



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



Univerzita J. E. Purkyně
v Ústí nad Labem

ZKUŠENOSTI S INTEGRACÍ JEDINCE SE SOMATICKÝM POSTIŽENÍM V RÁMCI SPOLEČNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Monika Červinková, Michal Slavík

ISBN 978-80-7561-198-7



9 788075 611987

Projekt *Škola pro všechny:*
Inkluze jako cesta k efektivnímu vzdělávání všech žáků,
reg. č. CZ.02.3.61/0.0/0.0/15_007/0000210,
byl spolufinancován Evropskou unií.

Ústí nad Labem, 2019

Název:	Zkušenosti s integrací jedince se somatickým postižením v rámci společného vzdělávání
Autor:	Monika Červinková, Michal Slavík
Vydavatel:	Pedagogická fakulta Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem
Místo a rok vydání:	Ústí nad Labem, 2019
Náklad:	50 výtisků
Rozsah:	37 stran
Tisk:	Centrum digitálních služeb MINO, Ústí nad Labem
ISBN	978-80-7561-198-7 (váz./brož.)

Univerzita J. E. Purkyně

v Ústí nad Labem

ZKUŠENOSTI S INTEGRACÍ JEDINCE
SE SOMATICKÝM POSTIŽENÍM
V RÁMCI SPOLEČNÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

Monika Červinková, Michal Slavík

Ústí nad Labem, 2019

Autorský kolektiv

MUDr. RNDr. Mgr. Monika Červinková, Ph.D.

PaedDr. Ing. Michal Slavík, PhD.

Vzor citace

ČERVINKOVÁ, M., SLAVÍK, M., 2019. *Zkušenosti s integrací jedince se somatickým postižením v rámci společného vzdělávání*. Ústí nad Labem: Centrum digitálních služeb MINO. 37 s. ISBN 978-80-7561-198-7.

Recenzenti

prof. PhDr. Jiří Škoda, Ph.D.

doc. PhDr. Kateřina Hádková, Ph.D.

PhDr. Miroslava Kotvová, Ph.D.

Tato publikace vznikla v rámci projektu *Škola pro všechny: Inkluze jako cesta k efektivnímu vzdělávání všech žáků*, reg. č. projektu CZ.02.3.61/0.0/0.0/15_007/0000210, který byl spolufinancován Evropskou unií.

© Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2019

ISBN 978-80-7561-198-7 (váz./brož.)

Projekt *Škola pro všechny: Inkluze jako cesta k efektivnímu vzdělávání všech žáků*, reg. č. CZ.02.3.61/0.0/0.0/15_007/0000210, byl spolufinancován Evropskou unií.



EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání

MSMT
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

Obsah

Úvod	5
1 Zdravotní znevýhodnění.....	7
1.1 Podmínky výchovy a vzdělávání tělesně znevýhodněných jedinců	7
1.2 Charakteristika tělesného postižení	8
2 Dětská obrna	9
2.1 Formy DO	9
2.1.1 Spastické formy	9
2.1.2 Nespastické formy	10
3 Získaná tělesná postižení	13
3.1 Možnosti vzdělávání tělesně postiženého dítěte	13
4 Péče o děti nemocné a tělesně oslabené	15
5 Integrace a inkluze	19
6 Případová studie	25
Závěr.....	35
Seznam použité literatury	36

Úvod

Vážení čtenáři,

dostává se Vám do rukou publikace, která má jak v teoretickém, tak v praktickém rozsahu přinést zkušenost s integrací jedince s primárně somatickým znevýhodněním v rámci společného vzdělávání. V prvních kapitolách se na teoretické úrovni zabýváme somatopedií, dále podmínkami výchovy a vzdělávání jedince se somatickým znevýhodněním, formami a přístupy k jedinci s dětskou obrnou. V dalších kapitolách následně diskutujeme integrativní přístupy a přístup společného vzdělávání.

Celá publikace je pak zakončena případovou studií jedince, který byl integrován ze speciální základní školy a základní školy praktické do základní školy v hlavním vzdělávacím proudu.

1 Zdravotní znevýhodnění

Somatopedie je úsek speciální pedagogiky, který se zabývá vývojem, výchovou a vzděláváním jedinců tělesně postižených, nemocných a oslabených.

Somatopedická problematika je velmi rozsáhlá, neboť se zabývá péčí o jedince postižené poruchami motoriky, o tělesně postižené po úrazu, péčí o osoby s nejrůznějšími nemocemi, dále péčí o děti s metabolickými poruchami, o rekonvalescenty.

Při dlouhodobém pobytu v nemocnici, v léčebně či v rehabilitačním zařízení jsou děti mimo své rodinné prostředí. Jejich život se výrazně liší od běžného života dítěte. Pedagogický pracovník, který s nimi přichází do styku, by měl mít základní znalosti o průběhu nemoci, aby si mohl svůj speciálně pedagogický plán vytvářet na podkladě povahy a závažnosti choroby a koordinovat jej s léčebným plánem. Je třeba vždy mít na paměti, že ve zdravotnickém zařízení je vedoucím činitelem lékař a učitel je jeho spolupracovníkem (Fischer, Škoda, 2008).

1.1 Podmínky výchovy a vzdělávání tělesně znevýhodněných jedinců

Pro úspěšné rozvíjení žáka by učitel měl znát podmínky, za kterých bude vykonávat výchovně vzdělávací činnost. Jedním ze základních předpokladů je stanovení správné diagnózy a prognózy, tj. reálného zhodnocení stavu dítěte po stránce tělesného, smyslového a mentálního vývoje, jeho psychického a zdravotního stavu. Současně je třeba také udělat reálný odhad do budoucnosti dítěte, jak asi bude jeho vývoj pokračovat, zaměřit se tak na jeho přípravu do života a na povolání a určit si cíle rozvoje postiženého jedince.

Dominantním znakem tělesně postižených je omezená pohyblivost až nepohyblivost (omezená mobilita až imobilita). Ta také určuje, jaké podmínky musí být vytvořeny, aby se mohly děti vzdělávat, připravovat na povolání a pracovní zařazení.

Dalšími předpoklady pro možnosti vzdělávání dítěte jsou:

- úroveň jeho rozumových schopností,
- úroveň dorozumívacích schopností,
- psychický stav dítěte,
- zdravotní stav dítěte (Fischer, Škoda, 2008).

Kromě těchto vnitřních podmínek je třeba vzít v úvahu podmínky vnější, které jsou dány výchovným prostředím, léčebně výchovným prostředím a sociálními aspekty budoucího společenského začlenění. Úspěšné vzdělávání dítěte vyžaduje týmovou spolupráci zdravotnického personálu, učitelů, psychologů, eventuálně sociálních pracovníků a pochopitelně i rodičů (Vítková, 2006).

1.2 Charakteristika tělesného postižení

Za tělesné postižení považujeme trvalé nebo přetrvávající nápadnosti pohybových schopností s trvalým nebo podstatným působením na kognitivní, psychickou a sociální oblast jedince a na jeho výkony v těchto oblastech.

Poruchy hybnosti dělíme podle vzniku na:

- primární,
- sekundární.

Primární postižení je omezení hybnosti důsledkem přímého postižení nervových center, drah a vlastního hybného ústrojí (obrný, vrozené vady, chybějící končetina).

Při *sekundárním postižení* je omezení hybnosti důsledkem jiných chorob, např. onemocnění kloubů, myopatie nebo úrazů.

Tělesné postižení může být *vrozené*, vzniklé na základě dědičném nebo vlivem poškození před narozením, nebo *získané* v průběhu života.

Vrozená tělesná postižení (Fischer, Škoda, 2008)

- *Dysmelie* – neúplně vyvinuté končetiny. K poruše ve vývoji dochází mezi 20.–46. týdnem těhotenství působením exogenních škodlivin jako jsou farmaka, záření, nedostatek kyslíku.
- *Amelie* – chybění celé končetiny.
- *Luxace* kyčelního kloubu.
- *Rozštěp páteře*. Při tomto postižení dochází k neuzavření páteřního kanálku, nejčastěji v krajině bederní. Mícha a míšní obaly mohou vyhéznout tímto rozštěpem a vzniká polokulovitý, vakovitý útvar pokrytý tenkou a jemnou tkání, kterou často prosakuje mok. Podle stupně závažnosti postižení rozlišujeme: spina bifida occulta, meningokéla, meningomyelokéla, myelokéla. U posledních dvou dochází k poruše dolních končetin a k poruchám funkce močového měchýře a konečníku.
- *Vrozené ortopedické vady páteře*.
- *Vrozené vady v postavení končetin*: stočná chodidla dovnitř, hřbet nohy přitažen k bérce.
- *Plochá noha, srostlé nebo vícečetné prsty*.
- *Deformace hrudníku*. Ptačí hrudník. Nálevkovitý hrudník.

2 Dětská obrna

Dětská obrna (DO) je poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo bezprostředně po něm projevující se poruchou hybnosti a jejího vývoje. V mnohých formách DO se kromě poruchy hybnosti objevují poruchy řeči, sluchu, zraku, intelektu a chování (Janků, 2013).

Příčiny jsou mnohotvárné, obvykle se dělí na předporodní, porodní a poporodní. Z předporodních mají význam všechna onemocnění matky v době těhotenství, dále působení alkoholu, kouření, nedostatek některých látek v potravě matky, záření a jiné. Z porodních příčin to bývá abnormální porod, z poporodních se nejčastěji uvádějí úrazy a infekce. Pro pedagogického pracovníka je důležité, aby věděl, jakou měrou jsou postiženy funkce a činnosti nezbytné k tomu, aby si dítě mohlo během výuky osvojit požadované vědomosti, dovednosti a návyky potřebné k začlenění do společenského života.

2.1 Formy DO

2.1.1 Spastické formy

Spastické formy DO jsou takové, že svaly mají zvýšený tonus (napětí). Spastické ochrnutí může u DO postihnout buď obě dolní končetiny, polovinu těla, nebo všechny čtyři končetiny. Hovoříme pak o diparetické, hemiparetické či kvadraparetické formě DO.

- *Diparetická forma* je spastická obrna dvou stejných končetin, zpravidla dolních. Bývají postiženy někdy i horní končetiny, ovšem lehčeji. Dítě s klasickou diparetickou formou má stažené lýtkové svaly, ohýbače kolena, kyčlí a svalů, které přitahují k sobě stehna. Stažené lýtkové svaly brání došlápnutí na celou nohu, takže dítě chodí po špičkách. Pro stažení kyčlí se tyto děti nemohou rozkročit a překračují svoji stopu. Chodí „nůžkovitě“. Nemožnost natáhnout bérce v kolenou vede k chůzi s ohnutými koleny, které se říká „lidoopí chůze“. Diparetická forma může být klasického, výše popsaného typu, nebo typu paukospastického (méně spastického). Tomuto typu chybí stažení kyčlí, takže dítě nechodí nůžkovitě. Je zde i menší svalové napětí.
- *Hemiparetická forma* postihuje jednu polovinu těla, tedy obě pravé nebo levé končetiny, přičemž bývá více postižena horní končetina. Na dolní končetině

bývá stažen lýtkový sval, horní končetina je ohnuta v lokti, otočena hřbetem předloktí a ruky vzhůru, palec přitažen k dlani. Přitažení palce bývá známkou raného původu hemiparézy.

- *Kvadruparetická forma* postihuje všechny čtyři končetiny. Je to těžší typ některé z předcházejících. Tak může být kvadruparetická forma formou diparetickou klasickou nebo paukospastickou s postižením i horních končetin nebo také oboustrannou hemiparetickou.

2.1.2 Nespastické formy

U nespastických forem se neobjevuje zvýšené svalové napětí.

- *Forma hypotonická* se projevuje sníženým svalovým tonem a uvolněním v kloubech. Zpravidla je výraznější na dolních končetinách, čímž je znemožněn stoj a chůze. Poznává se velmi brzy. Dítě se může stočit do klubíčka nebo lze dítěti omotat paži kolem krku. Tato forma není trvalá a během vývoje dítěte se většinou přemění v některou formu spastickou.
- *Dyskinetická forma* se vyznačuje nezvladatelnými a mimovolnými pohyby. Dyskinézy mají ráz atetotický (červovitý, vlnivý, hadovitý). S postupujícím věkem se mění v pohyby brysknější nebo v prudké pohyby „balistické“ (Fischer, Škoda, 2008).

Jednotlivé formy jsou často doprovázeny jinými defekty, jako jsou mentální retardace, epilepsie, poruchy řeči, sluchu. Šilhání je například častým doprovodným příznakem klasické formy diparetické.

Poruchy hybnosti u dětí s DO jsou závažné z hlediska výchovného, neboť znemožňují dítěti pohyb, omezují tím poznání s okolím, ověřování si poznatků, jsou překážkou při nácviu dovednosti psaní, při výtvarném projevu, při pracovní výchově. Někdy znemožňují nebo ztěžují i správnou výslovnost, plynulý a srozumitelný mluvní projev.

Další vážnou překážkou bývá porucha intelektu. Snížený intelekt se vyskytuje asi v jedné až dvou třetinách celkového počtu postižení.

Dětská obrna (DO) je důsledkem poškození motorických oblastí mozku vedoucí k závažnému postižení vývoje pohybového aparátu. Konkrétní příčinu se mnohdy nepodaří zjistit, stejně jako je tomu u mentální retardace (dále jen MR) či pervazivních vývojových poruch.

Etiologie DO je heterogenní. Jako nejčastější příčiny jsou uváděny vrozené vývojové vady mozku nebo jeho prenatální, perinatální či časně postnatální poškození (zejména infekce, malnutrice, intrakraniální krvácení či mechanické vlivy porodu (klešťový porod). Perinatální hypoxie je však udávána pouze u cca 8 % dětí postižených DO.

Často jsou přidružena i jiná postižení. Jedná se především o poruchy řeči (u 75 % případů), MR různého stupně (asi u 1/3 až 1/2 dětí s DO), smyslové vady (poruchy sluchu cca u 20 % případů), SPU nebo jiné zdravotní obtíže (zejména epilepsie). Časté jsou také poruchy pozornosti a vizuomotoriky (Fischer, et al, 2014).

DO dělíme na 4 základní formy:

- hypertonická (spastická),
- dyskinetická (atetoidní),
- ataktická (ev. mozečková),
- hypotonická.

Někdy je používáno ještě nadřazené obecnější dělení na formy spastické a nespastické (někdy také uváděny dyskineticko-ataktické). Forma hypotonická mnohdy nebývá samostatně vymezována, protože se předpokládá, že jde pouze o přechodnou fázi a posléze dojde k vývoji v některou z dalších forem DO.

Nejčastěji se v populaci vyskytuje hypertonická (spastická) forma. Charakteristický je zde abnormálně zvýšený svalový tonus, zvýšené svalové reflexy a vznik svalových kontraktur. Tuto formu ještě dále dělíme na podkategorie. Kvadruparetická forma je charakterizována postižením všech končetin (HK i DK). Tato forma je ze spastických považována za prognosticky nejméně příznivou. Nejhorší je zde i předpoklad očekávaného kognitivního vývoje, tedy je nejvyšší pravděpodobnost přidružené mentální retardace.

U diparetické formy dochází pouze k postižení dolních končetin. V populaci jde o nejčastější formu (cca 1/3 případů DO). Postižení DK je symetrické. Končetiny jsou slabší, méně vyvinuté. Postiženo je hlavně lýtkové svalstvo. V důsledku toho postižený jedinec chodí po špičkách. Chůze je s oporou, u velmi těžkých postižení se chodit nenaučí. Mentální retardace je zde přítomna méně často než u předchozí formy a také nebývá tak významná.

U hemiparetické formy je postižena pouze jedna vertikální polovina těla. V důsledku křížení nervových drah je postižena opačná polovina těla, než je lokalizace léze v mozkové hemisféře. Zpravidla je vždy více postižena horní končetina. U této formy

prognóza stran kognitivního vývoje závisí na tom, která z mozkových hemisfér je postižena. Při postižení pravé hemisféry nemusí být deficit nijak výrazný. Kognitivní kapacita bývá nejčastěji lehce subnormální (průměrné IQ 90) s převahou verbální složky. Při postižení levé hemisféry nevykazuje zhruba polovina dětí známky kognitivní poruchy, u druhé poloviny bývá intelekt snížen. Nejčastěji se pohybuje v pásmu lehké mentální retardace (průměrné IQ 65), obvykle je i zde převaha verbální složky (Fischer et al, 2014).

Pro dyskinetickou (atetoidní) formu jsou charakteristické mimovolní pohyby. Jde o generalizované, nekoordinované, „přehnané“ hyperkinetické pohyby. Svalový tonus je v tomto případě kolísavý, resp. normální nebo snížený. Jedná se o velmi těžké pohybové postižení zasahující všechny svalové skupiny. Často je tedy zasažena motorika mluvidel, která je podkladem poruchy řeči. V důsledku významného postižení řeči může být u takto postiženého jedince velmi obtížné adekvátní zhodnocení jeho intelektových schopností. Pokud není tento fakt vzat v potaz, může velmi snadno dojít k jejich podcenění.

Forma ataktická (mozečková) patří svým výskytem k méně častým. Je popisována pouze u 5–10 % všech DMO. Postižení hybnosti bývá velmi závažné. Jde především o poruchy koordinace pohybů a rovnováhy (stoj a chůze o široké bázi). V jemné motorice je pak nápadný hrubší intenzívní tremor (třes) horních končetin. Postižení intelektu je u této formy přítomno prakticky vždy. Mnohdy jde o velmi významný deficit.

Hypotonická forma je charakterizována významným snížením svalového tonu u postiženého jedince. Svaly jsou chabé a končetiny abnormálně ohebné. Tato forma je velmi často doprovázena těžkým stupněm mentální retardace. Obecně je z hlediska kognitivního vývoje považována za prognosticky nejhorší. Hypotonie bývá u dětí s postižením pohybového aparátu v prvních měsících života poměrně častá. Později se však obraz zpravidla mění a přechází a vyvíjí se v některou z dalších forem DO (přímo nebo přes fázi hypertonie). Z tohoto důvodu také někdy není samostatně vymezována. Pokud tedy hypotonie přetrvává i v pozdějším období života a nemění se v jinou formu, je třeba uvažovat o tom, zda se skutečně jedná o DO. Diferenciálně diagnosticky je třeba zvážit metabolické či degenerativní onemocnění (Janků, 2013).

3 Získaná tělesná postižení

Projevují se důsledkem nemoci, úrazem.

- *Svalová dystrofie* je svalové onemocnění projevující se degenerativním rozpadem svalstva. Nejznámější je Duchenneova forma, při které se mění svalová tkáň v tukovou. Nemoc má progresivní charakter a končí smrtí oslabením svalů dýchacích a srdce.
- *Perthézova choroba*
- *Revmatická onemocnění*
- *Ortopedické vady*
 - *Úrazy hlavy a páteře*
 - *Amputace* (Fischer, Škoda, 2008)

3.1 Možnosti vzdělávání tělesně postiženého dítěte

Po zajištění komplexní diagnózy a prognózy postižení by se měl rodič rozhodnout, jak bude dál připravovat dítě na život. Musí zvážit, zda se bude dítě připravovat v rodině, nebo v ústavu.

V současné době může dítě v předškolním věku navštěvovat dětský denní stacionář (ten zřizuje a řídí resort zdravotnictví). Přijímají se děti od 1 roku do 7 let na základě doporučení pediatra nebo neurologa. Program je nejen rehabilitační, ale plní i výchovný systém, obdobný programu mateřských škol.

Další možností je speciální mateřská škola pro tělesně postižené, v níž pracují kromě speciálních pedagogů i lékaři, sestry, rehabilitační pracovníci, sociální pracovníci. Tyto školy jsou vybaveny speciálními pomůckami, nábytkem ap. Dítě může být zařazeno také do běžné mateřské školy. Postiženým dětem se zde zajišťuje odborná individuální péče.

V době školní docházky dítě navštěvuje:

- běžný typ základní školy,
- speciální třídu, kterou může zřídit ředitel školy,
- speciální školu pro tělesně postižené, které většinou bývají u ústavů pro tělesně postižené nebo u léčeben. (Zde plní požadavky učiva základní školy,

pokud se kombinuje i mentální postižení, plní požadavky učiva zvláštní, či praktické školy.)

Po dokončení povinné docházky může dítě pokračovat na běžném typu středních škol, učilišť nebo na speciálních školách (Vítková, 2006).

4 Péče o děti nemocné a tělesně oslabené

K závažným problémům se řadí chronická onemocnění dětí, jejichž léčba si vyžaduje dlouhodobý pobyt v nemocnici nebo v dětském léčebném ústavu.

U těchto zdravotnických zařízení jsou zřizovány školy. Výuka probíhá buď individuálně, nebo skupinově nebo frontálně na učebnách a podřizuje se léčebnému režimu. Cílem je plnění požadavků předepsaných osnovami s ohledem na vážnost probíhající choroby. Rozsah vyučování stanoví ošetřující lékař a učitel podle toho si zvolí příslušnou variantu učebního plánu.

1. varianta: 1 vyučovací hodina denně, tj. 5 hodin týdně.
2. varianta: 2 vyučovací hodiny denně, tj. 10 hodin týdně.
3. varianta: 3 vyučovací hodiny denně, tj. 15 hodin týdně.
4. varianta: 4 vyučovací hodiny denně, tj. 20 hodin týdně.

V prvních variantách se převážně učí základní předměty, v ostatních je možno vyučovat všem předmětům vyjma TV a PV. Ty se v plném rozsahu mohou provádět na psychiatrických odděleních a v léčebnách.

Ze speciálních pomůcek zde používaných lze uvést pracovní stolky a tabule pro ležící pacienty, prizmatické brýle a zrcadla, které umožňují číst a psát vleže.

Žák, který byl ve škole při nemocnici či léčebném zařízení vyučován a klasifikován, se nepodrobuje po návratu do kmenové školy přezkušování. Byl-li při hospitalizaci vyučován v období dvou měsíců před klasifikací, může žákům vydat vysvědčení škola při zdravotnickém zařízení. V ostatních případech se kmenové škole zasílá záznam o probíraném učivu a výsledky průběžné klasifikace. Ty jsou pak podkladem pro další práci učitele kmenové třídy.

Pro překonání *hospitalismu* (psychické deprivace z ústavního pobytu) je nutná dobrá spolupráce učitele při zdravotnickém zařízení a zdravotní sestry, která zabezpečuje pro děti program v odpoledních hodinách a volných dnech. Učitel připraví pro děti vhodné zaměstnání, zadá úkoly, vybírá vhodné pořady v televizi, literaturu (Fischer, Škoda, 2008).

Tělesně oslabení jedinci bývají umisťováni do ozdravoven podle typu zdravotní indikace a podle věku. Zde je vedle zdravotnické péče poskytována i péče výchovně vzdělávací tak, aby mohli po návratu navázat na učivo v kmenové škole.

Možnosti integrace jedince s tělesným znevýhodněním (Fischer, Škoda, 2008)

Pro integraci tělesně postiženého dítěte je zapotřebí připravit vhodné materiální podmínky (odstranění architektonických bariér, vhodný nábytek, možnost relaxačního koutku ap.).

Učiteli by měl být znám zdravotní stav dítěte, reakce dítěte na případné zdravotní změny.

Učitel musí včas informovat žáky o vřazení postiženého dítěte do třídy, aby se mohli předem připravit pomocí demonstrace konkrétních situací (např. žáci jedí s přelepenými prsty, pohybují se na vozíku apod.).

Učitel by měl počítat s ochranným útlumem, který u postižených dětí, zejména u těch s perinatálními encefalopatiemi, nastává dříve než u dětí zdravých.

Tělesně postižené dítě, zejména dítě s mozkovým postižením, by mělo být vzděláváno v klidném prostředí. Intenzita hluku větší než 95 dB je již pro tyto děti škodlivá. Jeho následkem je narušení nervových dynamických spojů, stoupá dráždivost, klesá pozornost a soustředěnost dítěte. Dochází k porušení nervové koordinace, snižuje se pracovní výkon.

Učitel by si měl ověřit, zda dítě chápe, co od něj učitel požaduje. Důležité je navození vzájemné důvěry mezi žákem a učitelem a dobrý citový vztah.

Poruchy chování u dítěte mohou být někdy podmíněny zdravotním stavem dítěte následkem medikamentózní či jiné léčby. Důvodem mohou být i různé traumatizující zážitky.

Při výuce by učitel měl respektovat postižení žáka v případě, že dítě má handicap v dovednosti psaní (dítě může používat diktafon, magnetofon, eventuálně učiteli pouze naslouchá).

Učitel by měl brát v úvahu omezenou možnost získávání praktických zkušeností u dítěte.

Pro pracovní vyučování tělesně postižených by si učitel měl vytvořit metodické postupy a jejich vhodnost by si měl sám vyzkoušet.

Pro integrované postižené dítě je potřeba zajistit možnost kontaktu s reálným světem formou exkurzí (dítě mívá mnohdy důsledkem snížené mobility zkreslené představy).

Učitel by měl spolupracovat s pedagogicko-psychologickými poradnami, speciálními pedagogickými centry či společenskými organizacemi, které se podílejí na komplexní rehabilitační péči o tělesně postižené.

Nezbytná je i teoretická příprava učitele pro výuku těchto jedinců.

Shrnutí

Tělesné postižení je trvalá nebo přetrvávající nápadnost pohybových schopností, s trvalým nebo podstatným působením na oblast kognitivní, psychickou i sociální. Příčinou je poškození nosného nebo podpůrného aparátu nebo jiné organické poškození. Tělesná postižení dělíme na vrozená a získaná. Postižení jedinci potřebují pedagogickou podporu v případech těžkých a kombinovaných postiženích, při integraci do intaktní society, při volbě povolání, při podpoře přechodu do samostatného bydlení, dále děti chronicky nemocné a děti s infaustním průběhem nemoci.

5 Integrace a inkluze

Pedagogické pojetí integrace vymezuje Jesenský (in Hampl, Mravcová, 2013) takto: je to stav soužití postižených s nepostiženými při přijatelné míře konfliktnosti, je to stav vzájemné podmíněnosti vyjádřený slovy „jeden pro druhého“.

Proces integrace může mít v konečném důsledku dvojí kvalitu.

Pozitivní integrace je *přínosem pro integrující objekt – to je cílem speciální pedagogiky*.

Příkladem *negativní integrace* je integrace jedince do vězeňské society.

Modely integrace

Model *medicínský* vychází z biologicko-organických nebo funkčních příčin, což vede k medicínsky orientované péči. Cílem je překonání postižení a jeho léčba. Speciálně pedagogická opatření, podpůrné vyučování, různé terapie se provádějí ve speciálním zařízení. Integrace znamená reintegraci do běžného typu školy po předchozím vyřazení ze speciálního zařízení (Hampl, Mravcová, 2013).

Model *prostředí* řeší otázku, jak se má škola změnit, aby byla ku prospěchu postiženým žákům. Tím, že je dítě integrováno do běžného typu školy, se škola přizpůsobuje žákům, poskytuje v rámci kurikula diferencovanou nabídku podle vzdělávacích potřeb.

Model *antropologický* sleduje lepší interpersonální interakci. Škola respektuje všechny děti. Role postiženého je silně ovlivněna postojem učitele k žákům.

Školní integrace znamená umožnění vzdělání a výchovy všem dětem podle jejich potřeb v běžném typu školy.

Vzájemné přibližování se děje na různé rovině a lze to vyjádřit třemi způsoby.

- *Asimilace*, která je charakterizována ztotožněním minority postižených s intaktní majoritou, s potlačením identity postižených.
- *Akomodace*, pro kterou je charakteristické uznávání práv postižených a vyvolávání tlaku k přizpůsobení na většinu.
- *Adaptace* je směr integrace, který požaduje oboustranné přizpůsobení.

V mnohých publikacích se setkáváme s pojmem inkluze. *Inkluze (splynutí)* je vytvoření společenství, které je pružné, otevřené, váží si rozdílu.

Vztahy mezi integrací a inkluzí (Fischer et al, 2014).

Integrace	Inkluze
Zaměření na jedince s postižením	Zaměření na potřeby všech vzdělávaných
Expertízy odborníků	Expertízy běžných učitelů
Speciální intervence	Dobrá výuka pro všechny
Prospěch pro integrovaného žáka	Prospěch pro všechny studenty
Dílčí změna prostředí	Celková změna školy
Zaměření na vzdělávaného postiženého jedince	Zaměření na skupinu a školu
Speciální programy pro studenty s postižením	Celková strategie učitele
Hodnocení studenta expertem	Hodnocení učitelem, zaměření na vzdělávací faktory

Rozhodující prvek pro vytvoření úspěšné inkluzivní třídy je ocenění jedinečnosti osobnosti každého dítěte, využití všech zdrojů, a to jak lidských, tak materiálních v duchu otevřenosti, ohleduplnosti a pružnosti, vytvoření prostředí, ve kterém jsou splněny základní potřeby dětí v učebním prostředí: sounáležitost, svoboda, radost, bezpečí a úcta. I když se u nás používá více termín integrace, lze uvedené aspekty respektovat.

Formy školní integrace

V současné době rozlišujeme dvě základní formy integrace, a to integraci individuální a skupinovou.

Individuální integrace znamená, že se žák se speciálními vzdělávacími potřebami vzdělává v běžné třídě ve škole hlavního proudu. Je do této třídy individuálně integrován, většinu třídy tvoří žáci bez postižení. Současná legislativa umožňuje v rámci jedné třídy vzdělávat i více individuálně integrovaných žáků či studentů se speciálními vzdělávacími potřebami, omezuje však jejich maximální počet na pět.

Skupinová integrace znamená, že při škole hlavního proudu je zřízena samostatná třída, která je určena pouze pro žáky či studenty se speciálními vzdělávacími potřebami. V těchto třídách, tzv. specializovaných, se žáci či studenti bez postižení nevzdělávají (Hampl, Mravcová, 2013).

Faktory ovlivňující integraci (Hampl, Mravcová, 2013)

Integraci dnes pojmáme jako proces. Znamená to, že má svou dynamiku a vývoj a že existuje spousta faktorů, které ji v průběhu ovlivňují. Tyto faktory můžeme považovat za hlavní determinanty průběhu, úspěšnosti či neúspěšnosti integrace a je nutné je brát v potaz již při úvahách o samotné možnosti realizace.

Michalík (in Hampl, Mravcová, 2013) rozlišuje faktory základní, dále pak prostředky speciálně pedagogické podpory a ostatní.

Základní faktory

Rodina, resp. rodiče ovlivňují vývoj dítěte již od jeho narození. Pokud vyjdeme z faktu, že první tři roky jsou pro další vývoj dítěte stěžejní, je zřejmé, že rodina bude možnosti integrace, ať už sociální či školní, ovlivňovat výrazně. Narození dítěte se zdravotním postižením představuje pro rodiče zátěžovou situací, trauma. Mnoho rodičů na tuto situaci není připraveno a musí se s ní vyrovnat, neboť tento nelehký úkol je hlavním předpokladem toho, že dítě bude přijato a podporováno, že rodiče budou schopni poskytnout mu potřebnou lásku a dostatek podnětů k rozvoji jeho osobnosti. Snahou odborníků z různých oblastí je rodinu v těchto nelehkých chvílích podpořit a v dostatečné míře ji informovat tak, aby dokázala svému dítěti dát to, co potřebuje (veliký význam zde má raná péče).

Veliký význam zde hraje také to, zda rodiče nacházejí podporu v rámci širší rodiny či sociální skupiny (rodiče, přátelé apod.). Mnohdy se stává, že se v rámci těchto skupin setkají s negativními reakcemi, které mohou zapříčinit až sociální izolaci. Dítě pak může být ochuzeno o dostatek možností k socializaci, ať už v rámci skupiny zdravotně postižených či intaktních.

Škola je významným faktorem, který ovlivňuje školskou integraci. Primárně záleží na jejím klimatu, ale také na její profilaci, zkušenostech a celkové otevřenosti. Mnoho škol je dnes zapojeno v projektech, v rámci kterých problematiku postojů společnosti ke zdravotně postiženým řeší, či s některou konkrétní školou pro žáky a studenty se speciálními potřebami spolupracují alespoň v rámci mimoškolních aktivit.

Učitel. Další základní determinantou integračního procesu je učitel. Primárně on řídí a koriguje edukační proces a výrazně tak ovlivňuje jeho průběh. O osobnosti učitele toho již bylo napsáno mnoho, na tomto místě se omezíme pouze na dvě oblasti, a to oblast postojů a hodnot a oblast informovanosti. V rámci postojů zde máme na mysli

učitelovy postoje ke skupině osob se zdravotním postižením či znevýhodněním. Je velice důležité, aby tuto skupinu přijímal, respektoval a v neposlední řadě měl také pozitivní názor na možnosti jejich integrovaného vzdělávání. V rámci informovanosti je pak důležité, aby měl dostatek odborných informací z oblasti obecné i speciální pedagogiky i všech jejích disciplín.

Požadavky úspěšné integrace

Pro úspěšnou integraci je třeba vzít na zřetel požadavky na:

- integrovaného žáka,
- učitele a školu,
- rodiče,
- rodiče spolužáků,
- oblast širší komunity, ve které se škola nachází, dostupnosti podpůrného systému.

Požadavky na žáka

Při integraci bereme v úvahu:

- druh postižení,
- hloubku postižení, schopnost mobility,
- prognózu vývoje postižení či nemoci,
- rozumové schopnosti,
- psychický stav, jeho volní vlastnosti, sociální adaptabilitu,
- zájem žáka o integraci,
- komunikativní dovednosti.

Požadavky na učitele a školu

- učitel by měl s integrací souhlasit,
- měl by mít k integraci pozitivní postoj,
- měl by mít přiměřené znalosti o postižení,
- představu, jak bude žáka vzdělávat,
- možnost konzultace s odborníky,
- učitel by měl připravit žáky na integrovaného žáka,
- učitel by měl vést třídu ke kooperativnímu učení,
- učitel by měl připravit kolegy na integrovaného žáka,
- škola by měla zabezpečit technické a materiální vybavení k výuce postiženého žáka (Fischer, Škoda, 2008).

Požadavky na rodinu postiženého žáka

- rodiče musí zabezpečit pravidelnou docházku žáka do školy,
- měli by spolupracovat v oblasti vzdělávání dítěte,
- měli by zajistit vhodnou náplň volného času dítěte,
- splnit základní potřeby dítěte, zejména potřebu otevřené budoucnosti,
- dbát na správný styl výchovy dítěte,
- měli by spolupracovat nejen se školou, ale i s organizacemi pro postižené.

Požadavky na rodiče spolužáků

- uvědomit si potřebu soužití postižených s intaktními,
- působit na své děti v souladu s humanistickými tendencemi společnosti a školy.

Možnosti odborné pomoci učitelům i rodičům postiženého žáka

- pedagogicko-psychologické poradny,
- výchovný poradce na škole,
- školní psycholog,
- speciálně pedagogická centra,
- institut výchovného poradenství.

6 Případová studie

Osobní a rodinná anamnéza

KH se narodil z nesezdaného partnerství.

Otec je dělník se základním vzděláním.

Matka má také základní vzdělání, nyní pečuje o syna, a to od jeho narození. Předtím byla na mateřské a rodičovské dovolené s polorodými sourozenci KH.

Otec od narození syna s rodinou nežije.

Rodina žije ve třípokojovém bytě v panelovém domě v příměstském sídlišti. Tato městská čtvrť má cca 5.000 obyvatel.

Školní a zdravotní anamnéza

KH je žák se základní diagnózou DO – diparetická forma, později dle ortopedického vyšetření vzhledem k postižení HK hodnoceno spíše jako kvadraparetická forma.

KH byl zaškolen v 7 letech věku. Navštěvoval speciální základní školu, kde vykazoval nadprůměrné výsledky. K přestupu KH na naši školu došlo v jeho 9 letech, mezi 2. a 3. ročníkem školní docházky.

Indikace KH do běžné ZŠ byla navrhována psychologkou SPC, a to pro opakující se výsledky v testování intelektu. KH vykazoval průměrné hodnoty IQ, později směřující k nadprůměru. Matce byla tato situace popsána a vysvětlena, avšak matkou dítěte nebyla zpočátku akceptována. Došlo až ke konfliktu a fyzickému napadení vyšetřující psychologky. Matka psychologce vulgárně nadávala, argumentovala slovy „co mi děláš z kluka inženýra na vozejku, on není chytřej, on je po mně...“

Matka byla znovu poučena ředitelem speciální základní školy a základní školy praktické o závažnosti situace a bylo jí vysvětleno, že pokud nebude souhlasit s integrací svého syna do základní školy v hlavním vzdělávacím proudu, pak by se mohlo jednat o poškozování zájmu dítěte a v celé věci by museli intervenovat orgány péče o dítě.

Matka tedy s integrací KH do základní školy běžného typu nakonec souhlasila.

Doporučení SPC s diagnostikou

Souhrnné údaje k vyšetření a stanoveným PO

Převažující stupeň PO: 4

Identifikátor znevýhodnění: 05T0TZ0

I. Závěry vyšetření žáka podstatné pro vzdělávání a pobyt žáka ve škole.

Žák se speciálními vzdělávacími potřebami vyjádřenými 4. stupněm podpůrných opatření.

Chlapec s primárně těžkým tělesným postižením (dětská obrna, centrální spastická diparetická forma s akcentací na levostranné polovině těla, s menším postižením HKK) a dobrými intelektovými předpoklady. Rozumové schopnosti KH se aktuálně rozvíjejí v pásmu středního průměru.

Vzdělávání v rámci školy zřízené dle par. 16 odst. 9 ŠZ pro žáky s mentálním postižením, kam KH dosud docházel, je nadále nevhodné.

V dalším vzdělávání KH doporučuji vřazení do běžné základní školy, aplikaci podpůrných opatření 4. stupně, výchovné a vzdělávací vedení chlapce dle IVP, zřídit místo asistenta pedagoga ve třídě a další práci a hodnocení dítěte dle *Katalogu podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení nebo závažného onemocnění* (<http://inkluze.upol.cz/ebooks/katalog-tp/flipviewerxpress.html>).

II. Vyhodnocení Plánu pedagogické podpory/IVP (pokud byl poskytován)

KH je velmi milý, slušný a kamarádský chlapec, který si našel místo v novém třídním kolektivu. V letošním školním roce věkově spadá do 2. ročníku. Je vyučován ve spojení s žáky 1. ročníku. Vzhledem k jeho nadprůměrným vědomostem a schopnostem má sestaven individuální vzdělávací plán (v předmětech M, ČJ), kde má výrazně navýšeno množství učiva.

Obsah učiva odpovídá osnovám 4. ročníku Speciální ZŠ.

KH má velmi svědomitý přístup ke škole, je zvědavý, dokáže se velmi dobře soustředit na zadanou práci. V českém jazyce i matematice postupuje rychlým tempem a téměř nikdy nechybuje. Při školní práci bývá samostatný. V hodinách je velmi aktivní, soustředěný, dokáže udržet pozornost.

V matematice zvládá numeraci do 1000, celou malou násobilku, písemné sčítání a odčítání do 100 s přechodem přes 10. Velmi dobře se též orientuje v prostoru a na

číselné ose, rozumí pojmům z geometrie (úsečka, přímka, body, základní rovinné a prostorové útvary). Ani řešení slovních úloh mu nečiní problémy.

V českém jazyce dokáže určit druhy vět, slova opačného významu, zvládá psaní u-ů-ú, dále psaní měkkých a tvrdých souhlásek. V současné době se dokonce učí vyjmenovaná slova po B, na 1 hodinu ČJ denně dochází na výuku do 5. ročníku, v němž vyjmenovaná slova po B právě probírají (i mezi žáky 5. třídy KH výrazně vyniká, rychle chápe souvislosti, významy slov).

KH čte plynule, s výrazem a citovým zabarvením. Čte s porozuměním – po přečtení je schopný reprodukovat text. Opis, přepis i diktát zvládá výborně, téměř vždy bez chyb. Nyní si upevňuje psaní některých velkých písmen, většinu však ovládá.

Vzhledem ke svému fyzickému postižení (DMO) má dále IVP na psaní, VV a PV. Z TV je uvolněn. KH rád zpívá, maluje i vyrábí. I přes svůj handicap zvládá většinu rukodělných činností, jeho omezení není markantní. Potřebuje jen více času na práci a v některých činnostech je třeba mu poskytnout dopomoc, případně mu rozsah práce upravit. Má velmi úhledné písmo s ustáleným sklonem. Je schopen udržet výšku písmen. Píše pomalu, avšak pečlivě (je mu zadáváno méně textu a práce je střídána s odpočinkem a relaxací).

Navrhované hodnocení: Čj 1, Ma 1, Prv 1, výchovy - 1, TV - U.

Mgr. Andrea Boušková, třídní učitelka, SZŠ Děčín IX - Bynov

III. Podpůrná opatření

(Konkrétní postupy v kategoriích podpůrných opatření, které mají být aplikovány)

Metody výuky 3

Výuka hromadná (frontální), individualizovaná, individuální, projektová, skupinová.

- individuální, důsledný, zároveň laskavý přístup vyučujícího,
- užívané metody výuky je potřeba přizpůsobit možnostem a schopnostem žáka, volit alternativy s ohledem na závažný tělesný handicap,
- pedagog provádí kontrolu porozumění zadání úkolu, přímou navigaci, vedení,
- je respektováno a tolerováno osobního psychomotorického tempo (vyhnout se porovnávání s ostatními dětmi),
- důležitá je pochvala, povzbuzení, ocenění snahy před kolektivem, pozitivní zpětná vazba,

- při výuce je vhodné upřednostňovat názor, využívat vizualizaci, zážitek, postupnost a systematičnost,
- aktivizace upadající pozornosti, umožnění odpočinku, relaxace,
- umožnění užívání kompenzačních a podpůrných pomůcek,
- se zapisováním poznámek v naukových předmětech v případě potřeby vypomáhá asistent pedagoga, příp. je pedagog poskytne předem vytištěné a žák si barevně podtrhává stěžejní informace,
- DÚ zadávat především s ohledem na jejich rozsah, pružně reagovat na případnou nižší odolnost v zátěži snížením nároků či množství zadávaných úkolů,
- eliminace stresu a stresových situací.

Úpravy obsahu vzdělávání 4

Žák bude vzděláván dle IVP zpracovaného dle RVP ZV platného od 1. 9. 2016, úprava obsahu vzdělávání se bude týkat všech předmětů spojených s omezenou tělesnou aktivitou. Jedná se především o volnění z předmětu tělesná výchova (dle § 50 odst. 2 zákona č. 561/2004 Sb.), dále jde o dílčí úpravy v předmětech Čj (psaní), Ma (rýsování), Vv a Pv.

Forma vzdělávání 1) 3

denní

Žák se bude vzdělávat v běžné třídě ZŠ dle IVP za podpory asistenta pedagoga, bez nutnosti snížení počtu žáků ve třídě.

Úprava očekávaných výstupů vzdělávání 2) 3

Očekávané výstupy vzdělávání korespondují s RVP ZV platným od 1. 9. 2016.

Organizace výuky (úpravy v organizaci výuky ve školní třídě případně i mimo ni; požadavky na práci pedagogů; podpora žáků, u kterých nelze zajistit domácí přípravu; požadavky na specifika domácí přípravy)

Úprava prostředí:

- je potřeba zajistit náročnější úpravy školního prostředí, odstranění bariér, příp. prahů, úprava WC,
- kmenovou třídu žáka je vhodné umístit do přízemí,
- vzdělávání žáka probíhá v takové třídě, která je prostorově dostačující pro manipulaci s vozíkem,

- žák sedí v samostatné lavici (vhodné k vozíku), která je umístěna tak, aby měl možnost se častěji kontaktovat s pedagogem, kde může v případě potřeby pracovat za podpory asistenta pedagoga, s ohledem na dostupnost pomůcek, které jsou ve výuce volně k dispozici,
- v rámci třídy, příp. mimo ni je vytvořen relaxační koutek s kobercem a polohovacím vakem, který může žák využít např. o přestávce či v případě nutnosti odpočinku během vyučování.

Úprava režimu výuky:

- během výuky je možné zařazovat krátké relaxační přestávky, pokud to aktuální stav žáka vyžaduje,
- jednotlivé činnosti jsou střídány, frontální výklad se střídá se samostatnou/skupinovou činností,
- v případě potřeby může žák pracovat po určitou dobu individuálně s asistentem pedagoga (možno v kmenové třídě i mimo ni),
- pro dobu pobytu v lázních či během hospitalizace je nutné vypracovat učební plán,
- samozřejmá je účast KH na akcích pořádaných školou (za přítomnosti asistenta pedagoga).

Personální podpora ve škole

Je nezbytně nutné, aby se KH vzdělával za podpory asistenta pedagoga ve třídě.

Náplň práce AP:

- přímá práce s dítětem podle přesně stanovených postupů a pokynů učitele zaměřená na specifické potřeby dítěte,
- individuální podpora při osvojování a procvičování nových znalostí a dovedností, při stimulačních a relaxačních činnostech,
- spolupráce při zajišťování komplexní výchovně vzdělávací činnosti zaměřené na rozvoj vědomostí, dovedností a návyků podle vzdělávacího programu školy,
- individuální práce s dítětem,
- dopomoc při sebeobslužných činnostech,
- doprovod při přesunech v prostorách školy,
- pomoc při přípravě materiálů na výuku,
- podpůrné služby při kompenzaci znevýhodnění dítěte v sociálním prostředí třídy, prevence konfliktů v kolektivu,

- doprovod na školní akce (např. návštěva divadla, kina, návštěva knihovny, exkurze apod.),
- pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci dítěte.

Personální podpora – pedagogická

Stupeň

Počet hodin

Zdroj financování Kód NFN 3) Od-do

X Asistent pedagoga 4 40 NFN P2×1,00

X Školní psycholog 4 20 jiné P3×0,50

Zdůvodnění potřebnosti opatření pro školu (podmínky školy):

Školní psycholog sleduje aklimatizaci KH ve škole běžného typu a je nápomocen při jeho začleňování do kolektivu vrstevníků.

Hodnocení žáka (kritéria hodnocení, specifika forem hodnocení dle charakteru obtíží) 3

Žák bude hodnocen podle zákona č. 561/2004 Sb., známkami. Slovně pak po každém výkonu tak, aby hodnocení plnilo motivační funkci a poskytlo žákovi adekvátní zpětnou vazbu. Hodnocena je pouze práce, kterou žák stihl vypracovat.

Doporučuji individualizaci hodnocení v předmětech, ve kterých je KH limitován svým handicapem, tedy především v Čj – psaní, Ma – rýsování, výtvarné a pracovní výchově.

Pomůcky (včetně pomůcek pro ŠZ zřízené při škole) 4

Spádová základní škola v současné době nedisponuje žádným vybavením potřebným k zabezpečení žáka s těžkým tělesným postižením. Je tedy potřeba prostředí kompletně vybavit s ohledem na KH speciální vzdělávací potřeby.

Kompenzační pomůcky je nutné vybírat s ohledem na specifika prostředí (typ schodiště), schodolez může být např. nahrazen plošinou apod.

Kompenzační pomůcky (uved'te také období užívání pomůcky) Stupeň Souborů

Vozík mechanický [D.IV.1.1] 4 1 nákup 22 000

Nájezdové ližiny [D.IV.1.2] 4 1 nákup 8 200

Schodolez (investiční náklady) [D.IV.1.3] 4 1 nákup 116 000

Nástavce na WC [D.IV.1.4] 4 1 nákup 1 200

Madla k WC [D.III.1.3] 3 1 nákup 900

Stůl vhodný k vozíku [D.IV.1.5] 4 1 nákup 10 000

Židle (sedačka) pro žáky, kteří potřebují podporu sedu

Speciální hardware – myš, klávesnice [D.IV.1.6] 4 1 nákup 11 000

Polohovací pytle [D.III.1.4] 3 1 nákup 8 000

Pomůcky pro relaxaci (koberec, overball aj.) [F.III.1.1] 3 1 nákup 3 500

Speciální učebnice a pomůcky (uveďte také období užívání pomůcky) Stupeň Souborů

Speciální rýsovací pomůcky [D.III.2.1] 3 1 nákup 5 000

Pomůcky pro rozvoj motoriky [D.IV.2.3] 4 1 nákup 5 000

Pomůcky pro nácvik sebeobsluhy [B.III.2.10] 3 1 nákup 3 000

Softwarové a IT vybavení (uveďte také období užívání pomůcky) Stupeň Souborů

Počítač / tablet / PC (podle potřeb žáka) [B.IV.4.1] 4 1 nákup 16 000

Výukové programy [B.IV.3.1] 4 1 nákup 10 000

IV. Podpurná opatření jiného druhu (dle zdravotního stavu, zátěžové situace v rodině či škole – vztahové problémy, postavení ve třídě; v jakých činnostech, jakým způsobem)

- podpora kolektivu vrstevníků v přijetí KH,
- podpora v rozvoji sebeobsluhy (chlapec zatím není zvyklý užívat vozík),
- průběžně se informovat u zákonných zástupců na změny ve zdravotním stavu žáka,
- v případě potřeby je kdykoli po domluvě možno konzultovat s pracovníkem SPC.

Matka po dohodě s ředitelem ZŠ přišla na obhlídku školy a třídy, kam by po prázdninách KH nastoupil (srpen 2017). Ředitel musel urychleně připravit podmínky

pro integraci KH (vybudovat bezbariérové WC, tedy vypsát veřejnou zakázku malého rozsahu, získat pro tuto akci od zřizovatele finanční krytí a zajistit realizaci této stavby). Dále zajistit bezbariérový přístup od vchodu až do třídy. Budova ZŠ je umístěna v kopcovitém terénu a sestává se ze 7 pavilonů. V tomto případě byla zvolena zprvu forma schodolezu, v současné době je zřizovatelem vyhlášena veřejná zakázka na vybudování transportních plošin a zhotovení bezbariérových WC v celé budově ZŠ, a to včetně nájezdové plošiny u hlavního vchodu.

KH byl integrován do 3. ročníku. Jeho adaptace probíhala pozvolna. Ke KH byl na plný úvazek přijat asistent. Asistentem byl maturant, neúspěšný aspirant na bakalářské vzdělání v oblasti sociálně ekonomické. Tento pracovník byl plně kvalifikován (úplné středoškolské vzdělání ve spojení s absolvovaným kurzem asistenta pedagoga z akreditovaného zařízení). Dále pak byla indikována intervence školního psychologa, a to v úvazku 0,5.

Adaptace u KH za podpory interventů proběhla v zásadě bez jakýchkoliv problémů. Pořízené sociometrické šetření ve třídě vykazalo, že KH je plně integrován a spolužáci jej bez výhrad přijali.

Průběh adaptace KH však jeho matka nesnášela dobře. Výhrady měla k osobě asistenta pedagoga. Téměř denně řešila s ředitelem ZŠ drobnosti, které ji připadaly konfliktní. Například se měla na facebooku dozvědět, že asistent pedagoga je homosexuál, nepřála si tedy, aby na jejího syna sahal. Přednesla dokonce stížnost adresovanou nejprve řediteli ZŠ a později primátorce statutárního města (zřizovatele školy), kdy uváděla: „... zjistila jsem, že pan TP je teplej buzerant, a nechci, aby na syna sahal, učil ho, aby od něj tu teplost nedostal, už takhle je dost marod a to stačí...“

Dalším excesem matky bylo sjednání zedníků, kteří přišli ve školní budově realizovat stavbu nájezdové rampy, kterou však matka neměla od stavebního úřadu povolenou, a dokonce finanční krytí této akce nezajistila, celá akce byla tedy ihned na začátku ukončena a matce bylo vysvětleno, že se musí postupovat dle zákonných pravidel.

Dnes je situace plně normalizována. Sama matka dítěte se vyjádřila v tom smyslu, že s přechodem syna do běžné ZŠ zpočátku nesouhlasila, ale že dnes je velmi ráda, že k němu došlo.

Matka komunikuje se školou naprosto bez problémů. Dokonce si vyžádala konzultaci i stran mimoškolních záležitostí, resp. nikoli přímo souvisejících se školní

docházkou. Jednalo se o problém v rodině a opatrovnictví KH (rodiče nyní v řízení o úpravě výchovy a výživy před soudem). I v tomto případě, přes nižší sociální zdatnost matky dítěte, proběhla komunikace naprosto bezproblémově. Matku bylo nutno edukovat v tom smyslu, že se škola sama o sobě nemůže k těmto záležitostem vyjadřovat. Velmi dobře reagovala na ujištění, že pokud bude zainteresovanými institucemi vznesen dotaz stran školní docházky a spolupráce matky se školou, škola se samozřejmě adekvátně vyjádří. Matka byla ujištěna, že v tomto směru vůči její péči neshledáváme žádné závažné výhrady. Zároveň byla edukována i v tom smyslu, jaké kroky může sama podniknout, resp. na koho se může v této záležitosti obrátit. Toto řešení akceptovala bez výhrad a s výsledkem jednání byla naprosto spokojena.

Režim výuky

KH absolvoval po přechodu na naší ZŠ korekční operaci kontraktur flexorů na obou dolních končetinách. Jedná se o výkon, který si vyžádal několikátýdenní absenci v důsledku operace samotné a následné pooperační rekonvalescence. Posléze absolvoval též lázeňskou léčbu, která trvala téměř měsíc. Přestože by se dalo předpokládat, že výše uvedené okolnosti mohou ovlivnit adaptaci a školní výsledky KH, k ničemu takovému nedošlo. Situace byla dobře zvládnuta.

KH bez jakýchkoliv problémů absolvoval třetí ročník, a to s průměrným prospěchem. V současné době postoupil do čtvrtého ročníku.

Oblíbené předměty KH jsou matematika, v níž patří KH k premiantům třídy. I přes svůj handicap má rád rýsování, kvalita provedení rysů je zdařilá, obtíže mu při rýsování činí kružítko, ale za pomoci AP zvládá i tento úkon. ČJ a AJ jsou další předměty, které KH zvládá bez větších obtíží, jeho výsledky v těchto předmětech jsou nadprůměrné.

Méně oblíbenými předměty jsou pro KH zeměpis a přírodopis, dějepis. Zde je vidět, že ho obsahy nebaví, nemá dobrou encyklopedickou znalost obsahu kurikula, v těchto předmětech je průměrný.

KH byl uvolněn na žádost matky a za současné indikace pediatra z předmětu tělesná výchova.

Závěr

V předložené publikaci jsme chtěli popsat jak teoreticky, tak i z praktického hlediska možnosti integrace jedince s primárně somatickým znevýhodněním do základní školy v běžném vzdělávacím proudu. Tato integrace se v našem případě ukázala pro námi popisovaného jedince jako přínosná. Obavy matky z toho, že bude KH po integraci na ZŠ ve třídě na okraji, obavy z posměšků či ostrakizace a obavy z nezvládnutí výukového kurikula se ukázaly jako liché. KH se za pomoci interventů (asistenta pedagoga a školního psychologa) adaptoval bez problémů a do současné doby běžně prospívá. Jeho sociální vztahy ve třídě i škole jsou běžné. Matka KH se po edukaci školních odborníků uklidnila a běžně spolupracuje s třídní učitelkou i školním týmem bez větších excesů.

Chtěli jsme na našem případě ukázat, že integrace žáka ze speciální základní školy a základní školy praktické do základní školy v hlavním vzdělávacím proudu je možná. Je ovšem pravdou, že v našem případě byly přítomny příznivé zásadní okolnosti, a to průměrný, až nadprůměrný intelekt KH, dále pak v zásadě dobrá spolupráce s matkou a příznivé klima třídy, do níž byl KH integrován. Překážky pro danou integraci spočívaly spíše v lidských předsudcích či stereotypch. Nemalou měrou k dobré integraci přispěl i zřizovatel, který uvolnil dostatečnou finanční investici na vybudování bezbariérového přístupu a stavební úpravy WC.

Seznam použité literatury

FISCHER, S. et al., 2014. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se specifickými potřebami v oblasti somatické, psychické a sociální*. Praha: Triton. 229 s. ISBN 978-80-7387-792-7.

FISCHER, S. ŠKODA, J., 2008. *Speciální pedagogika: Edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Praha: Triton. 250 s. ISBN 978-80-7387-014-0.

HAMPL, I. MRAVCOVÁ, H., 2013. *Vybrané kapitoly ze speciální pedagogiky*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-530-3.

JANKŮ, K., 2013. *Terapie ve speciální pedagogice – zaměření na osoby s těžkým postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7464-326-2

JESENSKÝ, J., 2000. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-196-1.

VÍTKOVÁ, M., 2006. *Somatopedické aspekty*. 2. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-134-0.