

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
PEDAGOGICKÁ FAKULTA

**Komplexní péče o děti s kombinovaným
mentálním a tělesným postižením**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Mgr. Pavel Zíkl

Praha
2009

Studijní program a obor: pedagogika/speciální pedagogika

Školitel: Doc. PhDr. Boris Titzl, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracoval samostatně, pod odborným vedením Doc. PhDr. Borise Titzla, Ph.D. Ke zpracování práce bylo použito pouze informačních zdrojů uvedených v seznamu literatury.

Mgr. Pavel Zíkl

V Hradci Králové dne 5. května 2009

Poděkování

Děkuji Doc. PhDr. Borisi Titzlovi, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, které mi při zpracování práce poskytl a za trpělivost a pozitivní přístup po celou dobu vedení práce.

Anotace

Hlavním tématem práce je komplexní péče o děti s kombinovaným mentálním a tělesným postižením.

Teoreticko-metodická část je zaměřena na užívanou terminologii, odhad počtu těchto žáků v našich školách a zejména na komplexní péči/rehabilitaci. V textu je akcentována léčebná složka komplexní péče a možnosti její realizace ve školách (metody léčebné rehabilitace využitelné ve školách, polohování).

Ve druhé části práce jsou prezentovány výsledky realizovaných výzkumů, které se týkají edukace a komplexní péče o děti s mentálním a kombinovaným postižením. Jedná se o dva na sebe navazující výzkumy, kde je použita odlišná metodologie. Prvním je výzkum kvantitativní (deskripce a analýza vzdělávání žáků s mentálním a kombinovaným postižením integrovaných v běžných školách) a následují výsledky výzkumu kvalitativního (analýza a komparace vzdělávání žáků s kombinovaným postižením ve školách speciálních a běžných). Závěr obsahuje shrnutí výsledků a diskusi k nim.

Klíčová slova:

dítě s kombinovaným postižením, ucelená rehabilitace, vzdělávání žáků s kombinovaným postižením, integrace žáků s kombinovaným postižením

Annotation

The main topic of my work is comprehensive care for children with multiple disabilities (combination of mental and physical disabilities). The theoretic-methodical part is aimed at used terminology, estimated number of such pupils in our schools and at comprehensive care/rehabilitation. Main stress is put on medical rehabilitation and the possibility of using it at schools (methods of medical rehabilitation used at schools, positioning).

In the second part results of research work connected with education and comprehensive care for children with mental and multiple disabilities are presented. They are two separate pieces of research connected together with different methodology used in each of them. The first one is a quantitative research (description and analysis of education of pupils with mental and multiple disabilities integrated in common schools). The second one is a qualitative research (analysis and comparison of education of children with multiple disabilities in special and common schools). The summary and a discussion are at the end of the work.

Keywords:

child with multiple disabilities, comprehensive rehabilitation, education of pupils with multiple disabilities, integration of pupils with multiple disabilities

Obsah

1. Úvod	8
2. Teoreticko-metodická část	10
2.1. Pojem kombinované postižení	10
2.1.1. Užívané pojmy a definice	10
2.1.2. Legislativní vymezení	13
2.1.3. Kategorizace osob s kombinovaným postižením.....	15
2.1.4. Modely přístupu	17
2.1.5. Těžké a kombinované postižení.....	18
2.1.6. Mezinárodní klasifikace	19
2.1.7. Závěr.....	20
2.2. Počty dětí školního věku s kombinací mentálního a tělesného postižení....	22
2.2.1. Počty žáků s kombinovaným postižením dle výkazů	23
2.2.2. Počty žáků s kombinovaným postižením dle diagnózy	28
2.2.3. Prognóza do budoucna	31
2.3. Komplexní péče/ucelená rehabilitace u žáků s kombinovaným postižením36	
2.3.1. Rehabilitace	36
2.3.2. Ucelená rehabilitace	38
2.3.3. Složky rehabilitace a jejich „rezortní dělení“	42
2.3.4. Vzdělávání a rehabilitace	46
2.4. Léčebná rehabilitace ve škole	50
2.4.1. Praxe založená na důkazech	52
2.4.2. Postupy využitelné ve škole	54
2.4.2.1. Taktilní a vibrační stimulace	54
2.4.2.2. Vestibulární a propioceptivní stimulace	59
2.4.2.3. Kondiční cvičení	61
2.4.2.4. Balanční cvičení.....	65
2.4.2.5. Pasivní cvičení	68
2.4.2.6. Vynucené používání.....	70
2.4.2.7. Respirační cvičení.....	71
2.4.2.8. Relaxační aktivity	74
2.4.3. Polohování žáků s tělesným/kombinovaným postižením	76
2.4.3.1. Polohování	76
2.4.3.2. Cíle a význam polohování	79
2.4.3.3. Přehled využívaných poloh	81

2.4.3.4.	Zásady při polohování.....	87
2.4.3.5.	Rizika a chyby v polohování.....	88
2.4.4.	Závěr.....	89
3.	Empirická část.....	90
3.1.	Deskripce a analýza současného stavu ve školách (žáci s mentálním a kombinovaným postižením).....	90
3.1.1.	Úvod.....	90
3.1.2.	Metodika výzkumu.....	91
3.1.3.	Výsledky.....	93
3.1.3.1.	Učitelé.....	93
3.1.3.2.	Žáci a jejich třídy.....	107
3.1.3.3.	Speciálně pedagogická podpora.....	108
3.1.3.4.	Závěr.....	130
3.2.	Kasuistické sondy a komparace vzdělávání sledované skupiny v běžných a speciálních školách.....	133
3.2.1.	Metodika výzkumu.....	133
3.2.2.	Výsledky.....	136
3.2.2.1.	Případ 1 (lehké mentální i tělesné postižení).....	138
3.2.2.2.	Případ 2 (lehké mentální a středně těžké tělesné postižení).....	144
3.2.2.3.	Případ 3 (lehké mentální a těžké tělesné postižení).....	149
3.2.2.4.	Případ 4 (středně těžké mentální i tělesné postižení).....	157
3.2.3.	SWOT analýza.....	163
4.	Závěr.....	171
5.	Seznam použité literatury.....	181
6.	Seznam příloh.....	190

1. Úvod

Hlavním tématem této práce jsou děti s kombinovaným mentálním a tělesným postižením. V současné speciálně pedagogické teorii i praxi je okruhu osob s kombinovaným postižením/s více vadami věnována poměrně značná pozornost. Zvýšený zájem má své kořeny ve změnách, které nastaly po roce 1989. Začátkem 90tých let vzniklo velké množství Pomocných škol¹ pro žáky s mentálním postižením (zejména soukromých a církevních) a také mnoho samostatných tříd při stávajících Zvláštních školách². Do těchto tříd a škol nastupovali žáci, kteří byli za dob komunismu označováni za „nevzdělatelné“ a byli „osvobozováni“ od školní docházky. V této skupině dětí bylo i značné množství těch, jejichž postižení bylo těžké, kombinované a na jejichž vzdělávání byl tehdy málokdo připraven. Na tuto skutečnost reagovalo tehdy jednak MŠMT (podpora vzniku škol, zvýšení normativů, úpravy vzdělávacích programů, apod.) a samozřejmě celá řada odborníků – speciálních pedagogů na vysokých školách i v terénu.

Dnes tito žáci navštěvují naše školy běžně a jsme svědky další velké změny, kterou je postupné zvyšování počtu těchto dětí integrovaných v běžných školách. Zjevné integrační tendence lze v ČR pozorovat od počátku devadesátých let. Předpokladem integrace bylo přijetí, eventuelně novelizace právních norem, které upravují řízení, organizaci i obsah vzdělávání. Definitivně tuto oblast upravil nový školský zákon a další předpisy, které dále integrační tendence prohloubily. Rodič může fakticky volit, zda chce své dítě nechat docházet do školy běžné nebo speciální a škola má povinnost odpovídající péči zajistit.

Práce se žáky se speciálními potřebami klade na učitele všech typů škol značné nároky a skupina dětí s postižením kombinovaným (mentálním a tělesným) patří v tomto ohledu k nejnáročnějším. Edukace je navíc v tomto případě nedílnou součástí ucelené rehabilitace a je tedy nezbytné, aby učitel znal a ve své práci aplikoval poznatky a metody z dalších oblastí a byl schopen zajistit opravdu komplexní péči, která v sobě zahrne i složku léčebnou a sociální. Jaká ale je situace ve školách? Co vlastně učitel (s podporou celého systému) může pro žáky

¹ Pomocná škola – dnes ZŠ speciální; určena pro žáky se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením, včetně žáků s více vadami.

² Zvláštní škola - dnes ZŠ praktická, určena žákům s lehkým mentálním postižením.

s uvedenou kombinací postižení udělat? To jsou příklady otázek, na jejichž zodpovězení je celá práce zaměřena.

První část práce je teoreticko-metodická, zaměřuje se zejména na užívanou terminologii, odhad počtu těchto žáků v našich školách a zejména na komplexní péči/rehabilitaci. Jak již bylo uvedeno, z celé velmi heterogenní skupiny dětí s kombinovaným postižením se práce zaměřuje na ty, které mají postižení mentální a tělesné. V textu je akcentována léčebná složka komplexní péče, na jejíž realizaci, na rozdíl od edukace nebo složky sociální, nejsou učitelé zpravidla v potřebné míře připravováni.

Ve druhé části práce jsou prezentovány výsledky realizovaných výzkumů, které se týkají edukace a komplexní péče o děti s mentálním a kombinovaným postižením. Jedná se vlastně o dva na sebe navazující výzkumy, kde je však použita odlišná metodologie. Prvním je výzkum kvantitativní a následují výsledky výzkumu kvalitativního. Kombinace obou postupů nám dává možnost lépe celou problematiku pochopit a dojít k relevantním závěrům.

Cíle práce je možné v bodech shrnout takto:

- teoretické vymezení pojmu kombinované postižení, odhad počtu žáků s kombinací mentálního a tělesného postižení v našich školách
- charakteristika komplexní péče o dítě s kombinovaným mentálním a tělesným postižením, zejména se zaměřením na možnosti uplatnění prvků léčebné rehabilitace ve škole,
- deskripce a analýza současného stavu vzdělávání sledované skupiny v našich školách a to zejména ve školách běžných, tj. u žáků integrovaných (kvantitativní výzkum),
- komparace situace v běžných školách a školách speciálních, s analýzou silných a slabých stránek obou typů škol (kvalitativní výzkum zaměřený na sledovanou skupinu).

2. Teoreticko-metodická část

2.1. Pojem kombinované postižení

2.1.1. Užívané pojmy a definice

Jak uvádí Broekaert (1999, s. 405), větší pozornost se lidem s kombinovaným postižením začala věnovat až v 60tých letech a v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let 20. století pak v Evropě vyšlo mnoho publikací, které se věnovaly této problematice (např. v Belgii Janssens a kol., 1973, 1985; v Německu Bach, 1972; Fröhlich, 1983; Von Bracken, 1972; v Holandsku De Jong, 1986; De Moor, 1987; De Witt, 1975; ve Francii Dague, 1969, 1977; Faivre, 1976; v Anglii Cruickhank, 1971; Sternberg, Adams, 1982).

V zahraničí jsou používány pro označení osob s kombinovaným (vícečetným) postižením nejčastěji následující pojmy: multiple disabilities, multiple handicap (anglojazyčná lit.), „mehrfachbehindert“, „schwerstmehrfachbehinderung“ (něm.), „plurihandicapes“ (Fr.) (Broekaert, 1999, s.408-409; Renotierová, 2003, s. 303). Nazarova (2002) uvádí několik termínů používaných v Ruské federaci pro označení této skupiny osob – „složnyje děfekty“, „kombinirovannyje narušeniya“ a v poslední době uvádí jako nejpoužívanější pojem „složnaja struktura narušeniya“. Na Slovensku se nejčastěji používá označení „viacnásobné postihnutie“, viaceré chyby“ (Vašek, 1995 s.47; 2003, s. 189).

V našem školství je označení „žáků s kombinovaným postižením“ postupně nahrazováno výrazem „žáci s více vadami“, který je uveden ve školském zákoně a v dalších legislativních dokumentech³ a bude tak, zejména v oficiálních dokumentech, užíván častěji. Oba pojmy můžeme v našich podmínkách označit jako synonyma. Méně často se používají pojmy „multihandicap“ nebo „vícečetné postižení“. V některých případech se používá ještě širší označení „těžké postižení“, které zahrnuje jak jedince s postižením kombinovaným, tak jedince s těžkým a

³ § 16, § 48 Zákona o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon) 561/2004 Sb. ve znění 58/2008 Sb.; § 1, § 8 Vyhlášky o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných 73/2005 Sb.; Výkaz o základní škole S 3-01

hlubokým postižením mentálním (např. Vítková, 2006, 2004). V angličtině tomuto pojetí odpovídá pojem „severe disabilities“, případně „severe/multiple disabilities“.

Slovo kombinace pochází z latinského *combinatio* – spojení, slučování. Výraz *combinatio* označuje spojování do dvojice. Zajímavé může být srovnání používaných výrazů. U pojmu „kombinované postižení“ předpokládáme vytváření různých vztahů, vzájemné spojování a skládání a vznik kvalitativně nového celku. Pojem „postižení více vadami“ je v tomto smyslu spíše neutrální, popisné, mohl by nejlépe vystihovat stav při výskytu etiologicky nesouvisejících vad. Velmi výstižný je pojem anglický. Výraz „multiple“ můžeme přeložit jako mnohonásobný, mnohočetný, hromadný, složený a vystihuje tak asi lépe celou složitost problematiky.

V medicíně kombinace znamená výskyt více etiologicky nesouvisejících nemocí. V případě, že je mezi symptomy příčinná souvislost, hovoříme o komplikaci. Sovák uvádí (1986, s. 22): „ve speciální pedagogice se kombinací rozumí sdružení několika vad u téhož jedince“. Tato jednoduchá definice (případně mírně modifikovaná) se často užívá i dnes (např. Slowík, 2007; Defektologický slovník, 2000; Speciální pedagogika – terminologický a výkladový slovník, 1995). Sovák dále dodává, že se ve speciální pedagogice (tehdy defektologii) rozlišování mezi kombinací a komplikací v medicínském pojetí nedodrhuje a za podstatné považoval hledisko metodické a ne etiologické. V tehdejší situaci (neexistence škol pro žáky s kombinovaným postižením, nedostatkem škol pomocných a pravidlem „osvobození“ od školní docházky dětí se středně těžkým, těžkým a hlubokým mentálním postižením) doporučoval řídit se při poskytování komplexní péče podle nejnápadnější vady. I izolovaná vada má navíc určité dopady minimálně na psychiku jedince - „z toho plyne, že není izolovaných vad a každá vada se něčím komplikuje nebo kombinuje“ (Sovák, 1986, str. 22).

Ono medicínské pojetí kombinace (etiologicky nesouvisející nemoci), které však už i Sovák pro užití ve školství nepovažoval za vhodné, u nás v některých dokumentech stále přetrvává. Za příklad můžeme uvést nový Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální (VÚP, 2008), kde je k pojmu postižení více vadami uvedeno (s. 106): „za postiženého více vadami se považuje jedinec postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy

postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do školy pro příslušný typ postižení“.

Vašek (1999, In Renotierová, 2003, s. 303) uvádí širší charakteristiku: „Vícenásobné postižení je multifaktoriální, multikauzální a multisymptomatologicky podmíněný fenomén, který se manifestuje signifikantními nedostatky v kognitivní, motorické, komunikační nebo psychosociální oblasti u jeho nositele“.

Trochu odlišný přístup nabízí jedna z definic užívaných ve Spojených státech, která mezi osoby s kombinovaným postižením zahrnuje jedince s více než jednou poruchou, a jedná se o takovou kombinaci, „která způsobuje takové závažné vzdělávací potřeby, že není možné vzdělávání ve speciálních vzdělávacích programech určených pro jednu z poruch“ (Code of Federal Regulations, 1999, Vol. 34 Sec. 300.7,[c][7]). In Snell, 2002, s. 2210). Takovéto pojetí vystihuje specifčnost kombinovaných postižení z pohledu pedagogů. V našich podmínkách jsou některé děti vzdělávány ve speciálních školách nebo jsou v péči Speciálně pedagogických center zaměřených na jednu vadu a ne vždy je těmto dětem poskytována takové péče a služby, které by odpovídaly charakteru jejich potřeb.

Z USA (National Information Center for Children and Youth with Disabilities, 1997) pochází i další charakteristika jedinců s více vadami, která u nich předpokládá těžké nebo hluboké mentální postižení. Dále u nich můžeme identifikovat celou řadu dalších charakteristik, které závisejí na hloubce a kombinaci jejich postižení. Jejich obtíže můžeme nalézat v těchto oblastech:

- řeč a komunikace
- obtíže v mobilitě
- tendence k zapomínání nepoužívaných schopností
- obtíže v aplikování naučených schopností v nových situacích
- potřeba pomoci v základních běžných aktivitách (např. v domácnosti, volném čase, zaměstnání)

Můžeme si všimnout rozdílného východiska u tuzemských a zámořských charakteristik a pojmů. Zamyslíme-li se nad dnes často používaným pojmem „jedinec s více vadami“, tak se vlastně jedná z pedagogického hlediska o pojem problematický. Co vlastně znamená? Jedinec má dvě nebo více vad, tedy narušení psychických nebo fyziologických struktur nebo funkcí. Vycházíme zde

z medicínského přístupu, přičemž naše intervence je primárně pedagogická⁴. Jak uvádí Titzl (2009), defekt byl ve speciálně pedagogickém myšlení odsunut z pozice paradigmatického významu a pro posuzování speciálních potřeb člověka již není základním východiskem.

Kupříkladu žák s diabetem má z pohledu medicíny závažný problém, z pohledu pedagogického je závažnost jeho speciálních potřeb na jiné úrovni - nepotřebuje pomoc v běžných situacích, zvládá požadavky školy, nemá problémy v komunikaci, apod. U člověka s mentálním postižením je situace opačná - vyžaduje vysokou míru podpory v celé řadě běžných aktivit. U dítěte se může souběžně vyskytnout více vad (diagnóz), které však jeho možnost participace na řadě běžných aktivit nemusí omezovat ani zdaleka tak závažně, jako „pouhé“ postižení mentální. Výše uvedené zámořské charakteristiky kombinovaného postižení vycházejí z potřeb jedince a etiologie jeho obtíží je pro zařazení žáka do této kategorie spíše vedlejší (nikoli samozřejmě pro péči o něj).

2.1.2. Legislativní vymezení

Termín žáci s více vadami/kombinovaným postižením se objevuje v řadě legislativních dokumentů, je součástí výkazů a také se pro takoveto žáky stanoví normativy. Z těchto důvodů by bylo přirozené, pokud by tato skupina žáků byla v některém závazném dokumentu jasně definována.

Věstník MŠMT ČR č. 8/1997 pod č. j. 25 602/97-22 definuje kombinované postižení následovně: „Za postiženého více vadami se považuje dítě, respektive žák postižený současně dvěma nebo více na sobě kauzálně nezávislými druhy postižení, z nichž každé by jej vzhledem k hloubce a důsledkům opravňovalo k zařazení do speciální školy příslušného typu.“ Zde se objevuje medicínské pojetí etiologické nezávislosti kombinace postižení, což ve speciálně pedagogické praxi není uplatňováno a nebylo dokonce ani v době vydání tohoto dokumentu. Toto pojetí nemělo oporu v odborné speciálně pedagogické literatuře (viz např. Sovák). Znamenalo by to například, že dítě s DMO, u nichž se současně objevuje mentální a

⁴ Toto tvrzení je samozřejmě zjednodušující a každá intervence, která se chce nazývat kompletní, v sobě nutně obsahuje složku pedagogickou, léčebnou i sociální.

tělesné postižení, epilepsie a vada řeči (dysartrie) není žákem s postižením kombinovaným.

Vyhláška o speciálních školách z téhož roku⁵ vyjmenovávala pouze typy škol, které jsou určeny pro žáky s více vadami. Jednalo se vždy u Zvláštní, Pomocnou školu, Odborné učiliště nebo Praktickou školu pro žáky s více vadami nebo s jiným dalším postižením (např. PŠ pro zrakově postižené, ZvŠ pro zrakově postižené, apod.). Z této vyhlášky implicitně vyplývá, že za žáka s více vadami byl považován žák s postižením mentálním a k tomu přidruženou další vadou.

V aktuálně platném školském zákoně je uvedeno, že „žáci s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a žáci s autismem mají právo se vzdělávat v základní škole speciální, nejsou-li vzdělávání jinak⁶.“ V navazující vyhlášce⁷ (§ 1) jsou žáci se souběžným postižením více vadami uvedeni mezi žáky s těžkým postižením a náleží jim proto nejvyšší míra podpůrných opatření při studiu. V dalších částech jsou pak uvedena již pouze organizační opatření vztahující se k této skupině žáků.

V současné době platných pokynech pro vyplňování výkonových výkazů ve školách je uvedeno „Jako žáci s více vadami se uvedou i žáci, kteří vedle mentálního postižení jsou i smyslově nebo tělesně postižení. Žáci s vývojovou poruchou učení i chování budou vykázáni u převládajícího postižení, nikoli jako žáci s více vadami.“⁸ Z uvedeného plyne, že v této skupině nejsou vykazováni žáci s kombinacemi poruch chování nebo poruch učení (SPU). Ve výkazu se však uvádějí zvláště i počty žáků s jednotlivými stupni mentálního postižení, tedy i s těžkým a hlubokým postižením. U dětí, jejichž diagnózou je „pouze“ těžká nebo hluboká mentální retardace se téměř vždy setkáme i s různě závažnými obtížemi v motorice nebo dalším postižením. Tuto kategorii dětí můžeme tedy z pohledu speciálně pedagogického zařadit do skupiny žáků s více vadami.

Také RVP pro obor vzdělání základní škola speciální (2008) uvádí v části D (s. 96) „U žáků s kombinovaným postižením (mentálním postižením a dalším

⁵ Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ze dne 7.května 1997 o speciálních školách a speciálních mateřských školách. 127/1997 ve znění 236/2003 Sb.

⁶ Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). 561/2004 Sb. ve znění 58/2008 Sb.

⁷ Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. 73/2005 Sb.

⁸ Výkaz o základní škole (S 3-01), Pokyny a vysvětlivky k vyplnění, <http://www.uiv.cz/clanek/96/1317>

zdravotním postižením – tělesným, zrakovým, sluchovým, těžkými vadami řeči a autismem) ...“, z čehož vyplývá, že do této skupiny patří zejména žáci s kombinací mentálního a jiného postižení.

Budeme-li tedy vycházet z aktuálně platné legislativy, tak snad můžeme (s jistou mírou zjednodušení) označit za žáky s více vadami ty, u nichž se vyskytují současně dva nebo více typů zdravotního postižení (mentální, tělesné, sluchové, zrakové, vady řeči) a u něhož je možné alespoň jedno z postižení označit za těžké. Zpravidla, nikoli však výlučně, se bude jednat o žáky s různou kombinací mentálního postižení.

2.1.3. Kategorizace osob s kombinovaným postižením

Skupina osob s kombinovaným postižením je velmi heterogenní a platí zde ještě ve větší míře pravidlo individuálního přístupu a nutnosti plánování a poskytování pomoci „na míru“, než u jedinců s izolovaně se vyskytujícími vadami. Někteří autoři se snaží tuto velkou a obtížně popsatelnou skupinu lidí dělit do menších, homogennějších skupin, které je možno lépe popsat a specifikovat okruh jejich speciálních potřeb.

Vašek (2003, s. 190) zahrnuje osoby s vícenásobným postižením do třech symptomatologicky příbuzných skupin:

1. mentální postižení v kombinaci s dalším postižením
2. slepo-hluchota
3. poruchy chování v kombinaci s jiným postižením

V tomto členění pak nejpočetnější skupinu představují osoby s kombinací mentálního a dalšího postižení a za nejtěžší formu považuje skupinu slepo-hluchých jedinců. Prvořadým cílem pedagogů je pak vytvoření komunikačních schopností u osob s vícečetným postižením.

Jiné rozdělení nabízí Nazarova (2002), která v závislosti na struktuře a závažnosti vad rozděluje tuto skupinu takto:

1. Lidé se dvěma zjevnými vadami, z nichž každá je relativně závažná a vyskytuje se i izolovaně (např. slepohluché děti).

2. Lidé s jedním dominujícím postižením, které je doprovázeno jiným postižením v lehčí formě, jež přesto ztěžuje vývoj jedince (např. mentální postižení doprovázené lehkou vadou sluchu). Tento typ je také označován termínem „osložněnyj děfekt“ – komplikovaný defekt (vada).
3. V této skupině jsou zařazeni lidé se třemi a více vadami (na různém stupni závažnosti). Pro tuto skupinu se někdy používá pojem „množestvěnoje narušenje“ - vícečetné poruchy.

Z hlediska etiologického můžeme u osob s kombinovaným postižením najít (Titzl, 2009):

1. Jednu vadu projevující se více možnými poruchami (např. tělesné a mentální postižení v důsledku DMO, apod.).
2. Dvě a více etiologicky nesouvisejících vad (např. mentální postižení vrozené a tělesné postižení následkem úrazu, nedoslýchavost a amputace DK, apod.).

Z hlediska pedagogického není etiologická souvislost tak podstatná, důležitější jsou konkrétní speciální potřeby žáka. Toto platí pro zařazování žáků do některé kategorie nebo pro posuzování míry náročnosti práce, pro plánování komplexní terapie je však znalost etiologie významná (zejména v oblasti léčebné).

Jako užitečné z hlediska školní praxe se jeví rozdělení do skupin, které se od sebe významně odlišují svými potřebami a vyžadují tak péči a podporu různých odborníků, mají odlišné nároky na podmínky vzdělávání/péče a zejména vyžadují specifické vzdělávací programy.

1. žáci s těžkým a hlubokým mentálním postižením
2. žáci se středně těžkým mentální postižením v kombinaci s dalším postižením
3. žáci s lehkým mentálním postižením v kombinaci s dalším postižením
4. žáci s kombinací smyslových vad (slepohluchota)
5. žáci s autismem v kombinaci s dalším postižením
6. žáci s tělesným postižením/závažným onemocněním v kombinaci s další vadou (bez postižení mentálního)

Pozn. Žádná z kategorizací však nemůže postihnout všechny jedince, ale jejím cílem je vytvoření lepší představy o odlišnosti vzdělávacích potřeb v rámci skupiny žáků s více vadami.

Specifickou skupinu budou také tvořit lidé, u nichž se kombinace postižení objeví až v průběhu života. Hledisko ontogenetické je velmi důležité při realizaci komplexní péče, protože takovýto člověk bude mít za sebou různě dlouhé období života bez postižení nebo s postižením lehčím. Typickým příkladem může být člověk s vrozenou vadou sluchu, který v průběhu života přijde i o zrak. Práce s ním bude nesrovnatelná s prací se slepohluchým od narození. I kombinované vady můžeme tedy rozdělit na vrozené a získané.

2.1.4. Modely přístupu

Pro nalezení správného přístupu a pochopení obtíží, ale také potenciálu jednotlivých lidí s kombinovaným postižením mohou být inspirací 4 modely (pojetí) tohoto postižení, které popsal De Jong (De Jong, 1986, In Broekaert, 1999, s. 410):

1. model sčítání (skládání)

O kombinovaném postižení hovoříme tehdy, pokud se u jedince vyskytnou dvě nebo více vad současně. Závažnost vady je pak rovna součtu obtíží, které jednotlivá postižení přinášejí.

2. model násobení

V tomto modelu dvě nebo více vad také tvoří kombinované postižení, ale objem problémů se zvětšuje mnohem rychleji, než u předchozího modelu.

3. model schodů

Ústřední místo již nezabírá defekt, ale konkrétní fungování člověka. Při plánování intervencí je nutné nejdříve formulovat problémy konkrétního jedince a na tomto základě pak stanovit další postup a po jednotlivých krocích odstraňovat nebo mírnit dříve zjištěné problémy.

4. model kruhu

Důraz je zde kladen na to, že dvě nebo více vad stále působí svým vlivem na fungování celého organismu a také na sebe navzájem.

Musíme si tedy uvědomit, že není možné jen mechanicky skládat jednotlivá postižení a předpokládat, že prostým skládáním jednotlivých odpovídajících

vzdělávacích/rehabilitačních postupů budeme realizovat skutečně ucelenou rehabilitaci. Vždy je nutné si uvědomit, že problémy se budou násobit a kombinovat a v důsledku toho vždy vznikne nová a neopakovatelná situace u každého člověka s kombinovaným postižením. Při plánování intervence je pak třeba stanovit postupné cíle, kterých chceme dosáhnout a jejichž formulování musí vycházet z našich znalostí o konkrétním jedinci a nejen z obecných představ o daných typech postižení, které se u tohoto člověka objevují. Při veškeré práci je třeba uplatňovat skutečně holistický přístup a neustále si uvědomovat jednotu a provázanost psychického, sociálního i fyzického stavu jedince.

2.1.5. Těžké a kombinované postižení

Rozlišování skupin osob s těžkým a kombinovaným postižením je většinou nejasné a někdy jsou obě tyto skupiny vnímány jako jedna (např. people with severe/multiple disabilities). V roce 1996 Orelove a Sobsey definovali tuto skupinu osob jako jedince s mentálním postižením, kteří vyžadují rozsáhlou nebo vše prostupující podporu a kteří mají také jedno nebo více významných dalších postižení (Snell, 2002, s. 2210). Ale například dítě s těžkou formou DMO, které však není mentálně postižené, pak nesplňuje kritéria pro těžké postižení. V naší speciálně pedagogické praxi není přítomnost mentálního postižení nutným předpokladem pro zařazení jedince do kategorie osob s těžkým postižením.

Publikace amerického National Dissemination Center for Children with Disabilities (2004, Fact Sheet 10) řadí mezi osoby s těžkým a/nebo kombinovaným postižením ty jedince, kteří vyžadují „rozsáhlou podporu ve více než jedné významnější činnosti, aby se mohli podílet na integrovaných společenských aktivitách a těšit se z kvality života, která je dosažitelná lidem s menším nebo žádným postižením“.

Procházková (2004, str. 337) uvádí označení „těžké kombinované postižení“ a tento pojem zahrnuje osoby, které „jsou v důsledku svých motorických a duševních schopností odkázáni při veškerých každodenních úkonech na pomoc jiných osob.“ (Vítková, 2004, str. 337).

Ve školní legislativě je pojem „těžké zdravotní postižení“ nyní uveden ve Vyhlášce o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (2005/73 Sb. § 1), která do této skupiny řadí žáky s těžkým zrakovým postižením, těžkým sluchovým postižením, těžkou poruchou dorozumívacích schopností, hluchoslepé, se souběžným postižením více vadami, s autismem, s těžkým tělesným nebo těžkým či hlubokým mentálním postižením.

2.1.6. Mezinárodní klasifikace

Každá definice by také měla vzít na vědomí a respektovat klasifikaci WHO - ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO, 2001). Tato klasifikace prošla dlouhým vývojem, v jehož průběhu se objevila i celá řada nových pojmů, které se staly součástí našeho odborného slovníku (impairment, disability) nebo si cestu do něj postupně hledají a stávajícím pojmům dávají jiný obsah (functioning, participation). Klasifikace byla tvořena ze dvou hlavních částí a každá z nich byla složena ze dvou komponent. První část (Functioning and Disability) popisovala tělesné funkce a struktury a druhá činnosti jedince a podíl (účast) na běžných aktivitách. V druhé části (Contextual Factors) byly pak uvedeny faktory společenské a personální. Každá z komponent byla samozřejmě dále rozdělena, například je zde definováno devět oblastí aktivit, jako je sebeobsluha, komunikace, mobilita, apod. (ICF Introduction). V současné době platí snad již definitivní, druhá verze (rezoluce WHO, 22. 5. 2001), kde jsou jako klíčové definovány čtyři základní komponenty (ICF online, 2009; Trojan a kol., 2005):

- body functions (tělesné funkce)
- body structures (tělesné struktury)
- activities and participation (aktivity a participace)
- environmental factors (faktory prostředí)

Celá klasifikace je poměrně složitá, ale v konečném důsledku by měla prostřednictvím alfanumerických kódů (písmena, číslice, doplňkové symboly – např. +, -) vést k užívání mezinárodně srozumitelné klasifikace. Tato není jen nástrojem sloužícím k mezinárodnímu srovnávání dat, ale měla by být jedním z východisek pro

poskytování odpovídající komplexní péče, protože správné, jednoznačné a na klienta orientované identifikování problémů je východiskem pro poskytování péče. Mohla by vést také k průniku sociálních faktorů do zdravotnictví (v budoucnu možná i k rozšíření úhrad ze zdravotního pojištění) a v konečném důsledku by mohla vést k jednotnému požívání klasifikace v řadě oblastí (školy, zdravotnictví, sociální oblast). Zavedení klasifikace by nebylo prosto rizik, jako je např. stírání individuálních rozdílů, šablonovitost v klasifikaci a následné péči, apod.

2.1.7. Závěr

Při definování kombinovaného postižení se objevuje posun od charakteristiky této kategorie, která vychází z konstatování přítomnosti vad u jedince, k charakteristikám, které zohledňují handicapy v zásadních oblastech lidského života (komunikace, pohyb, smyslové vnímání, sociální vztahy, ...).

Z tohoto pohledu můžeme považovat těžké a kombinované postižení za jednu kategorii, přičemž jedinec s tímto postižením má závažné obtíže ve více než dvou z následujících kategorií:

1. komunikace
2. mobilita
3. vnímání
4. vykonávání běžných denních činností (nejen sebeobsluha, ale např. i pracovní činnosti, apod.)
5. participace na běžných společenských aktivitách

Pozn. závažné = takové obtíže, které vyžadují pomoc jiné osoby při jejich běžném vykonávání a které neumožňují jedinci ani v omezené míře samostatně a běžným způsobem realizovat aktivity obvyklé pro osoby stejného věku v dané kultuře.

Člověk s těžkým/kombinovaným postižením je závažně omezen v možnostech participace na běžných aktivitách v oblasti vzdělávání, zaměstnání, interpersonálních vztahů nebo volného času.

Zařazování žáků do kategorie „těžké postižení“, „postižení více vadami“ by se mohlo posunout od klasifikace založené na skládání lékařských diagnóz žáka a vytvoření „více vad“ směrem k popisu obtíží v základních oblastech života, případně obtíže v aktivitách běžných z pohledu školy. Diagnostika zaměřená na jednotlivé oblasti a na identifikování největších obtíží žáka by byla přínosnější i pro učitele, protože by i těm bez speciálně pedagogické kvalifikace ukázala na jedné straně největší deficity a na straně druhé i potenciál žáka. Samozřejmě by východiskem pro poskytování péče zůstala i „klasická“ lékařská, psychologická a speciálně pedagogická diagnostika. Dalším efektem by byla možnost lépe sledovat pokroky žáka a tím i efektivitu celého procesu komplexní péče.

Tuto cestu (a její úskalí) ukazuje například nový systém v oblasti sociálních služeb, který je zaměřen na hodnocení úkonů péče o vlastní osobu a úkonů soběstačnosti pro účely stanovení stupně závislosti a následné přiznání příspěvku na péči v odpovídající výši⁹.

⁹ Podrobnosti jsou uvedeny v Zákonu o sociálních službách. 108/2006 Sb. ve znění 274/2008 Sb. a Vyhlášce, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 505/2006 Sb. ve znění 340/2007 Sb. V příloze č. 1 této vyhlášky je dotazník pro posouzení míry závislosti.

2.2. Počty dětí školního věku s kombinací mentálního a tělesného postižení

Chceme-li odhadnout počty dětí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením v našich školách, můžeme zvolit dvě cesty. Jednou z možností je vycházet ze statistik a výkazů ze škol, které zpracovává Ústav pro informace ve vzdělávání (dále ÚIV). V těchto výkazech všechny školy vyplňují tabulky s počty žáků s postižením, které obsahují i položku „Souběžné postižení více vadami“, „s více vadami“ nebo „s kombinací postižení“ (názvy byly v průběhu let měněny, v rámci jednoho výkazu se ale také v různých tabulkách objevují odlišná označení). Tato položka však není dále rozdělena a je tedy nutné kvalifikovaně odhadnout, jaké procento dětí s více vadami má námi sledovanou kombinaci. Jedinou skupinou, která je v novějších statistických výkazech vydělena ze skupiny dětí s více vadami, jsou děti hluchoslepé, které však tvoří jen zanedbatelnou část této skupiny¹⁰. Dalším problémem může být spolehlivost dat, které ÚIV zpracovává a to zejména dat starších. Například na počátku 90tých let bylo možné najít ve výkazech mezi žáky s kombinovaným postižením i žáka, který měl lehkou vadu zraku a k tomu ploché nohy. Dnes je situace jiná, metodika i kontrola je kvalitnější, nicméně stále se mohou objevovat snahy zařadit žáka do skupiny „s více vadami“, protože právě zde je dotace nejvyšší. Ještě problematičtější by bylo získání dat z období před rokem 1989, kde tato skupina nebyla sledována a ve školských výkazech se značná část těchto dětí neobjevila vůbec, protože se uplatňovala možnost „osvobození“ od školní docházky, ať už u dětí s domácí péčí nebo v péči ústavní.

Druhou možností, jak odhadnout počet žáků uvedené skupiny, je predikce jejich výskytu u jedinců s různými diagnózami. Můžeme tedy uvést diagnózy, u nichž je určitá pravděpodobnost výskytu kombinace mentálního a tělesného postižení a na základě statistik a odborné literatury odhadnout počet těchto dětí ve školní populaci.

V následujícím textu budou použity obě cesty.

¹⁰ Ve školním roce 2007/2008 bylo vykázáno ve všech školách pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami celkem 3722 žáků s více vadami a z toho pouze 9 hluchoslepých (Statistická ročenka školství 2007/2008, ÚIV).

2.2.1. Počty žáků s kombinovaným postižením dle výkazů

Každá škola musí povinně vždy k 30. září každého školního roku vyplňovat výkonové výkazy. Tyto formuláře jsou určeny vždy pro určitý typ školy (např. ZŠ, MŠ, ZUŠ, apod.), její součásti (školní družina, školní knihovna, stravování, atd.), jiné školské zařízení (SPC, SVP, PPP) nebo některé zaměřené na jeden jev (např. výkaz o úrazovosti). Formuláře jsou vyplňovány na [www stránce](http://www.uiv.cz) provozované Ústavem pro informace ve vzdělávání (www.uiv.cz, dále ÚIV). Na základě takto sesbíraných dat vytváří ÚIV přehledy, které jsou veřejně dostupné¹¹. Jednou ze sledovaných oblastí je také druh postižení a mezi těmito druhy se vždy objevovala skupina žáků s postižením kombinovaným (nověji přejmenovaná na „žáci s více vadami“). Jací žáci jsou do této skupiny zařazováni, je přiblíženo již v předchozí kapitole.

Pro lepší představu a orientaci je v textu nejdříve uveden přehled o celém našem základním školství, se zaměřením na vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. V tabulce č. 1 je např. možné vidět počty dětí vzdělávajících se mimo běžné ZŠ. ZŠ pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami (speciální školy) navštěvuje 3,6% žáků ve věku povinné školní docházky a běžné ZŠ pak 91,5%. Zbylá část dětí (4,9%) dochází do víceletých gymnázií (týká se pouze 2. stupně ZŠ).

¹¹ Veškerá data, formuláře výkazů, metodické pokyny a další informace jsou dostupné na stránkách ÚIV a není nutné zde podrobněji celou problematiku popisovat. Při práci s daty je však nutné postupovat opatrně a případně konzultovat s pracovníky ÚIV, aby nedošlo k mylné interpretaci dat, případně chybám z neznalosti terminologie, legislativy nebo špatně provedeného zadání pro výběr dat.

Základní vzdělávání v ČR v roce 2007/2008 (počty škol a žáků)

	školy	žáci	
		celkem	z toho dívky
celá Česká republika	4 155	888 000	430 792
z toho speciální třídy	690	41 108	15 349
z toho víceletá gym.a konzervatoře		43 137	24 016
ZŠ pro žáky bez spec. vzděl. potřeb*	3 704	812 833	394 542
ZŠ pro žáky se spec. vzděl. potřebami*	451	32 030	12 234

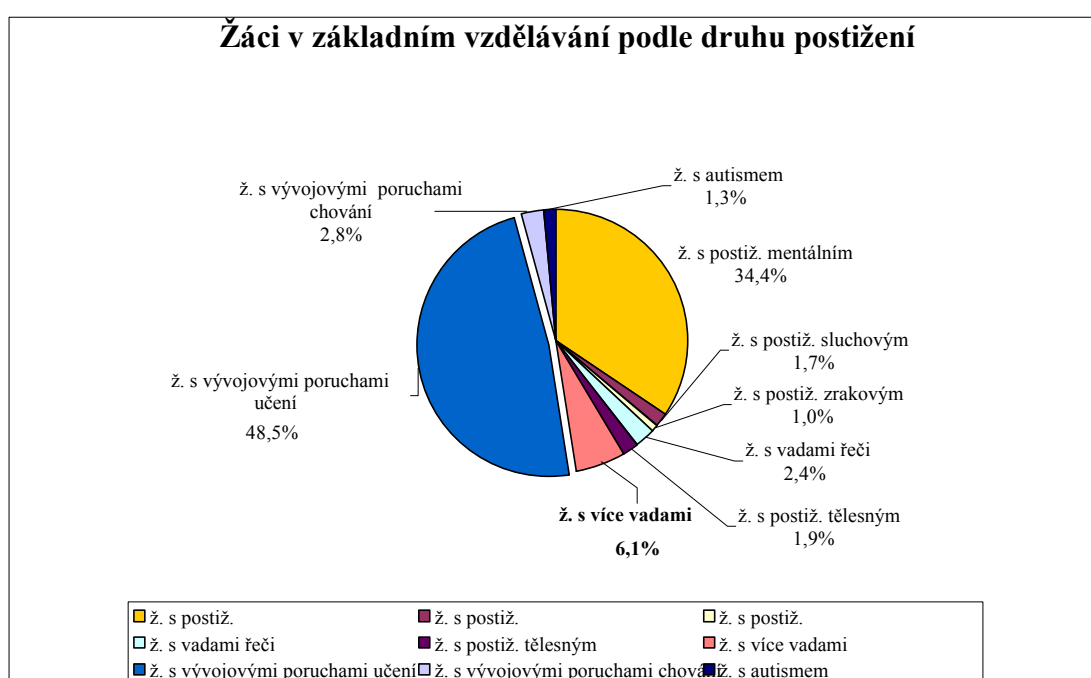
* Součet žáků v těchto školách není roven počtu dětí v základním vzdělávání celkem, protože zde nejsou započítána víceletá gymnázia (v celkovém počtu žáků ano).

tabulka č. 1 (zdroj: Statistická ročenka školství 2007/2008, www.uiv.cz)

V grafu č. 1 a v následující tabulce (č. 2) je uveden přehled žáků podle typů zdravotního postižení. Z tohoto grafu je dobře vidět podíl jednotlivých typů postižení mezi dětmi ve věku povinné školní docházky. Žáků s více vadami je 4621 (1731 dívek = 37%). Pokud k nim přičteme žáky s těžkým a hlubokým mentálním postižením, kteří jsou vedeni pouze jako žáci s postižením mentálním a nikoliv s více vadami, můžeme dostat celkový počet žáků s těžkým postižením. V této kategorii je dohromady 7871 žáků. (2998 dívek = 38,1%). Žáci s těžkým/kombinovaným postižením tvoří tedy 10,3% všech žáků se speciálními potřebami, což je poměrně vysoké číslo, zejména pokud si uvědomíme, že polovinu celé této skupiny tvoří žáci se SPU.

Skutečný počet žáků s těžkým postižením bude však pravděpodobně o něco nižší, protože mezi žáky s více vadami jsou i žáci s kombinací lehčího postižení. Příkladem mohou být lehčí formy DMO, kdy žák má jen lehčí poruchu hybnosti a k tomu nějaké další lehčí postižení (vada řeči, lehké nebo hraniční mentální postižení, vada zraku, apod.), případy dětí s mentálním postižením s kombinací vady řeči nebo lehkého smyslového postižení, kde je zařazení mezi žáky s těžkým postižením diskutabilní.

Dále také nemůžeme vyloučit účelové zařazování žáků do této kategorie kvůli získání většího množství finančních prostředků na žáka a to zejména u hraničních případů. Jaké procento žáků je v této kategorii zařazeno nesprávně je však otázkou. Zkušenost z praxe nám ukazuje, že se tyto případy objevují, ale bylo by velmi obtížné zjistit, kolik jich ve skutečnosti je. Školy se snad nedopouštějí podvodu v tom smyslu, že by bez podkladů zařadily žáka do špatné kategorie, ale spíše nepřesně interpretují zprávy nebo posílají žáky na další vyšetření a snaží se další diagnózu různým způsobem „sehnat“.



graf č.1 (Statistická ročenka školství 2007/2008, www.uiv.cz)

		Počty žáků podle druhu postižení								
		mentální			sluchové		zrakové		vady řeči	
		celkem	z toho		celkem	z toho neslyš.	celkem	z toho nevidomí	celkem	z toho těžké
			těžké	hluboké						
žáci	76294	26241	3113	137	1271	424	740	82	1849	248
z toho dívky	25310	10478	1215	52	548	175	295	35	543	72
		tělesné		s více vadami		vývojové poruchy učení	vývojové poruchy chování	autismus		
		celkem	z toho těžké	celkem	z toho hluchoslepí					
		1433	290	4621	9	36988	2169	982		
		574	113	1731	5	10547	379	215		

tabulka č. 2 (Statistická ročenka školství 2007/2008, www.uiv.cz)

Pro úplnost je třeba dodat, že data uvedená v grafu 1 nejsou kompletní. Statistiky ÚIV sledují jen děti se zdravotním postižením. Mimo tuto skupinu existuje mnoho dětí s jiným znevýhodněním nebo speciálními potřebami¹², které jsou vzdělávány v běžných ZŠ a kladou na učitele zvýšené nároky z hlediska pedagogického, ale i organizačního. Mnoho z těchto uvedených znevýhodnění se samozřejmě může objevit i u žáků s více vadami a dále tak práci s nimi komplikovat.

Jedná se například o žáky se sociálním znevýhodněním. Nejedná se zde jen o děti ohrožené sociálně patologickými jevy, ale také o děti ohrožené chudobou. V roce 2001 mělo příjem pod hranicí chudoby 7% domácností (Český statistický úřad, 2005). Navíc jednou ze skupin nejvíce ohrožených chudobou jsou rodiny s více dětmi, matky samoživitelky nebo rodiny starající se o děti se zdravotním postižením. Z toho vyplývá, že počet dětí žijící pod hranicí chudoby bude pravděpodobně přesahovat uváděných 7%. Děti z této skupiny patří mezi nejvíce ohrožené sociálně-patologickými jevy a jejich podmínky pro úspěšné absolvování

¹² Ve školství hovoříme zpravidla o speciálních vzdělávacích potřebách, ale žáci mají i „nevzdělávací“ speciální potřeby (oblast léčebná, sociální) a je nutné i tyto ve vzdělávání zohledňovat. Z tohoto důvodu je zde použit termín speciální potřeby, který má širší význam.

školy a rozvoj jejich potenciálu jsou výrazně znevýhodňující a v případě výskytu těžkého postižení jsou pak ohroženy i odchodem do ústavní výchovy.

Podobná situace je ve vzdělávání dětí z romského etnika. Tento problém sice není nový, ale v minulosti byly tyto děti z různých důvodů zařazovány většinou do škol speciálních. Nyní se sice etnické složení žáků škol nesleduje, ale z obecných trendů a zkušeností škol vyplývá, že těchto dětí v ZŠ postupně přibývá a tento trend bude se zvyšující se intenzitou pokračovat i v budoucnosti. Podle kvalifikovaných odhadů žije v ČR asi 300 000 Romů (3% obyvatel). Vzhledem k vysoké natalitě jejich počet mezi dětmi školního věku pravděpodobně již nyní dosahuje nejméně 4% a tento podíl bude dále stoupat (asi 50% Romů je mladších 19 let) (Říčan, 1998).

Velkou skupinou dětí, s jejichž speciálními vzdělávacími potřebami se v dřívějších dobách učitelé příliš nezaobírali, jsou děti nadané. Množství žáků s mimořádným nadáním se odhaduje na 3 až 10 % (RVP pro ZV), přičemž u řady z nich se může vyskytovat více typů nadání. I mezi žáky s více vadami se může vyskytnout mimořádné nadání v určitém směru (např. umělecké), ale bude to spíše výjimka. V této souvislosti je však dobré si připomenout, že naším úkolem ve školách není jen diagnostika a náprava deficitů, ale také hledání jeho silných stránek a rozvíjení potenciálu každého dítěte. Dobrým pozitivním příkladem v tomto směru jsou umělecké aktivity lidí s mentálním postižením (výtvarné, literární, hudební). Příkladem negativním je pak relativně časté podceňování některých lidí s těžkým tělesným postižením (komplikované i narušením komunikačních schopností) nebo smyslovými vadami.

Situaci žáků s více vadami tak často komplikuje i jejich zdravotní oslabení (alergie, opakující se respirační onemocnění, astma, apod.).

I tyto uvedené skutečnosti se ve zvýšené míře vyskytují u žáků s postižením kombinovaným. Mnohdy tyto jevy do jisté míry přehlízíme, protože jejich význam je ve srovnání s kombinací vlastního postižení jakoby méně významný. Ale může to být právě špatná ekonomická situace rodiny, rozpad rodiny nebo sociokulturní odlišnost, která nejvíce komplikuje a limituje poskytovanou péči (dojíždění, rehabilitace, spolupráce se školou, apod.).

2.2.2. Počty žáků s kombinovaným postižením dle diagnózy

Při odhadu počtu dětí s kombinovaným postižením podle jednotlivých diagnóz se dostáváme do značných obtíží, protože odhady výskytu některých vad mají poměrně široké rozpětí. Závažnější však je ta skutečnost, že u řady postižení dochází k jejich překrývání a je obtížné pak odhadnout skutečný počet dětí. U některých postižení také nedokážeme přesněji určit, v kolika procentech případů se jedná o postižení těžké.

Jako ilustrační příklad nám může posloužit Dětská mozková obrna, která je asi nejčastější příčinou kombinovaného postižení (kombinace mentálního a tělesného, event. dalšího). Její výskyt je udáván mezi 1,5 – 3 případů na 1000 živě narozených dětí (Kraus, 2005). I zahraniční zdroje uvádějí podobné údaje – např. Hinchcliffe (2003) 2/1000, Winter (2002) 1,7-2/1000, Thorogood v USA (2007) 1,5-2/1000, MacLennan (1995) v Austrálii 2-2,5/1000. Dle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS)¹³ je na 1 000 registrovaných pacientů ve věku 0–14 let 4,5 případů DMO. Ve speciálně pedagogické literatuře uvádí výskyt DMO např. Vítková (2006) v rozmezí 2 – 5/1000 narozených. Pravděpodobně omylem je údaj o 20 – 30 000 dětech s DMO narozených ročně (Opatřilová, 2004).

Vyšší počet dětí uváděných ve zdravotnických výkazech v ČR může být způsoben tím, že v tomto případě jsou evidováni všichni pacienti v uvedené věkové skupině, ale předchozí údaje z literatury udávají počet dětí z živě narozených a v tomto případě jsou zde uvedeny děti s postižením těžším, které bylo možné diagnostikovat bezprostředně po narození. Dalším možným faktorem je nízká míra novorozenecké úmrtnosti v ČR (3,7‰¹⁴).

Na základě těchto údajů, dat ÚIV a ÚZIS je možné odhadnout počty dětí s DMO v našich školách a také prognózu do budoucna. V našich základních školách je nyní 888 000 žáků, z nichž by DMO měla být diagnostikována cca u 1300 – 4000 (1,5 – 4,5/1000), přičemž pravděpodobnější je vyšší odhad, který vychází ze skutečného počtu pacientů dětských a dorostových lékařů v ČR. Z nich však pouze část bude zařazena mezi žáky s více vadami, v této skupině nebudou děti pouze

¹³ Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2007. ÚZIS, 2008

¹⁴ ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 1/2007

s postižením hybnosti. Výskyt mentálního postižení u DMO je odhadován až na $\frac{2}{3}$ případů (Kraus, 2005; Živný, 2008), což by znamenalo, že tuto kombinaci má cca 900 – 2640 dětí v ZŠ. Jiné zdroje uvádějí výskyt mentálního postižení u osob s DMO v rozmezí $\frac{1}{3}$ až $\frac{1}{2}$ (Vágnerová, 2004; Říčan, 2006). Přikloníme-li se při odhadu výskytu mentálního postižení k těmto údajům z literatury psychologické a za nejvěrohodnější údaj budeme považovat výkazy ÚZIS, pak se počet dětí s kombinací mentálního a tělesného postižení ve školním věku bude pohybovat v rozmezí 1300 – 2000 případů.

Další skupinou osob s těžkým/kombinovaným postižením jsou lidé s těžkým a hlubokým postižením mentálním. I zde jsou kupodivu údaje uváděné o výskytu poměrně rozdílné. Panuje shoda o počtu osob s mentálním postižením celkově – 3%, čemuž odpovídá i počet dětí s mentálním postižením ve školách dle výkazů¹⁵. Rozdíly jsou ale mezi odhadem procenta osob v jednotlivých stupních MP. Valenta (2003) uvádí 0,5% výskytu těžké a hluboké MP v populaci (0,3% těžké, 0,2% hluboké), Švarcová (2000) pouze 0,1%. Bazalová (In Pipeková 2006) uvádí 7% výskyt těžkého MP mezi všemi osobami s MP a 1% výskyt hlubokého MP. Dále je vyčíslen i výskyt těchto stupňů v celé populaci - 0,3% a 0,2%, což však neodpovídá procentuálními výskytu uvnitř skupiny osob s MP, který uvádí¹⁶. Přehledové publikace z oblasti psychologie (Hartl, Psychologický slovník, 2000; Říčan, 2006; Vágnerová, 2004) odhady počtů jednotlivých stupňů MR neuvádějí.

Při nejnižším odhadu (0,1%) by to znamenalo cca 900 dětí a při nejvyšším (0,5%) 4500 dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením ve věku školní docházky. Ve statistické ročence školství (2007/2008) je údaj 3250 žáků (0,37% všech žáků v základním vzdělávání), přičemž ale další těžko odhadnutelný počet žáků je veden ve skupině žáků s více vadami. Pravděpodobnější se tedy jeví vyšší odhad, blížíci se spíše 0,5%. Ve Statistické ročence můžeme najít i podíl žáků s těžkým a hlubokým MP v populaci všech lidí s MP – 12% žáků s těžkým a pouze 4,4% s hlubokým mentálním postižením. Vzhledem k tomu, že tyto údaje jsou

¹⁵ 2,96%; při započítání žáků s více vadami a s autismem 3,59% (ne všichni z těchto skupin ale mají i postižení mentální). Vyšší výskyt mentálního postižení ve školní populaci proti průměru odpovídá odhadům z odborné literatury a je vysvětlován vyššími nároky právě ve školním věku.

¹⁶ Podobně chybný výpočet je uveden i v otevřené encyklopedii Wikipedia (heslo mentální retardace). (http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace)

shromážděny na základě jednotlivých psychologických vyšetření dětí, mělo by se jednat o údaj relativně přesný.

Žáci s kombinovaným tělesným a mentálním postižením ve věku školní docházky	
žáci s DMO (kombinace tělesného a mentálního postižení) - data ÚZIS (4,5/1000)	žáci s těžkým a hlubokým mentálním postižením
výskyt MP $\frac{1}{3}$ až $\frac{2}{3}$ 1320 - 2640	literatura 900 - 4500
žáci s více vadami (ÚIV) 4621	data ÚIV 3250

tabulka č. 3

Uvedené dvě skupiny (DMO, těžké a hluboké MP) jsou nejčastější příčinou kombinace mentálního a tělesného postižení, na kterou se zde zaměřujeme nejvíce. Není ale možné obě skupiny sčítat, neboť se v některých případech mohou překrývat, což by se mohlo týkat pouze těch nejtěžších forem DMO. Souhrnný přehled je uveden v tabulce č. 3. Na základě uvedeného přehledu můžeme odhadnout, že z celkového počtu žáků s více vadami v našich školách bude přibližně 30% – 60% žáků s DMO (kombinace mentálního a tělesného postižení).

Známe ale také velké množství dalších diagnóz, které v důsledku vedou k mentálnímu a tělesnému postižení. Jedná se většinou o méně častá nebo vzácná onemocnění nebo vrozené vady, jako jsou:

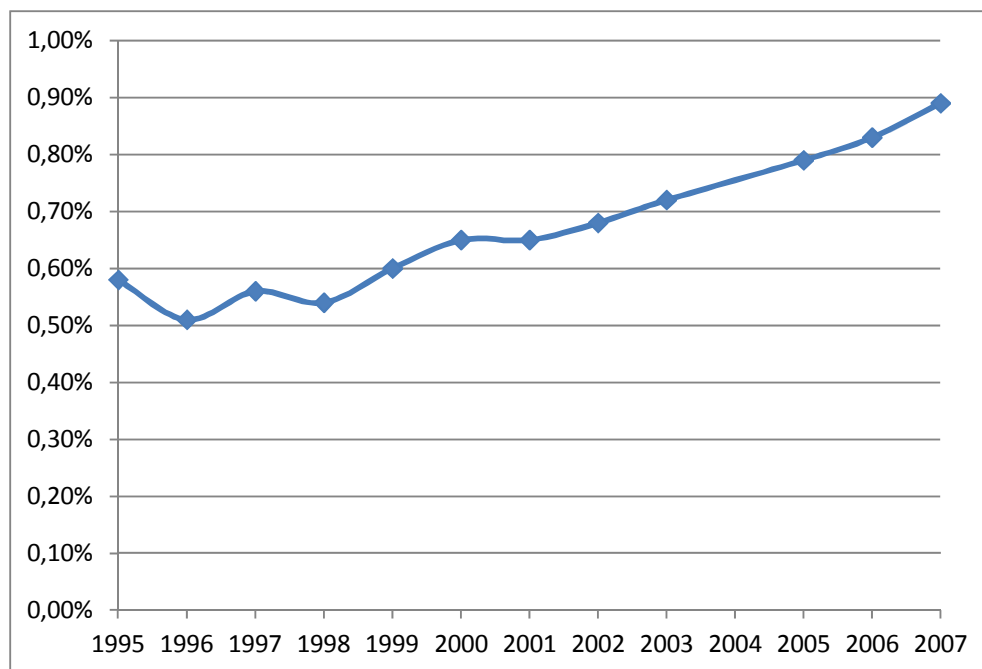
- degenerativní onemocnění, demence
- metabolické vady
- myopatie
- hydrocefalus
- chromozomální vady
- těžší formy FAS
- tuberozní skleróza
- poúrazové stavy
- následky intoxikace

Na základě toho můžeme odhadovat podíl dětí s kombinací mentálního a tělesného postižení na celkovém počtu dětí s více vadami na více než 50%. Při tomto podílu je celkový počet žáků s uvedenou kombinací (včetně těžké a hluboké MR) nejméně 5500 (0,62% všech žáků v základním vzdělávání, 7,2% všech žáků se speciálními vzdělávacími potřebami). Měli bychom si uvědomit, že tato skupina žáků, která má své specifické potřeby, je v našich školách zastoupena v množství převyšujícím výrazně počty žáků s celou řadou jiných postižení (viz. tabulka č. 2). Vzhledem k jejich celkovému počtu a obtížnosti v naplňování jejich speciálních potřeb by jim měla být věnována náležitá pozornost.

2.2.3. Prognóza do budoucna

Zdrojem umožňujícím alespoň orientační predikci počtu dětí s těžkým/kombinovaným postižením jsou číselné řady ukazující vývoj počtu těchto žáků v našich školách.

Počet žáků s více vadami v našich školách (%)



Graf. č. 2 (ÚIV¹⁷)

¹⁷ Vývojové ročenky - Školství v ČR 2002/2003-2007/2008, Školství v ČR 1995/1996-2004/2005; Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2003/2004, 2004/2005, 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008; Časové řady z databáze ÚIV

Pozn. V grafu je záměrně vynechán rok 2004, protože v tomto roce byly žáci s kombinací mentálního a smyslového postižení zahrnuti mezi žáky s postižením mentálním nebo smyslovým, přičemž ve skupině žáků s mentálním postižením byly zahrnuty všechny stupně. Vykazované údaje jsou v tomto roce natolik odlišné, že by celou řadu výrazně deformovaly. Změna vykazování nastala i v roce 2005, kdy byla do výkazů zařazena skupina dětí s těžkým a hlubokým mentálním postižením a o ty se snížil počet žáků s více vadami.

Odhad počtu žáků s využitím údajů Ústavu pro informace ve vzdělávání se ukázalo jako poměrně obtížné. V průběhu let totiž docházelo ke změnám ve sledovaných kategoriích, což v krajním případě vedlo k vyřazení jednoho roku z tabulky (viz. poznámka u grafu). Počet dětí v absolutních počtech příliš neroste (7394 v roce 2000, 7871 v roce 2007), ale snižuje se celkový počet žáků plnících školní docházku a tím se zvyšuje procento žáků s více vadami. I údaj o celkovém počtu žáků se v různých zdrojích kupodivu liší. Například ve vývojových ročenkách Školství v ČR 2002/2003-2007/2008 a Školství v ČR 1995/1996-2004/2005, které se částečně překrývají, se údaje o celkovém počtu dětí plnících školní docházku liší v některých letech až o téměř 100 000 žáků a to se jedná o stejnou tabulku, jen v jiné ročence. Navíc se zde sledují vykazovaní žáci a je pravděpodobné, že část žáků zde nebude zařazena úplně správně. Část nárůstu může být sycena také postupným zařazováním žáků v ústavních zařízeních do vzdělávání. Třídy speciálních škol sice fungují při těchto zařízeních již řadu let, ale zejména žáci s těžkým postižením jsou zapojováni postupně, často i ve vyšším věku. Z oblasti sociálních služeb nemáme ale vhodná data k dispozici, situace v různých zařízeních se často výrazně liší a jednoznačný závěr není možné učinit.

Diskutovanou otázkou je dnes dopad zlepšení neonatologické péče na výskyt těžkých postižení u dětí v pozdějším věku. Má zlepšování péče za následek nižší výskyt postižení nebo s počtem přeživších dětí¹⁸ roste i počet dětí s vážným postižením? Velmi zajímavé výsledky poskytl rozsáhlý výzkum realizovaný v USA (Tyson, 2008), ve kterém bylo sledováno 4 446 dětí narozených mezi 22. a 25. týdnem těhotenství. Děti byly znovu vyšetřeny mezi 18. a 22. měsícem (počítáno nikoliv od data narození, ale od data předpokládaného normálního porodu). Z výsledků je jednak patrné, jak klesá mortalita a výskyt těžkého postižení s každým

¹⁸ Zde se jedná zejména o novorozence s velmi nízkou (do 1 500 g) a extrémně nízkou (do 1 000 g) porodní hmotností.

týdnem intrauterinního vývoje navíc, ale zároveň nám poměrně jasně ukazuje, jak vysoké je procento dětí, u kterých se objeví těžké zdravotní postižení (viz. tabulka č. 4). Je však třeba poukázat na to, že výzkum byl zaměřen na novorozence s extrémně nízkou porodní hmotností narozené v období do 25 týdne. Vývoj počtu dětí s nízkou porodní hmotností v posledních letech je ilustrován v grafech č. 4 a 5.

Výskyt postižení u novorozenců s extrémně nízkou porodní hmotností	
děti ve věku 18 – 22 měsíců:	% ze sledovaných dětí
zemřelo	49%
zemřelo nebo mají hluboké postižení	61%
zemřelo nebo mají hluboké, těžké nebo středně těžké postižení	73%

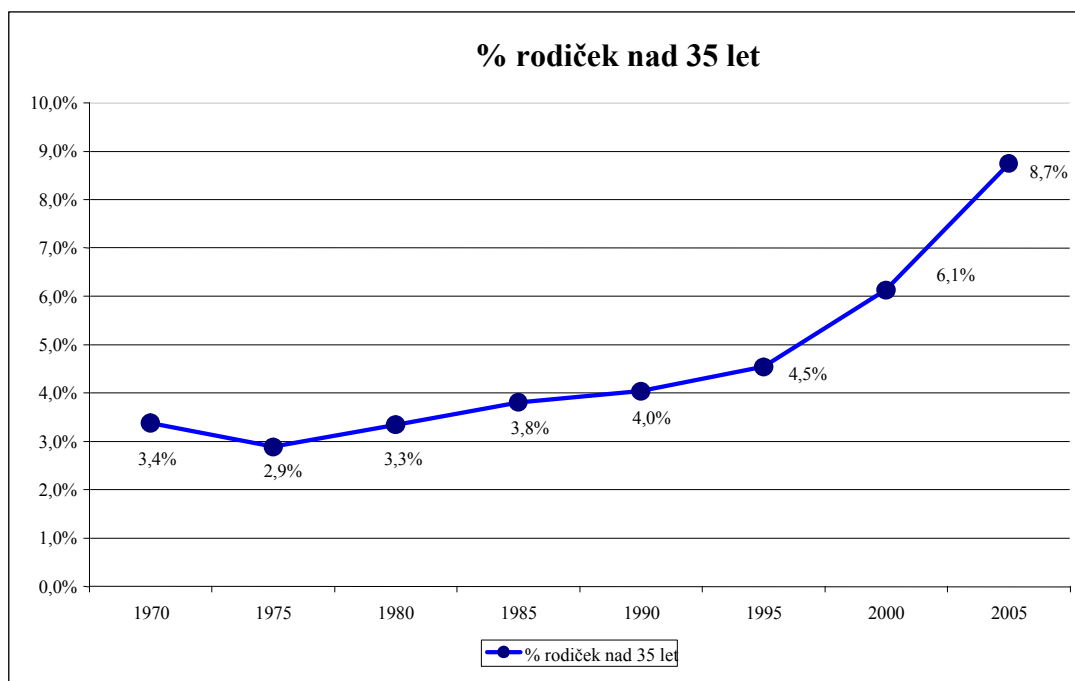
tabulka č. 4 (Tyson, 2008)

Hranice viability (životaschopnosti) plodu je u nás nyní 24. týden (přičemž ještě před 14 lety to byl 26. týden) a u dříve narozených dětí se zpravidla postupuje individuálně podle přání rodičů a stavu dítěte (Plavka, 2007). Plavka (2007) dále uvádí, že za posledních 20 let byl zaznamenán pokles těžkého neurosenzorického postižení u extrémně nezralých novorozenců ze 40% na 20%¹⁹ a díky moderní péči se předpokládá další pokles. Není zde však uveden výskyt lehčích postižení a ani procento dětí bez patologie.

Zikmund (2009) poskytuje přehled zahraničních studií, které ukazují rozdíly v různých zemích. Přežití novorozenců ve 24 týdnu se pohybuje mezi 17 – 62% a v 25 týdnu mezi 35 – 72%. Ve Velké Británii byla provedena kontrola vývoje těchto dětí a 49% z nich bylo bez problémů, ale 23% vyžadovalo celodenní péči lékařů.

Rizikovým faktorem pro výskyt řady zdravotních postižení je také vyšší věk matky. V grafu č. 3 je vidět vývoj v ČR od roku 1970, na němž je po roce 1989 patrný velký nárůst počtu dětí narozených matkám starším 35 let, jejichž podíl bude pravděpodobně dále stoupat.

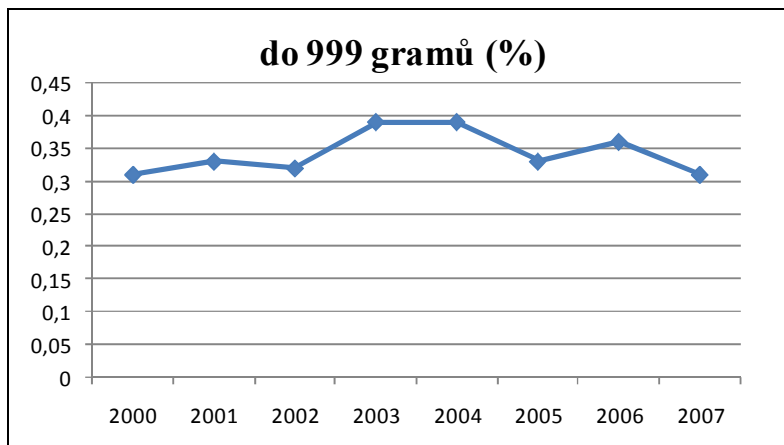
¹⁹ Hodnoceno v 5ti letech věku dětí.



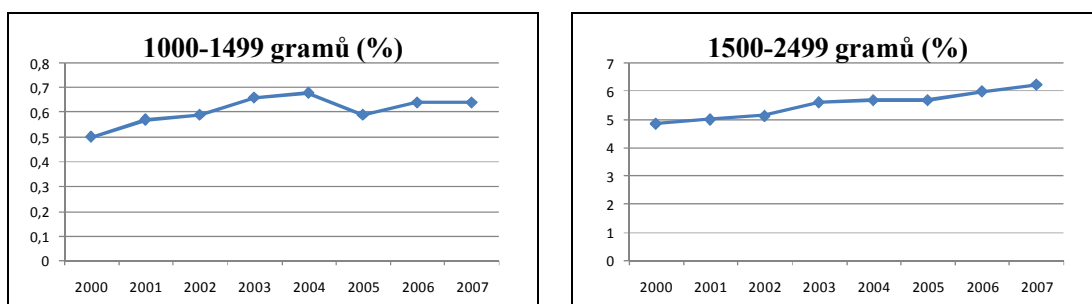
graf č. 3 (Rodička a novorozenec 2005)

Jak již bylo uvedeno, významným rizikovým faktorem je velmi nízká a extrémně nízká porodní hmotnost. Následující grafy ukazují, že v posledních letech nedochází ke zvyšování počtu těchto dětí a vzhledem ke zlepšování kvality neonatologické péče by mělo docházet spíše k poklesu výskytu těžkých zdravotních postižení u této skupiny dětí. Na zřeteli je ale nutné mít i míru porodnosti, která v současnosti v ČR stoupá a počet novorozenců s nízkou porodní vahou v absolutních počtech stoupá též.

**Novorozenci s nízkou porodní hmotností
(% živě narozených)**



graf č. 4 (Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS ČR)



graf č. 5, 6 (Rodička a novorozenec 2007, ÚZIS ČR)

Na základě uvedených dílčích faktů můžeme snad konstatovat, že počet dětí z naší sledované skupiny bude minimálně stagnovat, ale spíše bude docházet k mírnému nárůstu. K přesnějšímu odhadu by ale byla nutná studie, která by se zaměřila na rozsáhlou analýzu dat v oblasti zdravotnické i školské nebo výzkumné šetření realizované přímo ve školách, případně ve spolupráci s dětskými lékaři. I zde by však byla řada úskalí, z nichž můžeme jmenovat například problematickou dostupnost údajů o zdravotním stavu a jejich kompletnost ve školách, absenci údajů o mentální úrovni v dokumentaci lékařů, apod.

2.3. Komplexní péče/ucelená rehabilitace u žáků s kombinovaným postižením

2.3.1. Rehabilitace

Práce se žáky se speciálními vzdělávacími potřebami je pro učitele bezesporu velmi náročná a zajištění odpovídající komplexní péče o děti s postižením kombinovaným patří k nejobtížnějším úkolům v této oblasti vůbec. Edukace je v tomto případě nedílnou součástí ucelené rehabilitace těchto dětí a je tedy nezbytné, aby učitel, ve spolupráci s dalšími odborníky, znal a ve své práci aplikoval poznatky a metody z celé řady dalších oborů.

Pojem rehabilitace (případně ucelená rehabilitace) je dnes ve speciálně pedagogické literatuře běžně užíván, jedná se ale o pojem ne vždy jednoznačně chápaný. Samotné slovo rehabilitace má své kořeny v USA, kde se začal tento výraz používat v průběhu první světové války v souvislosti s nutností péče o velké množství vojáků vracejících se z Evropy s těžkými zraněními, z nichž u mnoha zůstaly celoživotní následky, které bychom dnes označili za zdravotní postižení. Již v roce 1918 existoval „Soldiers Rehabilitation Act“, tedy zákon o rehabilitaci vojáků a od roku 1920 platil i obdobný zákon i pro veškeré obyvatelstvo („Civilian Rehabilitation Act“). Další normy byly schváleny po druhé světové válce a v průběhu druhé poloviny dvacátého století byly dále rozvíjeny zejména v oblasti pracovní rehabilitace (Trojan a kol, 2005). V roce 1973 byl schválen Rehabilitation Act (v roce 1978 dodatek tohoto zákona o nezávislém životě) a od roku 1990 platí zákon „Americans with Disabilities Act“ (McDonald, Oxford, 2009). Tento přehled je zde uveden pro srovnání se situací v ČR, kde žádná komplexní právní norma neexistuje a jednotlivé složky ucelené rehabilitace jsou fakticky legislativně zakotveny pouze v „resortních“ normách (školský zákon, Zákon o sociálních službách, apod.).

V Evropě a také v Československu se pojem rehabilitace začal používat až po II. světové válce a poměrně rychle se zde rozšířil a stal se součástí běžné lékařské terminologie. Jak již bylo uvedeno výše, rehabilitace byla u nás dlouhou dobu vnímána jako součást medicíny a definována jako aktivita vedoucí ke zlepšení

výkonnosti a pohyblivosti nemocného. I dnes např. Velký lékařský slovník (2006, s. 789) uvádí dva významy pojmu rehabilitace: „V nejširším smyslu obnovení původního stavu výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti. Do jisté míry je vždy součástí jakékoliv léčby, jejímž cílem je úplné uzdravení pacienta a obnovení jeho sil. Zvláštní důraz na r. se klade např. po operacích, po infarktu myokardu. Zahrnuje však např. i složku sociální.“. Jako druhý význam je uveden: „obor medicíny zabývající se obnovou výkonnosti nemocného. V užším smyslu pak zejm. jeho pohybových schopnosti, např. po úrazech, při onemocněních kloubů, páteře aj. Využívá řady fyzikálních prostředků, jako jsou masáže, speciální cvičení, ultrazvuk, elektroterapie.“

Rehabilitace je ale aktivita, kterou je možné třeba chápat ještě mnohem komplexněji a širěji. Konečně i definice WHO z roku 1969 uvádí: „Rehabilitace je kombinované a koordinované využití lékařských, sociálních, výchovných a pracovních prostředků pro výcvik nebo znovuzískání co možno nejvyššího stupně funkční schopnosti.“ I v naší lékařské literatuře je toto pojetí reflektováno a rehabilitace je vnímána jako „... činnost, jejímž cílem je optimální znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností jedince, které byly sníženy v důsledku úrazu nebo onemocnění.“ (Seidl, Obenberger, 2004, s. 342).

Asi nejširší definici, která nevychází z úzce medicínského pojetí a reflektuje mezinárodní dokumenty (Úmluva OSN, Doporučení Rady Evropy) uvádí Švestková, Angerová (2006): „Jde o včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením způsobeným úrazem, nemocí nebo vrozenou vadou do všech obvyklých aktivit společenského života.“ Do skupiny osob se zdravotním postižením jsou mimo osoby s interním, onkologickým a dalším onemocněním samozřejmě zařazeny i lidé s pohybovým, smyslovým, mentálním a psychickým postižením. Toto pojetí můžeme z pohledu speciální pedagogiky vnímat jako rehabilitaci v širším smyslu a rehabilitací v užším smyslu můžeme označit příslušný obor medicíny.

Ve speciální pedagogice se tento termín (rehabilitace, ucelená rehabilitace) sice více objevuje až po roce 1989, kdy se také začíná ve větší míře prosazovat komplexní přístup do speciálně pedagogické praxe, ale již v řadě publikací před rokem 1989 je nutnost komplexní péče/rehabilitace uváděna. Například již Sovák

(1980) do rehabilitace ve speciální pedagogice řadí i složku psychologickou, výchovu k práci, tělesná cvičení, výchovu a vzdělávání a řadu terapeutických aktivit. Kábele (1986) ve speciálně pedagogické příručce pro výchovné poradce popisuje komplexní rehabilitační péči v podstatě stejně, jako autoři o desetiletí později. V současné speciálně pedagogické literatuře je nutnost ucelené rehabilitace prezentována jako nutný předpoklad pro uspokojování speciálních potřeb žáků/klientů (viz. např. Vítková, 2004).

V medicíně pod označením rehabilitace, rehabilitační medicína rozumíme obor Rehabilitační a fyzikální lékařství (dříve obor Fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace). Vedle toho je užíván i pojem rehabilitace (ucelená, komprehenzivní) jako celospolečenský systém péče o zdravotně postižené, který je realizován i mimo zdravotnická zařízení (Kříž, 2000).

2.3.2. Ucelená rehabilitace

Většina autorů (např. Votava, 2005; Jesenský, 2000) uvádí následující základní složky ucelené rehabilitace:

- léčebná rehabilitace
- sociální rehabilitace
- pedagogická rehabilitace
- pracovní rehabilitace

Do ucelené rehabilitace je ale možno zahrnout i další aspekty, které prostupují ony čtyři základní složky. Jsou to aspekty technické, architektonické, psychologické, ekonomické, legislativní, otázky volného času, atd.

Složkou, jež není v našich základních školách příliš naplňována, je rehabilitace pracovní, která se zaměřuje zejména na lidi v produktivním věku. V některých systémech v zahraničí (např. Švédsko) je ale předprofesní příprava obsažena v základním vzdělávání v mnohem větším rozsahu, žáci si osvojují i základy řemesel a u dětí s postižením (zejména mentálním) je tato složka rehabilitace významně zastoupena i v nižších ročnících. Je zaměřena zejména prakticky, hodiny nejsou děleny pro chlapce a dívky a příprava probíhá v reálném prostředí dobře vybavených školních dílen (truhlářské, textilní, apod.). Tomuto systému se u nás nejvíce přibližují

základní školy praktické, kde je posílena výuka předmětu pracovní vyučování (zejména na druhém stupni). Důležitým úkolem základního vzdělávání je vytvořit základy pro získání vyššího stupně vzdělání a kvalifikace a pomoci žákům s profesní orientací. Zejména u žáků s těžším postižením je to velmi nelehký úkol a s přípravou je třeba začít včas a na tento cíl se zaměřit i v průběhu základního vzdělávání. Musíme se vyhnout přílišnému lpění na formálním naplňování osnov (případně výstupů v RVP), které si žák bude jen obtížně osvojovat, a nebude je moci ve svém životě využít a naopak posílit ty oblasti, které by mu mohli potencionálně ulehčit pracovní zařazení a sociální integraci. Příkladem může být intenzivnější zaměření na zvyšování kompetencí v oblasti informačních a komunikačních technologií, které může být využito nejen jako kompenzační pomůcky (např. pro komunikaci nebo psaní), ale také pro nalezení vhodné náplně volného času a potencionálně třeba pro nalezení zaměstnání. Jako příklad výstupu, který je pro rozvoj žáka a jeho uplatnění v životě asi zbytečný, je například výstup „poznat lišejníky“ (RVP pro LMP, str. 44) nebo poněkud obtížné „charakterizovat příčiny, průběh a důsledky husitského hnutí“ (str. 35).

Jako nejvýznamnější ze složek ucelené rehabilitace ve školách je vnímána rehabilitace pedagogická, která je základní náplní práce učitele a školy. Cílem však není jen dosažení co nejvyššího formálního stupně vzdělání, ale zejména praktické gramotnosti, zvyšování samostatnosti, rozvíjení sebeobsluhy, aktivizace, rozvoj komunikačních dovedností, nalezení vhodné zájmové a volnočasové činnosti, apod. Vzdělávání žáka by nemělo končit tím, že dítě opustí školu nebo vzdělávací systém, ale mělo by pokračovat doma nebo při pozdějším využívání sociálních služeb. Je smutné, když žák po 10ti letech opustí ZŠ speciální a jeho znalosti a dovednosti nejsou dále využívány a upevňovány, protože u osob s mentálním postižením dochází k poměrně rychlému vyhasínání a zapomínání již osvojeného. Příkladem zde může být sociální čtení, kdy si i člověk se středně těžkým mentálním postižením často dokáže za použití metody globálního čtení osvojit až několik desítek slov. Tato aktivita má jednak význam pro rozvoj myšlení, zrakové a sluchové percepce nebo komunikace, ale je i prakticky využitelná. Tento člověk může dle seznamu nakoupit, připravit si jídlo nebo pomůcky, využívat systém usnadňující orientaci v průběhu dne, hledat v seznamu kontaktů v mobilním telefonu, apod. Pokud však pracovníci

sociálních služeb nebo rodiče v edukaci nepokračují, nejsou o možnostech využití informování a metodu globálního čtení neznají, tak mnohaleté úsilí školy nepřináší efekt odpovídající vynaloženým nákladům. Takovýchto příkladů z jiných oblastí (matematických dovedností, znalostí o světě, počítačové gramotnosti, apod.) je možné uvést celou řadu. V současnosti je u všech lidí kladen důraz na nutnost celoživotního učení a vzdělávání a i u osob s postižením (a to nejen mentálním nebo tělesným) by to tak mělo být. Znamená to, že by pečující osoby v jakékoliv instituci (sociální, zdravotnické) nebo doma měly mít kompetence a podmínky, které jim umožní realizovat pedagogickou rehabilitaci, pokračovat ve vzdělávání a rozvoji lidí s postižením i mimo školy.

Velký význam má vzdělávání také u onemocnění léčebně neovlivnitelných (zejména progredující), kde je často jedinou oblastí, ve které dítě zaznamenává pokrok, zlepšení svého stavu a může se v pozitivním slova smyslu srovnávat s ostatními dětmi.

Rehabilitaci léčebnou realizují zejména zdravotničtí pracovníci, nicméně je i důležitou součástí práce učitele nebo pracovníků v sociálních službách. Jedná se například o nutnost polohování imobilních dětí, řešení problémů s příjmem potravy, sebeobsluhou a hygienou, dále pak by učitel měl být schopen stimulovat motorický vývoj dítěte a facilitovat (usnadňovat) mu vykonávání běžných motorických činností, zajistit dodržování ergonomických zásad ve škole (např. sezení, držení tužky, apod.), atd.. Vzhledem k tomu, že učitelé/pracovníci sociálních služeb tráví se svými žáky/klienty velmi dlouhou dobu (nejdelší po rodičích), měli by tedy být schopni realizovat celodenní handling. Tento výraz snad můžeme popsat jako celodenní aplikaci prvků různých rehabilitačních technik, které jsou zaměřené na stimulaci/facilitaci hybnosti, inhibici patologických pohybových vzorů a podporu vývoje normálních motorických projevů. Aktivity jsou realizovány po celý den v rámci běžných aktivit (jídlo, učení, hygiena, hra, ...) a vykonávají je pod supervizí odborníka všechny osoby, které s žákem/klientem pracují.

S léčebnou (ale i pedagogickou a dalšími) rehabilitací těchto dětí úzce souvisí i aspekt technický (technická podpora). Nejedná se však pouze o odstranění architektonických bariér ve škole a v jejím okolí, případně usnadnění jejich překonávání (madla, plošiny, schodolezy, atd.). Existuje také velké množství dalších

technických pomůcek, které jsou pro některé děti nezbytné (např. vozíky, speciální židle, pomůcky pro hygienu, apod.) nebo mohou dítěti usnadnit vykonávání řady činností (např. držáky úchopu, chodítka, protiskluzová podložka, pomůcky pro příjem potravy, pomůcky pro ovládání PC, atd.). Využívání potřebných kompenzačních pomůcek by mělo být ve školách běžné a je v mnoha případech (zejména u těžších forem postižení) nezbytnou podmínkou pro pobyt dítěte ve škole. Často je i oblast technické podpory vnímána jako komponenta rehabilitace léčebné. Důvodem je jednak používání pomůcek jako důsledek zhoršení zdravotního stavu (např. berle, vozíky), způsob získávání některých pomůcek, které jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou a musí je předepsat lékař, ale také určitá tradice. V současnosti je tato vazba již volnější, protože existuje velké množství pomůcek využitelných v edukaci (jako jsou pomůcky pro ovládání PC, kompenzační pomůcky pro psaní, pro pracovní aktivity, pro orientaci, komunikaci, apod.), řada pomůcek usnadňující vykonávání aktivit běžného života (pro hygienu, oblékání, dopravu, komunikaci). Značné množství pomůcek je hrazeno (alespoň částečně) z prostředků dávek sociální péče²⁰. Profesionálně má k celé oblasti nejbližší ergoterapeut, případně speciální pedagog.

Neméně obtížné je realizovat odpovídající sociální rehabilitaci, což znamená nejen zajištění bydlení, dopravy nebo příspěvku na péči, ale pro školu zejména pomoc dítěti se sociálním začleňováním v nejširším slova smyslu. Prostý pobyt dítěte s tělesným a mentálním postižením mezi ostatními žáky ve třídě rozhodně nemůže naplnit veškeré jeho potřeby. Tento žák může být znevýhodněn svým omezením v oblasti motoriky, kognitivních schopností, narušením komunikační schopnosti ale také řadou vnějších vlivů. V nejhorším případě může být svým okolím odmítán, může chybět spontánní kontakt, může pobývat většinu času pouze s asistentem, apod.. Součástí sociální rehabilitace je také složka ekonomická, případně legislativní. Rodina dětí s tímto postižením má nárok na některé výhody (např. při cestování), úhradu pomůcek nebo finanční dávky (např. příspěvek na péči, příspěvek na pořízení automobilu, příspěvek na benzín, atd.). I v této oblasti by měl mít učitel základní znalosti, protože dle našich zkušeností nejsou rodiče často dostatečně informováni o všech možnostech, které mají. Na realizaci sociální rehabilitace se podílí zejména

²⁰ Vyhláška MPSV ČR, kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení. 182/1991 Sb. ve znění 279/2008 Sb. V přílohách této vyhlášky jsou vyjmenovány hrazené pomůcky a to včetně maximální úhrady, případně % příspěvku z celkové ceny pomůcky.

rodina, škola, řada pracovišť na úrovni obce, kraje a státu a v neposlední řadě množství nestátních neziskových organizací. Těžiště práce učitele je zejména oblast podpory sociálního začlenění do vrstevnické skupiny a do celé komunity. Dítě potřebuje pomoc s nalezením tzv. vztažné skupiny, s níž se identifikuje a s jejímiž postoji se ztotožní, přičemž hodnoty a vzorce chování v této skupině musí být pro společnost akceptovatelné a pro jedince přínosné. Rizikem je zde na jedné straně izolace dítěte a na straně druhé začlenění do skupiny se sociálně patologickými rysy.

Podíl jednotlivých složek rehabilitace u konkrétního jedince bude záviset na řadě faktorů, jako jsou:

- stav jedince (zdravotní, psychický),
- jeho věk,
- úroveň péče v rodině,
- míra využívání různých podpůrných služeb (Centra rané péče a sociální služby, škola, ústavní péče, apod.),
- možnosti v daném regionu (existence služeb, přítomnost odborníků)
- profesionálech pracujících s dítětem (zdravotnický personál, pedagogové, sociální pracovníci, lidé s různým stupněm vzdělání a délkou praxe).

U nás faktický podíl jednotlivých složek závisí do značné míry na věku a také na instituci, kterou jedinec navštěvuje (viz. dále). Neměla by také nastávat situace, kdy dítě/klient opustí jednu instituci (např. školu) a zůstává doma a celkový rozsah rehabilitačních aktivit se pak přiblíží nule.

Podíl jednotlivých složek rehabilitace se může měnit, ale celkový rozsah péče by takových změn dostávat neměl. To platí samozřejmě o osobách celoživotně odkázaných na pomoc a ne o lidech, kteří se díky rehabilitaci plně nebo alespoň částečně vrací do běžného života a další pomoc již v takovém rozsahu nepotřebují.

2.3.3. Složky rehabilitace a jejich „rezortní dělení“

Rozdělení péče do jednotlivých složek slouží spíše ke strukturování textu, k jeho lepšímu porozumění, případně k plánování péče protože reálně se jednotlivé složky neustále prolínají a není možné je v praxi od sebe oddělovat. Pracovníci

různých specializací nebo instituce různého zaměření (školské, sociální, zdravotnické) sice ve své práci vždy akcentují některou z aktivit více, ale neměli by zanedbávat aktivity z oblastí dalších. Mnoho činností (např. polohování, používání určitého systému alternativní nebo augmentativní komunikace, podpora sociálních vztahů, zvládnání sebeobslužných úkonů a mnoho dalšího) musí být součástí celodenního handlingu a není možné je omezit pouze na dobu, kdy je přítomen příslušný specialista nebo kdy je dítě zrovna v té „správné“ instituci. Nutná je zde týmová práce, kdy odborník vždy zaškolí ostatní členy týmu, realizuje supervizi, poskytuje konzultace, apod. Zaškolení pak musí být všichni pracovníci, kteří s dítětem pracují (např. asistenti, pracovnice sociálních služeb, apod.). Týmovou práci také předejdeme tomu, že jednotlivé aktivity jsou realizovány izolovaně a bez návaznosti. Jaký by mělo význam vzdělávání žáka s těžkým postižením v pobytovém zařízení sociálních služeb, kam by docházel speciální pedagog ze školy²¹ a nacvičoval s ním např. nový způsob komunikace a neměl zajištěnou spolupráci personálu? Obdobně by tam mohl 2x týdně chodit fyzioterapeut a třeba i logoped nebo ergoterapeut. Pokud však nebudou všichni spolupracovat a nezaškolí personál, pak pokroky dítěte budou jen velmi malé nebo žádné.

Platí ale také nutnost v první řadě spolupracovat s nejbližšími osobami (rodinou, případně pracovníky pobytových zařízení a škol), protože jen oni znají daného jedince opravdu dobře a mohou ostatní ušetřit mnoha omylů a jen oni mohou s dítětem v tomto případě intenzivně pracovat v průběhu celého dne. Tato teze zní asi samozřejmě, ale mnoha našim žákům nebo klientům sociálních zařízení se komplexní péče nedostává právě z důvodu absence opravdové týmové práce všech zúčastněných osob.

Týmová práce vycházející z potřeb žáka s postižením se zastoupením odborníků z jiných oborů je v řadě zemí běžná. Jako příklad je možné uvést Švédsko²², kde se zcela běžně ve školách scházely odborné týmy projednávající širokou škálu problémů. V týmu je vždy rodič (rodiče) a učitel žáka a k nim se přidávají další odborníci, nejčastěji speciální pedagog, terapeut, psycholog, zdravotní sestra, lékař, sociální pracovník, ale třeba i prarodič nebo další příbuzný pečující o

²¹ Toto je příklad realizace jiného způsobu plnění školní docházky (§ 42 školského zákona) který se někdy používá právě u dětí s hlubokým postižením v ústavní péči.

²² Poznámky ze studijních návštěv v letech 1997 a 2007.

dítě. Někteří ze členů týmu jsou v něm trvale a jiní jen po určitou dobu (např. vychovatel ve volnočasové aktivitě, učitel některého předmětu, lékař). Složení skupiny je proměnlivé, setkání běžně probíhá každý měsíc, byť samozřejmě nejsou vždy přítomni všichni členové týmu. Situace ve školách českých je podrobněji popsána v kapitolách uvádějících výsledky výzkumů.

V naší zemi je jednou z překážek realizace komplexní péče stále existující „rezortní“ rozdělení péče. Každá ze základních složek rehabilitace je v gesci některého z resortů a je v řadě případů velmi obtížné zajistit spolupráci mezi nimi. Pro práci s jedním žákem/klientem/pacientem máme významně jiné podmínky v různých institucích, počínaje personálem (množství, vzdělání), přes náplň aktivit, technické vybavení a v neposlední řadě odlišný právní rámec. Mnohdy je problémem, aby pracovník jedné profese působil v instituci jiného resortu (např. rehabilitační pracovník ve škole, speciální pedagog v pobytovém zařízení sociálních služeb, apod.). Samozřejmě nemůžeme paušalizovat, protože do jisté míry tato spolupráce již existuje a jako příklad můžeme uvést školy při nemocnici nebo školy při Domovech pro osoby se zdravotním postižením.

Pro ilustraci problému lze připomenout například mnohaleté dohadování mezi MŠMT a MPSV o působení asistentů ve školách, které bylo sice nakonec legislativně vymezeno, ale z pohledu klientů/žáků asi ne zrovna ideálně. Jsme tak nyní svědky situací, kdy má žák ve škole asistenta, který může být asistentem osobním (sociální služba), asistentem pedagoga (pedagogický pracovník) nebo je jeho plat hrazen z obou zdrojů. Oba typy mají odlišné kvalifikační požadavky, odlišnou náplň práce a jsou zaměstnanci různých právnických osob. Služba osobní asistence je navíc službou hrazenou (rodina dostává příspěvek na péči), zatímco na asistenta pedagoga rodina nepřispívá nic, ale přitom příspěvek na péči pobírá také. Pro ilustraci jsou v následující tabulce uvedeny činnosti obou pracovníků.

Hlavními činnostmi jsou:	
asistent pedagoga²³	osobní asistent²⁴
<ul style="list-style-type: none"> • pomoc žákům při přizpůsobení se školnímu prostředí, • pomoc pedagogickým pracovníkům školy při výchovné a vzdělávací činnosti, • pomoc při komunikaci se žáky, • pomoc při spolupráci se zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází. 	<ul style="list-style-type: none"> • pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, • pomoc při osobní hygieně, • pomoc při zajištění stravy, • pomoc při zajištění chodu domácnosti, • výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, • zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, • pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

tab. č. 5

Stávající úprava zohledňuje potřeby jedince až jako druhotné, prvořadé jsou zde legislativní a kompetenční potřeby instituce (resortu). Rozpory nejsou řešeny na úrovni centrální, ale jsou přenášeny na školy a zařízení sociálních služeb, na žáky/klienty a jejich rodiny.

Jiným příkladem jsou nesnáze při akreditaci vzdělávacích programů pro učitele, kdy je velmi obtížné (až nemožné) akreditovat vzdělávací program pro učitele, který je zaměřen na aplikaci prvků léčebné rehabilitace ve školách (např. základy fyzioterapie a dalších terapiích)²⁵. V této oblasti je však často problém i na úrovni škol, kde je právě léčebná rehabilitace odmítána s argumentem, že je náplní práce jiných institucí. Ilustrativním příkladem je odmítnutí umístění žíněnky ve třídě, kde byl integrován žák s kombinovaným postižením (imobilní na vozíku). Ředitel školy odůvodnil tento zákaz tím, že „ve škole se má dítě učit a ne se válet po zemi“.

²³ Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. (73/2005 Sb. § 7)

²⁴ Zákon o sociálních službách. (108/2006 Sb. § 39)

²⁵ Zdroj - osobní zkušenosti a zkušenosti vzdělávacích institucí (osobní rozhovory).

Ve třídě přitom nebyly žádné pomůcky pro polohování nebo relaxaci tohoto žáka a učitelka chtěla využít alespoň žíněnky z tělocvičny.

Již „tradiční“ neznalost aktuální situace ve školství a v sociálních službách se objevuje u některých lékařů, kteří matkám doporučují umístění dětí do ústavní péče, chybně informují o nemožnosti vzdělávání dětí s těžkým postižením, apod. Stížnosti rodičů na chybné a zastaralé informace ze strany některých lékařů jsou sice méně časté než dříve, ale objevují se bohužel stále.

Problém meziresortní spolupráce netíží pouze pedagogy ve školách, ale i pracovníky dalších profesí. V časopise Rehabilitácia (Kříž, 2000) je formulováno 10 největších problémů současné rehabilitace (jako medicínského oboru) a mezi nimi je popsán i problém se zajištěním dalších složek rehabilitace (sociální, pedagogické, pracovní a technické) a je zde vyjádřena obava, že tato aktivita zůstává pouze na bedrech pracovníků zdravotnických a nedostatečně se na ni podílí resort MPSV.

V tomto směru jsou potřebné i změny v pregraduální i postgraduální přípravě odborníků v oblasti zdravotnictví, školství a sociálních služeb směrem k lepšímu pochopení celé komplexnosti rehabilitace. Pro jedince s postižením mentálním a tělesným je pak meziresortní spolupráce nezbytným předpokladem pro poskytování odpovídající péče.

2.3.4. Vzdělávání a rehabilitace

Vztah vzdělávání a rehabilitace můžeme vnímat různě, v závislosti na chápání samotného pojmu vzdělávání a rehabilitace.

Vzdělávání je termín označující jak výchovné, tak vzdělávací působení (Průcha, 1997). Výsledkem procesu vzdělávání je vzdělání, které však má řadu významů. Jak uvádí Průcha (1995) jedná se o pojetí:

1. Osobnostní

Vzdělání je součástí socializace jedince a v jeho průběhu si jedinec osvojuje vědomosti, dovednosti, postoje, hodnoty a normy.

2. Obsahové

Vzdělání je systémem informací a činností, které jsou obsaženy v příslušném kurikulu a realizovány v průběhu výuky.

3. Institucionální

Vzdělání je společensky organizovaná činnost zabezpečovaná institucí a je diferencovaná do řady stupňů a druhů.

4. Socioekonomické

Vzdělání je jednou z kategorií charakterizujících určitou populaci. Naším potřebám nejvíce vyhovuje pojetí kombinující osobnostní a institucionální přístup. Vzdělávání budeme chápat jako proces realizovaný ve škole s cílem dosáhnout u jedince s postižením maximální míry socializace a co nejvyššího stupně vzdělání.

Pojem rehabilitace je vysvětlen již v předchozí kapitole a můžeme ho zde zjednodušeně uvést ve dvou základních významech. Jednak jako úsilí o co nejrychlejší a co nejširší zapojení občanů se zdravotním postižením do všech obvyklých aktivit života. V tomto případě je vzdělávání (pedagogická rehabilitace) součástí rehabilitace ucelené. V užším slova smyslu je rehabilitace oborem medicíny a vzdělávání je procesem probíhajícím současně s rehabilitací, ale bez institucionálního a obsahového přesahu – jedná se o dva paralelní systémy s odlišnými cíly, prostředky a realizované v různých institucích různými odborníky (lékaři, pedagogy).

Z úzce lékařského hlediska je vzdělávání podpurným systémem léčebné rehabilitace. Cílem vzdělání je v tomto případě zaškolení jedince s postižením nebo pečujících osob v konkrétních technikách rehabilitace nebo je vzdělávání prostředkem ke změně chování nebo životních návyků a konečným cílem je zlepšení zdravotního stavu (např. snížení váhy, zlepšení kondice v důsledku cvičení, změnou stravovacích návyků, apod.). Ve specifických případech (u progredujících neléčitelných onemocnění, vážných onemocněních ohrožujících život) slouží vzdělávání jako aktivita odvádějící pozornost od aktuálního stavu, je prostředkem normalizace života a pomáhá zachovat pozitivní perspektivu. Pokrok ve vzdělávání je často jedinou oblastí, kde dítě zaznamenává zlepšení stávajícího stavu a zachovává kontakt s běžným životem. Vzdělávací cíle jsou však v tomto případě sekundární a cílem vzdělávacích aktivit je podpora léčby nebo alespoň zlepšení kvality života dítěte a jeho psychická podpora.

V praktické rovině můžeme nalézt dva základní modely průběhu vzdělávání a rehabilitace (v užším slova smyslu).

1. paralelní systémy

Vzdělávání a rehabilitace fungují institucionálně i personálně odděleně. Spojuje je pouze subjekt (jedinec s postižením), případně jeho rodiče. I v tomto případě by měla existovat vzájemná komunikace a spolupráce a to nejen ta, která je realizována přes rodiče. Rodič nebo jiný zástupce dítěte by samozřejmě měl být součástí této kooperace, ale většinou nemůže být zprostředkovatelem odborných názorů a prostředníkem zajišťujícím implementaci postupů z jedné oblasti odborníky v jiné instituci. Bohužel právě tato forma fungování je velmi častá a u dětí integrovaných do běžných škol je naprosto dominantní. Z pohledu běžné základní školy pak vznikne situace, kdy je učitel bez speciálně pedagogické kvalifikace²⁶ a bez jakýchkoliv znalostí z oblasti léčebné rehabilitace odkázán na informace zprostředkované písemnými zprávami nebo rodičem-laikem. V nejhorsím případě neexistuje mezi jednotlivými subjekty spolupráce vůbec, s výjimkou písemné zprávy, která je pouze podkladem pro vykázaní vad u dítěte a je založena v dokumentaci.

2. prolínání obou systémů

Odborníci z obou oblastí působí současně ve škole (např. učitel, fyzioterapeut) nebo existuje úzká spolupráce mezi nimi (týmová spolupráce). Z těchto dvou možností se jako lepší jeví forma prolínání obou systémů. Předpokladem jsou odborné znalosti specialistů obou stran nejen v oblasti své specializace, ale alespoň elementární znalosti o oblasti druhé (nebo minimálně ochota se s ní seznámit). Neznalost plodí nedorozumění, což může končit odmítáním spolupráce a faktickým fungováním ve dvou paralelních systémech. V horším případě pak narušením fungování obou systémů nebo ukončením spolupráce. Kooperující odborníci musí mít prostor a podmínky pro vlastní aktivitu a jejich názor musí být druhou stranou přijímán (nikoli bezvýhradně) nebo diskutován. Pokud tyto podmínky zachovány nejsou, pak je mnohdy lepší rezignovat a raději volit paralelní fungování, které je sice méně funkční, ale nedochází k vzájemnému negativnímu ovlivňování.

²⁶ Blíže viz. výsledky výzkumu v dalších kapitolách.

Další část této práce je zaměřena zejména na onen přesah rehabilitace do procesu vzdělávání, na který je nahlíženo z pozice pedagogického pracovníka. Tedy je zaměřena na takové aktivity, které jsou pro žáky s kombinací mentálního a tělesného postižení přínosné (někdy nezbytné), je možné je realizovat ve škole a kompetence k jejich provádění mohou pedagogičtí pracovníci získat.

2.4. Léčebná rehabilitace ve škole

Cílem této části práce není podat vyčerpávající přehled všech metod a technik užívaných v léčebné rehabilitaci, ty jsou v odborné literatuře běžně dostupné (např. Pavlů, 2003; Trojan, 2005) a základní přehled poskytují i publikace speciálně pedagogické (např. Opatřilová, 2005; Vítková, 2006; Müller, 2005; apod.). Zde jsou uvedeny zejména ty aktivity, které je možné realizovat ve školách a které by měl každý pracovník věnující se žákům s těžkým/kombinovaným postižením alespoň na elementární úrovni znát.

I v kurikulárních dokumentech nalezneme části poukazující na nutnost aplikace prvků těchto metod ve školní praxi. Týká se to zejména Rehabilitačního vzdělávacího programu pomocné školy (2003), kde je v části věnované Rehabilitační tělesné výchově vyjmenována řada vhodných aktivit a je zde i doporučení, aby tyto aktivity realizoval pracovník (speciální pedagog) s rehabilitačním zaměřením. Obdobně i v novém RVP pro základní školu speciální (2008) jsou tyto aktivity uvedeny, jen je možná škoda, že předmětům zdravotní tělesná výchova a rehabilitační tělesná výchova jsou věnovány pouze necelé dvě stránky textu (celý dokument má 110 stran). Také u personálního zabezpečení zde již není uveden pracovník zaměřený na rehabilitační aktivity.

Rehabilitaci můžeme z pohledu pedagogů vnímat jako činnost zdravotnických pracovníků, jejíž prvky by měl ovládat každý pedagog pracující s dětmi s narušením motorického vývoje a ve své práci je používat. Tato jeho činnost slouží k podpoře léčebné rehabilitace, kterou plánují a realizují (zpravidla) individuálně, kvalifikovaní fyzioterapeuti. V souladu s tím pak v rámci handlingu dílčí aktivity uskutečňují všichni ostatní pracovníci. V oblasti léčebné rehabilitace je tedy těžiště práce pedagogů spíše ve facilitaci a stimulaci vývoje motoriky prostřednictvím uplatňování prvků z různých fyzioterapeutických konceptů a metod.

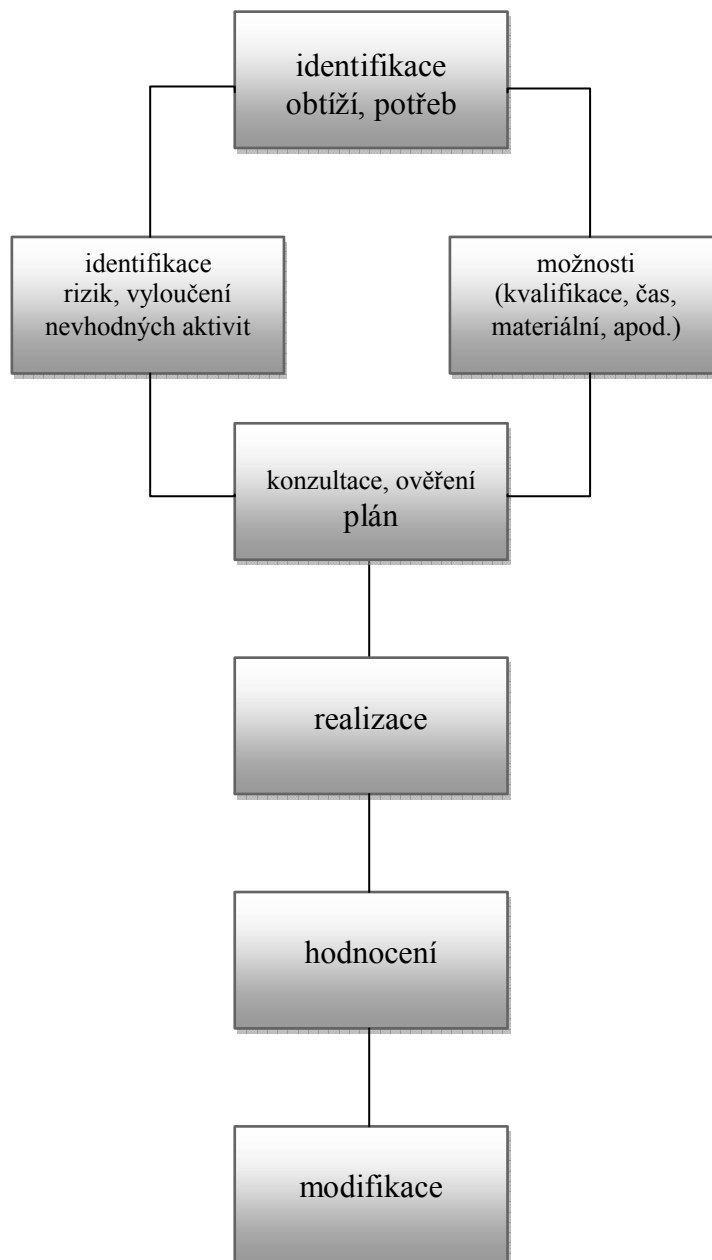
Důležitou otázkou je, které aktivity by pedagog měl ovládat. Je zde uvedeno „pedagog“, protože se zde zabýváme nejvíce školstvím, ale stejně tak by zde mohl být pracovník v sociálních službách, rodič, asistent, apod. Je v podstatě jedno, kde o dítě pečuje, protože standard péče by měl být stejný ve škole, zařízení sociálních služeb nebo doma. Facilitační a stimulační aktivity musí v praxi znát ten, kdo

s žákem/klientem pracuje nejvíce a nese za péči odpovědnost. Žák/klient většinu času tráví v rodině nebo v některé instituci (škola, zařízení sociálních služeb) a i tam mu musí být odpovídající péče poskytnuta. Ve škole to bude logicky třídní učitel a v sociálních službách klíčový pracovník. Tito lidé pak péči plánují a dbají na implementaci těchto aktivit do komplexní péče. Je ale důležité si uvědomit, že zde nenahrazujeme rehabilitaci realizovanou zdravotnickými pracovníky, ti se musí podílet na plánování péče, na supervizi a na zaškolení pracovníků a samozřejmě s žákem také přímo pracují.

I ve zdravotnictví se předpokládá znalost určitých postupů u všech pracovníků a nikoliv jen u specialistů (fyzioterapeutů). Například Gúth (2005) uvádí nutné rehabilitační minimum (z hlediska zdravotnického), které obsahuje polohování, dechová cvičení, využití pasivního cvičení, vertikalizaci a napomáhání vyprazdňování.

Aktivity vykonávané učitelem vycházejí zpravidla z konceptů fyzioterapeutických, byť například Bazální stimulace je původně koncept speciálně pedagogický. Předpokladem pro jejich integraci do komplexní péče ve školách je jejich znalost mezi pedagogy, akceptace nutnosti jejich zařazení do činností ve škole a alespoň elementární kompetence k jejich praktické realizaci. Míra těchto kompetencí může být různá, počínaje absolvováním příslušného kurzu běžně pro pedagogy dostupného (např. kurzy Bazální stimulace) a následnou schopností samostatně získané dovednosti v praxi aplikovat, přes zaškolení fyzioterapeutem v aktivitách s konkrétním žákem, až po samostudium a pouze znalosti teoretické. Tady však narážíme na mnoho potencionálních rizik. Neodborným zásahem můžeme poškodit zdraví žáka, místo facilitace činnost spíše ztížit nebo věnovat čas aktivitám nepřínosným. Kde najít hranici je velmi těžké a určitá míra rizika zde zůstane vždy. Tohoto rizika není ale prosta ani péče ve zdravotnických zařízeních, kde se jen pohybuje na jiné úrovni. Existence těchto rizik ale není v žádném případě omluvou pro nečinnost a vyřazení prvků léčebné rehabilitace z práce ve škole. Naší snahou musí být snižování těchto rizik cestou zvyšování kompetencí pracovníků ve škole a využitím týmové práce se zapojením příslušných odborníků do poradenství a supervize. Alibistické nicnedělání totiž stav žáka zhoršuje vždy.

Schéma možného postupu při plánování a realizaci léčebné rehabilitace je uvedeno zde:



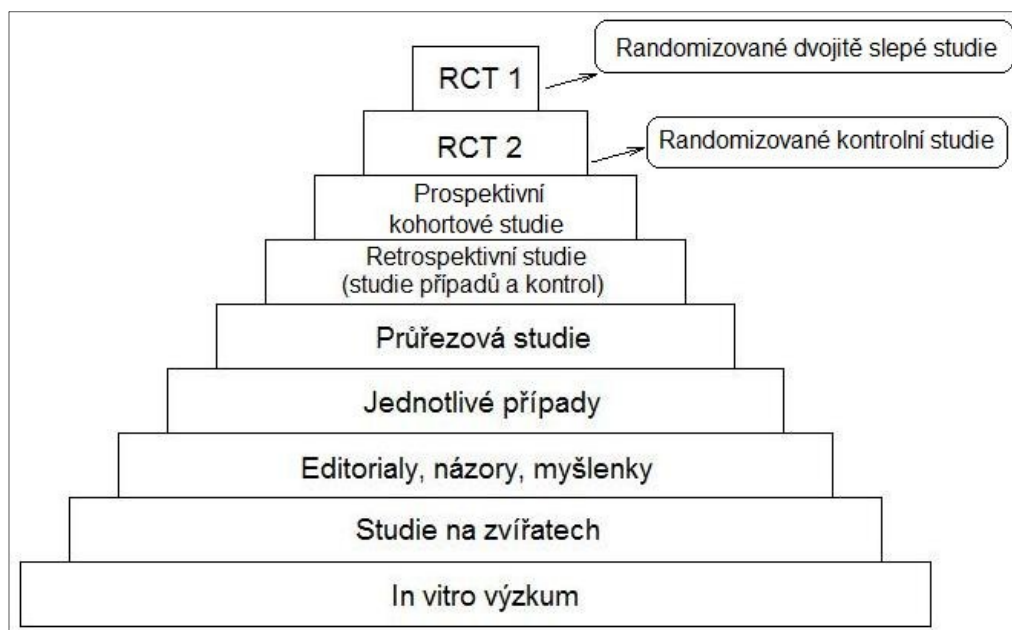
2.4.1. Praxe založená na důkazech

Při aplikaci různých terapeutických metod je třeba aplikovat „evidence based practice“, tedy na důkazech založenou péči (postup). Pojem je analogií k dnes běžně používanému termínu „evidence based medicine“ – medicína založená na důkazech. Tento pojem se rozšířil v průběhu 90tých let minulého století a je definována jako „vědomé, zřetelné a soudné používání nejlepších současných důkazů pro rozhodování o péči o jednotlivé pacienty“ (Sackett In Jarolímková, 2004). Kvalitní

péče by měla být založena na důkazech potvrzených vědeckými studiemi, přičemž hierarchie váhy důkazů je uvedena na obrázku č. 1. V naší praxi není pochopitelně možné použít uvedené hodnocení důkazů, protože výzkumné postupy užívané ve speciální pedagogice není možné srovnávat s postupy v biomedicíně (např. pokusy in vitro, na zvířatech, randomizované dvojitě slepé kontrolované studie). I v našem oboru musíme ale rozlišovat mezi různými typy důkazů, které jsou předkládány jako podklad pro zavádění nových postupů do naší praxe. Neznamena to ale ignorování vlastních zkušeností a pouhé mechanické přenášení vědecky ověřených postupů do vlastní praxe bez respektování individuálních potřeb dítěte, aktuální situace a našich možností. I v medicíně je vykonáváním evidence based medicine myšlena „integrace individuální klinické odbornosti lékařů s nejkvalitnějšími objektivními důkazy pocházejícími ze systematicky prováděného výzkumu s ohledem na konkrétní situaci a preference daného pacienta.“ (Papíková, 2007).

Nemůžeme bez výhrad přijímat nové postupy jen na základě osobní validizace, tedy zkušeností jednoho kolegy nebo rodiče. Ještě méně přijatelné je přejímání nových postupů jen na základě spekulativních úvah nebo postupů založených na pseudovědeckých základech. Vždy je třeba ověřit, zda je užívaná metoda založena na vědeckých základech, zda byla nezávisle ověřována (např. v dalších školách), zda může mít potenciaální rizika a pečlivě vyhodnocovat dopad její realizace.

Pyramida důkazů



obr. č. 1 (Jarolímková, 2004)

2.4.2. Postupy využitelné ve škole

Ve škole můžeme využít celou řadu běžných i specifických postupů, vycházejících z celé řady různých metod a technik. Zde jsou podrobněji rozpracovány následující:

- taktilní a vibrační stimulace
- vestibulární a proprioceptivní stimulace
- kondiční cvičení
- balanční cvičení
- pasivní cvičení
- vynucené používání
- respirační cvičení
- relaxační aktivity

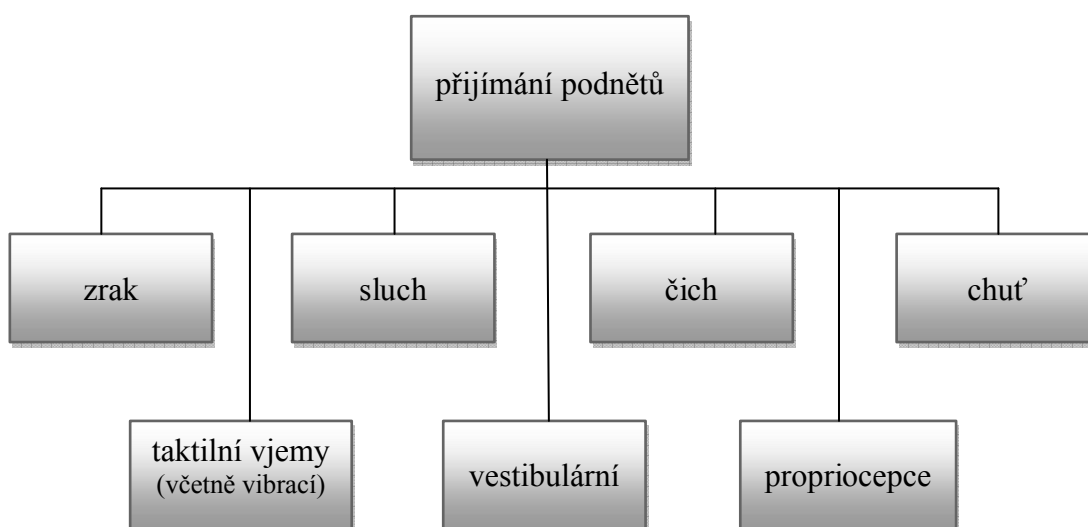
2.4.2.1. Taktilní a vibrační stimulace²⁷

Užíván je pojem taktilní stimulace (taktilní – týkající se hmatu; tactus – hmat), ale také somatická stimulace (soma – tělo, somatický – tělesný). Zde je třeba hmat chápat jako schopnost vnímání prostřednictvím kůže a pak je pojem taktilní přesnější. Pojem somatická (tělesná) stimulace (vnímání) je pojmem širším, protože v sobě nezahrnuje pouze vnímání prostřednictvím kůže.

Obvykle se uvádí, že pro zprostředkování impulzů z prostředí využíváme pěti základních smyslů – zraku, sluchu, hmatu, chuti a čichu. Přičemž hmat je obvykle laicky vnímán jako aktivita zprostředkovaná rukou nebo jen prsty. V průběhu ontogenetického vývoje se však uplatňují různé smysly postupně a v proměnlivé míře a vnímání se rozvíjí již v období intrauteriního vývoje. Plod vnímá např. otřesy při pohybu a nárazy plodové vody, tlukot srdce a střevní pohyby matky, změny polohy matky a její pohyb, reaguje na výrazné zvuky (z počátku vnímané jako vibrace), apod. Tyto vjemy jsou vnímány jednak taktilně, tedy prostřednictvím receptorů v kůži (tlak, teplota, vibrace), dále pak prostřednictvím vestibulárního systému (ústrojí rovnováhy a příslušná centra v mozku) a v neposlední řadě také

²⁷ Mimo literaturu uvedenou v textu jsou zde využity poznatky z kurzu „Rehabilitační metody pro speciální pedagogy při zajištění vzdělávání dětí/žáků s těžkým tělesným postižením I. a II.“, který pořádala PdF UK v letech 2001 – 2002 pod vedením MUDr. Marty Routnerové.

prostřednictvím propriocepce, což je schopnost vnímat změny uvnitř těla, které vznikají v důsledku pohybu a svalové činnosti (Vokurka, Hugo, 2006). Zjednodušené schéma přijímání podnětů je uvedeno v grafu č. 7. Nejhlubší úroveň vnímání se rozvíjí již velmi časně a i u lidí s nejtěžším postižením je možné toto vnímání stimulovat. Týká se to i lidí s hlubokým mentálním postižením, hluchoslepotou, nejtěžšími formami DMO (tedy těžkým/kombinovaným postižením), ale také pacientů po závažných úrazech mozku, CMP, apod., kde právě tato úroveň vnímání bude bazální a je tedy nutné vhodné aktivity znát a používat²⁸. Rozvoj elementární (bazální) úrovně vnímání je jedním z předpokladů dalšího rozvoje motoriky, lokomoce, ale v konečném důsledku i rozvoje kognitivních schopností.



graf. č. 7

Taktilním stimulem je v podstatě také každý dotyk, kterých je v průběhu dne značný počet v rámci různorodých činností, jako je polohování, manipulace, pomoc s příjmem potravy, oblékáním, při hrách, apod. Dotykům je věnována značná pozornost v konceptu Bazální stimulace (Friedlová, 2005). Dotek nesmí lekat, zvyšovat nejistotu (doteky letmé, bez dalších aktivit) nebo vzbuzovat nepříjemné pocity. V Bazální stimulaci se užívá tzv. „iniciální dotek“, což je dotek zahajující jakoukoliv aktivitu s klientem, který je přiměřeně zřetelný (přiměřený tlak celou

²⁸ Právě obtížné hledání vhodných aktivit pro děti s takovýmto postižením ve školách vedlo Andrease Fröhlicha k postupné tvorbě konceptu Bazální stimulace.

rukou). Nejčastěji je místem doteku rameno, ale vhodné místo by mělo být zvoleno na základě biografie klienta (předchozí zkušenosti). Tímto dotykem sdělujeme dítěti/klientovi, že bude následovat nějaká aktivita a dodáváme mu tím pocit jistoty. Iniciální dotek by měli používat všechny pomáhající osoby jednotně. Předpokladem kvalitního doteku je klid, způsob a význam kontaktu, vyvinutá síla a tlak, rytmus a opakování. Každý dotek má i význam komunikační, což platí zejména u osob s těžším postižením nebo závažným onemocněním, kde jsou běžné formy komunikace nějak omezeny (Friedlová, 2005).

Cíle taktilní a vibrační stimulace

- uvolnění tenzí a celkové zklidnění
- zlepšení prokrvení
- prohloubení dýchání
- předcházení kontrakturám a deformitám
- uvolnění hlenu v plicích (vibrace)
- úprava svalového tonu
- úprava senzitivity (hypo-, hyper-)
- kompenzace nedostatku motorických zkušeností a nedostatku vlastních vjemů
- podpora vnímání vlastního těla (tělesného schematu)
- navázání kladného vztahu s dítětem a komunikace s ním
- motivace

Pozn. Těchto cílů pochopitelně není možné dosahovat výlučně prostřednictvím taktilní stimulace. Ta by vždy měla být součástí komplexních léčebných a edukačních aktivit realizovaných s konkrétním dítětem.

Velkou výhodou tohoto typu stimulace je jeho nenáročnost finanční a materiálová, ale zejména relativní snadnost provádění. I pracovník s elementárním zaškolením (nebo dokonce jen se znalostmi teoretickými) může některé aktivity provádět a to s minimálním rizikem poškození dítěte.

Metody pro taktilní a vibrační stimulaci

1. Taktilní stimulace

Jedná se v zásadě o každou aktivitu realizovanou zpravidla rukama²⁹ (nebo prostřednictvím pomůcek,) na celém těle nebo jeho částech, kterou jedinec vnímá hmatem. Je prováděna prostřednictvím doteků, hlazení a masáží.

Z počátku využíváme částí těla, které jsou pro jedince „veřejná“, jako je předloktí, hřbet ruky nebo horní část zad a ramena. Postupně je možné používat i částí dalších. Stimulace je vhodné provádět na holé kůži, ale z počátku (pro seznámení) nebo v případě nedostatku soukromí i přes oděv, což je méně efektivní a někdy i kontraproduktivní. Například nemůžeme stimulovat prostřednictvím různých materiálů, oblečení překáží plynulým pohybům, apod. Používají se také různé pomůcky, jako jsou rukavice z různých materiálů, hračky, míčky (měkké i masážní), žínky a další pomůcky na mytí, ale také masážní krémy. Jak bylo uvedeno výše, může mít taktilní stimulace celou řadu cílů. Často ji provádíme zcela intuitivně, například položením ruky na ruku nebo rameno pro vyjádření podpory, pohlazením dítěte jako projevu pochvaly nebo pro dodání pocitu jistoty, objetí blízké osoby, apod. Běžně se děti dotýkáme při pomoci s hygienou, jídlem nebo oblékáním. U dětí s postižením pak dotyky na ruce (předloktí) nebo hlazení zad vykonáváme jako součást komunikace nebo pro zklidnění a relaxaci. Běžné jsou také masáže/stimulace zad, hýždí nebo zadní strany stehů u vozičkářů, čímž zlepšujeme prokrvení těchto částí těla. I při těchto aktivitách je třeba myslet na to, jak se klienta dotýkáme a zda jsou tyto dotyky v souladu s cíli uvedenými výše a zda nevědomky stav spíše nezhoršujeme. Příkladem zde může být situace dítěte se spastickou formou DMO, jemuž jsou dotyky nepříjemné, v situaci se neorientuje (dotyk je zdrojem nejistoty – „nevím, co se se mnou děje“) a jeho spasticita nebo intenzita mimovolných pohybů se tím dále zvyšuje. K tomu můžeme použít nevhodný materiál, který u těchto dětí s velmi často narušenou senzitivitou (hypersenzitivita) stav dále zhoršuje. I naše ruce mohou být v tomto případě „nevhodným materiálem“, pokud jsou příliš studené nebo zpocené. V důsledku spasmů se nám činnost (např. oblékání) dále problematizuje, což může vést k dalším nepřiměřeným reakcím, jako je přílišný tlak a použití síly,

²⁹ Často jsou používány i technické pomůcky, v některých situacích se používají i jiné části těla (např. matka s dítětem použije tvář na tvář nebo si položí dítě na sebe).

naše nervozita nebo nevhodné slovní komentáře, apod. Celá činnost se neúměrně protahuje a hlavně se stává zdrojem nelibosti pro dítě, ale i pro pomáhající osoby.

Taktilní stimulaci můžeme využívat i jako samostatnou činnost, nejen jako součást aktivit jiných. Vždy je třeba stanovit cíl a najít pak vhodný způsob pro jeho naplnění. Cíle vycházejí ze stavu dítěte (tělesného, psychického), našich možností (prostorové, materiální), předchozích zkušeností a úrovně našich znalostí. Tato činnost bývá vhodným doplňkem v rámci léčebné rehabilitace dítěte, ale také součástí edukace (motivace, komunikace, stimulace vnímání), relaxační aktivitou (prakticky nehrozí přetížení dítěte) nebo náplní volného času. Součástí stimulace by měla být i verbální komunikace, byť dítě vždy nemusí našemu sdělení rozumět, ale rozhodně vnímá jeho tón a melodii. Zcela nevhodná je v tomto případě komunikace s další osobou, která se klienta netýká. Dítěti také sdělujeme doplňující informace (je to teplé, studené, hladké, apod.) a získáváme od něj zpětnou vazbu. Tu můžeme získat nejen prostřednictvím rozhovoru, ale také pozorováním reakcí dítěte nebo somatických změn (např. změny barvy kůže).

Vhodné je i tyto aktivity konzultovat s příslušným odborníkem a naučit se provádět i činnosti vyžadující zaškolení, jako jsou např. masáže. Ideální je získání příslušných odborných kompetencí formou absolvování kurzu. Pro speciální pedagogy se v tomto případě nejvíce hodí kurzy Bazální stimulace nebo třeba míčkování.

Vzhledem k tomu, že se jedná o aktivity prováděné na těle klienta, nesmíme zapomenout na informování a získání souhlasu od jedince samotného a od jeho rodinných příslušníků nebo dalších pečujících osob. Realizované aktivity by také měly být zaneseny v dokumentaci dítěte (IVP). Důvodem pro informování rodiny je i potřeba jejich zapojení, jednotného provádění různých činností (krmení, mytí, masáže) a v neposlední řadě i získání potřebných informací. Potřebujeme vědět, na jaké postupy je dítě zvyklé, jak vnímá různé materiály, která místa těla jsou pro něj citlivá, apod.

Užívané postupy v rámci somatické stimulace v konceptu Bazální stimulace jsou (Friedlová, 2005):

- celkové koupele/masáže (zklidňující, osvěžující, stimulující, diametrální, rozvíjející)

- polohování (polohy mumie, hnízdo)
- masáž stimulující dýchání, kontaktní dýchání

2. Vibrační (poklepová) stimulace

Vibrační stimulace je prováděna prostřednictvím přístrojů (ruční masážní přístroje, masážní křesla nebo lůžka), ale můžeme ji realizovat i poklepy nebo mnutím rukou nebo prsty. Poklepy jsou vhodnější tam, kde není možné přístroj použít, což je třeba stimulace orofaciální, oblast krku nebo při práci s malými dětmi. Přístrojům se také raději vyhneme (alespoň na některých částech těla) v případě onemocnění, jako jsou srdeční vady nebo epilepsie a také je nemůžeme použít při výskytu kožních defektů nebo ran. U tohoto typu stimulací (zejména prostřednictvím masážních přístrojů) je proto již nutná konzultace s odborníkem a zaškolení, protože rizika jsou zde větší. Chybou zde může být i nevhodná aplikace na prochladlý sval nebo nevhodná lokalizace (kosti, klouby, hlava)³⁰. Nevhodná nebo pro klienta nepříjemná místa mohou být zasažena v případě použití masážních křesel nebo lehátek, kde jsou jednotlivé motory rozmístěny pevně pro určitou výšku postavy.

Před samotnou činností je třeba dítě seznámit s použitou technikou, předvést mu její použití na sobě nebo na jiné osobě. Intenzitu vibrací přizpůsobujeme cíli stimulace, což může být snížení svalového tonu u hypertonie, jeho zvýšení u hypotonie, příjemný prožitek a relaxace, zlepšení prokrvení některých částí těla, apod.

Poklepy (tzv. tapping) je možné použít i jako impulz (pobídku) pro vykonání nějaké činnosti nebo pohybu. Jedná se například o natažení končetiny, otočení, apod. (WHO, 2004). V tomto případě jde o stimulaci pouze částečně, význam této činnosti je spíše komunikační a aktivizující.

2.4.2.2. Vestibulární a propioceptivní stimulace

Vestibulární stimulací rozumíme aktivity vnímané jedincem prostřednictvím ústrojí rovnováhy. „Vestibulární aparát vnímá trojrozměrný gravitační prostor, zrychlení a zpomalení, řídí do jisté míry svalový tonus, rovnovážné reflexy a obranné

³⁰ V konceptu Bazální stimulace se používají i vibrace s využitím přístrojů prováděné na kostech a kloubech, jejichž cílem je podpora vnímání těla (končetin). Někteří odborníci takto prováděnou stimulaci, bez dostatečných znalostí z oblasti medicíny, odmítají jako rizikovou.

reflexy pádu.“ (Trojan a kol., 2005, s. 206). Z uvedeného plyne nutnost stimulace tohoto systému jako jednoho z předpokladů pro pohyb v prostoru, pro bipedální lokomoci a pro udržení postury těla. Dalšími typickými symptomy při poruchách vestibulárního aparátu jsou závratě a vegetativní projevy (nausea, zvracení, blednutí, studený pot). Objevuje se také kinetóza, běžně známá jako „mořská nemoc“ provázející někdy pobyt v dopravních prostředcích nebo na kolotoči. I zde se objevují mírné závratě a zejména vegetativní projevy (Seidl, Obenberger, 2004). Pokud nedochází k přiměřené stimulaci, rovnovážné ústrojí může podlehnout habituaci, vestibulární aparát pak postupně své schopnosti ztrácí a mohou se objevit symptomy jako je kolaps, nausea, poruchy orientace, bolesti hlavy nebo rozvoj spasticity (Friedlová, 2005).

Vestibulární stimuly dítě vnímá již v období intrauteriního vývoje od 16. týdne těhotenství (Friedlová, 2007) a intenzivně ji realizujeme v prvních letech života dítěte (houpání, manipulace s dítětem, hry, přenášení, apod.). Jakmile je člověk schopen samostatného pohybu, je vestibulární aparát stimulován prakticky nepřetržitě. Jiná situace je u osob upoutaných na vozík nebo dokonce lůžko, u osob, jejichž zdravotní stav výrazně omezuje možnosti samostatného pohybu nebo u dětí s opožděným motorickým vývojem (např. v důsledku těžšího mentálního postižení). V těchto případech musíme vhodné stimuly dodávat v rámci naší péče.

Vestibulární stimulaci realizujeme prostřednictvím:

- polohování (v leže, v sedě, v kleče, ve stoje – viz. samostatná kapitola),
- houpání (rehabilitační sítě, vaky, houpačky),
- změn polohy vozíku nebo lůžka,
- manipulace (přenášení, hygiena, oblékání, apod.)
- pasivního cvičení (např. „ovesný klas“ v konceptu Bazální stimulace, pohyby hlavy nebo celého trupu),
- aktivního cvičení (alespoň hlavy)

Propriocece (hluboké čítí) je „schopnost nervového systému zaznamenat změny vznikající ve svalech a uvnitř našeho těla pohybem a svalovou činností. Je nezbytná pro správnou koordinaci pohybu, registraci změny polohy těla, svalový tonus, průběh některých reflexů, apod.“ (Vokurka, Hugo, 2006). Je zprostředkováván receptory umístěnými v kloubech, šlachách a svalech. Vhodné stimuly jsou tedy,

stejně jako v případě vestibulární vnímání, jedním z předpokladů pro rozvoj motorických funkcí a samostatný pohyb.

2.4.2.3. Kondiční cvičení

Kondiční cvičení jsou typickou ukázkou aktivity, kterou je možné vykonávat s většinou žáků se zdravotním postižením a i se žáky s postižením těžkým. Jde jen o nalezení vhodné aktivity a vytvoření podmínek (pomůcky, prostor, asistence). Ve všech rámcových vzdělávacích programech je navíc obsažena tělesná výchova (případně zdravotní tělesná výchova) a učitelé by měli být schopni smysluplně tyto hodiny vyplnit. V širším slova smyslu mezi kondiční cvičení zahrnujeme i jakékoliv sportovní aktivity.

Kondiční cvičení má na osoby s postižením stejný pozitivní dopad, jako na běžnou populaci a obecně je cílem zlepšení zdravotního a psychického stavu. Dílčí cíle pak mohou být:

- zlepšení tělesné zdatnosti,
- udržení optimální váhy,
- zvyšování svalové síly,
- rozvoj koordinace pohybů,
- zlepšení obranyschopnosti organismu,
- nalezení pro klienta přínosné náplně volného času,
- podpora sociálních vztahů,
- další dle individuálních potřeb a možností.

V řadě oblastí patří navíc lidé s mentálním, tělesným nebo kombinovaným postižením mezi více ohrožené. Typickým příkladem je výskyt obezity a její nepříznivý dopad na zdravotní stav a na již tak snížené motorické schopnosti.

Zlepšení fyzické zdatnosti (realizované ve škole i mimo ni) pozitivně ovlivňuje i celou řadu dalších oblastí, jakými jsou aktivity pracovní, možnosti trávení volného času, pozitivní dopad na sebehodnocení, navazování nových kontaktů a rozvoj komunikačních schopností. Z praxe známe i řadu případů, kdy jen prosté zvýšení svalové síly umožní osobám s tělesným postižením vykonávání řady dříve neproveditelných úkonů. Přiměřená kondice také pozitivně ovlivňuje účinnost

fyzioterapie a v mnoha případech je předpokladem pro uplatnění nabytých schopností v praktických činnostech.

Jako většina aktivit s lidmi se těžkým zdravotním postižením, není ani kondiční cvičení prosto rizik. I zde musíme respektovat limity vyplývající ze zdravotního stavu, které se týkají zátěže (např. výskyt srdečních vad, respirační onemocnění), výběru aktivit (např. epilepsie, omezení hybnosti, psychické poruchy) nebo nutnosti vyloučení určitých pohybů (např. omezení hybnosti kloubů, riziko luxace, apod.). Limitujícím faktorem je i mentální úroveň, která má vliv jednak na výběr aktivit, jejichž pravidla musí být všem zúčastněným srozumitelná, ale klade také zvýšené nároky na zajištění bezpečnosti. O rizicích musí být každý pracovník přiměřeně informován a musí je respektovat. Zde se také ukazuje nutnost týmové práce, protože kondiční cvičení jsou běžnou součástí Tělesné výchovy a měli by je tedy s dětmi vykonávat všichni učitelé a ti musí mít dostatečné znalosti o zdravotním stavu svých žáků a z něj musí při vyučování vycházet. Tyto informace mohou získat pouze od lékařů a fyzioterapeutů, se kterými by měli být v kontaktu. Nedostatečná spolupráce může být rizikem zejména u dětí integrovaných v běžných základních školách, kde takováto spolupráce není běžná a příslušní pracovníci (např. fyzioterapeut, lékař) ve školách nejsou a ani tam nedocházejí.

Příslušní odborníci by také měli nejen určité aktivity zakázat nebo omezit, ale také navrhnout alternativy, případně modifikace provozovaných činností. Nalezení vhodných aktivit pro realizaci kondičních cvičení může být velmi náročné a bude vyžadovat zapojení nejen zdravotnických pracovníků, ale také speciálních pedagogů nebo odborníků z oblasti sportu.

Kondiční cvičení musí být:

- pro žáky zvládnutelné (fyzicky, mentálně),
- bezpečné,
- atraktivní pro žáky,
- realizovatelné v podmínkách školy (prostorových, materiálních, personálních).

Využívat můžeme (individuálně i skupinově):

- běžné sportovní aktivity určené pro různé věkové kategorie,

- běžné aktivity s upravenými pravidly nebo s využitím speciálních pomůcek,
- aktivity určené pro osoby se zdravotním postižením.

Není asi nutné se pozastavovat u běžných sportovních aktivit, jejichž repertoár by měl znát každý kvalifikovaný pedagogický pracovník³¹. Často se využívají hry určené pro menší děti, kde si ale musíme uvědomit rizika infantilizace plynoucí z témat nebo použitých pomůcek. Může to vést k odmítání ze strany větších dětí nebo dospívajících a je zde i riziko snižování jejich důstojnosti.

Zapomínat není možné ani na takové činnosti, které jsou běžnou součástí psychomotorického vývoje, ale u lidí s těžkým postižením je nutný jejich nácvik a měly by být významnou součástí jejich pohybových aktivit. Jedná se o plazení (pro ulehčení např. na šikmé nebo kluzké ploše, případně i s oporou o dolní končetinu pro odraz), lezení po čtyřech, chůze s oporou, apod. Do této kategorie spadá i lokomoce na vozíku na všech úrovních, od plnohodnotného ovládnutí a přesunu až po zvládnutí pouze dílčích dovedností, jako je otočení nebo přesun na krátkou vzdálenost.

Využití je možné také řadu cvičení a pohybových her pro rozvoj psychomotoriky a pohybových dovedností, které jsou zaměřené na děti mladší (např. Szabová, 2001).

Existují i aktivity původem z oblasti rehabilitace, které ale dnes běžně užíváme ve školách nebo při sportovním tréninku. Jedním z nich je velmi rozšířené cvičení s využitím míčů (viz. Balanční cvičení). Jiným příkladem, kde byla sportovní aktivita využita ve fyzioterapii, je cvičení s využitím pružných tahů (Pavlů, 2003). Jedná se o aktivní cvičení proti odporu, který vytvářejí gumové pruhy. Tyto pomůcky mají různou míru elasticity a umožňují tak cvičit lidem s velmi rozdílnými dispozicemi a svalovou silou. Navíc jsou dodávány v jakémkoliv délce a je tedy možné používat je přizpůsobit každému cvičícímu individuálně. Můžeme s nimi cvičit i formou asistovaného cvičení v různých polohách u širokého spektra různých diagnóz.

Velmi časté jsou úpravy běžných her, zejména zjednodušování pravidel, snižování náročnosti nebo využívání pomůcek (vozíky, sportovní náčiní, fixační

³¹ Jedná se o učitele mateřských škol, učitele 1. stupně ZŠ, vychovatele a speciální pedagogy. U učitelů jiných stupňů škol již tyto kompetence nejsou běžnou součástí jejich profesní přípravy (mimo učitelů Tv). Soustavně v tomto směru zpravidla nejsou připravováni ani pracovníci v sociálních službách.

pomůcky, apod.). Pro inspiraci můžeme použít celou řadu aktivit realizovaných v rámci paralympijského hnutí. První paralympiáda proběhla již v roce 1960 a dnes (letní paralympiáda v Pekingu, 2008) se soutěží v 20 odvětvích (atletika, cyklistika, střelba, plavání, florbal, stolní tenis, apod.). Některé z těchto disciplín je možné realizovat i s lidmi s postižením nejen tělesným, ale i mentálním. V republice existuje síť klubů, které sdružují sportovce s tělesným postižením, kde je možné se inspirovat a sportovní aktivity jsou také součástí nabízených volnočasových aktivit řady speciálních škol. Sport žáků se zdravotním postižením podporuje také MŠMT³² a řada neziskových organizací³³.

Asi nejtěžší je hledání sportovních aktivit pro lidi, u nichž některé z postižení můžeme klasifikovat jako těžké (tělesné, mentální nebo obě). I zde můžeme využít hry běžné (nebo s upravenými pravidly), jako je Petangue nebo plavání s využitím speciálních pomůcek a pak také sportovní disciplíny speciální, z nichž u nás poměrně rozšířenou je např. boccia³⁴.

³² Již třetím rokem jsou vydávány „Zásady sportu zdravotně postižených“ (např. 2008, č.j.: 16 841/2008-50_P-VII.), dostupná na [www MŠMT \(http://www.msmt.cz/sport/zasady-programu-vii-sport-zdravotne-postizenych\)](http://www.msmt.cz/sport/zasady-programu-vii-sport-zdravotne-postizenych)

³³ Informace je možné získat např. na <http://www.handisport.cz/>, stránkách Českého paralympijského výboru <http://www.paralympic.cz/>, stránkách Českého svazu mentálně postižených sportovců <http://www.handicapsports.cz>, Českého svazu tělesně postižených sportovců <http://www.estps.cz>, apod.

³⁴ Podrobnější informace např. <http://www.cpisra.org/html/sports/boccia/whatis/whatisboccia.htm>, česky na <http://www.handisport.cz/old/boccia.htm>

2.4.2.4. Balanční cvičení

Cvičení rovnováhy, Posturální cvičení

Volní, cílené pohyby a svaly podílející se na nich můžeme procvičovat relativně snadno, jejich zapojení do pohybu můžeme sledovat a vůlí ovlivňovat. Jinak je tomu u svalů, které se podílejí na udržení rovnováhy (posturální funkce), což není pouze při chůzi nebo ve stoji, ale také v sedu (poloha trupu a hlavy), při pohybu končetin, manipulaci s předměty nebo při hrozícím pádu. Při všech těchto činnostech se automaticky (reflexivně) aktivují svaly našeho stabilizačního systému. „Posturální funkce aktivně zabezpečuje udržování a nastavování polohy jednotlivých částí těla i celého systému v gravitačním poli.“ (Řasová, 2007, s. 12). Posturální stabilita je předpokladem pro rozvoj funkcí dalších – lokomoční, obratné a komunikační. Z toho plyne nutnost procvičování těchto funkcí i u osob s tělesným, ale i mentálním postižením a samozřejmě s postižením více vadami. U všech těchto osob se na různém stupni objevují poruchy rovnováhy, problémy se stabilitou a bez stability není možné předpokládat ani správné provedení volního pohybu končetiny nebo dokonce bipedální lokomoci. (Řasová, 2007; Flusserová, 2008).

Mezi balanční cvičení můžeme zařadit:

- cvičení s využitím míčů
- rovnovážná cvičení s využitím speciálních pomůcek
- rovnovážná cvičení s běžnými pomůckami
- vestibulární stimulaci
- posturální cvičení (nácvik jednotlivých poloh)

Uvedené rozdělení vychází spíše z potřeb školy a zohledňuje spíše možnosti a znalosti učitelů. Z pohledu fyzioterapie by zde mohly být uvedeny vybrané koncepty a metody, ve kterých jsou uvedená cvičení užívána a zařazena do celého systému. Je to např. Bobath koncept, Funkční pohybové učení (Klein-Vogelbach) nebo S-E-T koncept (cvičení s využitím TerapiMasteru), ale obdobná cvičení najdeme i v celé řadě dalších a jsou také součástí LTV (Pavlů, 2003).

1. cvičení s využitím míčů

Jak uvádí Pavlů (2003), cvičení s využitím velkých míčů (gymball, míč na sezení, pezziball, apod.) již dalece překročilo hranice fyzioterapie a stalo se běžnou součástí sportovních, relaxačních a tělovýchovných aktivit. Při cvičení využíváme rolování (míče po podložce), pohyby těla na míči a ve vztahu k podložce, rovnovážných reakcí a odlehčení těla.

Míč je jednak labilní plochou, ale zároveň umožňuje odlehčení těla, může sloužit k sezení, cvičení (posilování, zlepšování pohyblivosti, koordinační), polohování, manipulaci, ale také hram. Vzhledem k takto široké škále použití by neměl chybět ve výbavě zařízení pracujících s lidmi s tělesným nebo kombinovaným postižením. Cvičení existují pro kojence na jedné straně a na druhé straně i pro seniory. Vhodnou aktivitu najdeme prakticky pro každého jedince, včetně těch, kteří sedu schopni nejsou a míče u nich využíváme pro pasivní cvičení, polohování na břicho nebo vestibulární stimulaci. Kontraindikací je zde vždy bolest při provádění a strach nebo úzkostné reakce, které lze však vhodnými postupy a pomalým seznamováním se s míčem odbourávat. Rizikem je zde pád a zranění, proti kterému musí být žák zajištěn a to buď asistencí jiné osoby, vhodnými pomůckami (fixační podložka pod míč zabraňující jeho pohybu po podložce, vhodný neklouzavý povrch podložky) a samozřejmě použitím vhodného míče (nosnost, tuhost, správná velikost³⁵).

2. rovnovážná cvičení s využitím speciálních pomůcek

Speciálními pomůckami jsou myšleny ty, jejichž účelem jsou primárně rovnovážná cvičení. Můžeme mezi ně zařadit³⁶:

- úseče,
- houpačky, houpací desky,
- balanční nafukovací disky (čočky),
- pružinové desky, posturomed, stabilizační plošiny,
- chůdy, šlapadla, pedalo,
- plastové kameny, nášlapné prvky,

³⁵ Velikost míče orientačně vypočítáme jako výšku postavy minus 100 cm, tj. pro osobu vysokou 165 cm je to 65 – 70 cm (rolí zde ale hraje i nahuštění míče). Při sedu na míči jsou kyčelní klouby lehce výše než klouby kolenní (Pavlů, 2003).

³⁶ uvedené balanční pomůcky a jejich stručný popis najdete např. na www.zdravotnipotreby.cz; www.benjamin.cz; www.weve-reha.cz

- točny,
- a další

Metodické postupy a vhodná cvičení pro jedince s různými obtížemi nám v ideálním případě může předvést fyzioterapeut, je možné absolvovat vhodné školení, řadu z nich najdeme i v literatuře a v neposlední řadě jsou náměty umístěny na www stránkách výrobců. (ti také někdy dodávají i instruktážní DVD). Každý pedagog by také měl být schopen sám různé varianty cvičení vymýšlet a přizpůsobovat konkrétním dětem. Samozřejmě je dbát na bezpečnost a také znát stav jedince, jeho potřeby, limity a případné kontraindikace.

3. rovnovážná cvičení s běžnými pomůckami

Ne vždy máme k dispozici vhodné speciální vybavení, a to zejména v běžných základních školách. Pro cvičení zde pak využíváme běžně dostupné nestabilní plochy (matrace, trampolína, doskoková matrace pro skok vysoký, apod.), dále lavičky, kladiny, ale i běžné lano položené na zemi, po kterém dítě bosé chodí. Jednoduché pomůcky můžeme vyrobit za použití povlaků na polštáře, které je možné naplnit různým materiálem a slouží pak při různých hrách (např. „kameny“ pro přecházení řeky). Balanční cvičení můžeme dělat i při pobytu venku a to například využíváním různých povrchů (chůze v písku, na nerovném povrchu, apod.) nebo na houpačkách a dalším venkovním mobiliáři. Vhodné hry zaměřené na cvičení rovnováhy může provozovat i v bazénu.

4. vestibulární stimulace

Viz. samostatná kapitola

5. posturální cvičení (návuk a stabilizace jednotlivých poloh)

Podle věku a závažnosti postižení budou jedinci s kombinovaným postižením schopni využívat postupně jednotlivé polohy vertikalizační řady odpovídající úrovni jejich vývoje. Stanovení dalšího postupu a vhodná cvičení spadají do kompetence fyzioterapeuta, ale ve škole můžeme jejich snahu významně podpořit procvičováním již dosažené polohy. Nejedná se zde pouze o polohování, ale o cvičení, jehož cílem je stabilizace polohy a návuk aktivit v této poloze. Pokud například dítě neudrží rovnováhu v sedu, bude mu to velmi ztěžovat pohyby horních končetiny a aktivity jako kreslení, jídlo nebo pracovní činnosti se tím budou dále komplikovat. Stabilní poloha je také předpokladem pro návuk polohy vyšší.

Nejčastější jsou cvičení zaměřené na polohu v sedu a ve stoje. Zaměřujeme se na dílčí aktivity, jako je např. cílený pohyb horní končetiny v sedu, přenášení váhy (pohupování), stabilizace polohy proti odporu („postrčení“), krátkodobé odstraňování polohovacích a fixačních pomůcek, nácvik opory horními končetinami (opora o podložku, úchop madla, apod.), sezení s využitím různých pomůcek (židle, speciální sedačky, toaleta, násypný vak, apod.). Obdobně můžeme postupovat i v případech, kdy je žák schopen alespoň krátkodobého stoje s částečným zatížením dolních končetin. I zde můžeme zařazovat cvičení spočívající v častém procvičování vstávání (např. s využitím opory rukou, pásů, apod.), přenášení váhy, stoje s oporou o různé pomůcky (stůl, židle, žebříny, chodítka), apod. Stabilizační cvičení jsou nutná i u poloh dalších, jako je klek (s oporou všech končetin, vzpřímený, nakročený), poloha na boku nebo pouze poloha na bříše s oporou horních končetin.

2.4.2.5. Pasivní cvičení³⁷

U řady lidí s těžkým postižením jsou možnosti aktivního pohybu velmi omezené nebo dokonce nejsou schopni aktivního (volního) pohybu prakticky vůbec. Zde je nezbytné polohování (tomu je věnována samostatná kapitola) a také pasivní cvičení. To je významné i v případech, kdy jedinec není schopen volního pohybu určité části těla (např. hemiplegie, kvadruplegie) nebo v případě dočasného omezení (po operaci, úrazu, zhoršení zdravotního stavu).

Účelem pasivního cvičení je (Haladová, 2007; WHO, 2004):

- udržení nebo zvětšení kloubní pohyblivosti,
- protáhnutí zkrácených svalů,
- prevence kontraktur,
- zachování „obrazu pohybu“ v mozku nebo podpora jeho vytváření (proprioceptivní stimulace),
- podpora oběhových funkcí a předcházení otokům.

Předpokladem pro správné provádění pasivního cvičení je kvalifikovanost personálu, případně jeho zaškolení pro každého jedince kvalifikovanými pracovníky. Nicméně je následně možné samostatné provádění těchto činností dalšími pracovníky

³⁷ Používají se i pojmy pasivní pohyby nebo pasivní mobilizace (mobilizace – uvedení do pohybu).

v průběhu dne, protože pasivní cvičení by se mělo opakovat 2 – 3x denně (Haladová, 2007). Zvládnání jednoduchých technik (např. preventivní u dlouhodobě ležících nebo vozíčkářů bez dalších komplikací) by mělo patřit ke kompetencím těchto pracovníků.

Rizikem při pasivním cvičením je bolestivost prováděných pohybů a riziko následného vzniku mikrotraumat na svalstvu. Proto je třeba pohyby provádět pomalu, ne trhavě, správně končetinu držet, pevně (ne bolestivě) ji fixovat a nedovolit patologické pohyby (Haladová, 2007). V našem případě je cvičení dále komplikováno obtížemi při získávání zpětné vazby u osob s těžkým postižením (mentálním, demencí). Zde je třeba dobře znát konkrétní osobu a správně vyhodnotit její reakce. Například křik nemusí být známkou bolesti, ale např. úleku, strachu z neznámého při použití nové techniky, výrazem radosti, obav z cizí osoby (fyzioterapeut) nebo prostředí, apod. I relativně malý bolestivý podnět může vyvolat také prudkou neočekávanou reakci (verbální nebo fyzická agrese), pozdější odmítání cvičení a strach z něj, narušení vztahu s dítětem/klientem, apod. Řada lidí s těžkým postižením naopak na bolestivé podněty reaguje velmi málo a je třeba všimnout si i drobných změn v mimice, pohybu očí, napětí svalů, atd. Z uvedeného plyne nutnost spolupráce více osob alespoň v počátcích provádění těchto cvičení. Nejčastěji se bude jednat o fyzioterapeuta, rodiče a další pečující osoby (učitel, asistent).

Prováděna jsou pasivní cvičení dolních a horních končetin, ale velmi významné je i cvičení ruky nebo prstů nohou. Součástí pasivního cvičení jsou také komplexní pohyby, jako je přetáčení nebo další změny polohy a úkony související se sebeobslužnými činnostmi. Toto je třeba si uvědomit, protože v praxi se bojíme provádět „rehabilitaci“ např. prostřednictvím pasivních cvičení, kvůli vědomí vlastní nekompetentnosti a obavě z poškození zdraví, ale další aktivity děláme zcela běžně, přičemž rizika jsou v mnoha případech velmi podobná. Dokonce správné pasivní provádění pohybů třeba u oblékání může být v podstatě náročnější, než pouze protažení končetiny při pasivním cvičení.

Významnou pomocí nám při tomto typu cvičení mohou poskytnout technické pomůcky. V současnosti stále častěji používané je zařízení motomed, který umožňuje nejen cvičení pasivní, ale také asistované nebo samostatné. Díky své variabilitě je vhodný pro cvičení ve stoje, v sedě i na lůžku. Zejména u pouřaových cvičení se používají i motorové dlahy. Pomocí nám mohou být i závěsy končetin (např.

Terapimaster) a další pomůcky pro mobilizaci, jako je např. „červený program“ firmy Meyra.

V některých případech je možné jedince samotného naučit provádění jednoduchých pasivních cvičení. Může to být v případě hemiparéz, kdy může pasivně cvičit horní končetinu nebo pouze ruku (prsty) prostřednictvím paže nepostížené nebo cvičení dolních končetin při zachovalé hybnosti končetin horních.

2.4.2.6. Vynucené používání

Tato technika je nejznámější v oblasti očního lékařství při terapii amblyopie, kdy se lepší oko zalepí okluzorem a „vynutí“ se tak používání oka druhého. Analogicky se tento postup užívá ve fyzioterapii a to u jedinců s hemiparézou, kteří více postiženou končetinu používají méně nebo dokonce vůbec a končetinu zdravou pak přetěžují. Při realizaci techniky vynucování je zabraňováno používání zdravé (méně postižené) končetiny fixací. (Gúth, 2005).

V praxi se můžeme setkat s fixací nepostížené končetiny, kterou doporučil odborník, a měli bychom to respektovat, byť je možné fixaci používat s přestávkami (jídlo, hygiena, psaní, apod.). Častěji ale aplikujeme tuto techniku sami a to např. vhodným polohováním. Dítě je v tomto případě cíleně zapolohováno na zdravou stranu a postižená horní končetina je jediná volná ke hře nebo jiné aktivitě. Podobně „vynucujeme“ zapojení postižené (více postižené) končetiny činnostmi vyžadujícími součinnost obou rukou (alespoň částečnou) - podáváme předměty ze strany, na které je postižení závažnější, nevykonáváme za dítě úkony, které může s vynaložením přiměřené námahy vykonat samo, apod. Spíše tedy můžeme hovořit o bezděčném používání, zapojení postižené (více postižené) končetiny by se mělo stát samozřejmostí. Toto pravidlo by mělo být uplatňováno i u jiných typů postižení a jistá míra vynucování je zde přínosná. Samozřejmě respektujeme možnosti dítěte a k zapojení postižené končetiny ho vhodně motivujeme. Tato technika by měla tvořit doplněk k realizované fyzioterapii a cílem je zvýšení samostatnosti dítěte, začlenění postižené končetiny do tělesného schématu a zlepšení hybnosti.

2.4.2.7. Respirační cvičení

Dechová (respirační) cvičení se využívají nejen v léčbě, ale i jako součást prevence u imobilních osob (Gúth, 2005), jsou také běžnou součástí logopedické terapie, řečové výchovy nebo tělesné a hudební výchovy. Alespoň na elementární úrovni by je tedy měl ovládat každý učitel 1. stupně ZŠ, speciální pedagogové nebo učitelky mateřských škol.

V širším slova smyslu slouží pro podporu respirace také polohování, kondiční cvičení, cvičení pro uvolnění hlenu, masáže, fonační cvičení nebo jiné činnosti zvyšující vitální kapacitu plic (zpěv, hra na dechový nástroj, apod.).

Dechová cvičení mají za cíl (Friedlová, 2007; Gúth, 2005):

- prohloubení a harmonizaci dýchání,
- zvýšení svalové síly, zlepšení pohyblivosti bránice a žeber,
- ulehčení vykašlávání,
- snížení psychického napětí (relaxace),
- navození pocitu jistoty, redukce pocitů nejistoty a zmatenosti,
- uvědomění si vlastního těla, aktivizace paměťové stopy,
- zlepšení vztahu terapeuta a klienta,
- prostředek k navázání komunikace.

Z tohoto je patrná velmi široká použitelnost dechových cvičení u osob s různým postižením a samozřejmě i velké množství aplikovatelných dílčích technik. Je třeba si ale uvědomit, že pro dosažení uvedených cílů není možné použít pouze dechová cvičení. Tyto by měly být pouze jednou z mnoha použitých aktivit, využívanou společně s dalšími postupy rehabilitačními nebo edukačními. Vzhledem k širokým možnostem používání a většinou i časové a materiálové nenáročnosti, by měla být dechová cvičení přirozeně a opakovaně zařazována v průběhu dne do činností jiných (cvičení, logopedie, relaxační aktivity, volnočasové aktivity, apod.).

Respirační cvičení je třeba vždy realizovat u osob, kde jsou součástí terapie nebo prevence onemocnění. Jedná se o onemocnění průdušek a plic, snížené plicní ventilaci (dlouhodobě imobilní, pooperační stavy, poruchy vědomí) nebo k nácviku správného stereotypu dýchání (reedukace špatně zafixovaného způsobu dýchání) (FN Motol, 2009).

V rámci takto široce pojatých dechových cvičení můžeme využít:

1. Základní dechovou gymnastiku

V rámci individuálního nebo skupinového cvičení, při jednotlivých cvicích nebo sestavách. Běžně ho užíváme v hodinách tělesné výchovy, ale i při dalších příležitostech. Je možné využívat polohy ve stoje, v sedě, v lehu.

2. Dechovou gymnastiku statickou (klidové – volné dýchání)

Jedná se o nácvik prohloubeného dýchání, nácvik správného vdechu (nosem) a výdechu nebo změny rytmu.

3. Dechovou gymnastiku dynamickou

Úkolem je zde nacvičení správného stereotypu dýchání při pohybu. Provádí se koordinovaně s pohyby horních a dolních končetin a trupu.

4. Dechovou gymnastiku mobilizační (vědomě prohloubené, lokalizované dýchání)

Dýchání do určité části hrudníku, které může být usměrnováno poklepy nebo vibrací. Využívá se také dýchání proti odporu, zpravidla mírným nebo středním tlakem ruky.

5. Nácvik vykašlávání

Aktivity zaměřené na vykašlávání, které zahrnují nejen dýchání (pomalý nádech a prudký výdech), ale také manuální pomoc (tlak na hrudník zvětšující se s výdechem), vibrace nebo poklepy (při výdechu), změny polohy (např. na břicho na velkém míči, hlava směřuje mírně dolů) nebo masáže. Pozn. Nacvičujeme a podporujeme pouze vykašlávání produktivní a dbáme na hygienu.

6. Fonační (hlasová) cvičení

Jedná se o různá cvičení zaměřená na ovládání hlasu (síla, výška), prodlužování doby fonace, měkkého nasazení hlasu, apod. Jsou běžnou součástí logopedické terapie.

7. Reflexní stimulaci dýchání

Je vykonávána bez aktivní účasti jedince a je založena na Vojtově metodě reflexní lokomoce. Plyne z toho nutnost jejího vykonávání kvalifikovaným terapeutem nebo individuálně zacvičenou osobou.

8. Kontaktní dýchání

Je součástí konceptu Bazální stimulace a má význam zejména komunikační a vztahový. Podstatou je kontakt rukou s hrudníkem dítěte/klienta, přičemž výdech může být podpořen stlačením nebo vibrací. Je možné použít i ruku klienta samotného pro podporu vnímání sebe sama. Malé děti je možné položit na hrudník a přizpůsobit své dýchání jejich, případně postupně ovlivňovat dýchání dítěte (např. postupným prodlužováním/prohlubováním dýchání).

9. Masáž stimulující dýchání

Opět je součástí Bazální stimulace a jedná se o masáž prováděnou na zádech v sedě nebo v leže na břicho (v případě kontraindikace na ventrální části hrudníku) v délce kolem 5 minut. Slouží k podpoře dýchání, případně vykašlávání, ale také jako aktivita relaxační, posilující pozitivní vztah.

10. Jógu (dětskou jógu)

Jóga akcentuje u dechových cvičení zejména uvolnění, koncentraci, vnímání sebe sama, ale samozřejmě pozitivně ovlivňuje i dechové funkce. Využívá se řady poloh pro různé způsoby dýchání. Pro děti s více vadami je zpravidla jen obtížně realizovatelná, lze použít některé prvky.

11. Úpravu postury a polohování

Správná postura (poloha) těla je předpokladem pro fyziologické dýchání. Zejména to platí u osob na vozíku nebo dlouhodobě upoutaných na lůžku. Velmi častá poloha na vozíku, která je charakteristická kulatými zády, mírným předklonem a předsunutím hlavy, prakticky neumožňuje hluboký nádech. Omezující je i poloha vleže na zádech, pro usnadnění dýchání se doporučuje polosed. Nestačí však pouze podložit záda např. polštářem, protože se do něj jedinec často zaboří, což má za následek opět předsunutí ramen, kulatá záda a omezení možnosti nádechu. Je třeba použít pomůcky z vhodného materiálu, vhodného tvaru a správně je přizpůsobit potřebám polohovaného.

12. Kondiční cvičení a volnočasové aktivity

Zlepšení kondice prostřednictvím různorodých sportovních aktivit má pozitivní vliv na dechové funkce (viz dříve) a obdobně je možné využívat řadu volnočasových aktivit, jako třeba hra na dechový hudební nástroj (flétna) nebo zpěv.

(Gúth, 2005; Haladová, 2007; Friedlová, 2007; Hájek, 2009)

Častým důvodem pro provádění dechových cvičení je i nutnost nácviku správného dýchání po odstranění nosní mandle. U mnoha dětí i po operaci přetrvává dýchání ústy a je třeba nácviku správného dýchání.

2.4.2.8. Relaxační aktivity

Výraz relaxace pochází z latiny (= uvolnění) a jedná se o uvolnění svalového nebo duševního napětí (Defektologický slovník, 2000)³⁸. Relaxační cvičení nelze zjednodušeně chápat jako aktivitu spíše pasivní, realizovanou nejlépe v leže, byť i to je nutnou součástí relaxace (např. spánek). Relaxačním cvičením může být jakákoliv aktivita, která vede k harmonizaci svalového napětí a/nebo k uvolnění psychických tenzí. V důsledku tedy mohou mezi relaxační aktivity patřit všechny zde popisované činnosti a nesmírně široká paleta dalších různorodých činností z mnoha oblastí. Jako relaxace může sloužit pobyt o samotě v přírodě nebo komunikace s mnoha lidmi v pohostinství, intenzivní práce na zahradě nebo dívání se na televizi, činnost prováděná odborníkem ve speciálním prostředí (např. snoezelen) nebo činnost, kterou si jedinec najde sám ve svém pokoji, čtení literatury, sexuální aktivita, pomoc jiným, jídlo, masáže a mnoho dalších.

Chceme-li relaxační cvičení zařadit do komplexní péče o klienta, musí vycházet z jeho potřeb a možností, musí být jasně stanoven jejich cíl, pravidla a postup provádění a způsob hodnocení jeho efektivity. Jinak řečeno, relaxační aktivity budou individualizovány pravděpodobně ještě mnohem více, než výše uvedené různé druhy cvičení. Co pro jedno dítě bude relaxací (např. kondiční sportovní aktivita), bude pro jiné aktivitou zátěžovou, po níž musí relaxace teprve následovat (uvolnění v perličkové vaně). Všichni máme různé oblíbené relaxační aktivity a totéž platí i u lidí s postižením těžkým/kombinovaným. Velmi často usuzujeme na účinek různých aktivit dle svých vlastních zkušeností a nedostatečně reflektujeme subjektivní vnímání a potřeby každého jednotlivce. Můžeme pak být svědky relaxačních aktivit, které jsou dítětem odmítány, k relaxaci nevedou a tenze u dítěte spíše zvyšují.

Cílem relaxace může být oblast somatická, psychická nebo obě, ale vždy by měl být účinek na každou z nich pozitivní nebo alespoň neutrální. Efekt u somatické

³⁸ Relaxace v užším slova smyslu (somatická) je plánovanou celodenní aktivitou směřující ke snížení patologického svalového napětí prostřednictvím cvičení, masáží, polohování a medikace.

relaxace může být komplexní nebo lokální u určitých svalových skupin. Relaxace může být krátkodobá (např. masáž stimulující dýchání) nebo dlouhodobá (dovolená). Cílem může být zotavení po předchozí aktivitě, ale také příprava na aktivitu jinou (např. fyzioterapii).

Relaxační aktivity by měly mít pozorovatelný účinek ověřený prostřednictvím verbální nebo neverbální komunikace (mimika), pozorovatelných somatických změn (uvolnění svalového napětí, prohloubení dýchání), jejich opakovaným vyhledáváním jedincem nebo následným zlepšením psychického nebo zdravotního stavu. Ani naplnění většiny těchto kritérií nemusí ale znamenat jednoznačný pozitivní efekt pro klienta. Příkladem zde může být užívání návykových látek, kdy můžeme u kuřáka po vykouření cigarety pozorovat uvolnění v obličeji, spokojené verbální projevy a psychickou pohodu, a přesto se nejedná zrovna o vhodnou aktivitu, ke které ho budeme vést. I při práci s lidmi s těžkým postižením můžeme nacházet podobné situace, kde relaxační aktivita v konečném důsledku jedinci škodí. Příkladem je třeba sledování televize, častá sportovní aktivita u klienta s vadou srdce, časté opakování jedné činnosti vedoucí k ne vždy vhodným stereotypům, apod.

I zde můžeme nalézat aktivity specificky na relaxaci zaměřené, jako je využití medikace (např. myorelaxancia) nebo masáží, které musí realizovat příslušný odborník.

2.4.3. Polohování žáků s tělesným/kombinovaným postižením

2.4.3.1. Polohování

S pojmem polohování se nejčastěji setkáme v literatuře z oblasti urgentní medicíny, rehabilitace nebo gerontologie. Ve speciální pedagogice pak v literatuře věnované otázkám edukace a ucelené rehabilitace osob s více vadami (např. Opatřilová, 2005). Výraz ale nenajdeme v Defektologickém slovníku (2000), slovníku Speciální pedagogika (1995) a ani ve Velkém lékařském slovníku (2006).

Polohování můžeme pro potřeby speciální pedagogiky definovat jako aktivity realizované u osob s poruchami hybnosti prostřednictvím změn polohy těla nebo jeho částí, jejímiž cíli jsou:

1. prevence zdravotních komplikací
2. podpora léčebné rehabilitace
3. podpora vnímání a stimulace
4. usnadnění vykonávání běžných činností
5. aktivizace
6. podpora edukace
7. zvyšování komfortu jedince s postižením

Polohování je „jednou ze základních rehabilitačních ošetrovatelských technik a je nezbytnou součástí péče o postižené děti.“ (Routnerová, 2001, s. 31). Polohování je součástí handlingu, což je celodenní aplikace prvků různých rehabilitačních technik, které jsou zaměřené na stimulaci/facilitaci hybnosti, inhibici patologických pohybových vzorů a podporu vývoje normálních motorických projevů. Aktivity jsou realizovány po celý den v rámci běžných aktivit (jídlo, učení, hygiena, hra, ...) a vykonávají je pod supervizí odborníka všechny osoby, které s žákem/klientem pracují.

V jiných disciplínách (z oblasti medicíny) mohou být uváděny cíle jiné a polohování můžeme chápat odlišně. Typickým případem je urgentní medicína, kde je polohování součástí první pomoci a to i laické. Cílem je stabilizace zdravotního stavu, předcházení komplikacím a úleva nemocnému.

Nejčastěji uváděné polohy (Petržela, 2007; Pospíšil, 2007) jsou:

1. Stabilizovaná (zotavovací) poloha

- nejužívanější, všeobecně známá poloha
- pro zajištění osoby v bezvědomí, ale se stabilizovanými životními funkcemi (dýchání, srdeční činnost)
- nověji se používá modifikovaná tzv. euro-poloha

2. Protišoková poloha

- na zádech, se zvednutými dolními končetinami
- pro osoby v šoku případně i při krevní ztrátě, zvyšuje prokrvení důležitých orgánů (zejména mozku)

3. Autotransfuzní poloha

- na zádech se všemi končetinami kolmo vzhůru
- při velké ztrátě krve, zajišťuje přísun krve do životně důležitých orgánů (srdce, mozek)

4. Polohy při poranění jednotlivých částí těla

- různé polohy dle lokalizace poranění
- při poranění břicha, hrudníku, pánve, mozkolebečních poraněních

5. Poloha při krvácení z nosu

- v sedě, s mírným předklonem hlavy

Jednotlivé polohy zde nejsou podrobněji popsány³⁹, protože to není přímo ve vztahu k tématu příspěvku. Vzhledem k tomu, že jsou součástí první pomoci, měl by alespoň ty nejdůležitější a nejčastěji používané znát každý pedagog (stabilizovaná, protišoková, při krvácení z nosu). Pro speciální pedagogy by to měla být samozřejmost, neboť pracují s lidmi se zdravotním postižením, kde je pravděpodobnost zdravotních komplikací poměrně značná a nutnost poskytnutí první pomoci se v práci speciálního pedagoga vyskytuje relativně často (např. epileptické záchvaty, úrazy, apod.). Mimo schopnosti umístit jedince do jednotlivých poloh je

³⁹ Ilustrace a návody jsou dostupné např. v publikaci Petržela, M. První pomoc pro každého. Praha : Grada, 2007. Na [www](http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/neodkladna-resuscitace) jsou návody pro poskytnutí první pomoci dostupné např. na [www 3. lékařské fakulty UK](http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/neodkladna-resuscitace) <http://www.lf3.cuni.cz/cs/pracoviste/anesteziologie/vyuka/studijni-materialy/neodkladna-resuscitace> (včetně videonávodů) nebo na www.prvni-pomoc.com (včetně popisu jednotlivých poloh).

nutným předpokladem pro jejich užití také znalost indikací a kontraindikací. Například pokud máme podezření na poranění páteře, nepoužijeme stabilizovanou polohu.

Velmi často se s využitím polohování setkáváme v ošetrovatelství, zejména v oblasti rehabilitační péče a gerontologie. I ve starších publikacích (např. Rozsypalová, 1980) se dočteme o významu správného uložení nemocného, kterým zabráníme vzniku deformit, kontraktur, omezení pohybu a vzniku dekubitů. Při polohování se vychází ze správného stoje, uváděny jsou polohy v sedu, ale největší pozornost je věnována polohám na lůžku, kde jsou prezentovány tři základní polohy:

- vleže na zádech
- vleže na boku
- vleže na břiše

Každá z nich má řadu modifikací (zejména různé polohy dolních končetin i horních končetin), přičemž se doporučuje používání pomůcek. Tehdy neexistovala tak široká nabídka pomůcek jako v současnosti, v podstatě se používaly pomůcky vyrobené z běžně dostupných materiálů (stočená přikrývka nebo ručník, sáčky s pískem, dlahy, dřevěné opěry). Z dnes používaných pomůcek byly dostupné pevné molitanové polštáře různých velikostí. Zajímavé jsou doporučené intervaly pro změny poloh, které se uvádějí i dnes a to i pro využití ve speciální pedagogice. Polohování by mělo probíhat celých 24 hodin a v jedné poloze by jedinec neměl zůstat během dne déle než 2 hodiny, což je stejná doba, kterou doporučujeme např. pro imobilní osoby s DMO nebo pro těžce postižené jedince upoutané na lůžko.

Interval dvou hodin neplatí samozřejmě absolutně, někdy se doporučují intervaly 20 – 30 minut. Například pro lidi ohrožené vznikem dekubitů jsou intervaly kratší (kolem ½ hodiny), intervaly se prodlužují v noci, jsou ovlivněny použitými pomůckami (např. antidekubitní matrace), množstvím a kompetencemi personálu, apod. Vždy musíme primárně vycházet z potřeb konkrétního jedince a z jeho zdravotního stavu.

2.4.3.2. Cíle a význam polohování

Jak již bylo uvedeno výše, může mít polohování celou řadu cílů. Zde se zaměříme na ty, které jsou významné z pohledu osob pracujících s klienty s tělesným nebo těžkým/kombinovaným postižením. Řazení jednotlivých cílů nevypovídá o jejich významu, ten je dán u každého klienta jeho specifiky (specifické potřeby, diagnóza a zdravotní stav, apod.), aktuální situací (jídlo, spánek, volný čas, škola, atd.) a také aktuálními cíli, které chceme dosáhnout. Vždy je však třeba mít na paměti, že musíme respektovat zdravotní stav dítěte/klienta a nesmíme poškodit jeho zdraví, k čemuž může při absenci polohování nebo jeho špatné realizaci dojít.

Jednotlivé níže uvedené cíle se navzájem doplňují a prolínají a téměř vždy naplňujeme více cílů naráz.

1. prevence zdravotních komplikací

Při absenci polohování nebo jeho nedostatečném provádění se může objevit celá řada komplikací. Jedná se o možnost vzniku dekubitů (proleženin), kontraktur nebo vznik deformit, zácpy, retence moče nebo trombózy. Dále podporuje plicní ventilaci, což má pozitivní vliv nejen na dýchání a zásobování kyslíkem, ale u ležících klientů (zejména seniorů) pomáhá předcházet závažným komplikacím, jako je zápal plic. Dalším dopadem v oblasti prevence je podpora oběhových funkcí.

2. podpora léčebné rehabilitace

Polohování je nedílnou součástí Bobathovy terapie nebo Bazální stimulace a má své místo u každého jedince s postižením motoriky, který je upoután na lůžko nebo na vozík, je součástí facilitace rozvoje motorických funkcí. Nejedná se jen o děti s DMO, ale také o poúrazové stavy, stavy po cévních mozkových příhodách, apod.. Cílem je zde podpora dosažené úrovně hybnosti a jejího dalšího rozvoje (polohy odpovídající dosažené úrovni vývoje motoriky a polohy vyšší), dále pak facilitace správného pohybového vzoru (při přechodu do různých poloh např. otáčení, vzpřimování) a inhibice patologického svalového tonu nebo stimulace jedince.

3. podpora vnímání a stimulace

Stimulace úzce souvisí s cílem předchozím. Nejedná se zde jen o rozvoj motorických funkcí, ale zejména o stimulaci taktilní (doteky, kontakt s různým materiálem, vnímání odlišných teplot nebo tlaku), podporu vnímání vlastního těla

(propriocepce) a budování tělesného schématu a stimulaci vestibulární. Při vhodném polohování podporujeme rozvoj kognitivních funkcí zvyšováním množství podnětů a změnou jejich kvality, které jedinec může vnímat různými smysly. Dítě má možnost díky polohování získat novou zkušenost, lépe se orientovat v prostoru, zlepšit svou vizuomotorickou koordinaci (horní končetiny mohou být v zorném poli jedince), apod.

4. usnadnění vykonávání běžných činností

Vhodná poloha je předpokladem pro vykonávání řady běžných činností, jako je jídlo, pití, mytí, svlékání a oblékání, ale také čtení, sledování televize, využívání ICT a celá řada dalších běžných aktivit. Týká se to nejen lidí, jimž vhodná poloha umožní alespoň částečnou participaci na jejich realizaci, ale také jedinců, kteří jsou plně závislí na pomoci druhých. Například správnou polohou při krmení můžeme předcházet riziku vdechnutí potravy, usnadnit polykání, zpracování potravy (např. vhodným náklonem hlavy lidem s hemiparézou), předejít vypadávání potravy z úst, zvýšit komfort a prožitek z jídla a také zachovávat důstojnost krmeného.

5. aktivizace

Polohování probíhá celý den, podílí se na něm mnoho osob, je doprovázeno komunikací, usnadňuje vykonávání mnoha činností a umožňuje participaci jedince na nich, rozvíjí jeho vnímání a tím se podílí na jeho celkové aktivizaci.

6. podpora edukace

Stabilní poloha a pocit pohody je jedním z předpokladů pro edukaci a udržení pozornosti dítěte, ale i dospělého s postižením/onemocněním. Polohování mu dává možnost podílet se na aktivitách třídy, podporuje komunikaci, navazování očního kontaktu nebo navázání kladného vztahu. Jak již bylo uvedeno dříve, rozvoj vnímání a stimulace se pozitivně odráží na úrovni kognitivních schopností a zlepšuje tím možnosti edukace. Vhodné polohy jsou také předpokladem pro vykonávání specifických školních aktivit, jako je třeba psaní, práce s pomůckami, pracovními listy nebo knížkou, usnadňují využití ICT (k výuce, jako kompenzační pomůcku), apod.

7. komfort a prožitek jedince s postižením

Vhodné polohování zvyšuje pocit pohody, zmírňuje případné bolesti, pomáhá zprostředkovat příjemné podněty (prožitky), zvyšuje pocit jistoty (stabilita, přehled o okolí) a tím pozitivně ovlivňuje prožívání jedince. Neméně významné jsou dopady na sebehodnocení v důsledku snižování závislosti na jiných osobách, umožnění participace na řadě aktivit nebo zlepšování zdravotního stavu nebo motorických schopností.

(Routnerová, 2001⁴⁰; Friedlová, 2005; Trojan, 2005; Opatřilová, 2005; Doenges, Moorhouse, 2001; www.novita.org.au, 2008)

2.4.3.3. Přehled využívaných poloh

Uváděné polohy jsou zaměřeny na využití u osob s tělesným nebo kombinovaným postižením, ale řada z nich se používá i v rámci ošetřovatelství u seniorů nebo lidí nemocných (CMP, úrazy).

Polohování dle ontogenetické vertikalizační řady

Velmi často používaným souborem poloh jsou polohy vycházející z Bobath konceptu, jejichž základem je ontogenetická vertikalizační řada (Routnerová, 2001; Trojan, 2005). Jsou to vlastně pozice, které odpovídají klíčovým fázím ve vývoji dítěte v průběhu prvního roku života.

Jednotlivé polohy volíme zejména dle cíle, kterého chceme dosáhnout. Měl by existovat plán polohování, aby volba poloh byla dostatečně variabilní a celá aktivita tím plnila svůj účel. Zároveň by u každého jedince měli být stanoveny vhodné polohy (například formou fotografií poloh) a také případná rizika (např. nutnost vyloučení určitých pohybů). Plán by měl být vždy konzultován s odborníkem a pečující osoby by měli být zaškoleny pro konkrétního klienta.

⁴⁰ Mimo uvedený titul jsou zde využity poznatky z kurzu „Rehabilitační metody pro speciální pedagogy při zajištění vzdělávání dětí/žáků s těžkým tělesným postižením I. a II.“, který pořádala PdF UK v letech 2001 – 2002 pod vedením MUDr. Routnerové.

1. Poloha na zádech

Popis:

Vleže na zádech, tělo by mělo být v ose (hlava, trup, končetiny), hlava by neměla být zakloněna (posilují se patologické tonické šíjové reflexy), při polohování končetin se snažíme o potlačení patologických pohybových vzorů a snižování spasticity.

Varianty:

Je možné měnit polohu trupu (až do polosedě), což je vhodné zejména u osob s problémy s dýcháním (je vhodná pevnější podložka zad), dále polohu horních končetin (podél těla, na hrudníku) a to včetně polohy ruky a prstů (např. vkládání míčku do ruky, zatížení rozvinuté ruky, apod.). Dolní končetiny mohou být natažené nebo pokrčené až do pravého úhlu, v případě překřížení dolních končetin můžeme vkládat abdukční klín nebo použít vhodnou pomůcku, která končetiny zafixuje ve vhodné poloze.

Poznámka:

Poloha na zádech je používána velmi často, v některých případech pro svou jednoduchost a přirozenost spíše nadužívána. V případě dlouhodobého užívání (např. v případě zdravotních komplikací, nedostatku personálu) je nutné užívat alespoň mikropolohování, používat pomůcky různých velikostí a materiálů a dbát na prevenci (viz. cíle polohování).

2. Poloha na břiše

Popis:

Poloha odpovídá zhruba třetímu měsíci vývoje dítěte. Trup je zpravidla podložen šikmým klínem, ruce se opírají o předloktí, dlaň by měla být rozvinuta (v případě potřeby zatížena), podmínkou je schopnost klienta udržet hlavu. U spastiků by neměly být špičky nohou propnuty, neboť tím spasticitu zvyšujeme, kotník by měl být v pravém úhlu (noha přes okraj postele nebo podložením kotníku malým válečkem).

Varianty:

Pro relaxaci volíme polohu nižší, hlava je otočená na stranu, končetiny jsou podél těla. Slouží také jako výchozí poloha pro plazení (s nakročenou končetinou a oporou).

Poznámka:

Tuto polohu nemůžeme zpravidla použít u seniorů. U osob dlouhodobě pobývajících na vozíku by používaná být měla (pokud to dovoluje zdravotní stav, v případě bolestí alespoň po krátkou dobu) a doplněna masážemi.

3. Poloha na boku

Popis:

Hlava je opět ve střední poloze (podložena), případně v mírném předklonu, trup musí být pevně zafixován a stabilní, vrchní dolní končetina nakročena a podložena (nepřetáčíme kyčle), vrchní horní končetina je volně pohyblivá.

Varianty:

Poloha na boku s oporou o předloktí, trup může být podložen, klient musí být schopen udržet hlavu. Variantou je také poloha připomínající klubíčko na boku (užívaná častěji u spastických klientů).

Poznámka:

Poloha na boku je málo stabilní, vždy je třeba používat pomůcky (minimálně pro oporu hlavy, podložení DK a stabilizaci trupu). V případě, že využíváme volnou horní končetinu pro aktivitu, je třeba dbát na to, aby místo aktivity bylo v zorném poli klienta. U hemiparetických forem DMO nebo CMP může klient ležet na méně postižené polovině těla a stimulujeme tak aktivitu HK.

4. Poloha v sedě

Popis:

Hlava a celé tělo je v osovém postavení, dbáme na fyziologické postavení trupu (vzprámené, případně podložení beder). V základním postavení jsou klouby dolních končetin v pravém úhlu, ploska nohy má oporu o podložku (i u imobilních). Sed musí být v případě potřeby fixován popruhy nebo pomůckami a zabezpečen proti sklouzávání (abdukčním klínem, mírným nakloněním sedáku).

Varianty:

Existuje velké množství variant podle místa sedu (vozík, židle, speciální sedačka, postel, matrace na zemi, apod.). Vhodná pomůcka umožňuje značnou variabilitu (naklápění, fixaci trupu, hlavy a DK, polohování DK, naklápění opory zad). Při dlouhodobém pobytu na vozíku dbáme, podobně jako vleže, na mikropolohování a předcházení zdravotním komplikacím. Důležité je využívání více

pomůcek na sezení dle možností klienta. Polohovat můžeme i horní končetiny (na stolku, s využitím opěrek, podél těla).

Poznámka:

I osoba na vozíku je často schopna s využitím vhodných fixačních pomůcek sedět alespoň po krátkou dobu na židli nebo speciální sedačce. Běžné skládací vozíky navíc polohování téměř vůbec neumožňují a většina klientů v nich zaujímá nepříliš fyziologickou polohu. Velmi důležité je vhodné postavení trupu zejména u osob s dýchacími obtížemi (zejména seniorů), protože při běžné poloze řady osob na vozíku (mírný předklon, kulatá záda, předsunutí hlavy) a malé pohyblivosti je téměř znemožněn hluboký nádech.

5. Poloha v kleku

Popis:

Poloha odpovídá 6. měsíci ontogenetického vývoje. Klient je v kleku na čtyřech s nataženými horními končetinami, rozvinutou dlaní a vzpřímeným držením hlavy. Velmi často je nutné podkládání trupu pomůckou, která umožní pevnou oporu a nese část váhy (válec nebo lépe pevnější kvádr odpovídající velikosti).

Varianty:

Klient může mít různé zatížení horních i dolních končetin, protože váha těla může být plně nebo částečně přenesena na pomůcku. Můžeme využít i nestabilní pomůcky pro nácvik kleku, přenášení váhy a rovnováhy (např. závěs trupu, míč nebo válec). Vyšší polohou je pak klek, kdy je trup vzpřímený bez opory horních končetin o zem (využíváme opory např. o židli nebo stabilní polohovací pomůcku). Přejídnou polohou je klek s jednou nakročenou končetinou (příprava na vstávání).

6. Poloha ve stoji

Popis a varianty:

Stoj s různou mírou opory od pomoci s udržováním stability až po pevnou fixaci trupu a končetin s využitím vertikalizačního stojanu. Je možné odlehčení dolních končetin prostřednictvím opory horních končetin (berle, chodítko, podpažní vis, opora o jiné pomůcky), opory trupu nebo s využitím pomocného sedáku. Předpokladem je schopnost udržet hlavu.

Poznámka:

Je polohou nejvyšší a využívá se i u klientů, kteří samostatného stoje nejsou (zatím) schopni. Velmi důležitá je zejména v případech, kdy můžeme predikovat zlepšení stavu a schopnost bipedální lokomoce. V této poloze klient zůstává zpravidla kratší dobu a je třeba postupný nácvik a zatěžování.

Popisy poloh jsou jen orientační, mnohdy je velmi náročné klienta v žádoucí poloze udržet a vždy musíme dbát na individuální specifika a stav každého klienta.

Polohování v konceptu Bazální stimulace

Jak uvádí Friedlová (2005) můžeme klientům pomocí polohování zprostředkovat informace o vlastním těle, poskytujeme somatickou a vestibulární stimulaci a pomáháme předcházet tzv. degenerativní habituaci, což je stav způsobený jednotvárným vnímáním sebe a okolí, který vede k pasivitě, nečinnosti a ztrátě orientace a tím dochází k celkovému zhoršování psychického a fyzického stavu klienta. Jako možné změny tělesné pozice jsou uvedeny například (Friedlová, 2005, str. 36):

- propletení prstů na rukou
- položení ruky na hrudník
- ohnutí dolních končetin směrem k tělu
- překřížení dolních končetin
- uchopení nohy rukou
- polohování na různě tvrdých a měkkých matracích
- změna polohy pomocí srolovaných ručníků a malých polštářů
- poloha mumie
- poloha hnízdo⁴¹

Další možnosti v polohování

Při polohování není nutné vždy měnit polohu celého těla, můžeme používat i tzv. mikropolohování, kdy měníme pouze polohy některých částí těla. Může jít o

⁴¹ V konceptu Bazální stimulace je polohování integrální součástí celého ošetrovatelského procesu a pro nácvik jeho realizace v rámci celého konceptu je vhodné absolvování kurzu (viz. www.bazalni-stimulace.cz).

změnu polohy dolních končetin (pokrčení, zvednutí a podložení), horních končetin (nejen celých, ale také např. jen rozvinutí prstů, vložení míčku do dlaně, apod.), trupu nebo hlavy (podložení, náklon), celého těla (např. polohováním vozíku nebo postele). Tyto změny jsou časově i fyzicky nenáročné a je možné je provádět častěji i v rámci jedné polohy (např. na zádech, v sedě na vozíku).

Polohování je také často využíváno v rámci canisterapie, kdy je dítě polohováno za použití jednoho nebo více psů. Pozitivní účinek aktivity je umocněn prohříváním (tělesnou teplotou psa), působením dýchání a tepu psa, kontaktem se srstí, ale zejména kontaktem se zvířetem samotným. Většina klientů je při kontaktu se psem pozitivně naladěna, můžeme je snadněji aktivizovat, využít psa k motivaci, rozvoji komunikace, apod. I zde musíme dbát na obecné zásady polohování a také respektovat případný strach některých klientů, zdravotní problémy (např. alergie) a v neposlední řadě využívat psů k těmto účelům řádně vycvičených.

Specifické polohy využíváme také při transportu a přenášení klientů. I tady vycházíme z možností klienta, jeho zdravotního stavu a respektujeme jeho přání. Známé a v praxi využívané je například přenášení dětí se spastickou formou DMO v klubičku. U těchto dětí bychom se také měli vyvarovat přenášení v podpažním visu nebo záklonům hlavy, což jsou časté chyby zvyšující spasticitu dítěte. Velké množství poloh pro přenášení dětí s jednotlivými variantami DMO uvádí například Hinchcliffe (2003).

Aktivní a pasivní polohování

Polohování je obecně vnímáno jako aktivita, při které je klient pasivní. To platí u řady osob s vážným onemocněním nebo postižením, které neumožňuje aktivní spolupráci (např. těžké formy DMO, kvadruplegie). V mnoha případech jsou však polohované osoby spolupráce schopny a měli bychom jejich parciální schopnosti využívat. Polohování nám tak pomáhá i v aktivizaci klienta a rozvoji (stimulaci) jeho motorických aktivit. V neposlední řadě jeho aktivní spoluúčast může ulehčit zvládání fyzicky náročných úkonů pro personál. I zde by měla platit zásada přiměřené pomoci. Pomáháme tam, kde je to třeba, ale neděláme za klienta takové úkony, které sám zvládá. Nadměrná pomoc vede k invalidizaci klienta a jeho stav spíše zhoršuje. Vést k aktivitě dítě nebývá zpravidla tak problematické, v horší situaci jsou

pracovníci zařízení sociálních služeb pro seniory, kde je zapojení klienta v některých případech velmi obtížným úkolem (vyžaduje nepřiměřenou pomoc, odmítá spolupráci, apod.).

2.4.3.4. Zásady při polohování

Při realizaci polohování je třeba dodržovat řadu pravidel a zásad, z nichž mnoho bylo v textu již zmíněno a zde je uveden jejich přehled.

- vycházet ze zdravotního stavu a případných omezení (kontraindikace některých poloh)
- zabezpečit před pádem
- poloha by vždy měla odpovídat fyziologickému stoji, lehu nebo sedu
- dodržovat osovou souměrnost (střední postavení těla)⁴²
- stabilita polohy
- uvědomění si cílů, kterých chci dosáhnout
- pravidelnost (celodenní polohování)
- odbornost (kvalifikace, zaškolení všech pečujících osob)
- komunikace s klientem
- respektovat přání klienta
- ochrana zdraví pečujících osob (správné provádění, nepřetěžování, využívání pomůcek)

⁴² Toto neplatí absolutně – pokud klient zaujímá obvykle patologickou polohu, můžeme se snažit o umístění hlavy, končetin i trupu do polohy opačné (patologická flexe do extenze a opačně, nakloněný trup vychýlit na opačnou stranu, apod.)

2.4.3.5. Rizika a chyby v polohování

Jako jakákoliv aktivita s lidmi s postižením nebo onemocněním není ani polohování bez rizika. Nejvýznamnějším rizikem je poškození zdraví klienta. K tomu může dojít například nerespektováním některých ze zásad polohování nebo neznalostí zdravotního stavu (např. překračování doporučeného rozsahu pohybu v některém z kloubů). Je však nutné si uvědomit, že samotná absence polohování nebo jeho nevhodná frekvence vede k poškození klienta a může se spolupodílet na vzniku celé řady zdravotních komplikací.

K poškozování klienta může docházet i v dalších oblastech a to zejména v těch případech, kdy realizujeme polohování jako izolovanou aktivitu a ne jako součást handlingu a komplexní péče o klienta. Pokud klienta vhodně zapolohujeme, ale v jeho zorném poli se ocitne pouze bílý strop, pak nemůžeme hovořit o správném polohování. Podobně bývá chybou neinformování klienta o významu polohování (pokud je to schopen zpracovat) nebo nepřipravení klienta na změnu (doteky, řeči a jejím tónem a melodií, fotografiemi, apod.) a následně jeho neadekvátní reakce (odmítání, agrese, pasivita) nebo pocity nelibosti.

Chybou také je nevyužívání polohování k dalším aktivitám, jako je stimulace (somatická, vestibulární, smyslová), komunikace (verbální i neverbální) nebo sociální interakce (společné polohování, polohování umožňující alespoň zrakový kontakt, apod.).

Polohování je pouze jednou ze složek komplexní péče o osoby s tělesným nebo kombinovaným postižením. Nedílnou součástí musí být léčebná rehabilitace, vhodná stimulace a edukace, ale také využívání vhodných pomůcek nebo rehabilitace sociální. Znalost polohovací technik a různých cílů a významů polohování by měla být součástí odborných kompetencí jednak speciálních pedagogů a dalších pracovníků škol, pracovníků v zařízeních sociálních služeb nebo zařízeních zdravotnických, ale také rodičů a dalších osob pečujících o jedince, jejichž zdravotní stav nebo postižení polohování vyžadují.

2.4.4. Závěr

Většina výše uvedených aktivit se pohybuje částečně v oblasti léčebné rehabilitace, často jsou na hranici činností běžných pro tělesnou výchovu (respektive zdravotní tělesnou výchovu). Pro uplatnění ve školách většinou nejsou nutné žádné nedostupné pomůcky, stačí jen ochota učit se a najít odborníky, se kterými by bylo možné jednotlivé aktivity konzultovat, případně se nechat zacvičit do jejich provádění. Pro získání potřebných kompetencí je možné i absolvování dílčích kurzů.

Určité teoretické znalosti a alespoň elementární dovednosti praktické pro realizaci některých těchto aktivit mají učitelé 1. stupně ZŠ (např. dechová cvičení, balanční cvičení, relaxační aktivity, tradiční a netradiční hry, hudebně pohybová cvičení, apod.) a do jisté míry i učitelky mateřských škol (zejména s VŠ vzděláním). Odlišná situace je u pedagogických nebo osobních asistentů (pokud zrovna nemají dříve uvedenou kvalifikaci) a učitelů 2. stupně ZŠ. Tam chybí potřebné znalosti úplně. Výjimkou by v tomto směru měli být učitelé tělesné výchovy.

Samozřejmostí by měly být znalosti a dovednosti u speciálních pedagogů, ale zde panují značné rozdíly mezi různými typy studia. Za speciálního pedagoga je považován i absolvent dvouletého rozšiřujícího studia v kombinované formě zaměřeného na speciální pedagogiku obecně a tam rozhodně nijak hluboké znalosti očekávat nemůžeme. Jiná situace by měla být u absolventů magisterského studia (respektive Bc. + Mgr.).

Je jasné, že míra využití uvedených postupů bude záviset na závažnosti zdravotního postižení a do péče mohou být zařazovány i prvky speciálních fyzioterapeutických metod, což je ale bez intenzivní spolupráce s příslušným odborníkem velmi obtížné. Nicméně poučené využívání celé řady uvedených aktivit (ale i mnoha dalších) při práci se žáky s kombinací mentálního a tělesného postižení by mělo být samozřejmou součástí komplexní péče.

3. Empirická část

3.1. Deskripce a analýza současného stavu ve školách (žáci s mentálním a kombinovaným postižením)⁴³

3.1.1. Úvod

Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (73/2005 Sb.) uvádí, že vzdělávání žáků se speciálními potřebami se „se uskutečňuje s pomocí podpůrných opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku“.

Podpůrnými opatřeními se rozumí:

- speciální metody, formy a postupy
- speciální učebnice, didaktické materiály
- kompenzační pomůcky
- zařazení předmětů speciálně pedagogické péče
- poskytování pedagogicko-psychologických služeb
- služby asistenta pedagoga
- snížené počty žáků

Podobně i Michalík (2000) uvádí tyto základní faktory ovlivňující úspěch integrace: rodiče a rodina, škola, učitelé, poradenství a diagnostika, forma integrace, dále prostředky speciálně pedagogické podpory (podpůrný učitel, osobní asistent, doprava dítěte, kompenzační a učební pomůcky, úprava vzdělávacích podmínek), dále architektonické bariéry, sociálně psychologické mechanismy a organizace zdravotně postižených.

V našem výzkumu jsme se zaměřili na ta opatření a aktivity, které se přímo vztahují ke škole, sledovali jsme realizaci podpůrných opatření u žáků integrovaných

⁴³ Výzkum byl realizován v rámci projektu „Deskripce a analýza podmínek vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na 1. stupni ZŠ“ (grant MŠMT č. 2126), který byl realizován pracovníky Ústavu primární a preprimární edukace PdF UHK pod vedením Doc. PhDr. Marty Faberové, CSc. v letech 2005 – 2006.

v běžných třídách základních škol. Zabývali jsme se pouze vlastní edukací, nikoliv celou problematikou komplexní péče. Na tu byl zaměřen následující výzkum, jehož výsledky jsou v dalších kapitolách.

3.1.2. Metodika výzkumu

Popis výzkumných metod

Data byla získávána klasickými metodami pedagogického průzkumu – dotazníkem, rozhovorem a pozorováním.

Dotazník byl zvolen s cílem získat větší sumu dat, umožňující statistické zpracování. Byl použit kombinovaný dotazník vlastní konstrukce

Pozorování je v pedagogickém výzkumu pravděpodobně nejčastěji frekventovanou metodou, používá se samostatně a také doprovází další metody pedagogického výzkumu. Bylo použito pozorování nepřímé, nezúčastněné a krátkodobé (sledování dvou vyučovacích hodin). Protokol dále obsahoval kategoriální posuzovací a numerické škály.

Poslední metodou byl standardizovaný rozhovor, kdy studenti do připravených archů zaznamenávali odpovědi učitelů

Záznamové archy jsou přiloženy v příloze č. 1, 2.

Všechny metody byly použity anonymně. Získaná data byla zpracována s použitím statistického programu NCSS.

Na sběru dat se podíleli studenti 4. (60) a 5. roč. (17) Učitelství pro 1. stupeň ZŠ. Studenti se specializací speciální pedagogika, kteří jsou již vybaveni určitou mírou profesních kompetencí, se zaměřili převážně na děti s mentálním a kombinovaným postižením. Všichni studenti se seznámili s organizací průzkumu, byli proškoleni v administraci metod.

Pro naplnění cílů výzkumu bylo zvoleno zprostředkované předání dotazníků pro učitele (instruovaní studenti osobně předali dotazníky učitelkám ZŠ nejčastěji v místě svého bydliště), dále studenti pracovali s formulářem standardizovaného rozhovoru včetně pozorovacího archu. K zadaným úkolům přistoupili zodpovědně, což dokladuje vysoká návratnost dotazníků (91,87 %; vyplněné dotazníky byly vyzvednuty osobně) a správná administrace položek.

Přehled lokalit

Školy se nacházejí v obcích o velikosti od 200 do 369 000 obyvatel, převážně v Královéhradeckém kraji.

Vzorek průzkumu

Výzkumný soubor tvořili školy, žáci se speciálními vzdělávacími potřebami a jejich učitelé.

Školy:

Sledovaní žáci jsou integrováni do škol o velikosti od 24 žáků na celé škole (vesnická malotřídka) po 1000 žáků na celé škole. Průměr je 367 žáků, medián 335. Počet tříd na 1. stupni je přímo úměrný počtu žáků na celé škole (potvrzeno výpočtem lineární regrese). Počet tříd se pohybuje v rozmezí od 2 do 23 tříd, přičemž průměr je 9, medián 8.

Žáci:

Projekt byl zaměřen na školní integraci dětí s mentálním postižením (do této skupiny dětí byly zahrnuty také děti s kombinovaným postižením, které zahrnuje i postižení mentální) a na žáky s vývojovými poruchami učení. Žáci s mentálním postižením byli vybráni ve spolupráci s odborem školství Královéhradeckého kraje.

Tyto dvě skupiny byly vybrány s jasným záměrem. Žáci s SPU tvoří většinu žáků ve skupině dětí se speciálními potřebami a v souladu s integračními tendencemi se zvyšuje procento žáků s mentální retardací, kteří jsou vzděláváni v běžných základních školách. Dalším důvodem byla možnost srovnání skupiny žáků, jejichž integrace je běžná již po dlouhou dobu (žáci s SPU) a žáků, jejichž integrace byla umožněna relativně nedávno (žáci s mentálním postižením).

- celkový počet žáků 142
- 103 žáků se specifickými vývojovými poruchami učení
- 39 žáků s mentální retardací nebo postižením kombinovaným (MP + další postižení – 8 žáků).

Vzhledem k použití metod kvantitativního výzkumu nebylo možné sledovat pouze žáky s postižením kombinovaným, protože vzorek by byl jen velmi malý a neumožňoval by statistické zpracování. I takto bylo velmi obtížné nalézt tak velké množství integrovaných žáků s mentálním postižením a jejich učitelů (ředitelů), kteří byli ochotni na výzkumu spolupracovat.

Učitelé:

Výzkumným souborem je 142 učitelů 1. stupně běžných základních škol, kteří mají ve své třídě integrované dítě z námi sledované skupiny (39 učitelů žáků s MP).

3.1.3. Výsledky

3.1.3.1. Učitelé

Výzkumným souborem jsou všichni třídní učitelé žáků z námi sledovaného souboru, tj. integrovaných žáků s mentálním/kombinovaným postižením. Jedná se o 39 učitelů 1. stupně běžných ZŠ. Kontrolní soubor byl tvořen respondenty, kteří mají ve třídě integrovaného žáka se specifickou poruchou učení. Výsledky komparace jsou uváděny pouze v tom případě, kdy byl rozdíl statisticky významný.

Výzkumný soubor odráží personální situaci v našem školství. Z 39 respondentů je 37 žen a 2 muži, tj. ženy činí 95% výzkumného souboru. Věk učitelů se pohybuje v rozmezí 24 až 52 let, průměr je 37,2.

V našem souboru se ukázalo, že s žáky s mentálním postižením pracují častěji mladší učitelé, než v kontrolním souboru (tabulka č. 6). Příčinou tohoto stavu může být celá řada faktorů. Jedním z nich je například větší ochota mladších učitelů pracovat s výrazně odlišnými žáky a zároveň neochota starších učitelů měnit zažité metody práce a přístup k dětem. S tímto souvisí skutečnost, kterou známe ze zkušeností mnoha pedagogů. Žáci, u nichž se předpokládá, že budou velkou zátěží pro učitele, jsou zařazováni do tříd mladých učitelů. Jako důvod je uváděno, že tito učitelé mají „více sil“ a jsou lépe připraveni na práci s dětmi s postižením. Lepší pregraduální příprava v oblasti speciální pedagogiky a zájem o další vzdělávání může být dalším faktorem, který zvyšuje ochotu mladších učitelů k práci s dětmi s mentálním postižením.

Průměrný věk učitelů (učitelé žáků s MP x SPU)					
Věk učitele	Levostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	37,2	-3,38	-2,13	132	0,017
2 – SPU	40,6				

*MP – učitelé žáků s mentálním postižením; SPU – učitelé žáků s poruchami učení
tabulka. č.6*

Učitelé strávili ve školství od 1 do 30 let, průměr je 12,5. Délka praxe je přímo úměrná věku učitele a lze předpokládat, že zkoumaní učitelé pracují po celý život v oboru. Analogicky i délka praxe s integrovaným žákem se u obou sledovaných skupin statisticky průkazně liší. Žáci s mentálním postižením jsou ve třídách učitelů s kratší praxí (tabulka č. 7). Je to přirozené, neboť se jedná o mladší učitele.

Délka pedagogické praxe (učitelé žáků s MP x SPU)					
Délka pdg. praxe	Levostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	12,5	-3,78	-2,52	132	0,013
2 – SPU	16,3				

tabulka. č.7

Praxe ve třídě s integrovaným žákem

Učitelé odučili ve třídách s integrovaným žákem od 0 (tj. letos učí poprvé) po 20 let, průměr je 5,4. Do této praxe jsou započítány roky, ve kterých měl učitel ve třídě zařazené integrované žáky (včetně žáků s SPU) a také doba, kdy učitel vyučoval ve speciální škole nebo speciálních třídách běžných škol.

Protože s žáky s MP pracují častěji mladší učitelé, je přirozené, že i v položce délka praxe vykazují tito učitelé kratší praxi (tabulka č. 8).

Délka praxe v integraci (učitelé žáků s MP x SPU)					
Délka praxe v integraci	Levostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	5,4	-2,12	-2,26	132	0,012
2 – SPU	7,6				

tabulka. č.8

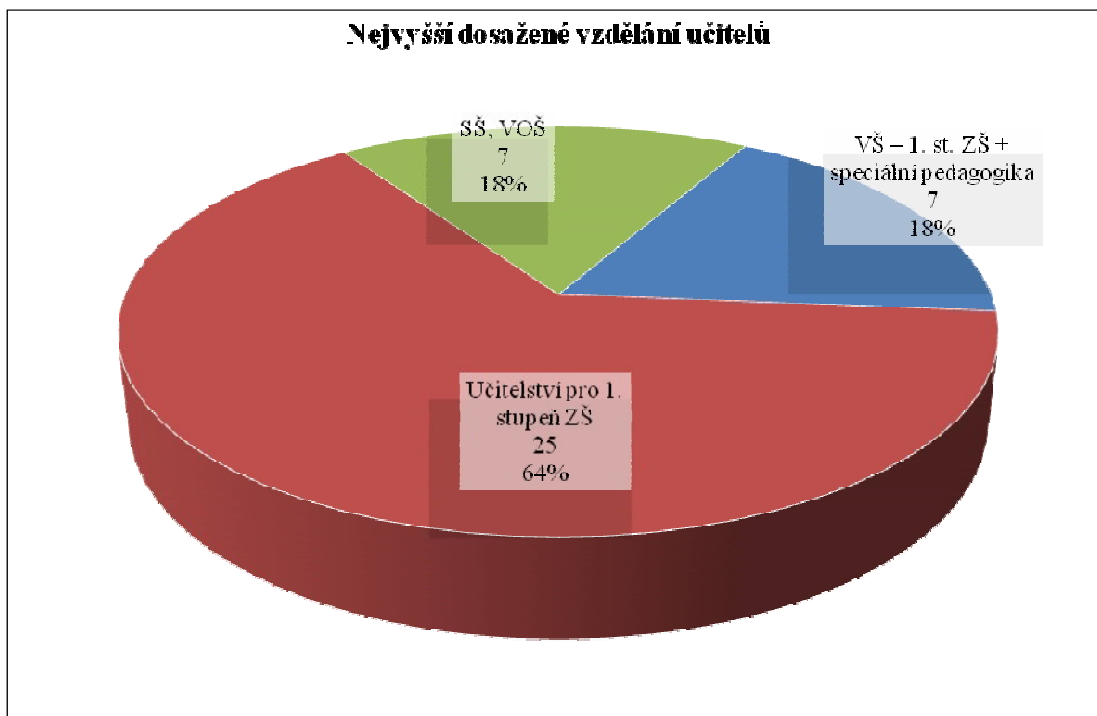
Nejvyšší dosažené vzdělání učitelů

Sledovaní učitelé měli nejčastěji vysokoškolské vzdělání (82%, obor Učitelství pro 1. stupeň ZŠ) a 18% z nich má i speciálně pedagogické vzdělání⁴⁴. Bohužel stejné procento učitelů má vystudovanou pouze střední školu nebo VOŠ.

Vzdělání učitele	Počet	Procenta
VŠ – 1. st. ZŠ + speciální pedagogika	7	18%
Učitelství pro 1. stupeň ZŠ	25	64%
SŠ, VOŠ	7	18%

tabulka. č. 9

⁴⁴ Tímto je myšlena státní nebo závěrečná zkouška ze speciální pedagogiky v rámci rozšiřujícího studia na VŠ (pouze jedna učitelka vystudovala přímo obor speciální pedagogika).



graf č. 8

V další tabulce je pro srovnání uveden přehled kvalifikovanosti učitelů na 1. stupni našich základních škol. Počet učitelů 1. stupně bez kvalifikace odpovídá výsledku v našem výzkumu, pozitivní je mírné zlepšování situace v průběhu let. Nepříliš příznivý je vysoký podíl učitelů bez speciálně pedagogické kvalifikace ve speciálních třídách (více než 30%), přičemž u integrovaných dětí s mentálním postižením je to 82% (tab. č. 10).

ZÁKLADNÍ ŠKOLSTVÍ (1. STUPEŇ)						
ROK*	základní školství (1. stupeň)			třídy pro žáky se speciálními potřebami		
	celkem	bez kvalifikace	bez kvalifikace (%)	celkem	bez spec. pg. kvalifikace	bez spec. pg. kvalifikace (%)
2005	27586	4825	17,5%	3093	1030	33,3%
2006	27727	4538	16,4%	3035	965	31,8%
2007	27520	4441	16,1%	2959	911	30,8%

* stav je vždy k začátku školního roku (2005 = září 2005/2006)
 tabulka. č.. 10 (Statistické ročenky školství 2005/2006, 2006/2007, 2007/2008)

Vzdělávání ve speciální pedagogice

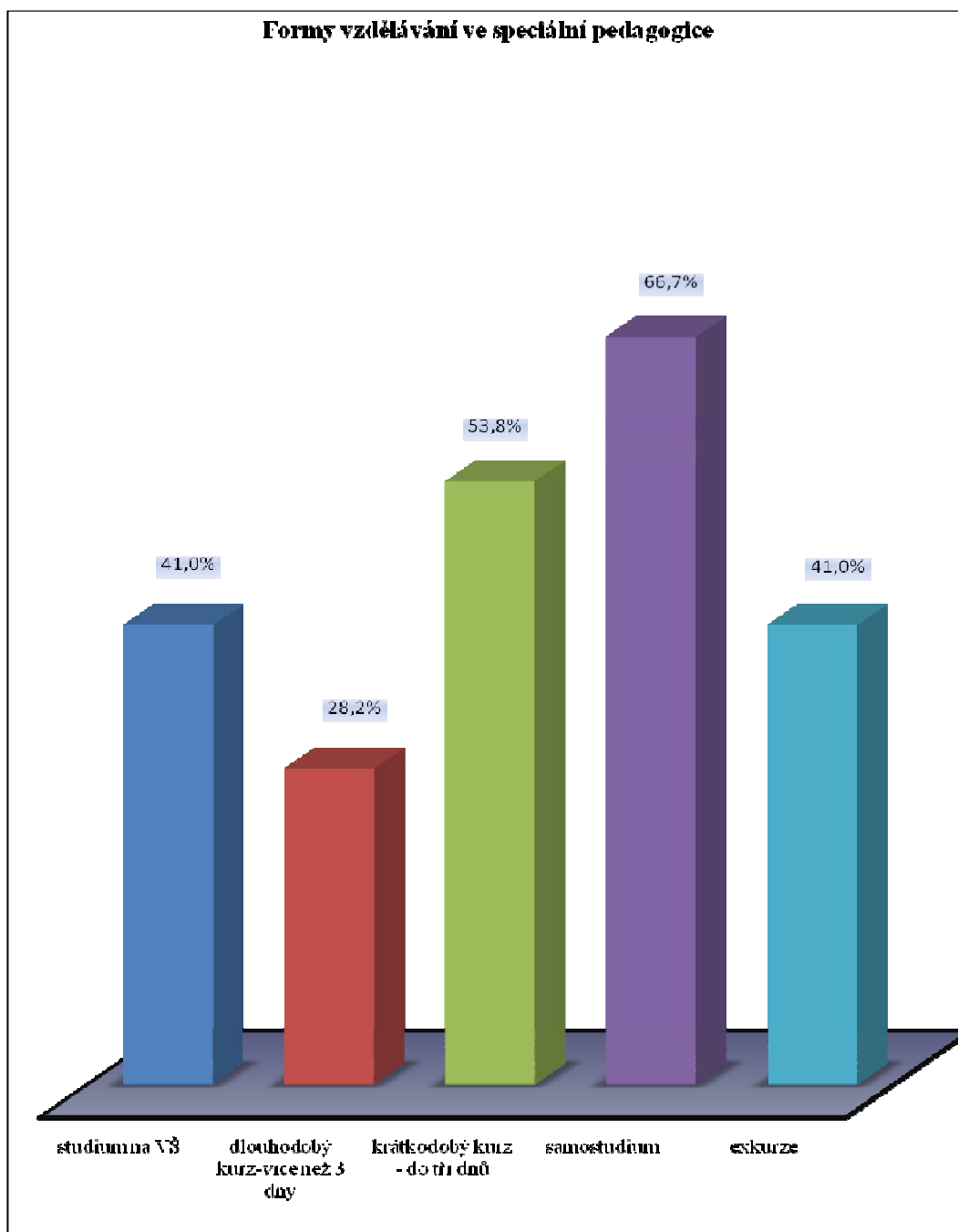
Ve výzkumu jsme se také zaměřili na různé formy vzdělávání ve speciální pedagogice, tedy nejen na vzdělávání na VŠ, ale také na kurzy, exkurze nebo samostudium. Mimo již absolvovaného vzdělávání jsme se zaměřili i na vzdělávání v aktuálním roce. Přehled uvádí tabulka č. 11.

formy vzdělávání ve speciální pedagogice*	v posledních letech	v tomto roce (alespoň se chystá)	celkem***
studium na VŠ**	16 (41%)	4 (10,3)	16 (41%)
dlouhodobý kurz (více než 3 dny)	11 (28,2%)	1 (2,6%)	11 (28,2%)
krátkodobý kurz (do 3 dnů)	18 (46,2%)	12 (30,8%)	21 (53,8%)
VŠ + jakýkoliv kurz (alespoň jeden)	31 (79,5%)	13 (33,3%)	33 (84,6%)
samostudium	24 (61,5%)	16 (41%)	26 (66,7%)
exkurze	12 (30,8%)	13 (33,3%)	16 (41%)
celkem	36 (92,3%)	24 (61,5%)	38 (97,4%)

* V dotazníku byla i položka „jiné“, ale tu nevyplnil žádný z respondentů.

** Zde jsou uvedeni i učitelé, kteří mají dokončené vzdělání ve spec. pg.

*** Sloupec „celkem“ není prostým součtem předchozích sloupců, ale vychází ze zdrojových dat. Učitel, který studoval v předchozích letech a v tomto roce též, je započítán jednou.
tabulka č. 11



graf č. 9

Ukončené vzdělání ve speciální pedagogice má sice pouze 18% učitelů, ale připočteme-li ty, kteří právě studují, dostaneme se k číslu 41%, což je poměrně mnoho. Většina z těchto učitelů navíc absolvovala i další kurz zaměřený na tuto oblast. Nějakou formu institucionálního vzdělávání (alespoň jeden krátký kurz) uvedla převážná většina učitelů (85%). To je jistě pozitivní, na druhou stranu vzdělávání žáka s mentálním postižením je náročné, v běžné pregraduální přípravě

jsou obsaženy opravdu jen základy (a to ne u všech učitelů) a vzdělávání v této oblasti by tedy bylo možné považovat za samozřejmost.

U 13 učitelů (33%) se ukázalo, že nemají speciálně pedagogické vzdělání, neabsolvovali v posledních letech žádný delší kurz zaměřený na tuto oblast a ani se nechystají na takovýto kurz přihlásit. V porovnání s předchozími údaji můžeme tedy vidět poměrně vyhraněné skupiny učitelů velmi aktivních, kteří se průběžně vzdělávají a na druhém pólu bohužel poměrně velkou skupinu učitelů, kterým vzdělání chybí a ani se vzdělávat nechystají.

Učitelé, kteří se nechystali vzdělávat ve speciální pedagogice, uváděli jako důvod nejčastěji nedostatek času, což většinou souviselo se vzděláváním v jiném oboru (ICT, jazyky). Další důvody byly odlišné zájmy („zajímám se o Vv“), nedostatek peněz, nedostatečná nabídka kurzů a v jednom případě „dostatek materiálů a informací“.

Zajímavé je, že obecně velmi negativně vnímaný nedostatek financí je zde mezi příčinami uveden až na 2. – 3. místě. Zde se pravděpodobně odrážejí vzrůstající nároky na vzdělání učitelů v mnoha oblastech, kterých je však možná již tolik, že jim na zvládnutí všech požadavků již nezbývá čas a často i chuť. Jako příklad je možné uvést vzdělávání v oblasti ICT (nejčastěji uváděná oblast dalšího vzdělávání), které má v běžném případě cca 5 lekcí + domácí příprava a to ve většině případů v době mimo vyučování. Nutnost vzdělávání je však nutná nejen v oblasti ICT, ale v současné době také ve vztahu k ŠVP, v oblasti jazykového vzdělávání, prevence sociálně-patologických jevů a v neposlední řadě osvojování si moderních metod práce. Dalším faktorem, který ovlivňuje možnosti vzdělávání, je velikost školy. V malotřídních školách je velkým problémem zastupování učitelů. Uvědomíme-li si dále vysokou míru feminizace našich škol a velké vytížení žen v době mimo zaměstnání, je nemožnost vzdělávat se ve více oblastech pochopitelná. Na druhou stranu mají dnes učitelé k dispozici 12 dnů studijního volna, které však dle našich zkušeností bývá v praxi bohužel často využíváno v době školních prázdnin a pro vzdělávání tedy spíše jen formálně.

Do studia jsme zařadili i položku „samostudium“, kde by se asi dalo očekávat 100% (alespoň v průběhu několika let), ale výsledek je pouze 67%. Vzhledem k tomu, že se jednalo o výběr z možností, nemohli na tento způsob vzdělávání učitelé

zapomenout. Příčinou může být nedostatek času, nezájem o problematiku, mínění, že věci již dostatečně rozumí nebo prostá lenost a neochota něčemu se učit. Obdobně nás překvapil poměrně nízký počet exkurzí do speciálních škol (41%). Tyto školy tvoří poměrně hustou síť a jsou tedy dobře dostupné a jejich návštěva nevyžaduje prakticky žádné finanční náklady.

Hodnotící škála

V této položce učitelé vyjadřovali na 7 bodové škále spokojenost/nespokojenost s podmínkami a vybranými okolnostmi, které mají souvislost s prací s integrovaným dítětem s mentálním postižením. Byl zde sledován subjektivní postoj učitele, dle instrukcí zde vyjadřovali bez rozmýšlení svůj pocit. V tabulce č. 11 jsou uvedeny absolutní počty na škále od -3 (zcela nespokojen/a) až po +3 (zcela spokojen/a). V následující tabulce (č. 12) byla škála zjednodušena sloučením položek obsahující spokojenost (+1,+2,+3) a nespokojenost (-1,-2,-3) a na této polaritě se přehledněji ukázal převládající pocit učitelů u jednotlivých položek.

Hodnocení spokojenosti/nespokojenosti I.

	-3	-2	-1	0	1	2	3
prostorové podmínky v mojí třídě	2	2	3	1	5	11	15
technické vybavení mojí třídy	1	1	7	1	12	14	3
kompenzační pomůcky pro integrované dítě, které mám k dispozici	1	2	8	5	6	13	4
didaktické pomůcky pro integrované dítě	1	2	5	4	8	14	5
finanční pro nákup pomůcek a vybavení, které používá integrované dítě	2	6	4	7	6	11	3
organizační a řídicí podpora ze strany vedení	1	0	2	5	9	5	17
socioemoční podpora ze strany vedení školy	1	0	3	2	9	7	17
možnost dále se vzdělávat v problematice integrovaného dítěte	1	0	6	5	6	9	12
finanční ohodnocení mojí práce s integrovaným dítětem	6	4	5	8	4	4	8
spolupráce poradenských institucí	1	1	3	8	8	11	7
vlastní práce s integrovaným dítětem	1	1	2	3	6	14	12
pokroky integrovaného dítěte v posledním šk. roce	0	0	3	7	11	12	6
moje schopnost poskytnout integrovanému dítěti odpovídající péči	1	0	1	8	11	15	3

můj vztah s integrovaným dítětem	0	0	0	2	2	14	21
celkové hodnocení podmínek pro uspokojování speciálních potřeb integrovaného žáka	1	2	4	4	8	15	5
Celkem	20	21	56	70	111	169	138

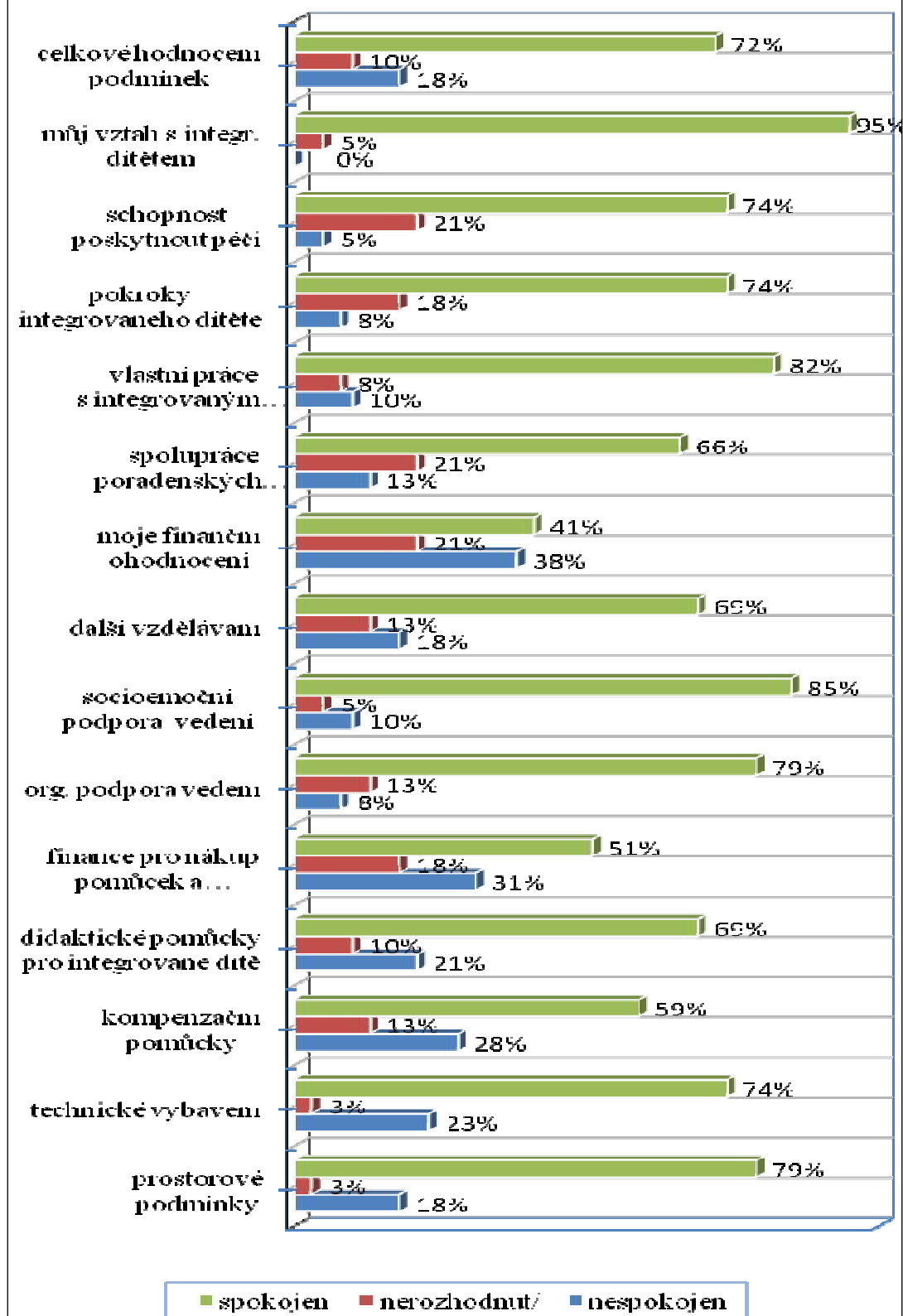
-3...zcela nespokojen/a, -2...převážně nespokojen/a, -1...spíše nespokojen/a, 0...nevím, neumím se rozhodnout, +1...spíše spokojen/a, +2...převážně spokojen/a, +3...zcela spokojen/a
tabulka č. 12

Hodnocení spokojenosti/nespokojenosti II.

	nespokojen	nerozhodnut/ neutrální	spokojen
prostorové podmínky v mojí třídě	18%	3%	79%
technické vybavení mojí třídy	23%	3%	74%
kompenzační pomůcky pro integrované dítě, které mám k dispozici	28%	13%	59%
didaktické pomůcky pro integrované dítě	21%	10%	69%
finanční pro nákup pomůcek a vybavení, které používá integrované dítě	31%	18%	51%
organizační a řídicí podpora ze strany vedení	8%	13%	79%
socioemoční podpora ze strany vedení školy	10%	5%	85%
možnost dále se vzdělávat v problematice integrovaného dítěte	18%	13%	69%
finanční ohodnocení mojí práce s integrovaným dítětem	38%	21%	41%
spolupráce poradenských institucí	13%	21%	67%
vlastní práce s integrovaným dítětem	10%	8%	82%
pokroky integrovaného dítěte v posledním šk. roce	8%	18%	74%
moje schopnost poskytnout integrovanému dítěti odpovídající péči	5%	21%	74%
můj vztah s integrovaným dítětem	0%	5%	95%
celkové hodnocení podmínek pro uspokojování speciálních potřeb	18%	10%	72%
Celkem	17%	12%	71%

tabulka. č. 13

Hodnocení spokojenosti/nespokojenosti II.



graf č. 10

Výsledky zde jsou poměrně jednoznačné – převažuje vždy spokojenost. Nejvyšší míra spokojenosti panuje ve vztahu s integrovaným žákem (95%!), ale zhruba 70% spokojenost se objevuje i u většiny dalších položek. Méně jsou učitelé spokojeni v položkách týkajících se financí (finance na pomůcky, vybavenost pomůckami) a v jediném případě zde míra spokojenosti klesla pod 50% (finanční ohodnocení učitele, který pracuje s integrovaným žákem), ale i zde mírně převažuje spokojenost nad nespokojeností. Spokojenost učitele je jedním z předpokladů úspěšné integrace, protože nespokojený, frustrovaný a demotivovaný učitel by rozhodně k úspěchu integrace nepřispěl. Z tohoto pohledu jsou výsledky pozitivní, zejména vzhledem k tomu, že nejvyšší míra spokojenosti je v tak významných oblastech, jako je vztah s žákem, jeho pokroky nebo hodnocení vlastní práce. Na druhou stranu může být tento výsledek v některých položkách spíše odrazem „spokojenosti z neznalosti“.

Co nejvíce pomáhá v práci s integrovaným dítětem

Zde učitelé odpovídali na otázku, co jim nejvíce pomáhá při práci s integrovaným dítětem. Jednalo se o volné výpovědi, které jsou sloučeny do 9 kategorií, podle charakteru jmenované proměnné následujícím způsobem:

- kategorie žák – iniciativa žáka, snaha, píle, ochota pracovat, míra postižení
- kategorie rodina – spolupráce s rodinou, domácí příprava
- kategorie organizační opatření – počet žáků, reedukace ve škole, přítomnost asistenta
- kategorie vybavení a pomůcky – PC, didaktické a kompenzační pomůcky, literatura
- kategorie vztah učitel-žák – dobrý vztah, spolupráce
- kategorie učitel – individuální přístup, znalosti, tvořivost
- kategorie spolužáci – dobré vztahy, podpora, pomoc
- kategorie škola – podpora a spolupráce se spolupracovníky a vedením
- kategorie poradenské instituce – spolupráce s PPP, SPC

Tabulka níže ukazuje, kolikrát učitelé uvedli odpověď dané kategorie. Kategorie jsou řazeny dle četnosti, tj. nejčastěji uváděná kategorie je první, nejméně uváděná kategorie na posledním devátém místě.

Z výsledků (tabulka č. 14) nám poměrně výrazně vyčnívá trojice významných kategorií – učitel, škola, rodina. Význam, který učitelé přikládají vlastní osobě (znalosti, tvořivost, individuální přístup k žákovi) dále posiluje položka č. 5 (vztah učitel – žák). Položka žák a vztah učitel – žák se do jisté míry překrývá také. Naopak jako nedůležité a integraci nejméně pomáhající byly uváděny tři kategorie - organizační opatření (např. počet žáků, přítomnost asistenta), působení spolužáků a také spolupráce s poradenskými institucemi. Není asi možné interpretovat toto zjištění tak, že poradenství nebo přítomnost asistenta nejsou důležité, ale spíše odráží jejich absenci nebo ne úplně kvalitní fungování z pohledu učitele. Dobře je toto možné dokumentovat absencí položky finance, která se mezi pomáhajícími neobjevila. Naproti tomu v další části (Co překáží integraci?) se objevuje.

Co nejvíce pomáhá?	neuvedeno	uvedeno
1. Učitel	20 (51%)	19 (49%)
2. Škola	20 (51%)	19 (49%)
3. Rodina	21 (54%)	18 (46%)
4. Vybavení a pomůcky	30 (77%)	9 (23%)
5. Vztah učitel-žák	31 (79%)	8 (21%)
6. Žák	33 (85%)	6 (15%)
7. Poradenské instituce	34 (87%)	5 (13%)
8. Spolužáci	35 (90%)	4 (10%)
9. Organizační opatření	36 (92%)	3 (8%)

tabulka č. 14

Co nejvíce překáží v práci s integrovaným dítětem

Analogicky se učitelé vyjadřovali k otázce, co jim nejvíce překáží při práci s integrovaným dítětem. Většina výpovědí o překážkách v práci s dítětem byla přirozeně logickým opakem jevů, které pomáhají. Např. pomáhá-li v práci vlastní iniciativa postiženého dítěte, je opak, tedy neochota dítěte pracovat, zřejmou překážkou. Výpovědi, jsme opět sloučili do kategorií, v tomto případě do 8, viz níže.

- kategorie žák – iniciativa žáka, snaha, píle, ochota pracovat, míra postižení
- kategorie rodina – špatná spolupráce, nedostatečná příprava, pasivita
- kategorie organizační opatření – velký počet žáků, absence reedukace ve škole, nemožnost individuálního přístupu
- kategorie vybavení a pomůcky – pomůcky obecně, PC a specializované programy, didaktické pomůcky, literatura
- kategorie obecně finance
- kategorie učitel – málo času, nedostatek možností vzdělávání, vlastní limity
- kategorie vedení – špatná spolupráce, malá podpora
- kategorie odborníci – špatná spolupráce s poradenskými institucemi, lékařem

Co nejvíce překáží	neuveďeno	uveďeno
1. Organizační opatření	23 (59%)	16 (41%)
3. Učitel	28 (72%)	11 (28%)
2. Vybavení a pomůcky	31 (79%)	8 (21%)
5. Rodina	31 (79%)	8 (21%)
6. Žák	31 (79%)	8 (21%)
4. Obecně finance	33 (85%)	6 (15%)
8. Vedení	36 (92%)	3 (8%)
7. Odborníci	37 (95%)	2 (5%)

tabulka č. 15

Výsledky ukazují (tabulka č.15), že největší překážkou pro práci s dítětem v integraci jsou nedostatečná organizační opatření a z nich nejvýznamnější je vysoký počet žáků ve třídách a prostoru pro individuální práci s dítětem. Na druhém místě byly uváděny proměnné související přímo s osobou učitele a to buď nedostatek času nebo jiná orientace, nežli je problematika postiženého dítěte (vzdělávají se v jiném oboru, mají jiné aktivity nebo se blíží důchod a nemají potřebu se tématu věnovat). Na třetím místě vnímají učitelé jako překážku v práci nedostatečné vybavení a pomůcky. Souvislost s nedostatkem financí je zřejmá. Pokud sloučíme tyto dvě položky, pak budou finance vnímány jako druhý nejdůležitější negativní činitel (36%). Na stejné úrovni jako pomůcky je vnímána rodina a žák samotný. Opominout nelze ani méně často uváděné, ale vnímané nedostatky ve spolupráci s odborníky

z praxe a též s vlastním vedením. Tyto kategorie učitelé vlastně téměř vůbec neuváděli v pozitivním ani v negativním smyslu.

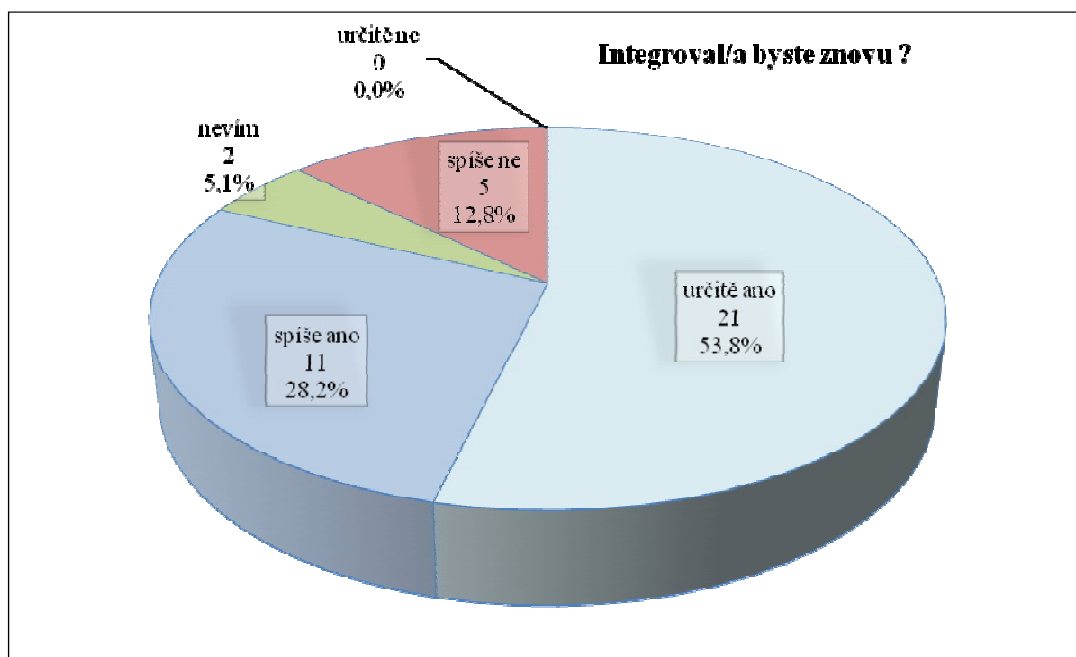
Je rovněž třeba si uvědomit, že šlo o volné výpovědi. Nelze vyloučit, či spíše je třeba předpokládat, že některé odpovědi učitele v dané chvíli nenapadly nebo nepovažoval za významné či vhodné je uvést. Kdybychom pracovali s uzavřenými položkami (nabídli bychom řadu možností k zaškrtnutí), mohli bychom dostat odlišné výsledky.

Názory na integraci

Názor učitelů na integraci jsme posuzovali mj. zodpovědním otázky, zda, kdyby rozhodnutí záleželo na nich, integrovali či nikoli. 82% našich respondentů se přiklonilo k variantě, že by integrovali znovu a pouze 13% by spíše neintegrovalo (tabulka č. 16 graf č. 11). Tento výsledek dále posiluje obecně spíše pozitivní vnímání integrace žáků s mentálním postižením, které je patrné i v předchozím textu.

Integroval/a byste znovu?	Počet	Procenta %
určitě ano	21	53,8%
spíše ano	11	28,2%
nevím	2	5,1%
spíše ne	5	12,8%
určitě ne	0	0,0%

tabulka č. 16



graf č. 11

3.1.3.2. Žáci a jejich třídy

Průměrný věk ve sledované skupině je 9,5 roku (nejméně 7, nejvíce 13, medián 10). Ve sledovaném souboru je 30 chlapců a 9 dívek. Děti jsou integrovány průměrně již třetím rokem (průměr 3,2; nejméně 1. rokem, nevíce 6. rokem).

Třídy, ve kterých jsou integrováni žáci se základní diagnózou mentální retardace, mají statisticky průkazně méně žáků nežli třídy žáků s diagnózou porucha učení. Průměrný počet žáků je u námi sledované skupiny je 16 (nejméně 10, nejvíce 24), medián 16,5 (tabulka č. 17). Významný vliv na počet žáků ve třídách má ale velikost obce. V obcích do 2 000 obyvatel (16 obcí) je průměr ve sledovaném souboru 13,9 dětí a v obcích větších než 2 000 (23 obcí) je to 17,5 žáka na třídu.

Počet spolužáků (žáci s MP x SPU)					
Počet spolužáků	Levostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	16,03	-5,37	-6,19	132	0,000
2 – SPU	21,39				

tabulka. č. 17

Třídy, ve kterých jsou integrováni žáci se základní diagnózou mentální retardace, mají statisticky průkazně více spolužáků se speciálními potřebami, nežli třídy žáků s diagnózou porucha učení (tabulka č. 18). Zajímavé je, že ve třídách, kde jsou i žáci s mentálním postižením, je průměrně o něco více než 5 integrovaných žáků. To je poměrně vysoký počet, který je dokonce vyšší než povoluje vyhláška⁴⁵. Při zařazování žáků do tříd by mělo být přihlíženo k charakteru speciálních vzdělávacích potřeb žáků a potom by třída s dětmi s mentálním postižením měla mít integrovaných žáků spíše méně, protože kladou na učitele mnohem vyšší nároky, než nejčastěji integrované děti (s SPU). Na druhou stranu je v těchto třídách menší počet žáků (16) a v některých případech je přítomen asistent pedagoga, který učiteli jeho práci dále ulehčuje.

Počet žáků se speciálními potřebami ve třídě (třídy žáků s MP x SPU)					
Počet žáků se spec.potř.	Pravostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	5,33				
2 – SPU	4,26	1,07	1,94	132	0,027

tabulka č. 18

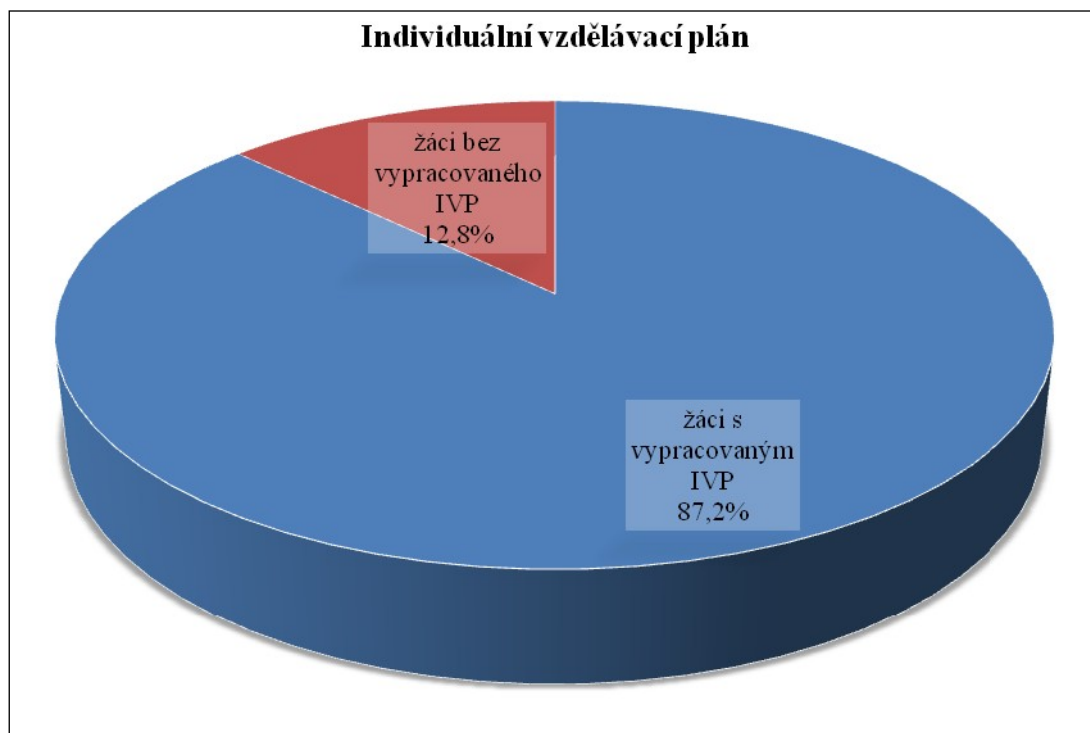
3.1.3.3. Speciálně pedagogická podpora

Individuální vzdělávací plán

Jednou z mnoha povinností učitele je vytvořit pro integrovaného žáka individuální vzdělávací plán. Ze skupiny žáků s MP nemělo IVP vypracováno 5 žáků (13%) a z celého sledovaného souboru (včetně žáků s SPU) to bylo 18%. Vysoké procento žáků bez IVP je poměrně překvapující a obtížně vysvětlitelné. Předpokládali jsme, že IVP bude mít téměř 100% žáků, protože všichni sledovaní žáci jsou individuálně integrováni, s potvrzenou diagnózou a sběr dat probíhal až v

⁴⁵ „Ve třídě běžné základní nebo střední školy, v oddělení běžné konzervatoře a ve studijní skupině běžné vyšší odborné školy lze s přihlédnutím k rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáků individuálně integrovat nejvýše 5 žáků se zdravotním postižením.“ (Vyhláška č. 73/2005 Sb., § 10, odstavec 5)

průběhu listopadu a tedy i nově zařazení žáci by již měli mít vypracovaný IVP. Navíc jen 8% sledovaných žáků je integrováno prvním rokem, kdy existuje možnost, že škola na tvorbě IVP pracuje. Tato možnost by ale platila jen v případě, pokud rozhodnutí o integraci bylo učiněno až v průběhu školního roku a nikoli již od jeho počátku.



graf č. 12

Podpůrná opatření realizovaná ve výuce

Důležitou sledovanou proměnnou byla podpůrná opatření realizovaná ve třídách s integrovaným žákem. Celkem bylo uvedeno 1310 opatření používaných ve výuce, což je průměrně 9 opatření na jednoho učitele (tabulka č. 19).

Opatření realizovaná ve výuce - počet	Prům.	St. odchylka	Min	Max	Suma
Celkem	9,23	3,93	1	21	1310

tabulka č. 19

O která konkrétní opatření šlo, ukazuje následující tabulka (č. 20). Tabulka je rozdělena na 2 sloupce, podle toho, zda šlo o opatření pro integrovaného žáka se

základní diagnózou mentální retardace či pro žáka se specifickou poruchou učení. Údaj v procentech udává procento učitelů, kteří toto opatření uvedli.

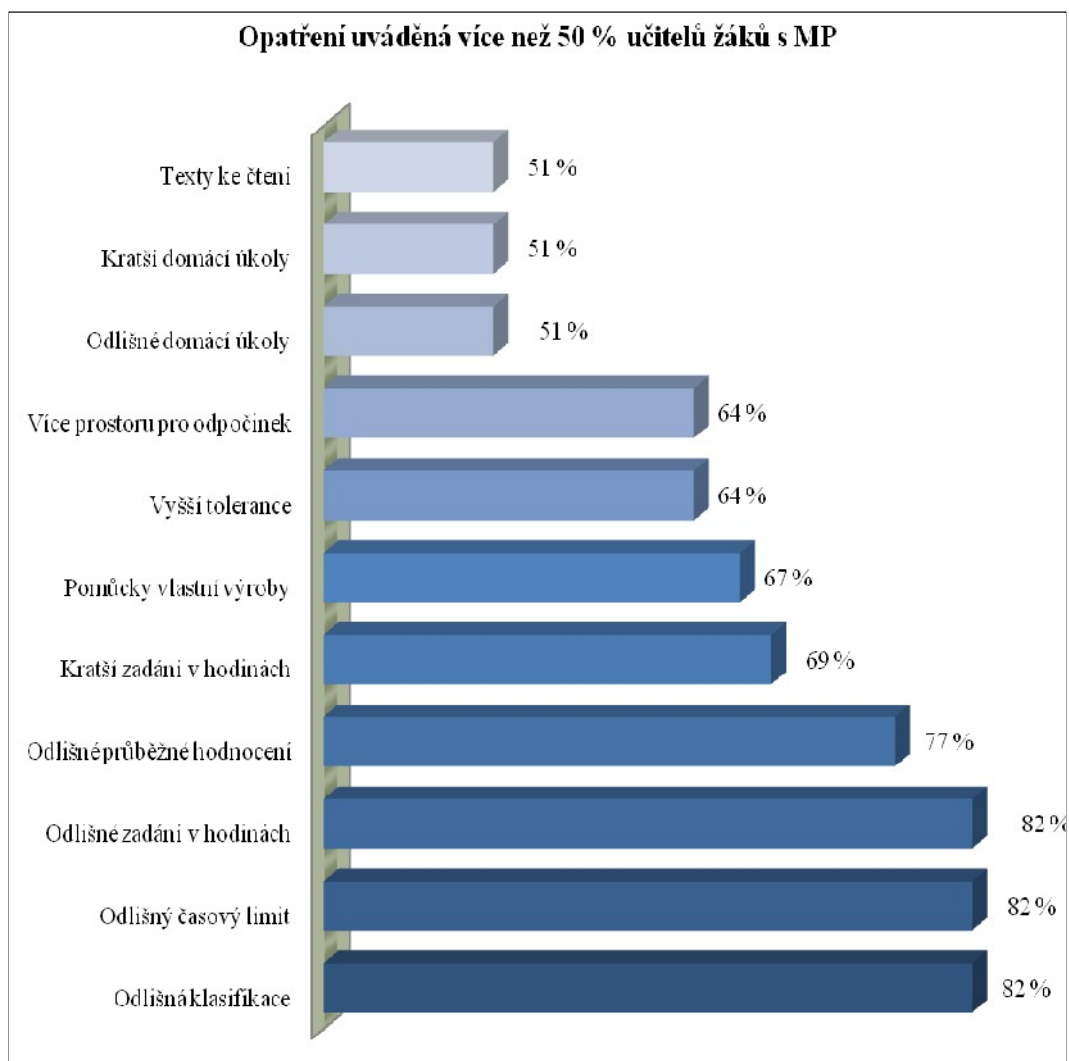
Opatření pro žáky s mentální retardací se vyskytovala dle frekvence v tomto pořadí	Opatření pro žáky s poruchou učení se vyskytovala dle frekvence v tomto pořadí
1. odlišná klasifikace (82%)	1. odlišný časový limit (88%)
2. odlišný časový limit (82%)	2. kratší zadávání úkolů v hod. (85%)
3. odlišné zadání úkolů v hodinách (82%)	3. odlišná klasifikace (73%)
4. odlišné průběžné hodnocení (77%)	4. odlišné průběžné hodnocení (70%)
5. kratší zadávání úkolů v hodinách (69%)	5. pomůcky vlastní výroby (55%)
6. pomůcky vlastní výroby (67%)	6. odlišná zadání úkolů v hodinách (54%)
7. vyšší tolerance k odchýlkám v chování (64%)	7. vyšší tolerance k odchýlkám chování (47%)
8. více prostoru pro odpočinek (64%)	8. častější vyvolávání (46%)
9. odlišné domácí úkoly (51%)	9. kratší domácí úkoly (43%)
10. kratší domácí úkoly (51%)	10. relaxační aktivity (43%)
11. texty ke čtení (51%)	11. bzučák (37%)
12. méně žáků ve třídě (48%)	12. více prostoru pro odpočinek (37%)
13. jiné pracovní sešity (48%)	13. texty ke čtení (32%)
14. speciální sešity a učebnice pro děti s MR (48%)	14. odlišné domácí úkoly (26%)
15. relaxační aktivity (48%)	15. speciální sešity a učebnice pro děti s poruchou učení (25%)
16. častější vyvolávání (46%)	16. speciální pomůcky na psaní (23%)
17. jiná úprava třídy (33%)	17. informační a kom. technologie (17%)
18. speciální metody (31%)	18. jiná úprava třídy (13%)
19. bzučák (28%)	19. méně žáků ve třídě (10%)
20. osnovy nižších ročníků (26%)	20. jiné pracovní sešity (10%)
21. informační a komunikační technologie (26%)	21. jiné učebnice ZŠ (7%)
22. jiné učebnice ZŠ (23%)	22. speciální metody (6%)
23. pomůcky na psaní (21%)	23. osnovy nižších ročníků (2%)

tabulka č. 20

Pro srovnání byla zjišťována opatření realizovaná ve výuce nejen dle výpovědi učitele, ale též proběhla pozorování přímo při výuce a to na hodině českého jazyka a na hodině matematiky (tabulka č. 21, graf č. 13). Reálně pozorovaných opatření je přirozeně méně. V 11 sledovaných hodinách českého jazyka (8% případů) a v 17 hodinách matematiky (12% případů) nebyla při výuce využita žádná opatření; v 7 hodinách češtiny (5%) a v 19 hodinách matematiky (13%) bylo využito jedno opatření a ve zbývajících 144 hodinách jazyka českého (87%) a ve 106 hodinách matematiky (75%) bylo reálně pozorováno využití dvou a více opatření.

Opatření pozorovaná ve výuce - počet	Prům.	St. odch.	Min	Max	Suma
ČJ	4,66	3,18	0	14	662
M	3,75	2,95	0	13	532

tabulka č. 21



graf č. 13

Učitelé ve třídách s žáky s diagnózou MR, uplatňují podle své výpovědi statisticky průkazně více opatření při výuce, nežli učitelé žáků s diagnózou porucha učení (více než o 1/3, viz tab. 22). Toto zjištění odpovídá předpokladům a nárokům edukace žáků s mentálním postižením.

Počet opatření při výuce (učitelé žáků s MP x SPU)					
Počet opatření	Pravostranný dvouvýběrový t-test				
	Prům.	Rozdíl prům.	T	df	p
1 – MP	11,69	3,20	4,73	132	0,000003
2 – SPU	8,49				

tabulka č. 22

Rozdíl je sycen následujícími položkami: méně žáků ve třídě, jiná úprava třídy, odlišná zadání úkolů v hodinách, odlišné domácí úkoly, osnovy nižších ročníků, jiné učebnice základní školy, jiné pracovní sešity, speciální sešity a učebnice pro dané postižení, texty ke čtení, speciální metody, vyšší tolerance k odchylkám chování, více prostoru pro odpočinek a naopak učitelé s žáky s SPU používají častěji kratší zadání úkolů v hodinách.

Tyto informace získané od učitelů je možné konfrontovat s výsledky pozorování, která byla realizována při hodinách Matematiky a Českého jazyka. Každý žák (a jeho učitel) ze sledované skupiny byl při těchto hodinách pozorován a do pozorovacích archů byla tato pozorování zaznamenána. Celkový počet opatření pozorovaných při skutečné výuce se v hodinách jazyka českého jeví statisticky jako srovnatelný, v hodinách matematiky bylo pozorováno statisticky průkazně více opatření u učitelů ve třídách s integrovanými žáky s mentálním postižením (tab. č. 23).

Počet pozorovaných opatření matematice (učitelé žáků s MP x SPU)					
Počet pozorovaných opatření - M	Pravostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	5,15	1,82	3,36	132	0,0005
2 – SPU	3,33				

tabulka č. 23

Využití pomůcek a učebnic

Učitelé byli požádáni, aby vyjmenovali všechny kompenzační a didaktické pomůcky a speciální učebnice, které pro individuálně integrovaného žáka používají. Učitelé v tomto případě nezaškrtovali předepsané odpovědi, ale museli sami název pomůcky říci (zapisoval student, který otázku pokládal). Chtěli jsme tím předejít zkreslení (absolutně ho nejde vyloučit nikdy) a získat přehled o těch, na které si vzpomene a které tedy pravděpodobně opravdu používá. Přítomnost studenta, který odpověď zapisoval, dále motivovala pedagogy k vyjmenování co největšího počtu jednotlivých položek.

Pro upřesnění jsme vyjmenované pomůcky následně kategorizovali a počty uvedených pomůcek uvádíme v tabulce níže.

Kategorie jsou následující:

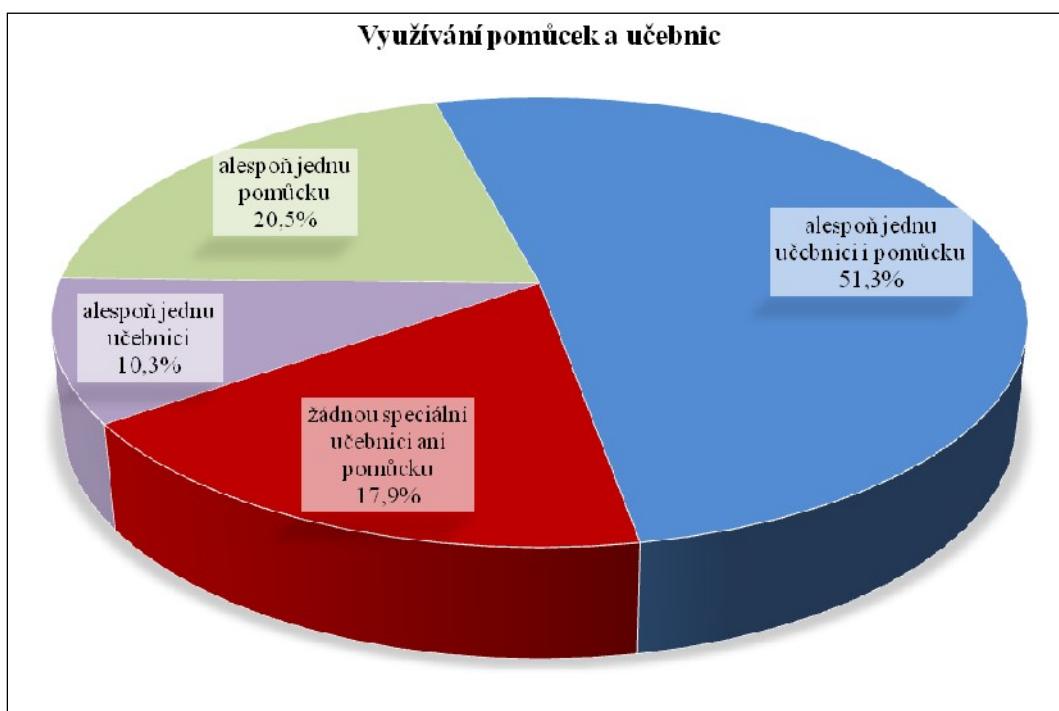
- pomůcky běžné pro žáky s SPU (bzučák, okénko, kostky pro rozlišení Y-I)
- pomůcky pro matematiku (počítadla, kalkulačky, číselná osa, tabulky násobků)
- pomůcky pro Čj (čtenářské tabulky, přehledy mluvnic, písmena z různých materiálů, kartičky se slabikami)
- PC (programy)⁴⁶
- pomůcky na psaní (trojhranný program, násadky, speciální pera, sešity se širšími řádky, tabulky tvarů písmen)
- pomůcky pro zrakově postižené (lupa, čočky, barevné podložky, plazmová televize)
- pomůcky pro tělesně postižené (spec. stoly, židle, terapeutická hmota, spec. klávesnice, protiskluzová podložka, míče, masážní ježek, overball, chodítko, schodolez)
- ostatní (stavebnice, modelína, tiskátka)

Pozn. Z dalšího textu jsou vypuštěny ty pomůcky, které jsou využitelné jen u části sledovaného souboru a výsledky za skupiny žáků s mentálním postižením by tím byly zkreslené. Jsou to pomůcky pro zrakově postižené, protože se všechny čtyři vyjmenované se týkaly pouze jednoho žáka s kombinovaným postižením (mentální postižení a vada zraku). Vyřazeny jsou také pomůcky pro tělesně postižené, protože se využívali jen u 6 dětí s kombinací tělesného a mentálního postižení (vždy 1 – 2 pomůcky).

Celkem učitelé uvedli 97 používaných pomůcek a učebnic, průměr na učitele je 2,5 (modus 1, medián 3,5).

51,3% učitelů žáků s mentálním postižením uvedlo, že používají alespoň jednu speciální pomůcku a jednu speciální učebnici. 30,8% učitelů používá alespoň jednu učebnici nebo pomůcku a 17,9% nepoužívá žádnou speciální učebnici ani pomůcku. Počty využívaných pomůcek jsou uvedeny v tabulce č. 24 a grafu č. 14.

⁴⁶ Zde nebyl uveden žádný konkrétní software a nevíme tedy, zda se opravdu jedná o speciální programy pro děti s mentálním postižením. Spíše je možné předpokládat využití běžných výukových programů. V některých případech byl uveden pouze „počítač“.



graf č. 14

Počty využívaných pomůcek a učebnic							
kategorie pomůcek	0	1	2	3	4	5	alespoň jednu
pro SPU	31 79,5%	6 15,4%	2 5,1%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	8 20,5%
pro Matematiku	29 74,4%	6 15,4%	3 7,7%	1 2,6%	0 0,0%	0 0,0%	10 25,6%
pro Český jazyk	34 87,2%	5 12,8%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	5 12,8%
PC, software	29 74,4%	10 25,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	10 25,6%
pro psaní	35 89,7%	3 7,7%	1 2,6%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	4 10,3%
pomůcky ostatní	24 61,5%	8 20,5%	2 5,1%	4 10,3%	1 2,6%	0 0,0%	15 38,5%
speciální učebnice	15 38,5%	24* 61,5%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	24* 61,5%

* Učitelé většinou uváděli jednotlivé učebnice (např. Slabikář pro ZvŠ) a pouze ve čtyřech případech bylo uvedeno „učebnice ZvŠ“ nebo „učebnice PŠ“. V tomto případě nevíme, kolik učebnic žák používá a celý jsou zařazeny jako jedna.

tabulka č. 24

Celkový počet pomůcek používaných při výuce, které učitelé vyjmenovali, se u skupiny žáků s SPU a žáků s mentálním postižením významně neliší. Rozdíly jsme podle očekávání našli v jednotlivých skupinách pomůcek.

Učitelé žáků s poruchami učení statisticky průkazně častěji používají pomůcky z kategorie: obecně SPU, pomůcky pro Čj. Naopak méně často pak vyjmenovali pomůcky obecně matematické a pomůcky kompenzační. Rozdíl je logický a plyne z charakteru speciálních potřeb obou skupin žáků. Učitelé žáků s mentálním postižením statisticky průkazně častěji jmenovali alespoň jednu speciální učebnici, kterou používají při výuce (tabulka č. 25). To je sice potěšitelné, ale výsledek 0,61 učebnice na jednoho žáka rozhodně nevypovídá o rozšíření používání speciálních učebnic. Tento údaj navíc uváděli sami učitelé, přičemž skutečné využívání těchto učebnic může být ještě menší. Pouze 24 (61,5%) učitelů z 39 uvedlo nějakou učebnici a ve většině případů navíc pouze učebnici jedinou (např. Slabikář, Matematika). Výsledek je zarážející i vzhledem k tomu, že v této oblasti existuje poměrně široká nabídka několika řad učebnic pro všechny předměty 1. stupně (minimálně pro ZvŠ).

Počet užívaných speciálních učebnic (učitelé žáků s MP x SPU)					
Jmenované spec. učebnice	Pravostranný dvouvýběrový t-test				
	Průměr	Rozdíl průměrů	T	df	p
1 – MP	0,61	0,29	3,18	132	0,0009
2 – SPU	0,32				

tabulka č. 25

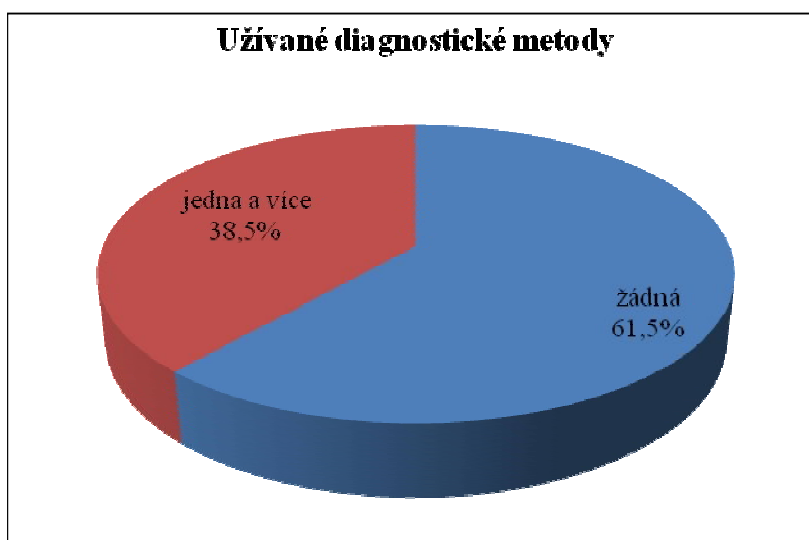
Užívané diagnostické metody

Celkem 32% učitelů celého souboru (142) uvedlo alespoň jednu používanou diagnostickou metodu (tabulka č. 26, graf č. 15). K výskytu diagnostických metod je třeba podotknout, že se prakticky ve 100% případů jednalo o metodu pozorování a rozhovoru, pouze dva učitelé uvedli metody jiné (analýza produktů činnosti žáka, kresba). I tak známá metoda, jako je test lateralit, nebyla uvedena ani v jednom

případě. Asi není pochyb o tom, že v případě odlišného způsobu sběru dat formou výběru z odpovědí, by se množství používaných diagnostických metod prudce zvýšilo. Z učitelů žáků s mentálním postižením uvedlo alespoň jednu metodu 15 (38,5%) učitelů, tedy o něco více, než učitelů žáků s poruchami učení.

Užívané diagnostické metody		
	žádná	jedna a více
učitelé – MP (39)	24 61,5%	15 38,5%
celý soubor (142)	97 68,3%	45 31,7%

tabulka. č. 26



graf č. 15

Pedagog – spolupráce s odborníky

Spolupráce s odborníky je nedílnou součástí péče o žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, zjišťovali jsme proto, jak často a s jakými institucemi učitelé integrovaných žáků spolupracují (tab. č. 27, graf č. 16). Prakticky všichni by měli teoreticky spolupracovat se Speciálně pedagogickým centrem pro žáky s mentálním postižením, ale z praxe víme, že část učitelů spolupracuje s Pedagogicko psychologickou poradnou. Důvodem bývá špatná dostupnost SPC (někdy až několik desítek kilometrů), dobrá zkušenost s místní PPP nebo naopak špatná zkušenost s SPC, případně osobní vazby či antipatie. Vzhledem k nízké kvalifikovanosti pedagogů (ve speciální pedagogice) a náročnosti práce s dětmi s mentálním

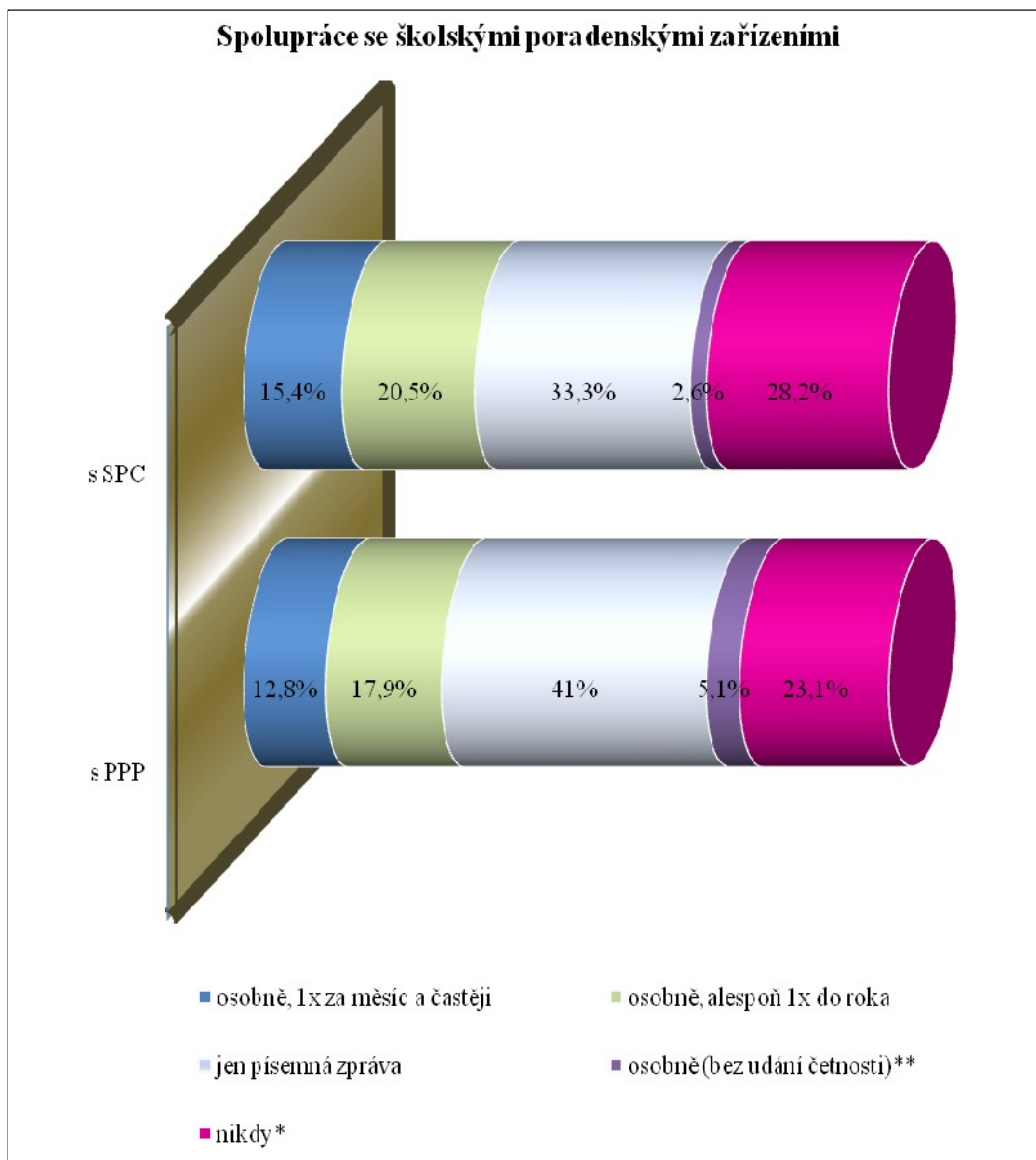
postížením, by bylo možné předpokládat poměrně intenzivní spolupráci (osobní návštěvy ve škole, spolupráce na tvorbě a kontrole IVP, apod.). V dalších položkách jsme sledovali spolupráci s jinými odborníky – logopedem, lékařem a dalšími (volné pole pro doplnění).

Spolupráce se školskými poradenskými zařízeními					
	osobně, 1x za měsíc a častěji	osobně, alespoň 1x do roka	jen písemná zpráva	osobně (bez udání četnosti)**	nikdy*
s PPP	12,8%	17,9%	41%	5,1%	23,1%
s SPC	15,4%	20,5%	33,3%	2,6%	28,2%

* V této položce jsou zařazeni i učitelé, kteří spoluprací s jednou z institucí nevyplnili a s jinými ano. Předpokládáme tedy, že s nevyplněnými nespolupracují.

** Pokud učitel odpověděl, že spolupracuje osobně, byl dotázán, jak často. Zde jsou zařazeni učitelé, kteří na doplňující dotaz odpověděli „dle potřeby“ nebo svou odpověď neupřesnili („nevím“, apod.).

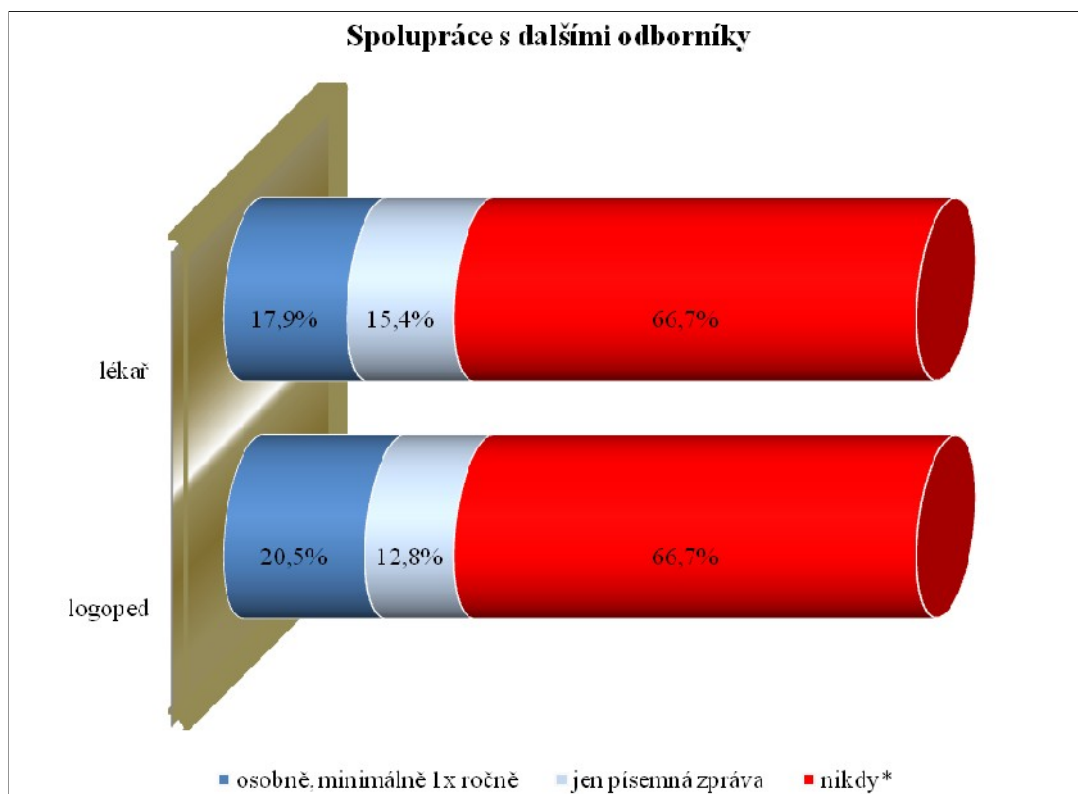
tabulka. č. 27



graf č. 16

Spolupráce s dalšími odborníky			
	osobně, minimálně 1x ročně	jen písemná zpráva	nikdy*
logoped	20,5%	12,8%	66,7%
lékař	17,9%	15,4%	66,7%
další (volná výpověď)	zde se objevila pouze jedna odpověď (spolupráce se speciální školou)		

tabulka. č. 28



* V této položce jsou zařazeni i učitelé, kteří spolupráci s jednou z institucí nevyplnili a s jinými ano. Předpokládáme tedy, že s nevyplněnými nespolupracují.

graf č. 17

Každý z pedagogů uvedl spolupráci alespoň s jedním ze dvou typů školských poradenských zařízení (tab. č. 29, graf č. 18). U 35,9% pedagogů se jejich veškerý kontakt s těmito institucemi omezil na písemnou zprávu (z jedné nebo z obou), což se nejeví jako dostatečné. Jak již bylo uvedeno výše, žáci jsou integrováni průměrně třetím rokem. Ze žáků, kteří jsou integrováni prvním rokem (celkem 4, tj. 10%) a kde by existence pouze písemné zprávy byla akceptovatelná, patří do této skupiny pouze jeden. Jinak řečeno - škola u více než třetiny sledovaného souboru pravděpodobně obdržela pouze podklad pro rozhodnutí o integraci (zprávu s diagnózou) a dále poradenské služby nevyužívá.

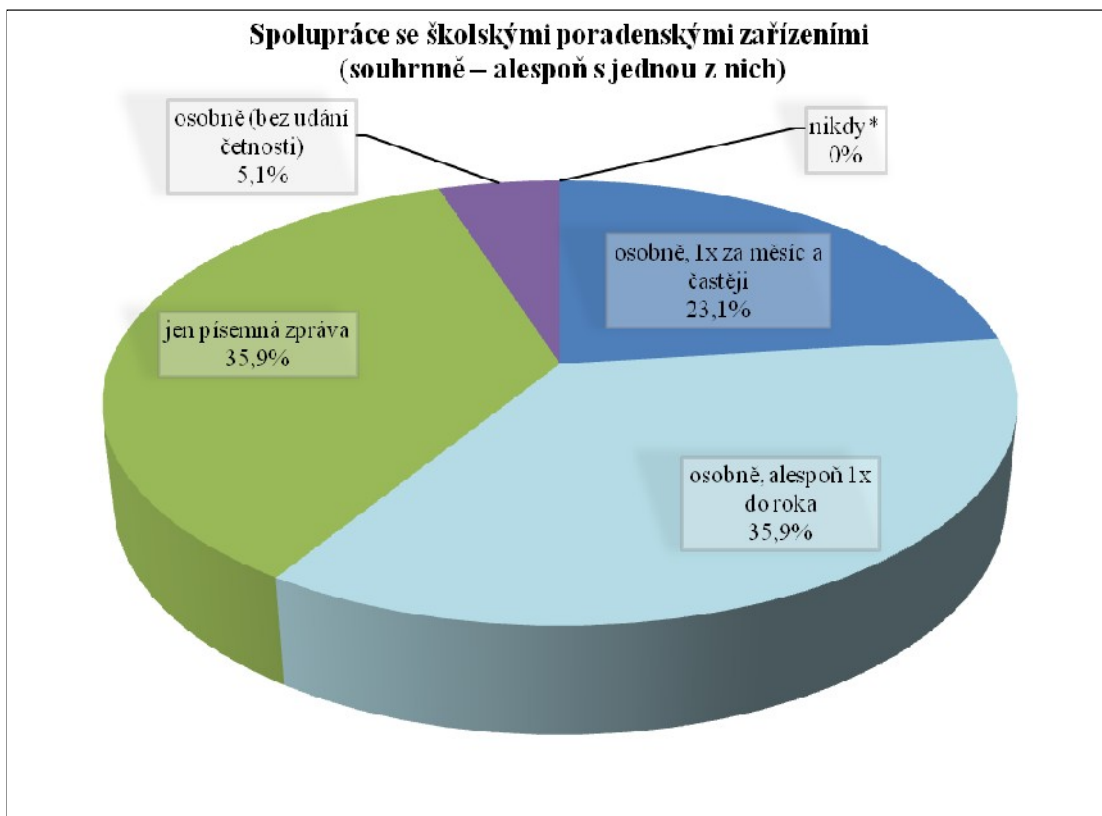
Poradenskou institucí, která by měla nejvíce napomáhat při integraci žáků s mentálním postižením, je SPC. Bohužel se ukázalo, že spolupráci založenou na osobním kontaktu alespoň 1x do roka nalézáme jen u 36% učitelů integrovaných žáků.

Existuje ale také skupina učitelů, kteří mají s poradenskými pracovníky opravdu intenzivní kontakt (alespoň 1x za měsíc) a lze tedy předpokládat velmi úzkou kooperaci a pozitivní dopad na edukaci žáků. Do této skupiny patří skoro čtvrtina učitelů a dalších 36% je v osobním kontaktu s poradenským pracovníkem (SPC nebo PPP) alespoň jedenkrát za rok. 16% učitelů takto spolupracuje s SPC, což by měla být instituce pro učitele integrovaných žáků s mentálním postižením nejvhodnější.

V tomto případě není možné srovnávat situaci u žáků s mentálním postižením a SPU. U žáků s SPU není důvod spolupracovat s SPC nebo s lékařem a spolupráce s logopedem bude pochopitelně také podstatně méně častá. Také charakter speciálních potřeb nevyžaduje tak intenzivní spolupráci a učitelé mají se vzděláváním žáků s poruchami učení větší zkušenosti.

Spolupráce se školskými poradenskými zařízeními (souhrnně – alespoň s jednou z nich)					
	osobně, 1x za měsíc a častěji	osobně, alespoň 1x do roka	jen písemná zpráva	osobně (bez udání četnosti)	nikdy*
PPP, SPC	23,1%	35,9%	35,9%	5,1%	0%

tabulka. č. 29



graf č. 18

Poradenské služby ve škole

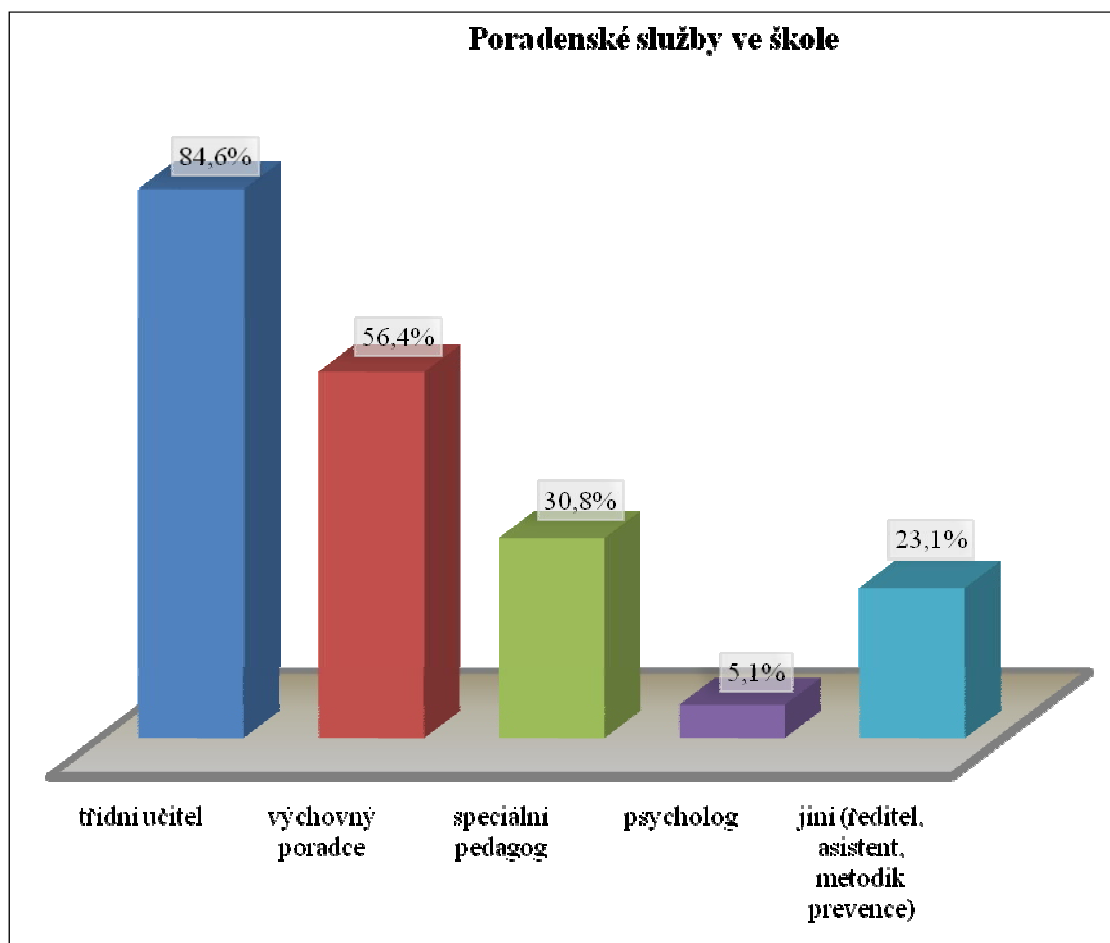
Mimo externích odborníků by se na poradenských službách měla podílet i škola (tab. č. 30, graf č. 18). Tyto aktivity musí na každé škole realizovat třídní učitel a výchovný poradce (povinnost daná vyhláškou⁴⁷) a mohou se na nich podílet i další – zejména speciální pedagog a psycholog. V této položce dotazníku byli učitelé tázáni na jednotlivé pozice a odpovídali ano – ne a proto nemohlo dojít k opomenutí např. výchovného poradce.

⁴⁷ Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 72/2005 Sb.

Poradenské služby ve škole	
třídní učitel	33 (84,6%)
výchovný poradce	22 (56,4%)
speciální pedagog	12 (30,8%)
psycholog	2 (5,1%)
jiní (ředitel, asistent, metodik prevence)	9 (23,1%)

tabulka. č. 30

Zatímco poradenské služby poskytované speciálním pedagogem nebo psychologem jsou službami nadstandardními, třídní učitelé a výchovní poradci by měli poradenské služby poskytovat v každé škole. Z třídních učitelů neposkytuje poradenské služby 15% z nich, což můžeme vysvětlit opomenutím, ale spíše neuvědoměním si této povinnosti (třídní učitel sám odpovídal na tuto otázku). Z výchovných poradců nerealizuje poradenství na 1. stupni 44% z nich. Důvodem je pravděpodobně převládající zaměření na žáky 2. stupně (profesní orientace, problematika sociálně-patologického chování) u některých poradců nebo jen formální existence tohoto pracovníka ve škole. Poměrně potěšitelný je 30% podíl speciálních pedagogů. Jako pozice ale na školách prakticky nejsou a speciálním pedagogem je zde pravděpodobně myšlen učitel se speciálně pedagogickou kvalifikací. Školní psycholog se bohužel v tomto souboru vyskytl pouze 2x (5%; v celém sledovaném souboru 142 škol to bylo 10%).



graf č. 19

Další pedagogičtí pracovníci využívání při výuce

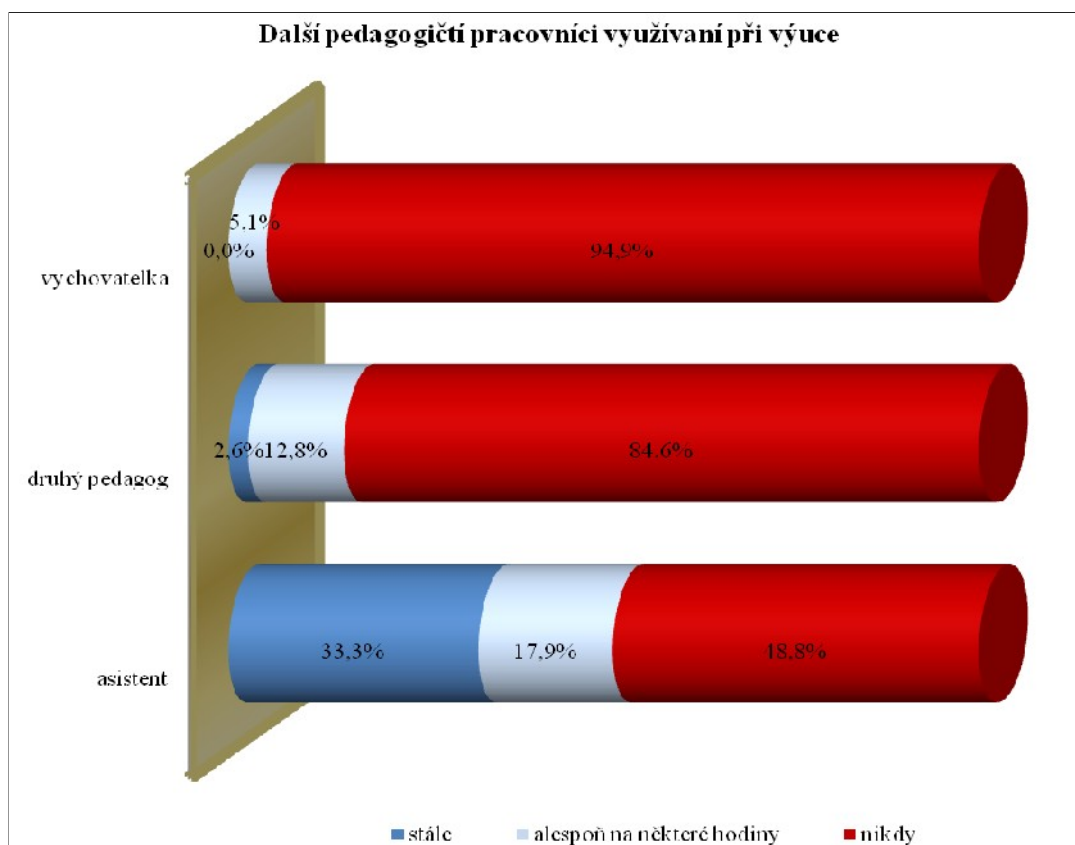
Jako velmi významná je obecně vnímána pomoc asistentů pedagoga (případně osobních asistentů nebo kombinace obého). Mimo nich jsme se zaměřili i na méně časté formy přítomnosti dalšího pracovníka, jako jsou vychovatelky nebo další pedagogové. Celkově jsou další pedagogičtí pracovníci⁴⁸ (tj. asistent, druhý pedagog či vychovatel/ka), přinejmenším na některé hodiny, k dispozici integrovanému žákovi v 64% případů. Někteří tito pracovníci jsou k dispozici nepřetržitě a někteří na část hodin (výčet ukazuje tabulka č. 31, graf č. 20, 21). V několika případech byla uvedena i kombinace a současné působení dvou dalších pracovníků. Byly to spíše

⁴⁸ Osobní asistent není pedagogickým pracovníkem a dle příslušné vyhlášky by se na edukaci podílet prakticky neměl. Situace v praxi je však poněkud odlišná a ve skutečné náplni práce nebývá mezi osobními asistenty a pedagogickými asistenty nijak zásadní rozdíl. Navíc v této položce zjišťujeme pouze to, zda učitel někdo v jeho práci pomáhá.

ojedinělé případy (asistent + druhý pedagog/vychovatelka na některé hodiny), ale je pozitivní, že existují školy, které dokáží takto nadstandardně personálně zabezpečit výuku.

Další pedagogičtí pracovníci využívaní při výuce			
	stále	alespoň na některé hodiny	nikdy
asistent	13	7	19
druhý pedagog	1	5	33
vychovatelka	0	2	37
celkem (za celý soubor)	14 (35,9%)	11 (28,2%)	14 (35,9%)
celkem (za celý soubor)	25 (64,1%)		14 (35,9%)

tabulka. č. 31



graf č. 20



graf č. 21

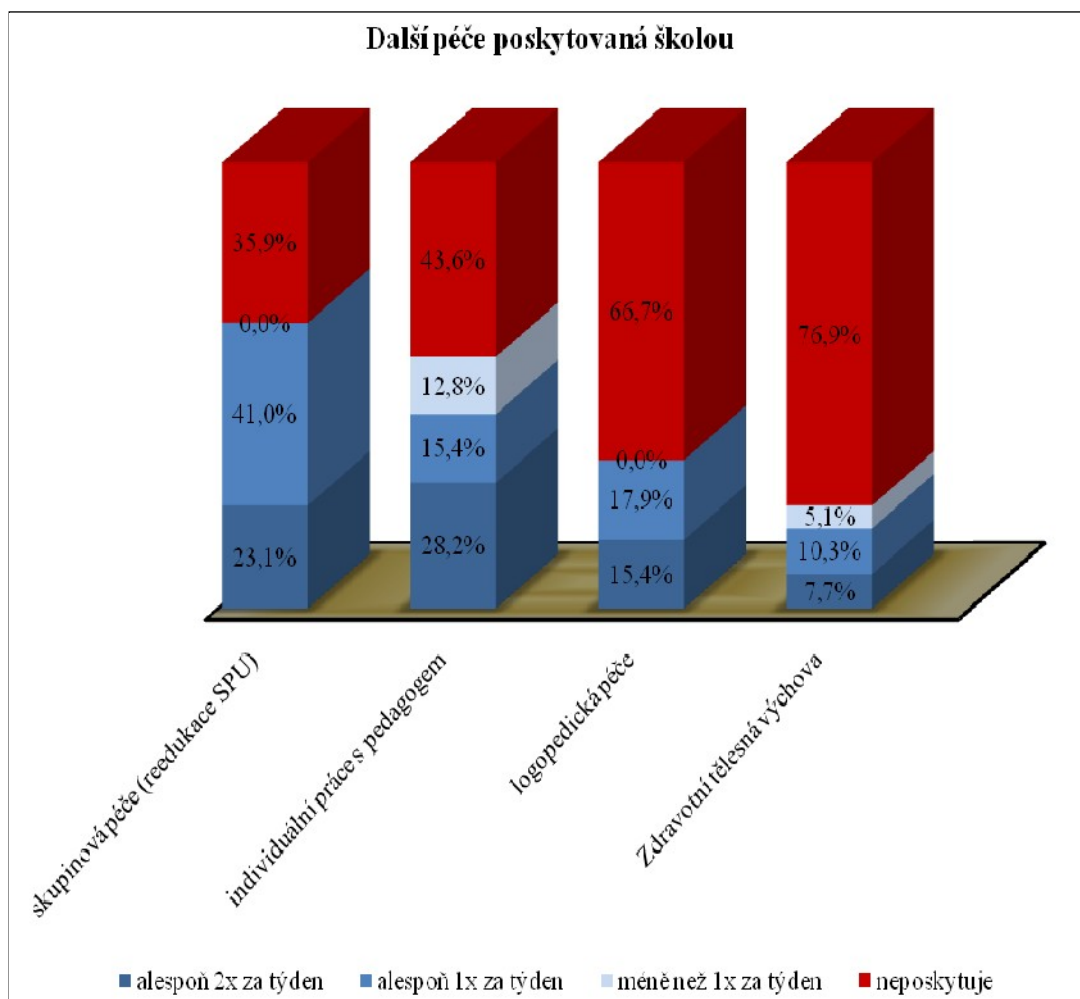
Další péče poskytovaná školou

Mezi podpůrná opatření pro žáky se speciálními potřebami patří i zařazování předmětů speciálně pedagogické péče do vyučování. V realitě našich základních škol se daleko nejčastěji jedná o reedukační péči pro žáky s poruchami učení. Další typy hodin jsou doménou spíše speciálních škol (např. řečová výchova, zdravotní tělesná výchova). Další využívanou možností je individuální práce s žáky nad rámec běžného počtu hodin nebo logopedická individuální nebo skupinová péče.

Další péče poskytovaná školou					
	alespoň 2x za týden	alespoň 1x za týden	méně než 1x za týden	celkem poskytuje	neposkytuje
skupinová péče (reedukace SPU)	9	16	0	25 (64,1%)	14 (35,9%)
individuální práce s pedagogem	11	6	5	22 (56,4%)	17 (43,6%)
logopedická péče	6	7	0	13 (33,3%)	26 (66,7%)
zdravotní tělesná výchova	3	4	2	9 (23,1%)	30 (76,9%)

Pozn. Položka "jiné" v dotazníku byla vyplněna pouze 5x a to bez popisu nebo zde byl uveden asistent (jejich využívání je uvedeno v předchozí tabulce).

tabulka. č. 32



graf č. 22

Nejčastěji se vyskytující formou podpory je účast na skupinových reedukacích, což je celkem pochopitelně důsledek využití existující formy pomoci žákům, i když není zaměřena přímo na žáky s postižením mentálním. Více než polovina těchto dětí pracuje s pedagogem navíc individuálně a 40% dětí dochází ve škole k logopedovi nebo na zdravotní tělesnou výchovu. 59% žáků využívá alespoň dvě formy pomoci, 23% nevyužívá nic a 18% pouze reedukaci (skupinovou péči). Uvedená čísla nevyovídají o časovém rozsahu (např. ind. péče může být 10 min., ale také 2 hod za týden).

Podobně jako u ostatních položek je těžké interpretovat, zda je zjištění pozitivní nebo negativní. Pokud ale budeme jako normu považovat 100% využívání (tedy normu ideální), pak zjištění v téměř žádné oblasti nemůžeme považovat za pozitivní.

Pocitově hodnotící škála

Jednou ze složek celého výzkumu bylo i pozorování, při kterém studenti na 7 bodové škále zaznamenávali své pocity v předem určených kategoriích (viz tab. č. 33). Záznam vlastních pocitů není možné objektivizovat, do pozorování vstupují individuální odlišnosti ve vnímání a prožívání každého studenta, v pozorované třídě byl student pouze několik hodin a navíc samotná přítomnost pozorovatele ovlivňovala dění ve třídě a práci učitele. Do úvahy musíme vzít také možnou nechuť zaznamenávat pocity negativně hodnotící práci učitele. Z těchto důvodů není možné činit z pozorování dalekosáhlé závěry, ale slouží jako doplnění dotazníku, kde učitelé zaznamenávali pocity své.

Studenti sledovali nejen integrovaného žáka, ale také žáka kontrolního, který byl žák, který dle sdělení třídní učitelky nevybočoval z průměru třídy. Výběr kontrolního žáka probíhal tak, že si student před začátkem hodiny nechal od učitele vytipovat žáky, kteří se ve sledované třídě ničím neodlišují (prospěchem, chováním, aktivitou) a z těchto žáků si jednoho náhodně vybral k pozorování. Kontrolní žák byl stejného pohlaví jako žák integrovaný. Celkem 78% výpovědí na pocitově hodnotící škále vyznělo pozitivně. V pozorování se neobjevily statisticky významné rozdíly mezi pozorováním žáků s poruchou učení a žáků s mentálním postižením.

Celkové vyznění této části je velmi pozitivní, prakticky ve všech položkách převládá výrazně kladné hodnocení. Mírně horší (ale stále pozitivní) je položka „celkové podmínky vzdělávání integrovaného žáka“, kde studenti zohlednili nejen vztahy, ale pravděpodobně alespoň částečně i ostatní podmínky.

Pocitově hodnotící škála				
kategorie (seřazeno sestupně)	průměrné hodnocení	směrodatná odchylka	procento kladných*	procento záporných
celkové vyznění atmosféry ve třídě	2,28	1,28	84,6%	7,7%
celkové vyznění vztahu učitele k integrovanému žákovi	2,33	1,24	87,2%	5,1%
míra podpory učitele k integrovanému žákovi	2,41	1,29	76,9%	5,1%
zapojení integrovaného žáka do třídy	2,56	1,52	82,1%	12,8%
celkové vyznění vztahu učitele ke kontrolnímu žákovi	2,59	1,12	76,9%	5,1%
míra podpory učitele ke kontrolnímu žákovi	2,79	1,47	79,5%	12,8%
celkové podmínky vzdělávání integrovaného žáka	2,82	1,52	71,8%	12,8%
zapojení kontrolního žáka do třídy	2,82	1,5	66,7%	12,8%

* Dopočet do 100% jsou odpovědi neutrální.

Legenda: 1 - zcela kladný pocit, 2 - převážně kladný pocit, 3 - spíše kladný pocit, 4 nevím, neumím se rozhodnout, 5 - spíše záporný pocit, 6 - převážně záporný pocit, 7 - zcela záporný pocit

tabulka. č. 33

Posuzovali jsme také rozdíly ve výsledcích hodnotící škály mezi integrovaným a kontrolním žákem. Rozdíly jsme posuzovali výpočtem párového T-testu. Z výsledků je patrné, že studenti vnímali zapojení žáka, míru jeho podpory i celkové vyznění vztahu pozitivněji u žáka integrovaného. Je otázkou, jak se do tohoto pozorování promítlo očekávání samotných studentů.

Ve škále zapojení žáka do třídy vyšel rozdíl mezi integrovaným a kontrolním žákem ve prospěch integrovaného žáka, tj. zapojení integrovaného žáka bylo praktikujícím studentem hodnoceno kladněji, nežli zapojení náhodně vybraného kontrolního žáka. Rozdíl je statisticky průkazný (T-test: $T=-2,92$, $p=0,004$).

Ve škále míra podpory žáka učitelem vyšel rozdíl mezi integrovaným a kontrolním žákem opět ve prospěch integrovaného žáka, tj. míra podpory integrovaného žáka učitelem byla praktikujícím studentem hodnocena kladněji, nežli podpora udělovaná náhodně vybranému kontrolnímu žákovi. Rozdíl je statisticky průkazný (T-test: $T=-3,76$, $p=0,002$).

Při posuzování celkového vyznění vztahu mezi učitelem a žákem se opět potvrdil statisticky průkazný rozdíl mezi integrovaným a kontrolním žákem. Celkové vyznění vztahu mezi učitelem a integrovaným žákem bylo hodnoceno kladněji nežli mezi učitelem a žákem kontrolním. Stejně jako u předchozích rozdílů ve škálách mezi integrovaným a kontrolním žákem, i zde je statisticky průkazný na 1% hladině významnosti (T-test: $T=-4,10$, $p=0,00007$).

3.1.3.4. Závěr

Komentáře k jednotlivým výsledkům jsou uvedeny již přímo v textu a syntéza všech poznatků je pak v závěru, kde jsou shrnuty výsledky obou výzkumů. Kombinací výsledků kvalitativního a kvantitativního postupu je možné lépe proniknout do hloubky a přesněji interpretovat jednotlivá zjištění.

Diskuse k realizovanému výzkumu

V tomto případě nebyla sledována realizace léčebné nebo sociální rehabilitace. Důvodem byla již tak značná časová i organizační náročnost celého výzkumu, ale zejména menší počet těchto žáků v běžných školách. Navíc jsme se zaměřili zejména na edukaci a nikoliv na další složky komplexní péče a pro edukaci je nejvíce determinujícím faktorem mentální úroveň.

Nicméně i skupina žáků s mentálním postižením je velmi heterogenní a jejich vzdělávací potřeby jsou značně rozdílné a bylo by logické je sledovat zvlášť (dle stupně postižení). Výzkumný soubor byl však sloučen do jedné skupiny z několika

důvodů. Jednak sledované aktivity a opatření (např. spolupráce s poradenským zařízením, vzdělávání učitelů, používání speciálních pomůcek, učebnic, apod.) jsou třeba i pro žáky s lehkým mentálním postižením, nejenom postižením závažnějším. Druhým důvodem byly obtíže při identifikaci stupně postižení. Mnoho učitelů stupeň neznalo nebo odpovídali způsobem neumožňujícím jednoznačné zařazení (např. „má docela těžké postižení“). Samozřejmě je stupeň uveden ve zprávě, ale ta byla mnohdy obtížně přístupná (ochrana osobních údajů, uložení zprávy mimo dosah učitele). Posledním důvodem byl celkový relativně nízký počet respondentů, což by v případě rozdělení celé skupiny neumožnilo standardní statistické zpracování dat.

Některá relativně nepříznivá zjištění mohou být jistě ovlivněna poměrně krátkou zkušeností s integrací žáků s mentálním postižením, která byla plně umožněna až od roku 2004⁴⁹. Na druhou stranu jsme se právě tomuto snažili předcházet a z výzkumného souboru jsme vyřadili žáky integrované prvním rokem (celý soubor průměrně třetím rokem).

Faktorem, který mohl ovlivnit výsledky směrem spíše k pozitivním hodnotám, je paradoxně zařazení žáků s postižením kombinovaným. Vliv by to mělo u některých položek, jako je osobní asistent, protože zde je vyšší pravděpodobnost, že ho bude mít žák s těžším postižením. V některých položkách by zařazením dětí s kombinovaným postižením mohlo dojít ke zkreslení (např. více pomůcek z důvodu více postižení, snadnější získání asistenta, apod.). Snažili jsme se o snížení těchto vlivů např. vyřazením pomůcek pro zrakově a tělesně postižené z celkového počtu pomůcek, nicméně je možné mírné ovlivnění celého výzkumu spíše k pozitivním hodnotám. Velké a zjevné obtíže žáka (např. tělesné postižení) vedou ke zvýšené péči ze strany učitelů i vedení školy ve srovnání s méně viditelným postižením mentálním (zejména lehkým). To se může odrazit v řadě sledovaných položek, jakými je využívání služeb poradenských institucí a odborníků (logoped u DMO, lékař u epileptiků, SPC), učitel je více motivován ke vzdělávání, apod. Celkové ovlivnění výsledků je vzhledem k nevelkému počtu nepříliš významné, což je posíleno i eliminací tohoto vlivu u některých položek. Efekt „viditelnosti“ vady je

⁴⁹ Sdělení MŠMT č.j. 10 849/2004-24. Do té doby bylo možné integrovat žáka s mentálním postižením jen na základě výjimky, které ale byly poměrně hojně udělovány.

také snížen nezařazením žáků integrovaných prvním rokem do sledovaného souboru. Delší čas od identifikace problému a určení diagnózy dává učitelům prostor pro odhalení nemalých potřeb a problémů, které má integrovaný žák „pouze“ s postižením mentálním.

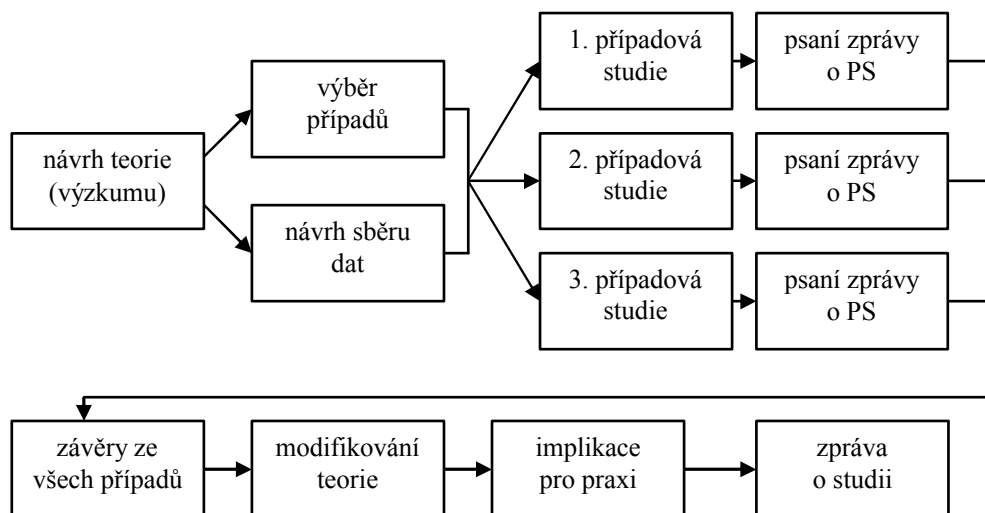
3.2. Kasuistické sondy a komparace vzdělávání sledované skupiny v běžných a speciálních školách

3.2.1. Metodika výzkumu

Tato část výzkumu má formu kolektivní případové studie, která velmi dobře umožňuje zachytit složitost celé problematiky komplexní péče o žáky s více vadami, respektive zde sledované kombinace postižení mentálního a tělesného. Případové studie slouží k podrobnému zkoumání a porozumění jednomu nebo více případům v reálném kontextu a to za využití celé řady informačních zdrojů. Takto získané informace zde neslouží pouze k deskripci nebo ilustraci teorie, ale také poskytují dodatečné informace k interpretaci výsledků z minulé kapitoly a jsou jedním ze zdrojů pro SWOT analýzu komplexní péče o žáky ze sledované skupiny a také pro komparaci této péče v běžných školách a ve školách speciálních. (Hendl, 2005; Švaříček, Šedřová, 2007)

Celý výzkum byl realizován v průběhu školního roku 2006/2007 – 2007/2008 v rámci projektu specifického výzkumu „Realizace ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením v běžných ZŠ a ve školách speciálních.“ (grant MŠMT č. 2110).

Při realizaci výzkumu jsme vycházeli z následujícího schématu (Yin, 1994 In Hendl, 2005, s 111):



Postup není vždy pouze lineární, jednotlivé fáze jsou ve vzájemné interakci. V našem případě se navíc jednalo o komparativní případové studie (viz. popis výzkumného souboru). Každá případová studie byla zakončena diplomovou prací, dílčí závěry ze všech případů byly obsaženy v závěrečné zprávě. Pro potřeby této práce byla data znovu zpracována podle jednotné metodiky (každá dvojice zvlášť) a poté byla data sloučena (závěry ze všech případů).

Sběr dat proběhl formou nezúčastněného dlouhodobého pozorování, nestandardizovaných a standardizovaných rozhovorů (nahrávky, písemné záznamy), analýzou dokumentů (dokumentace žáků, foto a video dokumentace). Vzory pozorovacích archů a formuláře pro zápis rozhovorů jsou umístěny v přílohách č. 3 – 8). Dalším zdrojem informací je například fotodokumentace, Individuální vzdělávací plány, produkty činnosti dítěte (např. kresba). Doplňkovým zdrojem dat byly i dotazníky a standardizovaný rozhovor použité v předchozím výzkumu (předchozí kapitola).

Při sběru dat jsme věnovali zvýšenou pozornost ochraně osobních dat, veškeré písemné a další materiály jsou anonymní. Pokud se na některých materiálech

objevují údaje umožňující identifikaci žáka, rodiče, pedagogického pracovníka nebo školy (místo bydliště, jméno, název školy, apod.), jsou tyto údaje znečitelněny. Z osobních údajů je u dětí uváděn pouze věk, pohlaví a diagnóza žáků, což v žádném případě neumožňuje jejich identifikaci. U učitelů a rodičů pak pouze věk, pohlaví, případně vzdělání a délka pedagogické praxe. U škol je uváděn pouze typ školy, počet žáků a velikost sídla (např. 100 000 obyvatel, cca 5000 obyvatel, apod.).

Výzkumný soubor:

Je tvořen žáky mladšího školního věku s kombinovaným mentálním a tělesným postižením (dg. DMO + mentální retardace).

Velikost souboru: 5 žáků integrovaných do ZŠ, 5 žáků ze speciálních škol.

Integrovaní žáci byli vybráni pomocí účelového vzorkování, přičemž jsme se snažili o maximální variaci, tedy o zastoupení co nejvíce typů a stupňů sledovaných diagnóz. Žáci ze speciálních škol byli vybráni formou párového výběru dle stanovených kritérií (základní diagnóza, stupeň MR, stupeň poruchy hybnosti). Vzhledem k zaměření práce byla primárním kritériem pro výběr porucha hybnosti a stupeň mentálního postižení. Výběr byl z mnoha důvodů poměrně obtížný. Jednak bylo nutné získat ředitele, učitele a rodiče ke spolupráci (časté návštěvy, rozhovory, pozorování, přístup k dokumentaci) a obtížné bylo i nalezení dítěte ve speciální škole, jehož postižení (speciální potřeby) by odpovídaly dítěti v běžné škole.

Výzkumný cíl:

Deskripce stavu realizace ucelené rehabilitace u vybraných dětí (v oblasti pedagogické a léčebné rehabilitace).

- Komparace stavu v běžné ZŠ a ve škole speciální u jednotlivých dvojic žáků.
- Komparace stavu v běžných a speciálních školách, formulování potencionálně silných a slabých stránek integrace sledovaných dětí (SWOT analýza).
- hlubší porozumění problematice; zdroj pro interpretaci dat

3.2.2. Výsledky

Komparace jednotlivých kasuistických dvojic

Každá dvojice je očíslována (1- 4) a dále specifikována písmenem (A – běžná škola, B – ZŠ praktická nebo ZŠ speciální).

V této části textu jsou vždy na začátku uvedeny základní údaje o žácích (diagnóza, stručný popis školy) a tabulka srovnávající v bodech léčebnou a pedagogickou složku rehabilitace. Složka sociální by vyžadovala intenzivní spolupráci s rodinou a realizaci výzkumu i mimo školu. Údaje získané ve škole jsou v tomto směru pouze částečné a jsou zahrnuty do pedagogické části (např. vztahy, spolupráce s institucemi sociálními, apod.).

Podrobné kasuistiky a další údaje jsou dostupné v závěrečné zprávě (Zikl a kol., 2007) jednotlivých diplomových pracích (Rakašová, 2008; Ripperová, 2008; Macková, 2008; Kučmová, 2008) a v publikacích prezentujících dílčí výsledky (Petříková, Zikl, 2007; Zikl, 2008).

Uvedené diagnózy a další údaje jsou převzaty z dokumentace žáka (lékařská, psychologická, pedagogická), případné nesrovnalosti nebo neodborné výrazy jsou převzaty z těchto zpráv nebo sdělení pracovníků školy.

Jednotlivé složky rehabilitace zohledňují zejména aktivity realizované ve škole, ale nejen je. Pro korektní srovnání je nutné zahrnout i mimoškolní aktivity. Příkladem může být léčebná rehabilitace, která může probíhat ve škole, ale stejně tak ambulantně ve zdravotnickém zařízení.

U osob podílejících se na plánování a realizaci péče není běžně uváděn výchovný poradce, metodik prevence, ředitel. Uvedeni jsou pouze v případě, že se na práci s dítětem podílejí (alespoň formou konzultací).

Používané zkratky:

ZŠp – základní škola praktická

ZŠs – základní škola speciální

ZŠ – běžná ZŠ

ZvŠ – zvláštní škola

PŠ – pomocná škola

PPP – Pedagogicko psychologická poradna

SPC – Speciálně pedagogické centrum

IVP – Individuální vzdělávací plán

3.2.2.1. Případ 1 (lehké mentální i tělesné postižení)

1A	1B
<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>dívka: věk 8 let, 7 měsíců</p>	<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>dívka: věk 9 let, 9 měsíců</p>
<p>Lehká mentální retardace, DMO – spastická diparéza, astigmatismus, dysartrie.</p> <p>samostatná lokomoce, bez opory s lehkou nestabilitou, vadné držení těla, křečovitý úchop, mírný třes při manipulaci</p> <p>samostatná, soběstačná v aktivitách odpovídajících jejímu věku</p> <p>komunikace – rozumí bez problémů, vyjadřování v jednoduchých krátkých větách, mluví s velkým úsilím</p>	<p>Lehká mentální retardace, DMO – spastická diparéza, ADHD, dětský autismus se středně těžkou formou problematického a nežádoucího chování (pozn. v době výzkumu nepozorovány významné problémy, péče psychiatra ukončena), dyslalie.</p> <p>samostatná lokomoce, bez opory s poruchou koordinace pohybů, vadný postoj</p> <p>samostatná, soběstačná v aktivitách odpovídajících jejímu věku</p> <p>komunikace – velmi komunikativní, rozumí dobře, ojediněle nesrozumitelnost</p>
<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>2. třída běžné malotřídní školy (pouze 1. stupeň)</p>	<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>3. třída ZŠp (škola je určena pro žáky s více vadami, třídy ZŠp a ZŠs)</p>
<p>13 žáků ve třídě (6 žáků se spec. potřebami), 1 učitelka bez spec. pg. vzdělání</p>	<p>6 žáků s více vadami ve třídě, 2 pg. pracovníci (učitelka – spec. pg. Montessori pedagogika, vychovatelka – Bc. spec. pg.)</p>
<p>ve škole nepůsobí další odborní pracovníci</p>	<p>ve škole je (většinou na část úvazku) psycholog, spec. pedagogové, rehab. prac. , logoped, neurolog, asistenti</p>

tabulka č. 34

LÉČEBNÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
pohybová aktivita při vyučování bez asistence, nevyžaduje spec. úpravy prostředí a pomůcky	pohybová aktivita při vyučování bez asistence, nevyžaduje spec. úpravy prostředí a pomůcky
nemá problémy s bariérovostí prostředí	nemá problémy s bariérovostí prostředí
na zajištění léčebné rehabilitace se podílejí – rehabilitační pracovník (1x za měsíc instruuje matku; 1x za 2 měsíce kontroly ve FN v Praze), logoped (klinický, 3x za měsíc), matka (zaškolená a instruována) – cvičí několikrát týdně (Vojtova metoda, posilování, logopedická cvičení) škola se nepodílí	na zajištění léčebné rehabilitace se podílejí – logoped (školní i klinický), rehabilitační pracovník, učitelka, vychovatelka, matka (nyní ukončená péče – rehabilitační pracovník, psychiatr) vše ve škole
terapie ve škole – škola neposkytuje	terapie ve škole – hipoterapie, canisterapie, relaxační aktivity (snoezelen, aj.)
účastní se běžné TV (včetně plavání), učitelka zadává jednodušší úkoly nebo úlevy	účastní se běžné TV (včetně plavání)
učitelka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace, případně jen písemné zprávy	učitelka spolupracuje a konzultuje s rehabilitační prac., logopedem, psychologem

tabulka č. 35

PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
vzdělávací program - Základní škola, pro druhý ročník byl vypracován IVP	vzdělávací program – Zvláštní škola s vypracovaným IVP
klasifikace - formou známkování, s tolerancí až dva stupně (rodina si nepřeje slovní)	klasifikace – kombinovaná forma – známkování z výchov a slovní hodnocení z ostatních předmětů se sebehodnocením
vyučovací předměty - rozvrh běžné ZŠ, účastní se všech předmětů, 2x týdně navíc doučování z matematiky, českého jazyka	vyučovací předměty – rozvrh ZŠp, účastní se všech předmětů
učebnice – běžné uč. ZŠ	učebnice – učebnice pro ZŠp
opatření a odlišnosti ve výuce – snížení počtu dětí ve třídě, klasifikace a průběžné hodnocení, zadávání úkolů, kratší úkoly, učebnice pro nižší ročníky, vlastní pomůcky a materiály, bzučák, texty ke čtení, názorné metody, nahrazení diktátu doplňováním, přehledy probíraného učiva, čtecí karty se slovy s barevně odlišenými slabikami intenzivní domácí příprava, rodina velmi dobře spolupracuje	opatření a odlišnosti ve výuce – snížení počtu žáků, úprava třídy, zadání úkolů, speciální učebnice a pracovní sešity, vlastní pomůcky a materiál, relaxační aktivity, zařazovány alternativní postupy (pedagogika M. Montessori), postupy a pomůcky ZŠp škola je nadstandardně vybavena množstvím edukačních a kompenzačních pomůcek
pg. pracovníci - učitelka	pg. pracovníci – učitelka (spec. pg.), vychovatelka (spec. pg)
další osobně spolupracující odborníci - nikdo	další osobně spolupracující odborníci - školní psycholog, školní a klinický logoped
jen písemné zprávy – PPP, SPC	jen písemné zprávy – SPC, neurolog,

	psychiatr
vztah učitel – žákyně – bližší vztah než k ostatním, žákyně učitelce důvěřuje, vyhledává její pomoc i fyzický kontakt	vztah učitel – žákyně – velmi dobrý, přátelský vztah, při zachování autority
vztah žákyně – spolužáci – „normální“ vztahy, ostatní žáci jsou informováni o obtížích a bez problému akceptují odlišnosti v přístupu, nemá intenzivnější a hlubší kontakty	vztah žákyně – spolužáci – výborně začleněna, pomáhá ostatním (lehčí postižení)
sociální služby - občasné víkendové pobyty s Centrem zdravotně postižených	sociální služby - občasné víkendové i týdenní pobyty a dětské tábory s Centrem zdravotně postižených
zájmové činnosti ve škole – využívá	zájmové činnosti ve škole – využívá, škola poskytuje zájmové aktivity zdarma
zájmové činnosti mimo školu – využívá	zájmové činnosti mimo školu – využívá

tabulka č. 36

Signifikantní výroky	
základní škola	základní škola praktická
<p>„My si myslíme, že na to Lenka má, že to zvládne.“ (matka - za rodiče).</p> <p>„Ale nevím, jak daleko to půjde, kam až Lenka bude stačit.“ (učitelka).</p> <p>„Těžce nese neúspěchy, tak se snažím přiměřenými úkoly zamezit, aby nějaké měla.“ (učitelka).</p>	<p>„O integraci jsem nikdy neuvažovala, Petra by nezvládla větší nároky, rychlejší tempo, více učiva.“ (matka).</p> <p>„Na speciální škole ji vyhovuje rodinná atmosféra, individuální přístup, klidné tempo, má méně dětí ve třídě.“ (matka).</p> <p>„Integrace by v Petřině případě vhodná nebyla, protože potřebuje větší</p>

	<i>individuální přístup. Tady je spokojená.</i> “ (učitelka).
<i>„Výsledky za 3 měsíce práce jsou v dosahování stanovených cílů víc než patrné.“</i> (učitelka).	<i>„Z Petřiných pokroků jsem velmi (pozitivně) překvapena.“</i> (učitelka).
<i>„S rodiči je bezproblémová spolupráce, o výuku se zajímají.“</i> (učitelka).	<i>„S matkou je výborná spolupráce, přímo příkladná.“</i> (učitelka).

tabulka č. 37

Vztahy a přístup obou učitelek k žákyním jsou podobné, ale přesto ve třídách panuje odlišná atmosféra. Příčinou je celkově rychlejší tempo práce a větší důraz na výkon v běžné škole. Navíc je v této třídě velké množství dětí se speciálními potřebami a učitelka bez asistenta musí stíhat mnohem více žáků. Čas na individuální práci je velmi omezen. Pozitivně zde ale působí vzor ostatních dětí a kontakt s nimi významně urychluje rozvoj žákyně (např. pozorováno na rozvoji komunikačních schopností). V dalším roce je u dívky plánováno opakování ročníku. Důvodem je její opoždění za ostatními a také další rok se stávající učitelkou. Opakování ročníku je v běžných školách relativně časté, ale jeho prospěšnost je diskutabilní. Žáci s mentálním postižením se budou opoždovat za ostatními stále a rok opakování problém jen oddálí. Možná by se na to žáci i učitelé měli spíše zvyknout a naučit se s tím pracovat. Významným negativem je narušení pracně budovaných osobních vazeb s ostatními dětmi. Dalším rizikem je ukončení školní docházky v nižším ročníku a tím nezískání základního vzdělání. Toto riziko se obtížně hodnotí, neboť predikce dalšího vývoje školní docházky na druhém stupni je značně obtížná.

U integrované žákyně se významně projevuje jeden z kladů integrace – chodí do školy v místě bydliště a neztrácí kontakt s ostatními dětmi v okolí. Dívka ve speciální škole dojíždí do města a ve škole má většina dětí těžší postižení a od skupiny v místě bydliště je odtržena. Do budoucna tak hrozí určitá izolace dítěte, které je poměrně lehce postižené a navíc se sociálně dobře adaptuje. Ve speciální škole nemá běžné vzory chování a omezena je možnost běžných sociálních vztahů s vrstevnickou skupinou. Jak je ale vidět na příkladech dalších, ani samotná integrace neznamená automaticky vznik běžných sociálních vazeb.

U obou případů můžeme najít výhody i nevýhody, jako je například lepší vybavení, individuální přístup a intenzivnější kontakt s odborníky na straně školy speciální a lepší zařazení do běžných sociálních vazeb a možnost adaptace na běžné prostředí u dívky ve škole základní.

3.2.2.2. Příklad 2 (lehké mentální a středně těžké tělesné postižení)

2A	2B
<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>dívka: 8 let 7 měsíců</p>	<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>chlapec: věk 7 let 7 měsíců</p>
<p>Lehká mentální retardace, DMO – spastická diparéza, hydrocefalus</p> <p>lokomoce schopna pouze krátkodobě s dopomocí, převážně na vozíku, sedí samostatně, samostatně leze</p> <p>soběstačná částečně (na vozíku), u většiny aktivit je třeba alespoň částečná asistence</p> <p>komunikace – řeč méně srozumitelná (chybí dg. od logopeda)</p>	<p>Hraniční lehká mentální retardace, DMO – spastická diparéza, na vozíku, s dopomocí stoj a elementární chůze, leze,</p> <p>samostatný při příjmu potravy, u ostatních aktivit vyžaduje asistenci</p> <p>komunikace odpovídá mentální úrovni, srozumitelná</p> <p>obtížná spolupráce s rodinou</p>
<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>2. třída běžné malotřídní školy (pouze 1. stupeň)</p>	<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>1. třída ZŠp</p>
<p>11 žáků ve třídě (žádní další žáci se spec. potřebami), učitelka (logopedický kurz, dyslektický kurz), asistentka</p>	<p>6 žáků, 2 pg. pracovníci (učitelka – Uč. 1. st. + SZZ spec. pg., asistentka)</p>
<p>ve škole nepůsobí další odborní pracovníci</p>	<p>logoped (dochází klinický logoped), učitelé ale mají spec. pg. kvalifikaci</p>

tabulka č. 38

LÉČEBNÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
polohování, - pedagogický asistent, spočívá ve chvílkové relaxaci a masážích nepravidelně (cca 1x za hod.), při hodinách sedí, o přestávkách na zemi (lezení, ...), polohována při Tv	polohování – pedagogická asistentka, probíhá o přestávkách (relaxuje v masážním bazénu, asistentka s ním pohybuje na masážním vaku, pohyb na koberci), během výuky není polohován téměř nikdy
kompenzační pomůcky – vozík, berle, chodítko (dříve), speciální židle, madla na WC doma – polohovací křeslo, kolo, protiskluzová podložka, madla plánují keramickou hlínu (cvičení rukou), trojhranné fixy	kompenzační pomůcky – vozík, kočárek, polohovací stůl, protiskluzová podložka, masážní míčový bazén, madla na WC, v plánu schodolez (nedostane se do 2. patra), chodítko
léčebná rehabilitace – rehabilitace 1x týdně (ambulantně, Vojtova metoda)	léčebná rehabilitace – není realizována, přes doporučení rodiče nejeví zájem, škola odborné pracovníky nemá pouze polohování a pohybové aktivity s asistentkou (laicky)
terapie ve škole – škola neposkytuje	terapie ve škole – škola neposkytuje
Tv – navíc léčebná tělesná výchova, neúčastní se běžné Tv – nahrazeno relaxačními aktivitami a polohováním	Tv nahrazena aktivitami s asistentkou (masáže, jednoduchá cvičení) – laicky, bez spolupráce s odborníkem
učitelka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace	učitelka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace
bariérovost – dívka používá zadní vchod do školy, protože přední je bariérový, další problémy nejsou	bariérovost – hlavní vchod je bezbariérový (což byl hlavní důvod zařazení žáka do této školy), zbytek školy také

tabulka č. 39

PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
vzdělávací program - Zvláštní škola s vypracovaným IVP	vzdělávací program – Základní škola bez vypracovaného IVP
klasifikace - formou známkování, s tolerancí	klasifikace - formou známkování
vyučovací předměty - rozvrh běžné ZŠ, žákyně se při Čj, M a Prvouce učí s asistentkou mimo třídu (uváděným důvodem je špatná koncentrace dívky), vyučována asistentkou (učitelka asistentku instruuje) zařazena řečová výchova (zaměřena na rozvoj slovní zásoby a grafomotoriky) z obsahu výuky vypuštěn sloh (pro malou slovní zásobu) a geometrie (obtíže v motorice)	vyučovací předměty – rozvrh ZŠp (jako jediný ve třídě ale vzděláván podle programu ZŠ), účastní se všech předmětů (úlevy při pracovních činnostech)
učebnice – učebnice ZŠp	učebnice – učebnice pro ZŠp a ZŠ
opatření a odlišnosti ve výuce – snížení počtu dětí ve třídě, převážně výuka individuálně s asistentkou, mírnější klasifikace a průběžné hodnocení, odlišné DÚ, speciální učebnice, pomůcky na psaní, prostor pro odpočinek, relaxaci a relaxační aktivity	opatření a odlišnosti ve výuce – snížení počtu žáků, postupy a pomůcky ZŠp, rodiče se školou příliš nespolupracují
pg. pracovníci – učitelka, asistentka skupinová péče (redukace SPU) 1x týdně individuální práce s jinou uč. 2x týdně učitelka absolvovala logopedický kurz (z	pg. pracovníci – učitelka, asistentka skupinová péče (redukace SPU) 1-3x týdně ředitel (konzultace)

tohoto důvodu uváděna nepotřebnost spolupráce s logopedem) výchovný poradce (konzultace)	
další osobně spolupracující odborníci - pracovníci SPC (cca 1x měsíčně) pracovníci PPP (dle potřeby) spolupráce se ZŠp	další osobně spolupracující odborníci - klinický logoped (dochází do školy 1x měsíčně)
jen písemné zprávy - nikdo	jen písemné zprávy – SPC, PPP
vztah učitel – žákyně – přátelský vztah	vztah učitel – žákyně – velmi dobrý, přátelský vztah
vztah žákyně – spolužáci – přátelské vztahy, pg. prac. podporují začlenění, ale spontánní kontakty s ostatními jsou málo časté	vztah žákyně – spolužáci – dobré, bez konfliktů
sociální služby – využívá sociální poradenství v organizaci zdrav. postižených (rodiče)	sociální služby – neuvedeno
zájmové činnosti ve škole – nevyužívá (existuje pouze kroužek PC)	zájmové činnosti ve škole – využívá (práce na PC)
zájmové činnosti mimo školu – nevyužívá	zájmové činnosti mimo školu – nevyužívá

tabulka č. 40

U této dvojice žáků můžeme pozorovat podobnou úroveň péče, přičemž velké rozdíly nejsou v žádné oblasti. Rezervy jsou u obou v oblasti léčebné rehabilitace. Ani jedna ze škol nespolupracuje v této oblasti s příslušným odborníkem a přitom obě děti mají poměrně značný potenciál (lezou, chodí s pomocí) a potřebují vhodnou a intenzivní stimulaci motorického vývoje. Určité elementární aktivity v obou školách dělají, ale je vidět spíše náhodné a nekoncepční zařazování různých aktivit. Někdy po zaškolení, aplikace vlastních znalostí ze studia a kurzů, apod. Můžeme dokonce konstatovat, že lepší péči v tomto smyslu poskytuje škola běžná. Jedním

z důvodů může být skutečnost, že škola praktická byla po dlouhou dobu zaměřena pouze na žáky s lehkým mentálním postižením a děti s postižením těžším nebo kombinovaným jsou i pro ně relativní novinkou. Spolupráci s jinými institucemi a odborníky významně ovlivňuje lokalita – obě školy jsou v menších obcích na Vysočině, s obtížnou dostupností kamkoliv (zdravotnická zařízení, vzdělávání učitelů, jiné školy, SPC, atd.). Obě školy jsou navíc malé a uvolnění některého z učitelů je organizačně náročné. Škola běžná tady spolupracuje s uvedenou ZŠ praktickou, což je vidět na užívaných postupech, pomůckách a učebnicích. Tato škola byla jediná, kde dítě vzdělávané podle vzdělávacího programu Zvláštní školy mělo také odpovídající učebnice. Nevyužívání těchto učebnic je potvrzeno i výsledky výzkumu kvantitativního a přitom je to jedno z opatření, které by mělo být naprostou samozřejmostí. Dokonce si řada učitelů v běžných školách postěžovala, jak je složité dětem materiály připravovat a jak nezvládají práci s běžnými učebnicemi.

Paradoxní také je, že žák vzdělávaný podle programu Základní škola je ve škole speciální a žákyně vzdělávaná podle programu Zvláštní školy je ve škole běžné. Zejména žák ve speciální škole je znevýhodněn absencí kontaktu s běžnými žáky a vzhledem k tomu, že je vyučován současně s žáky vzdělávanými dle programu ZvŠ, tak bude mít i méně hodin klíčových předmětů (Čj, M) a je zde riziko jeho nedostatečného rozvoje. Uvedený hlavní důvod docházky do ZŠp je „bezbariérovost hlavního vchodu“. Při dnešních možnostech techniky a úprav by měla být tato okolnost spíše podružná.

3.2.2.3. Případ 3 (lehké mentální a těžké tělesné postižení)

3A	3B
<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>dívka: věk 11 let, 9 měsíců</p>	<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>chlapec: věk 12 let, 9 měsíců</p>
<p>DMO –diparéza (uvedena v dokumentaci, ale dívka má i výrazně více postiženu jednu polovinu těla), pravostranná amaurosa uvedena dg. „lehká mozková retardace“, ve zprávách neuveden stupeň MP (vzdělávána podle osnov ZvŠ, v péči SPC)</p> <p>imobilní, prakticky neschopna volního pohybu pravé poloviny těla, nutná fixace polohy trupu i hlavy, silná závislost na asistenci</p> <p>komunikace – (chybí zpráva logopeda), řeč obtížně tvořená, relativně dobře srozumitelná, pasivně rozumí lépe</p>	<p>DMO – spastická kvadraparéza, konvergentní strabismus, epilepsie (nyní již bez medikace)</p> <p>lehké mentální postižení</p> <p>imobilní, neschopen volního pohybu dolních končetin, hybnost horních končetin silně omezena (flekční držení), nutná fixace polohy trupu i hlavy, plně závislý na asistenci</p> <p>komunikace – dobrá pasivní slovní zásoba, řeč silně dysartrická, obtížně srozumitelná, přesto velmi komunikativní</p>
<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>5. třída běžné malotřídní školy (pouze 1. stupeň, 50 žáků), po celou dobu v této škole</p>	<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>5. třída ZŠp (škola je určena pro žáky s více vadami, třídy ZŠp a ZŠs)</p>
<p>16 žáků ve třídě (celkem 3 žáci se zdravotním postižením), 2 pg. pracovníci (učitelka, asistentka)</p>	<p>6 žáků s více vadami ve třídě, 2 pg. pracovníci (učitelka, asistentka)</p>

ve škole nepůsobí další odborní pracovníci	ve škole působí psycholog, speciální pedagogové, rehabilitační pracovníci, školní logoped
--	---

tabulka č. 41

LÉČEBNÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
polohování – v průběhu vyučování trvale v sedačce (ARIS), mikropolohování trupu a končetin (vynuceno neschopností udržet polohu trupu a hlavy)	polohování – během celého vyučování každých cca 20 minut s využitím násypného vaku, polohovací kostky, na zemi, speciální sedačce (TOBI), neustále mikropolohován, o přestávkách podporováno spontánní lezení po koberci pedagogický asistent - relaxační techniky – masáže horních a dolních končetin při polohování
pomůcky: mechanický vozík, pojízdné křeslo (Aris3), míče, protiskluzová podložka, madla, na WC, toaletní židle, trojhranný systém	pomůcky: mechanický vozík, speciální křeslo (TOBI), ortéza ve vozíku, násypný vak, polohovací kostka, bažant, pleny, notebook + speciální klávesnice, zvětšené písmo, běžné pomůcky pro rehabilitaci
škola je částečně bariérová (nutnost vynášení do patra, do jídelny)	škola je (až na WC - nošení) bezbariérová
na zajištění léčebné rehabilitace se podílejí (ve škole): léčebná tělesná výchova (uvedena, ale v praxi protahování končetin na vozíku a	na zajištění léčebné rehabilitace se podílejí (vše ve škole): rehabilitační sestra (individuální cvičení, min. 2x týdně)

<p>využívána pro doučování) – laicky realizuje asistentka</p> <p>relaxace, masáže (laicky asistentka, 1x za týden)</p> <p>mimo školu:</p> <p>plavecký výcvik (v rámci školní Tv, ale pod vedením plavčíka realizuje asistentka)</p> <p>dochází na rehabilitaci do SPC</p>	<p>léčebná tělesná výchova (skupinová, rehab. sestra, 1x týdně)</p> <p>aplikace Bazální stimulace, prvků synergisticko-reflexní terapie v průběhu výuky (zacvičena učitelka, asistentka)</p> <p>masáže končetin, stimulace dýchání (zacvičena asistentka)</p> <p>relaxace, polohování v průběhu vyučování</p> <p>mimo školu:</p> <p>léčebná rehabilitace zajišťována ve škole, ve spolupráci s lékaři</p>
<p>terapie ve škole – LTV (viz. výše)</p>	<p>terapie ve škole – ergoterapie, muzikoterapie, doteková terapie, relaxační aktivity, fyzioterapie (rehab. sestra, prvky po zaškolení - učitelka, asistentka), Bazální stimulace</p>
<p>Tv – osvobozena, účastní se pouze plaveckého výcviku</p>	<p>Tv – nahrazena individuální fyzioterapií, LTV</p>
<p>učitelka ani asistentka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace</p>	<p>učitelka spolupracuje a konzultuje s rehabilitační sestrou, logopedkou</p>

tabulka č. 42

PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
vzdělávací program - Základní škola s vypracovaným IVP	vzdělávací program – Zvláštní škola s vypracovaným IVP
klasifikace - formou známkování, hodnocena zejména snaha, hodnocení	klasifikace – každý měsíc slovní

motivační	hodnocení, klasifikován slovně průběžné motivační hodnocení
vyučovací předměty - rozvrh běžné ZŠ, neúčastní se Tv a Pracovního vyučování (dojíždí místo něj do SPC na rehabilitaci)	vyučovací předměty – rozvrh ZŠp, místo Tv ind. rehabilitace
učebnice –převážně běžné uč.ZŠ, ale téměř je nepoužívá (spíše zvětšené texty, vybraná cvičení)	učebnice – učebnice pro ZŠp
opatření a odlišnosti ve výuce – individuální přístup, klasifikace a průběžné hodnocení, delší časový limit úkoly, zadávání úkolů, kratší úkoly, pomůcky a pracovní materiály, individuální texty ke čtení, vyšší tolerance k odchylkám chování, více prostoru pro odpočinek a relaxaci, využití PC	opatření a odlišnosti ve výuce – individuální přístup – práce s asistentkou, snížení počtu žáků, úprava třídy, odlišné zadání úkolů, speciální učebnice a pracovní sešity, vlastní pomůcky a materiál, relaxační aktivity, zařazovány alternativní postupy (pedagogika M. Montessori + pomůcky), výukové programy, notebook se speciální klávesnicí, postupy a pomůcky ZŠp a ZŠs
pg. pracovníci – učitelka, asistentka (individuálně pracuje s žákyní) zařazena do reedukace SPU (1x týdně)	pg. pracovníci – učitelka (spec. pg.), asistentka (individuálně pracuje s žákem, ale pomáhá i ostatním žákům)
další osobně spolupracující odborníci - SPC (2x ročně)	další osobně spolupracující odborníci - školní psycholog, školní logoped, rehabilitační prac., spec. pedagogové SPC
jen písemné zprávy – PPP	jen písemné zprávy – lékařské (neurologie, oční)
vztah učitelka – žákyně: blízký vztah	vztah učitelka – žák: velmi dobrý,

s asistentkou (již 5 let stejná), s učitelkou prakticky nepracuje	přátelský vztah s asistentkou i učitelkou
vztah žákyně – spolužáci učí se spíše individuálně, s ostatními příliš kontaktů nemá přátelské vztahy navazuje s dětmi při víkendových pobytech se sdružením zdravotně postižených	vztah žák – spolužáci – přátelský, ostatní mu pomáhají přátelí se spíše se staršími dětmi
sociální služby – pronájem spec. židle, víkendové pobyty s místním sdružením	sociální služby - pravidelné víkendové pobyty, dětské tábory s Centrem zdravotně postižených
zájmové činnosti ve škole – využívá (Dramatický kroužek)	zájmové činnosti ve škole – využívá (chovatelský kroužek, zpěv)
zájmové činnosti mimo školu – využívá	zájmové činnosti mimo školu – využívá

tabulka č. 43

Signifikantní výroky	
základní škola	základní škola praktická
<p>„Jsem strašně spokojená s touto školou. Chtěla jsem pro N. spíše vesnickou malou školu a je v místě bydliště. Vybavení školy není přizpůsobeno N., ale nemohu chtít, aby kvůli jednomu dítěti přestavovali celou školu. Udělali na toaletě madla a má tady pojízdné křeslo. Třídou mají v přízemí a do prvního patra chodí občas a to jí donese učitelka s asistentkou. S paní učitelkou jsem spokojená, trošku jsme měly problémy na začátku, ale všechno jsme si vyříkaly</p>	<p>„Jsme se školou velice spokojeni. Doporučili nám před vstupem do základní školy integraci na normální školu, ale u zápisu jsme si uvědomili, že bude lepší dát M. do pomocné školy. Vystřídali se u něho dva učitelé a s žádným jsme neměli problémy. S pokrokem M. jsem spokojená, dokázali tady změnit jeho chování.“ (matka)</p> <p>„Když není delší dobu ve škole, je to</p>

<p><i>a teď je to v pořádku. Pokrok dítěte v pohybu vůbec nenastal, ale v učení jsem spokojená.</i></p> <p><i>N. se učí podle IVP a daří se jí. Jsem ráda, že je N. integrovaná na ZŠ, byla i ve školce mezi normálními dětmi a myslím, že jí to prospívá. Všechny děti jí berou sobě rovnou.“ (matka)</i></p> <p><i>Ta integrace celkově působí dobře.(asistentka)</i></p>	<p><i>s ním horor.“ (matka)</i></p>
<p><i>„Do 3. třídy N. brečela, že chce do školy. Teď už se jí moc nechce, ale jen kvůli učení. Na spolužáky ve třídě se stále těší.“ (matka)</i></p>	<p><i>„Do školy chodí M. rád, protože být doma je pro něho hrozný stereotyp. Avšak také se mu do školy někdy nechce. Bývá to podle jeho unavenosti. Když nemá náladu a je unavený, tak odmítá chodit do školy. Ale jakmile je v celkové pohodě, tak se do školy moc těší. Miluje veškeré akce, které škola pořádá. (matka)</i></p>
<p><i>Doma jí děti občas navštěvují.-Když má narozeniny nebo svátek, tak si pozve pět kamarádů. (matka)</i></p>	
<p><i>Jsem pouze pedagogická asistentka a mám zakázáno dělat věci, jako dělá osobní asistent (hygienu). Nikde to nemám říkat, že je opravdu dělám. (asistentka)</i></p>	
<p><i>„Bylo by potřeba pořídit schodišťovou rampu, nájezd do jídelny (jsou tam tři schody), ale nejsou na to finance. Dále</i></p>	

<p><i>polohovací pomůcky nebo aspoň násypný vak, aby N. neseďla jen v křesle, ale na to škola nemá prostor a není přizpůsobena. Dále klávesnice k PC s většími klávesami a písmeny. Na to také nejsou finance.“ (asistentka)</i></p> <p><i>„Nic se neřešilo, jen se udělal dřevěný nájezd před vchodem a madla na toaletě. Není třeba provést další opatření, protože N. letos odchází ze školy na větší školu s druhým stupněm.“ (učitelka)</i></p> <p>Pozn. Žákyně je ve škole pátým rokem.</p>	
---	--

tabulka č. 44

Zde můžeme ilustrovat význam hlubších sond do jednotlivých případů. Například je zde uvedena léčebná tělesná výchova na běžné škole, což by jistě byla věc velmi přínosná, ale při pozorování a rozhovorech s asistentem se ukázalo, že LTV spočívá v protahování horních končetin, žákyně zůstává po celou dobu na sedačce a mnohdy jsou tyto hodiny využívány pro doučování. Se skutečnou LTV tedy nemá prakticky nic společného. Navíc jsou tyto hodiny zařazovány místo hodin Tv a místo Pracovního vyučování odjíždí s rodiči na rehabilitaci. Prostor pro pohybovou aktivitu, byť limitovanou postižením, tedy v běžném rozvrhu úplně chybí. Prvky některých cvičení jsou do výuky zařazovány, ale jedná se jen o laické a spíše intuitivní postupy konzultované pouze s rodiči (masáže, protahování, změny polohy na sedačce). Naproti tomu žák ve speciální škole má zajištěnu kvalitní péči realizovanou přímo rehabilitační sestrou ve škole a také řadou dalších aktivit v průběhu celého pobytu ve škole (polohování, Bazální stimulace, relaxační aktivity, masáže, stimulace motoriky). Pracovníci jsou zaškoleni a sami se dále vzdělávají. Také vybavení pomůckami je v obou případech nesrovnatelné. Speciální škola je velmi dobře vybavena didaktickými pomůckami (včetně Montessori pomůcek) i pomůckami rehabilitačními a kompenzačními. Ve škole běžné má žákyně jen několik pomůcek a to ještě ne úplně nejvhodnějších (např. nevhodná polohovací sedačka).

I v oblasti pedagogické můžeme konstatovat lepší úroveň péče ve škole speciální, byť rozdíl není tak zásadní, jako v oblasti péče léčebné. Například chybějící speciální učebnice, praktická absence speciálních pomůcek (např. pro ovládání PC, úchop, apod.) jsou u žákyně s tímto postižením značně limitující. Přitom učitelce a asistence nelze upřít snahu poskytnout žákyni odpovídající péči. Obě hodnotí svou práci jako správnou, byť vidí určité rezervy a nedostatky (zejména ve vybavení). Spokojena s péčí je i rodina, která se v péči angažuje a má zájem o spolupráci se školou. Nevíme, jak je spokojeno s péčí SPC, protože v průběhu sledování k žádnému kontaktu nedošlo (jezdí 2x ročně), ale asi neshledává závažných nedostatků, neboť by pravděpodobně informovali i rodiče. Můžeme tedy konstatovat nejspíše celkové podcenění problémů žákyně a také určitou míru neznalosti u odborníků, kteří se na vzdělávání této dívky podílejí. Markantní je tato skutečnost v oblasti léčebné rehabilitace.

Jedním z největších kladů integrace by měla být možnost začlenění do běžné sociální skupiny. Jaká je ale zde skutečnost? Dívka tráví většinu času s asistentkou a s dětmi ze třídy se s přibývajícím věkem stýká stále méně. Při pozorování vyučování i přestávek nebyly prakticky pozorovány spontánní kontakty s ostatními dětmi, ale pouze řízené (iniciativa učitelky nebo asistentky). Důvodem je rozdílná úroveň žákyň, která se stále prohlubuje a pochopitelné rozdílné zájmy, která mají ostatní dívky. Tyto rozdíly se navíc pravděpodobně budou s nastupující pubertou spíše prohlubovat. Zajímavé také je, že za kamarádky jsou označovány spíše děti, které potkává na víkendových pobytech se sdružením zdravotně postižených, na které jezdí. Naproti tomu chlapec ve škole speciální nemá kolem sebe zdaleka tolik dětí, ale intenzita jeho kontaktů s ostatními dětmi je zde vyšší, než u dívky integrované.

V tomto případě vychází srovnání obou škol v neprospěch školy běžné a to prakticky ve všech oblastech (léčebné, pedagogické, sociální). Nemůžeme ale jako příčinu zjednodušeně označit učitelku. Na vzniku této situace se podílelo mnoho osob i institucí a ukazuje to spíše na selhání systémové, než na pouhé selhání jednotlivců.

3.2.2.4. Případ 4 (středně těžké mentální i tělesné postižení)

4A	4B
<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>chlapec: 11 let</p>	<p style="text-align: center;">žák/žákyně</p> <p>chlapec: věk 19 let (3 roky přípravný stupeň PŠ, 1 rok přerušování školní docházky)</p>
<p>hraniční středně těžká/lehká MR, DMO – spastická diparéza (tetraparetická forma), konvergentní strabismus, epilepsie</p> <p>na vozíku (samostatně se přetočí na břicho, nácvik postoje a chůze v chodítku, plazení)</p> <p>komunikace – odpovídá mentální úrovni, řeč dobře srozumitelná</p> <p>velmi dobrá spolupráce s rodinou</p>	<p>středně těžká mentální retardace, DMO – atetoidní forma se spasticitou, epilepsie, percepční nedoslýchavost</p> <p>na vozíku, samostatně schopen částečně pohybu po kolenou</p> <p>vzhledem k vadě sluchu a MR používá komunikační systém MAKATON, upravený znakový jazyk, piktogramy, vlastní znaky</p>
<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>5. třída běžné ZŠ</p>	<p style="text-align: center;">škola, třída</p> <p>9. třída ZŠp</p>
<p>13 žáků ve třídě (3 žáci se závažným zdravotním postižením), učitelka, asistentka (dříve 2 asistentky, již třetí třídní učitelka)</p>	<p>6 žáků, 3 pg. pracovníci (učitelka, 2 asistentky)</p>
<p>ve škole nepůsobí další odborní pracovníci</p>	<p>učitelé mají spec. pg. kvalifikaci, při práci s žákem nespolupracuje další prac. školy (jen asistenti)</p>

tabulka č. 45

LÉČEBNÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
<p>polohování – každý den třetí vyučovací hodinu polohován 20 min., pouze na zádech (pomůcky karimatka, polštář), asistentka zaškolená matkou</p> <p>jinak ve spec. sedačce</p>	<p>polohování – během dne několikrát změna polohy, doprovázené masážemi končetin (asistentka zaškolená), polohování na míči, matraci, v bazénku s míčky, s využitím šikmého klínu; odlehčování kyčlí</p> <p>dříve vertikalizace ve stojanu, ale pro poškozování kyčlí na pokyn lékaře ukončeno</p>
<p>kompenzační pomůcky – mechanický vozík, speciální židle, speciální nastavitelný stůl, karimatka, polštář</p>	<p>kompenzační pomůcky – mechanický vozík, spec. nastavitelný stůl, matrace, míče, šikmý klín, bazének s míčky, pomůcky pro alternativní komunikaci (obrázky, piktogramy, ...), schodolez velké množství edukačních pomůcek</p>
<p>léčebná rehabilitace – ve škole pouze přetáčení v rámci polohování, asistentka necvičí (uvedeno „nemá vzdělání“)</p> <p>s dítětem cvičí matka (každý druhý den) procvičování plazení, chůze v chodítku, cvičení v závěsu (doma Terapi-master, vertikalizační stojan, chodítko)</p> <p>masáže (1x za 14 dní, masér)</p> <p>logoped (1x za 14 dní, klinický logoped ambulantně)</p>	<p>léčebná rehabilitace – není realizována (po dohodě s lékařem ze zdravotních důvodů – „fialověly mu nohy“ – sdělení matky)</p> <p>dříve pobyty v lázních (již ukončeno)</p> <p>Pozn. Matka uvedla, že po posledním pobytu, který absolvoval sám bez matky, se vrátil „v katastrofálním stavu, jako totální ležák“.</p>
<p>terapie ve škole – škola neposkytuje</p>	<p>terapie ve škole – škola neposkytuje</p>
<p>Tv – neúčastní se běžné Tv – nahrazeno</p>	<p>Tv - nahrazena individuální prací s</p>

polohováním (viz. výše)	učitelkou
učitelka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace (pouze „dle potřeby“ s logopedkou) asistentka je zaškolená matkou do polohování	učitelka nekonzultuje oblast léčebné rehabilitace, asistentka zaškolená matkou
bariérovost – žádné problémy s bariérovostí (výťah, odstraněné prahy)	bariérovost – žádné problémy s bariérovostí (plošiny, odstraněné prahy, dostatečný pracovní prostor)

tabulka č. 46

PEDAGOGICKÁ REHABILITACE	
základní škola	základní škola praktická
vzdělávací program - Zvláštní škola s vypracovaným IVP	vzdělávací program – Rehabilitační program Pomocné školy s vypracovaným IVP
vyučovací předměty - rozvrh běžné ZŠ, neúčastní se Tv	vyučovací předměty – rozvrh ZŠp, ale v podstatě individualizovaná práce ve třídě s učitelkou nebo asistentkou, místo Tv individuální práce
hodnocení – známky, motivační hodnocení (razítka, obrázky)	hodnocení – slovní, pozitivní posilování (razítka, jedničky, pochvaly)
učebnice – prakticky nepoužívá	učebnice – učebnice pro ZŠp
opatření a odlišnosti ve výuce – každou hodinu pracuje s asistentkou 15 – 20 min, zbytek hodiny nečinně sedí (asistentka pracuje s dalšími dvěma dětmi s postižením) činnosti poměrně stereotypní	opatření a odlišnosti ve výuce – učitelka postupně pracuje se všemi dětmi, další práci zadá asistentkám každý den převážně zaměřen na nějakou oblast, dovednost významná pozornost věnována rozvoji

<p>s učitelkou prakticky nepracuje má pouze 4 vyučovací hodiny, pak odchází domů vzdělávání prakticky realizuje pouze asistentka velmi dobrá domácí příprava</p>	<p>komunikace (znakový jazyk, MAKATON, piktogramy, globální čtení, fotografie) snížení počtu žáků na 6</p>
<p>pg. pracovníci – učitelka, asistentka</p>	<p>pg. pracovníci – učitelka, 2 asistentky</p>
<p>další osobně spolupracující odborníci - pracovníci SPC, PPP (dle potřeby, v aktuálním roce bez osobního kontaktu) logoped („pravidelně spolupracují“, frekvence však nesdělena)</p>	<p>další osobně spolupracující odborníci – pracovníci SPC (dle potřeby písemný nebo telefonický kontakt, osobně nesdělena četnost – výjimečně, potřebu nepociťují) psycholog – písemný nebo telefonický kontakt – dle potřeby, neurolog – písemný nebo telefonický kontakt – dle potřeby, dětský lékař – písemný nebo telefonický kontakt – dle potřeby</p>
<p>jen písemné zprávy - pracovníci SPC (dle potřeby písemný nebo telefonický kontakt)</p>	<p>jen písemné zprávy – fakticky převažuje (SPC i další uvedení odborníci)</p>
<p>vztah učitel – žák – kladný vztah</p>	<p>vztah učitel/asistenti – žák – velmi dobrý, pozitivní vztah</p>
<p>vztah žák – spolužáci – má dva kamarády, přes postižení žáka se vztah jeví jako rovnocenný, přátelský (ne ze soucitu) automaticky mu pomáhají, přisedají si</p>	<p>vztah žák – spolužáci – děti se „kamarádí“ na pokyn, významně převažují interakce mezi žáky a dospělými (málo dětí, žák má velkou komunikační bariéru, ostatní děti mají</p>

k němu na svačiny, apod.	také zdrav. postižení – MP)
sociální služby – rodina má kontakt s Centrem pro rodiny s postiženými dětmi, dříve využívala osobní asistentku	sociální služby – matka sama je členkou sdružení, zprostředkovávají vzdělávání, pobyty
zájmové činnosti ve škole – nevyužívá	zájmové činnosti ve škole – nevyužívá
zájmové činnosti mimo školu – nevyužívá	zájmové činnosti mimo školu – nevyužívá

tabulka č. 47

Poměrně často je uváděn kontakt s dalšími odborníky dle potřeby („vždycky, když něco potřebujeme“, „jak je potřeba“). Na upřesňující otázky byly odpovědi vyhýbavé. Odpověď „dle potřeby“ se jevila spíše jako vyhýbavá, jen konstatování existence alespoň jednoho kontaktu a to v případě řešení konkrétního problému. Otázkou také je, jak onu potřebnost kontaktu zjistí učitel bez náležitého vzdělání a jak případný nastalý problém řeší prostřednictvím telefonu nebo písemné zprávy. Řešené záležitosti jsou často administrativní povahy (povolení účasti na škole v přírodě, doporučení pro získání asistenta, apod.).

V oblasti léčebné rehabilitace ani jedna ze škol s žádnými odborníky nespolupracuje. Vždy jsou pouze matkou zaškoleny asistentky. V praktickém provádění je ale znát rozdíl, který je dán obecně větším důrazem na tuto složku ve škole speciální a lepším vybavením této školy (materiální, personální). Žák ve škole běžné má přitom relativně velký potenciál a cvičení dobře snáší a bylo by jistě vhodné zařadit více prvků do školní práce. I ty, které zařazovány jsou, jsou prováděny laicky a jsou mechanicky prováděny pouze ty aktivity, které matka ukáže. Setkáváme se zde také s častým opatřením, kdy je žák s postižením vyřazen z Tv, i když fakticky potřebuje mnohem více příležitostí pro svůj motorický vývoj, než žáci ostatní. Naproti tomu ve škole speciální je žák limitován svým zdravotním stavem, který intenzivnější práci příliš nedovoluje, ale v rámci možností se škola snaží o různorodé aktivity. Vzhledem k nepříznivému zdravotnímu stavu a kontraindikaci

řady aktivit, by ale i zde měla být samozřejmostí konzultace s příslušnými odborníky (lékaři, fyzioterapeut).

Významný rozdíl pozorujeme i v oblasti pedagogické. Škola běžná v tomto případě plní svou úlohu pouze částečně - žák značnou část vyučování jen pasivně sedí a nedělá nic. Navíc je celá oblast vzdělávání prakticky na bedrech asistentky, která má na starosti 3 děti se zdravotním postižením. Ta přistupuje ke své práci odpovědně, snaží se o maximální rozvoj svých žáků, je kreativní, ale vzhledem k situaci nemůže všem poskytnout odpovídající péči. Ani vybavení školy bohužel neodpovídá potřebám žáka. Učitelka komentovala svůj přístup následovně: „...zkouším ho z učiva, které se učí s pedagogickým asistentem, zatím není třeba, abych mu já učivo nějak zvlášť vysvětlovala“, „...osnovy zvláštní školy jsou velice rozvolněné, není třeba, abych ho doučovala...“. Ve škole speciální je přes komplikovaný stav žáka (mentální, tělesné, sluchové postižení) vzdělávání kvalitní, zabezpečené více pracovníky a s využití odpovídajících pomůcek a postupů.

V obou případech je spolupráce s poradenskými zařízeními spíše sporadická, převažují písemné zprávy. Škola speciální má v tomto případě situaci snadnější, protože její pracovníci mají speciálně pedagogické vzdělání, dále se průběžně vzdělávají na specializačních kurzech a také mají zkušenosti z práce s dětmi s postižením. Významnou poradenskou intervenci by potřebovala běžná škola, kde pracovníci vzdělání nemají, často se střídají (3 učitelky a 2 asistentky za 5 let) a jejich zkušenosti s jinými žáky se zdravotním postižením jsou prakticky nulové.

V běžné škole můžeme pozitivně hodnotit začlenění žáka do sociální skupiny. Z pozorování plyne pozitivní vnímání těchto kontaktů samotným žákem na jedné straně a přirozenost a samozřejmost v přístupu ostatních žáků třídy, zejména pak dvou chlapců. Je jen škoda, že tento potenciál není využíván i ve výuce, kdy je chlapec odkázán pouze na asistentku a větší část hodiny pouze prosedí. Ve škole speciální je situace horší, ale tento žák je znevýhodněn navíc svým postižením sluchu. Kontakty jsou také limitovány zdravotním postižením ostatních žáků a z téhož důvodu chybí možnost nápodoby běžných vzorců chování. Za této situace a bez rozšíření kontaktů zůstane chlapec do budoucna spíše izolován a o kontakt s vrstevníky ochuzen.

3.2.3. SWOT analýza

Jednou z možností, jak vyhodnotit stav vzdělávání (komplexní péče) ve škole je SWOT analýza. Je možné ji aplikovat nejen u školy s větším počtem žáků ze sledované skupiny, ale je možné analyzovat i jeden případ (např. integrovaného žáka).

Analýza SWOT je běžně doporučována v dokumentech k tvorbě ŠVP, kde by měla sloužit jako jedna z metod sloužících ke zmapování situace školy⁵⁰. V těchto případech se škola zaměřuje na oblasti jako je lidský potenciál, materiální vybavení nebo pedagogický proces (Manuál pro tvorbu ŠVP v ZV, 2005).

Pojem SWOT je akronym čtyř anglických slov:

- Strengths - silná místa,
- Weaknesses - slabiny,
- Opportunities - příležitosti
- Threats - rizika, ohrožení.

Silné a slabé stránky se zpravidla týkají vnitřních činitelů, tedy školy, třídy, učitelů, spolužáků, vybavení. Identifikovaná slabá místa je třeba posilovat, snižovat jejich negativní dopad, případně je zcela eliminovat. Na silných stránkách můžeme stavět a dále je rozvíjet. Příležitosti a rizika se vztahují k vnějším činitelům, které mohou být v každé škole jiné, a často je tedy není možné zobecňovat.

V našem případě se nezaměříme na jednotlivé činitele, které vzdělávání ovlivňují (byť i tento postup může být přínosný), ale na jednotlivé složky komplexní péče o konkrétního žáka/žáky. Nutnou podmínkou však je, aby pracovníci provádějící analýzu znali potřeby těchto žáků a věděli, jak s nimi v jednotlivých oblastech pracovat. Toho lze docílit vytvořením multidisciplinárního týmu. Ten by měli tvořit:

- pracovníci školy (vždy minimálně třídní učitel a asistent, případně ředitel, výchovný poradce, apod.),
- rodiče/rodič žáka,

⁵⁰ Uvedená metoda je doporučována např. v Manuálech pro tvorbu ŠVP (v základní vzdělávání, na gymnáziích) nebo v článcích na metodickém portálu RVP (www.rvp.cz).

- externí poradenský pracovník (nejlépe z SPC, případně PPP⁵¹, ale také školní nebo z jiné instituce – NNO, apod.)
 - speciální pedagog (pokud možno se širším zaměřením – psychopedie, somatopedie, případně logopedie),
 - psycholog,
- zdravotnický pracovník (fyzioterapeut, lékař),
- další osoby významně se podílející na péči o žáka (asistenti, vychovatelky školní družiny, pracovníci realizující terapie, další rodinní příslušníci, další učitelé, apod.).

Tento tým by takto mohl vypadat v ideálním případě, realita však bude asi zatím jiná. Tým se také pravděpodobně nebude scházet v plném složení, jednotliví členové však mohou být požádáni alespoň o písemné zpracování jednotlivých částí SWOT analýzy. Tato aktivita není časově náročná a je tak pravděpodobnější získání podkladů od více odborníků. Účast více odborníků je nutným předpokladem kvalitní analýzy, protože samotní rodiče a učitelé (zejména běžných škol) ji sami zpracovat nemohou.

Cíl

- analýza stavu komplexní péče o žáky s kombinovaným tělesným a mentálním v školách běžných a speciálních; doplnění kvantitativního výzkumu
- nalezení silných a slabých stránek v obou typech škol
- identifikace příležitostí a ohrožení v obou typech škol

Upozornění

Následující analýza shrnuje výsledky kvantitativního i kvalitativního výzkumu a je jistým zobecněním, které v konkrétních případech platit nemusí. Konečně ilustrací toho jsou i některé kasuistické sondy uvedené v této práci. Cílem zde tedy není popsat situaci v celém našem školství a vyvozovat obecně platné závěry, ale spíše poznat možné slabé a silné stránky a také příležitosti a hrozby pro vzdělávání žáků s kombinací mentálního a tělesného postižení. Tato analýza může

⁵¹ Podíl pracovníka školského poradenského zařízení je povinný. Musí se minimálně podílet na tvorbě a kontrole IVP a napsat zprávu. Podíl jiných pracovníků však tímto omezen není.

sloužit k lepšímu vhledu do problematiky, pro správnou interpretaci a diskusi dat získaných postupy kvantitativními a v neposlední řadě i jako inspirace pro další výzkumy v této oblasti. Obdobným způsobem je také možné analyzovat jednotlivé případy ve školské praxi a použít takovéto analýzy s cílem zlepšit péči o konkrétního žáka.

Kasuistické sondy použité jako jeden ze zdrojů vypovídají o situaci na konkrétních školách vzdělávajících žáky s kombinací mentálního a tělesného postižení. U žáků s jiným typem postižení by možné silné a slabé stránky byly jiné, stejně jako se místně mohou lišit příležitosti a hrozby.

složky rehabilitace	ZÁKLADNÍ ŠKOLA		SPECIÁLNÍ ŠKOLA (ZŠ praktická, ZŠ speciální)	
	silné stránky	slabé stránky	silné stránky	slabé stránky
pedagogická, sociální	<ul style="list-style-type: none"> • pozitivní vztah s pedagogy • snaha dát dětem maximum podpory • působení dynamiky sociální skupiny • pozitivní vzory (spolužáci) • přítomnost pedagogického asistenta (ne vždy) • větší skupina vrstevníků, možnost být zařazen do většího množství formálních a neformálních skupin • běžné vzory chování • je prakticky vždy v místě bydliště • zájem a pozornost spolužáků (intaktní populace) • udržení přirozených sociálních vztahů s vrstevníky (z místa bydliště, MŠ) • působení pozitivních vzorů a stimulace ze strany spolužáků • adaptace na běžné prostředí • pozitivní vliv na spolužáky 	<ul style="list-style-type: none"> • nepřítomnost odborníků (speciální pedagog, psycholog) • učitelky bez odpovídajícího vzdělání • nedostatečné (žádné) vzdělání asistenta • nedostatečný kontakt s poradenskými pracovníky • více žáků ve třídě • chybí nebo nedostatek spec. učebnic, prac. sešitů, edukačních pomůcek • neexistence předmětů speciálně ped. péče (logopedie, LTV, ...) • srovnávání se spolužáky • větší psychologická zátěž na žáka (nároky, běžná komunikace, ...) • nedostatek finančních prostředků, pomůcek • chybí vrstevníci s obdobnými problémy • nedostatek času na integrovaného žáka nebo na žáky ostatní 	<ul style="list-style-type: none"> • pozitivní vztah s pedagogy • snaha dát dětem maximum podpory • předměty speciálně ped. péče • další terapie nebo dílčí terapeutické aktivity ve škole • přítomnost odborníků (speciální pedagog, psycholog, terapeuti) • vzdělané a zkušené učitelky • množství didaktických pomůcek • více personálu • méně dětí ve třídě • možnosti individualizace výuky • speciální postupy, metody • nižší psychologická zátěž • méně žáků ve třídě • skupina spolužáků má obdobnou úroveň kognitivních (motorických) schopností • žák nepocítuje tak výrazně svou odlišnost (případně nedostatečnost) • snadnější dosažení „zážitků úspěchu“ 	<ul style="list-style-type: none"> • slabší působení dynamiky soc. skupiny • méně pozitivních vzorů • negativní vzory • obtížná realizace skupinové práce, • malý (žádný) kontakt s intaktní populací • není vždy v místě bydliště • méně pozitivních vzorů chování • omezení kontaktů s vrstevníky, „žijí vedle sebe“ (těžší postižení, individuální výuka a terapie) • nedostatečná adaptace na život v běžném prostředí • riziko nevyužití potenciálu žáka • podcenění přínosu spolupráce s dalšími institucemi a pracovníky („máme odpovídající vzdělání a dostatek zkušeností“)

			<ul style="list-style-type: none"> • odpovědnost a realizace péče přesunuta na asistenta • vzdělávání podle programu neodpovídajícího potřebám žáka (ZŠ, ŠVP) • práce s neadekv. uč., prac. listy • příliš rychlé tempo práce • využívání pro žáka nevhodných (běžných) forem práce a didaktických postupů • vyřazování z účasti na výuce (ind. práce s asistentem, Tv, Pv) • omezení sociálních kontaktů z důvodu odlišnosti zájmů, komunikační bariéry, atd. • nedostatečná pomoc ze strany poradenských institucí • nedostatek podpory ze str. vedení 	
--	--	--	---	--

<p>léčebná, technická</p>		<ul style="list-style-type: none"> • neznalost potřeb dítěte v této obl. • není realizována fyzioterapie • chybí kontakt s odborníky • nedostatečné/žádné polohování • nedostatek/žádné příležitosti k rozvoji motorických schopností • nedostatek času • chybí nebo nedostatek pomůcek • chybí vzdělání (další vzdělávání) v této oblasti • bariérové prostředí • riziko poškození zdraví žáka v důsledku absence vhodné péče nebo aplikace nevhodných postupů 	<ul style="list-style-type: none"> • fyzioterapie ve škole (ZŠ speciální) nebo spolupráce se zdrav. pracovníky • prvky rehabilitačních cvičení v rámci vyučování (polohování, masáže, cvičení na míči, ...) – ne vždy • vzdělávání pg. prac. v dětských metodách • vybavení rehabilitačními a kompenzačními pomůckami 	
-------------------------------	--	---	---	--

složky rehabilitace	ZÁKLADNÍ ŠKOLA		SPECIÁLNÍ ŠKOLA (ZŠ praktická, ZŠ speciální)	
	příležitosti	hrozby	příležitosti	hrozby
pedagogická sociální	<ul style="list-style-type: none"> vhodná práce se třídou vedoucí k začlenění žáka a k jeho rozvoji vzdělávání pg. pracovníků ve speciální pedagogice navázání kontaktů a spolupráce se speciálním školami získání finančních prostředků z jiných zdrojů (nadace, projekty, EU, zřizovatel) rozvoj poradenských kompetencí vlastních pracovníků, případně zaměstnání vlastního prac. (částečný úvazek) 	<ul style="list-style-type: none"> nevyužívání doporučení odborníků z finančních nebo personálních důvodů (snížení počtu žáků, využívání pomůcek, aplikace prvků léčebné rehabilitace) spolupráce s poradenskými institucemi založená pouze na písemných zprávách nedostatečná podpora zřizovatele nedostatečná pomoc ze strany poradenských institucí obtíže při zřizování místa asistenta pedagoga (finanční, personální obsazení) administrativní a faktické obtíže při využívání služeb osobní asistence (sociální služba poskytovaná jiným subjektem) 	<ul style="list-style-type: none"> navázání kontaktů s běžnými školami podpora integračních aktivit a příležitosti k adaptaci na běžné prostředí 	<ul style="list-style-type: none"> přerušování existujících sociálních vazeb (např. z MŠ) nebo vazeb s vrstevníky z místa bydliště nevhodné zařazení dítěte (dítě s kombinovaným postižením ale normální nebo jen subnormální inteligencí) obtíže při zřizování místa asistenta pedagoga (finanční, personální obsazení) administrativní a faktické obtíže při využívání služeb osobní asistence (sociální služba poskytovaná jiným subjektem)

<p style="text-align: center;">léčebná, technická</p>	<ul style="list-style-type: none"> • navázání spolupráce s odpovídající institucí (rehabilitační pracoviště, ZŠ speciální, apod.) • využití spolupráce s rodinou • další vzdělávání pracovníků (vhodných kurzů je ale nedostatek) 	<ul style="list-style-type: none"> • obtížné shánění pracovníků (zdravotnických) ochotných a schopných pomoci • obavy a odpor dalších pracovníků k realizaci prvků rehabilitačních cvičení • obtížné zajištění pomůcek pro jediného žáka • nedostatek vzdělávacích příležitostí (nedostatek kurzů, omezeny jen pro speciální pedagogy, apod.) • existence kurzů nevyházejících z vědeckých poznatků nebo zaměřených na neúčinné a neověřené terapie • spokojenost rodiny a pedagogů plynoucí z neznalosti potřeb dítěte a možností péče 	<ul style="list-style-type: none"> • využití potenciálu všech pracovníků školy, jejich specializace a přenos zkušeností ostatním 	
--	--	---	---	--

4. Závěr

Jedním ze závěrů je i předcházející SWOT analýza, tedy závěrečná tabulka a také komentáře k jednotlivým kasuistickým sondám.

Následující závěry jsou řazeny tematicky, se zaměřením na učitele, speciálně pedagogickou podporu, léčebnou rehabilitaci a na otázku vhodné formy vzdělávání (speciální x běžná škola).

1. Učitel

Vzdělání učitele

S integrovanými dětmi s mentálním postižením pracují v běžných školách převážně učitelé bez speciálně pedagogické kvalifikace, v téměř 20% i bez kvalifikace učitelské. Potřebnou kvalifikaci nemá ani 30% učitelů v speciálních třídách běžných ZŠ. Většina učitelů se průběžně vzdělává v oboru (40% na VŠ), ale jsou zde značné rozdíly (33% se neúčastní žádných kurzů) a učitelé nevyužívají všech forem vzdělávání. Speciálně pedagogické vzdělání se pozitivně odráží ve zvýšení množství podpůrných opatření, které jsou směřována k dítěti. Poměrně smutným zjištěním je malé množství užívaných obecných diagnostických metod a praktická absence metod specifických.

Formální speciálně pedagogické vzdělání není absolutní podmínkou pro poskytování kvalitního vzdělání a komplexní péče. Je to ilustrováno i na jedné z kasuistických sond, kde učitelka toto vzdělání nemá a přesto je úroveň její práce vysoká a je minimálně na stejné úrovni jako srovnávaný případ ze školy speciální. Je tím potvrzována důležitost osobnosti učitele, jeho motivovanosti pro práci a jeho snaha pomoci. Osobnostní dispozice učitele jsou vždy faktorem velmi důležitým a možná rozhodujícím pro kvalitu jeho práce.

DISKUSE

Obecně předpokládáme, že učitel se speciálně pedagogickou kvalifikací je připraven na práci s dětmi se zdravotním postižením. Je to ale opravdu tak? Běžné rozšiřující studium speciální pedagogiky musí trvat nejméně dva roky, má zpravidla kombinovanou formu a je zaměřeno přes celou šíři oboru, na všechny jednotlivé „pedie“ a řadu propedeutických disciplin. Může být tento absolvent připraven na práci s dítětem se středně těžkým mentálním postižením, s dítětem nevidomým,

s dítětem s autismem, s poruchou učení, s dysfázií, nedoslýchavostí, s DMO, ...? Je zřejmé, že studium mu poskytne základní vědomosti, na nichž může dále stavět, ale pro praktickou realizaci komplexní péče např. o žáky s kombinací mentálního a tělesného postižení připraven není. Vzdělání z vysoké školy nikomu neposkytne „podrobný návod“ na práci s každým dítětem. Zajímavé je, že například po absolventovi medicíny nikdo nepožaduje složité operace hned po absolvování a ten je dokonce ani provádět nesmí. Absolvent Pedagogické fakulty ale v praxi často naráží na nepřiměřené požadavky, které bez praxe a dalšího vzdělávání není schopen plnohodnotně naplnit. Nyní plánovaný systém atestací by snad v tomto směru mohl přinést zlepšení.

Znovu je ale dobré připomenout obecné dispozice učitele. Inteligentní, tvořivý a motivovaný učitel, který o své práci přemýšlí, je jistě schopen získané znalosti dále rozvíjet a v praxi uplatňovat a modifikovat. Je ovšem otázkou, zda takové učitele na školách máme.

Spokojenost učitele

Učitelé jsou převážně spokojeni ve všech oblastech, které jsme sledovali. Míra spokojenosti kolísá od 50% (finance) až po 95% (vztah s integrovaným žákem). Toto zjištění je pozitivní, spokojenost panuje i v oblastech, kde obecně předpokládáme nespokojenost (finance, vybavení, apod.). Obecná spokojenost učitelů je pozitivním faktorem, od nespokojených učitelů bychom jen těžko mohli očekávat kvalitní práci a motivovanost. Tento výsledek je v souladu s názorem na opětovnou integraci žáků - 82% učitelů by integrovala znovu a pouze 13% spíše ne.

Subjektivní spokojenost učitelů je potvrzena i subjektivním hodnocením studentů, kteří pozorovali výuku. I oni vnímali atmosféru ve třídách jako pozitivní, stejně jako vztahy učitele a integrovaných žáků, přičemž ten byl lepší, než vztah učitele k žákům kontrolním.

DISKUSE

Je třeba si uvědomit, že spokojenost je zde pouze subjektivním hodnocením učitele, který nevypovídá o skutečném stavu. Například spokojenost s pokrokem žáka nebo s podmínkami může pramenit z nedostatku informací o tom, co vše by mohl žák využívat a jakých pokroků může dosahovat.

Hodnocení studentů bylo výsledkem relativně krátkého pozorování a je zde určité riziko zkreslení v důsledku snahy pedagoga o předvedení lepší péče. Na druhou stranu míra pozitivních hodnocení je velmi vysoká (67% – 87%) a studenti byli přítomni ve třídě celý den a v řadě případů i několik dnů v rámci praxe.

Ve výzkumech nebyla sledována subjektivní spokojenost samotných žáků. To je přitom velmi významný ukazatel, který by měl být učiteli sledován a měl by být jedním z kritérií při hodnocení vlastní práce s žákem a také při zvažování změny formy vzdělávání (přechod do speciální školy). Pokud máme například pocit, že žák integrovaný v běžné škole má vše co potřebuje, ale on se subjektivně necítí spokojený, srovnává se třeba s ostatními žáky, obtížně zvládá pobyt ve velké skupině, apod., pak je třeba se zamyslet a jeho způsob vzdělávání změnit. Posouzení spokojenosti u žáka může být značně složité, jsme limitováni jeho mentálním postižením a případným narušením komunikační schopnosti. Významný je i fakt, že žák sám nemůže srovnávat s jiným prostředím a faktory způsobující jeho nespokojenost není schopen sám verbalizovat.

Pro úplný obraz spokojenosti by bylo třeba získat údaje i od rodičů žáků. Tyto jsou zpracovány pouze v kasuistických sondách a nemůžeme je tedy příliš zobecňovat, ale i tam můžeme vidět v drtivé většině spokojenost na straně rodičů. Tato spokojenost převládala i u případů, kde komplexní péče o žáka byla na poměrně nízké úrovni. Tuto spokojenost můžeme částečně vysvětlit odbornou nepřipraveností rodičů (možnosti edukace, uplatnění prvků léčebné rehabilitace, apod.). V běžných základních školách může hrát svou roli i pocit nutnosti určitých nedostatků v péči, které jsou cenou za vzdělávání v běžné škole. Významnější ale pravděpodobně bude skutečnost, že ve sledovaných školách byly dobré osobní vztahy mezi rodiči/dítětem a učitelem, přičemž učitel dle názoru rodičů pracoval s jejich dítětem podle jejich představ. Takováto v podstatě nepoučená a neodůvodněná spokojenost (samozřejmě jen v některých případech) není příliš vhodným kritériem pro hodnocení kvality péče o dítě.

2. Speciálně pedagogická podpora žáka

Při práci s žáky s mentálním postižením používají učitelé více podpůrných opatření, než pro žáky s SPU. Tato skutečnost byla potvrzena údaji samotných učitelů, ale i pozorováním při hodinách. Otázkou je, zda počet realizovaných

opatření odpovídá potřebám žáků. U žáků s kombinací mentálního a tělesného postižení je situace ještě složitější, protože je nutné v průběhu vyučování aplikovat řadu aktivit z oblasti léčebné rehabilitace, které by se minimálně u žáků imobilních, měla objevovat prakticky každou vyučovací hodinu (např. alespoň polohování). Jak ukazují uvedené kasuistické případy, možné to jistě je, ale učitel musí vědět co a jak dělat. Zde opět narážíme na nutnost na jedné straně vzdělání učitele a jeho motivaci a na straně druhé kvalitní poradenskou podporu a materiální a organizační podmínky pro práci.

Pomůcky a učebnice

Většina učitelů používá alespoň nějakou pomůcku nebo učebnici, avšak 18% nepoužívá žádnou. Průměrně učitelé používají 2,5 pomůcky a učebnice na žáka. Velmi rozdílné bylo i vybavení pomůckami ve sledovaných kasuistických případech. Zcela samozřejmý je vozík u imobilních a také nějakým způsobem upravená lavice či židle. Variabilita u dalších pomůcek byla ale velmi značná. Od prakticky žádných až po desítky edukačních, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Obecně lepší je z pochopitelných důvodů vybavení škol speciálních, ale i zde budou velké rozdíly. Například ve školách, které byly před lety školami pouze pro žáky s lehkým mentálním postižením (Zvláštní školy) a kterou dříve děti s těžším postižením prakticky nenavštěvovaly, nemůžeme automaticky předpokládat dobré vybavení. Ilustrativní jsou v tomto případě uvedené kasuistické sondy.

DISKUSE

Zde se můžeme ptát: Kolik učebnic a pomůcek je užíváno ve speciální škole? Kvalifikovaně můžeme odhadnout minimální počet učebnic a pracovních sešitů. Vzhledem k počtu předmětů a v závislosti na typu školy to bude od pěti do cca dvaceti (ZŠ praktická ve vyšších ročnících). K tomu by bylo třeba přidat i užívané pomůcky a můžeme konstatovat, že počet pomůcek a učebnic v běžných školách je nižší, než ve školách speciálních. Přesné výsledky by však bylo možné získat jen obdobně koncipovaným výzkumem ve školách speciálních.

Další logicky navazující otázkou je: Je vůbec možné, aby byla každá škola s integrovaným žákem plně vybavena podle jeho potřeb? Možné to je jistě u učebnic a pracovních sešitů (to by měla být samozřejmost, ale není). Jiná situace je u

speciálních edukačních, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. I speciální školy se vybavují mnoho let a finanční prostředky musí sbírat z řady jiných zdrojů (projekty, sponzoři), což je vidět na příkladech z kasuistik. Faktem určitě je, že speciální škola může mít potřebné pomůcky hned po nástupu žáka, protože je užívá i pro žáky další, ale běžná škola takto vybavena nebude. U běžné školy musíme v našich podmínkách počítat s lety, než se škola vhodně vybaví. Často se toto vybavení zužuje pouze na otázku finanční, ale mnohdy důležitější jsou znalosti potřeb dítěte, znalosti učitele a orientace v nabídce na trhu. Pokud např. učitel neví, že existuje nasazovací okraj talíře pro žáka, který sám jídlo obtížně nabírá, pak ho žák mít nebude a přitom se cena pohybuje v řádu desetikorun. Podobně by bylo možné jmenovat další spoustu pomůcek, jako jsou různé držáky a další drobné kompenzační pomůcky, jednoduché polohovací pomůcky, apod.

IVP

Většina žáků s mentálním postižením v našem souboru byla vzdělávána dle IVP (chyběl ve 13 % případů) a celý proces výuky by tak měl respektovat stav žáka a jeho potřeby.

DISKUSE

IVP by měl být základním dokumentem pro vzdělávání žáka, ale pokud ho vytváří učitel bez potřebného vzdělání a v mnoha případech jen s malou podporou poradenských pracovníků, pak je otázkou, jaký tento dokument bude. Naplánování komplexní péče o žáka s postižením kombinovaným je jistě obtížné i pro zkušeného odborníka a v případě jeho sepsání praktickým laikem bez kontaktu s odborníky (připomínám jen, že s rehabilitačními pracovníky na ZŠ prakticky nikdo nespolečně pracoval) nebude pravděpodobně výsledek odpovídat potřebám dítěte. Formální existence IVP tedy rozhodně neznamená, že i výuka je opravdu individualizovaná a že jsou speciální potřeby žáka naplňovány.

Poradenství

Významnou součástí speciálně pedagogické podpory jsou jistě poradenské služby. Jejich význam je značný zejména u žáků integrovaných v běžných školách, které vlastními poradenskými pracovníky a speciálními pedagogy zpravidla

nedisponují. Zhruba čtvrtina učitelů se osobně setkává s pracovníky SPC nebo PPP alespoň jedenkrát v měsíci, což můžeme určitě považovat za intenzivní spolupráci. Bohužel na druhé straně máme 36% učitelů, jejichž kontakt se omezil na písemnou zprávu. Potěšující také není skutečnost, že více než čtvrtina učitelů není vůbec v kontaktu s nejpovolnější poradenskou institucí – SPC. Také s dalšími odborníky spolupracují učitelé poměrně málo – okolo 20% z nich je v kontaktu (alespoň 1x za rok) s nějakým dalším odborníkem mimo školu. S pracovníky v oblasti rehabilitace spolupracuje ta menšina učitelů, kteří je mají přímo ve škole, což není zdaleka samozřejmost ani u speciálních škol. Učitelé škol běžných s těmito pracovníky přijdou do kontaktu jen zcela výjimečně. I pracovníky, kteří jsou v každé škole (výchovný poradce) uvedlo jako spolupracující pouze polovina učitelů.

DISKUSE

Mnoho se hovoří o nutnosti týmové práce a o podpoře pro učitele ze strany dalších odborníků. Když se zamyslíme nad počtem lidí, se kterými učitel žáka s mentálním postižením spolupracuje a nad intenzitou spolupráce, docházíme k závěru, že se učitel s někým osobně poradí několikrát za rok a v některých případech ani to ne. Navíc je zde otázkou, zda je onen pracovník kompetentní v oblasti vzdělávání žáků s postižením mentálním nebo kombinovaným (např. výchovný poradce, pracovník PPP). Týmové porady, které známe například ze severských zemí, u nás tedy zatím běžnou realitou nejsou.

Asistent

Dalším pozitivním prvkem je ovlivňující podmínky pro vzdělávání žáků s mentálním postižením jsou asistenti pedagoga, případně osobní asistenti. Asistenta (případně vychovatele) má 36% a další třetina ho má alespoň na některé hodiny. Pomoc dalšího pracovníka je v tomto případě neocenitelná, v případě dětí s postižením kombinovaným je obtížně nahraditelná. Se změnami v systému sociálních služeb bude pravděpodobně přibývat i osobních asistentů a můžeme tedy doufat v pozitivní vývoj i v budoucnu. V souvislosti s přítomností druhého pracovníka je třeba vnímat i počet žáků, kterých je ve sledovaných třídách průměrně 16. V této kombinaci je, alespoň do počtu, personální zabezpečení na dobré úrovni. Toto dále posiluje i další péče, poskytovaná školou. Můžeme říci, že většina žáků

sledované skupiny dochází navíc na reedukace, individuálně pracují s pedagogem nebo logopedem, případně se účastní hodin Zdravotní tělesné výchovy.

DISKUSE

Je třeba si uvědomit, že asistent je „asistentem pedagoga“, tedy nikoli tím, kdo za výuku žáka odpovídá a kdo ji má plánovat. Požadavky na jejich vzdělání jsou poměrně nízké a jejich zkušenosti ze školství nebo dokonce z práce s dítětem s postižením jsou často nulové. Jsme-li personálně dobře vybaveni (16 dětí, dva pedagogové), ale ani jeden z pedagogů není připraven na práci s dítětem s mentálním postižením, pak výsledky práce nemusí být právě oslnivé. Existuje zde i řada rizik (viz. jednotlivé kasuistické sondy), jako je přílišná závislost dítěte na asistentovi a určitá izolace. Asistent se s dítětem učí, stále ho doprovází a ve snaze pomoci zvyšuje závislost dítěte na sobě. Neodborník se může snažit pomáhat, ale jeho pomoc jen snižuje nezávislost žáka, omezuje jeho kontakty, neumožňuje mu nácvik adaptace, vykonává řadu činností za něj, apod. Tato rizika by si měl každý učitel uvědomit a dle toho s asistentem pracovat.

Další otázkou je problém finanční. Budeme schopni zajistit rovné podmínky všem dětem? Dostane každé dítě asistenta? Pokud se bude integrační trend dále prohlubovat, potřeba asistentů bude velmi rychle růst a problémem budou nejen finance, ale také dostatečný počet lidí s předpoklady pro tuto práci, kteří ji budou za nevelký plat ochotni vykonávat.

Situace se dnes v různých krajích liší, neexistují jednotné podmínky a žádný „standard“, kdy (u jak závažných problémů) asistenty přidělovat. Budou se tedy dále objevovat případy, kdy žák s postižením kombinovaným asistenta nemá a v sousední škole má asistenty dítě třeba jen s lehkým mentálním postižením. Proklamované vyrovnávání podmínek pro vzdělávání všech dětí se tímto do jisté míry narušuje.

3. Léčebná rehabilitace

Léčebná rehabilitace je nutnou součástí komplexní péče o žáky sledované skupiny a její význam roste se závažností postižení žáka. Vzhledem k poměrně dlouhé době, kterou žák ve škole tráví, je nezbytné alespoň prvky léčebně-terapeutických aktivit do procesu edukace žáka implementovat. Řada z nich (např. polohování, relaxační aktivity, elementární stimulace rozvoje motorických

schopností) by měla postupovat veškerými denními aktivitami a je mnohdy podmínkou pro efektivní edukaci. Jedním z hlavních cílů péče (tedy i práce ve škole) je u těchto dětí zlepšení jejich zdravotního stavu, čehož můžeme dosáhnout i zařazením prvků léčebné rehabilitace do práce ve škole. Naopak jejich absence nebo špatné provádění může mít na zdraví žáka velmi neblahý dopad.

DISKUSE

Léčebná rehabilitace není běžnou součástí školních aktivit a není zakotvena ani ve většině dokumentů upravujících vzdělávání. Výjimkou z toho je ale například Rehabilitační vzdělávací program a měly by jím být i školní vzdělávací programy základních škol speciálních. U každého dítěte navíc máme za povinnost dbát jeho individuálních potřeb a respektovat jeho zdravotní stav. Léčebná rehabilitace je vlastně součástí péče o zdraví žáka a každá škola by této oblasti měla věnovat přiměřenou pozornost.

Často slyšíme argument, že zajištění této péče je nákladné a vybavit zejména běžnou školu pomůckami a personálem je velmi obtížné. Pro mnoho aktivit toto platí, ale v textu je uvedena i celá řada možností, jak s žákem pracovat bez velkých nákladů na speciální vybavení. Nutností jsou ale odborné kompetence učitelů a dalších pracovníků, kteří se na práci podílejí.

Velké nesnáze vyplývají ze skutečnosti, že uvedená složka komplexní péče spadá do resortu zdravotnictví a existují zde značné bariéry a nízká úroveň spolupráce mezi konkrétními institucemi, ale také na centrální úrovni (MŠMT, MZ). Tyto bariéry se odrážejí i v možnostech vzdělávání, protože je nesnadné příslušné vzdělávací programy, které jsou na hranici školství a zdravotnictví, vůbec akreditovat a na mnoho existujících programů zdravotnických mají pedagogičtí pracovníci velmi ztížený přístup nebo jim jsou příslušné vzdělávací akce uzavřeny zcela.

4. Běžná nebo speciální škola?

Na otázku, kterou formu vzdělávání volit, neexistuje jednoduchá odpověď. Rozhodování by ale vždy mělo vycházet z potřeb konkrétního dítěte na jedné straně a z podmínek obou typů škol na straně druhé. Mělo by dojít k posouzení obou možností a rodiče by měli poté kvalifikovaně rozhodnout. Přitom možností bývá

zpravidla více, například speciální škola (ZŠ praktická nebo speciální), spádová škola (ta žáka přijmout musí) nebo jiná běžná ZŠ. Často jsou doporučovány menší vesnické školy nebo školy, které mají s integrací žáků se zdravotním postižením zkušenosti.

Otázkou je také schopnost kvalifikovaného rozhodnutí. Sám pojem se užívá např. ve zdravotnictví, kde na základě možných řešení a poučení lékařem rodič kvalifikovaně volí intervenci pro své dítě. I v případě zásadního rozhodnutí o volbě vzdělávací dráhy by měl být rodič poučen nezávislým odborníkem, měl by se s jednotlivými možnostmi seznámit a poté volit. Nezávislým odborníkem ale můžeme jen trochu s omezením nazvat některé pracovníky SPC, protože SPC bývají součástí školy a mohou pociťovat tlaky ze strany vedení směřující k doporučení právě této speciální školy. Doposud se také při výběru školy jen málo využívá krátkých diagnostických pobytů (cca 1 – 2 týdny) před nástupem do první třídy, kdy mají obě strany (rodina – škola) šanci lépe se poznat a získat realističtější náhled na situaci. Mimo informací důležitých pro výběr školy, může tento pobyt pomoci učitelům pro náležitou přípravu na nástup dítěte (pobyty mohou probíhat na jaře před nástupem do školy).

Často jsou pro žáky s mentálním a kombinovaným postižením doporučované školy menší, které mají nižší počet žáků ve třídách a zpravidla příznivější klima. Žáci s postižením by se v nich měli cítit lépe a učitelé by na ně měli mít více času. I toto je představa mnohdy příliš zobecňující. Menší školy bývají malotřídní, tedy ve třídách jsou žáci více ročníků. Nezřídka mají nedostatek žáků a vezmou i více žáků s postižením a to bez náležitých podmínek. Přijatý žák je pak sice mezi 15 dětmi (místo běžných 25), ale ty jsou ze dvou ročníků a navíc se třeba musí o pozornost učitelky dělit s jiným žákem (žáky) s postižením.

Byť jsou v mnoha případech výsledky výzkumu pro školy běžné nepřilichotivé, neznamená to, že by automaticky komplexní péče o žáka s kombinovaným postižením byla kvalitnější ve škole speciální. I běžná škola kvalitní péči poskytnout může a ani speciální škola na druhou stranu není jednoznačnou zárukou kvality. Je proto třeba vždy posuzovat obě varianty nebo ještě lépe variant více (více konkrétních škol).

V řadě zjištění se ukazují u běžných škol nedostatky, které by bylo relativně snadné odstranit. Jedná se například o nevyužívání vhodných učebnic, nedostatečná aplikace prvků léčebné rehabilitace, žádný nebo jen písemný kontakt s odborníky, neexistence alespoň zárodku týmové spolupráce, malé (žádné) využívání diagnostických metod (ve škole zejména pro hodnocení postupu žáka), apod. V těchto případech není pro nápravu nutné velké množství financí nebo přijímání dalších pracovníků, nutné je ale zvyšovat kompetence všech pracovníků pro práci s těmito dětmi. Záměrně je uvedeno pracovníků a nikoliv třídních učitelů, protože samotný učitel bez podpory vedení školy, dalších pracovníků ve škole a poradenských pracovníků ve škole i mimo ni nemůže vše zvládnout sám.

5. Závěr

Při realizaci komplexní péče o žáky s kombinací mentálního a tělesného postižení existuje značné množství rizik a slabých míst, zejména při vzdělávání těchto dětí formou individuální integrace. Naše školy a učitelé v nich nejsou dostatečně připraveni na značné nároky, které na ně realizace této péče klade. Vinu ale není možné přenášet pouze na učitele, ale svůj díl nese i vedení škol, poradenské a vzdělávací instituce a v neposlední řadě orgány podílející se na řízení škol (kraje) a MŠMT jako konečný garant existujícího legislativního a finančního rámce, v němž je komplexní péče realizována.

Nutnou podmínkou pro kvalitní péči jsou odborné kompetence zúčastněných pracovníků nejen v oblasti edukace, ale také léčebné rehabilitace. Naplnění potřeb dětí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením v této oblasti je ještě obtížnější, než ve sféře edukace. Zejména u žáků integrovaných tato složka mnohdy absentuje, ale významné problémy můžeme očekávat u značného množství žáků s tímto postižením ve všech typech škol. Problém ještě umocňuje relativně velké množství těchto žáků v našich školách, protože naplnit plně jejich potřeby je náročné nejen finančně, ale obtížné je i zajištění odborníků schopných tuto práci kvalitně vykonávat.

5. Seznam použité literatury

1. BROEKAERT, E. (Ed). *Osnovy ortopedagogiky*. Moskva : Garant, 1999, ISBN 90-5350-878-3
2. *Časové řady z databáze ÚIV*. [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://stistko.uiv.cz/vo/rada.asp> >
3. *Činnost oboru dětského a dorostového v ambulantní péči v roce 2007*. [online] ÚZIS, 2008, [cit. 2009-03-20] Dostupné z: <http://www.uzis.cz/download.php?ctg=20&search_name=dorost®ion=100&kind=21&mnu_id=6200>
4. DOENGES, M. E., MOORHOUSE, M. F. *Kapesní průvodce zdravotní sestry*. Praha : Grada, 2001, ISBN 80-247-0242-8
5. EDELSBERGER, L A KOL.. *Defektologický slovník*. Jinočany : H&H, 2000, ISBN 80-86022-76-5
6. FABEROVÁ, M. A KOL. *Deskripce a analýza podmínek vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na 1. stupni ZŠ (grant MŠMT č. 2126)*. Hradec Králové : ÚPPE Pdf, 2006
7. FLUSSEROVÁ, Š. *Senzomotorika I. - úvod, hluboké stabilizační svaly*. [online] 2008 [cit. 2009-01-17]. Dostupný z: <<http://medicina.ronnie.cz/c-3866-senzomotorika-i-uvod-hlubo-ke-stabilizacni-svaly.html>>
8. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace pro učitele předmětu ošetrovatelství I*. Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, 2005, ISBN 80-239-6132-2
9. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v ošetrovatelské péči (skriptum pro kurz)*. Frýdek-Místek : Institut Bazální stimulace, 2005
10. FRIEDLOVÁ, K. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1314-4
11. *General Information about Severe and/or Multiple Disabilities (Fact Sheet Number 10)*. [online] Washington : National Information Center for Children and Youth with Disabilities, 1997 [cit. 2007-12-15]. Dostupný z: <http://www.kidsource.com/NICHCY/severe_disable.html>

12. GÚTH, A. A KOL. *Liečebné metodiky v rehabilitácii pre fyzioterapeutov*. Bratislava: LIEČREH GÚTH, 2005, ISBN 80-88932-16-5
13. HÁJEK, P. *Jóga pro děti*. [online] [cit. 2009-1-17]. Dostupný z: <http://www.volny.cz/sujcz/deti/starkova/DECH_A5.DOC>
14. HALADOVÁ, E. A KOL. *Léčebná tělesná výchova*. Brno : Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2007, ISBN 978-80-7013-460-3
15. HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha : Portál, 2000, ISBN 80-7178-303-X
16. HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha : Portál, 2005, ISBN 80-7367-040-2
17. HINCHCLIFFE, A. *Children with cerebral palsy*. London : ITDG, 2003, ISBN 1-85339-565-X
18. *ICF Browser*. [online]. WHO, [cit. 2009-02-13]. Dostupný z: <<http://www.who.int/classifications/icfbrowser/>>
19. *ICF Introduction* [online]. WHO, [cit. 2007-12-3]. Dostupný z: <<http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm?myurl=introduction.html%20&mytitle=Introduction>>
20. *International classification of functioning, disability and health*. Resolution of The WHO (WHA54.21) [online] 2001, [cit. 2008-4-10]. Dostupný z: <<http://www.who.int/classifications/icf/wha-en.pdf>>
21. JAROLÍMKOVÁ, A. Evidence based medicine a její vliv na činnost lékařských knihoven a informačních středisek. In *Národní knihovna*. [online] 2009, ročník 15, č.2/2004 ISSN 1214-0678 [cit. 2009-01-20]. Dostupný z: <<http://knihovna.nkp.cz/pdf/0402/0402075.pdf>>
22. JESENSKÝ, J. *Základy komprehenzivní speciální pedagogiky*. Hradec Králové : Gaudeamus, 2000, ISBN 80-7041-196-1
23. KÁBELE, F. *Základy speciální pedagogiky pro výchovné poradenství*. Praha : SPN, 1986
24. KUČMOVÁ, M. *Kasuistická studie žáka s kombinovaným postižením integrovaného v ZŠ*. [Diplomová práce]. Hradec Králové : PdF UHK, 2008
25. KŘÍŽ, V. Quo vadis rehabilitace v České republice? In *Rehabilitácia*. 1/2000, [online] ISSN 0375-0922, [cit. 2009-4-19]. Dostupný z:

- http://www.rehabilitacia.sk/images/rehabilitacia/casopis/sk/REHSK_2000_1.pdf
26. *Léčebná rehabilitace*. Klinika dětské hematologie a onkologie FN Motol [online] 2009 [cit. 2009-1-17]. Dostupný z: <http://kdho.fnmotol.cz/rodiceapacienti/?page=4>
 27. MACKOVÁ, J. *Kasuistická studie žáka s kombinovaným postižením integrovaného v ZŠ*. [Diplomová práce]. Hradec Králové : PdF UHK, 2008
 28. MACLENNAN, A., H. The origins of cerebral palsy - a consensus statement. In *The Medical Journal of Australia* [online] 1995, [cit. 2008-4-10]. Dostupný z: <http://www.mja.com.au/public/misc/mclann/mclann.html>
 29. *Manuál pro tvorbu školních vzdělávacích programů v základním vzdělávání*. Praha : VÚP, 2005
 30. MCDONALD, G., OXFORD, M. *History of Independent Living*. [online] 2009 [cit. 2009-0-3]. Dostupný z: <http://www.acils.com/acil/ilhistory.html>
 31. *Mentální retardace*. Wikipedie [online] [cit. 2008-11-17]. Dostupný z: http://cs.wikipedia.org/wiki/Ment%C3%A1ln%C3%AD_retardace
 32. MICHALÍK, J. *Školská integrace žáků s postižením na základních školách v České republice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2000, ISBN 80-244-1045-1
 33. MÜLLER, O. A KOL. *Terapie ve speciální pedagogice*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2005, ISBN 80-244-1075-3
 34. NAZAROVA, N. M., a kol. *Specialnaja pedagogika*. Moskva : Academia, 2002, 2. vydání, ISBN 5-7695-0835-3
 35. OPATŘILOVÁ, D. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno : MU, 2005, ISBN 80-210-3819-5
 36. PAPIKOVÁ, V. *Online nástroje pro podporu klinického rozhodování*. [online] 2007 [cit. 2009-4-15] Dostupný z: [http://www.aip.cz/download/20071114_Sem_NLK_Papikova.pps#256,1,Online nástroje pro podporu klinického rozhodování](http://www.aip.cz/download/20071114_Sem_NLK_Papikova.pps#256,1,Online_nastroje_pro_podporu_klinického_rozhodovani)
 37. PAVLŮ, D. *Speciální fyzioterapeutické koncepty a metody*. Praha : Akademické nakladatelství CERM, 2003, ISBN 80-7204-312-9

38. PETRŽELA, M. *První pomoc pro každého*. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-2246-7.
39. PETŘÍKOVÁ, J., ZIKL, P. Podmínky pro rozvoj speciálně pedagogických kompetencí učitelů 1. stupně ZŠ (výsledky výzkumu). In *ACTA HUMANICA*, 2007, č. 1, Katedra pedagogiky, psychologie a sociálních věd FPV ŽU, Žilina, ISSN 1336-5126
40. PLAVKA, R. K problematice vytyčování hranic viability plodu. In *Medical Tribune* č. 4/2007, [online] 2007 [cit. 2008-11-16]. Dostupný z: <<http://www.tribune.cz/archiv/mtr/122/3580>>
41. POSPÍŠIL, J. *Polohování*. [online], 2007 [cit. 2009-01-12]. Dostupný z: <<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=polohovani&cislocclanku=2007080005>>
42. POSPÍŠIL, J. *Stabilizovaná poloha*. [online], 2007 [cit. 2009-01-12]. Dostupný z: <<http://www.prvni-pomoc.com/view.php?navezclanku=stabilizovana-poloha&cislocclanku=2007080007>>
43. *Positioning*. [online], 2008 [cit. 2009-01-12]. Dostupný z: <<http://www.novita.org.au/Content.aspx?p=73>>
44. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. Praha : Portál, 1995, ISBN 80-7178-029-4
45. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. Praha : Portál, 1997, ISBN 80-7178-170-3
46. RAKAŠOVÁ, J. *Kasuistická studie žáka s kombinovaným postižením integrovaného v ZŠ*. [Diplomová práce]. Hradec Králové : PdF UHK, 2008
47. *Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání*. Praha : VÚP, 2004
48. *Rámcový vzdělávací program pro obor vzdělání základní škola speciální*. Praha : VÚP, 2008
49. *Rehabilitace po cévní mozkové příhodě*. Praha : Grada, 2004, ISBN 80-247-0592-3
50. Rehabilitační vzdělávací program pomocné školy. In *Věstník MŠMT ČR*, ročník 59, sešit 8, 2003, č.j. 15 988/2003–24

51. RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. a kol. *Speciální pedagogika*. Olomouc : Univerzita Palackého, 2003, ISBN 80-244-0873-2
52. RIPPEROVÁ, E. *Kasuistická studie žáka s kombinovaným postižením integrovaného v ZŠ*. [Diplomová práce]. Hradec Králové : PdF UHK, 2008
53. *Rodička a novorozenec 2005*. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online] 2006 [cit. 2008-11-17]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/article.php?article=356&order=&sort=&mnu_id=5150>
54. *Rodička a novorozenec 2007*. Praha : ÚZIS, 2008, ISBN 978-80-7280-790-1
55. ROUTNEROVÁ, M., BERÁNEK, J., HŘEBÍKOVÁ, M. *Základy neurofyzologie pro speciální pedagogy, facilitace ontogenetického vývoje*. Praha : Centrum ucelené rehabilitace Roseta, 2001
56. ROZSYPALOVÁ, M. O KOL. *Péče o nemocné*. Praha : Avicenum, 1980, ISBN 08-004-80
57. ŘASOVÁ, K. *Fyzioterapie u neurologicky nemocných*. Praha : Ceros, 2007, ISBN 978-80-239-9300-4
58. ŘÍČAN, P. *S Romy žít budeme – jde o to jak*. Praha : Portál, 1998, ISBN 80-7178-250-5
59. ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. A KOL. *Dětská klinická psychologie*. Praha : Grada, 2006, ISBN 80-247-1049-8
60. SEIDL, Z., OBENBERGER, J. *Neurologie pro studium a praxi*. Praha : Grada, 2004, ISBN 80-247-0623-7
61. *Sdělení MŠMT o ukončení pokusného ověřování "Integrace žáků s mentálním postižením do základních škol"*. Sdělení MŠMT č.j. 10849/2004-24
62. *Severe and/or Multiple Disabilities* [online]. National Dissemination Center for Children with Disabilities, 2004. [cit. 2007-10-19]. Dostupné z: <<http://www.nichcy.org/pubs/factshe/fs10txt.htm>>
63. SLOWÍK, J. *Speciální pedagogika*. Praha : Grada, 2007, ISBN 978-80-247-1733-3
64. SNELL, M. E. Severe and Multiple Disabilities, Education of individuals With. In *Encyclopedia of Education* [online]. New York : Macmillan Reference, 2002. Ed. James W. Guthrie. Vol. 6. 2nd ed. [cit. 2007-10-16]. Dostupné z: <<http://find.galegroup.com/>>.

65. *Sociální situace domácností ČR v grafech*. Český statistický úřad, [online] 2005, [cit. 2008-10-10]. Dostupný z: <<http://www.czso.cz/csu/edicniplan.nsf/p/3008-03>>
66. SOVÁK, M. *Nárys speciální pedagogiky*. Praha : SPN, 1986
67. *Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2003/2004*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/98>>
68. *Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2004/2005*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/98>>
69. *Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2005/2006*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/98>>
70. *Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2006/2007*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/98>>
71. *Statistická ročenka školství - Výkonové ukazatele 2007/2008*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/98>>
72. SZABOVÁ, M. *Preventivní a nápravná cvičení*. Praha : Portál, 2001, ISBN 80-7178-504-0
73. *Školství v ČR – vývojová ročenka 1995/1996-2004/2005*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/584>>
74. *Školství v ČR – vývojová ročenka 2002/2003-2007/2008*. Ústav pro informace ve vzdělávání [online], [cit. 2009-04-8]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/rubrika/713>>
75. ŠVARŤÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. A KOL. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha : Portál, 2007, ISBN 978-80-7367-313-0
76. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y. Rehabilitace v ČR. In *Florence*. č. 3/2006, [online] Ambit Media, [cit. 2009-01-10]. Dostupný z: <<http://www.florence.cz/cislo.php?stat=118>>

77. THOROGOOD, CH. Cerebral Palsy. In *e-medicine* [online] 2009, [cit. 2009-03-22] Dostupné z: <<http://www.emedicine.com/pmr/topic24.htm>>
78. TITZL, B. Cílové skupiny současné speciální pedagogiky. In FRANIOK, P., KOVÁŘOVÁ, R. (ed). *Rovné příležitosti v edukaci osob se speciálními potřebami*. Ostrava : Pedagogická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2009, ISBN 978-80-7368-654-3
79. TYSON, J. E., PARIKH, N. A., LANGER J., GREEN CH., HIGGINS R. D. Intensive Care for Extreme Prematurity — Moving beyond Gestational Age. In *The New England Journal of Medicine*. 2008, N. 16, ISSN 1533-4406
80. TROJAN, S. A KOL. *Fyziologie a léčebná rehabilitace motoriky člověka*. Praha : Grada, 2005, ISBN 80-247-1296-2
81. *Trendy vývoje zdravotnických dat v SR a ČR v letech 1994-2004*. Aktuální informace č. 1/2007 [online] 2007 [cit. 2008-11-17]. Dostupný z: <www.uzis.cz/download_file.php?file=2952>
82. VAŠEK, Š. A KOL. *Špeciálna pedagogika (terminologický a výkladový slovník)*. Bratislava : SPN, 1995, ISBN 80-08-00864-4
83. VOKURKA, M., HUGO, J. A KOL. *Velký lékařský slovník*. 6. vydání. Praha : Maxdorf, 2006, ISBN 80-7345-105-0
84. VOTAVA, J. A KOL. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. Praha : Karolinum, 2005, ISBN 80-246-0708-5
85. VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha : Portál, 2004, ISBN 80-7178-802-3
86. VAŠEK, Š. A KOL. *Špeciálna pedagogika, terminologický a výkladový slovník*. Bratislava : Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1995, ISBN 80-08-00864-4
87. VAŠEK, Š. *Základy špeciálnej pedagogiky*. Bratislava : Sapiientia, 2003 ISBN 80-968797-0-7
88. VÍTKOVÁ, M. (ed.) *Integrativní speciální pedagogika*. Brno : Paido, 2004, ISBN 80-7315-071-9
89. VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno : Paido, 2006, ISBN 80-7315-134-0

90. Vyhláška, kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. 505/2006 Sb. ve znění 340/2007 Sb.
91. Vyhláška Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy ze dne 7. května 1997 o speciálních školách a speciálních mateřských školách. 127/1997 ve znění 236/2003 Sb.
92. Vyhláška o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních. 72/2005 Sb.
93. Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných. 73/2005 Sb.
94. Vyhláška o základním vzdělávání a některých náležitostech plnění povinné školní docházky. 2005/48 Sb.
95. Výkaz o základní škole (S 3-01), Metodický pokyn. [online] 2008, [cit. 2008-11-15]. Dostupný z: <<http://www.uiv.cz/clanek/96/1317>>
96. WINTER, S., AUTRY, A., BOYLE, C., YEARGIN-ALLSOPP, M. Trends in the Prevalence of Cerebral Palsy in a Population-Based Study. In *Pediatrics* Vol. 110 No. 6, [online] 2002, [cit. 2008-4-10]. Dostupný z: <<http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/abstract/110/6/1220>>
97. Zákon o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). 561/2004 ve znění 49/2009 Sb.
98. Zákon o sociálních službách. 108/2006 Sb. ve znění 274/2008 Sb.
99. Zásady sportu zdravotně postižených. MŠMT ČR č.j.: 16 841/2008-50_P-VII. [online] 2008, [cit. 2008-11-18]. Dostupný z: <<http://www.msmt.cz/sport/zasady-programu-vii-sport-zdravotne-postizenych>>
100. ZIKL, P. Žák s kombinovaným postižením v základní škole. In *Speciální pedagogika*, 2008, č. 1, ISSN 1211-2720
101. ZIKL, P. A KOL. *Realizace ucelené rehabilitace dětí s kombinovaným mentálním a tělesným postižením v běžných ZŠ a ve školách speciálních (grant MŠMT č. 2110)*. Hradec Králové : ÚPPE, 2007
102. ZIKMUND, J. *Výsledky u novorozenců porozených na hranici životaschopnosti* [online] 2009 [cit. 2009-04-20]. Dostupný z: <http://www.porodnici.cz/vyb-novorozenec-ruzne?&confirm_rules=1>

103. ŽIVNÝ, B., SEVERA, S. *Intelekt – hnací motor vývoje hybnosti u DMO*.
[online] [cit. 2008-10-12]. Dostupný z:
<http://neurocentrum.cz/DMO_info.htm#intelekt>

6. Seznam příloh

příloha č.:

1. Dotazník pro učitele (kvantitativní výzkum)
2. Záznamový arch (kvantitativní výzkum)
3. Záznamový arch – rozhovor s učitelem (kvalitativní výzkum)
4. Záznamový arch – rozhovor s asistentem (kvalitativní výzkum)
5. Záznamový arch – rozhovor s rodičem (kvalitativní výzkum)
6. Hospitační záznam (kvalitativní výzkum)
7. Pozorovací arch - výuka (kvalitativní výzkum)
8. Léčebná rehabilitace -záznamový arch - pozorování, rozhovor s učitelem (kvalitativní výzkum)