

PROBLÉMY ŠKOLSKÉ PÉČE O ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ DĚTI A ŽÁKY V ČESKÉM ŠKOLSKÉM SYSTÉMU

Václav Mertin

Klíčová slova: speciální školství, zdravotně postižené dítě, integrace zdravotně postižených dětí, medicínský model, pedagogický model, zdravotní postižení, speciální vzdělávací potřeby.

Anotace: Studie se zabývá současným systémem zařazování zdravotně postižených dětí a žáků ve školství České republiky. Popisuje postup učitelů i podpůrných institucí nezbytných pro poskytování speciální pedagogické péče. Rozebírá stávající tzv. medicínský model školské péče, pracující se zdravotním postižením. Proti němu staví tzv. pedagogický model, vycházející ze speciálních vzdělávacích potřeb každého jedince.

Úvod

Školské předpisy vždy ve větší či menší míře určují školskou praxi. Je také pravda, že předpisy vycházejí mj. ze stavu poznání příslušných vědeckých disciplín v konkrétní době. Současně je nepochybné, že ani praxe nezůstává bez vlivu na teorii a tvorbu předpisů. Mezi praxí, teorií a předpisy existuje dynamická rovnováha, která udržuje trvalé pnutí a podněcuje změny v příslušné oblasti.

Za každou praktickou školskou činností můžeme najít některou teoretickou reflexi, ze které praxe vychází nebo na kterou ji lze převést. Je lhostejné, zda si praktikující subjekt (rodič, učitel, psycholog) tuto souvislost mezi praxí a teorií uvědomuje nebo ne. Silný odpor vůči tzv. teorii (reflexi a zobecnění praktické činnosti), který pozorujeme u řady praktiků, je záludný v tom, že dovoluje, aby odborná praxe působila náhodně prostřednictvím pokusu a omylu bez využití nashromážděných odborných zkušeností. Nenacházíme pak prakticky žádný zásadní rozdíl mezi odborníkem a laikem, mezi odborným a „hospodským“ poznatkem. Tato

úvaha pochopitelně platí i pro vytváření systémů (školský, poradenský).

I školská a poradenská praxe staví na konkrétních teoriích. Např. výrazný vliv má pojetí dítěte, význam, který je přisuzován genetickým vlivům a faktorům prostředí, názory na normalitu, na hnací síly psychiky, na zacházení s nemocí apod. Je jasné, že v průběhu doby dochází k nemalým systémovým změnám, které vždy v nějaké míře odrážejí nejen změny společenské, ale i vývoj příslušných vědních disciplín.

Ve svém příspěvku se pokusím reflektovat model, se kterým pracuje náš školský systém při poskytování speciální (dříve zvláštní) péče. Pokusím se pojetí převést z podoby nezřetelné, implicitní, do jasněji sdělené. Současně se pokusím naznačit možné směry vývoje v této oblasti.

Kterým dětem poskytuje náš školský systém speciální pedagogickou pomoc?

Je nezbytné definovat cílovou skupinu, pro kterou je speciální péče v našem

školství určena. Ve vyhlášce, která upravuje podmínky poskytování speciální péče ve školství, se vyskytuje termín zdravotně postižení žáci (Vyhláška o speciálních školách č. 399/91 Sb.). V téže vyhlášce jsou zřetelně vymezeny kategorie zdravotního postižení, které naše školství používá. Jde o sluchově, zrakově, tělesně, mentálně postižené, děti a žáky s vadami řeči, se specifickými vývojovými poruchami chování a schopností učení, nemocné nebo zdravotně oslabené, pro děti při dětských domovech... Výhradně pro tyto děti a žáky je určena speciální péče.

Jak vyplývá z celkového názvu kategorie i z názvů a popisů postižení, jde do značné míry prvotně o tradiční medicínské kategorie.

Z celé možné škály lékařských diagnóz využívá školství pouze některé jako podmínku pro poskytování speciální pedagogické pomoci. Není mi známo, že by bylo možné do kategorie zdravotně postižený zařadit ve školství např. žáky trpící cukrovkou, chronickým zánětem ledvin, astmatem, depresí, autismem, neurózami apod. Školství nikde neuvádí pravidla, podle kterých vybralo právě dotyčné kategorie zdravotního postižení.

Navíc, některé kategorie zdravotního postižení jsou svou povahou jednoznačně medicínské (např. tělesné postižení), jiné zpravidla nikoli (např. patlavost). U dalších postižení sice předpokládáme narušení centrální nervové soustavy, nicméně v současnosti je dostupná pouze psychologická či pedagogická úroveň diagnózy (např. dyslexie, lehká mozková dysfunkce). Je ale pravda, že ani v této podobě zdravotnictví diagnózy dočasně neopustilo. Školství také zahrnuje do skupiny zdravotně postižených děti, u kterých není potřeba speciální péče dána nějakou konkrétní chorobou, ale jsou z různých důvodů dlouhodobě hospitalizované a jsou vzdělávány ve školách při nemocnicích. Školství poskytuje speciální pomoc i dětem,

kteří rozhodně nelze pokládat za zdravotně postižené - jde např. o děti s poruchami chování (diagnostické ústavy, výchovné ústavy). Podobný případ představují děti umístěné v dětských domovech. Pokud zde vznikne škola, patří do systému speciálních škol.

Za naprosto nepřehlednou nebo nesrozumitelnou pokládám kategorii dětí zdravotně oslabených, kterým je rovněž poskytována speciální péče v mateřských školách. Naproti tomu žákům, kteří jsou zdravotně oslabeni a navštěvují základní školu, podobná speciální pomoc poskytována není.

Závěr

Naše školství vychází při poskytování speciální pedagogické pomoci vesměs z medicínských kategorií, ovšem činí tak nesystematicky, nedůsledně a s chybami.

Postup při rozhodování o speciální péči

Kategorii zdravotní postižení využívá školství k tomu, aby s její pomocí popsalo děti, kterým poskytne speciální pedagogickou pomoc. Postup je v současnosti následující:

U žáka je shledán učiteli a/nebo rodiči problém. Je konstatován volně, bez podmínek a bez stanovených odborných kritérií. Tato informace bývá leckdy velmi obtížně interpretovatelná, protože vyjadřuje pouze to, že dotyčný má s dítětem starosti, nebo že vidí problém. O skutečné kvalitě a o intenzitě problému nevypovídá zpravidla nic.

Toto zjištění je ovšem z hlediska stanovení diagnózy postižení a případných školských opatření irelevantní, dokud žák nenavštíví odborné pracoviště, které je oprávněno diagnostikovat a stanovit příslušné zdravotní postižení. V případě některých posti-

žení je to opravdu zdravotnické zařízení, v jiných případech to jsou ryze školská zařízení, jako např. pedagogicko-psychologické poradny a speciálně pedagogická centra. K přidělení diagnózy dyslexie je dostatečná speciálně pedagogická a psychologická diagnostika. Zatím ji ovšem nemůže provádět ani školní psycholog či školní pedagog, protože nejsou uvedeni v žádném předpisu. Slovo „zdravotní postižení“ je v tomto případě každopádně matoucí.

Odborné zdravotnické či poradenské zařízení také konstatuje závažnost postižení, čímž nepřímo rozhodne o poskytnutí speciální školské péče. Odborník-učitel se musí vyjádřit o pedagogickém opatření. Musí rozhodnout o tom, zda postižení je pedagogicky natolik závažné, že vyžaduje umístění do speciální školy (přitom přefazení do speciální školy je pedagogické, nikoli medicínské opatření). Pokud je postižení z pohledu odborníka méně závažné, pedagog nemůže toto rozhodnutí zvrátit s ohledem na to, jak závažné jsou problémy ve škole. To platí i v případě, že s dítětem jsou výrazné problémy.

Na základě tohoto konstatování odborníka může školský systém poskytnout žákovi speciální péči ve speciální škole, speciální nebo specializované třídě, nebo ho může integrovat do běžné třídy základní školy a speciální péči mu poskytuje zde. V některých případech mu také neposkytuje žádnou speciální péči.

Problém je totiž v tom, že náš školský systém zatím není odborným posudkem závázán, aby tuto péči poskytl. Proto se také může stát, že někteří ředitelé základních škol diagnostikovaného a integrovaného zdravotně postiženého žáka a jeho postižení vůbec neuvedou ve statistickém výkazu a zřejmě se i k postiženému dítěti chovají, jako kdyby postižené nebylo. Jistě se tak nestane v případě vážného postižení zraku či sluchu. Pokud je mi známo, tento problém se nejvíc

týká dětí trpících výraznými formami specifických poruch učení nebo chování. Stejný postoj zaujímají někteří učitelé, kteří naprosto nerespektují odbornou diagnózu postižení. Existují signály, že podobným způsobem instruují školy i školské úřady (Učitelské noviny, 1997, 1, str. 21).

Závěr

Speciální pedagogická péče je v našich školách poskytována na základě medicínských, psychologických a jen částečně snad i speciálně pedagogických rozhodnutí. Poskytnutí ani minimální speciální péče postiženým dětem není pro školství povinné, záleží na možnostech, ochotě, porozumění řídících pracovníků ve školství.

Pozn.: V poradenské klientele se relativně často setkávám s dětmi, jejichž problémy byly zřetelné od nástupu dítěte do školy, nikdo se jimi nezabýval a po několika letech narůstajících problémů jen všichni krčíme rameny s tím, že se stala chyba, že nebyly peníze ani speciální nebo specializovaná třída, či poradenská kapacita a dnes už se nedá nic dělat. Pokud stát přijme v plném rozsahu vedle práv i zodpovědnost za odpovídající vzdělávání postižených dětí, bude pak možné domoci se např. toho, že v případě pochybení či zanedbání péče o postiženého jedince bude školský úřad povinen zaplatit mu poplatky za nezávislé odborné vyšetření, soukromé vzdělávání i za soukromé speciálně pedagogické vedení.

Pokračování medicínského modelu?

Při poskytování speciálně pedagogické péče předává školství značné množství rozhodovacích pravomocí mimo resort školství nebo do nezávislých odborných školských institucí. Nezávislí odborníci

rozhodují o tom, jaké podmínky musí splnit ti, kterým má být přidělena diagnóza zdravotní postižení. V této souvislosti je podstatná otázka kritérií postižení.

Není patrně velkých sporů, když dítě nevidí, neslyší, trpí mentálním postižením v pásmu hluboké retardace nebo když v 15 letech nepozná písmena při normálním intelektu apod. Hluboké postižení bývá evidentní.

Přechod mezi zdravotním postižením, které vyžaduje speciální péči ve speciální škole, a zdravotním postižením, které vyžaduje pouze drobnou občasnou pomoc či přihlídnutí běžného učitele, je velmi pozvolný. Neměli bychom zapomínat, že hranice mezi oběma skupinami jsou stanoveny dohodou. Např. lehká převodní nedoslýchavost jistě nevyžaduje speciální třídu, je však nezbytné, aby učitel se choval k žákovi adekvátně. Vzhledem k předpokládanému normálnímu rozložení se můžeme s úspěchem domnívat, že právě nejlehčích postižení nebo hraničních stavů je nejvyšší procento.

Značná část dětí se tedy nachází v pásmu, kdy problémy nepochybně existují, ale je věcí dohody, zda budou posouzeny jako příznak postižení, či dolního pásma normálu. Např. v našich zemích (nikoli ve světě) se názory na hranice pro mentální postižení z hlediska tradičně zjišťované úrovně rozumových schopností pohybují mezi 70 a 90 body IQ. Tento rozptyl je značný. V prvním případě bychom jako mentálně postižené označili přibližně 3 % populace, zatímco ve druhém případě až 25 %. Velmi podobná úvaha se týká např. specifických poruch učení a chování. Odborníci nejsou schopni sjednotit se na jedné kritériích. Z toho vyplývá, že v různých státech, nebo dokonce v jednom státě mohou jednotliví odborníci používat pro diagnostiku jednoho postižení podstatně odlišná kritéria.

Na tento možný chaos se dá podle mého soudu zareagovat jediným způsobem. Minis-

terstvo školství rozhodne a úředně stanoví kritéria, která musí dítě splnit, aby mohlo být ve školství začleněno do některé kategorie zdravotně postižený. Tato kritéria jasně sdělí odborné i laické veřejnosti. Takto vyhlášená kritéria bude muset každý odborník přijmout vždy, když bude od školského systému požadovat respektování diagnózy zdravotního postižení a zároveň finanční příspěvek a speciální pomoc pro konkrétní dítě. Pro přechodnou dobu bude žádoucí akreditovat pracoviště, která směji po splnění předepsaných kritérií vystavovat pro školství posudky. Naše ministerstvo školství se tomuto postupu zatím brání s tím, že odborníci diagnostikují roky tato postižení i bez vyhlášených kritérií.

Lze uvažovat i o stanovení minimálních požadavků na vyšetření. Kupříkladu: jako podklad pro stanovení diagnózy specifická porucha učení nesmí scházet verbální a neverbální test inteligence, musí být zdokumentovaná výkonnost ve čtení a v psaní po dobu nejméně šesti měsíců alespoň ve dvou prostředích, musí být k dispozici výsledky percepčně kognitivních zkoušek...

Je nepochybné, že tato kritéria nebudou výlučně odbornou záležitostí. Souvisejí rovněž s množstvím peněz, které do dané oblasti školského systému může a chce společnost vložit, i s množstvím odborníků, kteří jsou s to se postiženým dítětem věnovat. Je tedy nemalá pravděpodobnost, že v průběhu doby bude možné kritéria pro přidělení diagnózy zdravotního postižení ve školství lehce zmírňovat, případně rozšiřovat počet diagnostických kategorií, na které jsme schopni myslet při poskytování speciální vzdělávací školské péče.

Naše školství postupovalo po roce 1989 zcela opačně. Nejprve významným způsobem podpořilo integraci postižených dětí. Prohlásilo, že finanční podpora pro postižení je určena pro děti a žáky bez ohledu

na to, zda jsou umístěni ve speciálním, nebo běžném školství. Současně však nevyplynulo jasná pravidla. Teprve když pochovalo, že takto koncipovaná péče podstatně rozšíří počet těch, kteří mají nárok na příplatek za postižení, a tak se zvýší částka vynakládaná na speciální péči, začalo zpřísňovat podmínky pro poskytování příplatku. Ve školním roce 1995/96 mělo například jedno stejně postižené dítě nárok na 3 stupně příplatků s ohledem na to, do jakého zařízení se dostane. Postižené dítě integrované do běžné třídy základní školy mělo nárok na zlomek prostředků určených na postižení. Tím je fakticky bráněno v podpoře integrace. Pro školní rok 1996/97 jsou snad finanční poměry příznivější, avšak principiálně zůstává systém dále nepřehledný.

Až dosud popisovaný přístup našeho školství označuji jako medicínský. Tento model má nesporný pozitivní historický význam. Je dobře známo, že v minulosti přicházely z medicíny (z klinické psychologie) významné podněty pro pedagogickou praxi. Např. problematiku specifických vývojových poruch v oblasti čtení uvedli do našeho povědomí zejména lékaři a kliničtí psychologové. Tento přístup prosadil a přinesl odbornou pedagogickou pomoc dětem, které by jinak byly ze školského systému vyčleněny, nebo by vzhledem ke svému postižení v běžné škole značně trpěly. Pokusil jsem se ukázat, že tento model není alespoň v posledních letech naplňován důsledně. Další otázkou je, nakolik vyhovuje potřebám dnešní praxe a současným odborným poznatkům.

Jak jsem výše uvedl, východiskem tohoto modelu je zdravotně postižené dítě (žák). Dítě musí být zdravotně postižené (tedy prvotně jde o medicínskou nebo s přimhouřeným okem psychologickou diagnózu) a teprve pak je mu poskytnuta přísluš-

ná zvláštní (speciální) pedagogická pomoc. V řadě případů nenastává problém, protože zdravotní postižení nese s sebou automaticky speciální vzdělávací potřeby (zejména u těžších forem postižení). Některé zdravotní postižení má však jen minimální, nebo dokonce vůbec žádné požadavky na pedagogickou péči odlišnou od běžně poskytované. V praxi je proto stejně nezbytné, aby se nakonec školství vyjádřilo, zda u diagnostikovaného postižení je nutná speciálně pedagogická péče.

Péče však není poskytnuta všem zdravotně postiženým dětem, ale pouze těm, u kterých jsou problémy natolik závažné, že by indikovaly zařazení do speciálního školství. V tomto modelu tedy mají kritéria rozhodující význam. Podle nich přidělujeme diagnózu, a tak více či méně rozhodujeme o speciální školské péči.

Dnes nám však tento model vyhovuje stále méně. Všimněme si například sporů kolem zvláštních škol: Z medicíny, event. z psychologie přichází vcelku jasný signál o tom, co je mentální postižení (mentální retardace, oligofrenie). Pokud by se naplnil výše uvedený postup, je zřejmé, že v základních školách, na rozdíl od současné praxe, zůstanou děti, které nenaplníují diagnostickou kategorii mentální postižení, event. jejich postižení není natolik vážné, že by vyžadovaly vzdělávání ve speciální škole. Pedagogové preferují jiný přístup a jako podstatné kritérium pro přefazování do zvláštní školy uvádějí výukové selhávání (což je pedagogická kategorie), neschopnost zvládat požadavky základní školy. Aktuální výkon, dlouhodobá výkonnost, projevy, chování dítěte jsou rozhodujícím kritériem pro poskytnutí speciální péče. Tento spor podle mě dokumentuje spor obou pojetí, tedy přístupu medicínského a dále uváděného přístupu pedagogického.

Pojetí nemoci v medicínském modelu

Tradiční medicínský model vychází z určitého pojetí problému, poruchy, nemoci. Problém patří dítěti, diagnostikujeme proto dítě a intervenci směřujeme téměř výlučně na dítě i tam, kde si podstatněji „léčení“ zasluhuje rodina nebo škola. Např. v případě školní zralosti diagnostikujeme dítě, jeho předpoklady pro školu. Podobně v případě dyslexie hledáme charakteristiky na straně dítěte. Jistě není náhoda, že jsme diagnostikovali právě dítě, ale stejně dobře jsme mohli vzít za základ diagnózy zralost školy a zkoumat, nakolik je škola zralá, připravená přijmout do prvních ročníků tu nesmírně pestrou paletu dětí.

V modernějším pojetí vyplývá výsledný verdikt o zralosti dítěte z toho, jak posoudíme dítě, rodinu a školu. Důležitá je přitom interakce mezi jednotlivými faktory. Zatímco diagnostika rodiny je již poměrně přijímanou skutečností, k hlubší pedagogicko-psychologické diagnostice školy a učitele se teprve budeme muset dopracovat.

Pedagogický model

Existuje nemalá skupina dětí, které prokazatelně potřebují výraznou a dlouhodobou pedagogickou pomoc a které současně nejsou zdravotně postižené. Tento problém dokládají již zmíněné letité spory kolem vřazování do zvláštních škol. Tyto školy vznikly původně pro neprospívající žáky, jejichž neprospěch byl na základě mentálního postižení. Ve školském systému, který se nedostatečně reflektoval a měl nedostatečně promyšlený systém podpůrných institucí, se z nich u nás postupně stávala zařízení pro různorodé skupiny problémových žáků, kteří nebyli zcela vhodní pro vzdělávání v jednotné škole a z nichž jen část byli žáci mentálně postižení.

Podobné rozpaky panují kolem cikánských dětí. Jejich výukové výsledky bývají velmi chabé. Rozložení výsledků v inteligenčních testech vykazuje ve srovnání s majoritní společností posun doleva. Vzhledem k tomu bývají výrazně častěji zařazováni do zvláštních škol. Tyto děti ovšem nejsou patrně častěji mentálně postižené než děti bílé. Pokud však nejsou takto označené, nemají nárok na speciální pomoc, kterou ovšem potřebují.

Učitele a rodiče absolutně nezajímá, proč nelze poskytnout pomoc dítěti, které má evidentní problémy. Školský model pracující se zdravotním postižením v tomto případě podle mého soudu opravdu selhává.

Alternativní model, jehož prvky můžeme pozorovat v některých školských systémech, vychází při poskytování péče od problémů, příznaků, projevů. Prvotní je určitá speciální potřeba jedince, na kterou se snaží škola přiměřeně zareagovat. V této fázi rozvahy není důležitá etiologie problému, ale jeho kvalitní deskripce.

Hlavní smysl diagnostiky není stanovit diagnózu, ale podklady pro účinnou intervenci. Z toho vyplývá rostoucí a měnící se význam pedagogické diagnostiky ve škole (event. pedagogicko-psychologické v pedagogicko-psychologických poradnách nebo ve speciálně pedagogických centrech). Kvalitní pedagogická diagnostika se stává klíčovým impulsem pro poskytování péče. Vzhledem k tomu, že poskytování adekvátní péče je opravdu závislé na původu problému, má ve druhém sledu nezastupitelné místo odborná psychologická či medicínská diagnostika.

Tento model školské péče lišící se od medicínského nazývám pedagogický. Jednotlivé prvky alternativního modelu nejsou diametrálně odlišné od medicínského pojetí. Mají jen jiný význam a závažnost v kontextu modelu.

Na základě kvalitní pedagogické diagnostiky je stanovena potřeba speciální pomoci dítěti. Následná psychologická a medicínská diagnostika stanoví směr speciální pedagogické či další odborné pomoci. Diagnóza také přispěje k rozhodnutí, z jakých zdrojů bude péče financována.

Terminologicky přináší pedagogický model pojem speciální (vzdělávací) potřeby. Speciální potřeby mají děti nesmělé, překotné, čtoucí v čtyřech letech, jednostranně nadané, jedenáctiletí kluci vyrůstající v rodinách bez muže.

Tento model podle mého soudu lépe vyhovuje potřebám dětí i školství na konci 20. století. Ovšem na druhé straně je třeba připravit se na řadu úskalí, která jsou spojena s posílením vlivu školy při rozhodování o péči o jednotlivé děti. Průprava učitelů a budoucích učitelů pro diagnostiku byla a stále se jeví jako nedostatečná. I dnes se setkáváme s tím, že učitelům jsou předváděny metody jasně psychologické diagnostiky, zatímco schází důkladná znalost metodologie i jednotlivých metod pedagogické diagnostiky. Praxe pedagogické diagnostiky ve školách je velmi chabá.

Lze očekávat podstatný nárůst dětí, které budou vyžadovat výraznější individuální přístup. Existují zahraniční zkušenosti, ze kterých jasně vyplývá, že pouhé uzákonění speciální péče pro postižené děti zvýší statisticky významně jejich počet během několika málo let. Z toho vyplyne ještě výraznější potřeba jasných kritérií. Nový model není totiž bezbřehá libovůle, kdy úplně každé dítě je někým označeno za dítě se speciálními potřebami.

Závěr: Budoucnost

Pevně věřím, že naše školská legislativa zakotví povinnost státu poskytnout speciální vzdělávání postiženým dětem.

Náš školský systém má dosud platné předpisy, které za základ berou segregaci. O integraci je nutné žádat. Ve svém příspěvku se snažím logicky tento systém domyslet. Je určitá pravděpodobnost, že tímto domýšlením lépe vyniknou složitosti a meze, na které v praxi naráží uplatňování tohoto modelu. Podle mého soudu dojde v průběhu několika málo let ke změně. Prvotní bude „integrace“, resp. právo jedince vzdělávat se mezi vrstevníky a odvozená bude segregace.

Z praktického hlediska je nutné diskutovat o otázce, zda rozvíjet stávající model speciální péče a konzervovat současný stav, nebo se odvážit učinit výrazný krok kupředu. Jakkoli jsem přesvědčený, že v praxi uplatňovaný model se přežil a je nezbytné nahradit ho modelem pedagogickým, doporučoval bych ještě několik let pokračovat v uskutečňování původního modelu. Výrazné změny ve školství vyžadují čas a není žádoucí uskutečnit je bez důkladné teoretické, osvětové, propagační i organizační přípravy. To, že nový model reálně pracuje se skutečností, že i z pedagogického hlediska je každé dítě jiné a nastoluje otázku, jak reálně zajistit individuální přístup k opravdu každému dítěti, představuje zásadní změnu ve školství. Řada prvků stávajícího modelu však bude tvořit integrální součást nového modelu, a proto je žádoucí dodat jim větší jasnost, odbornou jednoznačnost a konzistentnost.