všech společenských činností
- 2/ inhibovaná účast – postižení může vyvolat mírné omezení v plné činnosti
- 3/ omezená účast – postižení ovlivňuje negativně společenské činnosti
- 4/ zmenšená účast – účast na společenském životě omezena na přirozené komunitární vztahy

5/ ochuzené vztahy – důraz je kladen na omezení ve fyzickém, sociálním či psychickém vývoji bez tendence k zlepšení

6/ redukované vztahy – schopnost udržovat vztahy pouze k omezené skupině či jednotlivci

7/ narušené vztahy – jedinec není schopen udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi

8/ společensky izolované – specifické případy úplné segregace, jedincova schopnost míry integrace je nejjistitelná právě kvůli izolovanosti (Tomická, 2002).

1.2.3 *Začátky školské integrace v zahraničí a u nás*

O integraci v České republice se začíná hovořit až na počátku 90. let. V době komunismu byla snaha všechny zdravotně postižené děti naopak segregovat tzn. dostat je mimo většinovou společnost. Důležité bylo samozřejmě změnit stávající legislativu a novelizovat jí. To se stalo v roce 1991 přijetím vyhlášky o základních školách. Tam poprvé byla zmíněna možnost integrovat dítě s postižením do běžné základní školy (Michalík, 2001).

V některých evropských zemích se začíná poprvé přemýšlet o začleňování dětí s postižením do běžných škol již v šedesátých letech, i když k většímu počtu integrovaných dětí dochází až v letech sedmdesátých a osmdesátých (Meijer, 2002).

1.2.4 *Dokumenty podporující integraci*

STANDARTNÍ PRAVIDLA – důležitý dokument, který je určen pro zlepšení životní situace a rovnoprávnosti osob se zdravotním postižením. Tento dokument byl schválen valným shromážděním OSN dne 20.12.1993. Obsahuje dvacet dva základních pravidel. Vzdělávání osob s postižením je věnováno pravidlo číslo 6. Toto pravidlo vyzývá státy, aby znaly a zajistily zásadu stejné možnosti vzdělání

na úrovni základního, středního i vysokoškolského stupně, a to i v integrovaném prostředí pro děti, mládež i dospělé se zdravotním postižením.

Text standardních pravidel není určitě zaměřen proti speciálnímu školství, avšak upřednostňuje integrované vzdělávání, u kterého budou řádně zajištěny podpůrné prostředky, odborně proškolený pedagog, individuální vzdělávací program apod. (Ludíková, 2004).

BÍLÁ KNIHA – na základě usnesení vlády ČR, které přednesla 7.4.1999, vznikla Koncepce vzdělávání a rozvoje vzdělávací soustavy v České republice, kterou zveřejnilo MŠMT 13.5.1999. Tato koncepce byla sepsána do podoby závazného dokumentu, který se nazývá právě Bílá kniha.

Jde o systémový projekt, formulující myšlenková východiska a rozvojové záměry, které by měly být směrodatné pro vývoj české vzdělávací soustavy. Bílá kniha se také zabývá v desátém bodě problematikou integrace dětí se zdravotním postižením do běžných škol.

Hlavní bod v oblasti speciálního školství se týká odstraňování segregovaného vzdělávání dětí se speciálními potřebami a jejich integrace do běžného vzdělávacího proudu. Autoři tohoto dokumentu si samozřejmě uvědomují, že ne každé dítě lze integrovat. V mnohých případech by měla integrace opačný tedy negativní dopad jak pro integrované dítě, tak i pro jeho zdravé spolužáky. Proto také Bílá kniha trvá na zachování speciálního školství, tak aby dítě a jeho rodiče mohli zvolit svobodně cestu vzdělání.

Pro lepší účinnost integrace chce tato koncepce vyřešit především připravenost běžných škol na možnost integrace dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, zejména po stránce profesní, personální i technické. Samozřejmostí je nezbytná změna v přípravě učitelů (Pilař, 2001).

VYHLÁŠKA 73/ 2005 Sb. respektive 62/2007 Sb. – o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných Jeden z nejnovějších dokumentů, který se zabývá mimo jiné také speciálnímu školství a

možnostech integrace dětí se zdravotním postižením. Určuje počty těchto žáků ve třídách, vysvětluje druhy integrace a pojmy jako jsou osobní asistence a individuální vzdělávací plán.

1.2.5 *Podmínky integrovaného vzdělávání*

Aby mohla integrace probíhat úspěšně, musí být splněno několik zásadních podmínek. Především je důležité, aby rodiče integrovaného dítěte s integrací souhlasili. Bez jejich souhlasu není integrace možná. Rodiče by si měli uvědomit, že oni sami jsou také součástí celého procesu a velkou měrou přispívají k úspěšnému naplnění. Na druhé straně je však také nezbytný souhlas rodičů zdravých dětí a samozřejmě pedagoga, který dané dítě bude vyučovat.

Pedagogická péče o dítě s postižením nesmí způsobit újmu na péči o ostatní děti ve třídě. Nebylo by přínosem pro nikoho, kdyby se učitel po většinu času pouze integrovanému dítěti. Tomu by měla být samozřejmě poskytnuta speciální péče, ale myslíme tím péči odpovídající především kvalitou a ne kvantitou. To znamená, že o dítě by měl také pečovat speciální pedagog a tým dalších odborníků.

Další velice důležitou podmínkou, která by měla být splněna, aby byl daný proces pro dítě co nejvíce ulehčen, jsou vhodné kompenzační pomůcky a co největší možné úpravy školy optimálně do bezbariérové podoby (Jesenský, 1995).

V tomto bodě nastává velký problém. Mnoho škol se brání těmto úpravám kvůli jednomu žákovi. V našem případě, kdy nás zajímá integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou, tedy dětí, které mají problém především s pohyblivostí, představují bezbariérové úpravy značnou finanční náročnost (Valenta, 2003).

1.2.6 *Formy integrovaného vzdělávání*

U nás nejznámější a nejrozšířenější formou integrace představuje tzv. plná individuální integrace. Jedná se o začleňování jednoho dítěte s postižením do kmenové třídy běžné školy.

Existuje však také forma polointegrace v tzv. speciálních třídách v běžné škole. Tuto třídu navštěvují žáci se speciálními potřebami. Tyto třídy mohou být určeny pouze jednomu typu postižení nebo mohou být smíšené. Tato forma patří do skupinové integrace. Žákům se v hodinách věnuje speciální pedagog, ale přitom zůstává zachován kontakt se zdravými spolužáky (Jesenský, 1995).

1.2.7 *Individuální vzdělávací program (IVP)*

Problematikou IVP upravuje vyhláška č. 73/2005 Sb. respektive 62/2007Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. Dle této vyhlášky se individuální vzdělávací plán stanoví v případě potřeby především pro individuálně integrovaného žáka, žáka s hlubokým mentálním postižením, případně také pro žáka skupinově integrovaného nebo pro žáka speciální školy.

Individuální vzdělávací program (plán) slouží všem, kteří se podílejí na vzdělávání integrovaného žáka. Tento plán spoluvytváří učitel, ředitel školy, pracovník, který provádí reedukaci, rodiče dítěte a pracovník pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogického centra. IVP slouží k lepšímu využití předpokladů dítěte. Umožňuje žákovi, aby pracoval individuálním tempem podle schopností. Žák se tedy nemusí stresovat z neustálého porovnávání s ostatními žáky. Vztahuje se ke konkrétnímu integrovanému dítěti, proto název individuální. Struktura i obsah jednotlivých IVP se tedy odlišuje. Důležitou součástí je zapojení rodičů a samotná aktivita dítěte. Cílem všech IVP je najít souvislost mezi diagnózou a dalším odborným vedením, tak aby došlo k co největší reedukaci integrovaného žáka (Kaprálek, 2004).

Individuální vzdělávací program je tvořen na základě následujících principů:

- utváří se podle výsledků diagnostiky, kterou provádí buď pedagogicko-psychologická poradna nebo speciálně pedagogické centrum
- dále vychází i z pedagogické diagnostiky, kterou provádí učitel

- měl by také respektovat výsledky z diskuze vedené s integrovaným žákem a jeho rodiči
- IVP je vypracován pro předměty, kde žák jeho postižení nejvíce omezuje
- největší podíl na zpracování IVP by měl mít učitel daného předmětu po konzultacích se speciálním pedagogem a pracovníkem PPP nebo SPC.

IVP by měl obsahovat základní údaje o žákovi, které jsou podstatné pro průběh reedukace (Zelinková, 2001).

Dle autorů Běleckého a Kaprálka by však IVP neměl obsahovat příliš mnoho osobních údajů o žákovi, vzhledem ke skupině osob, která do něj může nahlížet.

Dále by měl každý plán obsahovat pedagogickou diagnózu a konkrétní úkoly v oblastech sluchové a zrakové percepce, grafomotoriky, čtení, gramatiky, naukových předmětů a výuce cizího jazyka, pokud se v daném ročníku vyučuje. Důležité je také upřesnit, které speciální (kompenzační) pomůcky bude dítě používat. Nemenšího významu je předchozí domluva, jakým způsobem bude dítě hodnoceno, zda slovně či pomocí známek, a jakým způsobem bude probíhat ověřování jeho schopností. Jelikož se na integraci samotné podílejí i rodiče žáka, může se do IVP uvést, jakým způsobem bude spolupráce s nimi probíhat (Zelinková, 2001).

IVP také slouží jako podklad pro žádost o příspěvek na zvýšené finanční náklady (Bělecký, Kaprálek, 2004).

1.2.8 *Osobní asistence*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách vysvětluje osobní asistenci jako terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje.

Dle Bazalové (Vítková, 2004) můžeme pojem osobní asistence vysvětlit jako „adekvátní formu sociální péče o osoby s těžkým zdravotním postižením, která

v nejvyšší možné míře kompenzuje důsledky zdravotního postižení.“ Osobní asistent nemá doslovně vyjmenované služby, které by měl klientovi vykonávat, ale snaží se mu pomoci ve všech směrech, tak aby bylo co nejvíce kompenzováno klientovo postižení. Dopomoc osobní asistence by samozřejmě měla odpovídat postižení dítěte.

Zákon o sociálních službách (108/2006 Sb.) popisuje několik základních činností, které osobní asistence obnáší. S ohledem na téma práce můžeme jmenovat předně pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně a zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti.

1.2.9 *Speciálně pedagogické centrum (SPC)*

Podle školského zákona (zákon č.49/2009 Sb.) jde o školské zařízení, které zabezpečuje pedagogickou a psychologickou péči dětem a žákům se zdravotním postižením. Tato centra mohou být jako samostatné zařízení, častěji však fungují při speciálních školách.

Speciálně pedagogická centra začala vznikat až počátkem devadesátých let, do té doby tu byly jen pedagogicko-psychologické poradny. Úkolem SPC bylo řešit systémově podmínky edukace dětí a mládeže s postižením. Velkým přínosem těchto zařízení je včasná depistáž dětí s postižením, kterým může tak být poskytnuta raná péče (většinou do sedmi let věku dítěte).

Pro tato zařízení je typické, že zde spolupracuje multidisciplinární tým, tak aby péče o děti s postižením mohla být co nejkomplexnější. Jednotlivá centra jsou zaměřena na různé druhy postižení (Jankovský, 2006).

Vzhledem k zaměření této práce nesmíme zapomenout zdůraznit ještě jednu službu. Tou je zapůjčování či poskytnutí různých kompenzačních, rehabilitačních či edukačních pomůcek.

2 Cíl práce

Cílem mé práce bylo zjistit, s jakými problémy se potýkají rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou, kteří se rozhodli své dítě integrovat do kolektivu zdravých vrstevníků. Zaměřila jsem se na integraci v rámci základních škol v kraji Vysočina. Zajímalo mě jejich názor, co se týká problematiky integrace. Také jsem se zajímala, jak je to s kompenzačními pomůckami, jaká atmosféra vládne v prostředí školy a kdo jim při integraci dítěte pomáhá.

3 Metodika

Ve své práci jsem prováděla kvalitativní výzkum, z tohoto důvodu nejsou na počátku výzkumu stanoveny žádné hypotézy.

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Dosažení cílů daného výzkumu předpokládalo sběr informací prostřednictvím více metod a technik, tak aby byla zajištěna validita výzkumu. Jako základní metody jsem zvolila dotazování a analýzu dokumentů.

U metody dotazování jsem původně zvolila techniku rozhovoru, kterou jsem však kvůli citlivosti dané problematiky nahradila technikou dotazníku. V dotazníku bylo 22 otázek, na které rodiče mohli volně odpovídat. Ředitelé škol byli kontaktováni telefonicky a bylo pak s nimi domluveno osobní setkání. S rodiči dětí mi pomohli ředitelé škol, kteří jim předali průvodní dopis s dotazníkem.

Při sběru dat pomocí metody analýzy dokumentů jsem zvolila techniku sekundární analýzy dat. Svoji práci jsem rozdělila na část teoretickou, praktickou a přílohovou.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Cílovou populaci tohoto výzkumu tvořily děti s dětskou mozkovou obrnou integrované v základních školách v kraji Vysočina. Tento vzorek jsem získala z části díky spolupráci s Krajským úřadem v Jihlavě, kde mi vyhledali školy v kraji Vysočina, které navštěvují děti, kterým je k dispozici osobní asistent. Další děti se mi podařilo vyhledat pomocí spolupráce s Pedagogicko-psychologickou poradnou v Pelhřimově a Speciálně pedagogickými centry v Jihlavě, Žďáře nad Sázavou a v Havlíčkově Brodě.

4 VÝSLEDKY

V kraji Vysočina je celkem integrováno do základních škol patnáct dětí s dětskou mozkovou obrnou a kombinovanými vadami. Průzkumu se zúčastnilo jedenáct dětí, z toho sedm dívek a čtyři chlapci. Čtyři rodiny se odmítly zúčastnit. Nejmladšímu integrovanému dítěti je osm let, nejstaršímu chlapci je sedmnáct let. Tři děti navštěvují první stupeň základní školy, většina, tedy osm dětí, je na druhém stupni základní školy.

Ředitele škol jsem kontaktovala telefonicky. Všichni ředitelé přislíbili, že předají průvodní dopis s dotazníkem rodičům dětí integrovaných na jejich škole a v závislosti na tom, zda rodiče budou chtít spolupracovat, se i oni vyjádří k dané problematice. Šestice ředitelů mi předala i kontakt na třídní učitele integrovaných dětí, se kterými jsem také měla možnost být v kontaktu.

Nejčastěji integrované děti v mém případě byly ty, které měly formu dětské mozkové obrny spastickou diparetickou, a to v pěti případech. U třech dětí byla forma hemiparetická – u jednoho chlapce levostranná, jinak pravostranná. Dvě děti, které byly také integrované, měly formu spastickou kvadruparézu. Jedna dívka má také formu dyskinetickou. U dětí se také vyskytují přidružené choroby jako je epilepsie, zrakové postižení a poruchy řeči.

V následující části uvádím výsledky, ke kterým jsem došla pomocí vyhodnocení dotazníků a rozhovorů s řediteli škol případně i třídními učiteli integrovaných dětí.

1/ V první řadě jsem se zajímala od koho a kdy se rodiče poprvé dozvěděli, že nemusí dítě posílat do speciálních škol, ale že existuje možnost integrovat jejich dítě do školy běžného typu mezi zdravé spolužáky.

Ve čtyřech případech se rodiče shodli, že první informace o této možnosti se dozvěděli ve speciálním pedagogickém centru případně z pedagogicko psychologické poradny. Ředitele škol uvedly ve svých odpovědích tři rodiny. U dvou dětí rodiče ani o jiné možnosti neuvažovali. Jedna rodina hledala první informace na internetu. A poslední rodina uvedla, že informace se jí dostaly prostřednictvím známých.

Pro názornou ukázkou uvádím průřez odpověďmi rodičů:

- *U nás ve městě funguje speciálně pedagogické centrum, které navštěvujeme již řadu let, takže si myslím, že to bylo určitě tam.*
- *První informace o této možnosti jsme získali v pedagogicko – psychologické poradně a asi už i v mateřské škole, kam dcera chodila.*
- *Bydlíme v menším městě, prakticky jsme ani jinou možnost neměli, speciální škola tu není.*
- *Brali jsme to jako samozřejmost, že syn nastoupí do běžné školy. Syn má problémy s pohybem, po rozumové stránce je v pořádku.*
- *Byli jsme se informovat u ředitelky místní základní školy.*
- *První informace jsme získali od známé, která je učitelka a s integrací už má zkušenosti.*
- *Již od mala se zajímáme o možnosti naší dcery. První informace o nějaké integraci jsme získali na internetu.*

2/ Chtěla jsem také vědět, zda se domnívají, že měli dostatek informací ohledně integrace a kdo jim nejvíce pomohl při snaze začlenit jejich dítě do kolektivu zdravých spolužáků.

Všichni rodiče se shodli na tom, že nejvíce jim během celé integrace a hlavně zpočátku pomohli sami ředitelé jednotlivých škol, kteří zajistili především úřední agendu. Pět rodin také uvedlo, že jsou rádi za pomoc třídních učitelů.

Z průzkumu vyplynulo, že se rodiče domnívají pouze ve třech případech, že měli dostatečné informace. Jedna rodina, ale zároveň dodává, že získání těchto informací bylo náročné. Ostatních osm rodin shodně tvrdí, že informací o integraci mnoho nebylo.

- *Informací bylo málo, pomohli hodně přátelé z Olomouckého kraje, kde jsou s touto věcí asi dál. Hodně práce také udělala paní ředitelka.*
- *Je to přece už jen osm let, co dcera chodí do školy. To nebylo mnoho informací jako dnes. Nejvíce pomohla paní ředitelka s třídní učitelkou.*
- *Informací mnoho nebylo. Nejvíce nám pomohla ředitelka ZŠ.*
- *Jak jsem již psala, nikdy jsme o tom víc nepřemýšleli a ani žádné informace jsme nevyhledávali. Automaticky nastoupil do školy. Hodně pomáhá třídní učitelka a asistentka pedagoga.*
- *Myslím si, že jsme měli dostatečné informace. Bylo ale složité je získat. I s tím nám vyšla vstříc paní ředitelka, která zařídila mnohé potřebné.*

3/ Na otázku, zda jejich dítě navštěvuje běžnou školu již od první třídy, odpověděli všichni shodně, že ano. Dvě maminky, ale doplnily, že z počátku nechodily děti do školy pravidelně. Jedna rodina dodala, že měli trochu obavy, ale že to zkusili.

- *Ano, ale první rok chodila jen dva dny v týdnu.*
- *Ano. První rok jsme však nechodily tak pravidelně. Dcera hodně stonala.*
- *Ano, měla jsem sice obavy, zda to dcera zvládne, ale říkala jsem si, že na další možnosti je vždycky času dost.*

4/ Protože pro děti s dětskou mozkovou obrnou je velkým problémem špatná pohyblivost, zajímala jsem se, jak je vyřešena otázka bariér a jak je budova školy upravená.

Ve čtyřech případech je škola upravená, tak aby byly odstraněny architektonické bariéry a jsou provedeny potřebné změny interiéru. U sedmi škol tomu tak není.

- *Pan ředitel zařídil bezbariérový přístup do školy a také výtah.*
- *Škola upravená není, ale vyšla vstříc, neboť třídu a učebny má syn v přízemí.*
- *Škola není tak stará, je tedy už vybavená výtahem a bezbariérovým vstupem z druhé strany budovy. Žádné úpravy při nástupu dcery do školy nebyly třeba.*
- *Bohužel není, při přesunech a pohybu ve škole musí pomáhat osobní asistentka.*
- *Není. Problémy jsou při vstupu do budovy. Jinak má dcera vždy vyučování na jednom patře.*
- *Škola má vedlejší vchod, kde jsou pouze dva schody. Jinak upravena není.*

5/ Jak bylo již řečeno, většina dětí s dětskou mozkovou obrnou má problémy s pohyblivostí. Z předchozí otázky navíc vyplynulo, že v současnosti nejsou základní školy na Vysočině příliš architektonicky připravené na pobyt dítěte s tělesným postižením. Pro tyto děti je pohyb po škole náročný. Možným řešením, které alespoň trochu kompenzuje tento problém, je osobní asistent. Ten pomáhá dítěti nejen s pohybem po škole, ale jak už bylo řečeno také při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, při osobní hygieně a zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Tato problematika je upravena v zákonu o sociálních službách (zákon č. 108/ 2006 Sb.).

V kraji Vysočina je celkem integrováno patnáct dětí. Osobní asistence případně asistence pedagoga využívá osm dětí (z toho se výzkumu zúčastnilo pět rodin). Sedm dětí navštěvuje základní školu bez osobního asistenta (z toho se výzkumu zúčastnilo šest rodin).

Zajímala jsem se o to jak osobní asistence probíhá a zda jsou s ní rodiče a děti spokojeni. V případě dvou dětí zajišťuje osobní asistenci sama matka dítěte. Všech pět rodin je s osobní asistencí spokojeno, i když jedna rodina přiznává, že z počátku spokojeni nebyli.

- *Ano, syn má asistenta pedagoga. Pomáhá mu jak s výukou tak s pohybovou aktivitou. Syn i já jsme s asistencí spokojeni.*
- *Ano, asistentka je s ní po celou dobu pobytu ve škole. Pomáhá samozřejmě s přesuny po škole, při obědech, ale i při hodině, když dcera potřebuje. S paní asistentkou jsme spokojeni.*
- *Ano, dceru dovezu do školy a jsem s ní celý den. Trochu se obávám, aby dcera na mě nebyla příliš fixovaná, ale po pracovní stránce jsme myslím obě spokojené.*

- *Ano, osobní asistentku synovi dělám já. Protože jsem ještě na mateřské dovolené s dcerou, jsem s ním jen do oběda, kdy je dcera v mateřské škole. Pak už musí sám, nebo pomůžou spolužáci.*
- *Ano, osobní asistentka je s dcerou celé vyučování. Z počátku se nám zdálo, že jí pomáhá až příliš a odstrkuje dceru tak od ostatních dětí. Po domluvě je už situace mnohem lepší.*

6/ Další možností, které integrovanému dítěti zlepšují možnosti vzdělávání jsou tzv. kompenzační pomůcky. Jedná se o pomůcky, které jsou schopny částečně nebo celkově kompenzovat, to znamená nahradit chybějící dovednosti, které dítěti kvůli postižení chybí. Pomáhají tak v případech, kdyby dítě bylo kvůli svému postižení odkázáno na pomoc druhých nebo by danou činnost nemohlo vykonávat vůbec. Mezi tyto kompenzační pomůcky můžeme zařadit různé předměty, které dětem s dětskou mozkovou obrnou usnadňují či zlepšují vykonávaný pohyb.

Podle daného dotazníku na otázku, zda dítě používá nějaké kompenzační pomůcky, odpovědělo sedm rodičů, že jejich dítě používá několik kompenzačních pomůcek. Dvě rodiny dále již nespecifikovali jaké. Čtyři děti kompenzační pomůcky při výuce nepotřebují.

Nejčastější kompenzační pomůckou, kterou integrované děti používají je notebook, používají ho čtyři děti. Mezi dalšími jmenovanými kompenzačními pomůckami se objevili rehabilitační míč, podložka na psaní, slepecká hůlka, berle, elektronický vozíček a dvojí učebnice.

- *Doma ano, co se týká rehabilitace. Ale ve škole zatím není potřeba, s asistencí to zvládá dobře.*
- *Dcera používá více kompenzačních pomůcek, na rehabilitační činnosti i při vyučování.*
- *Dcera používá notebook a slepeckou hůlku.*

7/ Ve své práci se také zabývám otázkou individuálního vzdělávacího plánu. Ten by měl zohledňovat stupeň a míru postižení každého dítěte. Upravuje problematiku hodnocení dítěte, používání kompenzačních pomůcek. Měl by vycházet z výsledků z diagnostiky jak pedagoga, tak pedagogicko psychologické poradny či speciálně pedagogického centra. Při utváření individuálního vzdělávacího plánu je důležitá samozřejmě spolupráce s rodiči a dítětem samotným (Zelinková, 2001).

Rodičům jsem tedy také položila otázku, zda jejich dítě má vypracovaný individuální vzdělávací plán. Zajímal mě také jejich názor, jestli je podle nich úspěšně plněn.

Z jedenácti dotazovaných rodin odpovědělo devět, že jejich dítě individuální vzdělávací plán používá. Pouze dvě rodiny uvedli, že dítě individuální vzdělávací plán nemá.

Z devíti rodin se jich šest shodlo, že je IVP plněn úspěšně. Dvě rodiny napsaly, že neví, ale spíše ano. Poslední rodina se nevyjádřila.

8/ Dalším velkým problémem bývá dopravování dítěte do školy. Často není místo bydliště shodné se sídlem školy nebo i doprava po městě nemusí být jednoduchá. Proto jsem položila rodičům otázku, jestli je pro ně problematické dopravovat dítě do školy a jakým způsobem jej dopravují.

Pouze v jednom případě chodí chlapec do školy sám a to z toho důvodu, že mají školu blízko bydliště. V osmi případech dopravují dítě do školy autem rodiče nebo jiní rodinní příslušníci případně osobní asistentka, v jednom případě za pomoci souseda. Z těchto devíti rodin občas využívají i hromadnou dopravu tři rodiny. Jedna rodina jezdí pravidelně hromadnou dopravou.

- *Dceru vozíme autem my nebo paní asistentka, bohužel jiná možnost není.*
- *Autem. Nyní už auto vlastním, tak je to bez problémů.*
- *Syna vozíme do školy autem, občas ale jedeme i autobusem.*
- *Jelikož bydlíme na vesnici, dopravují obě děti do města autem. Odpoledne je zase vyzvednu a jedeme domu všichni společně. Jsme už tak zvyklí, takže problémy s tím nejsou.*
- *Střídáme se starší dcerou. Máme ale jen jedno auto, tak se někdy stává, že musíme jet autobusem, když dcera auto potřebuje. Někdy je to problematické.*
- *Někdy nás vezme do města soused, ale často jezdíme autobusem. Já řidičský průkaz nemám.*
- *Dcera jezdí přes město MHD. Je to komplikované, protože zastávka je od školy, ještě kus cesty, ale jiná možnost není.*
- *Syn chodí do školy sám pěšky. Školu máme v blízkosti domu.*
- *Cestujeme autem. S manželem se střídáme, podle toho, kdo může.*
- *Dceru vozím autem. Někdy pomáhají i moji rodiče, kteří bydlí ve stejné vsi.*
- *Jezdíme autem. Je to bez větších problémů.*

9/ Jaké je vaše vzdělání a rodinný stav?

Sedm matek odpovědělo, že jsou vdané.

Tři matky odpověděly, že jsou rozvedené.

Jedna matka je svobodná.

U vzdělání rodičů máme tak díky tomu daleko přesnější informace o vzdělání matek. Rozvedené ženy respektive svobodné neuváděly dosažené vzdělání svých bývalých manželů respektive partnerů. A ani dvě vdané ženy neuvedly dosaženého vzdělání svých mužů.

Tři matky mají střední odborné učiliště.

Nejvíce matek má středoškolské vzdělání, a to šest.

Dvě matky mají vysokoškolské vzdělání.

O otcích integrovaných dětí víme, že dva mají vysokoškolské vzdělání.

Dva otcové mají středoškolské vzdělání .

Jeden otec má SOU.

10/ Další bod navazuje na předchozí problematiku rodinných vztahů. V dotazníku byla tak otázka, jestli jsou v rodině další děti, jak spolu vychází a jestli rodičům pomáhají s péčí o sourozence s postižením.

Ve třech případech je integrované dítě jedináček a nemá tedy žádné sourozence.

Dvě děti mají starší nevlastní sourozence.

Šest dětí má vlastní sourozence.

- *Další dítě nemáme, jsme již pět let rozvedení.*
- *Ano, syna. Jsou mu tři roky. Vzhledem k jeho věku nepomáhá. Vztah se sestrou je hezký.*
- *Ano, dva starší syny z manželova předchozího manželství. Kontakt neudržují.*
- *Ano, mám devatenáctiletou dceru z předchozího svazku, se svou sestrou má hezký vztah. Pomáhá mi hodně.*
- *Ano, dcera pět let. Vztah mají vzhledem k věku.*
- *Ano, dceru. Vychází spolu dle věku dobře. Pomáhá.*
- *Ano, syn (24let), dcera (20 let). Syn s námi již nebydlí, dcera se stará velmi dobře o svou sestru. Vztah mají pěkný.*
- *Ano, syn (8 let). S bratrem má dobrý vztah, ale nechci po něm, aby mi nějak příliš pomáhal.*

11/ Jak už jsem ve své práci zmiňovala je pro celý tento proces důležité několik zásadních podmínek. Jednou z nich je spolupráce rodičů se školou a samotná aktivita integrovaného dítěte. Následující okruh otázek se dotýká právě této problematiky.

Ze všeho nejdříve mě zajímalo, co pro rodiče vlastně integrace znamená a jak by tento pojem někomu vysvětlili. Rodiče ve skrze odpovídali obdobně standartně, že se jedná o začlenění a výchovu dítěte s postižením mezi zdravé vrstevníky. Lišili se pouze tři odpovědi, které mě velmi zaujali. Rodiče velmi hezky vysvětlují, co znamená integrace především pro jejich dítě.

- *Může chodit do školy s ostatními dětmi a naučí se vše, co se učí ostatní, i když trochu jinak a s určitými omezeními (zrakové postižení).*
- *Možnost na dostatečné vzdělání i pro lidi s nějakým handicapem. Navíc se tak dcera pohybuje mezi zdravými vrstevníky, což ji motivuje k překonávání problémů.*
- *Šance pro děti, které jsou postižené, vést co možná nejnornálnější život, vyrůstat vedle zdravých dětí a snažit se jim vyrovnat. Zároveň si myslím, že je prospěšná i z druhé strany pro zdravé děti, které můžou vidět, že i když je někdo odlišný, může být s trochou pomoci rovnocenný partner.*

12/ Jak bylo v posledním odstavci řečeno, integrace by měla být prospěšná nejen pro dítě s dětskou mozkovou obrnou, ale i pro jeho zdravé spolužáky. Jak jeden rodič poznamenal, mohou vidět, že i přes jisté odlišnosti a omezení, které děti s postižením mají, mohou všichni vyrůstat a vzdělávat se společně.

Otázka na rodiče proto zněla – Jak podle Vás vychází Vaše dítě s ostatními spolužáky?

Můžeme říct, že všechny děti vychází dobře alespoň s malou skupinou dětí ve třídě. Podle šesti rodičů je jejich dítě přátelské a komunikativní a vychází poměrně dobře s celou třídou. Jedna maminka přiznala, že část třídy jejího syna přijala dobře a část s problémy. Dvě matky uvedly, že jejich dítě je trochu uzavřené a tak se přátelí jen s malým okruhem dětí. Jedna matka uvedla, že nyní už jsou vztahy v pořádku, ale při nástupu dcery do třídy byly problémy.

- *Myslím si, že v celku dobře. Snažíme se, aby s dětmi byla hodně v kontaktu. Má je ráda.*
- *Část třídy ho přijala velmi kladně, no ale bohužel druhá část třídy s problémy.*
- *Celkem dobře, je v kolektivu ráda, stačí když jsou děti kolem ní.*
- *Myslím, že dobře, je celkem oblíbený pro svou veselou povahu.*
- *Jak s kterými. Má okruh blízkých kamarádů. S ostatními příliš nekomunikuje.*
- *Dcera hodně kamarádí se dvěma spolužačkami. S ostatními sice nemá žádné problémy, ale moc s nimi nekomunikuje.*
- *Myslím si, že už dobře. Zpočátku sice byly určité problémy, než se děti „okoukaly“. Díky vhodnému přístupu třídní učitelky, je syn ve škole spokojen.*

13/ Na to navazuji další otázkou, zda se integrované dítě účastní společně s ostatními akcí pořádaných školou.

Na tuto otázku odpovědělo shodně všech jedenáct rodin kladně. Je samozřejmé, že ne u všech akcí, je účast možná, ale jak uvedli rodiče, v rámci pohybových možností se snaží děti účastnit.

14/ Jak už jsem výše uvedla, je velice důležitá spolupráce rodičů se školou respektive s třídní učitelkou. Zajímala jsem se tedy o to, jaká je spolupráce s učiteli a jestli jí rodiče považují za dostatečnou.

Celkem deset rodin uvedlo, že spolupráci považují za dobrou až výbornou a jsou s ní spokojeni. Jedna matka přiznala, že spolupráce by mohla být asi ještě trochu lepší z jejich strany.

- *Ano, jsme v kontaktu. Spolupráce je podle mě na výborné úrovni.*
- *Ano. Spolupráce je dobrá.*
- *Ano. Kdykoliv mám nějaký dotaz, paní učitelka mi vyhoví a naopak.*
- *Ano v kontaktu jsme, i když z naší strany by určitě mohla být větší spolupráce, ale někdy není čas. Ale v důležitých věcech samozřejmě vždy spolupracujeme.*
- *Ano, jsme skoro v každodenním kontaktu, když dopravuji dceru do školy. Nebo když je třeba vyřizujeme věci přes paní asistentku.*
- *Ano, jako matka a zároveň i jako osobní asistentka.*

15/ Rodičům byla položena také otázka, jak by zhodnotili integraci svých dětí. Rodiče odpovídali nejčastěji, tak jak se dalo předpokládat, že jsou rádi, že je jejich dítě integrované. Všichni označili integraci za vcelku úspěšnou. Největším přínosem, jak přímo uvedli tři rodiče, je přítomnost zdravých dětí, kterým se integrované dítě snaží vyrovnat, což ho motivuje k lepším výsledkům.

Pět rodin uvedlo, že si myslí, že jejich dítě udělalo ve škole velký pokrok. Jedna matka uvedla, že její dceři integrace pomáhá i k získání větší sebedůvěry.

- *Integraci považuji za úspěšnou. Syn se začlenil do kolektivu a snaží se vyrovnat ostatním dětem.*
- *Myslím si, že dceři integrace velmi prospívá. Vidím na ní, že se cítí ve škole dobře a daleko víc si věří, chce hodně věcí zkoušet sama.*

16/ Dále byla rodičům položena otázka, zda se u jejich dětí za poslední rok zlepšila hrubá a jemná motorika.

U čtyř dětí, které navštěvují první stupeň školy, se podle rodičů hrubá i jemná motorika zlepšila. Jedna maminka uvedla, že dost výrazně.

U dvou dětí se podle tvrzení matek se patrně zlepšila jemná motorika. Zbýlých pět rodičů uvedlo, že vzhledem k věku dětí nedošlo k zlepšení za poslední rok vůbec nebo jen velmi málo.

17/ Nejdůležitějším člověkem v celém procesu integrace by mělo být dítě samotné. Zajímalo mě tedy, zda se dětem ve škole líbí a jestli jsou spokojené.

Podle slov rodičů se osmi dětem ve škole líbí a rádi tam chodí, i když jedna matka uvedla, že její dceři se do školy někdy nechce.

U tří dětí rodiče odpověděli, že dětem se ve škole částečně líbí.

- *Myslím si, že ano. Syn je rád mezi spolužáky.*
- *Částečně ano.*
- *Ano. Dcera je ve škole ráda.*
- *Dceři se ve škole prý líbí. Někdy ale stávkuje a do školy nechce.*
- *Syn má rád kolektiv, ale někdy jsou problémy s učením.*
- *Dcera odpovídá ano.*

18/ Protože děti netráví celý čas jen ve škole, zajímala jsem se, jak tráví svůj volný čas, zda mají nějaké mimoškolní aktivity.

Jen tři rodiče mi odpověděli, že děti chodí pouze do kroužků pořádaných školou. Jeden rodič na otázku neodpověděl vůbec.

Sedm rodičů pak uvádělo různé kroužky, které jejich děti po škole navštěvují. Mezi nimi se ve třech případech objevil výtvarný kroužek a ve dvou případech hypoterapii. Jinak se mimoškolní aktivity u dětí lišily. Některé aktivity jsou velice zajímavé a nejsou tolik běžné ani u „zdravých“ dětí.

- *Kromě školních kroužků dojíždíme na rehabilitaci, na hypoterapii a chodí do sportovního karate.*
- *Dcera chodí na keramický kroužek, kde se jí moc líbí.*
- *Ano. Je členem Handicapu. Vrhá koule, hází oštěpem a jezdíme na dvoukole.*
- *Dcera chodí jen do kroužků pořádaných školou – výtvarka a doučování českého jazyka.*
- *Bohužel nemám možnost syna vozit do města. U nás na vesnici žádný kroužek není. Chodí tedy akorát na počítačový kroužek, který má po vyučování.*
- *Dcera navštěvuje jednou v týdnu výtvarný kroužek a v rámci školních kroužků chodí ještě na dějepisný.*
- *S dcerou dojíždíme na hypoterapii. Dříve jsme chodili ještě do kroužku pro zdravotně postižené děti, ale tam se dceři moc nelíbilo. Byla tam většina dětí s mentálním postižením. Dcera je raději mezi zdravými dětmi.*
- *Dcera chodí na hudební kroužek, který pořádá škola. Jinak ne. Doma se snažíme hodně jezdit na výlety.*
- *Dcera navštěvuje výtvarný kroužek – dvakrát týdně.*
- *Dcera chodí na logopedii, rehabilitaci a spolu chodíme na cvičení.*

19/ Jak jsem uvedla již výše, čtyři rodiny se dozvěděli o možnosti integrace svého dítěte v pedagogicko psychologické poradně nebo ve speciálně pedagogickém centru. Otázkou tedy bylo, kolik dětí v současné době navštěvuje tato zařízení.

Dvě děti v současnosti navštěvují pedagogicko-psychologickou poradnu a čtyři děti navštěvují speciálně pedagogické centrum. K jednomu dítěti dojíždí na pravidelné kontroly pracovnice SPC. Zbylé čtyři děti v současné době speciální pedagogické centrum již nenavštěvují.

20/ Jedním z posledních dotazů byl, zda rodiče někdy uvažovali o speciální škole. A proč se nakonec rozhodli pro integraci?

Celkově uvedlo deset rodičů, že ne. Osm z nich to nijak neodůvodnilo. Dvě rodiny přidali odůvodnění, která níže uvádím. Pouze jedna rodina zvažovala v možnostech vzdělání své dcery i speciální školu.

- *Ne, nikdy. Vzhledem k mé pracovní spolupráci ze školou v minulých letech, jsme už před 5 lety domlouvali docházku do této školy.*
- *Ne. Jak jsem již řekla, syn je po rozumové stránce v pořádku. Myslím, že má stejné právo na dobré vzdělání jako ostatní děti.*
- *Ano, zvažovali jsem to. Ale protože je speciální škola daleko, rozhodli jsme se zkusit nejprve běžnou školu.*

21/ Jedním z cílů této práce je zjistit, s jakými konkrétními problémy se rodiče dětí s dětskou mozkovou obrnou potýkají při snaze začlenit své dítě do kolektivu ostatních dětí. Položila jsem otázku - Co je nebo bylo pro Vás největší problém během integrace?

Dva rodiče na otázku neodpověděli, jinak problémy ostatních rodičů byly velmi různorodé. Jedna maminka vidí největší problémy v dopravování syna do školy. Ve třech případech se ale rodiče shodli, že nejsložitější byl přechod na druhý stupeň školy. Jeden rodič spatřuje největší problém v sehnání osobní asistence. Ve dvou případech mají integrované děti problém s některými učiteli ve škole. Jedna matka přiznala, že je to strach, jak to syn všechno zvládne. Dva rodiče se shodli, že je největší problémy asi teprve čekají a to po dokončení základní školy.

- *Jak už jsem psala, velice složité je pro mě dopravovat syna do školy a ze školy.*
- *Přechod z malotřídky na druhý stupeň.*
- *Velké problémy byly, když dcera přešla na druhý stupeň a měla najednou více učitelů. Chvilí trvalo, než si zvykla.*
- *Na začátku bylo těžké sehnat osobního asistenta, přece jenom to není příliš dobře placené zaměstnání.*
- *Syn má problém s některými učiteli ve škole, hlavně s těmi staršími. Dávají mu znát, že je pro ně práce navíc.*
- *Pouze strach, jestli bude zvládat tempo školy i dětí a bude-li přijat do kolektivu.*
- *Myslím si, že největší problém bude, kam dcera půjde po základní škole. Je už v osmé třídě, tak to začíná být aktuální téma.*
- *Máme strach z budoucnosti, přece jen je problém s uplatněním zdravotně postižených.*

22/ Poslední otázkou bylo – Co byste ještě zlepšili nebo s čím nejste úplně spokojeni?

Tuto otázku rozvedli pouze tři rodiče. Ostatních osm rodičů buď neodpovědělo nebo napsali, že neví.

Dva rodiče se shodli na tom, že jsou nespokojeni s malou informovaností dané problematiky. Jeden rodič uvedl, že by se měl změnit přístup některých učitelů a jejich názory.

- *Možná by mělo být jednodušší získat potřebné informace ohledně integrace vůbec. Mluví se o ní hodně, ale kloudných informací není mnoho.*
- *Měli jsme problém sehnat osobní asistentku. Možná by mělo být více informací.*
- *Myslím si, že někdy jsou zbytečné problémy kvůli zastaralým názorům některých učitelů, kteří si myslí, že postižené dítě nemá na normální škole co dělat.*

Jak už jsem výše uvedla, položila jsem i několik otázek ředitelům škol a třídním učitelům, na které jsem dostala kontakt. Z šesti učitelů, na které jsem měla kontakt, spolupracovaly pouze dvě třídní učitelky.

Obě shodně odpověděly, že neměly žádné předchozí zkušenosti s integrací dítěte s postižením. Jedna má pětiletou učitelskou praxi, druhá vyučuje třináctým rokem. Položila jsem jim také otázku, zda si myslí, že byly dobře připravené na příchod dítěte s dětskou mozkovou obrnou.

- *Určitě ne. Dalo by se říct, že sem byla hozena do vody. Ze začátku to bylo velmi náročné všechno zvládat.*
- *Nevím jestli dobře, ale paní ředitelka mi zařídila konzultace ve speciálním pedagogickém centru, takže jsem hodně zpočátku kontaktovala je.*

Další otázka byla – Je pro Vás obtížné mít ve třídě žáka se speciálními vzdělávacími potřebami?

- *Jak říkám zpočátku to bylo náročné. Možná by bylo lepší mít ve třídě menší počet žáků, abych měla více času se jednotlivým žákům se věnovat intenzivněji, ale myslím si, že to zvládneme zatím dobře.*
- *Je to sice náročnější, ale hodně pomáhá osobní asistentka, která pomáhá dívce i během výuky.*

Na dotaz, jak vychází integrovaný žák se svými spolužáky, odpověděly obě třídní učitelky v kladném slova smyslu.

- *Chlapec je velice přátelský. Myslím, že nemá žádný problém s nikým ze třídy. Děti ho mají rády a pomáhají mu.*
- *Řekla bych, že dobře. Co jsem si všimla, tak dívka má bližší vztah s několika spolužačkami, ale i s ostatními komunikuje bez větších problémů.*

Obě třídní učitelky také uvedly, že spolupráci s rodinou dítěte s postižením považují za dostatečnou. Není problém s nějakými dotazy, protože jsou téměř v každodenním kontaktu.

Poslední otázka zněla – V čem vidíte největší přínos integrace pro dítě s dětskou mozkovou obrnou?

- *Chlapec se snaží spolužákům ve všem vyrovnat. Je samozřejmě v některých věcech limitován svým postižením, ale díky své snaživosti také hodně věcí zvládne bez pomoci. Určitě je pro něj důležité, že si vytváří vzorec chování zdravých spolužáků.*
- *Největším přínosem je, že integrovaná dívka i přes své postižení vyrůstá v kolektivu svých vrstevníků, což je pro ni motivační. Z druhé stránky je to určitě i přínosem pro zdravé děti, které se zase učí toleranci k odlišnosti.*

Z rozhovory s řediteli škol vyplývá, že největší problémy při procesu integrace je zabezpečení po finanční stránce. Peníze získávají především z dotací. Finančně náročná je především úprava přístupu a interiéru budov, tak aby dětem s pohybovým postižením nejvíce vyhovovala. Nákladné je také pořízení speciálního vybavení a to především speciálních učebnic a pomůcek. Jak jsem se od některých ředitelů dozvěděla, se zajištěním kompenzačních pomůcek pomáhají rodičům i samotné školy či speciálně pedagogická centra.

Podle slov ředitelů škol, může být integrace na jejich školách úspěšná díky úrovni rozumových schopností integrovaných dětí, která se nevymyká průměru.

Na spolupráci s rodiči si nestěžoval ani jeden ředitel a všichni tvrdí, že díky častému kontaktu a zájmu rodičů je tato spolupráce velkým přínosem.

Školní atmosféra je na všech školách příznivě nakloněna integrací, i když jeden ředitel přiznal, že z počátku mělo několik kantorů výhrady.

5 Diskuze

Ve své práci se zabývám problematikou integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol v kraji Vysočina.

V první řadě bylo nutné děti, které jsou integrované do základních škol, vyhledat. To bylo z několika důvodů dosti komplikované. Za prvé někde nebyli ochotni podat mi jakékoliv informace. Druhým důvodem je neefektivnost celého systému. Pracovnice na Krajském úřadě v Jihlavě byla sice velice ochotná, ale měla informace pouze o dětech, kterým je k dispozici osobní asistent. O dětech bez osobní asistence nebyli na tomto úřadě žádné informace. Proto jsem se rozhodla obrátit se na Pedagogicko-psychologickou poradnu v Pelhřimově a Speciálně pedagogická centra v Jihlavě, Havlíčkově Brodě a Žďáře nad Sázavou, kde mi dali také kontakty na školy v kraji Vysočina, kde je integrované dítě s dětskou mozkovou obrnou.

Podle seznamu, který jsem tedy sehnala, jsem kontaktovala telefonicky sedmnáct ředitelů základních škol. Ve dvou případech mi však bylo sděleno, že informace, které jsem dostala na krajském úřadě, nejsou aktuální a děti s dětskou mozkovou obrnou danou školu již dostudovaly.

Ředitelům škol jsem se snažila vysvětlit, čeho se daný výzkum týká a jak bych si také představovala jejich úlohu. Protože existuje zákon na ochranu osobních údajů, ředitelé mi nemohli dát přímo kontakt na rodiče integrovaných dětí. Požádala jsem je, aby rodičům dětí předali průvodní dopis s dotazníkem, kterým jsem jim zaslala poštou. Také jsem se s nimi domluvila, že pokud by rodiče s výzkumem souhlasili a účastnili se jej, budu ředitele škol kontaktovat znovu a domluvíme se na osobním setkání.

Průvodní dopis obsahoval vysvětlení výzkumu a také kontakt na mě, kdyby rodiče měli nějaké nejasnosti. Dotazník mi mohli poslat osobně nebo vrátit zpátky po dítěti do školy, kde jsem byla domluvena, že mi dotazník zašlou. Ve dvou případech rodiče poslali dopis osobně, jinak využili druhé možnosti.

Ačkoliv jsem původně chtěla použít při dotazování techniku polostandardizovaného rozhovoru, rozhodla jsem se po předchozí zkušenosti a hlavně kvůli citlivosti dané problematiky pro rodiče raději pro techniku dotazníku, při které nedojde k osobnímu setkání.

Tohoto výzkumu se nakonec účastnilo jedenáct dětí, z toho čtyři chlapci a sedm dívek. Tři integrované děti byly na prvním stupni, osm dětí bylo na druhém stupni. Můj zkoumaný vzorek má tedy opačné tendence než jak by se dalo předpokládat. Podle současného trendu by mělo být více dětí integrováno na prvním stupni, s čímž se shodují i výsledky nedávného výzkumu Michalíka (2001).

V kraji Vysočina je v současné době integrováno patnáct dětí, z toho osm dětí má k dispozici osobního asistenta případně asistenta pedagoga. Do tohoto výzkumu bylo zapojeno pět z nich. Pouze v jednom případě rodiče uvádí, že byl problém s osobním asistentem, a to sehnat ho. Ve dvou případech zastává roli osobního asistenta sama matka dítěte. Bez osobní asistence je integrováno sedm dětí,

z nich se výzkumu účastnilo šest. Domnívám se tedy, že zajištění osobní asistence je v kraji Vysočina vcelku dostatečné a bezproblémové. Rozcháším se tak s názorem Pánikové (2007), která prováděla obdobný výzkum. Došla k výsledkům, že přítomnost osobních asistentů je velmi nedostatečná a je to jakýsi nadstandard.

Jak vyplynulo z rozhovory s řediteli základních škol, největším problémem je nedostatek financí. Finančně náročná je především úprava budov, které by při integraci dítěte s pohybovým postižením měly být bezbariérové. Z jedenácti škol, které jsou zahrnuty ve výzkumu, jsou plně bezbariérové pouze čtyři. Další finance jsou potřebné na pořízení materiálních potřeb a to především na pořízení speciálních učebnic. Také pro rodiny dětí je finančně i časově náročné pořízení různých kompenzačních pomůcek. S některými pomůckami pomáhá zapůjčením speciálně pedagogické centrum.

V průběhu práce jsem spolupracovala se třemi speciálně pedagogickými centry a jednou pedagogicko psychologickou poradnou. V současné době spolupracuje

s těmito zařízení sedm rodin. Tato školská zařízení pomáhají tvořit také individuální vzdělávací plán. Většina dětí má již individuální plán vypracovaný. Při spolupráci s řediteli škol mi bylo umožněno do několika individuálních plánů nahlédnout. Musím podotknout, že určitě souhlasím s názorem Běleckého (2004), že dobře vypracovaný IVP je důležitý prvek pro úspěšnou integraci.

Jak už jsem výše několikrát uvedla, dalším významným prvkem integrace je spolupráce školy a rodiny, bez čehož by integrace nebyla vůbec možná. Z výsledků výzkumu vyplývá, že všichni rodiče považují spolupráci se školou za dostatečnou, i když jedna matka přiznává, že by z její strany mohla být ještě lepší. Zároveň i ředitelé škol a třídní učitelé, se kterými jsem byla v kontaktu, nemají ke spolupráci s rodinami žádné výhrady.

Velkým přínosem pro integrované děti je, že vyrůstají společně se svými vrstevníky a nejsou, jak tomu bylo před rokem 1989 vychovány a vzdělávány mimo majoritní společnost. Učí se tak spolu s ostatními dětmi utvářet vzory chování, sbírají společně s nimi životní zkušenosti a dovednosti. Jak uvádí všichni rodiče integrovaných dětí hnacím motorem pro jejich děti je snaha napodobit a vyrovnat se „zdravým“ vrstevníkům. Mimo to mají také větší sebevědomí a necítí se být odstrčeny mimo společnost, což je důležité i pro jejich další život. Jak vyplývá z výzkumu všechny integrované děti udržují přátelské vztahy alespoň s okruhem spolužáků. Jak poznamenala jedna maminka, její syn je daleko více spokojený v kolektivu „zdravých“ dětí než ve společnosti dětí s různým zdravotním postižením.

Jak vyplývá z dotazníků rodičů a rozhovorů s řediteli škol, hlavním faktorem, proč se tyto děti podařilo začlenit do běžné třídy, jsou jejich rozumové schopnosti. Všechny integrované děti jsou rozumově na úrovni ostatních dětí ve třídě. Tímto se potvrzuje i názor, který má Jankovský (2006), že limitujícím faktorem integrace jsou rozumové schopnosti dítěte.

Integrace je nejen přínosná pro dítě s dětskou mozkovou obrnou, ale měla by být prospěšná i pro druhou stranu, tedy „zdravé“ spolužáky. Ti mají možnost s nimi

vyrůstat a poznávat, že jsou i přes jisté odlišnosti stejní, mají stejné potřeby i přání. Jak uvedla jedna třídní učitelka, učí se tak vlastně toleranci.

Integrace má i však i přesto tyto nesporné výhody i řadu negativ. Jak už jsem uvedla výše, jednou z nich je finanční náročnost celého procesu. Mezi další problémy rodiče uváděli například dopravování dítěte do školy. Hodně rodičů se shodlo na tom, že jejich děti měly problémy při přechodu na druhý stupeň. Zvýšila se náročnost učení a především styl výuky. Navíc, jak se ve dvou případech potvrdilo, jsou i názory a přístup některých učitelů nevhodné. Musím podotknout, že pro pedagogy je určité přítomnost žáka se speciálními vzdělávacími potřebami zatěžující, ale někteří z nich stále ještě i po dvaceti letech od nástupu demokracie mají zastaralé názory, že dítě s postižením není schopné absolvovat běžnou školu. I když z rozhovorů s řediteli vyplývá, že na většině škol je atmosféra nakloněna integraci.

Dále se rodiče také obávají toho, co bude s dětmi po základní škole. Možnosti pracovního uplatnění jsou stále ještě pro lidi se zdravotním postižením nedostačující.

Závěrem uvádím názory rodičů o integraci. Většina rodičů se domnívá, že integrace je pro jejich děti šance, jak žít co nejnornálnější život. Dítě se ve škole učí se spolužáky stejné věci i když trochu jinak. Rodiče se ale také shodují, že stále ještě nejsou informace o integraci tolik rozšířené. Mají většinou pocit, že počátečních informací nebylo mnoho, nebo se špatně získávali.

Většina rodičů i dětí je s integrací spokojena a považují jí za úspěšnou.

Stejného názoru jsou i ředitelé základních škol.

6 Závěr

Ve své bakalářské práci se zajímám o možnosti integrovaných dětí s dětskou mozkovou obrnou v základních školách v kraji Vysočina. Mým cílem bylo zjistit výhody a nevýhody integrace a s jakými problémy se nejvíce rodiče těchto dětí setkávají.

Největším problémem je nedostatek finančních zdrojů. Školy tak většinou nejsou připravené na příchod dítěte se zdravotním postižením. Finance také chybí na pořízení kompenzačních pomůcek a speciálních učebnic. Velkým problémem pro integrované děti bývá přechod na druhý stupeň základní školy, kde se nejen zvyšují nároky, ale také se mění styl výuky. Pro možnost integrace dítěte je limitujícím faktorem úroveň rozumových schopností.

Musím podotknout, že já spatřuji základní problém v nepropojenosti jednotlivých složek systému, který by měl zajišťovat integraci. Myslím si, že integrace v dnešní době stále ještě funguje jako snaha několika málo lidí začlenit jednotlivé děti do běžné společnosti. Domnívám se, že velké zásluhy patří především ředitelům základních škol, bez nichž by integrace zřejmě vůbec neprobíhala.

Velkým kladem a zároveň cílem celé integrace je podpora a rozvoj dovedností a sebehodnocení dítěte s dětskou mozkovou obrnou. Hnací silou se pro ně stává snaha vyrovnat se ostatním „zdravým“ spolužákům. Ale na druhou stranu, i jim přítomnost dítěte se zdravotním postižením přináší pozitiva. Domnívám se, že pokud bude probíhat dostatečné množství úspěšných integrací, mohlo by to mít do budoucna kladný dopad na celou společnost. Vyrůstá tak totiž nová generace dětí, pro kterou už nejsou lidé se zdravotním postižením něčím výjimečným (něco, co dosud neznají a mají z toho obavy). Učí se tak především s těmito dětmi komunikovat a zjišťují, že i přes jisté odlišnosti jsou stejní, což boří ty největší skutečné bariéry. Ty v nás.

Ačkoliv si myslím, že integrace by měla být stále běžnější věcí, rozhodně nezavrhují speciální školství. Pro některé děti je to jediná možná cesta ke vzdělání či výchově a snažit se je integrovat by bylo jedině kontraproduktivní.

7 Klíčová slova

Dětská mozková obrna

Integrace

Individuální vzdělávací plán

Ucelený systém rehabilitace

Osobní asistence

8 Seznam použitých zdrojů

- 1) BĚLECKÝ, Z., KAPRÁLEK, K. *Jak napsat a používat individuální vzdělávací program*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 139 s. ISBN 80-7178-887-2.
- 2) BULISOVÁ, J. a kol. *Ottova všeobecná encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Ottovo nakladatelství, 2003. 738 s. ISBN 80-7181-938.
- 3) FISCHER, S., ŠKODA, J. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Triton, 2008. 204 s. ISBN 978-80-7387-014-0.
- 4) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 168 s. ISBN 80-7254-730-5.
- 5) JANKOVSKÝ, J., PFEIFFER, J., ŠVESTKOVÁ, O. *Vybrané kapitoly z uceleného systému rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2005. 103 s. ISBN 80-7040-826-X.
- 6) JESENSKÝ, J. *Kontrapunktů integrace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- 7) KLENKOVÁ, J. *Možnosti stimulace preverbálních a verbálních schopností vývojově postižených dětí*. 1. vyd. Brno: Paido, 2000. 123 s. ISBN 80-85931-91-5.
- 8) KRAUS, J. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 348 s. ISBN 80-24-1018-8.
- 9) LUDÍKOVÁ, L., RENOTIÉROVÁ, M. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2004. 313 s. ISBN 80-244-0873-2.

- 10) MAREŠ, J., PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E. *Pedagogický slovník*. 3.vyd. Praha: Portál, 2001. 322 s. ISBN 80-7178-579-2.
- 11) MEIJER, C. *Integrace v Evropě: Zabezpečování péče pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami*. 1.vyd. Praha: Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2002. 181 s. ISBN 87-90591-01-1.
- 12) MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. 2.vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. 135 s. ISBN 80-244-0077-4.
- 13) MYDLIL, V. *Příčiny mozkových postižení dětí*. 1.vyd. Praha: Victoria Publishing, 1995. 314 s. ISBN 80-85605-82-1.
- 14) NOVOSAD, L. *Základy speciálního poradenství*. 2. vyd. Praha: Portál, 2006. 159 s. ISBN 80-7367-174-3.
- 15) PÁNIKOVÁ, A. *Integrace dětí s kombinovaným postižením*. České Budějovice, 2007. 62 s. Bakalářská práce na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity. Vedoucí bakalářské práce Jana Zierhutová.
- 16) PILAŘ, J. a kol. *Bílá kniha: Národní program rozvoje vzdělávání v České republice*. 1. vyd. Praha: Tauris, 2001. 97 s. ISBN 80-211-0372-8.
- 17) PIPEKOVÁ, J. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 2.vyd. Brno: Paido, 2006. 404 s. ISBN 80-7315-120-0.
- 18) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2001. 200 s. ISBN 80-7367-060-7.

- 19) TOMICKÁ, V. ŠVINGALOVÁ, D. *Vybrané kapitoly k integraci ve školství*. 2. vyd. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2002. 73 s. ISBN - 80-7083-657-1.
- 20) VALENTA, M. *Přehled speciální pedagogiky a školské integrace*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. s. 232 - 259. ISBN 80-244-0698-5.
- 21) VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *Vybrané kapitoly z pediatrie*. 5. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. 136 s. ISBN 80-7040-813-8.
- 22) VÍTKOVÁ, M. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2. vyd. Brno: Paido, 2004. 463 s. ISBN 80-7315-071-9.
- 23) vyhláška č. 62/ 2007 Sb., kterou se mění vyhláška č. 73/ 2005 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
- 24) ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program: Nástroje pro prevenci, nápravu a integraci*. 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 206 s. ISBN 80-7178-544-X.
- 25) ŽIVNÝ, B. *Dětská mozková obrna* [online]. [cit. 2008-03-15]. Dostupné z: <<http://www.neurochirurgie.cz/neuroinfo/klient/dmo.html>>
- 26) zákon č. 49/ 2009 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
- 27) zákon č. 108/ 2006 Sb., o sociálních službách

9 Přílohy

Příloha č. 1 – průvodní dopis pro rodiče

Příloha č. 2 – dotazník pro rodiče

Příloha č. 3 – otázky pro třídní učitele integrovaných dětí

Příloha č. 1

Dobrý den,

jmenuji se Petra Hložková a jsem studentkou Zdravotně sociální fakulty v Českých Budějovicích - oboru Rehabilitační a psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. V současné době připravuji svoji bakalářskou práci, která má téma **Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol v kraji Vysočina**.

Ve své práci se zaměřuji na problematiku dětí s dětskou mozkovou obrnou, které jsou integrované do běžných základních škol.

Moje práce by měla sloužit i rodičům, kteří přemýšlí o umístění svého dítěte do školy běžného typu, aby získali potřebné informace a dozvěděli se nejen o kladech, ale i záporech, a měli tak co nejvíce ucelené informace k danému tématu.

Chtěla bych Vás tímto dopisem poprosit, zda byste jste se zúčastnili mého výzkumu bakalářské práce a vyplnili přiložený dotazník. Jelikož již máte s procesem integrace své zkušenosti a mohli byste tak poskytnout ostatním rodičům cenné informace.

Samozřejmě si uvědomuji, že je pro Vás toto téma velice citlivé a zaručuji Vám sto procentní anonymitu. Nikde nebude použito jméno Vašeho dítěte ani škola a město, ve kterém bydlíte. Přikládám i kontakt na sebe, aby jste mohli v případě, že budete mít nějaké nejasnosti, ozvat a já se Vám vše pokusím vysvětlit.

Vyplněný dotazník můžete pak poslat po dítěti do školy či rovnou mě, záleží jak Vám to bude více vyhovovat.

Kontakt na mě:

Mob.: xxxxxxxx

Email: xxxxxxxx

Adresa: xxxxxxxx

Příloha č. 2

Dotazník

Téma BP – Integrace dětí s dětskou mozkovou obrnou do základních škol
v kraji Vysočina

Základní informace o Vašem dítěti:

Pohlaví :

Věk:

Ročník ve škole:

Forma DMO:

1/ Od koho a kdy jste se poprvé dozvěděli o možnosti integrace Vašeho dítěte do běžné školy?

.....
.....
.....

2/ Navštěvuje Vaše dítě běžnou školu již od první třídy?

.....
.....
.....

3/ Je dítěti zajištěna osobní asistence? A jak probíhá?

.....
.....
.....
.....

4/ Jak je k integraci Vašeho dítěte uzpůsobena budova školy?

.....
.....
.....
.....

5/ Používá Vaše dítě kompenzační pomůcky? A jaké?

.....
.....
.....
.....
.....

6/ Používá Vaše dítě Individuální vzdělávací plán? A je podle Vašeho názoru úspěšně plněn?

.....
.....
.....

7/ Máte ještě další děti? Jak spolu vychází a pomáhají Vám při péči?

.....
.....
.....
.....
.....

8/ Jak dopravujete dítě do školy? Je to pro Vás obtížné?

.....
.....
.....

9/ Jak podle Vás vychází Vaše dítě s ostatními spolužáky?

.....
.....
.....
.....

10/ Účastní se Vaše dítě s ostatními spolužáky akcí pořádaných školou?

.....
.....

11/ Jste v kontaktu s třídním učitelem Vašeho dítěte? Považujete tuto spolupráci za dostatečnou?

.....
.....
.....

12/ Uvažovali jste někdy o speciální škole? Jestli ano proč jste se nakonec rozhodli pro integraci?

.....
.....
.....
.....
.....

13/ Navštěvujete pedagogicko psychologickou poradnu nebo speciální centrum?

.....
.....
.....

14/ Jaké je Vaše vzdělání a rodinný stav?

.....
.....
.....

15/ Jak byste zhodnotili integraci u Vašeho dítěte? Je podle Vás úspěšná?

.....
.....
.....

16/ Jak byste vysvětlili pojem integrace?.....

.....
.....

.....
.....
.....

17/ Má Vaše dítě nějaké mimoškolní aktivity? A jaké?

.....
.....
.....

18/ Zlepšila se u Vašeho dítěte za poslední rok hrubá a jemná motorika?

.....
.....
.....
.....

19/ Co je nebo bylo pro Vás největší problém během integrace?

.....
.....
.....
.....
.....

20/ Myslíte si, že jste měli dostatek informací ohledně integrace a kdo Vám s integrací nejvíce pomohl?

.....
.....
.....
.....
.....

21/ Je Vaše dítě ve škole spokojené?

.....
.....
.....

22/ Co byste ještě zlepšili nebo s čím nejste úplně spokojeni?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Místo pro Vaše případné poznámky:

A to je vše. Ještě jednou bych Vám chtěla moc poděkovat za ochotu a čas strávený nad tímto dotazníkem. Přeji Vám i Vašemu dítěti mnoho zdraví a osobních úspěchů.

S pozdravem Petra Hložková

Příloha č. 3

Otázky položené třídním učitelkám integrovaných dětí:

- 1/ Máte již předchozí zkušenosti s integrovaným žákem ve třídě?
- 2/ Jak dlouhá je Vaše učitelská praxe?
- 3/ Myslíte si, že jste byla dobře připravena na příchod dítěte s dětskou mozkovou obrnou?
- 4/ Je pro Vás obtížné mít ve třídě žáka se speciálními vzdělávacími potřebami?
- 5/ Jak vychází integrovaný žák se svými spolužáky?
- 6/ Považujete spolupráci s rodiči tohoto žáka za dostatečnou?
- 7/ V čem vidíte největší přínos integrace pro dítě s dětskou mozkovou obrnou ?