

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

**Integrace žáků se zdravotním postižením
očima učitelů 1. stupně ZŠ**

Bakalářská práce

Autor práce: Lenka Mráčková
Studijní program: Speciální pedagogika
Studijní obor: Speciální pedagogika
Vedoucí práce: PhDr. Jitka Balcarová

Datum odevzdání práce: 2. 5. 2012

Abstrakt

Bakalářská práce se zabývá integrací zdravotně postižených žáků na 1. stupeň základní školy v regionu jižních Čech, a to z pohledu učitelů, kteří s těmito žáky v rámci běžné třídy pracují.

Práce se zabývá specifickými charakteristikami jednotlivých typů zdravotního znevýhodnění a na jejich projevy v procesu integrace. Cílem práce je zjistit, jak se učitelé na proces integrace, jehož jsou přímými účastníky, dívají, s jakými problémy se potýkají, v čem vidí klady a zápory tohoto procesu, a dále se pokouší navrhnout kroky, které by učitelům na 1. stupni základní školy v tomto procesu napomohly. Zkoumaný soubor tvoří učitelé 1. stupně základních škol, kteří mají aktuálně konkrétní zkušenost s integrací zdravotně postiženého žáka v běžné třídě, učitelé, kteří měli tuto zkušenost v minulosti a mají nad ní určitý zpětný náhled, a učitelé, kteří se s integrovaným žákem ve své praxi dosud nikdy nesetkali. V práci byl uplatněn kvalitativní výzkum metodou případové studie. Pro zjištění výzkumných otázek byl v práci použit polostrukturovaný rozhovor. Ze zjištěných výsledků vyplývá, že integrace žáků se zdravotním znevýhodněním na 1. stupeň základní školy je složitý proces se specifickým průběhem ovlivněný mnoha proměnnými, jako je prointegrační přístup vedení školy a pedagogů, kvalita spolupráce mezi pedagogem, rodiči a speciálním pedagogem, v neposlední řadě pak druh a stupeň zdravotního znevýhodnění, osobnost dítěte a jeho motivace. Ukázalo se, že učitelé jsou integraci nakloněni, zároveň ale můžeme konstatovat, že ti učitelé, kteří nemají předešlou zkušenost s integrací žáků se zdravotním znevýhodněním, nejsou na tuto změnu připraveni a jejich představa o speciálně vzdělávacích potřebách žáka se zdravotním znevýhodněním bývá nedostatečná. Dále se ukázalo, že učitelé, kteří s integrovaným žákem v minulosti pracovali i učitelé, kteří s integrovanými žáky aktuálně pracují, považují v procesu integrace za nejdůležitější spolupráci s rodiči dítěte a odborníky z oblasti speciální pedagogiky. Úspěšnost integrace je multifaktoriálně podmíněna, z hlediska pedagogického by zlepšení situace napomohla hlubší specializace učitelů 1. stupně základní školy v oblasti speciální pedagogiky a vyšší procento pedagogických asistentů v běžných třídách s integrovanými žáky.

Abstract

This thesis deals with the integration of disabled pupils to 1 Primary schools in the region of South Bohemia, from the perspective of teachers who work with these students in regular class work. The work deals with the specific characteristics of each type of health handicaps and their manifestations in the integration process. The aim is to find out how the teachers on the integration process, which are the direct participants, look, what problems they face what they see pros and cons of this process, and attempts to propose steps that teachers at the 1st primary schools in the process helped. The sample consists of teachers first primary schools who currently have specific experience with the integration of disabled pupils in mainstream classes, teachers who have had this experience in the past and have some of the overhead view, and teachers who have integrated with the student in his practice has never met. The work was raised by qualitative research case study. To determine the research questions were used in the work of semi-structured interview. From the obtained results show that the integration of students with physical handicaps to 1 Primary school is a complex process with a specific course influenced by many variables such as the pro-integration approach of school management and teachers, the quality of cooperation between educators, parents and special education teacher, last but not least, the type and degree of health disadvantage, the child's personality and motivation. It turned out that teachers are supportive of integration, but also we can say that those teachers who have no previous experience with the integration of students with physical handicaps are not ready for this change and the concept of special educational needs of pupils with physical handicaps is insufficient. Furthermore, it appears that teachers who integrated student worked in the past and teachers with integrated students currently working in the integration process considered the most important co-operation with parents and experts in the field of special education. The success of integration is multifactorial, in terms of teaching would help improve the situation deeper specialization of teachers first primary school in special education and a higher percentage of teaching assistants in mainstream classes with integrated pupils

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 2.5.2012

.....

Lenka Mráčková

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala vedoucímu práce PhDr. Jitce Balcarové za konzultace a užitečné rady v průběhu zpracování bakalářské práce a také všem, kteří mi ochotně poskytli rozhovor pro výzkumnou část práce.

Obsah

Úvod.....	3
1 Současný stav.....	4
1.1 Vymezení pojmů	4
1.1.1 Zdravotní postižení.....	4
1.1.2 Zdraví, impairment, disability, restringovaná participace.....	5
1.1.3 Speciálně vzdělávací potřeby	7
1.1.4 Školská integrace, integrativní vzdělávání.....	7
1.1.5 Obecné zásady integrace.....	8
1.1.6 Formy integrace	9
1.1.7 Stupně pedagogické integrace.....	9
1.1.8 Inkluze, inkluzivní vzdělávání	10
1.1.9 Integrace versus inkluze.....	11
1.2 Integrační snahy v historii české speciální pedagogiky	11
1.3 Současný pohled na školskou integraci v České republice	14
1.4 Legislativní ukotvení školské integrace	14
1.5 Specifika integrace žáků s mentálním postižením	15
1.5.1 Charakteristika žáků s mentální retardací.....	15
1.5.2 Integrace žáků s mentální retardací.....	19
1.6 Specifika integrace žáků s tělesným postižením.....	20
1.6.1 Charakteristika žáků s tělesným postižením.....	20
1.6.2 Integrace žáků s tělesným postižením.....	21
1.7 Specifika integrace žáků se zrakovým postižením.....	22
1.7.1 Charakteristika žáků se zrakovým postižením.....	22
1.7.2 Integrace žáků se zrakovým postižením.....	22
1.8 Specifika integrace žáků se sluchovým postižením.....	23
1.8.1 Charakteristika žáků se sluchovým postižením.....	23
1.8.2 Integrace žáků se sluchovým postižením.....	23
1.9 Specifika integrace žáků se specifickou poruchou učení.....	23
1.9.1 Charakteristika žáků se specifickými poruchami chování.....	23
1.9.2 Integrace žáků se specifickými poruchami chování.....	25
1.10 Specifika integrace žáků s poruchou chování a emocí.....	25
1.10.1 Charakteristika žáků s poruchami chování a emocí.....	25
1.10.2 Integrace žáků s poruchami chování a emocí.....	26
1.11 Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace	27
1.11.1 Rodina a rodiče	27
1.11.2 Škola	29
1.11.3 Učitel.....	30
1.11.4 Poradenství a diagnostika	30
1.11.5 Další faktory.....	31
2 Cíl práce.....	32
2.1 Cíl práce.....	32
2.2 Výzkumné otázky.....	32

3	Metodika	32
3.1	Použitá metodika.....	32
3.2	Charakteristika zkoumaného souboru.....	32
4	Výsledky	34
4.1	Učitelé 1. stupně základní školy, kteří aktuálně pracují se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné třídě.....	34
4.2	Učitel 1. stupně základní školy, kteří v minulosti pracovali se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné třídě.....	37
4.3	Učitelé 1. stupně základní školy, kteří dosud nepracovali se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné.....	40
5	Diskuze	43
6	Závěr	47
7	Seznam použitých zdrojů	50
8	Klíčová slova	53
9	Přílohy	54

Úvod

Integrace zdravotně postižených dětí, žáků a studentů do běžného vzdělávacího proudu je již po několik let aktuálním tématem školské politiky i široké veřejnosti. Aktualnost tohoto tématu stoupá v posledních letech hlavně díky neustále probíhající školské reformě. Některé změny již proběhly, další, které se bezprostředně týkají školské integrace, se stále projednávají. Jedná se zejména o zavedení maximálně možné integrace zdravotně postižených žáků do běžných škol, a to paralelně se zrušením škol speciálních. Téma se stává kontroverzním, neboť vyvolává různorodé reakce. Ozývají se hlasy politiků, kteří v úplné integraci žáků se zdravotním postižením do běžného vzdělávacího systému vidí naplnění integračních snah Evropské unie a úsporu v systému vzdělávání, na straně druhé jsou zde hlasy speciálních pedagogů, kteří odůvodňují smysl fungování speciálního školství a zdůrazňují faktor nevhodnosti a samoučelnosti vzdělávání žáků s těžkým tělesným, mentálním či kombinovaným postižením v hlavním vzdělávacím proudu. Opomenout bychom ale také neměli hlas pedagoga - vychovatele, který má v této hierarchii ke zdravotně postiženému žákovi nejbližší, zná jeho charakter, možnosti jeho vzdělávání, speciálně vzdělávací potřeby, a jehož úkolem je rozvíjet žakovu osobnost, umožňovat vhodné podmínky k úspěšné integraci, vytvářet příznivé sociální klima třídy a zároveň zvládat běžnou organizaci třídy.

Tato práce má za cíl nastínit problematiku vzdělávání zdravotně postižených žáků na 1. stupni základní školy, kterým bylo na základě odborných vyšetření doporučeno a školou umožněno vzdělávání v hlavním vzdělávacím proudu. Problematikou vzdělávání těchto žáků se budu zabývat hlavně z hlediska pedagogických pracovníků – učitelů 1. stupně základních škol. V rámci odpovědi na výzkumné otázky jsem kontaktovala ředitele základních škol, kteří mi k rozhovoru doporučili učitele, jenž 1. mají s integrací zdravotně postiženého žáka aktuální zkušenost, kteří 2. mají již dřívější zkušenost ze své pedagogické praxe, nebo 3. učitele, kteří se s integrací zdravotně postiženého žáka dosud nesetkali. Charakteristiky jejich pohledu na danou problematiku by měly vést ke konfrontaci nad zkoumaným problémem.

Téma bakalářské práce jsem si vybrala na základě vlastního zájmu o praktické fungování školské integrace, neboť předpokládám, že se v roli pedagoga, jež je v přímé vzdělávací interakci se zdravotně postiženým žákem, sama ocitnu. Dále předpokládám, že nastínění konkrétních otázek a problémů, povede k opětovnému uvědomění náročnosti školské integrace a k vytyčení konkrétních oblastí, které vnímají učitelé 1. stupně základních škol v rámci školské integrace jako problémové.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Vymezení pojmů

O integraci školské jako o úplném začlenění do intaktní společnosti lze mluvit jen tehdy, jsou-li splněny podmínky pro integraci sociální. Ta nemůže fungovat bez určité míry sociálního citění a tolerance společnosti (vzniká z vnitřních impulsů dané společnosti) a prosociální politiky státu, která je v tomto smyslu jejich jakýmsi vnějším vykonavatelem.

V mezinárodních i národních strukturách se problematika vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami systematicky rozpracovávala od konce 60. let 20. stol. V ČR se tyto snahy díky politické situaci v zemi začaly dostávat do popředí až po r. 1989 a částečně se je podařilo realizovat v 90. letech 20. stol. Bezpochyby zásadní význam pro integraci přinesla změna fenoménu zdravotního postižení. Ten se posunuje od medicínské klasifikace k holistickému pojetí osobnosti zdravotně postiženého člověka. Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF - (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF), která je vydána Světovou zdravotnickou organizací (World Health Organization, WHO) jako metodika hodnotící funkční schopnosti osob s disability: „*neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví. Zjednodušeně řečeno, každý občan má určitý zdravotní stav, který ho s různými životními situacemi konfrontuje, dostává se tak často do různých znevýhodňujících pozic.*“ (1)

ČR přijala zákon o integraci všech dětí, žáků a studentů. Ta s sebou ale přináší i negativní následky, a proto je třeba pečlivě zvažovat, pro koho, kdy a kde je integrace vhodná, a naopak, kdy nepřináší kýžené výsledky. Integrace zdravotně postiženého žáka nemusí naplnit smysl integrace a osobnost žáka může spíše negativně ovlivnit. Kompromisem mezi individuální integrací a speciálním školstvím může být zřízení speciálních tříd při běžných školách. Otázkou však zůstává, je-li tímto způsobem plně integrace skutečně dosaženo. Vítková (2004,s.10) uvádí, že: „*kromě mnoha úspěšných případů integrace žáků, především se zrakovým a tělesným postižením, jsou známá také integrační negativa, u nás zprvu skrytá za euforii nového a pokrokového. I v České republice se již mnoho integrovaných dětí vrátilo zpět do speciálního školství a mnoho dospělých zůstalo přes všechny snahy profesionálů a blízkých izolováno.*“ (2)

1.1.1 Zdravotní postižení

Zdravotní postižení je v literatuře definováno různě vzhledem k oblasti, ve které se setkáváme s jeho užíváním. Legislativa definuje zdravotní postižení v rámci možností jejího působení v dané oblasti práva.

Pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se rozumí: „zdravotním postižením tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osob.“ (3)

Podle zákona č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, je definice osob se zdravotním postižením vztažena ke schopnosti pracovat. Osobami se zdravotním postižením jsou tak podle §67 ty, které jsou:

a) orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními (osoby s těžším zdravotním postižením),

b) orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními,

c) rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými.“ (4)

Definici zdravotního postižení také nalezneme v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, přesněji v čl. 1, kdy jsou tyto lidé označováni jako: „osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami mohou bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“ (5)

V zákoně č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v §16 odst. 2 nalézáme, že „zdravotním postižením je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.“ (6)

Pojem zdravotní postižení je obtížné jednoznačně definovat, a to proto, že pojetí zdravotního postižení se mění v čase. Jankovský (2001,s.30) říká, že: „dříve se postižení vnímalo spíše jako kategorie, byl diagnostikován defekt, a podle druhu a stupně postižení následovalo opatření /.../ Současnému pojetí péče, a zejména v rámci pedagogické rehabilitace, mnohem lépe odpovídá vnímání postižení jakožto dimenze, tedy rozměru života.“ (7)

1.1.2 Zdraví, impairment, disability, restringovaná participace

Definice postižení se v průběhu času liší, a to v závislosti na měnícím se pohledu na zdravotní postižení, a také v závislosti na přístupu ke zdravotně znevýhodněným. Vliv zde hraje prostředí, náboženství, sociální a ekonomické podmínky, úroveň lékařské péče a výzkumu. Pojmy impairment, disability a handicap uvedla WHO v roce 1980.

Zdraví

Termín zdraví může být definován dvojitým způsobem. Negativně jako absence nemoci, nebo pozitivně jako stav tělesné a psychické pohody. Zdraví je důležitou esencí pro život člověka. Od kvality zdraví se odvíjí i možnosti jeho fungování v lidské

společnosti. Pokud je zdraví člověka nějakým způsobem narušeno, negativně se to projevuje ve funkčních pochodech organismu i v psychickém zdraví člověka. WHO definuje zdraví jako: „stav úplné tělesné, duševní, sociální a spirituální pohody, tedy nejen nepřítomnost nemoci nebo vady. Tato definice poukazuje na to, že člověk je ve svém holistickém pojetí chápán jako bytost bio-psycho-socio-spirituální a je tedy zapotřebí brát na vědomí všechny její složky.“

Anglický jazyk má pro stav celkového zdraví označení „wellbeing“, které jednoduše vystihuje zmíněnou definici.“(1)

Impairment

Etiologický význam slova impairment znamená poškození, vadu, omezení, oslabení nebo snížení hodnoty. Jankovský (2001,s.31) uvádí, že v oblasti speciální pedagogiky je impairment vhodné chápat jako: „poruchu, poškození, ztrátu, resp. abnormalitu ve funkcích či strukturách fyziologických, somatických, resp. anatomických a ovšem také psychických. Tato porucha je tedy změna funkce na úrovni tělního orgánu či systému.“

(7) Nutno však dodat, že porucha, poškození nebo ztráta v těchto strukturách, nemusí být hlavní příčinou omezení, záleží na rozsahu a způsobu poškození. Švestková (2001) zdůrazňuje, že: „impairment je porucha morfologická nebo funkční na úrovni orgánu nebo systému a postižený o ní nemusí ani vědět a lze ji diagnostikovat jen v odborném prostředí. Pokud se však porucha zvětšuje a začne nějak omezovat subjekt v některé z běžných životních činností, stává se disabilitou.“(8)

Disability

Jankovský (2001,s.31) uvádí, že: „pojmem disability vyjadřuje omezení, chybění, neschopnost – ve smyslu následku poškození, v důsledku čehož nelze vykonávat aktivity právě tím způsobem, jak je to obvyklé. Jedná se tedy o poruchu na úrovni celého jedince.“ (7) Od struktur pouze anatomických se tedy posouváme ke strukturám celostním, které berou v úvahu i omezení vnější. MKF disabilitu klasifikuje jako:

„snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami prostředí.“ (1) Jde tedy vlastně o jakékoliv omezení, které člověku neumožňuje fungovat způsobem, jenž je u intaktní společnosti považován za normální a omezuje ho v běžných denních záležitostech, a to z důvodu impairmentu, bariér v prostředí či společnosti. Může jít o stav trvalý či dočasný, progresivní nebo regresivní. Švestková (2008) dodává, že: „pojmem disability nahrazuje starší pojmy invalidita či handicap, avšak zároveň proti nim znamená významný filozofický posun. Ten spočívá v tom, že zatímco ony starší pojmy označují celého člověka, jedince (může jít o invaliditu nebo handicapovaného člověka), pojem disability neklasifikuje osobu v celku, ale popisuje a klasifikuje situaci, s níž se tato osoba v důsledku svých disabilit musí vyrovnat.“ (9)

Handicap - restringovaná participace

Definice termínu handicap, nebo lépe restringovaná participace, nahlíží na zdravotně znevýhodněného člověka jako na jedince, jenž nemůže vykonávat určitou činnost způsobem, na který byl navyklý před vznikem disability. Jankovský (2001,s.31) upřesňuje, že: *„handicapem rozumíme spíše znevýhodnění než postižení. Projevuje se to zejména snížením, resp. omezením možností (výkonu) daného člověka ve srovnání s tím, co běžně zastal, pokud by ovšem nebyl znevýhodněn. Takto je tedy handicapovaný člověk znevýhodněn (poškozen) právě při plnění svých sociálních rolí. Jde o změnu rolí, které člověk zastává ve vztahu ke společnosti.“* (7).

Podobně se vyjadřuje i Bruthansová (2009), když říká, že: *„aktivita může být limitována (člověk nemůže určitý úkon provést – např. není schopen chůze do schodů), participace může být omezena – restringována (člověk má překážky při zapojení do životních situací – např. není schopen najít si práci). Termín „handicapovaný“ klasifikace MKN nepoužívá.“*(10) Termín restringovaná participace lépe vystihuje podstatu zdravotního omezení už ve svém znění a nepotýká se s pejorativním nádechem slova handicap.

1.1.3 Speciálně vzdělávací potřeby

Toto slovní spojení může vyvolávat dojem, že žáci se zdravotním znevýhodněním mají jiné vzdělávací potřeby než žáci bez zdravotního znevýhodnění. Není tomu ale tak, žáci se zdravotním znevýhodněním mají stejné vzdělávací potřeby, ale v důsledku zdravotního znevýhodnění či omezení, se u nich mohou vyskytovat oblasti, kde běžné formy vzdělávání nenaplňují jejich potřeby, a tehdy speciální pedagogika nabízí takové formy vzdělávání, o kterých hovoříme jako o potřebách speciálních. Průcha (2001,s.224) upřesňuje: *„termínem se vyjadřuje to, že vedle majoritní populace žáků, studentů a dospělých, jejichž vzdělávání probíhá běžnými formami, existují různé skupiny lidí, jejichž vzdělávací potřeby jsou specifické: žáci se zdravotním postižením, žáci s mimořádným nadáním, děti a dospělí z rodin imigrantů, etnických a jazykových menšin aj. Moderní pedagogika a vzdělávací politika se snaží tyto speciální vzdělávací potřeby zjišťovat a v souladu s nimi vytvářet příslušné vzdělávací programy.“*(11)

1.1.4 Školská integrace, integrativní vzdělávání

Pro integraci v jejím hlavním smyslu se staly stěžejní dokumenty WHO, a to již zmiňovaná Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů z roku 1980, která také poprvé použila termíny impairment, disability a handicap, a Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví z roku 2001. Právě ta posouvá pohled na zdravotní znevýhodnění od modelu medicínského, který klasifikuje to, co člověk se zdravotním znevýhodněním není schopen vykonávat (v čem je omezen), na pohled holistický, který v první řadě říká, člověk se zdravotním znevýhodněním schopen vykonávat je (v čem omezen není). Tento celistvý pohled na zdravotně znevýhodněného člověka mu dává možnost uplatňovat své možnosti fungování

v sociálním prostředí tak, jak mu to jeho zdravotní stav dovolí. Průcha (2001,s.87) popisuje integrativní vzdělání jako: „ *přístupy a způsob zapojení žáků se zvláštními vzdělávacími potřebami do hlavních proudů vzdělávání a do běžných škol. Cílem je poskytnout i žákům s těžkými a trvalými zdravotními postiženími společnou zkušenost s jejich zdravými vrstevníky, a přitom respektovat jejich specifické potřeby.* “ (11) Užší pohled na význam termínu vzhledem k jedinci se zdravotním znevýhodněním nám nabízí Sovák (1986), který definuje integraci jako: „*naprosté zapojení a plné splynutí defektního jedince se společností lidí zdravých, a to ve výchově a vzdělávání, v pracovním uplatnění i ve společenském soužití.*“ (12)

Obě definice termínu integrace se tedy v zásadě shodují v primárním významu úplné zapojení. Z hlediska pedagogického se tedy jedná o úplné zapojení zdravotně znevýhodněného jedince do vzdělávacího procesu. Vzdělávací proces ale musíme chápat jako soubor činitelů nejenom výchovně edukačních, ale také sociálních, které se navzájem ovlivňují a jeden bez druhého nemohou fungovat. Tuto skutečnost zmiňuje i Jesenský (1995,s.15), když integraci rozumí: „*dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně vzdělávacích situací.*“ (13)

Aby ale vůbec mohlo docházet k těmto vzájemným interakcím mezi jedincem se zdravotním znevýhodněním a intaktní společností, a tento vzájemný vztah mohl dosáhnout určité kvality, je zapotřebí stavět na určitých principech, které budou integraci zdravotně znevýhodněného žáka v sociálním prostředí podporovat. Mezi tyto principy můžeme zařadit příznivé klima školy, příznivé klima třídy, připravenost učitelů na přítomnost žáka se zdravotním znevýhodněním, připravenost třídy na přijetí zdravotně znevýhodněného spolužáka, prostředky speciálně pedagogické podpory, architektonické a ekonomické podmínky a další.

1.1.5 Obecné zásady integrace

Aby ale vůbec mohlo docházet k těmto vzájemným interakcím mezi jedincem se zdravotním znevýhodněním a intaktní společností, a tento vzájemný vztah mohl dosáhnout určité kvality, je zapotřebí stavět na určitých principech, které budou integraci zdravotně znevýhodněného žáka v sociálním prostředí podporovat. Mezi tyto principy můžeme zařadit příznivé klima školy, příznivé klima třídy, připravenost učitelů na přítomnost žáka se zdravotním znevýhodněním, připravenost třídy na přijetí zdravotně znevýhodněného spolužáka, prostředky speciálně pedagogické podpory, architektonické a ekonomické podmínky, ale také brát na zřetel individuální osobnost integrovaného žáka, zohledňovat jeho možnosti, předpoklady a odlišnost rodinného prostředí. Vítková (2004,s.15) uvádí, že: „*zdařilé integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek, bez nichž je nejen zbytečné, ale i nezodpovědné dítě s handicapem vůbec do běžné školy přijmout.*“ (2)

Integrace je složitý proces, jehož průběh se vždy odvíjí od druhu a stupně postižení žáka se zdravotním znevýhodněním, jeho osobnosti, podmínkám ve školním i v domácím prostředí a úspěšnost integrace nelze předem zaručit.

1.1.6 Formy integrace

V praxi Lechta (2010s.159-160) rozlišuje tyto formy školní integrace:

individuální integrace – formou individuální integrace je obvyklé integrované jedno dítě s postižením do třídy běžné školy co nejbližší k jeho bydlišti, ve světovém měřítku pozorujeme nejčastěji právě individuální formu integrace, zabezpečující zahájení školní docházky dítěte co nejbližší k jeho bydlišti, avšak pro dítě s postižením je často těžké nemít ve třídě dalšího spolužáka v podobné situaci,

skupinová integrace – při skupinové integraci se žáci s (převážně) srovnatelným postižením – se sluchovým postižením nebo s tělesným postižením atd. – začleňují do jedné skupiny, přičemž jejich vyučování probíhá v běžné škole,

preventivní neboli obrácená integrace – v poslední době je čím dál častější forma integrativní edukace: preventivní nebo obrácená integrace, při obrácené integraci se do speciálních škol přijímají intaktní žáci, výhoda této formy je v tom, že edukační podmínky a prostředí jsou předem upraveny pro žáky s postižením a zároveň je zajištěna sociální interakce a společné vyučování žáků s postižením a intaktními žáky,

další formy školní integrace – další formy integrace jsou v jednotlivých zemích rozšířeny rozdílně, patří sem integrační školy, které mají charakter běžné školy. Přijímají sem každé dítě s postižením – nezávisle na druhu a rozsahu postižení – z okolí školy. V integračních školách jsou zpravidla zaměstnaní speciální pedagogové. Kromě této formy existují i integrační třídy. Při tomto modelu přijímají školy děti s postižením jen do vybraných tříd. Často je počet žáků v takových třídách snížen. Vyučování zabezpečují společně speciální pedagog a učitel běžné školy. (14)

1.1.7 Stupně pedagogické integrace

Stupně integrace pojímají různí autoři odlišně. Michalík (2001,s.12-13) (Jesenský1995) rozděluje pedagogickou integraci v následující body podle stupně plnosti integrace:

1. Plná integrace v jakémkoliv výchovně vzdělávacím prostředí bez použití speciálních pomůcek s vysokým sociálním statutem.
2. Podmíněná integrace v jakémkoli výchovně vzdělávacím prostředí s použitím osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek s vysokým sociálním statutem.

3. Snížená integrace, vázaná na technické a jiné úpravy výchovně vzdělávacího prostředí, užívání speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.
4. Ohraničená integrace, v technicky upraveném výchovně vzdělávacím prostředí, s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod se sníženým sociálním statutem.
5. Vymezená integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při uchování přijatelného sociálního statusu.
6. Redukovaná integrace na upravené výchovně vzdělávací prostředí s použitím speciálních pomůcek, s pravidelným uplatňováním speciálních metod v převládajícím rozsahu při přijatelném sociálním statusu.
7. Narušená integrace na upraveném výchovně vzdělávacím prostředí s použitím speciálních pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při zachování integračních cílů a obsahů při sníženém sociálním statusu.
8. Segregovaná výchova a vzdělání, v upravených podmínkách s použitím speciálních pomůcek, uplatněním speciálních metod v plném rozsahu se zachováním integračních cílů s omezeným sociálním statutem
9. Vysoce segregovaná výchova a vzdělání ve speciálně upraveném prostředí s použitím pomůcek, s uplatněním speciálních metod v plném rozsahu při uplatnění reedukace integračních cílů a obsahů s podstatně omezeným sociálním statutem. (15)

1.1.8 Inkluze, inkluzivní vzdělávání

Zeulková (2009) uvádí, že: „*inkluzie (začlenění, vyjadřuje akt zahrnutí dovnitř - do skupiny, společnosti, školy) se v nejobecnějším pojetí chápe jako začlenění lidí s postižením do společnosti formou jejich přímé spoluúčasti na veškerém dění. Inkluzie je stav, kdy se člověk s postižením rodí do společnosti, která akceptuje jeho odlišnost a odlišnost každého svého člena, kdy je tedy normální být jiný.*“ (16)

Chápání inkluze v tomto smyslu je tedy předpokladem pro fungování inkluzivního vzdělávání. Nikolai říká, že: „*inkluzivní vzdělávací systém je typický důrazem na dostupnost co nejvyšší formy vzdělání pro každého žáka. První volbou pro všechny děti bez rozdílu je začlenění do hlavního vzdělávacího proudu. Základem myšlenky inkluzivního vzdělávání je snaha poskytnout všem dětem adekvátní a co nejlepší úroveň vzdělání nezávisle na podobě jejich speciálních potřeb. V rámci inkluzivního přístupu by měl být co největší počet dětí ponechán v hlavním vzdělávacím proudu a zabránit tak segregaci dětí s různými vzdělávacími potřebami. Inkluzivní vzdělávání nezůstává na úrovni integrace dětí se speciálními potřebami. Na rozdíl od integrace se cíleně nevěnuje pozorování a analýze chování integrovaných dětí, ale přenáší odpovědnost za vytváření podmínek vhodných pro inkluzi ze specializovaných profesí především na*

učitele. Speciální vzdělávací potřeby dětí jsou pojímány jako součást přirozené společenské diverzity a jejich naplňování probíhá v hlavním vzdělávacím proudu pomocí tvorby individuálních vzdělávacích programů a dalších vhodných pedagogických i psychologických intervencí. Role pedagoga je v tomto procesu integrační a závisí na úspěšné kooperaci s dalšími odborníky ze školního i mimoškolního prostředí.“(17)

1.1.9 Inkluze versus integrace

Pojmy integrace a inkluze k sobě mají velice blízko. Pipeková (1998,s.15) se, když říká, že školní integrace: „není pevně stanovený stav, pod tímto pojmem je třeba chápat dynamický proces. Protože se školní integrace nedá legitimovat ani k její krátkodobé či dlouhodobé působnosti, jde o otázku stanovení cíle, o normativní rozhodnutí, o postulát, o vědomé hodnocení, o ideologický směr myšlení a jednání/...../.Částečně po integrační fázi, částečně paralelně s ní a s různým významovým akcentem se stává v současné době centrálním pojmem inkluze (UNESCO 1995)“ (18)

1.2 Integrační snahy v historii české speciální pedagogiky

V České republice se dnes setkáváme s mnoha institucemi pečujícími o osoby se zdravotním znevýhodněním. S počátečními snahami o vybudování prvních vzdělávacích institucí se na území České republiky setkáváme na přelomu 19. a 20. století. Valenta (2003,s.12) uvádí, že: „v těchto vznikajících ústavech se mohly děti alespoň nějakým způsobem vzdělávat.“ (19)

Monatová (1996,s.17) uvádí, že: „počátek 19. Století byla zahájena péče o nevidomé v Čechách, která byla spojena se třemi generacemi rodu Klárů. Neobyčejné zásluhy o založení Hradčanského ústavu v roce 1807 měl Alois Klár (1763 – 1834), který se stal členem představenstva jako spoluzakladatel. Byl to pátý slepecký ústav v Evropě. I v instrukcích pro učitele z roku 1830 projevil znalost duševních potřeb nevidomých na takové úrovni, že mnohé získaly trvalou platnost.“ (20)

Z příkladu osobností, jakou byl například Alois Klár, lze usuzovat na vysokou úroveň péče o jedince se zdravotním znevýhodněním. Michalík (2003,s.12) pokračuje: „proto dnes velmi oceňujeme vznik například Jedličkova ústavu v Praze (1913), Ernestinum v Praze (1871), Ústav pro zmrzačené v Brně (1919) nebo Ústav pro děti zmrzačené a rachitické v Plzni (1921). Dále pak v období tzv. 1. Republiky pozorujeme např. u Františka Bakuleho – významného českého pedagoga a organizátora – zejména po jeho odchodu z Jedličkova ústavu, zájem o organizaci společné výchovy dětí s postižením a zdravých.“ (19)

Monatová (1996) v péči o jedince se zdravotním znevýhodněním vyzdvihuje osobnost Karal Slavoje Amerlinga (1807 – 1884), který založil v roce 1871 Ernestinum – první ústav pro abnormální děti, Josefa Zemana (1924 – 1936), Miroslava Seemana (1892 – 1975), který se zaměřil na foniatrii, nebo Miloše Sováka (1905 – 1989), speciálního pedagoga a logopeda, který založil první logopedický ústav v Čechách. (20)

Další rozvoj v péči o jedince se zdravotním znevýhodněním byl v Čechách zaznamenán po roce 1950, kdy, jak Michalík (2003,s.12) uvádí: *„vedle mohutného rozvoje speciálního školství a ústavnictví dochází i k budování relativně samostatné pedagogické disciplíny – speciální pedagogiky.“* (19)

Můžeme říci, že péče o jedince se zdravotním znevýhodněním nabyla své největší důležitosti v počátcích jejího vzniku. Pro systém školství v České republice se postupem času stává charakteristická jakási společensky uznávaná norma vzdělávání - oddělení edukace žáků zdravých a žáků, kteří se vymykají normálu a vyžadují tedy zvláštní péči v ústavech, jež jsou postaveny mimo hlavní vzdělávací proud.

Michalík (2003,s.13) k tomu dodává, že: *„ani takto budovaný systém segregáčnických institucí však nebyl schopen poskytnout právo na vzdělání všem dětem s postižením. Minimálně určitá skupina dětí – zpravidla děti s těžšími stupni mentálního postižení a děti s kombinovaným postižením – byla ze vzdělávání vyčleňována: děti, které podle úředního zjištění nelze vzdělávat pro těžkou nemoc anebo pro duševní nebo tělesnou vadu, nejsou povinny chodit do školy (§ 13 odst. 4 zákona č. 95/1948 Sb. – školský zákon).“* (19)

Vzdělávání dětí se zdravotním znevýhodněním v běžné škole bylo velice ojedinělé a s pojmem speciálně vzdělávací potřeby se nesetkáváme, nemohly být tudíž ani v procesu vzdělávání naplňovány. Očekávalo se, že dítě splní všechny podmínky a standardy daného typu školy a vzdělávacího obsahu. Michalík (2003,s.14) uvádí zajímavé porovnání: *„ve druhé polovině 80. let platil školský zákon č. 29/1984 Sb. Tehdejší znění zákona stanovující, že výchova a vzdělávání se uskutečňují v jazyce českém nebo slovenském. Občanům maďarské, německé, polské a ukrajinské (rusínské) národnosti se v rozsahu přiměřeném zájmům jejich národního rozvoje zabezpečuje právo na vzdělání v jejich jazyce, na rozdíl od současného znění normy nezaručovalo právo na vzdělání s použitím znakové řeči nebo Braillova písma.“* (19) Z tohoto přístupu jasně vyplývá, že zdravotní znevýhodnění či jiná odlišnost od „normálu“, byla z veřejného života zcela vytěšňována a jedinci se zdravotním znevýhodněním, stigmatizováni svou „jinakostí“ byli vychováni mimo intaktní společnost.

Michalík (2003,s.15) se dále pozastavuje nad právy rodičů rozhodovat o tom, kde bude jejich dítě vzděláváno: *„alarmujícím způsobem, bez respektu k rodičovským právům se tehdejší právní norma vypořádala i s přeřazováním dětí ze základních škol. Podle vyhlášky: žáka, který neprokáže předpoklady pro plnění povinné školní docházky ve třídách školy (trvale neuspokojivý prospěch, zdravotní důvody, výchovné důvody apod.),“*

ředitel školy po projednání v pedagogické radě a po oznámení zástupci žáka přeřadí na konci klasifikačního období do příslušné školy (třídy), v níž má plnit povinnou školní docházku. Jestliže o přeřazení žáka požádá zástupce žáka nebo to navrhne ze zdravotních důvodů obvodní dětský (školní)lékař, přeřadí ředitel školy žáka i během klasifikačního období (vyhláška MŠ ČSR č. 123/1985. o základních školách).“ (19)

Jak vidíme, vzdělávací systém v České republice měl v oblasti výchovy a vzdělávání žáků se zdravotním znevýhodněním velké nedostatky, které se neslučují s dnešním přístupem k takto znevýhodněným lidem a které. Přesto je nutné vidět i pozitiva, která daný systém přinášel.

Michalík (2003,s.15-16) vysvětluje: *„prostředí speciálních škol a některých ústavů umožnilo vypracovat a uzpůsobit řadu obecných didaktických zásad a metodických postupů. Bylo používáno množství kompenzačních pomůcek, které tehdy byly pro zdravotně postižené v občanském životě obtížně dostupné. Na relativně vysoké úrovni byly studijní materiály, zejména učebnice, např. pro děti se smyslovým postižením. Ani v prostředí speciálních institucí se však zpravidla nepodařilo prosadit individuální přístup ke každému žákovi zahrnující modifikaci učebních plánů a osnov. Stále přetrvává představa o nutnosti splnění daných – tedy obecných – vzdělávacích standardů obsažených v tehdejších osnovách jednotlivých předmětů. Vzdělávání dětí s postižením v nich bylo výlučně v rukou odborníků a profesionálů. Úloha rodiny a rodičů byla potlačena způsobem, který byl nevidaný i v tehdejší běžném školství.“ (19)*

Přístup veřejnosti ke zdravotně postiženým se postupně začal měnit po roce 1990. Michalík (2001,s.73) k tomu uvádí: *„prostřednictvím médií se majoritní společnost začala seznamovat s existencí několik stovek tisíců svých občanů – vymezených zdravotním postižením. Vzepjetí občanské společnosti, kterého jsme byli svědky v počátcích 90. Let, přineslo rovněž vznik desítek a stovek občanských spolků, nadací, sdružení, usilujících o zrovnoprávnění podmínek života občanů se zdravotním postižením.“ (15)*

Pipeková (1998,s.15) říká, že: *„nejzásadnější koncepční změnou, k níž se v našem školství po roce 1989 dospělo, je skutečnost, že výchova a vzdělání postižených dětí a mladistvých přestává být doménou speciálního školství a v souvislosti s integračními trendy ve vzdělávání se postupně stává záležitostí všech typů škol a školských zařízení.“ (18)*

Michalík (2001,s.74) se ale zároveň domnívá, že: *„naproti tomu volba segregovaného modelu vzdělávání byla stále ještě chápána a většinou přijímána jako přirozená a odpovídající zájmům a potřebám dítěte. Systém ekonomického zabezpečení, personálního vybavení a vybavenost pomůckami jednoznačně stále preferoval speciální a segregované instituce. A to navzdory oficiálním proklamacím, objevujícím se v začátcích 90. let v oficiálních školských dokumentech. V roce 1990 zveřejnilo Ministerstvo školství ČR nárys koncepce výchovy a vzdělávání dětí se zdravotním*

postižením /...../ Podle této koncepce měla být ve všech případech, kdy je to možné, zabezpečena výchova a vzdělávání postižených dětí se zdravými vrstevníky v běžných školách. Těm dětem, pro něž takový způsob vzdělávání není vhodný, je určeno speciální školství.“(15)

Stále se jedná o nejednoznačné vymezení pojmu integrace a to vzhledem k tomu, kdo má či nemá být integrován, pro koho je integrace vhodná, pro koho vhodná není. Do dnešního dne není otázka integrace pro její nejednoznačnou povahu vzhledem k typům zdravotního znevýhodnění a k zajišťování pedagogické podpory uspokojivě vyřešena.

1.3 Současný pohled na školskou integraci v České republice

Z integračních snah, které probíhaly na přelomu 90. let na území České republiky je patrné, že školství ve vztahu k jedincům se zdravotním prošlo dlouhou cestou transformace, která není stále u konce. Zatímco se dříve ke zdravotnímu znevýhodnění přistupovalo jako k postižení, které svým typem a stupněm odpovídalo určité kategorii podle lékařské diagnózy, dnes se i ve vzdělávání setkáváme s podpůrným přístupem, který chápe žáka se zdravotním znevýhodněním jako jednotnou osobnost se speciálně vzdělávacími potřebami, na které reaguje speciálně vzdělávacími i opatření. Hlavní slovo při volbě vzdělávacího systému, ve kterém bude žák se zdravotním znevýhodněním, mají rodiče žáka, ale je běžné, že žáci s těžkým a kombinovaným zdravotním znevýhodněním jsou vzděláváni ve speciálních školách, zatímco žáci s lehkým až středně těžkým zdravotním znevýhodněním ve školách běžného typu. Michalík (2001,s.87) se domnívá, že: *„nelze očekávat, že v podmínkách a prostředí českého školství se stane individuální integrace masovým jevem. Nebrání tomu jen rozvinutá síť zvláštních a pomocných škol, ale především sama podstata postižení a z ní vyplývající odlišné nároky na obsah a formy vyučování. Pravděpodobně optimální formou integrace této skupiny dítěte s mentálním postižením jsou speciální třídy při základních školách. Po jejich ustanovení a v návaznosti na celkovou činnost školy, je možno přistupovat k dalšímu rozšiřování integrace.“* (15) K tomu v průběhu posledních deseti let bezpochyby došlo, integrace se stává běžnějším jevem, než tomu bylo například před deseti lety.

1.4 Legislativní ukotvení školské integrace

Stávající legislativa v České republice akceptuje mezinárodní dokument Úmluvu o právech dítěte, ve které se říká, že: *„smluvní strany se shodují, že výchova dítěte má směřovat k rozvoji osobnosti dítěte, jeho nadání a jeho rozumových schopností na nejvyšší možnou míru.“* (21) Právo všech dětí na vzdělání je zajištěno v Listině prav a svobod, jejímž dodržováním je Česká republika právně vázána. Školská legislativa se opírá o program rozvoje vzdělávací soustavy *„Kvalita a odpovědnost“* (1994).

Cíle vzdělávací politiky schválila Česká republika v roce 1999, na jejím základě vznikl *Národní program rozvoje v České republice Bílá kniha* (2001). „*Česká Bílá kniha je pojata jako systémový projekt, formulující myšlenková východiska, obecné záměry a rozvojové programy, které mají být směrodatné pro vývoj vzdělávací soustavy ve střednědobém horizontu.*“ (22)

Národní program rozvoje vzdělávání v České republice (Bílá kniha) pracuje s kurikulárními dokumenty, které jsou vytvářeny na dvou hlavních úrovních:

- a) na úrovni státní - **Státní program vzdělávání (SPV)**, který vymezuje hlavní zásady kurikulární politiky státu, obecné cíle vzdělávání, zásady pro tvorbu rámcových a školních vzdělávacích programů, podmínky pro jejich zavádění do škol, **Rámcové vzdělávací programy (RVP)** pro předškolní, základní a střední vzdělávání, učební plány, základní učivo pravidla pro tvorbu školních vzdělávacích programů,
- b) na úrovni školy – **školní vzdělávací programy (ŠVP)**, které zpracovávají školy podle rámcových vzdělávacích plánů.

Podle druhu zdravotního postižení je na základě těchto dokumentů vypracováván **individuální vzdělávací plán (IVP)** pro konkrétního žáka se zdravotním znevýhodněním.

Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálně vzdělávacími potřebami se v České republice zabývá zákon č. 561/2004, konkrétně §16, který „*jako dítě, žáka nebo studenta se speciálními vzdělávacími potřebami chápe osobu se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním nebo sociálním znevýhodněním. Zdravotním postižením pro účely tohoto zákona je mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.*“ (23) Vítková (2004,s.22) uvádí, že: „*směrnice stejně jako metodický pokyn vychází z předpokladu, že děti a žáci se zdravotním postižením mohou být integrováni do mateřských, základních a středních škol za předpokladu, mají-li zajištěnou odbornou speciálně pedagogickou péči. Úkoly jsou delegovány na ředitele školy, speciálně pedagogická centra a pedagogicko-psychologické poradny.*“ (2)

1.5 Specifika integrace žáků s mentálním postižením

Podle stupně mentální retardace zvažuje, zda bude žák vzděláván v běžné základní škole nebo podle osnov základní školy praktické.

1.5.1 Charakteristika žáků s mentální retardací

Pipeková (1998,s.171) říká, že: „*mentální retardace je stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, které v sobě zahrnují schopnost myslet, schopnost učit se a schopnost přizpůsobovat se svému okolí. Jde o stav trvalý, vrozený nebo*

částečně získaný, který je třeba odlišovat od defektů získaných po druhém roce života, označovaných jako demence. Příčiny vzniku mentální retardace jsou: organické (biologické), sociální.“ (18)

Valenta (2003,s.80) se dívá na mentální retardaci v rámci školního prostředí, když říká, že: *„děti s mírně až hluboce podprůměrnou inteligencí (jinak děti nacházející se v tzv. hraničním pásmu mentální retardace dříve označovaném jako slaboduchost) se mohou při vhodných podmínkách vyskytovat na běžné základní škole přirozeně, neboť se ve velké míře jedná o jedince, příčinou jejichž deficitu je především výchovná a sociální zanedbalost (případně příslušnost k odlišné etnické menšině) – ale mohou to být i duševní infantilita, dlouhodobá hospitalizace, LMD, poruchy vědomí, neurotické projevy, DMO, závažnější smyslové poruchy, specifické vývojové poruchy školních dovedností, organicky, sociálně či výchovně nepodmíněná nižší kvalita intelektové činnosti – čili faktory, jež nezapříčiňují nijak dramatické a nepřekonatelné bariéry ve školní komunikaci.“ (19)*

Klasifikace mentální retardace (MR)

Hloubku mentální retardace se určuje pomocí inteligenčního kvocientu, který vyjadřuje úroveň rozumových schopností. Mentální retardaci Renotiérová (2006,s.167-168) rozlišuje a popisuje mentální retardaci podle této úrovně na:

MR lehká (IQ 50 – 69)

-neuropsychický vývoj – omezený, opožděný, somatická postižení ojedinělá, poruchy motoriky – opoždění motorického vývoje, poruchy psychiky – snížení aktivity psychických procesů, nerovnoměrnost vývoje, funkční oslabení, převládají konkrétní, názorné a mechanické schopnosti, komunikace a řeč – schopnost komunikovat většinou vytváří opožděný vývoj řeči, obsahová chudost, časté poruchy formální stránky řeči, poruchy citů a vůle – afektivní labilita, impulzivnost, úzkostlivost, zvýšená sugestibilita, možnost vzdělávání – vzdělávání na základě speciálního vzdělávacího programu

MR středně těžká (IQ 35 - 49)

-neuropsychický vývoj – omezený, výrazně opožděný, somatická postižení – častá, častý výskyt epilepsie, poruchy motoriky – výrazné opoždění, mobilní, poruchy psychiky – celkové omezení, nízká koncentrace pozornosti, výrazně opožděný rozvoj chápání, opožděný rozvoj dovedností sebeobsluhy, komunikace a řeč – úroveň rozvoje řeči je variabilní, někteří jedinci jsou schopni sociální interakce a komunikace, verbální projev bývá často chudý, agramatismy a špatně artikulovaný, poruchy citů a vůle – nestálost nálady, impulzivita, zkratkovitě jednání, možnosti vzdělávání – na základě speciálních programů

MR těžká (IQ 20 - 34)

-neuropsychický vývoj – celkově omezený, somatická postižení – častá, neurologické příznaky, epilepsie, poruchy motoriky – časté stereotypní automatické pohyby, výrazné porušení motoriky, poruchy psychiky – výrazné omezená úroveň všech schopností, komunikace a řeč – komunikace převážně nonverbální, neartikulované výkřiky, případně jednotlivá slova, poruchy citů a vůle – celkové poškození afektivní sféry, časté sebepoškozování, možnosti vzdělávání – vytváření dovedností a návyků, rehabilitační třídy.

MR hluboká (IQ 20 a níže)

-neuropsychický vývoj – výrazně omezený, somatická poškození – velmi častá, neurologické příznaky, kombinované vady tělesné a smyslové, poruchy motoriky – většinou imobilní nebo výrazné omezení pohybu, poruchy psychiky – těžké poruchy všech funkcí, komunikace a řeč – rudimentární nonverbální komunikace nebo nekomunikují vůbec, poruchy citů a vůle – těžké poškození afektivní sféry, potřebují stálý dohled, možnosti vzdělávání – velmi omezené (individuální péče). (24)

Valenta (2003,s.82) uvádí, že žáci s lehkou mentální retardací, kteří bývají nejčastěji v běžné základní škole integrováni: „budou stejně jako děti z hraničního pásma schopny osvojit si základní vědomosti, dovednosti a návyky, společenská pravidla a způsoby humanizace v takové míře, která jim umožní se téměř plně integrovat. Podmínkou je, aby s nimi pracující pedagog dobře znal zvláštnosti jejich vývoje a utváření osobnosti – a těmto pak přizpůsobil podmínky a prostředky svého působení. K bezprostřednímu poznání slouží všem lidským jedincům vnímání.“ (19)

Zvláštní pozornost bývá pro svou specifičnost věnována autismu. Autismus je řazen do pásma středně těžké mentální retardace, nutno podotknout, že vždy záleží na jeho individuálních projevech. Vítková (2004,s.40) uvádí, že: „žáci s lehčími formami autismu (s autistickými rysy), pokud nejsou mentálně postiženi, mohou být vzděláváni v běžných základních školách /.../ Vzdělávají se vždy na základě individuálních vzdělávacích plánů, které se v závislosti na úrovni jejich rozumových schopností vytvářejí podle vzdělávacích programů základní školy.“ (2)

Vnímání dětí s mentální retardací je poznamenáno mnoha zvláštnostmi. Vágnerová (2005,s.51) říká, že: „vnímání umožňuje základní orientaci v prostředí, respektive v aktuální situaci. Přináší o dané skutečnosti relativně přesné informace. Vnímání je poznávání přítomnosti, je založeno na aktuálním kontaktu s vnímanými podněty.“ (25)

Švarcová (2003,s.39) Vágnerovou doplňuje, když vysvětluje důležitost vnímání. Říká, že: „to, co dovede svými očima vidět není pouhý obraz předmětu na sítnici jeho oka, ale výsledek jeho určité životní zkušenosti/.../Počítky a vjemy získává o předmětech a jejich vlastnostech, které bezprostředně působí na jeho analyzátor. Každý analyzátor se skládá ze tří částí: z periferního receptoru (oka, ucha, kůže apod.), z vodivého nervu

a centra v mozkové kůře. To, co dítě vidí a slyší, závisí na kvalitě podmíněných spojů, které se právě vytvořily v mozkové kůře.“ (26)

Představy dětí s mentální retardací se podle Valenty (2003,s.82): *„vyznačují nejasností, nepřesností, útržkovitostí, neúplností, kvantitativně menším množstvím – často se nezachovávají v příslušných souvislostech – což je mimo jiné (např. kromě vlivu úrovně myšlení či obsahu vybavovaných pojmů) důsledkem specifík vnímání a paměti.*“ (19)

Paměť dětí s lehkou mentální retardací popisuje Švarcová (2003,s.43– 44) následovně: *„dětí s mentální retardací si všechno nové osvojují velmi pomalu. Potřebují k tomu, v závislosti na hloubce svého postižení, mnoho opakování, osvojené poznatky a dovednosti rychle zapomínají a zpravidla je nedokážou včas a vhodně využívat v praxi /...../Typickým znakem paměti dětí s mentální retardací je pomalé tempo osvojování nových poznatků a nestálost jejich uchování spojená s nepřesností vybavování, což se někdy označuje jako zapomnětlivost /...../Kvalitu paměti dětí s mentální retardací výrazně snižuje i nízká úroveň myšlení, která jim v materiálu, který si mají zapamatovat, ztěžuje spojit mezi sebou jeho podstatné prvky a oddělit náhodné vedlejší asociace. Tyto děti si zpravidla lépe zapamatují vnější znaky předmětů a jevů v jejich náhodných spojeních a nepamatují si vnitřní logické souvislosti, které často ani nepostihují.*“ (26)

Charakteristikou **myšlení dětí s lehkou mentální retardací** se ve své knize zabývá Švarcová (2003,s.41): *„mentálně retardované dítě má velmi omezenou schopnost abstrakce a zobecnování a patrně pouze u dětí s lehkou mentální retardací se myšlení může dostat za hranice konkrétnosti/...../Konkrétní myšlení znamená zůstat v myšlení na úrovni jednotlivých názorných obrazů a nedokázat pochopit v nich skryté společné znaky. Mentálně postižené dítě spíše vzpomíná, než přemýšlí, jeho myšlení se omezuje na konkrétní situační souvislosti mezi předměty a jevy, je chudé a neproduktivní/...../Pro myšlení dětí s mentální retardací jsou charakteristické ještě další zvláštnosti. Patří k nim zejména nesoustavnost myšlení/....../Dalším závažným nedostatkem je slabá řídicí úloha myšlení/...../Dítě s mentální retardací zpravidla nepromyslí své jednání a nepředvídá jeho důsledek. Tento nedostatek je spojen i s tzv. nekritičností myšlení.*“ (26)

Řečový vývoj žáků s mentální retardací bývá často poznamenán stupněm mentální retardace. Valenta (2003,s.83) se domnívá, že: *„bývá kvantitativně i kvalitativně narušen – projevuje se rovnoměrným opožděním řeči ve všech jejích složkách (čili nedostatky v rozvoji fonemického sluchu, nedostatky v artikulaci, nedostatky v porozumění a obsahovém využívání řeči) – v důsledku čehož se často potřebují opírat o jednoduché řečové stereotypy, které jim pomáhají překonat nepředvídatelné životní situace (toto však nemusí platit u starších žáků nacházejících se v nejlhčím pásmu).*“ (19)

Pipeková (1998, s. 174) uvádí, že: *„rozvoj myšlení a řeči je výrazně opožděn a přetrvává do dospělosti. Omezení psychických procesů je provázáno často epilepsií,*

neurologickými a tělesnými obtížemi. Řeč je velmi jednoduchá, slovník obsahově chudý, častě dramatismy. Jednoduché věty nebo jednoduchá slovní spojení, u některých jedinců přetrvává pouze nonverbální komunikace.“ (18)

Emoční stránka dětí s mentální retardací souvisí s úrovní prožívání těchto jedinců. Švarcová (2003,s.46) říká, že: *„obecně platí, že city těsně souvisejí s potřebami a jejich uspokojováním/.../City mentálně retardovaného dítěte jsou dlouhou dobu nedostatečně diferencovány a nacházejí se na úrovni mladšího dítěte/.../City dítěte s mentální retardací bývají často neadekvátní podnětům vnějšího světa a svojí dynamikou jsou neproporcionální/.../Nedostatečné ovládnutí citů intelektem se projevuje v tom, že děti v ničem nekorigují své city vzhledem k situaci, ani nemohou najít uspokojení své potřeby v nějaké jiné činnosti, která nahrazuje činnost původně zamýšlenou. Dlouho nemohou najít uklidnění po nějaké křivdě, nedovedou se spokojit s jinou, třeba i lepší věcí, jež dostaly jako náhradu za podobnou věc, která byla ztracena nebo poškozena.“ (26)*

Valenta (2003,s.83) uvádí některá specifika emocionální sféry žáků s mentální retardací: dlouhodobá nediferencovanost citů, city jsou neadekvátní svojí dynamikou a intenzitou k podnětům, egocentrické emoce podstatně ovlivňují tvorbu hodnot a postojů, city častěji obcházejí intelekt a dítě snáze podléhá afektu. (19)

1.5.2 Integrace žáků s mentální retardací

Při vzdělávání žáků s mentální retardací musíme počítat s tím, že se pedagog setkává s velikým nejrůznějších osobnostních zvláštností. Jejich úplného zvládnutí je schopen dosáhnout pomocí nejen odborných znalostí, ale také předešlých praktických zkušeností. Valenta (2003,s.88) zdůrazňuje, že: *„ze všech druhů a typů zdravotního postižení se školská integrace dětí s mentálním postižením zdá být největším problémem. Zvažujeme-li možné podoby integrace, pak se nám jako nejrealističtější forma jeví systém Batavské školy či využívá snížený počet žáků ve třídě a tandemu příslušného „obecného“ pedagoga se speciálním pedagogem, přičemž „obecný“ pedagog se věnuje převážně intaktním žákům podle daných osnov a speciální pedagog individuální formou vyučuje ve smyslu vzdělávacího programu speciální či praktické školy převážně mentálně postižené děti.“ (19)*

Co se týče organizačních forem ve vyučování žáků s mentální retardací, Švarcová (2003) říká, že: *„tradice i běžná školní praxe dělí vyučování do vyučovacích hodin o rozsahu 45 minut. Tato vyučovací jednotka je pro žáky s mentálním postižením, zejména v mladším školním věku, příliš dlouhá. Kapacita jejich pozornosti je dosud velmi nízká, a i když je učivo zajímavé a chtějí se učit, jejich volní vlastnosti jim neumožňují se na výuku v delším časovém rozsahu soustředit. Zkušený učitel si rozdělí vyučovací hodinu na několik úsek, v nichž střídá různé činnosti. Osvědčuje se vložit do hodiny pohybovou rozvíčku, zazpívat si písničku, kterou mají žáci rádi, zahrát si jednoduchou hru. i toto zpestření je pro pedagoga náročné a někdy bývá obtížné znovu koncentrovat pozornost žáků na vyučování.“ (26)*

Valenta (2003,s.97) říká, že: „upřednostňujeme ty, v nichž je možno aplikovat individuální přístup k žákovi, tj. skupinové, individuální, popř. individualizované vyučování, což lze ovšem realizovat jen v případě, kdy je ve třídě snížený počet žáků a učitel má svého asistenta. Forma projektového vyučování je akceptovatelná většinou pouze ve výchovách (VV,PV), popř. v některých společenskovědních a přírodovědných předmětech.“ (19)

K hodnocení žáků s mentální retardací se Valenta (2003,s.98) vyjadřuje následovně: „při hodnocení a klasifikaci žáka s mentálním postižením využíváme ve zvýšené míře (hlavně u mladších dětí) prostředků neformálního a nekvantitativního hodnocení, jež působí emocionálně a zkvalitňuje komunikativní interakci s žáky: úsměv, pohlázení, zašeptání pochvaly, veřejná pochvala, odměna, ale také zamračení či jiný nonverbální způsob vyjádření nesouhlasu, trest, přičemž učitel musí dbát, aby pozitivní formy hodnocení výrazně převažovaly, tj. aby každé dítě mělo opakovanou zkušenost s odměnou za (někdy velmi nepatrný) úspěch, přičemž odměna musí následovat bezprostředně po žádané reakci dítěte.“ (19)

1.6 Specifika integrace žáků s tělesným postižením

1.6.1 Charakteristika žáků s tělesným postižením

Společným znakem žáků s tělesným znevýhodněním je omezení pohybu. Toto zdravotní znevýhodnění bývá také nejlépe vnímáno ze strany intaktní společnosti, a pokud se nepojí s jiným zdravotním znevýhodněním, má žák poměrně vysoké šance na přijetí ze strany spolužáků. Tělesné znevýhodnění i přesto postihuje člověka v celé jeho osobnosti. Motorika, vnímání, kognice a emoce jsou vzájemně propojené. Toto vše má vliv na zapojení jedince se zdravotním znevýhodněním do intaktní společnosti. O tom se zmiňuje i Vítková (2003,s.164), když uvádí, že: „mobilita jedinců s tělesným postižením velmi podstatně ovlivňuje kvalitu jejich života a je základním předpokladem jejich úspěšné sociální integrace. Někdy je nezbytné adaptovat školní prostředí podle individuálních potřeb žáka. Při sestavování rozvrhu je např. třeba brát zřetel na dobrou přístupnost učebny, kam bude žák chodit apod. V neposlední řadě je třeba myslet i na vhodné sezení imobilních žáků/.../Existuje celá řada postižení vyžadujících speciální přístup k výběru místa na sezení. Patří sem poškození páteře, DMO, svalová dystrofie, rozštěp páteře, revmatická artritida, poškození končetin a poškození mozku. Vhodně zvolená židle nebo vozík musí odpovídat fyzickým, funkčním a terapeutickým požadavkům. Žák by měl mít možnost individuálně měnit pozici během pobytu ve škole.“ (19)

Vnímání žáků s tělesným znevýhodněním. Vítková (2003,s.165) říká, že: „může být primárně poškozeno ve formě dysgnózií projevující se ve škole potížemi v diferenciaci

mluveného i psaného slova. Porušen může být aktivní řečový projev, artikulace a intonace řeči, u dyskinetické (atetoidní) formy DMO často mimovolnými pohyby, které jsou sociálně rušivé.“ (19)

Rozumový vývoj. Vítková (2003,s.165-166) dále uvádí, že: *„rozumové schopnosti u dětí s DMO bývají často sníženy. V některých případech spolupůsobí nedostatek podnětů, nízká úroveň stimulace a omezenost zkušeností. Výkon ve škole bývá zhoršen slabou koncentrací pozornosti a zvýšenou unavitelností. Žáci si zapamatovávají útržkovitě, nevýběrově, obtížně si vybavují i reprodukuji učivo. Pracovní tempo žáků s DMO bývá pomalé a nevyrovnané.“(19)*

Řečový vývoj. Vítková (2003,s.166) říká, že: *„s žáky, kteří mají řečové potíže, provádí učitel (ve spolupráci s logopedem) dechová, fonační a artikulární cvičení, snaží se u žáků odstraňovat zábrany a obavy z mluveného projevu. Vhodnými metodami práce je užívání říkanek, básniček. Písni a dramatizace pohádek.....Speciální výcvik čtení zahrnuje odstraňování specifických těžkostí při čtení různé etiologie včetně dyslexie a poruch jednotlivých analyzátorů (zrakového, sluchového, kinesteticko – motorického), které se na čtení podílejí. Tělesně postižení žáci, zejména s dg. DMO, mají velké potíže s nácvkem psaní. V rámci předmětu dorozumivací dovednosti se provádějí grafomotorická cvičení a cviky vedoucí k rozvoji jemné motoriky, k uvolnění ruly, zápěstí a prstů.“(19)*

1.6.2 Integrace žáků s tělesným postižením

Přijímání dětí a žáků s tělesným znevýhodněním do běžné školy se děje zpravidla bezproblémově, pokud nemá žák přidruženou například mentální retardaci a, odpovídá –li tedy rozumově úrovni svých vrstevníků.:

Vítková (2003,s.174) dodává, že: *„společnému vyučování pozitivně napomáhá vhodné architektonické uspořádání školní budovy. Další relevantně rozhodující faktor pro integraci představuje stupeň potřeby péče a pomoci tělesně postiženým žákům. Je třeba uvést, že přijetí těchto je relativně bez problémů, pokud nevyžadují od učitelů základní školy dodatečnou péči nebo pomoc, což by přinášelo další jejich zatížení. V opačném případě je třeba využívat služeb osobní asistence.“(65)* K dalším podmínkám integrativního vzdělávání tělesně postižených žáků rovněž patří nižší počet žáků ve třídě, specifické pomůcky pro tělesně znevýhodněné. Valenta (2003,s.176) dodává, že: *„odklon od tradičních 45minutových vyučovacích hodin a obrat k otevřeným vyučovacím formám – jako je projektové vyučování, volná práce a týdenní plán – zvyšuje možnosti individuální podpory všech žáků.“(19)*

1.7 Specifika integrace žáků se zrakovým postižením

1.7.1 Charakteristika žáků se zrakovým postižením

Největší procento informací člověku zprostředkovává zrak. Proto je žák se zrakovým znevýhodněním často odkázán na využívání a posilování funkcí dalších analyzátorů.

Ludíková (2003,s.186) uvádí, že „zrakové postižení ovlivňuje celou osobnost jedince, tedy i jeho psychický vývoj, přičemž míra jeho působení je v závislosti na řadě faktorů, mezi které patří zejména druh a stupeň zrakového postižení, jeho etiologie, doba vzniku.“ (19)

Nedostatek nebo absence zrakových podnětů může vést až k senzoričné deprivaci. Proto je velice důležitá včasná diagnostika zrakové vady, aby mohla být žákovi poskytnuta odpovídající péče. Absence zraku bývá v rámci speciální pedagogické péče kompenzována pomocí zapojování hmatu, sluchu, čichu a chuti do běžných činností a využívána ve výuce.

Ludíková (2003,s.187) říká, že: „dalším z negativních důsledků zrakového postižení je změna podmínek jedince v oblasti možností prostorové orientace a samostatného pohybu. Osoby nevidomé se musí spoléhat pouze na náhradní smysly a technické podpůrné prostředky/.../.Obecně lze říci, že právě tyflotechnika je v současné době jedním z významných faktorů, který, díky svému stále velmi prudkému kvalitativnímu a kvantitativnímu rozvoji, umožňuje snížit důsledky zrakového postižení na rozvoj osobnosti jedince/...../Zvládnutí základní tyflotechniky, včetně počítačů, je v současné době pro každého jedince se zrakovým postižením nutností, neboť ta mu otevírá celou řadu možností.“(19)

1.7.2 Integrace žáků se zrakovým znevýhodněním

Vítková (2004,s.256) uvádí, že: „přijetí žáka do běžné školy závisí na rozhodnutí ředitele, který by měl informovat a dostatečně seznámit pedagogy s problematikou zrakového postižení. Nutností je seznámení se se specifiky vyplývajícími ze zrakového postižení jako je problematika prostorové orientace a samostatného pohybu, oblast optických a kompenzačních pomůcek, jež se při edukaci žáka se zrakovým postižením úzce a intenzivně využívají.“ Dále Vítková upozorňuje na možnost ředitelů škol provést úpravy hodinové dotace vyučovaných předmětů např. přípravný zpěv, sborový zpěv, individuální hra na hudební nástroj, práce s elektronickými pomůckami, čtení optakonem a další. (2)

1.8 Specifika integrace žáků se sluchovým postižením

1.8.1 Charakteristika žáků se sluchovým postižením

Sluchové vnímání je důležitou složkou dorozumívání, neboť sluchem k žákům přicházejí informace, díky nimž se orientuje v prostředí a čase. Žáci se sluchovým znevýhodněním jsou nesourodou skupinou, protože se velmi liší ve stupni jejich sluchového znevýhodnění. Roli hraje, zda se jedná o vadu vrozenou či získanou, a dosavadní míra socializace a komunikace sluchově znevýhodněného žáka. Zrakové vady můžeme rozdělit na vrozené nebo získané. Šedivá (2006,s.7) uvádí, že: „*jako převodní nedoslýchavost jsou označovány takové poruchy, při nichž je funkce vnitřního ucha a sluchových nervů zachována, avšak poškozena je oblast středního ucha. Příčinou může být vrozená nebo získaná (např. po úrazu) deformace středoušních kůstek nebo bubínku, zúžení zvukovodu, chronické zánětlivé onemocnění středního ucha a podobně*“ (27)

1.8.2 Integrace žáků se sluchovým postižením

Integrace sluchově postižených žáků do běžné školy s sebou přináší mnoho problémů. Záleží na druhu sluchové vady, podle toho bude žák přijímán spolužáky ve třídě. Šedivá (2006,s.49) říká, že: „*ze zkušenosti víme, že integrace probíhá dobře u dětí nedoslýchavých s průměrnou a vyšší inteligencí, pokud se u nich neobjevují další poruchy řeči, učení nebo chování. Dále u dětí s těžkou poruchou sluchu za předpokladu vyšší inteligence a dobrého rozvoje její verbální složky, rovněž bez dalších poruch. Svoji roli hrají i osobnostní faktory, jako je přizpůsobivost, psychická odolnost a přiměřeně rozvinuté volní vlastnosti, stejně jako přístup školy a konkrétních učitelů k takto postiženému dítěti.*“ (27) Co se týče oblasti vzdělávání, žák by měl být schopen zapojit se svým vlastním do činností třídy, nežádoucí je vytváření zcela jiných aktivit, neboť důležitou roli v integraci sluchově znevýhodněného žáka hraje vytváření sociálních interakcí.

1.9 Specifika integrace žáků se specifickou poruchou učení

1.9.1 Charakteristika žáku se specifickými poruchami učení

Poruchy učení se vykytují na základní škole velice často, není učitele, který by se s nějakým typem poruchy učení nesetkal. Poruchy učení se projevují nejen při osvojování trivia, ale jsou doprovázeny dalšími obtížemi v žákově osobnosti. Mezi nejčastější patří dyslexie - porucha rychlosti a správnosti čtení, dysgrafie – porucha psaní projevující se nevhlednou úpravou a obtížemi v osvojování jednotlivých písmen, dysortografie – porucha pravopisu, dyskalkulie – porucha matematických schopností.

Dále se můžeme setkat s dyspinií, dyspraxií a s jinými. Diagnóza jakékoliv poruchy učení nemůže být stanovena na základě jednoho charakteristického projevu, ale žák musí být dlouhodobě sledován a projít testováním na speciálním pracovišti, kde budou vyšetřeny jednotlivé oblasti školních dovedností.

Pokorná (2001) říká, že: „*je zcela nezvratné, že existuje fenomén specifických poruch učení, který někdy výrazně nepříznivě ovlivňuje vzdělávací i osobnostní rozvoj dětí, takže má vliv i na jejich celoživotní orientaci a adaptaci ve společnosti. Má rozličnou etiologii mimointelektového charakteru, která však negativně ovlivňuje i rozvoj kognitivních a intelektových funkcí jedince.*“ (28)

Zelinková (1994,s.25-26) uvádí diagnostická kritéria pro stanovení diagnózy speciálních poruch učení.

Čtení

- $IQ = 90$
- $ČQ = 90$ (kde $ČQ$ je čtenářský kvocient)
- rozdíl mezi IQ a $ČQ$ je minimálně 20 bodů
- trvale podprůměrné výsledky ve čtení
- negativní nálezy v oblasti zraku, sluhu, nevýznamné absence ve škole, adekvátní podmínky ve škole
- rezistence vůči běžným pedagogickým opatřením školy

Pokud jsou splněna všechna kritéria, lze přidělit diagnózu dyslexie.

Psaní

- trvale podprůměrné výukové výsledky v písemných projevech (zvládání tvarů písmen, problémy v diktátech)
- specifické chyby ve školních pracích event. V poradenském diktátu
- $IQ = 90$
- negativní nálezy v oblasti zraku, sluchu, nevýznamné absence ve škole
- rezistence vůči běžným pedagogickým opatřením školy.

Pokud dítě splňuje všechna kritéria, lze přidělit diagnózu specifická porucha učení v oblasti psaní.

Matematika

- $IQ = 90$
- výsledky v matematice se trvale pohybují pod úrovní daného ročníku (o 1 rok a více)
- při kvalitativním hodnocení výkonu v matematice se setkáváme s problémy v oblastech
 - - chápání pojmu číslo, umísťování čísel na číselné ose, matematické manipulace s předměty a čísly, orientace v prostoru, pozice čísla v číslici

- negativní nález v oblasti zraku, sluchu, nevýznamné absence ve škole
- rezistence vůči běžným pedagogickým opatřením školy

Při výskytu pouze izolovaných projevů hovoříme např. o rysech či nevýrazných projevech dyslexie, dysortografie, dyskalkulie.“ (29)

1.9.2 Integrace žáků se specifickými poruchami učení

Při edukci žáka se specifickou poruchou učení by měl pedagog dbát zvláštních postupů. Musí si být vědom, že porucha učení není poruchou intelektových schopností a dbát na to, aby byla žákova osobnost rozvíjena ve všech oblastech vzdělávání podle jeho možností. Dobrá spolupráce s žákem předchází vytvoření důvěrného vztahu žák – učitel, učitel – žák a navázání dobré komunikace. S žákem se pracuje pomocí různých průpravných cvičení.

Zelinková (1994,s.60) uvádí, že: *„redukaci v žádném případě neomezujeme pouze na tu oblast, v níž se porucha objevuje nejvíce. Redukace dyslexie není opakované čtení, dysortografii nelze odstranit opakováním diktátů. Vzhledem k tomu, že osvojování, čtení, psaní, počtů je podmíněno rozvojem dílčích funkcí, zaměřujeme se nejdříve na jejich rozvoj.“ (29)*

1.10 Specifika integrace žáků s poruchami chování a emocemi

1.10.1 Charakteristika žáků s poruchami chování a emocemi

Train (2001) rozděluje poruchy chování v dětském věku na:

1. Poruchy související s hyperaktivitou a neschopností soustředit se

Train (2001,s.59) říká, že: *„patří sem děti tiché a zasněné, odevzdaně uzavřené, netečné a apatické – ale také děti nesmírně aktivní, jejichž bezbřehá energie dohání ostatní k šílenství. Do této skupiny řadíme i děti, které jsou tak vytrvale nespolečenské a neschopné podříditi se jakékoli autoritě, že v jejich chování často vidíme odraz nějaké vrozené špatnosti. Tyto děti se zdánlivě nedokáží přizpůsobit ani zhodnotit důsledky svého chování. Zdá se, že jsou lhostejní k pocitům druhých. Jsou to drsnáci – rváči třídy a postrach okolí. Mohou být otevřeně vzdorovití, extrémně nepřátelské a agresivní. Některé z nich se pohybují ve společnosti uživatelů drog a svým chováním se blíží k hranicím zákona.“ (30)*

2. Poruchy související se sociálními vztahy, komunikací, učením a koordinací

Train (2001,s.73) uvádí, že těmito poruchami trpí děti: „*kteřé vypadají jako by byly uzamčeny ve svém vlastním světě, a které dávají věcem přednost před lidmi – nevidíme u nich žádnou touhu komunikovat s ostatními, sdílet s nimi skutečnost a navázat určitý vztah Pak jsou tu ještě jiné děti, které o přátelství stojí, ale nejsou ho kvůli svému stavu schopny. V tomto zoufalství mohou mít sklony k velmi podivnému chování, možná že špatně snášejí změny a jsou velice závislé na řádu a rutině, mohou mít neobvyklé a obsedantní (nutkavé) zájmy.*“ (30)

3. Poruchy vyvolané úzkostí a stresem (deprese, schizofrenie)

Train (2001,s.93) zde charakterizuje děti, jejichž porucha chování jsou způsobeny úzkostí. Říká, že: „*tyto děti dokáží vyvolat velký tlak na své rodiče, učitele, zejména v případech, že je úzkost provází vším, co dělají. Pokud je možno vysledovat konkrétní stresující příčinu, je svým způsobem jednodušší se s problémem vyrovnat, často však úzkost u dítěte žádnou zjevnou příčinu nemá. Malé dítě, které je úzkostné, může být extrémně stydlivé a plaché. Může nepřimknout k matce a je plné úzkosti, když matka odejde z místnosti. Může mít potíže se spánkem a mohou ho pravidelně trápit noční můry. Může se bát hlasitých zvuků. Může mít strach ze zvířat a představovat si stvoření, která mu chtějí ublížit.*“ (30)

1.10.2 Integrace žáků s poruchami chování a emocemi

Podíváme – li se na problematiku vzdělávání žáků s poruchami chování a emocí, Train (2001,s.142) říká, že:

- „1. *rodiče a učitelé musí spolupracovat,*
2. *předvídat problémy, které může dítě mít,*
3. *opakovat pokyny,*
4. *často dítě chválit,*
5. *zaměřit se na odměňování dítěte,*
6. *používat okamžité, časté a odpovídající postupy,*
7. *předvést pravidla,*
8. *rozdělit úkoly do menších celků, které dítě zvládne – zaměřit se na možný úspěch,*
9. *poskytnout únikovou cestu, např. klidné místo,*
10. *udržet přiměřenou hladinu stimulace – nabídnout řadu alternativních činností.*“ (30)

Munden (2006,s.98) uvádí některá opatření, která mohou učiteli pomoci při práci s žákem s ADHD: posadit dítě blízko učitele, který ho může nenápadně sledovat, a rozložit obsáhlé úkoly na dílčí kroky. Odměňovat dobrou práci a udržení pozornosti pochvalou. Mírně dítěti ulevit třeba tím, že ho pošleme něco zařídit, když ztrácí energii a nadšení. (31)

Munden (2006,s.100) ve vztahu k ADHD také uvádí, že: „*skutečnost je taková, že učitelé, kteří se pokoušejí čelit mnoha požadavkům, mívají často pocit prohrané bitvy.*

Bez ohledu na to, jak dobře to myslí a jak jsou trpěliví, není jednoduše možné vyhovět potřebám dítěte bez zvláštní pomoci.“ (31) Je důležité, aby si byl učitel vědom speciálně vzdělávacím potřebám žáka a nenahlížel na něho jenom jako na někoho, kdo je pomalejší nebo méně intelektově schopný.

Pokorná (2001,s.139) zdůrazňuje, že: „s potřebou po zklidnění souvisejí i odpovídající postoje osob, které jsou s dítětem v denním styku. Optimální je klidné a důsledné vedení. Je to náročné tvrzení. Děti ve skutečnosti šíří svůj neklid a přenáší na druhé.“ (28)

*Děti s hyperkinetickou poruchou nemají rády změnu. Na tomto místě mnoho odborníků uvádí, že pro práci s dítětem s hyperkinetickou poruchou je vhodně často měnit činnosti. Nad tím se však Pokorná (2001,s.139) pozastavuje, když uvádí, že: *opět mnohé příručky i odborní pracovníci deklarují, že se u dětí s hyperkinetickou poruchou mají často měnit činnosti, nejlépe po deseti minutách. To je vzhledem k dnešnímu stavu výzkumu pochopitelný, ale přece závažný omyl/...../Ve skutečnosti dítěti s obtížemi v koncentraci trvá několik minut, než se v nové činnosti orientuje, a my ho často vytrhujeme právě v okamžiku, kdy se do práce zabralo. Dítě si má samo určit dobu, po kterou bude pracovat, samo se má kontrolovat, jak dlouho se dokáže soustředit.“ (28)**

1.11 Faktory ovlivňující úspěšnost školské integrace

Úspěšnost školské integrace je ovlivněna mnoha faktory. Jsou to faktory, které mají bezprostřední vliv na fungování žáka v průběhu integračního procesu. Mezi ně patří:

- 1) rodiče a rodina
- 2) škola
- 3) učitelé
- 4) poradenský systém
- 5) prostředky speciálně pedagogické podpory
- 6) další faktory

Výraznou roli v procesu hraje i žák samotný. Jeho postoj k navštěvování běžné základní školy, jeho přání, očekávání, motivace. Měl by být předem seznámen s tím, jak bude vypadat prostředí školy, měl by mít možnost seznámit se s třídním učitelem a lby měl být ze strany rodiny i školy motivována podporován. Naopak by neměl být vystavován nadměrnému stresu, znepokojování a příliš velkými požadavky.

1.11.1 Rodina a rodiče

Práva rodičů jako nejvýše respektování hodná jsou kodifikována v mnoha zákonech hájících lidská práva a svobody. Rodiče žáků se zdravotním znevýhodněním pohybující se v síti lékařských a poradenských služeb jsou neustále ovlivňováni závěry těchto

subjektů, ale platné a respektované je vždy jejich konečné rozhodnutí. To platí i ve vztahu k volbě vhodného vzdělávacího systému.

Michalík (2001,s.108) říká, že: „u dětí se zdravotním postižením a jejich rodičů mohou být některé aspekty zvýrazněny či umocněny. Jsou to zejména:

- obavy o osud a zdraví dítěte vedoucí k větší opatrnosti (rozpracovat)
- nedůvěra a zvýšená citlivost vůči institucím a jejich představitelů
- výrazně pociťovaná ekonomická a sociální nejistota
- větší závislost na poradenských a posudkových institucích a jejich pracovnících
- zvýšená psychická i fyzická unavitelnost.“(15)

Nutné je si uvědomit, že zmíněné aspekty jsou založeny na obecné zkušenosti, nemůžeme je ale považovat za absolutně platné pro všechny situace ve vztahu rodič – dítě se zdravotním znevýhodněním.

Podle Michalíka (2001) existují aspekty, které, když se podaří rodině pozitivně naplnit, výrazně napomáhají úspěšné školské integraci. Jsou to následující:

1. Rodiče si musí zvolit pro své dítě vzdělávací cestu v rámci běžné, tedy nejprve základní školy.(15)

Je dobré, pokud se rodiče i odborníci začnou nejdříve zajímat o to, jakým způsobem by bylo možné realizovat vzdělávání v běžné základní škole. To hlavně proto, aby nebrali dítěti možnost vzdělávat se v rámci běžného systému. Zvažovat zde ale musíme žákovy intelektové, komunikační, sociální a osobnostní dispozice, které musí být ověřeny v rámci speciálně pedagogické diagnostiky. V praxi se můžeme setkat s rodiči, kteří budou vzdělávání svých dětí v rámci běžné školy neúměrně prosazovat, bez ohledu na speciálně vzdělávací potřeby svých dětí, a to hlavně z důvodu možného poklesu sociálního statusu celé rodiny, pokud dítě bylo vzděláváno například ve škole speciální.

2. Rodiče musí počítat s daleko větší angažovaností než v případě umístění ve speciální škole. (15)

Míra angažovanosti rodičů se liší podle druhu a stupně zdravotního znevýhodnění jejich dítěte. Často je těsná spolupráce školy a rodiny pro úspěšnou integraci skutečně nutná a může být důvodem, proč rodiče žáka na cestu integrace nepřistoupí. Je ale také možné, že rodiče vzdělávání svého dítě v běžné škole prosazují, ale důležitost jejich aktivní spolupráce s třídním učitelem si zpočátku dostatečně neuvědomují. Otázkou zůstává, zda je míra jejich angažovanosti vyžadována ze strany školy odpovídající, a do jaké míry je vhodná.

Michalík (2001,s.110) k tomu podotýká, že: „praxe však ukazuje, že minimálně ještě několik let bude cesta integrovaného vzdělávání pro rodiče skutečně náročnější než volba pobytu ve speciálním zařízení. Existují dva základní důvody, okruhu činností, které se od rodičů vyžadují:

- domácí podpora vzdělávacího procesu formou domácích úkolů, cvičení a nahrazování výpadků vzniklých při nepřítomnosti dítěte, jeho pomalejším tempem ve výuce ap.

- zabezpečení obslužných činností a dopravy dítěte

3. Práva a povinnosti rodičů dítěte nejsou ve školské integraci dostatečně deklarovány (15)

To nás odkazuje k předešlému aspektu, který se zabýval mírou angažovanosti rodičů na školní výuce. Ale i k dalším právům a povinnostem rodičů, které nejsou nikde konkrétně zakotveny. Záleží tak na kvalitě komunikace mezi rodinou a školou a profesionálním přístupem ze strany pedagogických pracovníků. Pokud nejsou práva a povinnosti rodičů jasně vymezeny, ani tento přístup nemusí zajistit bezproblémový proces.

1.11.2 Škola

Michalík (2001,s.112) říká, že: „pro pokud možno bezproblémový pobyt dítěte s postižením ve škole je rozhodující i stupeň motivace spolužáků a jejich vztah ke vzdělání a studiu. O atmosféře ve škole leccos rodiči dítěte s postižením napoví již první kontakty se školou. Z nich je možno vysledovat, jaké asi možnosti vzdělání pro své dítě ve škole rodiče naleznou/.../Má –li integrace dětí s postižením patřit k běžné náplni činnosti škol, nelze očekávat, že by bylo možno bezdůvodně a trvale odmítat práci s dítětem s postižením.“ (15)

Mezi prostředky, které by měla být škola schopna integrovanému žákovi se zdravotním znevýhodněním zpřístupnit, můžeme zařadit:

a) pedagogický asistent

-funkce asistenta patří mezi podpůrná opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a legislativně je upravena vyhláškou č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných v § 7, odst.1, kde říká, že: „hlavními činnostmi asistenta pedagoga jsou pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, pomoc při komunikaci se žáky, při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází.“ (32)

b) osobní asistent

-funkce osobního asistenta a vymezení náplně jeho práce upravuje zákon č. 108 /200 Sb., o sociálních službách, § 39. O tom, zda se osobní asistent může účastnit výuky, rozhoduje ředitel školy

c)odstranění architektonických bariér

-mnoho základních škol v České republice není bezbariérových, což také může hrát roli v rozhodování ředitelů škol, zda se k integraci stavět aktivně

1.11.3 Učitel

Osobnost učitele má velký význam pro úspěšné zvládnutí integrace, neboť je to právě osobnost pedagoga, která pracuje s obsahy, formami a metodickým vedením při edukaci žáka se zdravotním znevýhodněním. Mezi další žádané charakterové vlastnosti pedagoga nebo asistenta pedagoga pracujícího s integrovaným žákem patří také trpělivost, empatie, flexibilita, schopnost improvizace a pozitivní ladění osobnosti.

Švarcová (2004,s.95) říká, že: „z náročných požadavků na pedagoga vzdělávací žáky s mentálním postižením vyplývá potřeba dobře se orientovat v didaktice, ač se nezasvěceným může zdát, že tak samozřejmé věci, jimž se učí žáci nepochybně zná každý, a tudíž jim může i vyučovat.“ (26)

Důležitým faktorem je připravenost učitele. Pouhé nadšení pro pomoc žákovi se zdravotním znevýhodněním nestačí. Základy odborných znalostí, které se týkají konkrétního zdravotního znevýhodnění, s nímž se učitel u integrovaného žáka setkává, jsou předpokladem pro další jeho další pedagogickou činnost.

Michalík (2001,s.113-114) říká, že: „*roli učitele dítěte s postižením v běžné škole je třeba výrazně ocenit a vyzdvihnout. V dnešní době je již několik stovek dětí s postižením integrovaných na základních školách. Většina z nich na 1.stupni základní školy. V praxi tento údaj znamená, že drtivá většina učitelů dětí s postižením jsou vlastně učitelky (na 1. Stupni více než 93% žen)/...../Přijetí dítěte s postižením do třídy znamená pro učitele větší nároky na přípravu na výuku jako celku i jako jednotlivých hodin. Samozřejmostí je vypracování či participace na plnění individuálního vzdělávacího programu dítěte. Učitel musí zvládnout rozdělení svého zájmu a působení mezi zdravé žáky a žáka s postižením. Tak, aby žádná strana nebyla v nevýhodě a ochuzena nízkými nároky a nedostatkem času.*“ (15)

Ve výchovně vzdělávacím procesu mezi učitelem a žákem se zdravotním znevýhodněním vyvstává nutnost spolupráce s odborníky, speciálně pedagogická reflexe i reflexe osobní.

1.11.4 Poradenství a diagnostika

Poradenství a diagnostiku pro potřeby žáků se zdravotním znevýhodněním v oblasti speciálně vzdělávacích potřeb zajišťuje především Speciálně vzdělávací centrum, které je spravováno ministerstvem školství. V jejich náplni činností není ale jen poskytování podpory a poradenství žáků se zdravotním znevýhodněním, ale i rodičům, učitelům, pedagogům asistenta, osobním asistentům, školám. Mohou tak ovlivnit i představy rodičů o formě vzdělávání jejich dítěte.

Jankovský (2001,s.65) uvádí, že: *„lze zcela jednoznačně vyzdvihnout přínos těchto účelových školských zařízení, který spočívá dle mého soudu především v časné depistázi a především i dispenzarizaci jedinců s příslušným typem postižení v daném regionu. Tím dochází k posílení role speciální pedagogiky v této oblasti.“* (7)

Michalík (2001,s.117) doplňuje, že: *„předpokladem vhodného poradenského vedení ze strany příslušného pracovníka je samozřejmě znalost nejen stavu a potřeb dítěte, ale i znalost podmínek na jednotlivých školách, v regionu se zaměřením na možnosti poskytnutí účinné speciálně pedagogické podpory. V tomto směru je činnost, zpravidla center, nezastupitelná. Jejich pracovníci jsou v kontaktu s běžnými školami, mohou a také zpravidla jednají, spolu s rodiči s řediteli škol, vytipovaných jako vhodné pro přijetí dítěte. Zkušený poradenský pracovník si je vědom, že v případě přijetí dítěte do běžné školy bude opět on spoluodpovědný za náležitosti individuálního vzdělávacího programu, bude poskytovat učitelům konzultace atd.“* (15)

1.11.5 Další faktory – sociálně psychologické mechanismy společnosti

Mezi sociálně psychologické mechanismy společnosti můžeme zahrnout celospolečensky respektované normy, soudy, postoje, které formují vnímání jedinců se zdravotním znevýhodněním v rámci širší společnosti. V naší společnosti přetrvávají, které nevnímají tyto jedince jako plnohodnotné členy a intaktní společnost se tak často nechává ovlivňovat dogmaty, které přetrvávají po desetiletí. Svou funkci zde plní sdružení lidí se zdravotním znevýhodněním nebo občanská sdružení, která hájí rovná práva občanů se zdravotním znevýhodněním a hlavně v minulosti tlačily na státní aparát, aby některé jejich požadavky byly vyslyšeny. Události, které utváření společenské vnímání osob se zdravotním znevýhodněním mají tak vliv i na ochotu ředitelů integrovat žáky se zdravotním znevýhodněním, na atmosféru školy, postoje pedagogů, rodiče žáků běžných škol i na spolužáky integrovaných žáků.

2 CÍL PRÁCE

2.1 Cíl práce

Cíl práce 1: zmapovat průběh a okolnosti integrace žáků se zdravotním znevýhodněním v regionu jižních Čech.

Cíl práce2: navrhnout kroky, které by učitelům na 1. stupni základní školy napomohly v procesu integrace.

2.2 Výzkumné otázky

Práce se prostřednictvím výzkumných otázek snaží zjistit: 1. Jak vidí proces integrace žáků se zdravotním znevýhodněním učitelé na 1. stupni základní školy, 2. Jak jsou připraveni učitelé 1. stupně základní školy na integraci žáka se zdravotním znevýhodněním, jaká jsou další možná opatření k úspěšné integraci ze strany učitele 1. stupně základní školy.

3 METODIKA

3.1 Použitá metodika

Jako metoda zkoumání byl uplatněn kvalitativní výzkum ve formě případové studie. Kvalitativní výzkum je podle Creswella: „*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,*“ (33)

Pro zjištění výzkumných otázek byl v práci použit polostrukturovaný rozhovor v rozsahu devíti otázek zaměřených na vnímání učitelů procesu integrace, užívání metod ve vyučování, na možnosti a způsoby jejich dalšího vzdělání, na cíle, úspěšnost integrace a zajímal mě i jejich pohled na přínos školské integrace. Studium pedagogických dokumentů.

3.2 Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumný soubor tvořili učitelé 1. stupně základních škol v Jihočeském kraji, kteří:

a) aktuálně pracují se zdravotně znevýhodněnými žáky integrovanými na 1. stupni základní školy, tento soubor tvoří učitelky s poměrně krátkou praxí (7 let, 5 let, 1 rok) na 1. stupni základní školy. Jedná se o učitelky kolem 30 let, které začaly učit hned po ukončení pedagogické fakulty nebo před tím krátce působily v jiné oblasti. V rámci zdravotního znevýhodnění žáků, kteří byli integrováni v jejich třídách, se setkáváme

s Aspergerovým syndromem, oboustrannou nedoslýchavostí a Dětskou mozkovou obrnou (dále jen DMO),

b) již v minulosti pracovali s integrovaným žákem se zdravotním znevýhodněním a mají na proces integrace jakýsi zpětný pohled, tento soubor tvoří učitelky s dlouholetou praxí (15 let, 24 let, 21 let), které učí na 1. stupni základní školy od absolvování pedagogické fakulty. V rámci zdravotního znevýhodněných žáků, kteří byli v minulosti integrováni v jejich třídě se zde setkáváme s autismem a s Downovým syndromem,

c) se ve své pedagogické praxi se žákem se zdravotním znevýhodněním dosud nesetkali, tento soubor tvoří učitelky s různě dlouhou pedagogickou praxí (15 let, 8 let, 6 let) na 1. stupni základní školy. Jedná se o učitelky 3., 2. a 5. třídy.

Tento výběr jsem zvolila na základě možnosti posouzení pohledu učitelů na integraci v různých etapách jejich praxe, a to z pohledu zkušenosti aktuální, zkušenosti minulé, obohacené o zpětný pohled, odstup a objektivnější posouzení a zkušenosti dosud nenabyté, na kterou by měl být učitel na 1. stupni základní školy také připraven. Z hlediska druhu zdravotního znevýhodnění se práce neomezovala na vybraný druh, ale snažila se poukázat na různé druhy a stupně zdravotního znevýhodnění.

4 VÝSLEDKY

4.1 Učitelé 1. stupně základní školy, kteří aktuálně pracují se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné třídě

Případová studie č. 1 – Aspergerův syndrom, 1. třída

Učitelka 1, 7 let praxe na 1. stupni základní školy. Právě pracuje s integrovaným žákem s Aspergerovým syndromem v 1. třídě, kde je dalších 16 žáků. V případě žáka integrovaného do třídy učitelky 1 se žák neprojevuje afektovaně, jeho komunikace je strohá, ale fungující v rámci osobní komunikaci i v rámci komunikace s vrstevníky. Učitelka 1 uvádí, že při příchodu do 1. třídy už uměl číst i psát, úkoly tudíž plní velice dobře, podotýká, že se více zaměřuje na rozvoj jeho sociálního chování. Když se dozvěděla, že bude do její třídy integrován chlapec s Aspergerovým syndromem, popisuje, že ji provázela strach, jak integraci zvládne, jak se bude žák projevovat, komunikovat, jakým způsobem bude schopen pracovat a fungovat mezi ostatními žáky. Dosud neměla žádnou zkušenost s integrací zdravotně znevýhodněného žáka. Na práci s žákem se připravovala sama pomocí odborné literatury, škola ji poskytla několikadenní školení zaměřené na práci s žáky s autismem a Aspergerovým syndromem. Přiznává ale, že nejvíce ocenila komunikaci s rodiči, kteří jí byli schopni informovat o žakových vlastnostech a chování a byli jí nápomocni při řešení výchovných problémů, které se vyskytly. Dále vyzdvihuje přínos komunikace s pedagogickým asistentem, který jí byl schopen poradit, jakých metod užívat při zapojení žáka do skupinové práce třídy, čím je jeho znevýhodnění specifické, a jak se toto znevýhodnění projevuje ve školní práci a v sociálních vztazích. Jednalo se o zkušeného asistenta pedagoga, který byl učitelce 1 oporou. Pomoc speciálně pedagogického centra (dále SPC) učitelka 1 využívá minimálně, konkrétně ho například využívala při tvorbě individuálního vzdělávacího plánu (dále IVP). Více se komunikace s SPC sama neúčastní, užší spolupráce s SPC se týká pouze asistenta pedagoga a dítěte. Učitelka 1 uvádí, že jejím cílem v integraci zdravotně znevýhodněného žáka s Aspergerovým syndromem je jeho začlenění do běžné třídy. V zápětí dodává, že se tento cíl daří naplňovat. Z vyučovacích metod se učitelce neosvědčily hry na spolupráci, naopak kladnou odezvu i výsledek práce mají u tohoto žáka soutěže, kde vystupuje sám za sebe, protože vyniká ve vědomostních úkolech. Z pohledu učitelky 1 je pro zdařilou integraci zdravotně znevýhodněného žáka nejdůležitější komunikace mezi učitelem, asistentem pedagoga, rodinou a SPC. Riziko pak vidí v nespolupráci jedné z uvedených složek. Školská integrace jako taková má podle učitelky 1 přínos z dvojího hlediska: 1. žáci ve třídě jsou pro znevýhodněného žáka motivací natolik, že dokáže své školní výsledky výrazně vylepšit, 2. přijetí znevýhodněného žáka žáky ostatními, kdy se naučí toleranci a ohleduplnosti. Do této doby hodnotí učitelka 1 integraci žáka s Aspergerovým syndromem za úspěšnou, naplnila očekávání a přinesla žádaný efekt, tudíž motivaci žáka pro výkony, jichž byl schopen a začlenění do třídy s běžnými žáky.

Případová studie č. 2 – oboustranná nedoslýchavost, 3. třída

Učitelka 2,5 let praxe. Právě pracuje s integrovaným žákem s oboustrannou nedoslýchavostí ve 3. třídě, kde je dalších 18 žáků. V případě žáka integrovaného do třídy učitelky 2 se jedná o středně těžkou oboustrannou nedoslýchavost. Pro tento stupeň sluchového znevýhodnění je přítomnost asistenta pedagoga nezbytná, neboť komunikace probíhá jak mluvenou řečí, tak i pomocí znakového jazyka, a to vzhledem k další prognóze. Když se dozvěděla, že bude pracovat s integrovaným žákem měla obavy, co vše bude integrace takto zdravotně znevýhodněného žáka obnášet, jak zvládne jeho zapojení do třídní skupiny, obávala se i spolupráce s asistentem dítěte, zda si lidsky zapadnou, a nebudou-li se při vyučování vyrušovat. Zkušenost v oblasti integrace zdravotně postiženého žáka učitelka dosud neměla. Před zahájením práce s žákem měla možnost dalšího vzdělávání, ale odborných seminářů zaměřených na práci s žákem se sluchovým postižením se účastnil asistent pedagoga. Učitelka 2 studovala odbornou literaturu a mnoho podnětů a předaných zkušeností získala od učitelky, která měla žáka integrovaného v 1. třídě. Učitelka 2 přiznává, že pomoc SPC sama využívá jen částečně, IVP sestavovala sama, SPC ho kontrolovalo na začátku školního roku a hodnotilo na konci školního roku. Nutná byla jeho spolupráce v otázkách pedagogické asistence – metodický a didaktický materiál. Jako cíl v integraci žáka učitelka 2 uvedla samostatnost, protože zdravotní znevýhodnění žáka nabízí možnost, že by mohl být v dalších letech vzděláván běžným způsobem s využitím kompenzačních pomůcek potřebným ke kompenzaci jeho sluchového znevýhodnění. Učitelka 2 dodává, že bez přímé účasti asistenta se žákova aktivita zvyšuje, při účasti asistenta spoléhá na jeho pomoc a práce ho tolik nemotivuje. Jako další cíl v integraci žáka učitelka uvedla začlenění do kolektivu. Od 1. třídy nemá s přijetím od spolužáků větší potíže, začlenil se bez problémů. Vyučovací metody, které se v práci s integrovaným žákem osvědčují, jsou samostatná práce, soutěž v oblasti, kterou ví, že zvládá, naopak se neosvědčuje spolupráce ve skupině, kde žák nevytváří žádnou iniciativu a spoléhá na ostatní členy skupiny. Pro zdařilou integraci je z pedagogického hlediska podle učitelky 2 nejdůležitější spolupráce s rodinou, kolektiv třídy a motivace dítěte. Školská integrace podle učitelky 2 smysl má, ale vždy vhodná není. Záleží na druhu a stupni postižení integrovaného žáka. Tento problém se netýká konkrétně tohoto žáka s oboustrannou nedoslýchavostí, učitelka 2 zastává názor, že v jeho případě je integrace maximálně vhodná. Dále dodává, že v loňském školním roce měla ve třídě kromě tohoto žáka ještě žáka s ADHD, a přiznává, že tehdy pro ni byla práce ve třídě velmi náročná. Podle učitelky 2 naplnila integrace žáka s oboustrannou nedoslýchavostí očekávání a přinesla žádaný efekt. Žák je začleněný, spokojený, není vidět, že by do skupiny nepatřil.

Případová studie č. 3 – kvadruparetická DMO, přidružená zraková vada, 4. třída

Učitelka 3, 1 rok praxe na 1. stupni základní školy, v minulosti působila na základní umělecké škole. Žák 4. třídy integrován v malotřídní škole (celkem 27 žáků), počet žáků

ve třídě snižený na 9. V případě integrace žáka integrovaného do třídy učitelky 3 se jako přidružená vada vyskytuje zraková vada, rozumové schopnosti nebyly zásadně narušeny. Žákovi byla diagnostikována kvadruparetická forma DMO, všechny jeho končetiny jsou tedy narušeny, k pohybu používá ortopedický vozík. K dispozici má asistenta pedagoga i osobního asistenta v jedné osobě. Reakce učitelky 3 na zprávu o integraci žáka se zdravotním znevýhodněním nebyla zarážející, uvádí, že bezproblémová, protože již pracovala se zdravotně znevýhodněnými dětmi v rámci canisterapie, které se věnovala, než začala vyučovat na základní škole. Účastnila se integračních táborů pro děti s autismem, DMO, Downovým syndromem a jiné. Tuto praxi učitelka 3 považuje za největší přínos pro její současnou výchovně vzdělávací činnost. Podotýká, že příprava na práci se zdravotně znevýhodněnými žáky z pedagogické fakulty je nedostatečná, učitel je v takové situaci odkázaný na literaturu, SPC, v lepším případě na zkušeného pedagogického asistenta nebo kolegyni, mající praxi v této oblasti. Možnost dalšího vzdělávání by jí ředitel školy zajistil, ovšem nebylo to nutné, neboť učitelka 3 nabývala vědomosti a zkušenosti v rámci canisterapeutických kurzů, kde se seznámila i s metodami výchovně vzdělávací práce pro potřeby žáků s DMO, a skládala zkoušky z metod práce se zdravotně znevýhodněnými osobami. Co se týká SPC, učitelka 3 uvádí, že v těsnějším kontaktu s SPC jsou rodiče žáka, sama se na SPC obrací hlavně s radou o pomoc při užití metod práce ve vztahu k probírané učební látce, se kterou žák dosud nepřišel do kontaktu, například geometrie – rýsování. Vzhledem ke stupni znevýhodnění není žák schopen provádět geometrické úkony, ale je schopen myšlenkově provádět dané postupy potřebné pro rýsování. Vzhledem k přidružené zrakové vadě je nutné zvětšování lupou. SPC pomáhá hlavně v materiální rovině při zapůjčování kompenzačních pomůcek a učebních materiálů. Cíle uvádí učitelka 3 ve dvou rovinách, v rovině studijní, kde shledává, že cíle IVP se daří naplňovat bez větších problémů, a v rovině sociální, kde se učitelka rovněž domnívá, že jeho začlenění se vyvíjí bezproblémově. Jako kladné faktory učitelka 3 zmiňuje malý počet žáků ve třídě i ve škole, kde se všichni navzájem dobře znají od 1. třídy nebo mateřské školy, a to, že se ostatní žáci naučili toleranci a respektu vůči němu, a to zcela přirozeně v rámci běžného soužití ve třídě. Vědí, co si k němu mohou a nemohou dovolit, naučili se znát specifika jeho osobnosti. Za přínosné metody práce označuje učitelka 3 individuální i skupinovou práci, obě metody ve výuce používá, při každé z nich je nutný asistent žáka. Za problémové metody označuje učitelka 3 individuální práci u tabule, jelikož žák není schopen psát, diktuje jí odpovědi, které na tabuli zapisuje. Třída využívá interaktivní tabuli, kde může učitelka 3 žákovi vše zvětšit podle jeho potřeby. Učitelka 3 musí neustále dbát na speciální přístup, vše musí předčítat a zapisovat, musí dbát na správně formulované otázky a pokyny tak, aby byl žák schopen splnit úkol v rámci svých možností. Podle učitelky 3 je z pedagogického hlediska nejdůležitější znát přesnou diagnózu žáka, vědět, co znamená a být si vědom vzdělávacích možností, jeho dalších limitů a další prognózy jeho zdravotního stavu. Najít optimální úroveň nepřeceňovat ani nepodceňovat. Domnívá se, že další oblasti jako metody práce a komunikace není už tak obtížné praxí získat.

Školská integrace podle učitelky smysl každopádně má, měl by se ale posuzovat případ od případu tak, aby snaha o integraci žákovi spíše neublížila. V zápětí dodává, že toto není případ jimi integrovaného chlapce, díky vysokému IQ je jeho integrace více než vhodná. Důležitou úlohu podle učitelky hraje osobnost pedagoga, který bude integraci přítomen a na jaké škole s jakým sociálním prostředím bude integrace probíhat. Podle učitelky naplnila integrace žáka s DMO do hlavního vzdělávacího proudu očekávání a přinesla žádaný efekt, neboť žák je ve svém přirozeném prostředí a dosahuje optimálních výsledků. Efekt jeho integrace učitelka pozoruje i na straně ostatních žáků, kterým přinesla bohatou osobní a lidskou zkušenost.

4.2 Učitelé 1. stupně základní školy, kteří v minulosti pracovali se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné třídě

Případová studie č.4 – autismus, 1. a 2. třída

Učitelka 4, 15 let praxe na 1. stupni základní školy. Před 2 lety pracovala v 1. třídě s integrovaným žákem s diagnostikovaným autismem. Učitelka 4 popisuje, že autistický žák, jenž byl integrován v její třídě se projevoval uzavřením, nejvíce komunikoval s asistentem pedagoga, na kterého byl navyklý, problémy mu dělala představitost, nutná proto byla názornost všech prováděných činností. Nechtěl měnit místo ve třídě, k tabuli šel jen, když chtěl, někdy toho nebyl schopen. Na druhou stranu ji překvapila jeho bezproblémová reakce, když mu jednu ráno ve třídě oznámila, že se půjde do divadla. Byla si vědoma toho, že by na takovou událost, která vyčnívá z rámce běžných činností, měla žáka připravit alespoň den předem, ale on tuto skutečnost přijal a absolvoval bez problémů divadelní představení. Její reakce na zprávu, že bude pracovat s žákem s autismem jí nebyla úplně příjemná, obávala se, jak celou situaci zvládne. Dosud neměla žádnou zkušenost s integrací zdravotně znevýhodněného žáka ani s jinou formou práce se zdravotně znevýhodněnými osobami. Možnost dalšího vzdělávání učitelka měla, absolvovala 4 semináře v rámci spolupráce s SPC, dále studovala v odborné literatuře, nejvíce však oceňovala podněty a rady, které do výuky přinesl asistent pedagoga. Jednalo se o zkušenou asistentku, která s žákem pracovala již v mateřské škole, a protože se chystala z mateřské školy odejít do penze, udělala osobní rozhodnutí a ještě rok doprovázela žáka 1. třídou základní školy. Učitelka její invenci velice oceňovala, jelikož asistentka znala žáka od tří let jeho věku a byli na sebe navyklí. Spolupráci s SPC si učitelka 4 chválí jako neocenitelného rádce v reflexi práce. Jeho pomoc využívala s asistentkou opakovaně v průběhu celého roku při školení v SPC v Českých Budějovicích, pracovníci SPC naopak navštívili integrovaného žáka ve třídě na začátku a na konci školního roku. SPC také žákovi poskytlo materiální pomoc – učení materiály, návody. Prvním dlouhodobým cílem, který si učitelka 4 stanovila, bylo začlenění do třídy, zvláště pak do jedné poloviny třídy, která žáka neznala (druhá polovina žáka znala z mateřské školy). Žák se zpočátku schovával pod lavici a nechtěl spolupracovat. Další cíle byly krátkodobé a více konkrétní, vztahovaly se k učivu z IVP.

Učitelka 4 dodává, že tyto cíle bylo ale potřeby v průběhu roku upravovat, a to podle měnících se předpokladů integrovaného žáka. O jeho možnostech se přesvědčovala formou pokus – omyl, jelikož nikdy nevěděla, jak žák právě zareaguje. Někdy stanovené vzdělávací cíle předčil, jindy jich vůbec nedosáhl. Učitelka 4 shrnuje, že z hlediska začlenění žáka do běžné třídy se integrace podařila. Jako příznivá vyučovací metody fungovala individuální práce s důkladnou názorností, s dostatkem fungujících pracovních pomůcek, naopak jako ne příliš vhodná metoda vyučování fungovala individuální práce u tabule, tímto způsobem pracoval jen ojediněle, a to když sám chtěl. Podle učitelky 4 je pro úspěšnou integraci z pedagogického hlediska nejdůležitější trpělivost a umění přizpůsobit se vzniklým situacím. Důležitou roli podle ní hraje i dobrý vztah, vzájemná spolupráce a komunikace mezi pedagogem a asistentem pedagoga, je vždy velkou výhodou, když si zapadnou lidsky, vymezí si své pole působnosti a nemají obavy před sebou vystupovat a při vyučování se navzájem nekontrolují. Školská integrace v obecné rovině podle učitelky 4 přínos určitě má, ale jen do jisté míry, neměla by totiž omezovat ostatní žáky ve třídě. Pokud integrace zdravotně znevýhodněného žáka nepřekračuje tuto hranici, má příznivý vliv nejenom na něho samotného, ale také na jeho spolužáky, kteří se naučí toleranci a pochopení pro potřeby druhých lidí. Očekávání integrace žáka s autismem se podařilo naplnit částečně. V 1. třídě se s malými odchylkami vzdělávací cíle dařilo naplňovat, mnohé věci se naučil, mnohé ale ne. V 2. třídě se studijní výsledky žáka začaly zhoršovat, dnes navštěvuje praktickou školu. Po stránce sociální byla jeho integrace podle učitelky 4 úspěšnější.

Případová studie č. 5 – hraniční autismus, 1. třída

Učitelka 5, 24 let praxe na 1. stupni základní školy. Před rokem pracovala v 1. třídě s integrovaným žákem s diagnostikovaným autismem. Učitelka 5 popisuje žáka s hraničním autismem, jenž byl integrován v její třídě, jako plachého chlapce, s kterým byla těžká komunikace. Nebyl příliš manuálně zručný, což mu způsobovalo potíže při výtvarné nebo tělesné výchově. Neúspěch vždy těžce nesl, urazil se a nechtěl komunikovat. Právě zlepšení v oblasti jeho sociálního chování si učitelka stanovila jako jeden z dlouhodobých cílů jeho výchovy. Reakce učitelky 5 na zprávu o integraci žáka do její třídy byla rozporuplná. Tuto zásadní informaci se totiž dozvěděla až v přípravném týdnu před zahájením školního roku. Příznává, že ji nezaskočil ani tak obsah zprávy, ale způsob, kterým se to dozvěděla. Informace o diagnóze, projevech chování a způsobu vzdělávání získávala za pochodu. Žákovi byla přidělena asistentka, ta však byla nezkušená, a proto učitelce ve třídě příliš nepomohla. Navíc v téže třídě už byla integrována žákyně s Turnerovým syndromem a půl roku žák s ADHD. Dosud učitelka neměla s integrací žádné zkušenosti, sama příznává, že pouze z filmu o chlapci s autismem. Možnost dalšího vzdělávání jí ředitel školy poskytl, účastnila se asi 3-4 seminářů v SPC v Českých Budějovicích, informace doplňovala podle potřeby i vlastního zájmu odbornou literaturou. Pomoc SPC učitelka 5 tedy využívala a tuto

spolupráci oceňuje jako ucelený základ pro práci s integrovaným žákem. Dlouhodobým cílem jeho integrace představovalo zapojení do skupiny běžné třídy, v této oblasti se stalo dalším cílem zlepšit jeho sociální chování. Žák nebyl manuálně zručný a při neúspěšném provedení úkonu například v hodinách tělesné výchovy se urazil a přestal komunikovat. Tento cíl se podařilo splnit částečně. Cíle vzdělávací v oblasti matematiky a českého jazyka se podařilo naplňovat bez větších obtíží. Cíle v matematice se musely v průběhu upravovat, například nenaplnil očekávání zvládnout operace na číselné řadě do dvaceti. Paměť žáka byla krátkodobá, nepamatoval si předchozí operační úkon. V oblasti českého jazyka se učitelka zaměřovala na čtení s porozuměním, které dělalo žákovi problémy. Z metod práce převažovala individuální práce s asistentem pedagoga, pokud žák chtěl, mohl pracovat i u tabule, skupinová práce se však neosvědčovala. Z pedagogického hlediska považuje učitelka 5 za nejdůležitější pohotovost a schopnost improvizace a také schopnost smířit se s případným neúspěchem. Školská integrace obecně má podle učitelky 5 smysl, není ale vhodná pro každý druh a stupeň znevýhodnění a v konečném důsledku může působit spíše negativně, žák se ve škole trápí, a pokud rodiče vidí jeho nespokojenost, trápí se také. Očekávání integrace se podařilo naplnit částečně, vzdělávací cíle se musely upravovat, ale sociálně se podařilo žáka zapojit. Pokračoval dále na 1. stupni základní školy.

Případová studie č. 6 – Downův syndrom, 1. a 2. třída

Učitelka 6, 21 let praxe na 1. stupni základní školy. Nyní zde působí i jako výchovný poradce. O oblast integrace žáků se zdravotním znevýhodněním se sama vždy zajímala, proto, když se dozvěděla, že bude do její 1. třídy integrován žák se zdravotním znevýhodněním, nezaskočilo ji to, nevadilo jí to, ale ohrazuje se proti způsobu, jakým se tuto informaci dozvěděla. Zprávu obdržela až v přípravném týdnu před začátkem školního roku a tehdy věděla pouze to, že žák je tělesně znevýhodněný. Až později byla seznámena s realitou, že se jedná o žáka s Downovým syndromem (středně těžká mentální retardace). Předešlou zkušenost s integrací zdravotně znevýhodněného žáka neměla, čerpat v tomto stádiu mohla pouze z vlastních poznatků, které načerpala samostudiem. Učitelka 6 neuvádí žádnou větší specifickou žák s Downovým syndromem, pouze dodává, že jeho mentální úroveň se pohybovala v pásmu středně těžké mentální retardace a dále v rozhovoru si trochu protiřečí, když zmiňuje, že žák s mentální retardací na běžnou základní školu nepatří. Možnost dalšího vzdělávání jí ředitel poskytl, informace doplňovala dalším studiem odborné literatury. Pomoc SPC učitelka 6 využívala, hodnotí ji kladně, spolupráce si nesmírně cení a v situaci, kdy je pedagog v této oblasti bez zkušeností, ji považuje za nepostradatelnou. SPC jí poskytlo konzultace přímo v hodině a zpětnou vazbu. Cíl integrace byl podle učitelky 6 prostý – aby úspěšně fungovala tak, jak by měla. Dále aby se v rámci úspěšně integrovaného žáka naplnily cíle vzdělávání a cítil se mezi vrstevníky jako rovnocenný člen skupiny. Z vyučovacích metod užívala učitelka 6 metody běžně užívané ve třídě, individuální i

skupinovou práci, obě dvě se osvědčily. Z pedagogického hlediska je podle učitelky 6 nejdůležitější připravenost, schopnost pružně reagovat na změny, nebýt konzervativní a nepodceňovat ani nepřeceňovat individuální přístup k žákovi. Důležitou roli hraje podle učitelky 6 také velikost školní třídy, vhodnější je podle učitelky 6 menší skupina a kvalitu integrace ovlivňuje i osobnost pedagoga, který s integrovaným žákem pracuje. Školská integrace obecně podle učitelky 6 přínos bezpochyby má. Není ale vhodná pro všechny zdravotně znevýhodněné žáky, například žák s mentální retardací na běžnou základní školu podle učitelky 6 nepatří, tito žáci potřebují zvláštní režim a přístup, který jim může poskytnout speciální škola. Integraci považuje za přínosnou nejen pro integrovaného žáka, ale i pro ostatní žáka a pedagoga samotného. Učitelka 6 považuje integraci žáka s Downovým syndromem za úspěšnou, ve své práci by dneska udělala asi mnoho věcí jinak (metodický přístup, unáhlená reakce) ale dělala je tak, jak nejlépe uměla. Možnost vyučovat žáka se zdravotním znevýhodněním považuje za velkou příležitost a cení si nabytých zkušeností, které se v praxi naučila.

4.3 Učitelé 1. stupně základní školy, kteří dosud nepracovali se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným v běžné třídě

Případová studie č. 7 - učitelka 3. třídy

Učitelka 7, 15 let praxe na 1. stupni základní školy. Ve své praxi se dosud nesetkala s integrovaným žákem se zdravotním znevýhodněním. Pokud by se dozvěděla, že do její třídy bude integrován takovýto žák, nebránila by se tomu, nastudovala by si potřebnou literaturu. Předpokládá, že na tuto práci by se připravovala samostudiem z odborné literatury a internetu. Domnívá se, že v oblasti speciálně vzdělávacích potřeb by jí mohl poradit výchovný poradce na škole, asistent pedagoga, který by byl zdravotně znevýhodněnému žákovi přidělen a informace z internetu. Cílem integrace zdravotně znevýhodněného žáka je podle učitelky 7 zařadit žáka do skupiny, sžít se s kolektivem třídy, přizpůsobit jeho tempo výuce, aby se mu ve škole líbilo, aby se necítil handicapovaný, usilovat o přátelské vztahy ve třídě. Učitelka 7 si představuje, že by jako vyučovací metody mohla používat hry, uplatňovat projektové vyučování, které ve třídě používá, prezentace, pracovní listy. Tyto metody by volila podle druhu daného postižení. Z pedagogického hlediska je podle učitelky 7 v integraci nejdůležitější zařadit žáka se zdravotním znevýhodněním do fungování běžné třídy a poskytnout možnost stejných šancí na výchovu a vzdělávání. Školská integrace obecně přínos má, ale jen do určité míry. Uvádí příklad, kdy byly v minulosti všichni „jiní“ žáci zařazováni do zvláštních škol a žák s podprůměrnou inteligencí se na běžnou základní školu tak často nedostal. Domnívá se, že v případě znevýhodnění, jako jsou například poruchy učení, je důležité žákům příliš nepolevovat. Samozřejmě respektovat jejich úlevy, které vyplývají z poruchy, ale ne všechno. Podle učitelky 7 je v tomto případě zásadní reedukace a zvýšená pozornost v domácí přípravě žáka. Za úspěšnou integraci se dá podle učitelky 7

považovat úspěšné zařazení zdravotně znevýhodněného žáka a to do té míry, aby to byl i jeho pocit.

Případová studie č. 8 – učitelka 2. třídy

Učitelka 8, 8 let praxe na 1. stupni základní školy. Ve své praxi se dosud nesetkala s integrovaným žákem se zdravotním znevýhodněním. Pokud by se dozvěděla, že do její třídy bude integrován takovýto žák, uvádí, že by se snažila k němu přistupovat jako k ostatním a usilovala by o jeho začlenění do třídní skupiny. Učitelka 8 dále pokračuje, že by se na práci s integrovaným žákem připravovala podle požadavků jeho IVP, pokud by nebyl k dispozici asistent pedagoga, posadila by žáka do první lavice, aby se mu mohla individuálně věnovat. Učitelka 8 se domnívá, že v oblasti speciálně vzdělávacích potřeb by jí mohl pomoci asistent pedagoga, v dalších otázkách pedagogicko-psychologická poradna. Cílem v integraci žáka se zdravotním znevýhodněním je podle učitelky 8 zapojení do třídní skupiny, znegování příznaků zdravotního znevýhodnění a zmírnění nedostatků ve školní látce tak, aby žák neměl velké problémy ve vyšších ročnících a mohl dál pokračovat v integraci, nebo se zapojit do běžného vzdělávacího procesu s ostatními. Vyučovací metody by učitelka 8 používala stejné jako u ostatních, dále pak asistenci podle druhu a stupně zdravotního znevýhodnění. Pro zdařilou integraci je podle učitelky 8 nejdůležitější spolupráce rodiny a motivace dítěte. Školská integrace obecně má podle učitelky 8 přínos a domnívá se, že s pomocí IVP se dá vzdělávání integrovaného žáka se zdravotním znevýhodněním zvládnout tak, aby se cíle IVP naplnily. Za úspěšnou integraci učitelka 8 považuje dobré výsledky ve vyšších ročnících.

Případová studie č. 9 – učitelka 5. třídy

Učitelka 9, 6 let praxe na 1. stupni základní školy. Ve své praxi se dosud nesetkal s integrovaným žákem se zdravotním znevýhodněním. Pokud by se dozvěděla, že do její třídy bude integrován žák se zdravotním znevýhodněním, přijala by to jako výzvu. Snažila by se o druhu zdravotního znevýhodnění zjistit co nejvíce a promluvit si s někým, kdo už tuto zkušenost má. Učitelka 9 se domnívá, že na tuto práci by se připravovala samostudiem, ale uvítala by i odborné semináře a konzultace s odborníky. Tuto pomoc by jí mohla poskytnout pedagogicko-psychologická poradna nebo SPC. Cílem integrace žáka se zdravotním znevýhodněním je podle učitelky 9 integrovat, to znamená dát žákovi stejné příležitosti ke vzdělání s ohledem na jeho znevýhodnění a sociálně začlenit do skupiny vrstevníků. Učitelka 9 se domnívá, že vyučovací metody by volila podle druhu a stupně znevýhodnění žáka, snažila by se najít takové metody, které by byly účinné a přinášely žákovi užitek. Z pedagogického hlediska je podle učitelky 9 v integraci nejdůležitější znát možnosti žáka a účinně spolupracovat s rodinou a odborníky (speciálními pedagogy). Školská integrace obecně podle učitelky 9 přínos jednoznačně má, ale nemusí vždy fungovat. Potom je lepší hledat další možnosti

vzdělávání tak, aby byl žák spokojený. Za úspěšnou integraci se dá podle učitelky 9 považovat rozvoj osobnosti žáka v jeho přirozeném prostředí vrstevníků.

5 DISKUZE

Z výsledků práce můžeme usoudit, že integrace žáků se zdravotním znevýhodněním na 1. stupeň základní školy je složitý proces, který je ovlivněn mnoha činiteli vnitřními i vnějšími.

To uvádí i Vítková (2004, s.15), když říká, že „*zdařilé integraci musí předcházet vytvoření celého souboru určitých podmínek, bez nichž je nejen zbytečné, ale i nezodpovědné dítě s handicapem vůbec do běžné školy přijmout.*“ (2) Z výsledků je také patrná velká variabilita v poskytnutých výpovědích. Tato variabilita je v první řadě způsobena druhem zdravotního znevýhodnění, se kterým se učitelé u integrovaných žáků setkali, také ale vstupní připraveností učitele po stránce speciálně pedagogické, velikostí třídy, přítomností či nepřítomností asistenta pedagoga ve třídě, kvalitou jejich spolupráce, kvalitou spolupráce s rodiči a v neposlední řadě osobností integrovaného žáka a osobností samotného učitele. Uzlová (2010,s.49) toto vše zohledňuje, když říká, že „*pro kvalitní vzdělávání žáků se speciálně vzdělávacími potřebami je naprosto nezbytná týmová spolupráce. Členy týmu jsou třídní učitel (případně další učitelé, kteří ve třídě vyučují), školní speciální pedagog nebo psycholog, zástupce poradenského zařízení, které má dítě v péči (SPC nebo PPP), asistent pedagoga, vhodné je přizvat ke spolupráci také rodiče dítěte. Do týmu by se měl zapojit rovněž ředitel školy, neboť je to právě on, kdo odpovídá za průběh a kvalitu vzdělávání žáků a má ze zákona také odpovědnost za sestavení IVP.*“ (34)

To se ve zjištěných výsledcích potvrdilo, neboť učitelé 1. stupně základní školy jako nejdůležitější faktor vnímají spolupráci mezi pedagogem, asistentem pedagoga, rodiči integrovaného dítěte a SPC. Velmi specifická spolupráce probíhá mezi třídním učitelem a asistentem pedagoga. Uzlová (2004,s.50) dále uvádí, že „*pro dobrou spolupráci mezi učitelem a asistentem pedagoga je podstatná vzájemná informovanost a vymezení kompetencí. Důležité jsou pravidelné pracovní schůzky, na nichž konzultují průběh a výsledky dosavadní práce a asistent získá od učitele instrukce pro další práci nejen se začleněným žákem, ale i s ostatními dětmi ve třídě. Učitel dává asistentovi náměty pro práci i přípravu vhodných didaktických pomůcek.*“ (34) Takto fungující spolupráce se potvrdila v případové studii č. 3 a 6, kde působily učitelky s již získanými zkušenostmi v oblasti integrace a metod práce se zdravotně znevýhodněnými žáky, v dalších případových studiích se však takto fungující spolupráce nepotvrdila. Způsob komunikace v těchto případech probíhá obráceně, učitelé, kteří neměli předešlou zkušenost s integrací žáka se zdravotním znevýhodněním, se obracejí na asistenty pedagoga a očekávají od nich radu a metodické vedení. Záleží pak na vzdělání a zkušenosti asistenta, zda je schopen učiteli odborné informace poskytnout. Rady asistenta pedagoga mohou být jistě cenné, pokud má s integrovaným žákem delší zkušenost než učitel a může tak pomoci předejít některým komplikacím v komunikaci či ve výuce. Obávám se však, že tento způsob spolupráce není úplně správný, protože asistent pedagoga nemusí být vždy kompetentní osobou pro poskytování odborných informací.

V praxi se ale zároveň přesvědčujeme o tom, že touto kompetencí neoplývají ani učitelé 1. stupně základní školy. S tímto problémem souvisí nedostatečná základní připravenost učitelů na integraci žáka se zdravotním znevýhodněním z pedagogických fakult. Tato nedostatečná připravenost učitelů má pak může zapříčinit to, že učitelé přenechávají přímou pedagogickou činnost na asistentech pedagoga, který se sám účastní odborných seminářů v SPC, jak se potvrdilo v případové studii č. 1 a 2.

Toto konstatování nás opět zavádí k vyjádření nutnosti týmové spolupráce mezi třídním učitel, asistentem pedagoga, poradenským zařízením a rodiči, aby bylo na osobnost integrovaného žáka pohlíženo objektivně a bylo dbáno na jeho individuální speciálně vzdělávací potřeby. Z výsledků dále vyplynulo, že učitelé, kteří s integrací žáků se zdravotním znevýhodněním nemají dosud žádné zkušenosti, se k možnosti integrace v jejich třídě staví otevřeně, ale zároveň nemají přesnou představu o speciálně vzdělávacích potřebách žáků se zdravotním znevýhodněním. Objevují se tendence integrované žáky přizpůsobovat požadavkům třídy a užívat stejné pedagogické postupy – metody a formy výuky – jako u běžných žáků, tedy postupy, které nezohledňují jeho speciálně vzdělávací potřeby. Integrace je v tomto případě chápána jako asimilace. Tento způsob nahlížení na integrovaného žáka se zdravotním znevýhodněním koresponduje s výkladem pojmu asimilace, který zmiňuje Vítková (2004,s.17). Říká, že *„asimilace znamená, že se postižený vypořádá se způsoby chování většiny a že je převezme tak dalece, jak bude moci. Diference se považují za negativní a je třeba je proto redukovat.“* (2) Zároveň ale dodává, že *„koncept asimilace se omezuje především na lehčí typy postižení a převládá v zemích s menšími snahami o integraci.“* (2)

Ve výsledcích práce bylo dále zjištěno, že všichni dotazovaní učitelé se domnívají, že školská integrace jednoznačně přínos má, a to jak pro žáka se zdravotním znevýhodněním, tak pro žáky intaktní, kteří se nenásilnou formou naučí nahlížet na lidi se zdravotním znevýhodněním jako na sobě rovné a zároveň respektovat jejich individuální zvláštnosti. Všichni dotazovaní učitelé se shodují, že pro úspěšné fungování integrace je nezbytné na příchod žáka se zdravotním znevýhodněním připravit ostatní žáky ve třídě.

Švarcova (2006,s.95) říká, že: *„dodržují se didaktické zásady jako je zásada názornosti, zásada aktivity žáků ve vyučování.“* (26) To se potvrdilo v případové studii č. 3, 4 ,5 a 6 ,učitelky zdůrazňují, že pro práci s integrovaným žákem bylo zapotřebí využívání velké názornosti a aktivní zapojování žáků ve vyučovacím procesu.

Vítková (2004s.13 – 14) říká, že: *„relativně snadno se začleňují ty děti, které s ostatními komunikují, mají komunikační předpoklady. Ze smyslových vad jsou na tom o poznání lépe zrakově postižení, u somatických defektů dominují spíše překážky technického rázu. Hůře jsou na tom mentálně postižení, u nichž je žádoucí a možná integrace sociální, zatímco vzdělávání bude s ohledem na specifické výukové metody vždy probíhat odděleně, i když tato skutečnost se experimentálně ověřuje“* (2) Tvrzení Vítkové se potvrdilo v případové studii č. 1, kde šlo o integraci žáky s Aspergerovým syndromem a v případové studii č.5, která se zabývala integrací žáka s hraničním autismem. V obou případech nebyla zásadním způsobem narušena komunikace, proto i

sociální kontakt mezi integrovaným žákem, třídním učitelem a spolužáky nebyl zásadním způsobem narušen. Případová studie č. 3, kde se jednalo o integraci žáka s DMO a v případové studii č. 6, která se zabývala integrací žáka s Downovým syndromem, potvrdila, že pokud mají integrovaní žáci problém v komunikaci, jejich postavení ve třídě je vždy mnohem složitější, a proto také nejsou přijímáni tak bezprostředně jako například žáci se smyslovým znevýhodněním. Tvrzení Vítkové zároveň poukazuje na skutečnost, která byla učiteli zmiňována v případové studii č. 3, 4, 5 a 6, a sice že u mentálně znevýhodněných žáků je žádoucí integrace sociální. Tento závěr byl učiteli uváděn jako jeden cílů v integraci žáků se zdravotním znevýhodněním. Učitelé k tomu zároveň uvádějí, že cíle vzdělávací, které byly vytyčeny v IVP se vždy nedařilo naplňovat, protože zpočátku velmi těžko odhadovali kvalitu a rychlost dalšího vzdělávání. Proto bylo nutné vzdělávací cíle v průběhu roku upravovat podle schopností žáků. Z výsledků práce lze konstatovat, že jako nejčastěji používaná metoda práce, která se ve výuce integrovaných žáků se zdravotním znevýhodněním vykytuje je individuální práce, naopak metoda, která se příliš neosvědčuje, je skupinová práce se zaměřením na spolupráci ve skupině. Žáci nejčastěji nejsou schopni komunikovat ve skupině, neumějí respektovat práci spolužáků nebo je tento způsob práce zbavuje veškeré motivace pro jakýkoliv druh činnosti. Jako vhodná a využívaná metoda práce se v případové studii č. 2, 3, 4, 5 a 6 (oboustranná nedoslýchavost, DMO, autismus, hraniční autismus a Downův syndrom) osvědčila individuální práce, dále v případové studii č. 1 a 2 soutěž v oblast vědomost, které žák dobře ovládá a v případové studii č. 3 a 6 (DMO a Downův syndrom) se objevuje, jako fungující metoda práce uplatňují hry na spolupráci. Naopak jako metody, které se v práci s integrovanými žáky neosvědčily, se v případové studii č. 1, 2 a 5 (Aspergerův syndrom, oboustranná nedoslýchavost a hraniční autismus) ukázaly hry na spolupráci a v případové studii č. 3 a 4 (DMO a autismus) se neosvědčila metoda individuální práce u tabule.

Práce ukázala, že všichni učitelé považují aktuálně probíhající integraci, jíž jsou přítomni, nebo integraci, jež přítomni byli, za úspěšnou. Je to subjektivní závěr. Pochybnosti vyvstávají například u případové studie č. 5, kde byl do 1. třídy integrován žák s hraničním autismem. Učitelka považuje integraci za úspěšnou, přestože bylo žákovi ve 3. třídě, kdy už nebyla jeho ho třídní učitelkou, doporučeno přestoupit na základní školu praktickou. Těžko můžeme v jednotlivých případových studiích vyvodit jednoznačný závěr úspěšnosti integrace. Neboť se nám nedostává objektivního náhledu na to, jaký měla ve všech případech integrace průběh, co ji kladně i záporně ovlivňovalo, jaké kvality dosahovala úroveň práce třídního učitele, na jaké úrovni se pohybovala spolupráce s rodiči, komunikace s asistentem, atmosféra ve třídě, motivace integrovaného dítěte. Domnívám se, že nepostradatelným článkem v procesu integrace ve vyučování je asistent pedagoga. Ten s integrovaným žákem pracuje intenzivněji než třídní učitel, který se věnuje především frontální výuce. Nabízí se otázka, do jaké míry se třídní učitel, který má ve třídě k dispozici asistenta pedagoga, aktivně zapojuje do vyučování žáka. Pokud integrovaný žák orientován na individuální metodu práce s asistentem, je učitelova působnost značně omezena. Záleží pak na žakových

předpokladech a motivaci, bude – li se účastniti skupinové práce, která by mu mohla napomoci v procesu socializace, a na schopnostech učitele zvládnout organizaci skupiny a integrovaného žáka zapojovat i do činností třídy. Neboť integrace může být úspěšná, jen pokud se jedná o úplné začlenění, a to nejen prostorové či skupinové, ale hlavně o začlenění sociální a to do té míry, že integrovaný žák bude schopen tuto sounáležitost s vrstevníky a s komunitou školy sdílet stejně tak jako jeho spolužáci. Tím se dostáváme k otázce připravenosti skupiny žáků ve třídě přijmout mezi sebe vrstevníka s jistými odlišnostmi tak, aby dotyčný nepociťoval své vyloučení. K tomu však vede dlouhá cesta, neboť představy žáků mohou být zkresleny vnímáním většiny, se kterým se mohou stýkat ve svých rodinách i na veřejnosti. Proto za významné pokládám vytváření příznivého klimatu ve třídě, dostatečné vymezení času na komunikaci s žáky, při které budou mít možnost se odpovídající formou seznámit s konkrétním druhem zdravotního znevýhodnění, a nejenom rodiče zdravotně znevýhodněného žáka, ale i rodiče žáků ostatních budou moci besedovat s učitelem o přítomnosti integrovaného žáka, kdy by měli být ujištěni, že to nebude mít negativní dopad na výuku jejich dětí, ale spíše nastínit nové možnosti, které tato situace může přinést. Shrnu – li dosud řečené, problémy, se kterými se učitelé na 1. stupni základních škol potýkají, jsou následující:

1. nedostatečná základní připravenost z pedagogických fakult
2. pozdní informovanost ze strany ředitele školy o chystané integraci, nebo o konkrétním druhu a stupni zdravotního znevýhodnění
3. kvalita komunikace a spolupráce mezi učitelem a asistentem pedagoga, vymezení kompetencí
4. míra a kvalita spolupráce učitelů s SPC (hospitace, reflexe)
5. nedostatečná možnost srovnání s podobným případem integrace
6. připravenost žáků ve třídě na příchod žáka se zdravotním znevýhodněním
7. zvládání zapojování integrovaného žáka do frontální výuky

6 ZÁVĚR

Práce se zabývala integrací zdravotně postižených žáků na 1. stupeň základní školy v regionu jižních Čech, a to z pohledu učitelů, kteří s těmito žáky v rámci běžné třídy pracují. Zabývala se specifickými charakteristikami jednotlivých typů zdravotního znevýhodnění a na jejich projevy v procesu integrace. Cílem práce bylo zmapovat průběh a okolnosti integrace žáků se zdravotním znevýhodněním v regionu jižních Čech a navrhnout kroky, které by učitelům na 1. stupni základní školy napomohly v procesu integrace. Prostřednictvím výzkumných otázek se snaží zjistit, jak vidí proces integrace žáků se zdravotním znevýhodněním učitelé na 1. stupni základní školy, jak jsou připraveni učitelé 1. stupně základní školy na integraci žáka se zdravotním znevýhodněním, a jaká jsou další možná opatření k úspěšné integraci ze strany učitele 1. stupně základní školy. Došla k závěru, že proces integrace žáků se zdravotním znevýhodněním na 1. stupeň základní školy je složitý proces, který není vždy vhodný pro každého žáka, neboť se na tomto procesu podílí mnoho ovlivňujících faktorů. Hlavním předpoklady pro úspěšnou integraci můžeme vnímat ve dvou oblastech: 1. v oblasti rodinného prostředí a osobnosti žáka – zde hraje velkou roli druh a stupeň zdravotního znevýhodnění, osobnostní charakteristika žáka, míra motivace, s kterou žák do vzdělávacího procesu vstupuje, dobré rodinné zázemí, poskytující psychickou a materiální podporu, ochotné aktivně spolupracovat se školou, v níž bude žák integrován, 2. pak v oblasti školy – zde hraje velkou roli příznivé naklonění školy k integraci žáků se zdravotním znevýhodněním, zajištění dalšího vzdělávání učitelů, možnost využití asistenta pedagoga, v neposlední řadě ochota učitele dále se vzdělávat v odborných znalostech, jež bude aktivně uplatňovat při výchovně vzdělávacím procesu. Prostřednictvím této práce bylo zjištěno, že proces integraci žáků se zdravotním znevýhodněním představuje pro učitelé 1. stupně základní školy, kteří s integrací dosud neměli žádnou zkušenost, zátěžovou situaci. Hlavním důvodem jejich ambivalentního postoje je nedostatečná odborná připravenost v oblasti speciálně vzdělávacích potřeb. Možné opatření, které by učitelům mohlo pomoci, spatřuji v rozšíření výuky speciální pedagogiky na pedagogických fakultách a lepší dostupnosti asistentů pedagoga do běžných škol, neboť právě jejich úloha je v procesu integrace nezastupitelná. Školy na asistenty ale často nemají dostatek finančních prostředků, a i to může být jeden z důvodů, proč ředitelé škol od možnosti integrace žákem se zdravotním znevýhodněním upouštějí. Další možné opatření učitelé spatřují v těsnější spolupráci mezi třídním učitelem a SPC. Doplnila bych akceptování této nutnosti i v případě, že má učitel ve třídě schopného asistenta. Ke kladnému přijetí žáka se zdravotním znevýhodněním je nebytné, aby ještě před samotným začátkem integrace byli učitelé informováni o diagnóze žáka, a to do té míry, aby znali specifika tohoto zdravotního znevýhodnění, charakteristiku žákova kognitivních a emočních funkcí, vhodné metody a formy práce, další prognózu jeho zdravotního stavu, ale také specifické zvláštnosti jeho osobnosti, charakterové vlastnosti. Na konkrétní případ se těžko může zcela připravit, ale domnívám se, že tápání formou pokus – omyl, mohou žákovi spíše ublížit.

Jak už bylo zmíněno, integrace je složitý proces s mnoha proměnnými. Domnívám se však, že pro úspěšné fungování učitele integrovaného žáka je toto speciálně pedagogické minimum nejdůležitější.

Kromě zmapování průběhu integrace žáků se zdravotním znevýhodněním na 1. stupeň základní školy v regionu jižních Čech bylo dalším cílem navrhnout kroky, které by učitelům na 1. stupni základní školy napomohly v procesu integrace.

Na základě zjištěných výsledků navrhuji několik kroků, které by učitelům na 1. stupni základních škol mohlo pomoci zorientovat se v procesu integrace žáka se zdravotním znevýhodněním:

1. větší důraz na vyučování základů speciální pedagogiky na pedagogických fakultách, větší možnost specializace ve vybraném oboru
2. včasná informovanost ze strany ředitelů škol, a to i s konkrétní diagnózou, charakteristikou, další prognózou a s možností seznámit se s žákem dříve, než nastoupí do výchovně vzdělávacího procesu
3. včasná příprava na práci se zdravotně znevýhodněným žákem s konkrétním druhem zdravotního znevýhodnění
4. komunikace s asistentem pedagoga před začátek výchovně vzdělávacího procesu, vymezení kompetencí
5. možnost srovnání s podobným případem rozhovor se speciálním pedagogem z praxe, s pedagogem se zkušenostmi v procesu integrace žáka se zdravotním znevýhodněním
6. větší aktivita ve vyhledávání odborného poradenství, hospitace a reflexe v praxi
7. vymezení dostatku času na besedu, s žáky i s rodiči žáků o konkrétním druhu zdravotního znevýhodnění a vliv přítomnosti integrovaného žáka na život ve třídě
8. intenzivnější pomoc ze strany poradenských institucí, lepší finanční dostupnost asistentů pedagoga

Náplň práce učitelů na 1. stupni základních škol má široký všeobecně vzdělávací, didaktický i metodický záběr. Práce přesto dospěla k závěru, že připravenost učitelů 1. stupně základních škol není dostačující, a proto je zapotřebí tento deficit doplnit vzděláním učitelů na pedagogických fakultách, což se jeví jako proces nesnadný a

hlavně dlouhodobý. Studenti pedagogických fakult mají v rámci studia možnost specializace v oblasti speciální pedagogiky, ale specializace není povinná, vybírají si ji jen zájemci o tuto oblast vzdělávání, a proto se také v praxi setkáváme s celou řadou učitelů, kteří nemají o speciálně vzdělávacích potřeb žáků se zdravotním znevýhodněním ucelený přehled. V kompetencích učitele 1. stupně základní školy není být speciálním pedagogem, přesto se domnívám, že jistě speciálně pedagogické minimum je nutné, neboť učitel bez základních odborných vědomostí se může na integrovaném žákovi se zdravotním znevýhodněním dopustit mnoha a nevratných chyb. Další možnost vidím v posílení poradenského systému, který by se orientoval na pomoc učitelům mateřských, základních i středních školách v procesu integrace žáků se zdravotním znevýhodněním.

Práce si neklade za cíl sloužit jako metodická pomůcka pro učitele 1. stupně základní školy, kteří se dostali do situace, kdy je nebo bude v jejich třídě integrován žák se zdravotním znevýhodněním, Měla by spíše posloužit jako pomůcka, kde mohou učitelé získat náhled na konkrétní výstupy z procesu integrace u různých typů zdravotního znevýhodnění, porovnat reakce a výpovědi učitelů s vlastními zkušenostmi a předejít některým nežádoucím situacím, které jsou v práci popisovány. Tato práce by mohla posloužit i studentům pedagogické fakulty k rozboru jednotlivých situací prostřednictvím případových studií.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- (1) *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví* [online]. Praha: Grada Publishing, 2001 [cit. 2010-11-07]. Dostupné z WWW: <<http://uzis.cz/publikace/mezinarodni-klasifikace-funkcni-schopnosti-disability-zdravi-mkf>>
- (2) VÍTKOVÁ, M. (ed.). *Integrativní speciální pedagogika. Integrace školní a sociální*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido, 2004. ISBN 80-7315-071-9
- (3) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- (4) Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- (5) *Úmluva o právech osob se zdravotním postižením*. In *Sbírka mezinárodních smluv*. [online]. [cit. 2011-07-26]. Dostupné z WWW: <http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=c&id=5697>
- (6) Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
- (7) JANKOVSKÝ, J. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 1. vyd. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-192-7
- (8) ŠVESTKOVÁ, Olga. *Mezinárodní klasifikace následků onemocnění a úrazů WHO, její vývoj, základní principy a praktické využití. Politika státu v oblasti rehabilitace*. [online]. [cit. 8.10.2011] Dostupné z WWW: <http://www.recepis.cz/ke_stazeni/tezesvestkova.recepis.pdf>
- (9) ŠVESTKOVÁ, Olga. *Metodika hodnocení funkčních schopností a pracovního potencialu* [online]. Praha: Rozvojové partnerství PENTACON, 2008 [cit. 09-08-08]. Dostupné z WWW: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_08.pdf>
- (10) BURTHANSOVÁ, D. *Nová klasifikace nemoci a zdraví* [online] Dostupné z WWW: <http://www.geriatrickarevue.cz/pdf/gr_09_02_08.pdf>
- (11) PRUCHA, J. et al. *Pedagogický slovník*, 3. rozš. a aktual. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-579-2
- (12) SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. 6. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. ISBN neuvedeno
- (13) JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1995. ISBN 80-7066-941-1

- (14) LECHTA, V. (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7
- (15) MICHALÍK, J. *Školská integrace dětí s postižením*. dotisk 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0077-4
- (16) ZEŽULKOVÁ, Eva. *Inkluze nesmí být jen iluze* [online]. [2009-11-12]. Dostupné z WWW: <<http://www.virtuniv.cz/images/7/72/Zezulkova.pdf>>
- (17) NIKOLAI, Tomáš. *Inkluzivní vzdělávání* [online]. Program Varianty, společnost člověk v tísní. 2008. Dostupné z WWW: <http://www.inkluzivniskola.cz/sites/default/files/uploaded/texts_155.pdf>
- (18) PIPEKOVÁ, J. a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 1998. ISBN 80-85931-65-6
- (19) VALENTA, M. ed. al. *Přehled speciální pedagogiky a školská integrace*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0698-5
- (20) MONATOVÁ, L. *Pojetí speciální pedagogiky z vývojového hlediska*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-20-6
- (21) Úmluva o právech dítěte [online]. Dostupné z WWW: <http://horka-linka.saferinternet.cz/data/articles/down_580.pdf>
- (22) Bílá kniha [online]. 2001. Dostupné z WWW: <<http://aplikace.msmt.cz/pdf/bilakniha.pdf>>
- (23) Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání
- (24) RENOTIÉROVÁ, M. LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2006. ISBN 80-244-1475-9
- (25) VÁGNEROVÁ, M. *Základy psychologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 2007. ISBN 978-80-246-0841-9
- (26) ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. vyd. 3. aktual. iz. a přeprac. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-060-7
- (27) ŠEDIVÁ, Z. *Psychologie sluchově postižených ve školní praxi*. 1. vyd. Praha: Septima, 2006. ISBN 80-7216-232-2

- (28) POKORNÁ, V. *Teorie a náprava vývojových poruch učení a chování*. 3. rozš. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-570-9
- (29) ZELINKOVÁ, O. *Poruchy učení*. 5. vyd. Praha: Portál, 1994. ISBN 80-7178-481-8
- (30) TRAIN, A. *Nejčastější poruchy chování dětí. Children Behaving Badly. Could My Child Have a Disorder.* přeložila Tomková Dagmar. Praha: Portál 2001. ISBN 80-7178-503-2
- (31) MUNDEN, A. ARCELUS, J. *Poruchy pozornosti a hyperaktivita. The ADHD Handbook*. 2. vyd. přeložila Dagmar Tomková. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-188-3
- (32) Vyhláška č. 73/2005 Sb., o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
- (33) HENDL, Jan. *Úvod do kvalitativního výzkumu výzkumu*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-2460-030-7
- (34) UZLOVÁ, I. *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-764-0

8 Klíčová slova

integrace

speciálně vzdělávací potřeby

zdravotní znevýhodnění

9 Přílohy

Učitelé 1. stupně ZŠ, kteří pracovali se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným do běžné třídy

1. Jaká byla Vaše reakce, když jste nedozvěděl/a, že bude do vaší třídy integrován žák se zdravotním postižením?
2. Měl/a jste již zkušenosti v oblasti integrace zdravotně postiženého žáka?
3. Jakým způsobem jste se připravoval/a na tuto práci? Měl/a jste možnost dalšího vzdělávání v potřebné oblasti?
4. Využíval/a jste pomoc SPC? Jak hodnotíte tuto spolupráci?
5. Jaké byly Vaše cíle v integraci zdravotně postiženého žáka? Naplnily se?
6. Jaké vyučovací metody jste používal/a? Které z nich se osvědčily, které nikoliv?
7. Co je podle Vás pro zdařilou integraci z pedagogického hlediska nejdůležitější? V čem vidíte rizika?
8. Jaký má podle Vás školská integrace přínos?
9. Naplnila podle Vás integrace žáka do hlavního vzdělávacího proudu očekávání a přinesla žádaný efekt?

Učitelé 1. stupně ZŠ, kteří pracují se zdravotně znevýhodněným žákem integrovaným do běžné třídy

1. Jaká byla Vaše reakce, když jste nedozvěděl/a, že bude do vaší třídy integrován žák se zdravotním postižením?
2. Měl/a jste již zkušenosti v oblasti integrace zdravotně postiženého žáka?
3. Jakým způsobem jste se připravoval/a na tuto práci? Měl/a nebo jste nebo máte možnost dalšího vzdělávání v potřebné oblasti?
4. Využíváte pomoc SPC? Jak hodnotíte tuto spolupráci?
5. Jaké jsou Vaše cíle v integraci zdravotně postiženého žáka? Daří se naplňovat?
6. Jaké vyučovací metody používáte? Které z nich se osvědčují, které nikoliv?
7. Co je podle Vás pro zdařilou integraci z pedagogického hlediska nejdůležitější? V čem vidíte rizika?

8. Jaký má podle Vás školská integrace přínos?
9. Naplnila podle Vás integrace žáka do hlavního vzdělávacího proudu očekávání a přinesla žádaný efekt?

Učitelé 1. stupně ZŠ, kteří dosud nepracovali se zdravotně postiženým žákem integrovaným do běžné třídy

1. Měl/a jste již někdy zkušenosti v práci se zdravotně postiženými osobami?
2. Jaká by byla Vaše reakce, kdybyste se nedozvěděl/a, že bude do vaší třídy integrován žák se zdravotním postižením?
3. Jakým způsobem byste se připravoval/a na tuto práci?
4. Kdo by Vám v oblasti speciálně vzdělávacích potřeb zdravotně postiženého žáka mohl poradit?
5. Jaké jsou podle Vás cíle v integraci zdravotně postiženého žáka?
6. Jaké vyučovací metody byste u různého typu zdravotního postižení používal/a? Které naopak myslíte, že by bylo obtížné používat?
7. Co je podle Vás pro zdařilou integraci z pedagogického hlediska nejdůležitější? V čem vidíte rizika?
8. Jaký má podle Vás školská integrace přínos?
9. Co se podle Vás dá považovat za zdařilou integraci zdravotně postiženého žáka?

Poslední prázdná strana