



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



KATALOG PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ

DÍLČÍ ČÁST

**pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání
z důvodu tělesného postižení
nebo závažného onemocnění**

Oponenti: doc. PhDr. Mgr. Dagmar Opatřilová, Ph.D.
doc. PhDr. Ema Kollárová, CSc.

Autorský tým:

Mgr. Eva Čadová – vedoucí autorského týmu
Mgr. Karla Adámková
PaedDr. Pavlína Baslerová, Ph.D.
Mgr. Markéta Benoniová
Mgr. Dana Dvořáčková
PhDr. Dušana Chrzová, Ph.D.
Mgr. Ondřej Ješina, Ph.D.
Mgr. Pavla Kašníková
prof. PaedDr. Mgr. Jan Michalík, Ph.D.
Mgr. Monika Morávková
Mgr. Petra Průchová, Ph.D.
Mgr. Jitka Shánělová

Tato publikace vznikla v rámci projektu Metodická podpora sítě inkluzivních škol
reg. č. CZ.02.3.62/0.0/0.0/16_037/0004021

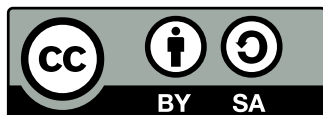


EVROPSKÁ UNIE
Evropské strukturální a investiční fondy
Operační program Výzkum, vývoj a vzdělávání



© Eva Čadová a kol., 2015, 2020
© Univerzita Palackého v Olomouci, 2015, 2020

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost



Toto dílo je licencováno pod licencí Creative Commons BY-SA
(Uveďte původ – Zachovejte licenci). Licenční podmínky najdete
na adrese <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>.

Ikony



Ilustrační příklad



Doporučená literatura

STUPNĚ PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ



1. stupeň



2. stupeň



3. stupeň



4. stupeň



5. stupeň

Obsah

IKONY	3
ÚVOD	9
1 — CHARAKTERISTIKA DANÉHO ZNEVÝHODNĚNÍ	11
1.1 Tělesné postižení.....	11
1.1.1 DMO – dětská mozková obrna	12
1.1.2 Deformace.....	15
1.2 Nemoc.....	17
1.2.1 Astma.....	18
1.2.2 Dětská onkologické onemocnění	19
1.2.3 Diabetes	21
1.2.4 Cystická fibróza (CF)	21
1.2.5 Epilepsie	25

2 —	DOPADY TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ A ZÁVAŽNÉHO ONEMOCNĚNÍ NA VZDĚLÁVÁNÍ	29
2.1	Psychologické zvláštnosti žáků s neurologickým onemocněním	30
2.2	Psychologické zvláštnosti žáků s progresivním svalovým onemocněním	31
2.3	Psychologické zvláštnosti žáků se závažným onemocněním	32
2.4	Speciální vzdělávací potřeby žáků s tělesným postižením	33
2.4.1	Bezbariérovost uvnitř školy.....	34
2.4.2	Požadavky na okolí školy	35
2.5	Speciální vzdělávací potřeby žáků se závažným onemocněním.....	35
3 —	PEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA ŽÁKA.....	38
3.1	Pedagogické diagnostické metody	38
3.2	Oblasti pedagogické diagnostiky.....	42
4 —	KAPITOLY PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ.....	50
4.1	Individuální vzdělávací plán	50
4.2	Metody výuky	52
4.3	Úprava obsahu vzdělávání	58
4.3.1	Rozložení učiva z důvodu těžkého tělesného postižení	58
4.3.2	Modifikace obsahu výuky v hodinách tělesné výchovy pro žáky s tělesným postižením a závažným onemocněním.....	61
4.4	Úprava očekávaných výstupů ve vzdělávání	65
4.5	Organizace výuky	69
4.5.1	Další pracovní místo pro žáka	69
4.5.2	Jiné prostorové uspořádání výuky	73
4.5.3	Vzdělávání v jiném než školním prostředí.....	76
4.6	Předměty speciálněpedagogické péče	78
4.7	Pedagogická intervence.....	82
4.8	Uzpůsobení forem komunikace.....	84
4.9	Personální podpora.....	89
4.10	Hodnocení	92
4.11	Pomůcky	98
4.12	Jiná podpůrná opatření.....	108
4.12.1	Respektování specifik žáka s TP	108
4.12.2	Mimoškolní pobyty a výcviky	114
4.12.3	Spolupráce s rodinou žáka s TP.....	116
4.12.4	Specifika práce s třídním klimatem	120
4.12.5	Jiné formy domácí přípravy na vyučování.....	124
4.12.6	Úprava pracovního prostředí, stavební úpravy a bezbariérovost.....	127

SLOVNÍČEK POJMŮ	132
SEZNAM ZKRATEK	146
POUŽITÁ LITERATURA	148

Úvod

Vážená paní učitelko, vážený pane učiteli,

předkládáme vám upravený dílčí Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu tělesného postižení a závažného onemocnění, který navazuje na Katalog podpůrných opatření – obecná část.

Ten ve své první části vysvětluje princip podpůrných opatření a charakterizuje je v jednotlivých stupních. Podrobně se zabývá podpůrnými opatřeními 1. stupně, popisuje procesy identifikace, realizace a vyhodnocování podpůrných opatření. Uvádí rovněž specifika dopadů znevýhodnění do středoškolského vzdělávání, zabývá se problematikou vzdělávání žáků s odlišným mateřským jazykem a činností střediska výchovné péče ve vazbě na podpůrná opatření. Druhá část obecné části Katalogu pak zevrubně popisuje ta podpůrná opatření, která jsou aplikovatelná ve vzdělávání všech žáků se speciálními vzdělávacími potřebami bez ohledu na příčinu jejich znevýhodnění.

V této dílčí části pak naleznete doporučení postupů vyplývajících ze specifík tělesného postižení a závažného onemocnění. Je tedy vhodné studium této části Katalogu doplnit o fakta uvedená v části obecné (např. v obecné části je podrobně rozpracována kapitola

Metody výuky, kde naleznete doporučení konkrétních metod umožňujících individualizaci výuky; v této části Katalogu pak máte popsány ty metody, které jsou preferovány ve výuce žáka s tělesným postižením (postížením). V dílčí části popisujeme naši cílovou skupinu a využití jednotlivých podpůrných opatření v praxi při spolupráci speciálněpedagogických center (SPC) se školami a rodinami žáků s tělesným postižením a závažným onemocněním.

Najdete zde popis problémů vyplývajících z dopadů diagnóz žáků s tělesným postižením a závažným onemocněním do vzdělávání a výčet a popis podpůrných opatření (v textu používáme zkratku PO), která lze využívat pedagogem běžné školy či dalšími odborníky (speciálními pedagogy, psychology...) v inkluzivním prostředí. Pro zjednodušení využíváme v textu místo označení dítě, žák, žákyně, student, studentka souhrnný termín „žák“.

Třebaže bude mít pedagog k dispozici Katalog podpůrných opatření, je ve většině případů nezbytná spolupráce pedagoga se speciálněpedagogickým centrem a podpora školy i rodiny odbornými pracovníky SPC.

Předpokládáme, že vhodné podněty ke své práci získají z Katalogu i pedagogové škol samostatně zřízených pro žáky s tělesným postižením i noví kolegové ve školských poradenských zařízeních. ■

kolektiv autorů

1 Charakteristika daného znevýhodnění

— Eva Čadová —

Pedagogové ve školách se při vzdělávání žáků setkávají i se žáky s postižením a se žáky trpícími různými druhy onemocnění. V dalším textu se budeme zabývat problematikou tělesného postižení a somatického onemocnění ve vztahu ke vzdělávání. ■

1.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

V odborné literatuře se můžeme dočíst, že osoby s tělesným postižením představují velmi heterogenní skupinu. Jejich společným znakem je omezení hybnosti až omezení pohybu. Může se jednat o dysfunkci motorické koordinace, jež je v příčinné souvislosti s poškozením, vadou či funkční poruchou nosného a pohybového aparátu, centrální nebo periferní nervové soustavy, amputací či deformací části motorického systému. Tyto vady či dysfunkce jsou zpravidla patrné na první pohled, mají charakter trvalého snížení funkční výkonnosti i ztráty schopnosti v některé oblasti nebo ve více motorických oblastech. Společným rysem takto postižených lidí je primární redukce obvyklých aktivit a v některých případech i částečná až úplná imobilita, což má zásadní vliv na kvalitu života, soběstačnost a přístup k životním příležitostem.

Rozlišujeme **TĚLESNÁ POSTIŽENÍ VROZENÁ** a **ZÍSKANÁ**.

Vrozená tělesná postižení

Mezi **VROZENÁ** tělesná postižení patří např.:

- poruchy tvaru a velikosti lebky (např. turicefalie, skalocegalie, hydrocefalus, mikrocefalus, makrocefalus),
- vady horních končetin (např. amelie, dysmelie, syndaktylie, polydaktilie apod.),
- vady dolních končetin (např. vrozená noha hákovitá, vrozená noha kosá apod.),
- poruchy růstu (např. achondroplazie, akromegalie, akromikrie, gigantismus, nanismus apod.), rozštěpové vady (např. lebky, rtu, čelisti, patra, páteře),
- centrální a periferní obrny (např. různé formy DMO).

Získaná tělesná postižení

ZÍSKANÁ tělesná postižení dále dělíme na:

Tělesná postižení získaná **PO ÚRAZE A NESPRÁVNÝM DRŽENÍM TĚLA**:

- úrazová onemocnění mozku a míchy (otřes mozku, zhmoždění /kontuze/ mozku, zlomeniny obratlů spojené s poškozením míchy /→ paraplegie, → tetraplegie/),
- úrazová poškození periferních nervů (neuropaxis, axonotmesis, neurotmesis, obrna pažní pleteně),
- amputace (exartikulace, amputace primární, amputace sekundární, amputace terciární),
- deformity tvaru těla a jeho jednotlivých částí (skoliózy, kyfózy, hyperlordóza, plochá záda, plochá noha, vnitřní a vnější bočivost kolen apod.).

Tělesná postižení **ZÍSKANÁ PO NEMOCI**, jejichž příčinou mohou být:

- revmatická onemocnění (revmatická horečka, vleklý kloubní revmatismus),
- dětská infekční obrna,
- Perthesova choroba,
- myopatie (progresivní svalová dystrofie)
- následky léčby závažných onemocnění (operační řešení onkologických diagnóz...)
- a další (viz odborná literatura).

Nejpočetnější skupinu diagnóz, se kterými se ve škole pedagogové setkávají, tvoří centrální obrny. ■

1.1.1 DMO – DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA

Aktualizací I. dílu MKN-10 došlo ke změně názvu: místo *dětská mozková obrna* se používá označení **mozková obrna**, ale v dostupné literatuře i v lékařských zprávách se stále používá výše uvedený termín nebo jeho zkratka DMO.

Jde o název pro řadu symptomů, především o poruchu hybnosti na základě poškození mozku v době před porodem, při porodu nebo do určité doby po něm, asi do jednoho roku věku dítěte. Následkem poškození mozku vznikne často vedle poruchy hybnosti

i porucha mentálních funkcí, tyto děti bývají někdy postiženy i nervovými záchvaty, občas mívají smyslové vady. Poruchy se vzájemně různě mísí, většinou je však v popředí vada hybnosti. DMO se dělí na dvě skupiny, na spastické formy a nespastické formy.

SPASTICKÉ FORMY

Spastické formy

- **DIPARETICKÁ FORMA** – jde o spastické ochrnutí obou dolních končetin, které jsou často ve flexní kontraktuře v kyčlích. Horní končetiny mají normální utváření a zpravidla dobrou hrubou motoriku. Většinou je však narušena jemná motorika.
- **HEMIPARETICKÁ FORMA** – je nejčastější, může být pravostranná nebo levostranná. Horní končetina bývá postižena více než dolní končetina. Postižené končetiny jsou slabší a kratší. Ve stoji je patrné šikmé postavení pánve, trup bývá vychýlen k postižené straně. Při chůzi dítě napadá na postiženou končetinu a došlapuje na špičku, horní končetinu drží strnule bez pohybu. Hemiparetická forma vzniká poškozením mozku v oblasti jedné mozkové hemisféry, a to vždy druhostranně vzhledem k postiženým končetinám. Inteligence je asi u poloviny případů snížena v různém stupni (Lesný, 1989).
- **KVADRPARETICKÁ FORMA** – jde o spastické postižení všech čtyř končetin. Kvadriparetická forma může být těžší formou diparézy, kdy jsou více postiženy dolní končetiny. Vzniká stejně jako diparetická forma na základě postižení mozku v oblasti jeho kmene. Kvadriparetická forma (oboustranná forma hemiparetická) vzniká při rozsáhlém poškození mozku, v obou mozkových hemisférách. Tato forma DMO je jednou z nejtěžších, postižené děti většinou nechodí a pro těžké kontraktury mají velice omezenou pohyblivost horních končetin.

NESPASTICKÉ FORMY

Nespastické formy

- **FORMA HYPOTONICKÁ** – projevuje se povšechným snížením svalového tonusu. Stoj je velmi nejistý, o široké bázi, a chodí-li dítě, tak je chůze vrávoravá, nejistá. Ve více než polovině případů se hypotonická forma DMO sdružuje s mentální retardací.
- **DYSKINETICKÁ FORMA** – vyznačuje se přítomností bezděčných, mimovolních nepotlačitelných pohybů. Čím více se dítě soustředí na správné provedení pohybu, tím bývají většinou nepotlačitelné pohyby intenzivnější, provedení správného pohybu ruší, někdy i zcela znemožňují. Řeč u těchto dětí bývá těžko srozumitelná, pomalá. Inteligence bývá zachována. Příčinou dyskinetické formy DMO je poškození gangliových buněk v bazálních gangliích. Při tomto postižení je nutné z hlediska začlenění do dětského kolektivu individuální posouzení dovedností a schopností, neboť formy DMO zasahují hybný potenciál od lehkého až po nejtěžší formu tělesného postižení.

PROJEVY DMO

Projevy DMO

Projevy DMO jsou mnohočetné, lze je vyjmenovat v rámci kategorií jako poruchy:

- motorického systému,
- somatického růstu,
- kognitivních funkcí (až u 2/3 dětí s DMO se objevuje mentální postižení),

- zrakového a sluchového vnímání,
- řečových a komunikačních schopností (1/3 dětí s DMO),
- mozkových funkcí (1/2 dětí s DMO),
- psychických procesů a stavů.

Jiné poruchy centrální
nervové soustavy

JINÉ PORUCHY CENTRÁLNÍ NERVOVÉ SOUSTAVY

DĚTSKÁ OBRNA je infekční onemocnění, které postihovalo nejčastěji děti v předškolním věku a zanechávalo trvalé a často velmi těžké následky. U nás se od roku 1958 nevyskytuje (očkování – Sabinova vakcína).

MOZKOVÉ ZÁNĚTY (encephalitis) jsou nejčastěji vyvolány mikrobiálními činiteli, po odeznění nemoci se příznaky většinou ztrácejí, ale někdy může onemocnění zanechat následky v oblasti pohybu.

MOZKOVÉ NÁDORY (tumor cerebri) po operaci mohou nastat následky v pohybové oblasti, afázie, epilepsie.

TRAUMATICKÉ OBRNY vznikají při úrazu a poranění hlavy (komoce, komprese, kontuze cerebri). Obrna páteře vzniká vlivem onemocnění nebo úrazu páteře s poraněním míchy.

ROZŠTĚP PÁTEŘE (spina bifida) vzniká nesprávným uzavřením páteřního kanálu nejčastěji bederní oblasti. Nejméně závažnou poruchou tohoto typu je meningokéla, kde se ve vývoji neuzavře páteřní kanál a ve vzniklém defektu se nachází vak tvořený míšními obaly a obsahující mozkomíšní mok. Kožní kryt většinou nebývá plnohodnotný, při porodu se často zraní a může se přidružit infekce, které někdy tyto děti podléhají. Proto se brzy provádí neurochirurgický zákrok, při němž se vak odstraňuje za úzkostlivého šetření nervové tkáně. Asi u ¼ takto postižených dětí se později vyvine hydrocephalus, proto je u nich nutná dlouhodobá neurologická péče. Pokud do vaku proniká spolu s míšními obaly i mícha nebo míšní nervy, jedná se o těžší stupeň této vady – tzv. meningomyelokélu. Mícha a míšní kořeny jsou v místě malformace fixovány nebo stlačeny, čímž vznikají různé poruchy funkce míchy.

Nejtěžší stupeň této malformace – myelokéla – vzniká, jestliže se v průběhu vývoje základ pro míchu vůbec neoddělil od povrchového ektodermu a kožní kryt se neuzavřel. Vývoj postižené míchy není dokončen a zpravidla se vyskytují závažné poruchy její funkce.

Je samozřejmé, že u případů, kde je zúčastněna i mícha, jsou příznaky mnohem těžší a četnější. Tyto děti mají ve většině případů poruchy funkce svěračů, projevující se inkontinencí moči i stolice. Často se objevují i poruchy hybnosti, především na dolních končetinách, které bývají postiženy chabou parézou nebo plegií. Dítě je drží nehybně, zpravidla zevně vytočené v kyčlích. Dolní končetiny jsou špatně prokrvené, často necitlivé.

DEGENERATIVNÍ ONEMOCNĚNÍ MOZKU A MÍCHY se projevuje až v průběhu života, nervová vlákna i dráhy postihuje proces rozpadu a zániku nervových buněk (mozečková heredoataxie, roztroušená skleróza, mozkomíšní Friedreichova heredoataxie). ■

1.1.2 DEFORMACE

Další skupinu tělesných postižení tvoří deformace. Jedná se o vrozené nebo získané vady, které se vyznačují nesprávným tvarem některé části těla. Mezi vrozené deformace řadíme vývojové deformace lebky, kloubů a svalů.

VÝVOJOVÉ DEFORMACE KLOUBŮ

Vývojové
deformace kloubů

Nejčastěji se setkáváme ve školách s onemocněním s názvem **PERTHESOVA CHOROBA** – je to nemoc neznámého původu (někdy bývá jako příčina uváděna luxace nebo úraz). Vzniká v kojeneckém věku i jindy, okolo pátého roku života nebo později. Zánětlivý proces napadá hlavici stehenní kosti, která ztrácí odolnost a bývá tlakem deformována, až rozmáčknuta. Pohyby jsou z počátku jen lehce omezeny, dítě si stěžuje na bolesti v kyčli, začíná kulhat, často odpočívá a pak odmítá chodit. Léčit je nutno za úplného klidu na lůžku.

VÝVOJOVÉ DEFORMACE SVALŮ

Vývojové
deformace svalů

PROGRESIVNÍ SVALOVÁ ONEMOCNĚNÍ se projevují postupnou ztrátou motorických schopností žáka. Jde o geneticky podmíněný stav a vlastní proces onemocnění nelze nijak ovlivnit. Je však možné systematickou, cílenou rehabilitací zlepšovat funkci postižených i zachovalých svalových skupin a bránit tendenci ke kontrakturám.

FORMA POSTIHUJÍCÍ RAMENNÍ PLETENEC – ramena ční dopředu, lopatky odstávají, mění se též výraz obličeje, tato forma postihuje obě pohlaví, mívá lepší prognózu.

FORMA POSTIHUJÍCÍ PÁNEVNÍ PLETENEC – dědičnost je dominantní, postiženo je nejprve svalstvo pánve, později i svalstvo dolních končetin. Specifickým případem s nepříznivou prognózou je **DUCHENNOVA PROGRESIVNÍ SVALOVÁ DYSTROFIE** postihující chlapce.

Typickým příznakem všech nervosvalových onemocnění je slabost kosterního svalstva. Svalová slabost může být generalizovaná (všechny svaly těla jsou slabé), nebo, a to častěji, je více vyjádřena jen na určitých oblastech těla. Obvyklá je slabost v oblasti pletenců dolních končetin – pletencová neboli proximální svalová slabost. Při tomto typu svalové slabosti jedinec nejdříve pociťuje obtíže při chůzi ze schodů a do schodů a slabost při vstávání ze židle. Druhým velmi častým příznakem je slabost v oblasti nohou – tzv. distální svalová slabost. Při ní postižení často zakopávají o špičku nohy, jsou neobratní v běhu, děti nestačí v běhu svým vrstevníkům. Při slabosti horních končetin u pletencového typu mívají obtíže zvednout horní končetiny nad hlavu, dále obtíže při oblékání, eventuálně česání. Při svalové slabosti horních končetin vážně jemná motorika, dítě má potíže, když si chce zapnout knoflíky, otevřít klíčem zámek nebo se podepsat.

I při menší progresi jde o skupinu žáků s těžkým postižením, kteří jsou v mnohém odkázáni na pomoc okolí. Jejich soběstačnost se postupně zhoršuje, další schopnosti však zůstávají nezměněny.

Problematika
spinálních
muskulárních atrofií

PROBLEMATIKA SPINÁLNÍCH MUSKULÁRNÍCH ATROFIÍ

SPINÁLNÍ SVALOVÉ ATROFIE (SMA) zahrnují skupinu geneticky podmíněných onemocnění, jejichž podkladem je degenerace motorických buněk předních rohů míšních, případně motorických bulbárních jader.

Pedagogové se mohou nejčastěji setkat se SMA II. a III. typu, které mají chronický průběh, manifestují se již v dětském věku a většinou invalidizují žáka, jsou však spojeny s méně výraznou letální prognózou v kontextu školního věku. Žáci se SMA bývají dobře intelektově disponováni, mohou se stát i uznávanými „lídry“ třídy pro své schopnosti učit se a odpovědnost.

Problematika
muskulárních
dystrofií

PROBLEMATIKA MUSKULÁRNÍCH DYSTROFIÍ

U MUSKULÁRNÍCH DYSTROFIÍ (MD) se jedná o chorobu způsobenou nedostatkem bílkoviny dystrofinu, který má vliv na vývoj svalů i mozku. Je pravděpodobné, že v některých částech mozku (v mozkové kůře a mozečku) dochází kvůli nedostatku dystrofinu k nedokonalému přenosu informací, což má negativní dopad na kognitivní funkce – jedinci s muskulární dystrofií nedokážou zpracovávat informace správným způsobem a dostatečně rychle. Narušení určitých kognitivních funkcí se projevuje u chlapců s muskulární dystrofií obecně obdobnými obtížemi, bez ohledu na to, jaké je jejich IQ či stupeň fyzického postižení. Nicméně je třeba zdůraznit, že deficity kognitivních funkcí se mohou individuálně projevovat v různé intenzitě. Na rozdíl od celkového fyzického stavu se kognitivní funkce při muskulární dystrofii nezhoršují, naopak časem může docházet k jejich zlepšení. U žáků s muskulární dystrofií byla v některých případech prokázána i horší sluchová percepce a snížená krátkodobá sluchová i vizuální paměť. S oslabením pracovní sluchové paměti souvisí narušená schopnost čtení, správného pravopisu a matematických dovedností. To se také projevuje sníženým pracovním tempem a množstvím informací, které chlapci dokážou vstřebat. Je ale třeba zdůraznit, že chlapci s Duchennovou muskulární dystrofií (DMD) mívají výbornou mechanickou paměť, schopnost zrakové diferenciacie (např. výborně skládají puzzle), abstraktní myšlení a velmi bohatou slovní zásobu.

Získané deformace

ZÍSKANÉ DEFORMACE

Mohou nastat jako důsledek těžkých úrazů, nemocí (TBC), nesprávného držení těla, změn v zakřivení páteře, návykově takto začínají některé druhy skolióz a kyfóz, skutečné deformity páteře se vyznačují trvalostí a stálostí. Páteř se může deformovat v rovině sagitální (předozaďní rovina těla) – zvětšená krční lordóza (hyperlordóza), hrudní kyfóza (tzv. kulatá záda), plochá záda, bederní lordóza. Častější jsou však deformace v rovině frontální (čelní), projevující se bočním vychýlením od středové roviny. Jedná se o různé druhy skolióz, které se dělí podle místa vzniku na krční, hrudní a bederní. ■

1.2 NEMOC

NEMOC lze definovat jako porušení rovnováhy mezi organismem s jeho prostředím, které vyvolává důsledky v anatomických a funkčních změnách organismu.

Nemoci klasifikujeme s ohledem na délku a charakter jejich průběhu. Rozlišujeme nemoci krátkodobé (= akutní) a dlouhodobé (= recidivující a chronické).

NEMOCI KRÁTKODOBÉ (akutní) jsou charakteristické náhlým začátkem, rychlým průběhem a omezeným trváním. Vznikají zpravidla z plného zdraví, projevují se nespecifickými příznaky, jako je např. bolest hlavy, nechuť k jídlu a únava. Léčba probíhá v domácím prostředí a na jejím konci dochází k znovuoobnovení stavu zdraví.

Nemoci krátkodobé

NEMOCI DLOUHODOBÉ často vyžadují dlouhodobou a mnohdy i opakovanou hospitalizaci. Recidivující onemocnění se opakují nejméně 3× do roka, ale v meziobdobí mezi recidivami se neprojevují žádné funkční ani anatomické změny postiženého orgánu ani systému (např. herpes, mykózy).

Nemoci dlouhodobé

CHRONICKÁ ONEMOCNĚNÍ (např. astma bronchiale, atopický ekzém, status epilepticus, leukemie apod.) se vyznačují vleklým, dlouhodobým, často celoživotním průběhem. V různé míře ovlivňují kvalitu života postiženého jedince nejen po stránce biologické, ale i psychosociální. Často je nutné do denního režimu osob s chronickým onemocněním zařadit určitá režimová opatření (např. opakovaná chemoterapie, krevní transfuze, aplikace inzulinu, dechová a svalová cvičení, dietní návyky), která se promítají i do procesu výchovy, vzdělávání, pracovního a společenského uplatnění těchto jedinců.

Chronická onemocnění

S kompletním seznamem nemocí se můžete seznámit v desáté revizi Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10).

Pro širokou odbornou i laickou veřejnost je velmi dobře uchopitelné členění nemocí podle jednotlivých orgánových systémů, a to na:

- onemocnění dýchacího systému (astma bronchiale, rhinitida, sinusitida, zánět průdušek apod.),
- onemocnění nervového systému (epilepsie, zánět mozkových blan, migréna, meningitida apod.),
- onemocnění srdečně-cévního systému (juvenilní hypertenze, stenóza aorty, myokarditida atd.),
- onemocnění krve a krvetvorby (anémie, leukemie, trombocytopenie apod.),
- onemocnění vylučovacího systému, tj. ledvin a močových cest (zánět močového měchýře, chronická pyelonefritida, hemoliticko-uremický syndrom, selhání ledvin, nádory ledvin apod.),
- onemocnění žláz s vnitřní sekrecí (diabetes mellitus, obezita, hypofyzární nanismus, tyreoiditida, struma apod.),
- onemocnění pohybového aparátu (revmatická horečka, juvenilní chronická artritida, osteomyelitida, morbus Perthes apod.),
- onemocnění kožního aparátu (atopický ekzém, kopřivka, koženecký ekzém, svrab apod.),

- onemocnění GIT, tj. gastrointestinálního traktu (hepatitida, appendicitida, obstrukce, celiakie apod.),
- onemocnění pohlavního aparátu (cysty na vaječnících, rakovina děložního čípku, pohlavní choroby, AIDS apod.). ■

VYBRANÁ ONEMOCNĚNÍ, SE KTERÝMI SE SETKÁVAJÍ UČITELÉ VE ŠKOLÁCH A KTERÁ VÝRAZNĚ OVLIVŇUJÍ JEJICH VZDĚLÁVÁNÍ

1.2.1 ASTMA

U žáků s chronickým onemocněním může dojít ke kolísání školního výkonu, např. v důsledku nemoci, záchvatů dušnosti nebo ztíženého dýchání (každodenní příklad: zkuste dýchat skrze slámku). Užívané léky nebo nadměrná únava z důvodu špatného spánku (noční záchvaty dušnosti) mohou vést k problémům s pozorností. Z výše uvedených důvodů je vhodné zvážit znevýhodnění dítěte při hodnocení jeho výkonu. Vysvětlení je poskytnuto v sekci zabývající se právními aspekty.

Dobře kontrolované a léčené astma umožňuje normální školní život. Učitel však musí být informován o zdravotním stavu dítěte a připraven na možnost astmatického záchvatu. Aplikace léků (sprej proti astmatu) je nezbytná před každou fyzickou aktivitou, u některých žáků je nutné léky brát po většinu roku. Každý učitel by si také měl být vědom faktu, že průběh nemoci je u každého dítěte individuální a proměnlivý. Žáci s astmatem mohou navíc pociťovat strach (dušnost), musí zvládnout dlouhodobou léčbu, která je u každého žáka jiná a mnohdy se mění i během roku. Je pro ně také mnohem těžší vytvářet a udržovat sociální kontakty. Příčinou jsou časté absence a pobyty v nemocnici nebo na rehabilitačních klinikách. Vedle organizačních domluv mezi rodiči a školou by o astmatu měla být informována i třída.

Učitel tak může učinit ve spolupráci s nemocným žákem. Starší a sebevědomé děti mohou spolužákům vše vysvětlit samy. Učitel by jim měl tuto možnost poskytnout a být jim oporou. Další možností je vypracování třídního projektu na téma chronických onemocnění.

Pouhé předání faktických informací však nestačí. Zmíněna musí být i další důležitá témata, např. tolerance, uvážlivost, ochota pomoci, pocit sounáležitosti.



„Ve škole jsem ve výuce všem vysvětlovala, co vím o astmatu. Potom jsem všem ukázala, jaké to je, když nemůžete dýchat. Rozdala jsem slámky a řekla jsem, ať si stisknou nos, dají si do úst slámku a dýchají pouze tou slámkou. Všichni byli překvapeni, jak málo vzduchu se jim podařilo vdechnout. Jedna kamarádka poskakovala a potom opravdu lapala po dechu. Také jsem všem ukázala svůj výdechoměr. To je přístroj, který mohu používat sama, abych zjistila, zda moje plíce dobře fungují. Nakonec jsem jim také ukázala, kde nosím sprej na astma, takže teď to všichni vědí a mohou mi pomoci, když to budu potřebovat. Je hezké vědět, že je neustále kolem někdo, kdo mi může pomoci.“ (Jana 12 let) ■

1.2.2 DĚTSKÁ ONKOLOGICKÉ ONEMOCNĚNÍ

Všechny typy onkologických onemocnění, včetně dětských, mají tradiční průběh – buňky se vymknou kontrole, rozrostou se do abnormálních velikostí a tvarů, ignorují své normální hranice v těle, ničí okolní buňky a mohou se neomezeně rozšiřovat (metastazovat) do dalších orgánů a tkání.

LEUKEMIE je onkologické onemocnění krve a představuje nejčastější typ dětského onkologického onemocnění. Abnormální buňky, tzv. rakovinné buňky, se vymknou kontrole. Rakovinné buňky nejsou schopny fungovat stejně jako ostatní bílé krvinky, tedy být součástí imunitního systému organismu. Jejich množství se však neustále zvyšuje.

Leukemie

NÁDORY MOZKU jsou druhým nejčastějším typem onkologického onemocnění. Existuje mnoho druhů, lišících se způsobem růstu, vlivem na organismus a reakcí na léčbu.

Nádory mozku

NÁDORY LYMFATICKÉ TKÁNĚ Mezi lymfatické tkáně patří i mízní uzliny a další orgány, které se podílejí na krvetvorbě a jsou součástí imunitního systému. Pokud se zhoubný nádor objeví v jedné části lymfatické tkáně, často se rozšíří do ostatních tkání dříve, než je rakovina vůbec rozpoznána.

Nádory lymfatické tkáně

NEUROBLASTOM je nádor nervové tkáně sympatiku. Je to nejčastější typ rakoviny nezasahující mozek u dětí. Tento typ nádorového onemocnění se obvykle projevuje nejprve v nadledvinách, malých žlázách umístěných nad ledvinami. Může se však objevit také v hrudi, v nervové tkáni blízko krční páteře nebo v míše.

Neuroblastom

RABDOMYOSARKOM je nejčastějším typem nádoru jemných tkání u dětí, který může vznikat ve svalech, tuku, vláknité tkáni, cévách, šlachách, pojivové tkáni nebo podpurných tkáních těla.

Rabdomyosarkom

KOSTNÍ NÁDORY – osteosarkom a Ewingův sarkom – jsou nejčastějšími zhoubnými postiženími kostní tkáně u dětí. Častější z nich, osteosarkom, obvykle postihuje kost stehenní a holenní (v blízkosti kolene); Ewingův sarkom může postihnout kost pánevní, stehenní, pažní nebo žebra.

Kostní nádory

WILMŮV TUMOR je nejčastější formou nádorového onemocnění ledvin v dětském věku.

Wilmův tumor

LÉČBA A JEJÍ NÁSLEDKY

U žáků s lokalizovanými nádory, které se nerozšířily do dalších částí těla, je chirurgie způsobem, jak nádor efektivně odstranit. Obvykle je využívána v kombinaci s chemoterapií a/nebo ozařováním. U dětí s lymfomy nebo leukemií je chirurgie pouze okrajovým řešením.

- Chemoterapie** **CHEMOTERAPIE** je základním typem léčby dětského onkologického onemocnění. Léky vpravené do krevního oběhu ničí nádorové buňky v těch částech těla, které jsou nemocí zasaženy. Délka chemoterapie a druh podávaných léků závisí na typu onemocnění a reakci dítěte na léčbu.
- Radiační léčba** **RADIAČNÍ LÉČBA** je využívána u nádorů mozku a také některých pevných nádorů. Žák podstupující ozařování je vystaven paprskům o vysoké energii, které ničí rakovinné buňky. Mnoho typů dětské rakoviny je léčeno tímto způsobem v kombinaci s chemoterapií nebo chirurgickým zákrokem.
- Transplantace kostní dřeně** **TRANSPLANTACE KOSTNÍ DŘENĚ** je využívána při léčbě komplikovaných případů leukemie. Dárce kostní dřeně se může stát sourozenec nebo registrovaný dárc, jehož tkáň se shoduje s tkání příjemce. Součástí transplantace kostní dřeně je i chemoterapie nebo ozařování, které předchází samotnou transplantaci s cílem zničit leukemické nebo nádorové buňky v těle pacienta.

Způsoby léčby uvedené výše s sebou nesou riziko krátkodobých i dlouhodobých vedlejších účinků.

KRÁTKODOBÉ VEDLEJŠÍ ÚČINKY:

- nevolnost,
- zvracení,
- ztráta vlasů,
- únava,
- chudokrevnost,
- abnormální krvácivost,
- zvýšené riziko infekce,
- poškození ledvin/jater,
- nepravidelnost menstruačního cyklu,
- problémy se srdcem a pletí.

DLOUHODOBÉ VEDLEJŠÍ ÚČINKY:

- problémy s učením,
- amputace končetin,
- jizvy,
- ztráta pohyblivosti,
- záchvaty,
- omezení růstu,
- ztráta sluchu,
- šedý zákal nebo jiné postižení zraku,
- psychologické problémy.

Pro většinu žáků návrat do normálního života znamená také „návrat do kmenové školy“. Onkologické onemocnění – vedlejší účinky chemoterapie, nebo další léčby mohou mít za následek nejen změnu vzhledu, ale také odlišné fungování mozku a organismu žáka, případně obtíže v komunikaci, a tak může být nezbytná profesionální pomoc a úprava vzdělávacího procesu. ■

1.2.3 DIABETES

Diabetes je chronické onemocnění způsobené poruchou v metabolismu cukrů. Jde o nejrozšířenější metabolické onemocnění v dětství. Diabetes jako chronické onemocnění nelze vyléčit a počet dětí s tímto onemocněním narůstá.

Základní problém je nedostatečná produkce inzulínu ve slinivce břišní. Inzulín je rozhodující pro správné vstřebávání glukózy ve všech buňkách, to znamená pro získávání energie.

Denní inzulínové injekce jsou nezbytné pro udržení života. **Diabetes typu 1 (DM 1)** se často rozvine během krátké doby a je diagnostikován až v kritickém stavu. Typické projevy před stanovením diagnózy jsou: častá žízeň a potřeba navštívit toaletu, zvýšená chuť k jídlu, ačkoliv dochází k úbytku váhy, nevolnost, zvracení, únava.

Je důležité, aby učitelé chápali podstatu diabetu, jeho léčbu a dopady na školní výkony dítěte. Žáci trpící diabetem pak mohou plně využívat svého potenciálu:

- Učitelé by měli **umět rozpoznat** hypoglykémii a dokázat účinně zasáhnout.
- Žákům trpícím diabetem, aktuálně pociťujícím symptomy, musí být povoleno **přerušit jakoukoliv činnost a okamžitě se najíst nebo napít**, aby se hladina cukru vrátila do normálu. Měli by vždy u sebe mít zdroj cukru.
- Učitelé by měli **jednat s těmito žáky jako s normálními členy kolektivu**, plánovat aktivity takovým způsobem, aby se jich žáci s tímto onemocněním mohli účastnit.
- Žáci by měli mít možnost **provádět léčebné úkony ve škole**, se souhlasem rodičů a v rozsahu odpovídajícím jejich možnostem a zkušenostem.

Diabetes je nepochybně onemocněním, které vyžaduje velkou vnitřní disciplínu a podřízení života diabetického dítěte určitým pravidlům. Všichni dobře víme, jak těžce mohou snášet chronická onemocnění vyžadující změnu životního rytmu lidé v dospělosti. Ptáme se tedy logicky, co mohou znamenat pro dítě ještě nevyzrálé životními zkušenostmi a zda pro něj nepředstavují takovou zátěž, která ho může vnitřně přemoci. U žáků s diabetem je třeba v rámci školní výuky dbát na možnost pravidelného stravování, možnost si v klidu provést selfmonitoring a aplikovat inzulín. Na základě často zkreslených informací o diabetu mezi pedagogy a špatné komunikace vznikají první počátky diskriminace u diabetických dětí již ve škole. Učitelé například odmítají diabetického žáka brát s sebou na školní výlety a školy v přírodě. Tato diskriminace může vést ke změnám v žákově chování.

Učitel musí být informován o podstatě DM 1, léčbě, kontrole a akutních komplikacích. Měl by být schopen rozpoznat příznaky hypoglykemie a vědět, jak v nutném případě reagovat. O hypoglykemii, jejích příčinách, předcházení a pomoci mají být poučeni pedagogové i spolužáci, je vhodné informovat také ostatní personál ve škole. V závažném případě, pokud ale dítě polyká, musí ihned dostat vypít nápoj s obsahem glukózy. Při poruše vědomí hrozí nebezpečí vdechnutí, je proto nutné okamžitě zavolat rychlou záchrannou pomoc a informovat ji, že jde o diabetes a hypoglykemii.

Při jakékoli akutní komplikaci je nutné vždy zjistit, co jí předcházelo (průběh dne, strava, množství pohybu apod.). Z toho také vyplývá, že začne-li rodič s pedagogem (či jinou osobou, která měla žáka v tom čase v péči) rozebírat, co, kdy a proč se před komplikací dělalo, není to výčitka či obviňování. Rodič se pouze snaží najít pravou příčinu komplikace, aby případně mohl upravit jídelní či inzulinový program. Stejně tak je třeba komunikovat s rodiči o všech aspektech onemocnění a vlivu na školní výsledky žáka a spolupracovat na plánování aktivit. Pedagogové by měli brát žáka s DM 1 stejně jako jeho spolužáky a nevyčleňovat ho ze školních aktivit.

Školní výkon žáka s DM 1 záleží na aktuální kompenzaci onemocnění. Akutní komplikace mohou mít na školní výkon výrazný vliv. Dítě se hůře soustředí, může být zmatené, podrážděné, objevuje se únava, třes, pocení...

Není vždy možné (zvláště u žáků mladšího školního věku) očekávat samostatnost při úkonech spojených s kompenzací DM 1. Nemoc dítěte a naplnění jeho specifických potřeb může tedy většinou alespoň v počátečních letech školní docházky vyžadovat podporu druhé osoby, příp. druhých osob.

Péče o dítě s DM 1 obnáší:

- pravidelné měření glykemie,
- rozpoznání akutních komplikací a zajištění jejich kompenzace,
- výpočet množství inzulinu k aplikaci,
- dozor při výběru vhodného druhu jídla a určení jeho správného množství.

Dětem musí být podáno přesné množství jídla v určeném čase. Někdy rodiče či pedagogové nastavují na hodinkách či mobilním telefonu upozornění a žáci pak mohou sami připomenout podání svačiny. Do školy si žáci přinesou svačinu již připravenou. Již v mladším školním věku je vhodné ve spolupráci s rodiči podporovat žáka v částečné samostatnosti v péči o nemoc, i když ne všechny děti v mladším školním věku jsou schopné obsluhovat glukometr. Vždy je však třeba, aby pedagog vyšel glykemie z displeje glukometru odečetl a podle naměřeného údaje určil správné množství inzulinu k aplikaci. I mladší žáci si většinou již umějí sami píchnout dávku inzulinovým perem, ale vždy je nutné dopomoci s odměřením množství inzulinu.

Pravidelný tělesný pohyb je doporučován i diabetikům, protože vede k lepšímu využití glukózy v těle a ke snížené potřebě inzulinu, ale je třeba zvýšené obezřetnosti. Je-li onemocnění dítěte dobře kompenzováno, není v podstatě výběr sportu omezen, jen je třeba dávat pozor na únavu. Je důležité seznámit rodiče s programem připravované

aktivity, aby mohli přizpůsobit jídelní plán či inzulinový program. Je vhodné konzultovat časový plán tak, aby děti s DM 1 mohly dodržet režimová opatření, příp. se rodiče mohli zodpovědně rozhodnout, zda se dítě aktivity zúčastní.

DALŠÍ INFORMACE

Další informace

Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí vydalo DVD s animovaným výukovým filmem, který podává ucelené informace adekvátní formou vzhledem k věku dané cílové skupiny. DVD s animovaným výukovým filmem je možné objednat na e-mailu info@diadeti.cz, případně na tel. 257 532 297 a 606 123 846. Zásilka zahrnuje rovněž diabetický deníček, ze kterého je možné použít obrázky jako inspiraci pro vlastní tvorbu dětí. Případně je možné se s rodičem dítěte, žák s DM 1, dohodnout, zda by DVD pro projekci nezapůjčil. Rodina jej často získává od svého diabetologa, ke kterému dochází (edukační sestry). Ukázku lze zhlédnout na: <http://www.aimport.cz/cz/animas/muj-prvni-diabeticky-denicek>>. ■

1.2.4 CYSTICKÁ FIBRÓZA (CF)

Cystická fibróza je jednou z nejrozšířenějších dědičných poruch metabolismu u dětí. Ovlivňuje mnoho orgánů, především žláz produkujících hlen. Vylučovaná hmota houstne a má viskózní charakter, proto existuje pro tuto poruchu alternativní název – mukoviscidóza. Kanálky ve žlázách se stávají neprůchodnými, zvýšený objem hlenu vytváří cysty, které způsobují zánět s fibrózou (nevratné strukturální změny ve tkáních).

Nemocní CF nepředstavují pro své okolí žádné nebezpečí, co se týká přenosu infekce. Bakterie, které osidlují jejich dýchací cesty, jsou takzvaně specifické. To znamená, že se vyskytují pouze v dýchacích cestách lidí s tímto onemocněním. Jejich kašel není tedy „nakažlivý“. Nemocní CF se však mohou ohrozit mezi sebou navzájem, takže se nedoporučuje jejich vzájemné stýkání. Žák s CF by neměl přijít do přímého kontaktu se stojatou vodou. Neměl by do ní sahat ani se vyskytovat poblíž, pokud je tato voda rozstříkována do vzduchu. V praxi školní třídy to znamená posadit žáka s CF daleko od umyvadla a květin v květináčích či vázách. Dalším rizikovým místem jsou toalety. Jedním z řešení je, že žák chodí na zvláštní toaletu, kterou učitel, pracovník úklidu nebo rodič denně prolévá dezinfekcí s chlorem. Jinou možností je návštěva toalety s rouškou, což ale mohou někteří žáci odmítat, protože na sebe nechťejí upozorňovat, jiní na roušku jen často zapomínají. Některým rizikovým situacím se lze vyhnout zcela – odstraněním květin, které potřebují stále vlhké prostředí, nepoužívání odpařovačů na radiátorech, umístěním akvária do jiné třídy atd. Žák s CF by také neměl brát do ruky mokrou houbu na stírání tabule.

Dopady
do vzdělávání

Léčebně rehabilitační režim, který musí nemocný CF dodržovat (tj. inhalace roztoků, které ředí husté hleny v dýchacích cestách a umožňují jejich snazší odkašlávání, dechová rehabilitace či inhalace antibiotik), se realizuje obvykle 3× denně doma. Režim je časově dosti náročný. Některé děti, zvláště na 2. stupni, tak v některých případech po domluvě s třídním učitelem nosí s sebou do školy malý přenosný inhalátor (nebo mají jeden nepřenosný trvale ve škole) a inhalují některé dny v týdnu v prostorách, které pro to vyučující vyčlení (školní kabinet apod.). Není vhodné nechat dítě inhalovat mezi ostatními

Léčebně rehabilitační
režim

dětmi. Jednak to dítěti s CF může být nepříjemné a také se nebude soustředit na správnou techniku dýchání během inhalace.

Období plicních infekcí, léčení antibiotiky a čas potřebný pro čištění plic a častější stravu pravděpodobně omezí čas na školní práci. Další komplikací z hlediska školní práce a sociálních vztahů mohou být pravidelné lékařské kontroly, fyzioterapeutická léčba a pobyty v nemocnici. Zdravotní stav každého žáka se může výrazně měnit každý měsíc, dokonce i ze dne na den. Psychosociální aspekty této poruchy spolu s dalšími chronickými stavy vyžadují ve škole zvláštní pozornost. Velmi užitečný může být upravený rozvrh, navržený tak, aby vedl k dosažení optimálního efektu školního dne při učení, jídlech, léčbě a sociálních aktivitách. K tomu, aby žáci s CF mohli plně využívat svých vzdělávacích možností, je nutné, aby učitelé chápali podstatu onemocnění, jeho léčbu a dopady na stav dítěte a jeho výkonnost ve škole. Žáci s CF často nosí nitrožilní flexilu na předloktí nebo na ruce, sloužící k aplikaci antibiotik.

Problémy se soustředěním

Žáci s CF mohou mít obecně problémy v předmětech, kde je zapotřebí dobrého soustředění a koncentrace pozornosti. Týká se to zvláště dětí, které jsou oslabené: tedy častěji nemocné, trvale zahleněné a kašlající, slabší konstituce. Nemocným CF vadí prašné prostředí, horko, vlhko, stojatá voda, kontakt se zeminou, plísní, hnilobou. Nevhodné podmínky tak mohou nastat při předmětech, jako je pracovní vyučování či některé laboratorní práce. V tělesné výchově je potřeba vyhnout se zcela sauně, při plavání prostorám sprch (lze je projít rychle s rouškou) a nadměrné fyzické zátěži. V hodinách tělocviku někteří nemocní CF stačí zdravým vrstevníkům. Jiné děti však to samé jako ostatní nezvládnou nikdy, další nestačí třeba jen po infektu či při větší únavě. Vždy je žádoucí nechat je cvičit podle aktuálního zdravotního stavu a nenutit je k přepínání sil. Často je vhodné pověřit je třeba i méně náročným úkolem ve chvílích, kdy se necítí dobře. Je to lepší než je nechat sedět a zahálet úplně.

Psychické problémy

Žáci s CF mohou díky svému stavu zažívat i pocity méněcennosti a může pro ně být těžké najít si přátele. To může vést k problémům v chování. Někteří se stydí kašlat ve třídě a vyplivnout hlen do papírového kapesníku před ostatními. Stačí posadit je tak, aby mohli kdykoli během vyučování na chvilku odejít a provést „čištění“ dýchacích cest mimo třídu. Někdy mohou mít žáci s CF problémy s plynatostí. Výsměch nebo poukazování na to je třeba vhodně podchytit. Např. vysvětlit dítěti, které se tak chová, že je to nevhodné a proč. Pro žáky s CF je velmi pozitivní, mohou-li se cítit plně začlenění do školního kolektivu. Účast na škole v přírodě či kurzech je pro nemocné dítě velmi prospěšná, pokud je v dobrém zdravotním stavu a přeje si jet. Učitelé se nemusí obávat vzít je s sebou, stačí podrobnější konzultace s rodiči. Spolu s dítětem učiteli vysvětlí, popřípadě předvedou, jak dítě inhaluje atd. Základním pravidlem je, že dítě se nesmí omezovat v kašli. Musí mít možnost kdykoliv na chvíli opustit třídu, potřebuje-li hodně odkašlat nebo musí na toaletu. CF nemá vliv na intelekt žáka, školní výkon ale může omezovat žákův aktuální psychický stav a také pravidelné nebo dlouhodobé pobyty v nemocnici či doma. ■

1.2.5 EPILEPSIE

Velice často není příčina epilepsie známa. Někdy se hovoří o tzv. symptomatické epilepsii, pokud vzniká na základě traumatu během porodu, zranění hlavy, infekce (např. meningitida), mozkového nádoru nebo metabolického onemocnění.

Velký vliv na chování žáka s epilepsií ve škole mohou mít antiepileptické léky, které pravidelně užívá. Některé děti mohou být pod jejich vlivem náladové, více unavitelné, mohou se objevovat poruchy chování. I tohle je potřeba v rozumné míře tolerovat, žáka příliš nezatěžovat a poskytnout mu dostatečný čas na učení i odpočinek. Někdy může mírnější klasifikace a zvýšená individuální péče učitele skrývat nebezpečí v tom, že to budou spolužáci chápat jako nespravedlivé nadřezování žákovi ze strany učitele.

Problémy
se soustředěním

Postižený žák zase může považovat učitelovu mírnost za souhlas ke každé nedbalosti. Je tedy na učiteli, aby zvolil co nejvhodnější přístup, který žákovi pomůže a zároveň bude spravedlivý i k ostatním dětem. Záleží tedy na všech dětech ve třídě, možnostech pedagoga a školy i na přístupu samotného postiženého žáka. Pokud přece jen má dítě problémy s učením, neznamená to, že nemůže vyniknout například v pohybové výchově nebo při výtvarných a hudebních činnostech. Přiměřené tělesné aktivity mají pro dítě velký význam. Mnoho těchto aktivit mohou vykonávat i děti s diagnózou epilepsie. Při sportu si děti vybijí energii, zlepši kondici a také si mohou zvýšit sebevědomí a získat respekt a obdiv spolužáků. Žáci s epilepsií mohou vykonávat většinu pohybových aktivit. Mezi ty oblíbené patří např. kolektivní míčové hry a mnoho dalších. I zde je nutné dodržovat určitou bezpečnost žáka s epilepsií. Pedagogové, kteří budou pracovat s dítětem postiženým epilepsií, musí být seznámeni s problematikou epilepsie. Měli by znát základní problémy, které se mohou při práci s těmito dětmi vyskytnout.

Komplikace
ve vztazích
se spolužáky

EPILEPTICKÉ ZÁCHVATY MOHOU MÍT RŮZNOU FORMU:

- **GENERALIZOVANÉ ZÁCHVATY** – zasahují celý mozek naráz. Žák právě prodávající tento typ záchvatu najednou ztrácí vědomí a padá na zem, třepe nebo zmítá se s pravidelnými svalovými stahy projevujícími se trhavými a škubavými pohyby.
- **ABSENCE** – tento záchvat také postihuje celý mozek. Nejčastěji se s ním setkáme u předškolních dětí. Žák prodávající absenci je někam zahleděn a nereaguje na žádnou verbální ani vizuální pobídku. Někdy lze pozorovat oční pohyby nahoru a dolů nebo rychlé mrkání. Tento typ záchvatu není snadno rozpoznatelný učitelem ani rodičem, neboť je lehce zaměnitelný za denní snění. Tyto krátkodobé výpadky vědomí mohou vést k poruchám učení.
- **PARCIÁLNÍ ZÁCHVATY** – jsou lokalizovány v jedné části mozku. Pokud žák prodávající parciální záchvat, stále je při vědomí. Záchvat se však může projevovat motorickými příznaky, např. záškuby, tuhnutím končetiny, podivným pocitem v žaludku nebo změnami v chuťovém a čichovém vnímání.

Formy
epileptických
záchvatů

Typ epilepsie a četnost záchvatů se může měnit s věkem dítěte.

U žáka se správně léčenou epilepsií je pravděpodobnost, že se objeví epileptický záchvat, mizivá, ale může k němu dojít vlivem různých výše uvedených faktorů. Může se také stát, že k záchvatu dojde poprvé ve škole u žáka, jenž dosud nebyl léčen. V ideálním případě by tedy měl být každý učitel připraven k poskytnutí pomoci v případě epileptického záchvatu. Postup a druh pomoci závisí na typu epileptického záchvatu. Základním principem je klidné jednání, učitel se v takové situaci musí ovládat, aby zmírnil emoce a psychickou újmu ostatních žáků – svědků epileptického záchvatu.

Reakce v případě záchvatu

V případě, že se u žáka projeví generalizovaný tonicko-klonický záchvat, je třeba mu poskytnout okamžitou pomoc při dodržení níže uvedených zásad:

- Zachovat klid.
- Pozorovat žáka, ochránit ho před případným pádem nebo nárazem.
- Položit ho na bok v bezpečné poloze, aby byla zajištěna průchodnost dýchacích cest.
- Podložit mu něco měkkého pod hlavu (deku, srolované oblečení), uvolnit oděv kolem krku; pokud žák nosí brýle, je třeba je sundat.
- Počkat, až záchvat odezní, a snažit se zapamatovat si jeho délku a průběh (je dobré se na začátku záchvatu podívat na hodinky).
- Pokud je žák po záchvatu unavený a ospalý, je třeba mu umožnit usnout, pokud je rozrušený, je třeba na něho dohlížet a chránit ho před možnými úrazy až do doby, než se mu vrátí plné vědomí.

Záchrannou službu je vhodné volat vždy, když k záchvatu dojde poprvé, záchvat trvá déle než 5 minut nebo déle než obvykle, pokud se žák poranil během záchvatu, stěžuje si na poruchy vidění, na intenzivní a narůstající bolest hlavy, která neustupuje po odpočinku po záchvatu, pokud se žákovi nevrací vědomí. Vždy je třeba o záchvatu informovat rodiče.

K žákům s diagnostikovanou epilepsií by mělo být přistupováno stejně jako k jejich spolužákům; učitel musí pouze respektovat jejich specifické potřeby (např. fyzická aktivita – učitel by měl být od rodičů informován o nevhodných aktivitách, aby se předešlo faktorům vyvolávajícím záchvat).

Rodiče by škole měli poskytnout následující informace:

- Jak probíhá medikace antiepileptiky (čas, množství a způsob podávání).
- Kdy obvykle dochází k záchvatu, o jaký typ záchvatu se jedná.
- Jak záchvat obvykle vypadá.
- Kdy a jak je poskytována první pomoc.



AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. ISBN 80-7262-433-4.

ANDĚL, Michal. *Život s cukrovkou*. Praha: Grada, 1997. ISBN 80-7169-0872.

BEDNAŘÍK, Josef. *Nemoci kosterního svalstva*. Praha: Triton, 2001. ISBN 80-7254-187-0.

BEDNÁŘÍK, Josef. Svalové dystrofie: Hlavní téma: Svalová onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 2004, 5(3), 137–141. ISSN 1213-1814.

BUŘVALOVÁ, Denisa. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-21-4.

HRONOVÁ, Marie. *Úvod do somatopedie*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1990. ISBN 8070670940.

HUTTOVÁ, Petra. *Komplexní podpora jedinců s Duchenneovou svalovou dystrofií*. Brno: 2008. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar OPATŘILOVÁ, Ph.D.

JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

KAŠÁK, Viktor. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf, 2005. ISBN 80-7345-062-3.

KOČOVÁ, Helena a kol. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5705-6.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén, 2000. ISBN 80-246-0190-7.

KUDLÁČEK, Miroslav. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0178-6.

KRAUS, Jaroslav a Oldřich ŠANDERA. *Tělesně postižené dítě: Psychologie, léčba a výchova*. Praha: SPN, 1975. ISBN 14-324-75.

KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1018-8.

LEBL, Jan a Svatava LÍSKOVÁ. *Učíte diabetické dítě*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí, 2010.

LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK. *Abeceda diabetu: příručka pro děti a mladé dospělé, kteří chtějí o diabetu vědět víc*. 3., přepr. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf, 2008. ISBN 978-80-7345-141-7.

MICHALÍK, Jan a kol. *Metodika práce se žákem se vzácným onemocněním*. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS, 2012. ISBN 978-80-86532-28-8.

NEUMANN, David. *Léčba diabetu inzulinovou pumpou u dětí krok za krokem: nejen pro rodiče a edukační sestry*. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2480-8.

NEUMANN, David. *Péče o dítě s diabetem krok za krokem*. Praha: Mladá fronta, 2017. ISBN 978-80-204-4293-2.

NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Danuše NOVÁKOVÁ. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně, 2008. ISBN 978-80-7013-472-6.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Petra HUTTOVÁ. Podpora žáků s Duchennovou svalovou dystrofií v inkluzivním vzdělávání. In OPATŘILOVÁ, Dagmar et al. *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním*. Brno: Paido, 2011. ISBN 978-80-7315-219-2.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Zuzana MAKOVSKÁ. *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. Plzeň: Adela, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.

REPKO, Martin. *Neuromuskulární deformity páteř: komplexní diagnostické, terapeutické, rehabilitační a ošetřovatelské postupy*. Praha: Galén, 2008. 123 s. ISBN 13-978-80-7262-536-9.

SALAJKA, František. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1306-3.

SUSA, Zdeněk. *Asthma bronchiale*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-441-1.

TICHÝ, Jiří a kol. *Neurologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum, 1998. ISBN 80-7184-750-X.

VEJROSTOVÁ, B. *Bio-psycho-sociální a spirituální potřeby rodičů dětí se spinální svalovou atrofií Werding-Hoffmann typu I na domácí umělé plicní ventilaci*. Bakalářská práce. Olomouc: Lékařská fakulta Univerzity Palackého, 2007.

VONDRÁČEK, Petr, Pavlína PETRÁSKOVÁ et al. *Zlatý standard péče o pacienty s Duchenneovou a Beckerovou svalovou dystrofií*. Parent Project, 2007. ISBN 978-80-254-0433-1. ■

2 Dopady tělesného postižení a závažného onemocnění na vzdělávání

— Eva Čadová —

Každé tělesné postižení a vážné onemocnění ovlivňuje a narušuje člověka jak po stránce fyzické, tak i psychické. Člověk s postižením nebo dlouhodobě nemocný ztrácí (více či méně, to určuje charakter postižení a vážnost nemoci) možnost žít bez omezení a naplno. Postižení a nemoc s sebou přináší řadu negativních prožitků jako bolest, strach a obavy o budoucnost a zasahuje nejen člověka samotného, ale i jeho rodinu a přátele. U malých dětí je vliv tělesného postižení a nemoci prokazatelně velký. Tělesné postižení i vážné onemocnění postihuje žáka v celé jeho osobnosti, proto je velmi důležitý individuální přístup, který zohledňuje jeho schopnosti a potřeby. Žáci s tělesným postižením a chronickým onemocněním se většinou vzdělávají (pokud nemoc není spojena s jiným, těžším postižením) v běžném typu základní školy. Je tedy důležité zvolit správné postupy edukace žáka a vždy přihlídnout k jeho zdravotnímu a psychickému stavu. Je nutné si uvědomit, že nemoc postihuje žáka komplexně ve všech jeho osobnostních složkách, a je tedy nutné zvolit speciální postupy pro jeho vzdělávání.

Především vzdělávání dětí a žáků s neurologickou symptomatikou má svá specifika, která se vždy odvíjejí od úrovně rozumových schopností a stupně a formy postižení. Postižení má vliv na celou osobnost jedince a je nutné respektovat i potíže se sebeobsluhou, problémy komunikační, společenské a obtíže s pohybem. Ty se objevují ve větší či menší míře a mohou vést až k celkové nehybnosti a závislosti na pomoci.

**Narušení
základních funkcí**

Mezi nejčastěji narušené základní funkce u žáka s tělesným postižením patří:

- oblast hmatového vnímání,
- hodnocení polohy vlastního těla a orientace v tělesném schématu,
- orientace v prostoru, hodnocení vzdáleností, polohy a pořadí předmětů, plánování přiměřeného pohybu,
- schopnost získávat informace zrakovým pozorováním,
- poruchy zrakového vnímání v důsledku motorické poruchy,
- poruchy sledování pohybujících se předmětů,
- poruchy zrakové, někdy ale i sluchové analýzy složitějších podnětů,
- poruchy doplňování a anticipace tvarů,
- selektivní zraková pozornost. ■

2.1 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI ŽÁKŮ S NEUROLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Rozvoj základních dovedností těchto dětí se opoždí z několika příčin, jež se kombinují, a je obtížné posoudit, která má rozhodující vliv.

Opoždování může být způsobeno celkovým pomalejším zráním CNS a někdy i přímým poškozením oblastí mozku potřebných k provádění té které dovednosti (díky postižení děti mívají nedostatečnou možnost nácvičení dovednosti při snížené hybnosti). Školní zralost bývá vlivem více faktorů opožděna, mohou ji ovlivňovat nejrůznější faktory biologického a psychosociálního charakteru. Děti s neurologickou symptomatikou (patří sem i děti s DMO) se nevyvíjejí plynule a rovnoměrně v oblasti jednotlivých funkcí, které jsou pro zvládnutí požadavků školy potřebné, eventuálně nezbytné. Tato skutečnost souvisí s jejich základním postižením. Pokud je u žáka diagnostikována školským poradenským zařízením školní nezralost, je navržen odklad školní docházky. Žák i rodiče tak získávají potřebný čas, který mohou za přispění odborníků adekvátně využít.

Žáci také mohou trpět určitou deprivací při častějších pobytech v nemocnicích a lázních. V tomto případě používáme termín podnětová a zkušenostní deprivace. Zdravé děti se již v počátcích vývoje pohybují v prostoru, dotýkají se věcí a manipulují s nimi. Získávají množství informací o váze povrchu, zvuku, tvaru, velikosti, funkci, chuti předmětů kolem sebe. Jejich analýza a syntéza umožňují vytvářet abstrakce, poznávat předměty a dávat jim jména. Dítě s tělesným postižením potřebuje více takových zkušeností. Jeho zkušenosti jsou nepřesné, deformované nejistým úchopem, nedostatečnou percepcí a nestabilní polohou. ■

2.2 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI ŽÁKŮ S PROGRESIVNÍM SVALOVÝM ONEMOCNĚNÍM

Je prokázáno, že progresivní atrofie častěji provázejí poruchy chování, pozornosti a poruchy autistického spektra. Některé poruchy chování mohou být přímým důsledkem samotného progresivního průběhu onemocnění. Rodiče někdy své děti charakterizují jako nezralé a pozorují u nich větší sociální problémy, než je běžné u nepostižených vrstevníků. Velké procento žáků s atrofií má emoční obtíže, jako jsou deprese nebo úzkostné stavy. Tyto stavy mohou významně souviset i s psychickým a emočním stavem rodičů, kteří se obtížně vyrovnávají s postupující chorobou jejich dítěte a trpí zvýšenou úzkostí. Také u žáků s progresivními chorobami existuje zvýšené riziko rozvoje deprese.

Někdy se v souvislosti s progresivním onemocněním může objevit impulzivní chování a snížená schopnost kontrolovat své emoce, což se projevuje vzdorovitým (opozičním) chováním. Žáci jsou netrpělivější, frustrovanější a snadněji se rozčílí. Podrážděnost a vzdorovité chování mohou znamenat reakci na depresi a pocit úzkosti. Rovněž pocit nedostatečné kontroly nad svým zdravím a sebou samým může takto těžce nemocný žák kompenzovat snahou získat kontrolu v jiných oblastech, a to například i formou vzdorovitého chování.

Kognitivní a psychosociální odchylky ve vývoji žáků s progresivním svalovým onemocněním jsou častější než u intaktních žáků třídy. U chlapců s Duchennovou svalovou dystrofií (DMD) se může vyskytnout i problém v komunikaci, který se projeví v omezeném porozumění vícečetným slovním instrukcím, tedy řadě po sobě následujících pokynů.

Příkladem z vyučování může být zadání: „Vezměte si červenou a modrou pastelku, otevřete si učebnici na straně šedesát a ve cvičení pět podtrhávejte červeně podstatná jména a modře slovesa. Do sešitu napište dnešní datum a cvičení ... Kdo bude hotov, přihlásí se.“ Žák s DMD může mít problém větší počet po sobě následujících instrukcí správně zpracovat. Dosud není přesně známo, zda je tento problém s porozuměním řeči důsledkem deficitu pracovní sluchové paměti, nebo zda se jedná o specifický problém sám o sobě. Lze však říci, že narušená schopnost správného chápání komplexních slovních instrukcí se jeví spíše jako opoždění než deficit.

Vzhledem k tomu, že školní vyučování je založeno na slovních instrukcích (později i písemných), a tedy na schopnosti poslouchat a správně je chápat, má oslabení v této oblasti negativní dopad na zvládání učiva i veškerých aktivit souvisejících s pobytem ve škole.

„Problémy s učením při DMD se zdají být velmi podobné těm, které se objevují u dětí s dyslexií. U obou skupin dětí (s DMD i dyslexií) se vyskytují problémy se čtením, hláskováním a pravopisem.

Při čtení bývá nejčastěji největším problémem rozklad slova na hlásky, rychlost a správnost čtení jednotlivých slov, porozumění čtenému textu. Chlapci s DMD dosahují často lepších výsledků při čtení potichu než při hlasitém čtení. Čtení nahlas vyžaduje provedení několika více po sobě následujících úkonů – spojení písmena s hláskou, jejich spojení do slabik, celého

slova, jeho vyslovení a odvození významu slova. Schopnosti potřebné k hlasitému čtení jsou obdobné jako pravděpodobně při porozumění komplexnějším instrukcím, a proto činí chlapcům větší potíže. Nicméně jsou-li tyto obtíže správným vedením překonány ve věku kolem 9 až 10 let, dochází k výraznému zlepšení a tyto problémy ustupují do pozadí“ (Opatřilová, 2011). ■

2.3 PSYCHOLOGICKÉ ZVLÁŠTNOSTI ŽÁKŮ SE ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM

Závažné somatické onemocnění představuje jednu z největších životních zátěží, která nějakým způsobem ovlivní i psychiku žáka a může více či méně změnit některé vlastnosti jeho osobnosti. Zpracování zátěže, kterou představuje závažné onemocnění, probíhá ve fázích, které mají individuálně specifický průběh i délku trvání. Závažná choroba mění sociální pozici nemocného žáka (ve skupině spolužáků, kamarádů, ale i v rodině). Jakákoli závažnější nemoc není samozřejmě jen záležitostí nemocného žáka, ale ovlivní nějakým způsobem celou rodinu. Mění i role a vztahy jednotlivých členů, někdy i celkový styl života takto postižené rodiny, její hodnoty a normy. Nemoc dítěte je pro rodiče silnou stresovou situací. Způsob, jakým ji rodiče zvládají a jak na ni reagují, spoluurčuje, jak velkou zátěží bude nemoc pro dítě. Pod vlivem zkušeností s nemocí se často mění postoj rodičů k dítěti. Impulzem bývá potřeba vynahradit mu to, co mu nemoc vzala. Hyperprotektivní a často nadměrně tolerující postoj nemusí být pro další život dítěte přínosný. Jeho osobnost se nakonec může rozvíjet nepříjemným způsobem nikoli z důvodu nemoci, ale pod vlivem změny výchovného přístupu rodičů. Reakce rodičů se mohou měnit podle toho, jak choroba dítěte probíhá. Jestliže se nemoc nelepší, nebo dokonce dochází ke zhoršení, roste i úzkost rodičů a zvyšuje se riziko zkratkového jednání, vyvolaného pocitem zoufalství.

Z odborné literatury lze vyčíst, že chronické onemocnění postihuje 7–10 % dětské populace. Většina závažnějších onemocnění přináší v rámci chorobných příznaků zhoršení celkového stavu, např. únavu, vyčerpání, bolest, a působí jako silný stresor, jako zátěž, s níž se nemocný žák musí nějak vyrovnat.

Z hlediska žáka jsou nejvýznamnější tyto důsledky choroby:

- obtíže, které nemoc přináší (bolest, svědění, únava apod.);
- léčebné a vyšetřovací výkony, které bolí nebo jsou jinak nepříjemné, a proto vyvolávají úzkost a strach;
- odloučení od rodiny při hospitalizaci, vyvolávající strach ze ztráty citového zázemí;
- omezení nejrozličnějšího druhu (omezení pohybu, dieta, izolace od kamarádů, nuda).

Hovoříme-li o nemocném žákovi, musíme počítat i se sociálními změnami v oblasti vzdělávání a výchovy a školní adaptace nemusí být úspěšná. Důsledkem déletrvajících absencí může být neúspěch ve vzdělávacím procesu, nepříznivá zpětná vazba a kritika ze strany učitelů, spolužáků, vrstevníků. Strach ze zkoušení, zejména před spolužáky, může být příčinou neúspěchu ve škole, přestože je žák teoreticky připraven.

Závažné a většinou i dlouhodobé onemocnění vždy nějakým způsobem ovlivňuje více či méně i psychiku žáka. Často se objevují poruchy nálady a úzkostné poruchy. Nemoc je významným faktorem promítajícím se do vývoje osobnosti nemocného žáka. V souvislosti s častou hospitalizací dochází k určitým změnám v osobnosti. Nemoc je dlouhodobou zátěží, která může ovlivnit sebepojetí žáka, např. ve vztahu k výkonu. ■

2.4 SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM

Je třeba zmínit požadavky na fyzikální prostředí školní třídy a každé učebny, kde se žák společně s ostatními žáky během vyučovacího dne pohybuje (školní laboratoř, knihovna, tělocvična, cvičná kuchyně, jazyková laboratoř aj.). Zahrnují úpravu teplotních podmínek, světla, rozměrů a volného manipulačního prostoru. Je prokázáno, že žák s centrální poruchou hybnosti může mít obtíže při práci v přetopené nebo příliš chladné místnosti, kde se násobí problémy s jeho svalovým napětím. Žák s tělesným postižením by neměl pracovat na místě, kam dopadá přímé sluneční záření (např. DMO v řadě případů přináší poruchu světlocitu, někdy i světloplachost), větrání místnosti a její zásobení kyslíkem by mělo být ve školách samozřejmostí, rozměry místnosti a její vnitřní upořádání pro pohyb jedince na vozíku násobí požadavky na volný manipulační prostor mezi lavicemi, který dává šanci otočit se i na elektrickém vozíku s masivním akumulátorem. U tělesně postižených žáků by bylo třeba také realizovat častěji učení společně s druhými, v páru nebo ve skupině (hodně tuto potřebu saturuje nejen spolužák, kterému rovněž vyhovuje učení ve dvojici spojené s diskusí a opakováním učební látky, ale pomůže i asistent pedagoga, který v procesu učení zaujme roli partnera). Je třeba respektovat a saturovat i sociální potřeby žáků s tělesným postižením, umožnit jim střídat sociální podmínky procesu vyučování, zamezit utváření silné vazby na jednu blízkou a snadno dosažitelnou osobu (např. na asistenta pedagoga). Mezi potřeby žáků s tělesným postižením, ale i žáků nemocných patří preference určité denní doby při učení, potřeba jídla a pití při učení, potřeba pohybu při učení, s čímž souvisejí i další potřeby relaxace a odpočinku. Žáci s neurologickou symptomatikou mívají potíže v procesu učení, zvláště při dokončování úkolů. Ty jsou ovlivněny poruchami pozornosti a soustředění, nerozhodností a snadnou unavitelností. Je nezbytné respektovat speciální komunikační potřeby žáků s tělesným postižením (komunikační potíže v oblasti řečové percepce i recepce způsobují, že žák nedrží tempo práce s ostatními, potřebuje delší čas pro pochopení instrukcí a výkladu, potřebuje strukturované informace, zřetelně formulované pokyny). Důležité je klást důraz na respektování preferencí učebního stylu, které zahrnují styly učení, tj. účinné postupy užívané při učení, v důsledku přidruženého smyslového postižení mohou mít (např. u žáků s DMO) kompenzační význam. Jedná se např. o preferenci auditivního učení, kdy si žák snáze pamatuje učební látku na základě sluchového vjemu a potřebuje hlasitý poslech čteného, nebo preferenci vizuálního učení, kdy si žák lépe osvojuje čtený text plný názorných obrázků a schémat.

Je třeba zajistit vhodné didaktické pomůcky (účelné je se poradit s odborníky ve speciálně-pedagogických centrech pro tělesně postižené).

Důležitý je i požadavek bezbariérovosti prostředí. Ten je zásadní z hlediska všech žáků s tělesným postižením pohybujících se na vozíku, ale i o berlích. Bezbariérovost musí být řešena uvnitř školy i v jejím okolí. Nezbytné je rovněž odpovídající technické vybavení pro pohyb žáků po škole – žáci musejí mít možnost být samostatní, odkázaní co nejméně na pomoc asistenta (trvalá závislost na AP nebo na jiných žácích může u citlivějších vyvolávat pocity méněcennosti). ■

2.4.1 BEZBARIÉROVOST UVNITŘ ŠKOLY

Dva nebo více schodů představují překážku, kterou je vozíčkář schopen překonat jen za pomoci schodolezu či jiných osob. Schody by neměly být vyšší než 0,18 m s minimální hloubkou 0,27 m. Všechna schodiště v budově školy by měla být dobře viditelná, přístupná a bezpečná. Měla by být opatřena souvislým zábradlím na každé straně.

Zábradlí by měla o 0,40 m přesahovat začátek a konec schodiště. Úchopová část by měla mít oválný či kruhový profil. V místech, kde je schodiště jedinou přístupovou cestou do budovy či její části, by měla být nainstalována zdvihací plošina. Dveře školní budovy nesmějí být v žádném případě otáčivé nebo automaticky se zavírající s odporem. Vrstvené dveře by měly být řazeny od sebe s dostatečnou vzdáleností pro manipulaci s vozíkem, případně pro jeho otočení (1,40–1,70 m). Dvojitě, ručně ovládané zasouvací dveře by měly být min. 2 m široké, jednodílné vchodové dveře by měly být min. 0,80 m široké. Vedle dveřní kliky musí být volná stěna v šíři min. 0,50 m. Venkovní zvonek a zvonek k přivolání obsluhy by měl být umístěn nejvýše 1,30–1,40 m nad zemí. Pro vozíčkáře jsou zvláště obtížné přejezdy dveřních prahů. Prahy by neměly vyčnívat nad úroveň podlahy.

Zádveří by mělo být dostatečně prostorné, aby umožňovalo volný průjezd vozíku i manipulaci s ním. Jakékoliv pevné součásti chodeb a schodišť by měly být přehlednější, tj. ne vyšší než 0,60 m. Chodby ve vnitřních částech budov by měly být široké 1,50 m, aby umožňovaly i doprovod vedle vozíku. Madla, ovládací prvky, kliky apod. by měly být umístěny ve výši 0,90 m, sklon chodeb by neměl přesahovat 6%. Podlahy by měly mít protiskluzovou povrchovou úpravu, pokud možno i vodící linie. V delších chodbách by měla být umístěna odpočívadla a vhodná sedadla pro žáky s postižením hybnosti.

Nejen samotný vstup, ale i koridory mezi lavicemi by měly zůstat volně prostupné. Dostatek manipulačního prostoru v učebně umožní žákovi na vozíku otáčení, veškeré doplňky, tabule, promítací plochy a informační desky musejí být instalovány s ohledem na snížený horizont pohledu osoby na vozíku a veškeré ovládací prvky (spínače osvětlení, požární alarmy aj.) musejí respektovat sníženou vertikální dosahovou vzdálenost (0,45–0,50 m od okraje vozíku při maximálním vyklonění).

Skleněné vnitřní dveře v budovách by měly být označeny barevnými pruhy ve výšce očí sedící osoby (1,00–1,40 m), jejich dolní část by měla být chráněna proti nárazu vozíku. Dveře s automatickým otvíráním by měly být nainstalovány všude, kde je to jen možné.

Toalety pro tělesně postižené žáky by měly být umístěny vždy ve stejných prostorách jako toalety běžné. Na toaletách běžných by měla být alespoň jedna kabinka určená a uzpůsobená pro osoby s handicapem.

Ústředním pravidlem pro úpravu školního prostředí je pravidlo bezpečnosti: žák na vozíku by neměl být v žádném z prostorů školní budovy jakkoliv omezován či ohrožován při svém pohybu, aby byl co nejvíce samostatným. ■

2.4.2 POŽADAVKY NA OKOLÍ ŠKOLY

Přístupové cesty ke školní budově, ať již vozovky, chodníky nebo rampy, by měly být zbaveny všech překážek, např. sloupů osvětlení, laviček, odpadních košů, stojanů na kola, sebeobslužných automatů a mobiliářů tak, aby byly pro pohyb žáka na vozíku a jeho doprovodu plně přístupné a bezpečné. Měly by být rovné, upravené a dobře osvětlené s jasně vyznačenými okraji. Přístupové chodby a koridory vně školní budovy musejí respektovat minimální potřebný prostor pro částečně pohyblivé (o berlích chodící) osoby, tj. 90 cm šíře se 60 a 160 cm výšky dosahu manipulačních prvků (samoobslužných tlačítek, svítidel aj.), i minimální prostor pro osoby pohybující se na vozíku, tj. 58–70 cm šíře potřebné pro průjezd vozíku, 120 cm délky vozíku bez doprovodu a 140 cm s doprovodem, 170 cm délky na 140 cm šířky manipulačního prostoru pro obrat vozíku o 180 stupňů a 170 cm na 170 cm při obratu o 360 stupňů, 1,40 m výšky průjezdu pod vodorovnou plochou. Případné schody do budovy by měly mít alternativu v plošině či nájezdní rampě, měly by mít kontrastní okraje (zvláště první a poslední schod) a odlišnou povrchovou úpravu čela a nášlapu. Zábradlí pomáhají rozlišit směr a změnu úrovně povrchu, osobám s poruchou lokomoce slouží i jako opora. Obrubníkové kameny chodníků vysoké 5–12 cm jsou pro většinu vozíků překonatelné. Nájezdní rampy pro vozíčkáře do budov a zařízení musejí splňovat požadavky minimálních rozměrů: šířka 1,50–2 m, sklon max. 6 %, souvislé zábradlí o max. výši 0,90 m s oválným průměrem 0,05 m, poskytující pevnou oporu a snadné uchopení. Rampy by měly být zakončeny pevným a neklouzavým povrchem (vyhláška č. 398/2009, o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb). ■

2.5 SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY ŽÁKŮ SE ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM

Při organizaci výuky žáka s chronickým onemocněním by měl být kladen důraz na jeho schopnosti, nikoli omezení. Další zdroje by měly být využity v oblastech, které jsou pro žáka důležité. Žáci by měli mít možnost si osvojit vlastní strategie. Pocit úspěchu je jedním z důležitých motivačních faktorů. V problematičtějších oblastech je nezbytná podpora žáka a jeho pozitivního rozvoje. Učitelé by si měli být vědomi toho, že žák může procházet krizovým obdobím nebo smutkem, což negativně ovlivňuje jeho schopnost koncentrace, paměť, spánek, může být zranitelnější, neklidný, popudlivý a vzteklý. Reakce se mohou objevit ihned, někteří žáci však mohou reagovat až po delší době.

Pravidla zapojení
žáka s chronickým
onemocněním

Pět níže zmíněných oblastí je klíčových pro učitele a představují základ pro vzdělávání žáků s chronickým onemocněním:

- **CÍTIT SE SOCIÁLNĚ ZAČLENĚN.** Pro děti a dospívající je velice důležité přijetí vrstevníky a pocit začlenění do skupiny přátel.
- **VYKONÁVAT ČINNOSTI, KTERÉ JSOU ZVLÁDNUTELNÉ.** Možnost zvládnout úkoly je velice důležitá. Práce ve škole poskytuje konkrétní zkušenost se zachováváním schopností a tím podporuje sebevědomí žáka, které může být nemocí narušeno. Pocit štěstí prožívaný žákem bývá závislý na úspěšnosti ve škole, zvládání úkolů ve škole i uplatnění ve volném čase.
- **ZAPOMENOUT NA NEMOC.** Žáci by měli být zapojeni do aktivit, které je baví, a v přátelské atmosféře, což dohromady přispívá k rozptýlení myšlenek na nemoc.
- **OBNOVIT V CO NEJVĚTŠÍ MÍŘE FYZICKÝ STAV.** Fyzické změny, např. omezená fyzická kondice a schopnosti nebo změna vzhledu, jsou většinou dalšími negativními vlivy na sebevědomí dítěte nebo dospívajícího.
- **USPĚT V POROVNÁNÍ S VRSTEVNÍKY.** Děti a dospívající porovnávají svůj vzhled a chování s vrstevníky nebo s představou toho, jak by vypadali, kdyby nebyli nemocní. Výsledek tohoto srovnání ovlivňuje jejich sebehodnocení.

Žáci s chronickým nebo závažným onemocněním se mohou cítit osaměle a reagovat smutkem. Informování spolužáků může přispět k pochopení situace nemocného žáka a lepší sociální podpoře z jejich strany. Správné informace mohou zamezit spekulacím a pomluvám. Informace také mohou přispět k pochopení, proč je k danému spolužákovi přistupováno jinak.

Myšlení

MYŠLENÍ u některých žáků se závažným onemocněním (např. u epilepsie, některých typů onkologických onemocnění...) bývá méně pružné, zpomalené, typickým rysem je také nižší spontaneita a neschopnost adaptace na nové podněty. Problémy mohou mít takto nemocní žáci i s pamětí. Je narušena vstřípivost a vybavování si, což souvisí s celkovou rigiditou a větší unavitelností dětí např. s neurologickým onemocněním.

Velký vliv na chování žáků s epilepsií ve škole mohou mít antiepileptické léky, které žáci pravidelně užívají. Někteří mohou být pod jejich vlivem náladoví, více unavitelní, mohou se objevovat poruchy chování. I tohle je potřeba v rozumné míře tolerovat, žáka příliš nezatěžovat a poskytnout mu dostatečný čas na učení i odpočinek



ČADOVÁ, Eva a kol. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II. Diagnostické domény pro žáky s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním.* Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2012. IBSN 978-80-244-3052-2.

ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením.* Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, 2012. IBSN 978-80-244-3378-3.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

HRONOVÁ, Marie. *Úvod do somatopedie*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého, 1990. ISBN 80-706-7094-0.

KOČOVÁ, Helena a kol. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5705-6.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.

KUBÍČOVÁ, Zdenka, Markéta BENONIOVÁ, Antonín HERRMANN a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele integrovaných žáků*. Praha: Pedagogické centrum, 2002.

MICHALÍK, Jan. *Školská integrace dětí s postižením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2000. ISBN 80-244-0077-4.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: H & H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Zuzana MAKOVSKÁ. *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. Plzeň: Adela, 2009. ISBN 978-80-87094-05-1.

ŠTECH, Stanislav, Marie VÁGNEROVÁ a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ. *Psychologie handicapu. Část 1. Handicap jako psychosociální problém*. Liberec: Technická univerzita, 1997. ISBN 80-7083-209-6.

TSCHUSCHKE, Volker. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-826-0.

VAĎUROVÁ, Helena. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-60-8.

VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ. *Tělesně postižené dítě v mateřské a základní škole: vývoj, výchova, diagnostika, terapie*. Brno: Masarykova univerzita, 1994.

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

MMR, 2009. Vyhláška č. 398/2009 Sb., o obecných technických požadavcích zabezpečujících bezbariérové užívání staveb. [online]. Ke dni 18. 11. 2009 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-398>

3 Pedagogická diagnostika žáka

Pedagogická diagnostika žáka s tělesným postižením a závažným onemocněním je nedílnou součástí složitého výchovně-vzdělávacího procesu s cílem určit současný stav a stanovit diagnózu.

Smyslem celého procesu diagnostikování v pedagogickém procesu je tedy především určit výchovně-vzdělávací strategie ve vztahu k možnostem žáka, navrhnout pedagogická opatření – stanovit prognózu. Může jít o rozvoj nedostatečně využité potenciality, dispozic nebo také změnu vstupních požadavků, případně o kombinaci obojího. Úkolem diagnostiky je tedy především rozpoznání určitého stavu, stanovení jeho příčin a návrh potřebných opatření. Pedagogickou diagnostiku provádí pedagog ve třídě. ■

3.1 PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTICKÉ METODY

Základním metodologickým a metodickým principem pedagogických diagnostických metod je systémově-strukturální a analyticko-syntetický přístup, který usiluje o obsahové

a procesuální analýzy výkonů žáků a jejich hodnocení podle kritérií kvality a kvantity výkonů.

ÚSTNÍ ZKOUŠKY

Ústní zkoušky

Ústní zkoušky by měly patřit k nejčastěji používaným metodám. Jejich podstatou je učitelova otázka a žákova odpověď. Otázky mohou směřovat k odpovědím různé šířky, hloubky, k znalostním strukturám a k přehledu učiva. Otázky mohou mít charakter problémových úkolů, které mají vést žáka k přemýšlení. U žáků s tělesným postižením může být někdy problém, protože někteří z nich mají symptomatické vady řeči (dyslalie, dysartrie, poruchy rytmu řeči a další), mohou mít problémy s vyjadřováním, se slovní zásobou apod. Výhodou je ale vždy to, že je možné otázky, které jsou žákovi kladeny, korigovat podle situace. Důležité je i to, že se při takovém způsobu ověřování vědomostí žák zároveň učí verbálně vyjadřovat, což je pro něho do budoucna velmi žádaná dovednost.

Ústní zkoušky mohou mít tři roviny:

- V případě volné odpovědi žák odpovídá na obšírnou otázku vcelku a učitel nezasahuje do jeho odpovědi.
- Odpověď plánovitě řízená vcelku i po částech dílčími otázkami – zkouška postupuje tak, že otázky, které směřují k přehledu učiva, se střídají s otázkami analytické povahy.
- Kombinované odpovědi, kde první část zkoušky umožňuje samostatné odpovídání a další část je řízena podle potřeby. Učitel si všímá úrovně vědomostí, chyb, kvantity, kvality odpovědi.

PÍSEMNÉ A GRAFICKÉ ZKOUŠKY

Písemné a grafické zkoušky

Písemné a grafické zkoušky jsou u pedagogů oblíbenější než ústní zkoušky. V krátké době lze vyzkoušet více žáků najednou. Otázky lze předem připravit a sledovat systémy i struktury poznatků a analyticko-synteticky všechny faktory obsahu. Při tomto způsobu zkoušení však je třeba u žáků s tělesným postižením vždy pamatovat na to, že žák může mít s psaním problémy způsobené dopady tělesného postižení a psaní je pro něj natolik namáhavou činností, že mu již nezbyvá dostatek koncentrace pozornosti na obsah psaného textu. V případě, že při psaném ověřování vědomostí tělesně postižený žák nestihne dopsat text nebo je tento text zatížen přílišnou chybovostí, bylo by vhodné v rámci objektivitu vždy ověřit vědomosti ještě ústně. Žák své odpovědi zaznamenává různými grafickými způsoby:

- písemně – slovem, větou, rozbořem, popisem, definováním jevů atd.,
- písemně – číslem, přepočítáváním, tabulkami atd.,
- graficky – obrazem, technickými symboly, výkresy atd.,
- kombinovaně – slovem, číslem, kresbou, symbolicky atd.,
- projektem – písemným, grafickým návrhem řešení problému spojeným s legendou, s výpočtem objektu, návrhem organizačního postupu atd.

Metoda analýzy chyb
nebo špičkových
výkonů

METODA ANALÝZY CHYB NEBO ŠPIČKOVÝCH VÝKONŮ

Pedagog registruje chybné výkony v průběhu činnosti a v jejích výsledcích. Všímá si aktivity žáka a hodnotí úroveň procesu. Tento způsob diagnostiky může odhalit problémy jednotlivých žáků s tělesným postižením tak, aby bylo možné najít způsob, jakým je možné problémy způsobené dopady postižení eliminovat.

Sleduje zejména výsledky písemných prací, kreseb, manipulačních aktivit a sleduje také chování žáka. Zároveň se musí sledovat i vynikající výkony. Analýzu chyb lze provádět ve všech oblastech vyučování a výchovy:

- analýza chyb v jazykových výkonech,
- analýza chyb v matematických výkonech,
- analýza chyb v grafických výkonech,
- analýza chyb v pracovních-technických a laboratorních výkonech,
- analýza chyb v tělovýchovných, sportovních a branných výkonech,
- analýza chyb ve společenském jednání.

Metoda analýzy
a hodnocení písem-
ného projevu

METODA ANALÝZY A HODNOCENÍ PÍSEMNÉHO PROJEVU

Pedagogika sleduje písemný projev z hlediska toho, jak žák zvládl tento projev a jak vyhověl normám, které určují šířku a hloubku tohoto projevu. Gramatický rozbor je v podstatě analýzou chyb a správný výkon udávají pravidla jazyka, osnovy a učebnice. I zde je třeba u žáků s dopady postižení na jemnou motoriku a grafomotoriku respektovat jejich možnosti.

Metoda analýzy
a hodnocení čtení
a porozumění
psanému textu

METODA ANALÝZY A HODNOCENÍ ČTENÍ A POROZUMĚNÍ PSANÉMU TEXTU

Proces čtení je sledován komplexně. Sleduje se přednes, dechové a hlasové projevy, rychlost, intonace, artikulace, vyslovení hlásek, dramatické projevy, logické vyjadřování, pauzy, citový prožitek a osobní zaujatost. Zároveň učitel zjišťuje, jak žák chápe přečtený text, jak pochopil význam celku, jednotlivých slov, smysl textu, skryté myšlenky. Problémy žáků s tělesným postižením mohou být patrné i ve čtení. To může být ovlivněno vadami řeči, slovní zásobou (porozumění pojmů) a zvýšenou únavou při čtení.

Metoda chápání
významu obrazu
a děje

METODA CHÁPÁNÍ VÝZNAMU OBRAZU A DĚJE

Rozlišují se obrazy již dříve vnímané, jejichž obsah je žákům známý a popis obrazu prozradí úroveň zvládnutí poznatků. Nejtěžší jsou pro pochopení smyslu obrazy zcela neznámé obsahem a principem využití. Speciální pedagogika a psychiatrie používají tyto diagnostické metody často. Jde o jednoduché děje vyjádřené na obraze nebo o děj zachycený na fotografii, průsvitné fólii, filmu. Diagnosticky lze využít i některé reálné životní situace. U žáků, kteří mají v rámci dopadů postižení omezené možnosti v získávání poznatků a situací, je třeba počítat s tím, že ne vždy mohou reagovat adekvátně.

METODY ANALÝZY A HODNOCENÍ SOUVISLÉHO ÚSTNÍHO PROJEVU

Metody analýzy
a hodnocení
souvislého ústního
projevu

Tato diagnostika je v principu lingvistickou diagnostikou. Posuzuje se schopnost vyjadřování, vyprávění, souvislého, odpovídání na otázky, mluvení na veřejnosti. Na vyšších stupních jsou hodnoceny rétorické schopnosti, schopnost přednášet i náročnou monologickou metodou. V rámci těchto metod je nutné vycházet z možností tělesně postižených žáků v oblasti komunikace (vady řeči).

METODA ANALÝZY A HODNOCENÍ MATEMATICKÝCH VÝKONŮ

Metoda analýzy
a hodnocení
matematických
výkonů

Nejvýznamnější úkolem je zjistit matematické schopnosti, tj. schopnosti řešit matematické úkoly, které jsou zadávány ve škole. Diagnosticky je sledována zejména úroveň matematického myšlení, které se váže na proces řešení matematických problémových úloh v oblastech, kde se matematika uplatní.

Hodnotí se myšlenkové operace, na jejichž základě jsou žáci schopni zevšeobecnit matematický materiál a samostatně objevit princip řešení modelové úlohy.

ANALÝZA A HODNOCENÍ VÝSLEDKŮ ČINNOSTI

Analýza
a hodnocení
výsledků činnosti

Analýza a hodnocení výsledků činnosti žáka se zaměřuje na rozbor konečného efektu žákovy pracovní, studijní a herní aktivity, jako jsou písemné práce, matematické úlohy, výkresy, technické výrobky, modely, makety, uspořádání pomůcek atd.

Výsledek prozradí úroveň použitých znalostí a dovedností, účast myšlení a tvořivosti, originalitu, nadání, kulturu práce, přesnost, funkčnost, estetickou stránku, dodržování pravidel. Oblast hodnocení výsledků činnosti může být také dotčena dopady postižení v oblasti hrubé a jemné motoriky, a výsledky je proto třeba brát s ohledem na stav a možnosti žáka.

DIDAKTICKÉ TESTY

Didaktické testy

Jejich podstatou je série dotazů zadaných všem žákům najednou, které vyžadují krátkou, jednoznačnou odpověď z několika možných variant odpovědí. Jedná se o standardizovaný postup, kterým se vyvolává jistá aktivita, jejíž výsledek se pak měří a hodnotí tak, že individuální výsledek se porovnává s výsledky dosaženými u jiných jedinců ve stejné situaci.

METODA DLOUHODOBÉHO SYSTEMATICKÉHO POZOROVÁNÍ

Metoda
dlouhodobého
systematického
pozorování

Metoda dlouhodobého pozorování umožňuje poznávat především složitější vlastnosti, které se projevují v systémech řízení na každém vyučování a ve výchovném působení, ve škole i mimo školu. Tuto metodu lze spojit s hlubokým rozbořením výkonů v mnoha situacích, a proto se realizuje několika učiteli najednou. Poznatky pozorovatelů se sjednocují, zpřesňují a zevšeobecnují. Učitel si všímá symptomů jevů, které sleduje, podmínek a interpretace. Všímá si úrovně znalostí žáků, jejich dovedností, návyků, postojů, aktivit, a to vždy ve vztahu k vyučování. V rámci metody dlouhodobého systematického pozorování lze využít i pozice asistenta pedagoga (pokud je do třídy zařazen).

Metoda
pozorování žáka
v mezních situacích

METODA POZOROVÁNÍ ŽÁKA V MEZNÍCH SITUACÍCH

V krajních situacích je žák výrazně zainteresován řešit konkrétní situace, na kterých mu velmi záleží. Musí se projevit, neboť mu jde o prestiž, o čest, o společenskou pozici. Žák se proto projevuje bez přetvářky.

Dotazníky

DOTAZNÍKY

Problémem dotazníků je, že kladou mnoho otázek, což ochuzuje aktivitu respondentů. Subjektivita odpovědí spočívá v podezřívavosti respondentů, že odpověď může být zneužitá, a to i tehdy, když jsou dotazníky anonymní. Stejně subjektivní je i jiná diagnostická metoda – anamnéza, která zjišťuje zejména u problémových žáků jejich minulý vývoj, výchovné podmínky, zdravotní stav. Subjektivní anamnéza může být zdrojem omylů a předsudků, objektivní je podložena důkazy.

Analýza
pedagogické
dokumentace

ANALÝZA PEDAGOGICKÉ DOKUMENTACE

S pomocí pedagogické dokumentace (RVP, ŠVP, záznamy o žácích, portfolia) si lze lépe uvědomit širší rámec výuky. Informace z této dokumentace umožňují hlouběji porozumět žákovi a sledovat např. i vývoj určité jeho dovednosti (viz portfolio). Analýzou pedagogické dokumentace lze objektivně zjistit i postup žáka s tělesným postižením a závažným onemocněním vzhledem k jeho vývoji.

Analýza učebnice
a učebních pomůcek

ANALÝZA UČEBNICE A UČEBNÍCH POMŮCEK

Přináší charakteristiky textů z hlediska informačního obsahu, grafické stránky, srozumitelnosti atd.

Hra

HRA

Hra je výborný diagnostický prostředek, využitelný nejen u dětí předškolního věku. U starších žáků sledujeme výběr her, uplatnění fantazie, soustředění, motoriku, úroveň komunikace a sociální kontakty vznikající při hře i další faktory. ■

3.2 OBLASTI PEDAGOGICKÉ DIAGNOSTIKY

Školní dovednosti mají komplexní charakter. V případě obtíží diagnostikuje učitel aktuálně dosaženou úroveň žáka, která je východiskem dalšího individuálního působení. Analyzuje dovednosti a sleduje, která z vývojových etap či dílčích dovedností může být příčinou obtíží.

ÚROVEŇ ČTENÍ

Úroveň čtení

Zvládnutí čtení s porozuměním a především dovednost pracovat s textem jsou předpokladem dalšího vzdělávání. Hodnotíme rychlost čtení, správnost (chybovost), techniku čtení (žák čte po písmenech, slabikách, slovech, čte celé věty se správným přízvukem) a porozumění. Jednotlivé ukazatele se vzájemně ovlivňují. Obecně se dá říci, že čím lépe žák zvládá techniku čtení, tím více energie může věnovat porozumění čtenému textu. Právě v této oblasti mají velký problém žáci, u nichž je v rámci primární diagnózy narušena řeč. Někdy může mít žák menší potíže s tichým čtením než se čtením hlasitým, jindy může proces výuky čtení komplikovat deficit dílčích schopností. Nezvládnutí čtení, pokud jde o pochopení obsahu, může narušit možnost samostatné přípravy do výuky, vyhledávání informací, ale i řešení slovních příkladů v matematice. Žáci s problémy ve čtení mají také problém s povinnou četbou.

ÚROVEŇ PÍSEMNÉHO PROJEVU

Úroveň
písemného projevu

Prostředkem k stanovení úrovně písemného projevu je opis textu, přepis tiskacího textu do psaného, diktát, psaní na volné nebo dané téma nebo, též zápisy v naukových předmětech. V diagnostice psaní sleduje pedagog úroveň následujících dílčích dovedností: úroveň grafomotoriky, znalost tvarů písmen a dovednost je napodobit, zvládnutí hláskové stavby slov, znalost gramatických pravidel a dovednost je aplikovat. Při volném psaní se uplatňují stylistické dovednosti, dovednost tvořit příběh, fantazie žáka a úroveň jeho emocionálního prožívání apod. Zápisy, poznámky nebo sdělení žáků by měly ukazovat na aktivní ovládání gramatického učiva, neboť žáci, kterým psaní nedělá problémy, se soustředí především na obsah sdělení a aplikují zautomatizovaná gramatická pravidla. U žáků, kteří mají v oblasti jemné motoriky a grafomotoriky výraznější obtíže, bývá s aplikací vědomostí problém právě proto, že se příliš soustředí na formu a obsah učiva bývá zatížen chybami.

ÚROVEŇ MATEMATICKÝCH DOVEDNOSTÍ

Úroveň
matematických
dovedností

Neexistuje jedna celistvá matematická schopnost. Úroveň výkonu v matematice je ovlivněna řadou dovedností dílčích: rozumovými schopnostmi, soustředěním, motivací, úrovní grafomotoriky při psaní čísel (čitelně a v požadovaném tempu), prostorovou orientací (v geometrii, při orientaci na stránce, v sešitě), u starších žáků matematickou logikou.

Diagnostiku specifických poruch učení (dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie) zajišťují pedagogicko-psychologické poradny, ale i žáci s neurologickým postižením (např. DMO, epilepsie) mohou mít problémy v prostorové orientaci, orientaci v řadách, v číslech a potřebují podobnou podporu jako žáci s poruchami učení.

ÚSPĚŠNOST V NAUKOVÝCH PŘEDMĚTECH

Úspěšnost
v naukových
předmětech

Úspěšnost v naukových předmětech je ovlivněna řadou výše uvedených dovedností a také vnějšími faktory. Příčiny neúspěchu nebo zdůvodnění velmi dobrých výkonů spočívají většinou v následujících oblastech: zájem žáka, porozumění tématu a výkladu, které předpokládá zvládnutí předcházejícího učiva, pochopení pojmů použitých ve výkladu,

zapamatování si učiva, soustředění na ně, dovednost vybavovat si osvojené poznatky, dovednost učit se, uspořádat myšlenky, hledat souvislosti, motivace pro dané učivo (např. příjem vizuálních nebo auditivních informací může být negativně ovlivněn nedostatečným vývojem sluchového vnímání, malou slovní zásobou, obtížemi ve čtení, vnitřní motivací k učivu). Předávání informací ovlivňuje možnost žáka zažívat běžné životní situace, typ postižení a jeho rozsah v oblasti motoriky, vada řeči, psychický stav jedince apod.

Chování

CHOVÁNÍ

Chování dítěte je projevem jeho vnitřního života a reakcí na vnější podněty. Při analýze projevů se ptáme, co reakci předcházelo, jaké výhody tím dítě získalo, co následovalo. Každý přestupek žáka není projevem poruch chování, jejichž diagnostika by spadala do pracovní náplně pedagogicko-psychologických poraden.

Dobře zpracovaná charakteristika žáka pomůže pedagogům vysvětlit příčiny obtíží žáka, aby pedagogové dokázali s využitím podpůrných opatření vytvářet pro žáka přiměřené vnější podmínky a klást na něj takové požadavky, které je schopen zvládnout.

Pokud i po nastavení opatření v prvním stupni žákovy problémy přetrvávají, je třeba upozornit rodiče, aby kontaktovali školské poradenské zařízení (např. SPC).

Rozsah zdravotního postižení nemusí vždy odpovídat rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb.



Chlapec po úraze zcela imobilní, na elektrickém vozíku, inkontinentní (jednoznačně zařazený do kategorie těžké tělesné postižení – byl mu vydán průkaz ZTPP), má nadprůměrný intelekt, v oblasti jemné motoriky je téměř bez problémů, má podporující rodinu, a tak zvládá výuku v celém rozsahu bez problémů, pouze s pomůckami k podpoře mobility.

Jiný chlapec, s diagnózou hemiparetická forma DMO, chodí nestabilní chůzí, v terénu o berlích (jedná se tedy o středně těžké tělesné postižení – má průkaz TP), ale má podprůměrný intelekt, poruchy pozornosti, paměti a dílčích funkcí na neurologické bázi, ve škole se projevují masivní problémy se zvládáním učiva, bude tedy potřebovat výrazně vyšší podporu ve výuce než v oblasti mobility.

STRUČNÝ POPIS PODPORY PRO ŽÁKY S TP A ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM



Podpůrná opatření 1. stupně realizuje i navrhuje škola a pedagogičtí pracovníci v rámci své běžné činnosti a jsou popsána podrobně v obecné části Katalogu podpůrných opatření.



Tato opatření bude využívat především žák, u kterého byla opatření 1. stupně nedostačující. Tento stupeň je navržen na základě pedagogického posouzení průběhu a výsledků vzdělávání žáka ve výuce (pedagogická

diagnostika), diagnostiky ŠPP (školního poradenského pracoviště) a ŠPZ (školského poradenského zařízení). Učitel spolupracuje s kolegy, sdílí zkušenosti. Pracovníci ŠPP (psycholog nebo speciální pedagog) poskytují učitelům podporu a metodické vedení. Je však třeba konzultovat také s pracovníky školského poradenského zařízení, protože žáci s potřebou druhého stupně podpory jsou již i klienty SPC, případně PPP. Podpora pedagoga spočívá ve výrazně individuálním přístupu k tomuto žákovi. Používané metody je třeba upravit s ohledem na speciální vzdělávací potřeby žáka. Např. je třeba zajistit speciálně upravenou pomůcku – osy do matematiky, přehledy učiva... Do výuky je vhodné smysluplně a pestře zakomponovat všechny druhy aktivizujících metod s ohledem na dosažení stanoveného výukového cíle. Optimální je plné zapojení žáka do společné výuky. Pedagog by měl být schopen pružně reagovat na žákovy individuální vzdělávací potřeby, dle aktuální potřeby využívat jednotlivé aktivizující metody, volit kontaktnější styl výuky, využívat kooperativní učení a hledat nové formy za podpory vlastních vzdělávacích aktivit. Již v tomto stupni podpory může být na základě doporučení ŠPZ využit i IVP. Využíváme rozšířené formy hodnocení, které nám umožňují reflektovat na požadavky individuálního přístupu k žákovi, zahrnují takové formy hodnocení, které obsáhnou komplexně průběh vzdělávání žáka v souvislosti s jeho osobnostními vlastnostmi i projevy jeho primární diagnózy. Tyto formy hodnocení zachycují řadu aspektů, které s dosahováním znalostí, dovedností a kompetencí souvisejí a lze je jen těžko hodnotit známkou (např. snahu, pečlivost aj.).



Kategorie žáků, pro které jsou doporučovány podpory ve stupni 2:

- Žáci s dlouhodobějšími problémy ve vzdělávání bez ohledu na příčiny znevýhodnění, u nichž jsou uvedena PO efektivní.
- Žáci se zdravotním znevýhodněním, jejichž problémy se vzdáváním vyplývají z primárního onemocnění nebo z následků léčby.
- Žáci s lehčím tělesným postižením, kteří při výuce potřebují využít podpůrná opatření.



Tato opatření bude využívat především žák, u kterého opatření stupně 1 a 2 byla nedostačující. Nezbytná je komplexní diagnostika ŠPZ. Charakter potíží žáka ve vzdělávání již vyžaduje dílčí úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání, stanovení postupu při jejich nápravě, doporučení forem nápravy a případně vytvoření IVP. Rozsah těchto opatření zahrnuje zejména úpravy ve vzdělávacích podmínkách a postupech v rámci režimu školní práce a domácí přípravy. Odborná speciálněpedagogická a psychologická intervence je nutná. Provádí se dle potřeby ve škole, ve ŠPZ či v rodině žáka. Podpora je poskytována školou v užší spolupráci se ŠPZ. Při vzdělávání je nutno využívat speciálních forem, metod, postupů a respektovat možnosti žáka při hodnocení výsledků jeho vzdělávání. Obsah učiva může být v odůvodněných případech modifikován, ale i redukován (např. vzdělávání s využitím redukce učiva na minimální výstupy v souladu s RVP ZV – ve třetím stupni podpory platí pouze u žáků s LMP).

Kromě běžných výukových materiálů jsou využívány i speciální učebnice, didaktické, kompenzační a rehabilitační pomůcky. Ve vybraných případech stanovených ŠPZ je jejich používání obligatorní. Obvyklá je i úprava pracovního prostředí, např. žáci s tělesným postižením potřebují zpravidla úpravu lavice (držáky na berle), rozšířené pracovní místo (prostor pro pomůcky, např. pro počítač), upravené sedačky nebo židličky apod. Dle potřeb žáků a posouzení ŠPZ je možné využít i snížení počtu žáků ve třídě (obecně či ve vybraných předmětech). V odůvodněných případech je indikována podpora asistentem pedagoga, dle konkrétních projevů daného zdravotního postižení obecně či na některé předměty (např. žáci s TP – hodiny výchov – tělesná výchova, pracovní výchova).

Pro žáky zařazené na středních školách a učilištích je možné využít prodloužení délky středního a vyššího odborného vzdělávání, nejvýše však o 1 rok. Kriteriační úpravy hodnocení, úpravy v přijímacích a závěrečných zkouškách (maturita, přijímací zkoušky na střední školy, závěrečné zkoušky odborných škol) – v rozsahu dle doporučení ŠPZ. Opatření jsou vždy ve stanovených intervalech vyhodnocována ve spolupráci se ŠPZ.



Kategorie žáků, pro které jsou doporučovány podpory ve stupni 3:

- *Žák se středně těžkým tělesným postižením s dopadem na hrubou i jemnou motoriku, grafomotoriku, oromotoriku..., s potřebou využití pomůcek při vzdělávání a s problémy se zvládnutím učiva, který potřebuje podporu asistentem pedagoga na omezenou dobu (tělesná a pracovní výchova, psaní, při pobytech mimo školu...).*
- *Žák s těžkým stupněm tělesného postižení, které je dobře kompenzováno, nemá problémy se zvládnutím výuky, co se týče obsahu učiva, ale při vzdělávání potřebuje využití finančně náročnějších pomůcek (k úpravě pracovního místa, PC s odpovídajícími programy, speciální klávesnice, myši) a omezenou podporu ze strany dalšího pedagogického pracovníka.*
- *Může jít i o žáka se závažnou chorobou výrazně ovlivňující jeho možnosti při vzdělávání (omezená docházka do školy, velmi časté absence...), který má problémy se zvládnutím učiva vyplývající z důsledků diagnózy (neurologické onemocnění má často dopad na funkce ovlivňující možnosti žáka při vzdělávání – deficity dílčích funkcí, často i podprůměrný intelekt).*

4

Tento stupeň podpory bude navržen žákovi, u kterého opatření ze stupně 1 až 3 byla nedostačující. Nezbytná je podrobná a komplexní diagnostika ŠPZ. Charakter potíží žáka ve vzdělávání vyžaduje podstatné úpravy v organizaci a průběhu vzdělávání, stanovení postupu při jejich nápravě i forem nápravy, případně vytvoření IVP. Odborná speciálněpedagogická a psychologická intervence ve škole může již vyžadovat zařazení do speciálněpedagogické péče zaměřené na konkrétní potřeby vzhledem k typu postižení a jeho projevům. Běžná je průběžná intervence a monitoring pracovníky ŠPZ. Na této úrovni podpůrných opatření již bývá nutné přizpůsobení obsahu, forem a metod vzdělávání vzdělávacím potřebám žáka a respektování jeho možností při hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva může být modifikován a v odůvodněných případech vzhledem k potřebám dětí,

žáků a studentů i redukován (např. vzdělávání v souladu s RVP ZV – s využitím minimálních výstupů, RVP ZŠS, ale možná je i redukce vzhledem k možnostem žáků ve vztahu k dopadům postižení). Při vzdělávání může být nutné využívání speciálních učebnic, speciálních didaktických, finančně náročnějších kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a ve většině případů je nutná i rozsáhlejší úprava pracovního prostředí ve třídě (upravené pracovní místo).

Výuka předmětů speciálněpedagogické péče odpovídající speciálním vzdělávacím potřebám je zajišťována pedagogem s příslušnou kvalifikací (v odůvodněných případech je využíváno i terapeutických metod).

U některých žáků a může být nutné při podpoře komunikace ve výuce využívání náhradních forem komunikace (alternativní a augmentativní komunikace) s podporou potřebných pomůcek (komunikátory, PC, speciální klávesnice...).

Obvyklá je potřeba dalšího pedagogického pracovníka nebo další osoby podílející se na práci se žákem – např. asistent pedagoga s odbornou kvalifikací odpovídající jeho náplni práce, může být využíváno snížení počtu žáků ve třídě. Vzhledem k míře (hloubce) postižení a jeho dopadům je činnost asistenta pedagoga rozšířena o poskytování pomoci při pohybu a sebeobsluze. Obsah a průběžné vyhodnocování IVP je obligatorní součástí vzdělávání této skupiny žáků. Pro hodnocení přínosů IVP je možno zřídit pedagogická konzilia (týmy) složená z pedagogů a dalších odborníků poskytujících služby (vzdělávací i další) žákovi. **Pro žáky studující na SŠ je možné využít prodloužení délky středního a vyššího odborného vzdělávání, nejvýše však o 2 roky.**

Kriteriální úpravy hodnocení, úpravy v přijímacích a závěrečných zkouškách (maturita, přijímací zkoušky na střední školy, závěrečných zkoušek odborných škol) dle doporučení ŠPZ s využitím pomůcek nebo asistence.



Kategorie žáků, pro které jsou doporučovány podpory ve stupni 4:

- *Žák s nejtěžšími a těžkými stupni zdravotního postižení, které je dobře kompenzováno, nemá problémy se zvládnutím výuky, co se týče obsahu učiva, ale při vzdělávání potřebuje využití finančně náročných pomůcek (k úpravě prostředí, pracovního místa, PC s odpovídajícími programy, speciální klávesnice, myši) a podporu ze strany dalšího pedagogického pracovníka.*
- *Žák se těžkým tělesným postižením, který má problémy se zvládnutím učiva vyplývající z jeho diagnózy (neurologické postižení, které má často dopad kromě motoriky i na ostatní funkce – deficity dílčích funkcí, často i podprůměrný intelekt...).*
- *Žák se středně těžkým tělesným postižením s výrazným dopadem na jemnou motoriku, s přidruženým onemocněním (např. epilepsie), který má problémy se zvládnutím učiva vyplývající z diagnózy žáka (neurologické postižení, které má často dopad kromě motoriky i na ostatní funkce – deficity dílčích funkcí, často i podprůměrný intelekt...).*

- Žák se středně těžkým tělesným postižením kombinovaným s dalším postižením (nebo postiženími).
- Může jít i o žáka se závažnou chorobou výrazně ovlivňující jeho možnosti při vzdělávání (např. závažné onkologické, ale i jiné onemocnění v léčbě s omezením docházky do školy, případně s nutností vzdělávání ve škole mimo kolektiv ostatních žáků...).

5

Nejvyšší stupeň podpory bude přiznáván výhradně žákům s nejtěžšími stupni zdravotních postižení, často kombinovaných, vyžadujících mimořádný stupeň podpory, u nichž jsou opatření ze stupně 1 až 4 nedostačující. Obligatorní je komplexní diagnostika ŠPZ. Charakter potíží žáka ve vzdělávání vyžaduje nejvyšší míru přizpůsobení organizace, obsahu, forem a metod vzdělávání vzdělávacím potřebám žáka a respektování jeho možností a omezení při hodnocení výsledků vzdělávání. Obsah učiva může být modifikován a také výrazně redukován vzhledem k možnostem žáka (např. vzdělávání v souladu s RVP ZV – s využitím minimálních výstupů, RVP ZŠS díl I. a II.). Při vzdělávání je nezbytné využívání speciálních učebnic a dalších alternativních výukových materiálů, speciálních didaktických, finančně náročných kompenzačních a rehabilitačních pomůcek a téměř vždy bývá nutná i úprava pracovního prostředí ve třídě (škole). Výuka předmětů speciálněpedagogické péče odpovídající speciálním vzdělávacím potřebám je zajišťována i s využitím terapeutických metod a s podporou pomůcek pedagogem s příslušnou odbornou kvalifikací individuálně, případně ve skupině s podporou (často s podporou dalšího pedagogického pracovníka). U některých žáků je nutná výuka s využitím náhradních forem komunikace (alternativní a augmentativní komunikace) a potřebných pomůcek (komunikátory, PC, speciální klávesnice...). Může být nutné poskytování individuální pedagogické nebo speciálněpedagogické péče i mimo vyučování v rámci školy. V některých případech vzniká potřeba zařazení dalšího pedagogického pracovníka po celou dobu výuky podílejícího se na práci se žákem – např. asistenta pedagoga s odpovídající kvalifikací a v odůvodněných případech i druhého pedagoga ve třídě, často ve spojení se snížením počtu žáků ve třídě. V případě potřeby (z důvodu zdravotního stavu žáka a na doporučení lékaře) je možné využít i individuální výuku v domácím prostředí zajišťovanou pedagogy školy. Pro žáky středních škol a učilišť je možné využít prodloužení délky středního a vyššího odborného vzdělávání, nejvýše však o 2 roky, kritériální úpravy hodnocení, úpravy v přijímacích a závěrečných zkouškách (maturita, přijímací zkoušky na střední školy, závěrečné zkoušky odborných škol) dle doporučení ŠPZ s využitím asistence.



Kategorie žáků, pro které jsou doporučovány podpory ve stupni 5:

- Žák s nejtěžším stupněm tělesného postižení (často progresivním), s dopadem na motoriku horních i dolních končetin, oromotoriku, vizuomotoriku...
- Žák těžkým tělesným postižením kombinovaným s dalším jiným postižením (nebo postiženími).
- Žák se vzácným onemocněním s mimořádně závažnými dopady do vzdělávacích potřeb.

- Může jít i o žáka se závažnou chorobou výrazně ovlivňující jeho možnosti při vzdělávání (např. závažné onkologické onemocnění v léčbě se zákazem docházet do školy...).



CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogické diagnostiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1988.

CHRÁSKA, Miroslav. *Didaktické testy: příručka pro učitele a studenty učitelství*. Brno: Paido, 1999. ISBN 80-85931-68-0.

KUBÍČOVÁ, Zdeňka, Markéta BENONIOVÁ, Antonín HERRMANN a kol. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele integrovaných žáků*. Praha: Pedagogické centrum, 2002.

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012. ISBN 978-80-7357-679-0.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-647-6. ■

4 Kapitoly podpůrných opatření

V následujícím textu jsou popsána využívaná podpůrná opatření u žáků s tělesným postižením a závažným onemocněním. Při jejich popisu vycházíme z aktuální školské legislativy a z vlastních zkušeností z práce se žáky. Podpůrná opatření jsou řazena podle tiskopisu „Doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami“, který je přílohou vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění. ■

4.1 INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN

— Eva Čadová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Individuální vzdělávací plán (IVP) je základním dokumentem pro poskytování podpůrných opatření. Pokud má žák doporučeno vzdělávání s využitím IVP, pak je škola povinná toto vzdělávání realizovat. Dalo by se říci, že k samotnému vzdělávání tělesně postižených

a závažně nemocných žáků by mělo postačovat stanovení podpůrných opatření, která jsou škole předávána na formuláři „Doporučení PO“. IVP je vlastně jedním z podpůrných opatření a zároveň i dokumentem, který je souhrnem podpůrných opatření, se kterými vyjádřil zákonný zástupce informovaný souhlas a škola je žákovi poskytuje. Poradenský pracovník SPC ovšem konzultuje navrhovaná podpůrná opatření nejen se zákonným zástupcem, ale i se školou ještě před jejich uvedením do „Doporučení ke vzdělávání“. Mohlo by se tedy zdát, že IVP je dokumentem nadbytečným. Jedná se však o závazný vzdělávací dokument žáka a zpravidla jej ve školách vnímají jako dokument, se kterým pedagogové mají zkušenosti, respektují a naplňují jej. Při rozhodování poradenského pracovníka, zda doporučit škole zpracování IVP, může být vodítkem připravenost školy k uplatňování konkrétních podpůrných opatření. Pro pedagoga školy je vodítkem pro vypracování IVP podrobnost a konkrétnost vypracovaného „Doporučení ke vzdělávání“. Doporučován bývá především tehdy, pokud se jedná o změnu obsahu vzdělávání a jejich výstupů, dále při doporučení předmětu speciálněpedagogické péče či intervence, případně také tehdy, je-li třeba využívat specifické úpravy organizace práce a práce s pomůckami.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

U žáka se tělesným postižením se nejčastěji pomocí IVP modifikuje obsah učiva v předmětech zaměřených na motoriku (geometrie, pracovní výchova, tělesná výchova). Někdy je třeba výraznější úprav i v dalších předmětech (především je-li potřeba využít práce s pomůckami). Ne vždy zůstávají školní výstupy nedotčeny. Ještě důležitější je však prostřednictvím IVP zabezpečit prostředí odpovídající potřebě bezpečného pohybu žáka ve škole i ve třídě a také úpravu učebních textů a zkušební dokumentace. Rozhodující pro tvorbu IVP je doporučení SPC.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2–5

Konkrétní obsah IVP odpovídá dopadům postižení, případně onemocnění do vzdělávání. Závisí velmi často nejen na tělesném postižení, ale i na mnoha dalších faktorech. Obecně lze říci, že ve vyšších stupních podpory (čtvrtý a pátý stupeň) zpracovávají školy IVP téměř vždy, ve stupni třetím méně často a ve stupni druhém spíše výjimečně. Velmi důležité je zpracovat IVP pro žáky, kteří mají nějak omezenou nebo upravenou organizaci výuky. Z důvodu dopadů postižení nebo onemocnění mají omezenou docházku do školy nebo mohou být ve škole pouze na zkrácenou dobu. Důležité je do doporučení uvádět i omezení v obsahu a ve výstupech vzdělávání. Konkrétně jsou podpůrná opatření popsána v následujících kapitolách tohoto Katalogu, které jsou seřazeny tak, jak je nalezneme v dokumentu „Doporučení ke vzdělávání“.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Není cílem zpracovat IVP prostým překopírováním dat uvedených v dokumentu „Doporučení ke vzdělávání“ do dokumentu IVP. Aby IVP mělo smysl, je třeba konkretizovat někdy obecněji koncipované doporučení na konkrétní podmínky vzdělávání konkrétního žáka a také na konkrétní možnosti školy.



V Doporučení ke vzdělávání žáka 6. ročníku ZŠ, který má závažné poruchy jemné motoriky, je uvedeno, že je nutné tolerovat nepřesnosti v jednodušším rýsování a umožnit žákovi při složitějším rýsování, aby říkal asistentce, co a jak má narýsovat – asistentka pak podle jeho pokynů může rýsovat sama. Dále je zde uvedeno, že veškeré učební texty, které ostatní žáci sami píšou (zápisy do naukových předmětů), budou žákovi poskytovány v tištěné podobě. Písemné práce by měly být předpřipravené a žák by do nich měl pouze vpisovat slova, nebo doplňovat i/y. Chlapec bude využívat k psaní doporučenou pomůcku – notebook. V IVP se objeví následující specifikace:

- Zvládnutí učiva geometrie týkající se konstrukce útvarů bude hodnoceno a klasifikováno na základě žákova popisu konstrukčního postupu bez nutnosti rýsovat.
- Tištění textů do naukových předmětů, které si chlapec vlepi do sešitu.
- Bude dostávat dostupné výukové materiály i v elektronické podobě.
- Může pracovat přímo v počítači s výukovými programy.
- K hodnocení vědomostí budou využívány upravené testy a zkoušení může být prováděno ústně.
- Součástí žákovského stolu bude dostatečně velká pracovní plocha pro odkládání pomůcek a také kontejner pro žákovy učebnice a další učební pomůcky. Místo pro kompenzační pomůcku (notebook) bude hned vedle pracovní plochy žáka.



BENONIOVÁ, Markéta a kol. *Práce se žáky s tělesným postižením: metodická příručka*. [online]. Praha: Magistrát hlavního města Prahy, 2012 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://skoly.praha.eu/files/=84271/Pr%c3%a1ce+s+%c5%be%c3%a1ky+s+t%c4%9blesn%c3%bdm+posti%c5%been%c3%adm-Mgr.+Benoniov%c3%a1+a+kol.pdf>

ČADOVÁ, Eva. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0. ■

4.2 METODY VÝUKY

— Monika Morávková —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Při vzdělávání žáků s tělesným postižením se uplatňuje celá škála metod výuky (např. tradiční, praktické, speciálněpedagogické), jejichž využití je specifické s ohledem na primární diagnózu konkrétního žáka. Tyto metody lze považovat za základní pilíř aplikace podpůrných opatření, jejichž nadstavbou jsou specifické speciálněpedagogické metody. Specifika využití metod reflektují možnosti a potřeby žáků s tělesným postižením, rozvíjejí a podporují potenciál žáka s tělesným postižením. Specifika

využití metod vycházejí z negativních dopadů primární diagnózy do procesu vzdělávání v závislosti na míře a rozsahu tělesného postižení. V praxi to znamená rozdílná specifika využití metod výuky dle převažujícího stupně podpůrných opatření, např. u žáků s lehkým tělesným postižením a žáků imobilních bude zcela rozdílné využití specifík metod výuky.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

V praxi se jedná se o využití metod výuky, které plně reflektují specifika tělesného postižení s ohledem na dopad primární diagnózy do procesu vzdělávání. Specifické využití metod výuky je nutné volit zejména ve výuce jako celku, tzn. komplexně, aby žák zažil úspěch, podporovala se jeho samostatnost, byly stimulovány deficitní oblasti, byla kompenzována omezená mobilita nebo imobilita. Primární diagnóza tělesného postižení ovlivňuje ve větší či menší míře kognitivní, emoční a sociální výkon žáka.

S ohledem na dopad primární diagnózy tělesného postižení do procesu vzdělávání je nutné v různé míře využívat specifické metody výuky, a to zejména ve vyučovacím předmětu český a anglický jazyk (především při psaní, obtížné verbální vyjadřování na bázi narušené komunikační schopnosti se projeví při čtení a komunikaci s pedagogickými pracovníky); matematika (při psaní čísel a v geometrii při rýsování je nutné respektovat motorické možnosti žáka), dále tělesná výchova, předměty z oblasti Člověk a jeho svět – pracovní činnosti a technologie a praktické činnosti v rámci předmětů přírodovědného základu (chemie, fyzika, přírodověda, biologie). Cílem využití specifík metod a jejich následné aplikace v edukačním prostředí je podpořit maximální rozvoj samostatnosti žáka s tělesným postižením v návaznosti na předprofesní a následnou profesní přípravu.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Tento stupeň podpůrných opatření souvisí především s drobnými problémy v oblasti psaní, geometrie, výtvarně-pracovních činností, sebeobsluhy, tělesné výchovy.

Psaní

Obvyklé projevy: obtíže v grafomotorice, problematický písemný projev – písmo neúhledné, nečitelné s projevy únavy žáka.

Opatření: specifikem metod výuky je zásadní volba edukačních cílů, které jsou pro žáka dosažitelné a umožní mu zažít pocit úspěchu. Ponecháme mu dostatek času na zpracování úkolu. Z metod výuky pro psaní je vhodné zapojení smyslového vnímání respektující učební styl žáka (hmat, zrak, sluch – propojení smyslů při psaní), jedná se o psaní na mazací tabulky, psaní na fólie aj., využívání pracovních listů či textů s možností doplňování. Důležitým specifikem metod výuky při psaní je zařazování uvolňovacích cvičení, prostor pro oddech a relaxaci. Významnou roli hraje vlastní psací náčiní, které plně podporuje specifika využití metod (v praxi jsou využívány trojhranné psací potřeby, násadky, ergonomicky tvarovaná pera, speciální držáky, kreslicí kulička apod.).

ČTENÍ

Obvyklé projevy: obtíže žáka v orientaci textu.

Opatření: při čtení textů využíváme záložek; při získávání dat ze studijních materiálů využíváme zvýrazňování stěžejních dat pomocí zvýrazňovače, při písemné formě zadání úkolu je vhodné ověřit si porozumění zadanému úkolu, při řešení slovních úloh lze využít tzv. krokování, vizuální zápis či zpracování myšlenkové mapy.

Hodnotíme plynulost čtení s respektováním pomalejšího tempa a úroveň porozumění textu.

GEOMETRIE

Obvyklé projevy: žák může mít problémy s vnímáním trojrozměrného prostoru a v důsledku toho i s učivem zaměřeným na prostorové útvary (tělesa) či s tzv. konstrukčními úlohami pracujícími s protínáním rovin.

Opatření: specifické metody výuky – využití modelů, přehledů učiva se vzorčky.

PŘEDMĚTY VÝCHOVNÉHO CHARAKTERU

Obvyklé projevy: obtíže žáka při realizaci různých pracovních a výtvarných technikách, např. technika vystřihování, technika kreslení aj.

Opatření: specifikem využití metod je zaměření na oblasti, ve kterých je žák úspěšný (kreativita, fantazie, snaha, originalita), ve vzájemné součinnosti se smyslovým vnímáním žáka s tělesným postižením. Při edukaci s převahou výchovného charakteru využíváme projektové učení, kooperativní učení, prožitkové učení.

3

Primární diagnóza negativně ovlivňuje jemnou motoriku, hrubou motoriku v důsledku spasticity nebo hypotonie. Zároveň se zvyšuje žákova zátěž, která se projevuje zvýšenou únavou. Využíváme metody výuky v předchozích stupních s důrazem na stěžejní aplikaci speciálněpedagogických metod, jako je reedukace, kompenzace, rehabilitace. Nezastupitelnou součástí metod výuky je specifické využití tzv. verbálního a fyzického vedení. V praxi verbálně činnost komentujeme, popisujeme dílčí kroky či postup při činnosti vedoucí k dosažení edukačního cíle; fyzicky žákovi pomáháme při realizaci činnosti.

PSANÍ

Obvyklé projevy: žák má potíže v oblasti jemné motoriky, často má v důsledku primární diagnózy vynucenou lateralitu a nesprávný úchop psacího náčiní, svalový tonus je spastický nebo hypotonický, dále jsou přítomny potíže s orientací na stránce, je nutné používat sešity se širokými linkami, přesto má žák často problém s udržení linky a čitelností písma.

Opatření: v praxi je možné využít alternativní metody výuky pro podporu psaní (Comenia script); ze speciálněpedagogických metod využíváme pro kompenzaci psaní vázaným písmem psaní na PC, předtištěné výpisky a diktáty; dále kompenzační pomůcky (protiskluzové podložky, tzv. trojhranný program, násadky pro podporu úchopu). Nezastupitelnou roli při psaní má

pracovní místo – podpora správného sedu žáka s využitím kompenzačních pomůcek (sklopná pracovní plocha, speciálně upravená pracovní židle, mechanický vozík dle doporučení ŠPZ a odborného lékaře – rehabilitační lékař, fyzioterapeut). Opět nezapomínáme na zařazování střídání záměrné edukační činnosti s oddechem, relaxací jako nedílnou součástí prevence únavy a podpory koncentrace pozornosti, motivace žáka. Využíváme tzv. verbální a fyzické vedení, tzn. při psaní horních klíčků žáka chytíme lehce za zápěstí a vedeme mu ruku při grafickém zpracování prvku; činnost verbálně komentujeme s dílčími kroky – např. jedeme šikmo nahoru, do obloučku a rovně dolů.

MATEMATIKA, GEOMETRIE

Obvyklé projevy: žákovi činí potíže zápisy čísel při písemných početních operacích; orientace na ploše, problémy s přesností při rýsování.

Opatření: z metod výuky využíváme nenahraditelnou speciálněpedagogickou metodu kompenzace, jejíž aplikace vedle klasických metod výuky podpoří edukaci žáka. Jedná se o využití tzv. přehledů učiva, kalkulátoru, pomůcek pro rýsování.

PŘEDMĚTY PŘÍRODOVĚDNÉHO ZÁKLADU

Obvyklé projevy: žák má potíže s přesností pohybů horních končetin při manipulaci s předměty při experimentaci či pokusech; při orientaci v textu a písemném zpracování dat.

Opatření: specifika využití metod vycházejí z aplikace kooperativního a projektového vyučování s předem stanovenou rolí žáka s tělesným postižením. Žák s TP nebude v důsledku primární diagnózy schopen vykonávat laboratorní pokus samostatně (postup pokusu zvládá teoreticky; v oblasti praktické může vykovávat roli manažera, pozorovatele, hodnotitele, poradce aj.). Roli žáka volíme s ohledem na jeho osobnostní rysy.

PŘEDMĚTY VÝCHOVNÉHO CHARAKTERU

Obvyklé projevy: obtíže žáka při práci s nůžkami, lepidlem, barvami aj.

Opatření: specifika využití metod spočívají ve využití speciálněpedagogické metody kompenzace, např. stříhání speciálními nůžkami, malování terapeutickým štětcem.

TĚLESNÁ VÝCHOVA

Obvyklé projevy: žák má potíže v oblasti jemné motoriky a hrubé motoriky, vážné koordinace pohybů, přesnost pohybů, algoritmizace pohybů, svalový tonus spastický nebo hypotonický.

Opatření: při tělesné výchově je dopad primární diagnózy znatelný. Klasické metody a postupy výuky je žádoucí s ohledem na primární diagnózu žáka výrazně modifikovat a kombinovat s alternativním způsobem výuky. Specifika využití metod vycházejí striktně z doporučení odborného lékaře (intenzita, zátěž, nevhodné pohybové aktivity či cviky). Jako vhodné se jeví využívání léčebné tělesné výchovy, protahování, prvky jógy, kondiční cvičení. Při hrách s pravidly a soutěžení v družstvech je vhodné pečlivě zvážit roli

žáka s tělesným postižením (alternativní role – pomocný rozhodčí, poradce, supervizor, rozhodčí, živá meta).

4

Tento stupeň podpůrných opatření obvykle provází vzdělávání žáků se závažným tělesným nebo kombinovaným postižením či žáků se závažným onemocněním. Zpravidla se jedná o žáky imobilní. Využíváme vše, co je uvedeno ve třetím stupni podpory.

PSANÍ

Obvyklé projevy: žák má výrazné potíže v oblasti jemné motoriky a grafo-motoriky, psaní vázaným písmem není funkční.

Opatření: psaní ve všech vyučovacích předmětech je realizováno s využitím speciálněpedagogických metod na bázi kompenzace. Je využíváno psaní na PC (speciálně upravený PC s klávesnicí, notebook), psaní hůlkovým písmem (hůlkové písanky). V případech, kdy nelze v důsledku primární diagnózy zrealizovat nácvik psaní psacím písmem, je vhodné zaměřit se na nácvik vlastnoručního podpisu. Alternativou pro tvorbu písemných zápisků z vyučování je využívání prezentací vyučujícího.

TĚLESNÁ VÝCHOVA

Obvyklé projevy: žák je imobilní.

Opatření: v praxi jsou žáci v některých případech osvobozeni od tělesné výchovy na základě vyjádření odborného lékaře. V případě inkluzivního vzdělávání zajišťují rodiče jako náhradu za tělesnou výchovu u příslušných externích odborníků fyzioterapii, rehabilitaci nebo ergoterapii. Ve školním prostředí je možné v době realizace tělesné výchovy, z níž je žák uvolněn, zařazovat předmět speciálněpedagogické péče, nebo v rámci tělesné výchovy realizovat aplikované pohybové aktivity, případně prvky zdravotní TV.

5

Specifika využití metod výrazně respektují nejzávažnější tělesná postižení. V praxi se jedná o využití speciálněpedagogických metod – kompenzace, reedukace, rehabilitace, dále prvků bazální stimulace, muzikoterapie, snoezelen. Edukační proces je výrazně odvislý od momentálního naladění žáka s tělesným postižením.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Výběr vhodných metod výuky závisí na rozsahu a míře dopadů primární diagnózy do procesu vzdělávání a na převažujícím stupni podpory. Aplikace metod se může zcela lišit od edukačního záměru a momentálního naladění žáka s tělesným postižením. Tuto edukační situaci je vhodné brát v potaz s cílem volit metody výuky s vysokou dávkou empatie, hrozí riziko přetížení, školního neúspěchu. V inkluzivním vzdělávání se jedná především o aplikaci klasických metod výuky s propojením speciálněpedagogických metod, které podpoří edukační proces žáka s tělesným postižením. Zvláštní pozornost je nutné věnovat podpoře asistentem pedagoga při plnění žákových úkolů, hrozí riziko pasivity žáka, potlačování samostatnosti s následným budováním závislosti na pomoci okolí, což může mít negativní dopad na budoucí předprofesní přípravu a následné profesní uplatnění.



3. STUPEŇ PO:

David s diagnózou DMO je žákem 1. ročníku základní školy, od listopadu výuka psaní probíhala s využitím klasických písanek dle RVP ZV. Davidova vnitřní aspirace byla tak vysoká, že odmítal alternativní písmo Comenia script, které bylo doporučeno ze strany ŠPZ s ohledem na potíže v oblasti jemné motoriky a grafomotoriky. Vzhledem k této skutečnosti byla na základě doporučení situace konzultována se ŠPZ a nácvik psaní byl realizován v souladu s klasickými písankami dle RZV ZV. Specifika využití metod spočívala ve využití speciálněpedagogických metod – kompenzace s využitím trojhranných psacích pomůcek, speciálních pomůcek (násadka na psací náčiní, protiskluzová podložka), metody vizualizace (přehled grafémů písma); propojení hmatové, sluchové a vizuální oblasti po podporu učebního stylu žáka s návazností na prožitkové učení vjemu (modelování písmen z plyšového drátku, modelíny apod., psaní písmen do písku či dětské krupice – alternativy pískovničky, prvky waldorfské pedagogiky).



BENONIOVÁ, Markéta a kol. *Práce se žáky s tělesným postižením: metodická příručka*. [online]. Praha: Magistrát hlavního města Prahy, 2012 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://skoly.praha.eu/files/=84271/Pr%3a1ce+s+%5be%3a1ky+s+t%4%9blesn%3bdm+posti%5been%3adm-Mgr.+Benoniov%3al+a+kol.pdf>

ČADOVÁ, Eva. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

MAŇÁK, Josef a Vlastmil ŠVEC. *Výukové metody*. Brno: Paido, 2003. ISBN 80-7315-039-5.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

VALIŠOVÁ, Alena, Hana KASÍLKOVÁ a Miroslav BUREŠ. *Pedagogika pro učitele*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3357-9.

ŽÁK, Vojtěch. *Metody a formy výuky: hospitační arch*. Praha: Národní ústav pro vzdělávání, 2012. ISBN 987-80-87063-61-3. ■

4.3 ÚPRAVA OBSAHU VZDĚLÁVÁNÍ

— Monika Morávková, Ondřej Ješina —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Obsah vzdělávání je zajištěn existencí rámcového vzdělávacího programu, který by měl být rozpracován na úrovni každé jednotlivé školy do podoby školního vzdělávacího programu. Obsah vzdělávání je tvořen vědomostmi, dovednostmi a výchovnou složkou, která je zaměřena do oblasti hodnotové orientace, zájmů a postojů žáků. Od září 2012 jsou do RVP zařazeny Standardy pro základní vzdělávání, které jasně definují výstupy v jednotlivých předmětech. ■

4.3.1 ROZLOŽENÍ UČIVA Z DŮVODU TĚŽKÉHO TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

Rozložení učiva z důvodu těžkého tělesného postižení je plně indikováno u žáků, kteří v důsledku negativních dopadů primární diagnózy do procesu vzdělávání obtížně zvládají vzdělávací obsah, v edukačním procesu selhávají a mají výrazné edukační potíže. Těžké tělesné postižení žáky limituje nejvýrazněji v oblasti jemné a hrubé motoriky, pracovního tempa (pomalé pracovní tempo, snadná unavitelnost a narušení koncentrace pozornosti) a následně i oblasti exekutivních funkcí. Toto opatření se aplikuje až od třetího stupně podpory.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Jedná se zejména o rozložení učiva z důvodu těžkého tělesného postižení na základě doporučení školského poradenského zařízení. Konkrétní rozložení učiva je zpracováno v IVP. V praxi základních škol se zpravidla jedná o úpravu obsahu vzdělávání ve smyslu rozložení učiva – obsahu učiva hlavních vyučovacích předmětů (český jazyk, matematika, cizí jazyk). V případě, že žák s těžkým tělesným postižením nezvládá učivo, je možné rozložit učební plán daného ročníku prostřednictvím IVP do dvou ročníků bez nutnosti opakování ročníku, a to na základě doporučení školského poradenského zařízení. Cílem je předcházení školnímu selhávání a následnému školnímu neúspěchu, po kterém následuje opakování daného ročníku. Žák v takovém případě může opakovat ročník jednou na prvním stupni a jednou na druhém stupni. Současný legislativní rámec nespecifikuje možnosti rozložení učiva na úrovni základního vzdělávání – na rozdíl od středního vzdělávání, kde je rozklad učiva vymezen legislativním rámcem § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění. „Délku středního a vyššího odborného vzdělávání může ředitel školy ve výjimečných případech jednotlivým žákům nebo studentům se zdravotním postižením prodloužit, nejvýše však o 2 školní roky.“ Podpůrné opatření se aplikuje od 3. stupně na základě doporučení ŠPZ. Prodloužení délky vzdělávání umožní žákovi zvládnutí a dokončení studia vybraného

oboru na střední škole, zvyšuje možnosti uplatnění na trhu práce, zvyšuje kompetence k plnění jednoduchých činností, ke zvládání života v rodině a společnosti.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Ve druhém stupni se podpůrné opatření neaplikuje.

3

Aplikuje se u žáků, kteří mají v důsledku primární diagnózy (nejčastěji dg. DMO) výrazné edukační potíže při zvládání obsahu učiva – trivie – v celé jeho škále.

Počáteční psaní, čtení, numerace – žák má zpravidla problémy s orientací na stránce, je nutné používat sešity se zvýrazněnými širokými linkami nebo tzv. ohraničení pomocí prstové barvy, přesto se často objevují problémy s udržení linky a čitelností písma, vážne vizuomotorika, problematický je adekvátní tlak na psací náčiní, pracovní tempo je výrazně pomalé, koncentrace pozornosti snadno odklonitelná.

V praxi základní školy je na základě doporučení ŠPZ možné uplatnit rozložení učiva ve smyslu učebního plánu daného ročníku prostřednictvím IVP do dvou ročníků s využitím opakování ročníku. Toto opatření doporučujeme uplatnit jednou v rozmezí 1. až 3. ročníku. V případě přetrvávání edukačního selhávání je žák na konci 3. ročníku hodnocen na vysvědčení „neprospěl“ a zpravidla následuje opakování ročníku. Žák potřebuje k osvojení učiva delší čas na nácvik, fixování a zautomatizování dané dovednosti. Rozložení učiva je žádoucí zpravidla ve výuce trivie, kdy obsah výuky může být s ohledem na primární diagnózu v odůvodněných případech modifikován (viz Doporučení ŠPZ). Další vyučovací předměty žák zvládá alternativním způsobem (např. výtvarná výchova).

V praxi střední školy je rozložení učiva řešeno na základě legislativního rámce prodloužením studia v tomto stupni podpory o jeden rok.

Edukační proces je zpravidla podporován přítomností asistenta pedagoga ve výuce.

4

Tento stupeň podpůrných opatření obvykle provází vzdělávání žáků s těžkým tělesným postižením, se souběžným postižením více vadami, případně velmi závažně nemocných žáků, kteří mají výrazné edukační potíže ve většině vyučovacích předmětů. Hlavní vyučovací předměty jsou realizovány obdobně jako ve stupni 3. Učivo ostatních vyučovacích předmětů, např. předměty s naukovým charakterem, předměty pro volbu profesní přípravy (praktické činnosti), je možné na základě doporučení ŠPZ rozložit v IVP s využitím personální podpory asistenta pedagoga ve výuce.

Na úrovni středního vzdělávání je možné v souladu s legislativou rozložit učivo na základě prodloužení délky vzdělávání až o dva roky. V rámci čtyřletého studia střední školy tak může studium být prodlouženo až na dobu šesti let.

5

Týká se především vzdělávání žáků s těžkým tělesným postižením, které je kombinováno s dalším závažným postižením. Tito žáci mají vždy doporučeno zpracování IVP s konkrétní (zpravidla zásadní) úpravou obsahu a výstupů vzdělávání. V tomto stupni je obsah učiva zpracován v rámci ŠVP, který může vycházet z Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání, ale i z Rámcového vzdělávacího programu pro speciální školu 1. a 2. díl. S ohledem na speciální vzdělávací potřeby je zpracováno IVP, které plně respektuje možnosti žáka, jeho tvorba vychází ŠVP školy. Tito žáci zpravidla po ukončení povinné školní docházky vzhledem k těžkému kombinovanému postižení využívají sociálních služeb v denních stacionářích.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

V praxi je nutné dbát na včasné varovné signály školního selhávání, které jsou jasnou indikací pro rozložení učiva na základní i střední škole. V případě pomíjení a zlehčování varovných signálů edukačních potíží ve smyslu nezvládnutí učiva hrozí u žáka riziko školní neúspěšnosti. Školní neúspěšnost představuje pro žáka a jeho rodinu velmi zatěžující životní situaci, v neposlední řadě i ztrátu vnitřní motivace žáka v edukačním procesu. Varovné signály je vhodné neprodleně konzultovat s příslušným ŠPZ, které na základě zjištěných informací doporučí adekvátní podpůrná opatření.



3. STUPEŇ PO:

Studentka 4. ročníku gymnázia Jana s dg. DMO, mobilní pouze s podporou berlí (dílčí potíže i u motoriky horních končetin). Na střední škole na konci třetího ročníku podstoupila dívka chirurgický zákrok. Během letních prázdnin probíhala rehabilitace. Zdravotní stav dívky po operaci nebyl uspokojivý, vyžadoval delší průběh rekonvalescence, rehabilitaci, lázeňský pobyt. Po konzultaci ŠPZ se žákyní a vedením školy bylo doporučeno rozložení učiva 4. ročníku do dvou let. Studentka řádně odmaturovala bez nadměrné stresové zátěže a aktuálně pokračuje ve studiu speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UHK, Hradec Králové.

4. STUPEŇ PO:

Dan s dg. DMO a mentálním postižením. Při plnění povinné školní docházky nebyly řešeny výukové potíže, chlapec byl manuálně zručný, šikovný. V září zahájil studium na dvouleté praktické škole. Během října bylo ze strany rodičů a školy sděleno ŠPZ, že chlapec učivo nezvládá, obtížně se zapojuje do praktických činností, problémový byl i průběh adaptace. Situace byla konzultována s psychologem a pedopsychiatrem, kteří doporučili rozklad učiva 1. ročníku. Na základě vyjádření odborných lékařů byl v rámci Doporučení ŠPZ doporučen rozklad učiva 1. ročníku.



ČADOVÁ, Eva. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

VEJROCHOVÁ, Monika, Martina ŠTROSOVÁ a Lucie ŽOUDLÍKOVÁ. *Psaní*. Základní škola a Praktická škola SVÍTÁNÍ, o. p. s. Pardubice, 2011. ■

4.3.2 MODIFIKACE OBSAHU VÝUKY V HODINÁCH TĚLESNÉ VÝCHOVY PRO ŽÁKY S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM A ZÁVAŽNÝM ONEMOCNĚNÍM

Diverzita v oblasti pohybové gramotnosti a heterogennost třídních skupin s ohledem na úroveň motorických kompetencí staví pedagogické pracovníky před výzvy, které ještě před pár lety nemuseli řešit tak razantně jako nyní. Jednou z nich je začleňování žáků méně motoricky nadaných (např. s dyspraxií či lépe vývojovou poruchou koordinace), žáků s dlouhodobým onemocněním či žáků s tělesným postižením. Níže uvedené stupně podpory představují jistou platformu pro další úvahy týkající se konkrétního zapojení jedince s postižením v podmínkách škol a školských zařízení v ČR.

V systému podpůrných opatření se u některých diagnóz (např. vývojová porucha koordinace, obezita, astma, morbus Perthes) setkáváme s tím, že úpravy a potřeby využití podpůrných opatření nemusejí být u některých předmětů tak rozsáhlá jako právě v TV. Díky tomu bývá TV a podpora účasti žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním (dále s TP) často opomíjena. Některé úpravy vyžadují drobné změny v organizaci či obsahu na úrovni plánu pedagogické podpory. Některé však již zasahují i do hodnocení, očekávaných výstupů nebo se jedná o nahrazování předmětů jinými, o spolupráci s externími subjekty, využívání asistentů pedagoga a předmětu speciálněpedagogické péče aj.

APLIKACE PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ

Možný postup při úpravách obsahu výuky s účastí žáka s tělesným postižením nebo závažným onemocněním:

- **stanovit si cíle pohybové aktivity (PA)** – obecné cíle doplněné konkrétními úkoly, které musí respektovat zájmy všech žáků, včetně těch s TP (možno v rámci všech pěti stupňů podpůrných opatření);
- **diagnostikovat motorické kompetence** žáka s TP i skupiny, emoční působení TV, sociální začlenění žáka s TP v TV, případně další determinanty ovlivňující PA a zdravý životní styl (možná spolupráce s dalšími externími subjekty nebo poradenským zařízením);
- **seznámit se s vnějšími podmínkami a jejich úpravou** – především z důvodu vnější bariérovosti, základní bezpečnosti a možnosti plánování PA, zajištění specifických sportovních či sportovně kompenzačních pomůcek (často ve stupních podpory 3 a výš);

- **modifikovat PA pro zapojení všech žáků** – na základě diagnostiky kompetencí skupiny a limitů vnějšího prostředí (možno v rámci všech pěti stupňů podpůrných opatření);
- **správně žáky motivovat** – především žáky informovat o nutnosti a vhodnosti modifikací tak, aby byla možná participace všech (nedílná součást již 1. stupně podpůrných opatření);
- **seznámit žáky s PA**, vysvětlit organizaci, pravidla (čím rozsáhlejší úpravy, tím větší nutnost adekvátním způsobem pracovat se spolužáky, aby chápali odlišné požadavky u jednotlivých žáků);
- **zajistit bezpečnost** – kromě běžné fyzické bezpečnosti nezapomínat ani na psychickou (princiální nutnost bez ohledu na podpůrná opatření);
- při PA samotné pak **anticipovat vývoj PA** a do jisté míry ji unikátně tvořit, řešit nepředvídané situace, být připraven na flexibilní řešení, která mnohdy participace žáka s postižením vyžaduje (princiální nutnost bez ohledu na podpůrná opatření).

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR, METODICKÉ PODNĚTY

Jednotlivé typy modifikací jsme strukturovali dle běžně využívaných pedagogických nástrojů.

Komunikace

ZPŮSOB KOMUNIKACE musíme volit dle věku, pohlaví i jedinečné osobnosti toho, s kým komunikujeme, což je v tomto případě žák. Musíme si uvědomit, že při vyučovací jednotce TV (ale nejen při ní) zdaleka nekomunikujeme pouze verbálně. Některá předem dohodnutá gesta se dokonce stala standardním prostředkem komunikace v rámci např. sportovních her, což částečně napomáhá začlenění žáků se souběžným postižením více vadami. Komunikace musí být nejen přiměřená, ale nesmí u žáků vyvolávat pocit upřednostňování. Měli bychom vytvořit podmínky pro to, aby žáci chápali (např. aplikace peer tutoring) potřeby spolužáka s TP i to, co dokáže. Uvědomili si vlastní odlišnosti i to, jak mohou být pro úspěch skupiny důležití.

Spolupráce s dalšími osobami

ZAPOJENÍ DALŠÍCH PODPŮRNÝCH OSOB může být pro integrované programy s využitím PA za určitých okolností klíčové. Okolnostmi máme na mysli především typ a hloubku žákova postižení, vnější podmínky školy a charakter konkrétních činností. Mluvíme-li o zapojení dalších osob, máme tím na mysli především asistenta pedagoga či další podpůrné osoby. Zapojení může mít podobu asistence (tedy podpory či pomoci), ale i společného partnerského spojení, např. právě v soutěživých (často i pohybových) či jiných hrách.

Odpočinek

INTENZITA ZATÍŽENÍ A ODPOČINKU – ve vztahu k žákovi s TP je nutné sledovat především možná zdravotní rizika a případné kontraindikace pohybových aktivit, jako je spasmus svalů, celková fyzická únava, vliv na kardiovaskulární aparát, případně další. Doporučujeme konzultace s odborníky, může být součástí „Žádosti o posouzení ke zdravotní způsobilosti k TV a pohybovým aktivitám“, případně vlastní doškolení.

Role hráče

ROLE HRÁČE (účastníka, participanta) je velmi důležitá vzhledem k jeho psychické spokojenosti s participací ve vyučovací jednotce TV a z hlediska sociálního statusu ve třídě. Naší snahou by mělo být vytvořit podmínky pro co největší možnost zapojení žáka s TP do herní činnosti. V případě, že přímé zapojení jako hráč není možné, můžeme

zvážit další možnosti (rozhodčí, poradce, supervizor, pomocný rozhodčí, manager, živá meta, záchrana) nebo s ohledem na zdravotní benefity i segregovanou formu výuky (např. zdravotně orientované či rehabilitační cvičení s asistentem pedagoga).

ZPŮSOB LOKOMOCE (pohybu) je samozřejmě nezbytnou součástí PA. Nejpřirozenější je chůze a běh, ale můžeme zařadit i několik dalších (pohyb vsedě, vleže, plazení, chůze po čtyřech, skoky, poskoky po jedné končetině, kombinace uvedených způsobů). Změny pohybu můžeme zařadit a kombinovat i v průběhu PA. Všichni hráči se nemusejí pohybovat stejně, to se týká např. i pohybových her.

Pohyb

MÍSTO, VELIKOST A VYMEZENÍ PROSTORU PRO POHYB je dalším faktorem, který musíme v rámci TV obecně akcentovat. Prostor by měl být bezbariérový, snadno dosažitelný. Velikost zvolené plochy by měla odpovídat počtu a specifikům hráčů, především kvůli bezpečnosti, ale i intenzitě zatížení, možnosti pohybu na vozíku, popř. musí být vhodně ohraničena pro participaci žáka se zrakovým postižením. Velikost hřiště přímo ovlivňuje interakci žáků, stejně jako množství aktivních zásahů do dané PA. Například žákovi na vozíku omezíme možnost vjezdu do území pod košem při basketbalu, nebo naopak omezíme možnost vstupu ostatním stojícím hráčům.

Prostor

POČTY ŽÁKŮ lze upravit podle potřeb. Víme například, že někteří žáci jsou velmi šikovní. V tom případě k nim zařadíme spolužáky s postižením. Lze upravit jejich počet tak, abychom výkonnostně týmy přiblížili tím, že v jednom družstvu bude počet žáků navýšen.

Počet hráčů

VYUŽITÍ VARIABILITY SPORTOVNÍCH POMŮCEK (druh, tvar, velikost, množství, hmotnost) může být pro některé žáky s TP zásadní. Zdaleka však nejde jen o ozvučené míče v případě žáků se zrakovým postižením. Ani při integraci žáka s TP nesmíme zapomínat na používání různých typů sportovního náčiní. Například žák s dětskou mozkovou obrnou lépe manipuluje s velkým lehkým míčem než s míčem těžkým a malým. Musíme si uvědomit, že existuje řada sportovního náčiní z hlediska manipulace a praktického využití možná i vhodnějšího, než jsou míče, tj. frisbee, ringo kroužky, kruhy, tyče. Je však možné využít jejich specifických tvarů a nepoužívat je pouze jako náhradu za míč, vždyť např. s frisbee se nemusí jen házet. Malá švihadla nahradíme delším lanem pro celou skupinu apod.

Běžné pomůcky

ÚPRAVOU ČASU NA HRU (AKTIVITU) máme možnost ovlivnit celkovou dynamiku, intenzitu i koncentraci emocí. Čas je také důležitý s ohledem na zdravotní rizika, například ve spojení se svalovou únavou u žáků s cerebrálními parézami, únavou způsobenou jednostranným dlouhodobým zatížením u žáků používajících vozík nebo psychickou únavou a ztrátou pozornosti, zejména při výuce úplně nových pohybových vzorců (což může být u žáků s TP z důvodu jejich nízké pohybové zkušenosti velmi časté).

Čas

VZDÁLENOST, VÝŠKA, VELIKOST, MNOŽSTVÍ CÍLŮ (košů, branek aj.) je přímo závislá na úrovni dovedností žáků. Přímou se nabízí kombinovat tento princip s některými dalšími, např. se způsobem a množstvím získávání bodů. Efektu dosáhneme i zvýšením počtu branek, kdy vytvoříme podmínky pro větší možnost úspěchu. Lze také využít i kombinovaných košů, kdy na nižší hází žák se SVP a na vyšší ostatní žáci.

Měření výkonu

Další pomůcky

VYUŽITÍ SPORTOVNĚ KOMPENZAČNÍCH (APLIKOVANÝCH) POMŮCEK

je sice v některých případech komplikované, ale často naprosto nezbytné. Existuje řada kompenzačních pomůcek (sportovní halový vozík, handbike, tříkolka, sledge, úchopové vhodné míče, balanční desky či míče), přičemž je možná jejich kombinace, využití či nevyužití u jednoho nebo více žáků, včetně žáků bez postižení. Některé je možné poptávat v systému podpůrných opatření, jiné zapůjčit u spolupracujících externích subjektů. V současné době je možné využít pomůcek explicitně určených do TV (např. ve 3. stupni), ale je možné využít i pomůcek zdánlivě s TV nesouvisejících (mechanický vozík – může být zakoupen aktivní sportovní vozík, který plní funkce jak pro běžnou, tak pro sportovní mobilitu). Z externích subjektů je možné pro konzultace využít sportovní nebo volnočasové organizace (např. Kontakt bB, Černí koně, OSAV), vysokoškolská pracoviště (fakulty tělesné kultury, fakulty tělesné výchovy a sportu) nebo poskytovatele sociálních služeb zaměřených na osoby s TP.

Strategie
měření výkonu**ZPŮSOB A MNOŽSTVÍ ZÍSKANÝCH BODŮ (CÍLŮ)**

modifikujeme v případě, kdy hrozí možnost, že žáci s vyšší úrovní motorických kompetencí nezapojí ty s nižší úrovní (často se jedná o žáky s TP). V tomto případě můžeme do PA zařadit pravidlo, které umožní potenciálně méně bodujícím (vybraným) hráčům násobit body za splněný úkol. Například pokud se určenému žákovi s TP podaří vhodit koš, počítá se za 5 bodů. Stejně tak zvýhodníme i vybraného žáka z protějšího týmu. Pozor však na opakované označení tohoto hráče. Ačkoliv jednáte jednoznačně s vidinou pozitivního dopadu na skupinu, efekt může být opačný, a proto doporučujeme střídání těchto hráčů.

CELKOVOU ADAPTACI PRAVIDEL ČI OBSAHU považujeme za způsob modifikace specifické PA v jinou. Je však nutné respektování vytyčených cílů. Zde se nejlépe projeví kapacita učitele – kreativita a kompetence, ale i časové možnosti. Jednoznačnou podmínkou je i vnitřní motivace a postoje.



Dívka se narodila s DMO. Od raného věku, především v mladším školním věku, se u ní rozvinul elektivní mutismus. Dívka verbálně komunikovala především se svou matkou, sestrou, s otcem a s ostatními rodinnými příslušníky. S pedagogy a cizími lidmi nekomunikovala prakticky vůbec. Výrazná změna nastala, když se blížil její první lyžařský kurz na monoski. Již několik málo dní před začátkem se zvýšil zájem o komunikaci nad tématy jako lyžování, sport a volný čas. Na lyžařském kurzu, který byl určen pro rodiny dětí s různým charakterem zdravotního postižení, rodiče zaznamenali obrovský pokrok v sociálních dovednostech, včetně komunikace. Dívčiny verbální projevy se v průběhu kurzu progresivně zvyšovaly a komunikovala nejen se svým osobním instruktorem na monoski, ale i s dalšími pedagogickými pracovníky. Postupem času se stupňoval zájem o pohybové aktivity, aktivně se ona i celá rodina zapojovala do širokého spektra pohybových aktivit, včetně účasti na školních kurzech, výletech apod. Dívka je v současné době schopna prezentovat svoje názory před skupinou neznámých dospělých osob. Na jednom z letních kurzů demonstrovala i obhajobu svých, pro plenum nepopulárních názorů. Projevila přitom vysokou úroveň argumentačních dovedností a byla schopna obhájit si svoje postoje před skupinou dalších osob. Na základě svého zájmu o pohybové aktivity intenzivně zvažuje vysokoškolské studium zaměřené na aplikované pohybové aktivity.



BARTOŇOVÁ, Radka a Ondřej JEŠINA. *Individuální vzdělávací plán ve školní tělesné výchově*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3152-9.

JEŠINA, Ondřej. *Sportovní a soutěživé hry pro školní tělesnou výchovu se žákem s tělesným postižením* [DVD]. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011.

JEŠINA, Ondřej a Martin KUDLÁČEK. Modifikace pohybových aktivit pro participaci dětí, žáků a studentů se zdravotním postižením v integrované školní tělesné výchově. *Speciální pedagogika*. 2009, **19**(3), 227–237. ISSN 1211-2720.

JEŠINA, Ondřej a Martin KUDLÁČEK. *Aplikovaná tělesná výchova*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2738-6.

JEŠINA, Ondřej a Zdeněk HAMŘÍK. *Podpora aplikovaných pohybových aktivit v kontextu volného času*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2946-5.

KUDLÁČEK, Martin. *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2053-0.

KUDLÁČEK, Martin a Ondřej JEŠINA. *Integrovaná tělesná výchova, rekreace a sport*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3964-8. ■

4.4 ÚPRAVA OČEKÁVANÝCH VÝSTUPŮ VE VZDĚLÁVÁNÍ

— Karla Adámková, Petra Průchová, Jitka Shánělová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Podpůrné opatření spočívá v úpravě, nahrazení nebo vypuštění daného učebního výstupu. Aplikujeme je v případě, že chceme snížit zátěž kladenou na žáka, neboť se tím může zvýšit riziko zdravotních komplikací. Také tímto předcházíme riziku nevhodných individuálních projevů (např. sebepoškozování, agresivita...), dlouhodobé frustraci žáka z neúspěchu a syndromu naučené bezmocnosti apod.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

K aplikaci tohoto podpůrného opatření se přistupuje v případě, kdy žák nemůže vzhledem ke svému zdravotnímu omezení dostát nárokům konkrétních předepsaných výstupů v daných předmětech. Předepsané výstupy nezvládá buď vůbec, nebo je zvládá alternativním způsobem (např. prokáže teoretickou znalost dané problematiky). Týká se to žáků s takovým zdravotním postižením, které je limituje ve všech oblastech jejich fungování a oni sami tyto projevy nemůžou nijak ovlivnit.

Toto podpůrné opatření se aplikuje od třetího stupně podpory, kdy u žáků, kteří mají kromě tělesného postižení diagnostikováno i LMP, lze využít minimálních výstupů. Ve čtvrtém a pátém stupni podpory lze upravovat výstupy i vzhledem k dopadům a omezením vycházejícím z tělesného postižení, souběžného postižení více vadami nebo závažného onemocnění.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

V tomto stupni se podpůrné opatření neaplikuje.

3

Úpravy očekávaných výstupů lze realizovat pouze u žáků s mentálním postižením. U žáků, jejichž PO vychází z potřeby kompenzovat poruchy motoriky, může dojít k omezení výstupů z TV, která je nahrazena prvky zdravotní TV, nebo je žák osvobozen (na doporučení lékaře).

4

Tělesné postižení, ale i závažné onemocnění výrazně limituje žáka ve všech oblastech jeho fungování. Žák není schopen na základě hloubky postižení plnit výstupy v některých předmětech.

Tělesná výchova – žáci bývají často z předmětu uvolňováni, žádost je třeba doložit doporučením odborného lékaře. Někteří žáci nejsou zcela osvobozeni od výuky (i na vlastní žádost), ale předmětu se účastní v rámci svých možností. Výstupy jsou uzpůsobeny možnostem těchto žáků. Někteří žáci plní učební výstupy náhradním způsobem s podporou asistentem pedagoga na jiném místě v rámci školy. Činnost se žákem je vždy nutné konzultovat s příslušným odborníkem (lékař, fyzioterapeut, rehabilitační pracovník ad.) a zákonným zástupcem.

Částečné uvolnění z TV znamená, že žáci navštěvují běžné hodiny TV a s výjimkou zakázaných cvičení se plně účastní výuky. Jsou z TV klasifikováni. V praxi se jedná o úpravu či modifikaci obsahu dané vzdělávací oblasti na základě doporučení odborného lékaře. Částečné uvolnění může mít přechodný charakter, zejména po operačních stavech a v doléčovacím či rehabilitačním procesu, např. lehčí stupeň dg. Morbus Calve-Legg-Perthes. V IVP je jasně a přesně vymezen průběh uvolnění a obsah výuky v TV (např. vynechat běh, skoky, doskoky, pochodová cvičení).

V praxi při částečném uvolnění žáka z předmětu TV lze s podporou asistenta využít alternativní způsob práce se žákem. Způsob práce je však vždy vázán na doporučení odborného lékaře a musí být v souladu s jeho vyjádřením, asistent pedagoga při práci se žákem musí být v této oblasti řádně proškolen a vzdělán, aby získal potřebné teoretické i praktické kompetence při aplikaci zdravotní TV (semináře, kurzy v rámci DVPP, praktické zaškolení fyzioterapeutem atd.).

- Využíváme prostředky zdravotní tělesné výchovy při částečném uvolnění žáka z vyučovacího předmětu TV.
- Prostředky obecné – základní gymnastika, pohybové hry, rytmická gymnastika, prvky jednotlivých sportů – plavání.
- Prostředky vyrovnávací – cvičení uvolňovací (uvolnit klouby a svalové kontraktury), cvičení protahovací (obnovit fyziologickou délku svalů), cvičení posilovací (zvýšit zdatnost oslabených svalů a svalových skupin) – dynamické/statické, cvičení dechová (statická/dynamická, druhy dechu), cvičení relaxační (význam, polohy, podmínky, druhy), cvičení vytrvalostní (význam, výběr, měření, Zottova tabulka), cvičení rovnovážná (statická, dynamická, balancování předmětů).

Výtvarná, pracovní výchova – žáci plní výstupy dle svých možností, k plnění výstupů mohou používat speciální pomůcky (pracovní nástroje upravené dle typu postižení). V některých případech mohou být učební výstupy plněny náhradním způsobem (např. samostatnou prací doma).

Matematika – v geometrii může mít žák problémy s rýsováním, s koordinací pohybů, s úchopem pomůcek na rýsování, s orientací na stránce apod. Záleží na rozsahu a hloubce TP a přidružených obtížích. Žák může rýsovat s podporou asistentem pedagoga, asistentovi diktuje postup řešení zadané úlohy, popř. prokáže teoretickou znalost postupů verbálně.

Zeměpis – žák může mít obtíže s prostorovou orientací. Žák nebude plnit úlohy na slepé mapě, popř. úkol splní s podporou asistentem pedagoga.

Český jazyk, cizí jazyk – žák, který má z důvodu TP potíže s mluveným projevem, není schopen hlasitého (plynulého) projevu, nemůže tedy tento výstup prokazovat standardním způsobem. U těchto žáků bývá často nahrazován výstup druhého cizího jazyka učivem a podporou v jazyce anglickém, případně českém.

Psaní – žák není vlivem svého postižení schopen písemného projevu v odpovídajícím rozsahu a v odpovídající kvalitě, popř. není vůbec schopen psaného projevu.

Žák může psát samostatně s využitím sešitů se širší liniaturou, dále může psát pomocí PC, lze využít doplňování do předem připravených materiálů (pracovní listy). Žák může také využívat podpory asistenta pedagoga

(asistent píše podle diktátu žáka), kopírovaných poznámek od spolužáků nebo může poznámky dostávat v elektronické podobě od vyučujících. U některých žáků může být preferováno ústní zkoušení před písemným.

5

V tomto stupni se velmi často jedná o závažné kombinované postižení, které limituje žáka ve všech oblastech jeho fungování. Postižení žáka je takového rozsahu, že se daného předmětu vůbec nemusí a nemůže účastnit a nemusí z něj vykazovat výstupy. Jeho rozvoj probíhá pouhou přítomností v edukačním procesu. Může se stávat, že žák není schopen do školy vůbec docházet (dočasně, dlouhodobě) a výuka probíhá v domácím prostředí. Za žákem dochází pedagog, asistent pedagoga a plní se žákem ŠVP dle jeho aktuálního zdravotního stavu. V případě hodin TV pak bývají žáci často zcela uvolňováni, žádost je třeba doložit doporučením odborného lékaře.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Je třeba dohlédnout, aby žák nebyl zbytečně vyčleňován z kolektivu a aby nároky na něj kladené byly přiměřené jeho možnostem a vyučování se účastnil v co nejvyšší možné míře.

Tyto nároky se mohou průběžně měnit dle aktuálního vývoje zdravotních obtíží dítěte.



3. STUPEŇ PO:

Žákyně, 8 let, s dg. rozšíření průdušek – bronchiektázie. U této nemoci dýchacích cest jsou postiženy především průdušky, problémy mohou být vrozené (defekt chrupavek) nebo získané (následek po zápalech plic, tuberkulóze či cystické fibróze). Léčba jako taková neexistuje. Existuje snaha o vyléčení zmiňovaných zápalů plic či jiných nemocí, ale rozšíření průdušek jako takové není možné léčit. Provádí se sice operativní zákrok, při němž se tato zvětšení odstraňují, ovšem nejedná se o lehký zákrok. V ZTV se můžeme shledat se žáky s lehkou formou bronchiektázie, kteří mohou cvičit pouze v prostředí s čistým vzduchem. Jinak mohou být mezi žáky rekonvalescenti po operativním léčení, kde musíme ovšem cvičení dávkovat individuálně s ohledem na věk, celkový stav a rozsah operačního výkonu.

Dívka je na základě doporučení odborného lékaře z vyučovacího předmětu TV částečně uvolněna. Uvolnění se týká vytrvalostního cvičení, běhu, atletiky. Doporučena jsou dechová cvičení, relaxační cvičení, protahovací cvičení.

V IVP vytvořil tým pedagogických pracovníků (pedagog TV, asistent pedagoga, třídní pedagog) náplň ZTV pro oblast dechových cvičení.

5. STUPEŇ PO:

Žákyně se závažným onkologickým onemocněním, upoutána na vozík, nemluví, je vzdělávána v domácím prostředí za podpory pedagoga, který do rodiny pravidelně dochází. Výuka je přizpůsobována aktuálnímu zdravotnímu stavu a schopnostem žákyně. Výstupy jsou redukovány v souladu se skutečnými možnostmi žákyně a vzdělání směřuje k jejímu osobnímu maximu. Z některých

předmětů je zcela osvobozena. Výuka probíhá s podporou IVP, jehož součástí je i tematický plán do jednotlivých předmětů.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

KLENKOVÁ, Jiřina a Marie VÍTKOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5731-9.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5. ■

4.5 ORGANIZACE VÝUKY

— Karla Adámková, Petra Průchová, Jitka Shánělová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Použití jednotlivých forem úprav organizace výuky u žáků s TP se liší podle potřeb jednotlivých žáků. Úpravy organizace mohou zahrnovat střídání činností během výuky, které kompenzuje zvýšenou únavnost žáků, změnu zasedacího pořádku či uspořádání třídy v rámci vyučovací jednotky, včetně úpravy pracovního prostředí a pracovního místa žáka. U tělesně postižených a závažně nemocných žáků může vzniknout i potřeba způsobení organizace výuky s ohledem na zvýšenou potřebu odpočinku a specifika v oblasti stravování, podávání léků aj. Sem patří i možnost využití individuální výuky žáka za podpory pedagogického pracovníka v domácím prostředí (učitelem, speciálním pedagogem, od 4. stupně podpory výše). ■

4.5.1 DALŠÍ PRACOVNÍ MÍSTO PRO ŽÁKA

Toto opatření spočívá v způsobení zasedacího pořádku dle aktuálních potřeb žáka, který na základě svého handicapu není schopen absolvovat výuku v běžném režimu. Potřeba vytvořit ve třídě další pracovní místo vzniká obvykle tehdy, pracuje-li žák po určitou část vyučovací jednotky na jiných úkolech, odlišným tempem či podle jiných učebních materiálů než ostatní spolužáci, individuálně s učitelem nebo asistentem pedagoga. Komunikace mezi žákem a asistentem pedagoga může působit rušivě. Je proto vhodné

přípravit v kmenové třídě další místo, které bude této situaci vyhovovat. Pro krátkodobé využívání lze také zvolit další pracovní místo v jiné místnosti mimo kmenovou třídu. I žák, jenž využívá jako učební či kompenzační pomůcku PC, potřebuje speciální pracovní místo. Asistent pedagoga tedy zajišťuje podporu žákovi přímo ve třídě (prostor např. za paravánem určený k práci na PC, individuální práci s didaktickou pomůckou, případně s využitím kompenzační pomůcky, nebo prostor určený k relaxaci) nebo mimo třídu (v místnosti zřízené k individuální práci, ve specializované učebně, případně relaxační místnosti).

Další pracovní místo pro žáka, ať v kmenové třídě nebo mimo ni, musí odpovídat potřebám žáka velikostí, uspořádáním, nároky na manipulaci s pomůckami apod. Místo mimo kmenovou třídu by se mělo nacházet v její blízkosti a mělo by být využíváno pouze krátkodobě a ne pravidelně. Další pracovní místo pro žáka můžeme vytvořit např. z důvodu poruchy pozornosti žáka, vyšší míry unavitelnosti, problémů v oblasti vizuomotoriky, dále u žáků s omezenou schopností pohybu a u žáků s problémy při přesunech v rámci výuky.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Podpůrné opatření „další pracovní místo pro žáka“ může spočívat v přidělení samostatné lavice, v oddělení pracovního místa paravánem či jinou zástěnou, v přesunutí lavice na jiné místo ve třídě, které bude pro žáka vhodnější (např. omezený výhled, snížení počtu rušivých podnětů, lepší výhled na tabuli či vyučujícího atd.), ve vytvoření dalšího místa určeného pro jinou činnost (např. relaxaci), v přesunutí pracovního místa mimo prostor třídy (zajištění klidu pro práci či možnost využití speciálních pomůcek např. ve specializovaných učebnách). Opatření se aplikuje především u žáků s těžšími poruchami pozornosti, zvýšenou unavitelností, narušením kognitivních funkcí, u žáků se sníženou schopností samostatné práce nebo se sníženou mobilitou (potřeba polohování). Opatření se využije také v případě práce s prostorově náročnější pomůckou.

Žák zde může pracovat částečně individuálně, má připraveny pracovní listy s jinak vysvětleným zadáním. Diktát může být diktován individuálně na jiném pracovním místě v době, kdy třída pracuje samostatně.

Pedagog si může žáka posadit např. do první lavice u katedry, na parapetu a u okna má žák několik šanonů s různými pracovními listy, dále sešity, didaktické stavebnice, pomůcky. Na začátku hodiny zadá pedagog ostatním žákům práci a věnuje se individuálně tomuto žákovi. Po vysvětlení úkolu má žák možnost odejít s asistentem pedagoga na místo v jiné části třídy, kde si s podporou pomůcek (včetně počítače) může s asistentem pedagoga vysvětlený úkol v klidu procvičovat. Asistent jej při samostatné práci sleduje, popř. usměrňuje odklony pozornosti dotekem ruky, povzbuzením, popř. jej navede, jak má dál postupovat. Ke konci hodiny mají žáci opět zadánu samostatnou práci a pedagog se individuálně věnuje žákovi s potřebou podpory tak, aby učivo pochopil.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY**2**

Žáka jeho problémy nijak výrazně neomezují, přesto potřebuje individuální přístup pedagoga či navázání užšího kontaktu s vyučujícím (např. přesazení do prostoru ve třídě, kde by měl větší klid na práci za účelem naplnění konkrétního úkolu). Pedagog monitoruje situaci ve třídě, přistupuje k žákovi individuálně, vyžaduje častější zpětnou vazbu a ověřuje u žáka správné porozumění. Žák může potřebovat opakované ujištění o správnosti svého postupu při řešení zadaného úkolu.

Některý žák potřebuje samostatnou lavici v jiné části třídy i z důvodu potřeby většího pracovního místa na některé úkoly. Zohledňujeme např. rozsah tělesného postižení, horší koordinaci pohybů, zhoršenou schopnost organizace vlastních pomůcek a manipulace s nimi. Žák může potřebovat další pracovní místo po omezenou dobu kvůli tomu, že se snadno nechá vyrušit vedle sedícím spolužákem nebo že by jeho spolužák rušila práce s pomůckou, kterou žák používá (práce s výukovými programy na PC).

3

Nároky žáka na pracovní prostor mohou být zvýšené z důvodů většího rozsahu tělesného postižení, někteří žáci v tomto stupni PO již mají přiznanou podporu asistentem pedagoga, který se pohybuje poblíž žáka. Tělesné postižení žáka limituje ve všech oblastech jeho fungování, ale je stále schopen většinu úkonů plnit samostatně v rámci třídy. Výuka může tedy probíhat ve třídě s plným počtem žáků, popřípadě v menších skupinkách žáků, nebo ve třídě se sníženým počtem žáků. Žák se může vzdělávat po omezenou dobu (procvičování učiva v klidném prostředí, psaní testů...) také mimo prostor třídy na jiném místě k tomu účelu vyhrazeném za dozoru pedagogického pracovníka. Úprava pracovního místa a zasedacího pořádku je doplněna dalšími podpůrnými opatřeními z oblasti organizace výuky, pomůcek a často (třebaže jen na omezenou dobu) i personální podporou.

4

Tělesné postižení již výrazně limituje žáka ve všech oblastech jeho fungování. Tělesné postižení může být komplikováno ještě přidruženými poruchami, jejichž dopady také ovlivňují vzdělávání žáka. Žák dle svých možností pracuje ve třídě obvykle s podporou asistentem pedagoga – buď ve své lavici, nebo na jiném místě předem určeném, může však nastat i potřeba odejít plnit své povinnosti mimo třídu (pod dohledem pedagogického pracovníka). V závažných případech může žák plnit některé úkoly samostatně v domácím prostředí. Komunikace se školou může být zajištěna pomocí e-mailu, Skype, s docházením asistenta pedagoga do domácího prostředí. Úprava pracovního místa je doplněna podpůrnými opatřeními z oblasti organizace výuky, pomůcek a personální podpory.

5

U žáků v tomto stupni podpory mohou být dopady postižení na takové úrovni, která jim může znemožňovat plnit školní docházku v plném rozsahu. Pokud jsou toho schopni, plní docházku ve své kmenové třídě na svém pracovním místě, obvykle s podporou asistentem pedagoga, popřípadě na jiném místě ve školním prostředí k tomu určeném. Z důvodu zdravotního postižení

však často žák vůbec nemůže docházet do školy a musí být vzděláván jinou formou, popř. má v rámci IVP upravený rozsah vyučování. V případě výuky v domácím prostředí žák pracuje po omezenou dobu samostatně a pravidelně za ním dochází určený pedagogický pracovník. V některých případech žáci komunikují se školou pomocí internetu.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

V případě aplikace tohoto opatření je třeba zajistit, aby žák nebyl zbytečně vyčleňován z kolektivu a vyučování se účastnil v co nejvyšší možné míře. Někdy není z prostorových důvodů možné vytvoření dalšího pracovního místa, je tedy třeba řešit obtíže žáka jiným podpůrným opatřením.

V případě vzdělávání mimo prostor třídy je třeba stanovit, kdo zodpovídá za bezpečnost žáka.

Pokud je žák vyučován doma, musí být pečlivě a zodpovědně nastaven způsob komunikace mezi žákem a školou.

U závažných forem tělesných postižení je nezbytná konzultace s rodiči žáka, kteří by měli upozornit na možné problémy (nebezpečí epileptického záchvatu při změně prostředí nebo při únavě, potřeba střídání činností, možné dýchací potíže, nutnost polohování apod.).



3. STUPEŇ PO:

Žákyně s dyskinetickou formou DMO nemůže sedět v lavici s nikým dalším, protože projevy jejího zdravotního postižení mohou narušit soustředění vedle sedícího spolužáka. Žákyně má také neovladatelné pohyby končetin, potřebuje větší prostor kolem sebe. Přidělením samostatné lavice se předešlo výše uvedeným potížím.

4. STUPEŇ PO:

Žák s diparetickou formou DMO a výraznou poruchou pozornosti má vyhrazené svoje pracovní místo před katedrou. Umístění v zadní lavici nevhovovalo, proto byl přesazen dopředu do samostatné lavice. Vedle sebe má místo pro asistenta pedagoga, jehož pomoc často potřebuje. Vzhledem k výrazné poruše pozornosti se žák nevydrží soustředit po celou vyučovací hodinu, proto musí někdy s asistentem odejít na chodbu i v průběhu vyučování. Na chodbě se fyzicky odreaguje a po chvíli se vrátí zpět do třídy.

5. STUPEŇ PO:

Žák se závažným onkologickým onemocněním nemůže docházet do kolektivu. Výuka probíhá v domácím prostředí za podpory učitele a asistenta pedagoga, kteří jej pravidelně navštěvují. Do výuky je zpracován individuální plán, včetně tematického rozvržení učiva. Komunikace mezi žákem (jeho zákonnými zástupci) a školou probíhá také pomocí e-mailu.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

OPATŘILOVÁ, Dagmar. *Metody práce u jedinců s těžkým postižením a více vadami*. Brno: Masarykova univerzita, 2005. ISBN 80-210-3819-5.

PETTY, Geoffrey. *Moderní vyučování*. 5. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-427-4. ■

4.5.2 JINÉ PROSTOROVÉ USPOŘÁDÁNÍ VÝUKY

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Toto opatření spočívá v uspořádání pracovních míst dle aktuálních potřeb tělesně postižených žáků či ve vytvoření místa nového. Žáci tak mohou lépe získávat vědomosti a dovednosti. Dané opatření může napomoci i k větší aktivizaci žáků při hodinách, zlepšení sociálního klimatu ve třídě, podpoře a rozvíjení interpersonálních vztahů, podpoře sociálních kompetencí žáků.

Jiné prostorové uspořádání můžeme vytvořit, chceme-li např. oživit výuku a žáky lépe zapojit do hodiny, pokud se žák není schopen delší dobu soustředit na jednom místě, je rychle unavitelný, má narušenou nebo změněnou percepci, má potíže při samostatné práci, potřebuje upravit pracovní místo z důvodu omezené a narušené hybnosti a mobility. Přízpůsobení zasedacího pořádku by mělo odpovídat aktuálním potřebám žáků a jejich počtu vzhledem k dopadům tělesného postižení. Potřeba úpravy zasedacího pořádku bývá vždy ovlivněna speciálními vzdělávacími potřebami žáka (kvalita zrakových funkcí, poruchy pozornosti, dopady onemocnění), stupněm tělesného postižení (a z něho vyplývajících omezení). Vždy bude záležet i na tom, zda je ve třídě jeden, nebo více žáků s potřebou pedagogické podpory, na celkovém počtu žáků ve třídě apod. Při úpravě zasedacího pořádku ve třídě vzhledem k tělesnému postižení (případně zdravotnímu znevýhodnění) je třeba dbát především na dostupnost pomůcek a dostatek prostoru při přesunech k tabuli. Je třeba využívat i možnosti zvážit kontakt se spolužáky (prostor pro skupinovou práci, práci ve dvojici). Tělesně postižení žáci potřebují často také prostor pro ukládání pomůcek.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Aplikujeme tehdy, pokud je vhodné změnit prostorové uspořádání třídy tak, aby co nejlépe vyhovovalo potřebám vzdělávání žáka s TP. Může se jednat o vnitřní úpravy třídy nebo jiných prostor ve škole (šatny, odborné učebny, tělocvičny apod.).

Jiné prostorové uspořádání výuky spočívá především v organizaci prostoru třídy. Organizace prostoru třídy zahrnuje např. přeskupování lavic dle potřeby, rozdělení třídy na různé zóny dle činnosti, vytváření relaxačních koutků apod.

Využíváme např. lavice do půlkruhu nebo písmene U (při menším počtu žáků ve třídě) nebo vytvoření několika „pracovišť“ pro skupinové vyučování. Žáka s neurologickým onemocněním (který má poruchy pozornosti) je vhodné posadit do přední lavice, aby dobře viděl na vyučujícího a ten měl zpětnou vazbu, zda ho žák pochopil a rozumí mu. V některých případech je třeba, aby žák seděl samostatně v lavici a mohl mít na lavici rozložené pomůcky, případně aby si k němu mohl v určitých chvílích sednout učitel nebo asistent pedagoga. U žáků se především na počátku školní docházky doporučuje častěji střídát pracovní místo (lavice, koberec, samostatná práce na dalším pracovním místě).

Žáci mohou pod vedením pedagoga pracovat i mimo třídu na místě, které je k dané činnosti vhodnější (jiné podněty, vhodnější podněty, zážitková výuka, změna prostředí apod.). Konkrétní podoba tohoto podpůrného opatření závisí jednak na prostorovém uspořádání třídy, jednak na počtu žáků s potřebou PO a celkovém počtu žáků ve třídě.

Jiné prostorové uspořádání výuky může být trvalé, většinou však bývá pouze dočasné.

Mimo již uvedené umožňuje toto PO asistentovi pedagoga pomáhat žákovi v rámci třídy na jeho místě (je třeba zajistit dostatek prostoru pro židličku asistenta pedagoga) nebo ve vyhrazeném prostoru, případně v menších skupinách v rámci třídy (někdy jen při určitých předmětech nebo při plnění konkrétních úkolů). Pokud je ve třídě zařazen asistent pedagoga, pak učitel s prostorovými úpravami třídy pomáhá.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Žák je svými problémy limitován v menší míře, přesto je třeba individuální přístup pedagoga či aplikace některých speciálněpedagogických metod. Žákovi může být trvale nabídnuto jiné místo ve třídě (přední či zadní lavice), samostatná lavice apod. v závislosti na jeho handicapu a aktuálních potřebách. Toto místo může využívat pouze na určité předměty. Žáci mohou být rozděleni do dvojic nebo menších skupin v rámci projektového vyučování či za účelem jejich větší aktivizace, oživení výuky, zlepšení pozornosti, vytvoření užšího kontaktu s vyučujícím apod. Dle počtu skupin jsou rozděleni na různá místa ve třídě.

3

V tomto stupni podpory již žák může využít pomoci asistenta pedagoga. Prostorové uspořádání výuky tak musí počítat s dalším pedagogem navíc. Platí všechna opatření z předchozích stupňů. Je třeba si uvědomit, že kvůli zdravotnímu postižení může mít žák zvýšené nároky na prostor – potřebuje větší lavici, místo navíc pro relaxaci a uvolnění apod. Pokud má přidruženou poruchu pozornosti, může potřebovat oddělení pracovního místa pro zajištění většího klidu na výuku nebo může využít lavici v klidnějším koutu třídy, kde nebude mít velké množství rušivých podnětů. Třída může být uspořádána tak, aby byl vytvořen klidový kout.

4

Tělesné postižení již výrazně limituje žáka ve všech oblastech jeho fungování. Edukační proces je podpořen účastí asistenta pedagoga, který pracuje se žákem buď v jeho lavici, nebo na jiném místě předem k tomu určeném.

Může však s dítětem odejít plnit povinnosti související s výukou mimo třídu. V závažných případech může žák plnit některé úkoly samostatně v domácím prostředí. Komunikace se školou může být zajištěna elektronicky. Dále je možné využívat lavici v klidnějším koutu třídy, kde žák nebude mít velké množství rušivých podnětů. Třída může být uspořádána tak, aby byl vytvořen klidový kout.

5

Žáci v tomto stupni podpory mají takový rozsah postižení, který jim může znemožňovat plnit školní docházku v plném rozsahu. Pokud jsou toho schopni, plní docházku ve své kmenové třídě na svém pracovním místě, obvykle s podporou asistentem pedagoga, popřípadě na jiném místě ve školním prostředí k tomu určeném. Pracovní místa ve třídě mohou být flexibilně přeskupována tak, aby vzniklé uspořádání vyhovovalo aktuálnímu psychickému naladění žáků. Z důvodu zdravotního postižení však často žák vůbec nemůže docházet do školy a musí být vzděláván jinou formou, popř. má v rámci IVP upravený rozsah vyučování. V případě vzdělávání v domácím prostředí žák pracuje samostatně nebo za ním dochází určený pedagogický pracovník. V některých případech žáci komunikují se školou pomocí elektronické pošty.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Možnosti jiného prostorového uspořádání výuky se samozřejmě odvíjejí od velikosti prostoru třídy, fyzického vybavení, počtu žáků a celkových možností školy. Opatření, která lze realizovat v jedné třídě či škole, nelze realizovat v jiné. Je vždy třeba dbát na bezpečnost žáků a na jejich aktuální fyzický i psychický stav. U závažných forem TP je třeba jakékoli nestandardní opatření či způsob lokomoce konzultovat s rodiči nebo vycházet z lékařského doporučení. Při jakýchkoli úpravách (byť dočasných) je třeba zohlednit aktuální počet dětí a pedagogických pracovníků.



4. STUPEŇ PO:

Žák s diparetickou formou DMO, úzkostnou poruchou a výraznou poruchou pozornosti. Chlapec musí sedět v lavici samostatně. Bylo nutné přikročit k prostorovému uspořádání třídy tak, aby žák nebyl rozptylován nevhodnými podněty, ale v případě únavy měl možnost odpočinku a nerušil ostatní spolužáky. Lavice je umístěna tak, aby hoch měl kontakt s učitelem, ale zároveň nebyl vyrušován podněty ostatních spolužáků.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

KLENKOVÁ, Jiřina a Marie VÍTKOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání se zřetelem na věkové skupiny a druhy postižení*. Brno: Masarykova univerzita, 2011. ISBN 978-80-210-5731-9. ■

4.5.3 VZDĚLÁVÁNÍ V JINÉM NEŽ ŠKOLNÍM PROSTŘEDÍ

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Vzdělávání v jiném než školním prostředí je realizováno většinou u žáka na přechodnou dobu v souvislosti s jeho zhoršeným aktuálním stavem, který může vyplývat ze stanovených diagnóz nebo z dalších přidružených problémů. Spočívá v tom, že je žák po určitou dobu, jejíž délka je dána změnou stavu, vyučován v jiném než školním prostředí (nejčastěji v prostředí domácím) a do školy buď nedochází vůbec, nebo dochází jen ke konzultacím, pokud mu to jeho stav dovoluje.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Toto podpůrné opatření se aplikuje v případě, že žák nesmí ze zdravotních důvodů, např. riziko infekce, rekonvalescence po nemoci (nejčastěji onkologické onemocnění – stavy po transplantaci, chirurgickém zákroku – či z jiných důvodů), do více početného kolektivu. Na základě toho škola na doporučení ŠPZ realizuje vzdělávání na podkladě IVP v domácím prostředí, opatření je stanoveno na omezenou dobu. V IVP jsou popsána konkrétní opatření, která vedou k zajištění vzdělávání v domácím prostředí (rozsah učiva, četnost konzultací, způsob prověřování učiva a za jakých podmínek bude probíhat apod.). K výuce i přezkoušení lze využívat výpočetní techniku s internetem (např. Skype, e-mail, Moodle aplikace, školní web). Do budoucna lze zvažovat i on-line vyučování.

Kromě výše uvedeného dochází pedagogický pracovník pravidelně za žákem i do rodiny, kde zajišťuje vzdělávání žáka. Žák není vystavován nutnosti docházet do kolektivního zařízení, což by mohlo zapříčinit zhoršení jeho zdravotního stavu a při dlouhodobém onemocnění riziko zameškání učiva. Jakmile je žák schopen vrátit se ke vzdělávání ve školním prostředí, přistoupíme k jeho postupné adaptaci.

PO se aplikuje u žáků s velmi těžkým tělesným postižením v kombinaci s onemocněním, které znemožňuje docházku do školy, u žáků s těžkým tělesným a těžkým či hlubokým mentálním postižením, u žáků s těžkým onemocněním (onkologická onemocnění, srdeční vady, epilepsie, hluboké mentální postižení...) nebo po úrazech. Může se jednat i o dopady těžkého tělesného postižení kombinovaného s těžkým mentálním postižením.

Množství a tempo vyučování se přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu stavu žáka, zároveň se nevystavuje riziku komplikací a zhoršení zdravotního stavu z důvodu nevhodné a zbytečné zátěže, snižuje se tak i doba, po kterou žák učivo zameškává.

Toto opatření úzce souvisí s podpůrným opatřením z oblasti personální podpory.

Jedná se o opatření, které se aplikuje u žáků s nejvyššími stupni podpory. Do tříd, kam jsou zařazeni takto závažně postižení žáci, by měla být doporučena i personální podpora (asistent pedagoga, druhý pedagog na část úvazku). Asistent pak připravuje pod vedením pedagoga materiály, které jsou předávány rodičům k vypracování v domácím prostředí (upravuje, kopíruje, zvětšuje, strukturuje výukové materiály, předává zápisy...), případně

dochází do rodiny za žákem pouze na určité hodiny a pracuje s ním podle pokynů učitele. Asistent pedagoga může docházet také za žákem, jehož výuka ze zdravotních důvodů probíhá pouze v domácím prostředí, pracuje podle pokynů učitele a zajišťuje optimální kontakt mezi žákem a učitelem. Nikdy by však vzdělávání žáka nemělo probíhat pouze pod vedením asistenta pedagoga. Za vzdělávání žáků je vždy zodpovědný učitel.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

Opatření je aplikováno pouze ve vyšších stupních podpory (4. a 5. stupeň).

4

Toto opatření zavádíme v případě, že žák nemůže docházet do školy pravidelně. Kvůli dopadům postižení nebo závažného onemocnění je na doporučení lékaře možné na určitou dobu výuku zkrátit, případně omezit docházku do školy ze zdravotních důvodů (jedná se například o situace, kdy je žák vystaven nebezpečí infekce a tato infekce by vážně zkomplikovala jeho aktuální zdravotní stav, popřípadě u žáků s těžkou poruchou imunity atd.). Žák plní výuku mimo školu či jiné příslušné pracoviště a do kmenové školy může docházet dle aktuálního zdravotního stavu, popřípadě pouze v určité dny.

Docházka je pravidelně konzultována s jednotlivými vyučujícími. Výuka probíhá dle IVP, žák dochází k pravidelným konzultacím a ověřování znalostí probíhá v předem stanovených termínech a z přesně stanovených okruhů učiva.

Podstatná část výuky probíhá v domácím prostředí, učitel, asistent pedagoga za žákem do domácího prostředí odchází. Výuka, komunikace se školou, zadávání úloh a ověřování znalostí může také probíhat elektronicky.

5

Toto opatření zavádíme v případě, že žák na základě omezení v rámci diagnózy do školy docházet nemůže. Výuka probíhá pouze v domácím prostředí, učitel, asistent pedagoga za žákem dochází. Výuka a zadávání úloh i ověřování znalostí může probíhat také elektronickou formou.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Nedostatkem může být nedostatečné personální zabezpečení, omezené finance na zajištění častějších návštěv pedagoga v domácím prostředí žáka, vzdálenost bydliště od školy a s tím spojené komplikace při dojíždění pedagogů do domácího prostředí dítěte. Nemalým problémem může být i zajištění odborné výuky na druhém stupni ZŠ a na SŠ.



4. STUPEŇ PO:

Studentka střední odborné školy s těžkým tělesným postižením na podkladě závažného revmatického onemocnění. Z důvodu primární diagnózy je docházka studentky do školy velmi nepravidelná a nelze předem odhadnout, s jakou intenzitou se budou její zdravotní obtíže projevovat. Tyto obtíže studentku zásadně limitují ve schopnosti realizovat pravidelnou školní docházku. Obtíže studentky a náročnost studia (zejména odborných a technických předmětů) jsou takového rozsahu, že podpora dalšího pedagoga je naprosto nezbytná.

Pro úspěšné zvládnutí nároků střední odborné školy je důležité, aby pedagogičtí pracovníci docházeli za studentkou do domácího prostředí, popřípadě výuka probíhá individuálně ve škole v předem stanovené hodiny (dle aktuálního zdravotního stavu studentky).

Pracovní úvazek je rozložen mezi jednotlivé vyučující (dle aktuálních potřeb studentky).

5. STUPEŇ PO:

Dívka s těžkým tělesným postižením na podkladě závažného onkologického onemocnění nesmí na doporučení lékaře do kolektivu. Dívce hrozí riziko infekce a v případě onemocnění závažné zdravotní komplikace.

Dívka je vzdělávána v domácím prostředí. Do rodiny k pravidelným konzultacím dochází pedagog, zadává dívce úkoly a kontroluje správnost řešení jednotlivých úloh. V případě nejasností učební látku s dívkou procvičí. Jednotlivé úkoly jsou zadávány také průběžně elektronickou cestou.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0. ■

4.6 PŘEDMĚTY SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ PÉČE

— Eva Čadová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Předmět speciálněpedagogické péče (PSPP) je podpůrné opatření, které má zajistit kompenzaci nebo reedukaci obtíží žáka, který z důvodu svých speciálních vzdělávacích potřeb vycházejících z tělesného postižení, případně ze závažného onemocnění nemůže dosahovat srovnatelných výsledků ve vzdělávání jako jeho vrstevníci. Předmět speciálněpedagogické péče je pak realizován jako intervence formou vyučovacího předmětu nebo formou další péče o žáka (nápravy).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Výčet oblastí předmětů speciálněpedagogické péče je uveden ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění. Volba je u žáka s TP závislá na tom, kterou oblast potřebuje posílit nebo kompenzovat. Nejčastěji se jedná o zařazení předmětů:

- řečová výchova, případně logopedická péče,
- rozvoj grafomotorických dovedností, podpora a trénink psaní,
- práce s počítačem,
- podpora rozvoje komunikace až po využívání a podporu komunikace prostředky alternativní a augmentativní komunikace,
- rozvoj jemné motoriky a sebeobsluhy (prvky ergoterapie),
- rozvoj vizuálně percepčních dovedností,
- zdravotní tělesná výchova a podpora hrubé motoriky,
- podpora dílčích funkcí, náprava poruch učení,
- případně další oblasti, které vycházejí z konkrétních obtíží žáka.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

Cílem předmětu speciálněpedagogické péče je vždy vytvoření kompenzačních mechanismů potřebných k překonávání obtíží spojených a pramenících z dopadů postižení nebo onemocnění. V jednotlivých stupních se liší především rozsah podpory.

2 | 1 hodina týdně

3 | 2 hodiny týdně

4 | 3 hodiny týdně

5 | 4 hodiny týdně

Je možné poskytovat PO jako samostatný předmět i jako podporu mimo vyučování (liší se počtem žáků ve skupině – u předmětu pouze max. 4, u další péče max. 6). Předmět musí být uveden na vysvědčení a slovně hodnocen.

Rozdílný může být i obsah předmětu. Zatímco v nižších stupních podpory (2. a 3. stupeň) budeme v rámci řečové výchovy a logopedické péče se žáky s tělesným postižením pracovat spíše s dyslalií, dysartrií nebo s kompenzovatelnou dysfázií, ve vyšších stupních podpory již bude třeba využívat i náhradní formy komunikace.

Bude-li třeba podpora grafomotoriky a psaní, tak v nižších stupních podpory půjde o psaní rukou, u vyšších stupňů již spíše o nácvik psaní na počítači, případně ještě s využitím alternativního ovládání klávesnice.

Vždy bude platit to, že čím těžší a rozsáhlejší je dopad postižení do výuky, tím bude třeba náročnější podpory, často i s využitím odpovídajících pomůcek.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Pokud je PSPP čerpán z disponibilních hodin, může se stát, že nahradí celkovou dotaci některého předmětu v daném ročníku a obsah tohoto předmětu pak bude chybět žákovi při potřebě navazovat na něj v ročníku dalším. Pokud je naopak PSPP vyučován nad rámec hodinové dotace jako intervence (před nebo po vyučování), žák může být unavený, což znemožní nebo ztíží efektivní práci se žákem se SVP. Problémem je také to, že tyto předměty by měl vyučovat speciální pedagog, ale na školách často tuto odborníci chybějí. Na některé specifické podpory žáka by přitom ani speciální pedagog nemusel být nejefektivnější. Například psaní na klávesnici počítače a zvládání techniky psaní včetně práce s Wordem by mohl vést pedagog informatik, zdravotní nebo upravenou TV by měl zvládat učitel s kompetencí v TV. Tato specifika však legislativa neřeší.



PODPORA DÍLČÍCH FUNKCÍ A NÁPRAVA PORUCH UČENÍ

Při kompenzaci poruch vyplývajících z deficitů dílčích funkcí např. sledujeme a procvičujeme sluchovou analýzu a syntézu, zrakové vnímání, rozvoj vizuo-motorické koordinace a pravolevé orientace. Podporujeme rozvoj grafomotoriky, držení psacího náčiní a fixace psacího písma. Trénujeme schopnost koncentrace pozornosti, která je pro výuku nezbytná. Je třeba se zaměřovat i na nácvik pravolevé orientace, trénování paměti, podporovat rozvoj myšlení, logického uvažování, ale není možné opomíjet ani nácvik artikulační obratnosti a kultivaci verbálního projevu. Pokud mají deficity dílčích schopností dopad do výuky v takovém rozsahu, že jejich obraz je podobný obrazu vývojových poruch učení, pak je třeba zaměřovat se i na oblasti, jako je nácvik rozlišování krátkých a dlouhých samohlásek nebo nácvik rozlišování tvrdých a měkkých slabik s kostkami. Může vzniknout potřeba postupně vytvářet přehledy gramatiky českého jazyka. Ve čtení bude třeba zaměřit se jak na formální, tak i na obsahovou stránku, trénovat porozumění textu i orientaci v něm.

Speciální náprava obsahuje rozvoj těchto oblastí (vždy podle individuálních potřeb žáka):

- zrakové vnímání a zraková paměť,
- sluchové vnímání a paměť,
- koncentrace pozornosti,
- logické myšlení,
- slovní zásoba,
- český jazyk a gramatika,
- čtení,
- matematické schopnosti,
- sociální dovednosti.

Výše uvedené části vyučovací hodiny nelze z organizačních důvodů a individuálních charakteristik žáků zařadit do jednotného plánu osnov pro jednotlivé

ročníky. Učitel z jednotlivých částí vybírá činnosti tak, aby skladba hodiny byla pestrá, vyvážená a byl splněn sledovaný cíl.

ROZVOJ JEMNÉ MOTORIKY A SEBEOSLUHY (PRVKY ERGOTERAPIE)

Rozvoj jemné a hrubé motoriky, jejich koordinace, celkové pohyblivosti, obratnosti je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro zvládnutí schopnosti psaní u žáků s TP. Postižení motoriky neovlivňuje pouze psaní, ale působí i na výkony ve výtvarné výchově, pracovním vyučování, tělesné výchově, ovlivňuje úpravu sešitů a ovlivňuje geometrii. Patří sem i pohyby rukou a prstů, oční pohyby např. při čtení. V případě, že je motorika porušena, je často narušen i vývoj řeči. Projevuje se ztuhlostí mluvidel, tj. artikulačních orgánů.

V podpoře sebeobsluhy využíváme i prvků ergoterapie, která se zabývá zlepšením a podporou nebo udržením funkčních schopností člověka. Využívá jako prostředek smysluplnou činnost podle preferencí a výběru klienta. Vychází z předpokladu, že zapojením člověka do každodenních aktivit se zlepšuje jeho kvalita života. Je třeba se zabývat nejen fyzickou částí daných pohybů, ale i pomocí při jejich plánování, organizování a provádění. Důležitý je individuální přístup v nácviku různých způsobů provádění aktivit u žáků s tělesným postižením.

Vždy by měla předcházet diagnostika: hodnocení senzomotoriky (citlivost, hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika, koordinace pohybu horních končetin), kognitivních a psychosociálních funkcí v kontextu výkonu sebeobslužných činností a aktivit denního života (oblékání, svlékání, manipulace s předměty, zavazování tkaniček apod.).

Nejedná se o teoretické návody, nácvik činností probíhá v reálných situacích (např. trénink oblékání, péče o sebe, nakupování, pokud to podmínky umožňují, probíhá ve skutečném obchodě).

Kompenzační pomůcky nutné pro denní činnosti (stravování, sebeobsluhu, grafomotoriku, hygienu) jsou po vyzkoušení manipulace s nimi zavedeny do běžné praxe. Kromě toho se cvičí instrumentální aktivity, finanční gramotnost, manipulace s penězi, komunikace při různých příležitostech, cílené pohyby, jemná motorika ruky. U žáků s tělesným postižením může být řešeno i ergonomické hodnocení pracovního místa ve třídě, jídelně, využití pomůcek pro přesuny... Žáci během školního roku navštěvují cvičný byt, kde probíhá příprava pokrmů a nácvik vedení domácnosti.

PRÁCE S POČÍTAČEM

Předmět speciálněpedagogické péče práce s PC může být zařazen od 1. ročníku vzhledem k tomu, že pro část těžce tělesně postižených žáků je počítač (tablet, komunikátor) jedinou možnou kompenzační pomůckou k tomu, aby mohli srozumitelně komunikovat s okolím. Využíván může být i žáky s těžšími formami dysartrie či s anartrií na bázi motorického postižení, kteří kromě toho, že se nedorozumí řečí, nemohou ani psát běžným způsobem. Je proto nutné, aby co nejdříve zvládli počítač pomocí upravených periférií (velkoplošná klávesnice, dotyková obrazovka...). Jen tak mohou pracovat se spolužáky při výuce čtení a psaní (skládání slabik a slov). V případě, že je zachována správná artikulace

a není možné využít ovládání rukama, cvičí se ovládání počítače hlasem, možné je využít i ovládání počítače očima. S ohledem na různé schopnosti žáků zde bude pravděpodobně výrazně převažovat individualizovaná výuka. Předmět může být členěn na základy práce s počítačem, vyhledávání informací a jednoduchou komunikaci, zpracování a využití informací. Využití počítače (případně dalších technologií dle potřeb žáka) pak samozřejmě prolíná i ostatními vyučovacími předměty. Žák s těmito technologiemi běžně pracuje ve třídě i při komunikaci s okolím.



JELÍKOVÁ, Jana, Mária KRIVOŠÍKOVÁ a Ludmila ŠAJTAOVÁ.
Ergoterapie. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-583-7.

KRIVOŠÍKOVÁ, Mária. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada, 2011.
ISBN 978-80-247-2699-1.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Praha: Grada, 2007.
ISBN 978-80-247-1733-3. ■

4.7 PEDAGOGICKÁ INTERVENCE

— Eva Čadová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Žáci s tělesným postižením by měli plnit požadavky stanovené Rámcovým vzdělávacím programem pro základní vzdělávání (RVP ZV). Obecně platí, že s použitím kompenzačních pomůcek by měl být žák s TP schopen absolvovat všechny oblasti vymezené v RVP ZV, i když je třeba využívat vhodných podmínek pro výuku specifických postupů a metod výuky, respektovat přiměřené tempo, využívat individuální přístup a dle potřeb úpravu rozsahu učiva. Edukace žáků s tělesným postižením má svá specifika, která se odvíjejí od jejich somatických a psychických zvláštností. Porušeno může být vnímání, aktivní řečový projev, artikulace a intonace řeči. Výkon ve škole bývá dále zhoršen slabou koncentrací pozornosti a zvýšenou unavitelností. Žáci si zapamatovávají útržkovitě, nevýběrově, obtížně si vybavují i reprodukuji učivo. Pracovní tempo žáků s DMO bývá pomalé a nevyrovnané, žáci dlouhodobě nemocní mají zase problémy s nedostatky, které jsou ovlivněny jejich přerušovanou přítomností ve výuce. Školní výkony mohou negativně ovlivňovat i vývojové poruchy učení v oblasti symbolických funkcí. Žáci po vyučování často navštěvují rehabilitaci, musí cvičit i doma a mohou tak nezvládat domácí přípravu na výuku. Pro výše uvedené problémy, které můžeme u žáků s TP očekávat v různé podobě a četnosti zastoupení, je ve škole často potřeba využít i podpůrného opatření „pedagogická intervence“. Rozumíme tím podporu vzdělávání žáka s tělesným postižením nebo závažným onemocněním (jemuž byla přiznána podpůrná opatření ve stupni 2 až 5) ve vyučovacích předmětech, v nichž je třeba zlepšit jeho výsledky učení, případně kompenzovat nedostatečnou domácí přípravu na výuku.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Pedagogická intervence je poskytována žákovi na základě doporučení ŠPZ a záleží na tom, jak ŠPZ pedagogickou intervenci popíše. Může být poskytována jednotlivě, ale také ve skupině (max. 6 žáků). Jedná-li se o podporu rozvoje kompetencí žáka konkrétních předmětech, které jsou ovlivněny jeho speciální vzdělávací potřebou, pak by ji měl poskytovat pedagog s příslušnou kvalifikací pro daný předmět a tyto skupiny by měly být tvořeny podle předmětů (ČJ, M...). Jde-li o podporu domácí přípravy, pak je možné využít i podpory asistentem pedagoga. Realizovat je možné i podporu celé třídy, při řešení rizikového chování ve třídě.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Podpora vzdělávání žáka ve vyučovacích předmětech, kde je třeba posílit jeho vzdělávání, případně ke kompenzaci nedostatečné domácí přípravy na výuku (rozsah 1 hodina týdně). Ve druhém stupni podpory je u žáků prvního stupně základní školy většinou podpora zaměřena v českém jazyce na trénink čtení, matematice na orientaci v řadách čísel a procvičování algoritmů počítání. Podpora domácí přípravy je potřeba tam, kde ji sami rodiče poskytnout nemohou, například při přípravě do cizího jazyka, když rodiče tento jazyk sami neovládají.

3

Tuto podporu budou využívat především tělesně postižení s větší mírou postižení motoriky na základě postižení CNS (v případě potřeby těžce zdravotně znevýhodnění žáci). Může se kromě podpory v jednotlivých předmětech v rámci rozvoje vědomostí a dovedností žáka využívat i ke kompenzaci nedostatečné domácí přípravy na výuku. Domácí podpora vzdělávacího procesu formou domácích úkolů, cvičení a nahrazování výpadků vzniklých nepřítomností dítěte, případně jeho pomalejším tempem ve výuce je u žáků s TP a nemocných běžným jevem. Naše školství je obecně charakterizováno vysokou účastí rodičů na vzdělávání dětí. Zejména na prvním stupni základní školy se považuje za takřka samozřejmé, že se matka nebo otec dítěte s ním pravidelně do školy připravují a procvičují, i když k tomu nemají žádné odborné vzdělání. Pokud jde o dítě s postižením, bývají tyto nároky ještě vyšší, a žáci tak mohou být přetěžováni. Proto je vhodné využít podporu pedagogické intervence, jež je poskytována pedagogy, kteří žáka běžně učí, a tak nejlépe ví, co a jak potřebuje doplnit. Rozsah podpory je maximálně 2 hodiny týdně.

4–5

Tyto stupně podpory budou využívat především žáci s těžkým tělesným postižením, závažně nemocní a žáci s kombinovaným postižením. Stejně, jako u nižších stupňů podpory je určen zejména k podpoře vzdělávání žáka ve vyučovacích předmětech, kde je třeba posílit jeho vzdělávání. Rozsah činí 3 hodiny týdně u 4. stupně podpory a 4 hodiny týdně u 5. stupně podpory ve škole.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Stejně jako u předmětu speciálněpedagogické péče je u zařazení pedagogické intervence po vyučování třeba dávat pozor, aby nedošlo k přetížení žáka. Není vhodné využívat k pedagogické intervenci hodinu před vyučováním, protože by pak mohlo dojít z důvodu zvýšené únavy žáka k neefektivní práci se žákem se SVP v běžných hodinách. Také zařazování pedagogické intervence po šesté nebo sedmé vyučovací hodině může být problémem. Žák by měl mít možno si po běžné výuce alespoň chvíli odpočinout.

Dalším úskalím jsou poměrně velké počty žáků v jedné skupině (až 6 žáků), kdy ne vždy se podaří, aby se jednalo o žáky stejného ročníku se stejnými vzdělávacími potřebami. Pro některé žáky s tělesným postižením, kteří jsou v učivu výrazně pozadu nebo potřebují využít výrazně jiný způsob výuky (např. alternativní komunikační systém, nebo potřeba speciálních pomůcek) a nemohou tak pracovat ve skupině, je potom pedagogická intervence ztrátou času.



Chlapec se středně těžkým tělesným postižením a s poruchami učení má problém se doma připravovat na výuku. Bývá unavený a nedokáže se k přípravě na výuku přinutit. Vzhledem k postižení motoriky je třeba co nejlépe připravit chlapce na přijímací zkoušky na střední školu (měl by orientačně zájem studovat na knihovnické škole nebo obor sociálně správní činnost), a proto bylo doporučeno zařadit jej do pedagogické intervence (podpory přípravy na výuku). V doporučení PO se ve vztahu k pedagogické intervenci uvádí...

„Mělo by se jednat o dvě hodiny podpory týdně. Jednu hodinu zaměřenou na učivo anglického a českého jazyka a druhou na učivo matematiky. Podporu domácí přípravy do hodin českého a anglického jazyka může vykonávat asistentka pedagoga, která umí anglicky a které bude o jednu hodinu navýšen doporučený úvazek.

Kromě toho by jednu hodinu pedagogické intervence měl vést pedagog s odborností matematika, který by měl s Jindrou dělat podporovanou přípravu na výuku se zaměřením na posílení učiva v matematice.“

U chlapce takto probíhala podpora v osmém a devátém ročníku a umožnila mu efektivně se připravit na přijímací zkoušky na střední školu. ■

4.8 ÚZPŮSOBNÍ FOREM KOMUNIKACE

— Eva Čadová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Komunikace může probíhat různými způsoby, různými formami. Komunikovat, sdělovat i přijímat sdělení můžeme verbálně i neverbálně. Verbální komunikace probíhá pomocí slov – artikulovaných, tištěných, psaných, může mít podobu mluvené nebo psané řeči. Schopnost verbálně komunikovat není vždy úměrná inteligenci člověka (může se jednat

např. o velký rozdíl mezi receptivní a expresivní složkou komunikace). U mnoha žáků s diagnózou DMO v praxi pozorujeme velmi dobrou schopnost porozumět mluvené řeči (třebaže může být diagnostikována mentální retardace), ale velmi malé možnosti verbálního vyjadřování. Lidé nemluvící (tzv. anartrie) byli dříve automaticky považováni za těžce mentálně postižené, ačkoliv mohli mít velmi vysokou inteligenci. Podobně u dalších neurologických onemocnění a poúrazových stavů mohou být velmi nerovnoměrně zasaženy jednotlivé schopnosti a funkce v závislosti na mozkových okresech, které jsou postiženy.

U osob s tělesným a kombinovaným postižením mluvíme o symptomatických poruchách řeči. Jsou průvodním jevem jiného, dominantního postižení, narušení nebo onemocnění. Tím může být DMO, cévní mozková příhoda, roztroušená skleróza, myopatie, nádory mozku, traumatická obrna mozku atd. Z logopedických diagnóz se nejčastěji setkáváme u žáků s tělesným postižením s dysartrií (u DMO), afázií (u poúrazových stavů) a anartrií, častá bývá také dysfázie a dyslalie.

DYSFÁZIE je centrální vývojová porucha řeči. Jedná se o specificky narušený vývoj řeči projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Dysfázie postihuje řeč jako celek. Jejím hlavním příznakem je výrazné opoždění vývoje řeči.

Dysfázie

DYSLALIE je nejčastěji vyskytující se narušení komunikační schopnosti. Jedná se o neschopnost používat jednotlivé hlásky nebo skupinu hlásek v komunikačním procesu podle příslušných jazykových norem.

Dyslalie

DYSARTRIE je částečná porucha motorické realizace řeči (člankování, tj. artikulace, výslovnosti řeči) na základě organického poškození CNS. V různé míře a rozsahu je postižena artikulace, respirace, fonace a rezonance. U dětí je nejčastější dysartrie vývojová, po úrazu mozku může vzniknout dysartrie získaná.

Dysartrie

ANARTRIE je úplná porucha motorické realizace řeči (lidé s anartrií vůbec nejsou schopni artikulovat řeč, až na neartikulované zvuky či izolované samohlásky) na základě organického postižení CNS. Často zůstává zachována schopnost porozumění řeči a vyšší intelektové schopnosti. Lidé s vývojovou anartrií mají na rozdíl od lidí s vývojovou dysartrií pozdější odlišné jazykové symptomy při osvojování psané řeči, a to kvůli chybějícímu zážitku mluvené řeči v raném dětství. Psaný (český) jazyk si musejí z metodologického hlediska osvojovat jako cizí jazyk.

Anartrie

AFÁZIE je ztráta již osvojené řeči, která vznikla následkem ložiskového poškození mozku (úrazy, onemocnění mozku). Afázie může mít mnoho symptomů, např. změněná plynulost řeči, poruchy pojmenování, řečové automatismy, agramatismy, parafázie (záměna a komolení slov), poruchy čtení, psaní a porozumění.

Afázie

Je potřeba mít na zřeteli, že ve škole, ale i mimo školu mohou na žáka s poruchami komunikace nepříznivě působit jeho problémy s řečí, dlouhodobý neúspěch ve škole, nepřijetí skupinou spolužáků, výsměch ze strany spolužáků apod. Při komunikaci s takovým žákem respektujeme zejména věk a aktuální úroveň komunikační schopnosti, další komplikace (poruchy hybnosti, závažnější senzorické postižení), ale i osobnostní vyladění. Učitel by

měl vědět, zda žák chodí na logopedickou intervenci k logopedovi či navštěvuje jiného odborníka v souvislosti s problémy s řečí. Informace může získat od rodičů, dobré je zeptat se na vhodné přístupy k žákovi.

U žáků s tělesným postižením se můžeme setkat s problémy vyplývajícími z mírného narušení řeči na bázi dyslalie a dysartrie přes poruchy rytmu řeči a dysfázie až po narušení takového rozsahu, který si vyžaduje využití alternativní a augmentativní komunikace.

AAK POJEM ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACE (AAK) se používá pro všechny formy dorozumívání, které doplňují nebo trvale nahrazují řeč, ať už přechodně (např. po úrazu, po cévní mozkové příhodě) nebo trvale. Alternativní komunikace znamená naprostou náhradu chybějící mluvené řeči jiným komunikačním prostředkem, kdežto o augmentativní komunikaci mluvíme v případech, kdy jiný komunikační prostředek podporuje již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Většina žáků s tělesným postižením má zachovanou schopnost verbálně komunikovat, ačkoliv je v důsledku dysartrie narušen komunikační proces. Alternativní komunikační prostředky proto využívá v praxi pouze malé procento žáků. Musíme si uvědomit, že alternativní komunikace žáka v komunikačním procesu vždy znevýhodňuje a ve většině případů nabízí pouze omezené možnosti vyjádření jeho komunikačního záměru. Proto se většina žáků spoléhá na verbální komunikaci, pokud je to alespoň trochu možné. Terapeutická nebo edukační intervence zahrnující nácvik některé z forem alternativní komunikace se využívá převážně u žáků s těžkým kombinovaným postižením.

Při nácviku využívání AAK musíme zvážit, co žák potřebuje sdělit v důležitých komunikačních situacích a jaký způsob náhrady verbální řeči můžeme využít.

Smyslem nácviku komunikace není naučit žáka používat co největší počet symbolů (např. fotografií nebo piktogramů), ale vytvořit funkční systém komunikace. Funkční komunikace znamená, že žák je schopen vyjádřit vše důležité, co vyjádřit potřebuje. Funkčnost komunikace je tedy relativní, její úroveň se odvíjí od komunikačního záměru žáka, potřeby komunikovat, kontextu situace a dalších faktorů.

Komunikační potřeby jsou u každého člověka jiné, proto se komunikační systémy vytvářejí na individuální zakázku každého žáka. Dále musíme uvážit také to, že komunikační potřeby každého člověka se průběžně mění v závislosti na různých komunikačních situacích. Proto je nutné i alternativní komunikační systém průběžně aktualizovat dle potřeb každého žáka.

Při využití neverbální komunikace jsou nejznámější podporou piktogramy, což jsou útvary vytvořené kreslením, psaním, tiskem nebo jinými postupy. Běžně se využívají na veřejných místech, budovách, při instrukcích a varováních. Jejich cílem je umožnit rychlou orientaci všude tam, kde by se slovní vyjádření mohlo stát překážkou v porozumění, např. v dopravě nebo nemocnicích. Každý piktogram zastupuje a zpodobňuje jeden věcný význam. Komunikaci je možné podpořit obrázky a vytvářet tak možnost domluvit se s okolím. Obrázky mohou být součástí komunikačních programů na počítači nebo v komunikátorech.

VÝMĚNNÝ OBRÁZKOVÝ KOMUNIKAČNÍ SYSTÉM (VOKS) je v současnosti patrně nejrozšířenější metodikou nácviku AAK. Metodika VOKS (využívá piktogramy z amerického systému PCS) je velmi propracovaná a vznikla díky mnohaletým praktickým zkušenostem z péče o žáky s poruchami autistického spektra. Praxe i zkušenosti autorky Mgr. M. Knapcové však ukazují, že systém se osvědčil i u mnoha nemluvících žáků s těžkou mentální retardací, Downovým syndromem nebo DMO. Jako komunikační prostředek lze použít fotografie, piktogramy nebo jiné specifické symboly, vyhovující konkrétnímu dítěti. Jednotlivé obrázky systému VOKS jsou umístěny na tzv. komunikačních tabulkách. Vložením více komunikačních tabulek do kružkového bloku vznikne tzv. komunikační kniha, kterou může žák nosit kdekoli s sebou.

Ve školách plní asistent pedagoga při výuce prostřednictvím AAK úlohu faciiliátora (zejména při nácviku AAK, podněcuje reakce, které požadujeme od žáka při výuce a komunikaci). Při výuce prostřednictvím AAK užíváme vždy stejné pojmy, na žáka je třeba mluvit v přiměřeně dlouhých větách, porozumění řeči můžeme podpořit výraznou mimikou, gestikulací (především klíčová slova ve větě nebo důležité pojmy). Výuku a komunikační schopnosti můžeme podpořit prohlížením alb fotografií, knih, encyklopedií atd.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Řeč není pouze komunikačním prostředkem, ale stává se důležitým prostředkem poznávání.

Neverbální komunikace je u žáků s tělesným postižením výrazně omezena, zejména v některých složkách (gestika, mimika). Nelze využívat znakový jazyk a problémy mají žáci s těžšími formami tělesného postižení i s technikami znaku do řeči. V případech závažného tělesného postižení, které při němž lze diagnostikovat i symptomatické poruchy řeči, využíváme proto spíše augmentativní a alternativní komunikaci.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

Při využívání podpůrných opatření se jiné formy komunikace využívají až ve vyšších stupních podpory (od 3. stupně).

3

Ve 3. stupni podpůrných opatření má již žák závažnější potíže projevující se ve všech vyučovacích předmětech souvisejících s rychlým čtením a psaním. Žákům je nutné upravovat velikost textu v učebnicích, pracovních sešitech, šíři linek v sešitech, psát omezenou délku textů. Ve verbálním využívání je vhodné používat jasné instrukce, krátké věty, často doplněné názorem a gesty. Je třeba respektovat jednoslovné odpovědi.

4

Ve 4. stupni potřebuje žák výraznou podporu v přijímání informací. Je nutné zapojení kompenzačních smyslů zraku a sluchu. V komunikaci je využíváno prvků alternativní a augmentativní komunikace, která se používá i při výuce.

5

V 5. stupni podpůrných opatření volíme takové formy komunikace, které je žák schopen zvládnout s ohledem na svůj zdravotní stav a komunikační schopnosti. Vybíráme ty činnosti, které přispívají k co nejvyšší míře

samostatnosti, bezpečnosti a zdraví, rozvíjíme kompenzační smysly. Upraveny by měly být všechny výukové materiály.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Stanovit jasná pravidla komunikace se žákem ve třídě ze strany pedagogů, ale i žáků. Je třeba znát individuální a speciálně vzdělávací potřeby žáka, znát charakter tělesného postižení žáka a jeho způsoby komunikace. Je důležité vědět, jak tělesné postižení a poruchy komunikace dopadají do školního prostředí. Při přípravě na vyučování je třeba se zamýšlet, jak žáka co nejvíce aktivizovat a zapojit do činnosti celé třídy. Důležité je vyzkoušet si, co konkrétní žák zvládne, aby nedocházelo k zahlcení žáka verbálně předávanými informacemi.



V přípravném ročníku při základní škole je zařazena žákyně s diagnózou DMO, těžkou zrakovou vadou a neschopností verbálně komunikovat. Do MŠ nikdy nechodila. Jedná se o šestiletou dívku. Ve SPC bylo doporučeno během prvního roku vzdělávání zařazení alternativní komunikace s využitím reálných či schematizovaných předmětů jako komunikačního prostředku. Tyto předměty se označují jako referenční, zastupují nějaký pojem (polštář může znamenat spát, postel nebo odpočívat). Prostřednictvím reálných, referenčních předmětů byl s dívkou na základě doporučení SPC podporován alternativní formou komunikace rozvoj komunikačních dovedností v souladu s daným vývojovým stupněm řečových dovedností. Po zvládnutí komunikace prostřednictvím reálných předmětů bylo možné postupnými kroky nahradit reálné předměty za fotografie (jako další stadium podpory alternativní formy komunikace). Jednalo se o cílenou hravou formu individuálního nácviku alternativní komunikace v souladu s možnostmi a schopnostmi žákyně.



KUBOVÁ, Libuše. *Alternativní komunikace, cesta ke vzdělávání těžce zdravotně postižených dětí: metodická příručka*. Praha: Tech-Market, 1996. ISBN 80-902134-1-3.

LECHTA, Viktor et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-801-5.

ŠKODOVÁ, Eva a Ivan JEDLIČKA et al. *Klinická logopedie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-340-6. ■

4.9 PERSONÁLNÍ PODPORA

— Markéta Benoniová, Dušana Chrzová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Nejčastější personální podporou v rámci podpůrných opatření pro žáky s tělesným postižením ve školách je asistent pedagoga, druhý pedagog, školní speciální pedagog, případně psycholog v rámci školního poradenského pracoviště.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Základní charakteristiky pedagogických pozic, které se podílejí na výuce žáků se znevýhodněním, jsou uvedeny v obecné části Katalogu podpůrných opatření. V následujícím textu budou uvedena jejich specifika vyplývající z podpory žáků s tělesným postižením.

Pro žáky s TP je nejvíce rozšířeno zařazení **ASISTENTA PEDAGOGA** doporučeného dle § 5 odst. 3 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, v platném znění, v jehož náplni práce je vedle sebeobslužných činností i nezbytná dopomoc v průběhu výuky. Veškerou dopomoc v průběhu výuky je vhodné provádět co nejvíce přirozeně a vycházet jak z doporučení ŠPZ, tak ze zkušeností a požadavků rodičů a žáka.

Asistent pedagoga

V kategorii TP je definován také žák s velmi vážným onemocněním s dlouhodobým dopadem na průběh jeho vzdělávání. V rámci dopomoci v oblasti sebeobsluhy se tak může rozšiřovat potřeba podpory pro žáky i do úkonů zdravotnických. Je velmi důležité správně komunikovat konkrétní potřeby, představy a požadavky žáka s TP související se základní diagnózou a možnosti školy, popřípadě konkrétního asistenta pedagoga.

DALŠÍ PEDAGOGICKÝ PRACOVNÍK může být doporučen do třídy, v níž je začleněn žák se středně těžkým nebo těžkým tělesným postižením spolu s dalšími žáky s potřebou podpory ve 2. až 5. stupni podpory (často to bývá i více jak 5 žáků) a ve třídě je již jeden asistent pedagoga. Může nastat i situace, kdy je ve třídě žák těžkým tělesným postižením nebo se závažným onemocněním (například žák s onkologickým onemocněním, který má aktuálně omezenou docházku do školy), a pak tento pedagog zajišťuje jeho výuku spolu s kmenovým pedagogem i mimo školní prostředí. Oba pedagogové vytvářejí učitelský tým, který se věnuje na základě společně připravené výuky všem dětem ve třídě. Dle momentální potřeby se věnuje začleněnému žákovi s TP individuálně dle jeho konkrétních potřeb nebo skupině začleněných žáků či zbytku třídy.

Další pedagogický pracovník

Druhý učitel ve třídě může výrazně zvýšit efektivitu vzdělávacího procesu a umožňuje u žáků se SVP více individualizovat výuku s ohledem na jejich speciální vzdělávací potřeby. Lze tak například spojit do jedné učební jednotky výuku dvou tříd, například při projektovém vyučování, nebo využít tandemovou výuku. Důležitým požadavkem je, aby oba učitelé měli plnohodnotné pedagogické vzdělání.

Školní speciální
pedagog

ŠKOLNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOG často ve školách úzce spolupracuje se ŠPZ při podpoře vzdělávání žáků s TP. Jeho činnost je především intervenční, metodická a koordinační.

U žáků s TP může v rámci intervenční činnosti docházet k vyrovnávání počátečních problémů při nástupu do 1. třídy a k nácviku reedukací v rámci předmětu speciálněpedagogické péče. Velmi důležitá je cílená práce s těmito žáky ve snaze o maximální rozvoj postižených funkcí s dopadem na školní výuku, snaha o podpoření socializace žáka s TP. V rámci metodické činnosti může podpořit spolupráci třídního učitele a asistenta pedagoga. Formou individuálních konzultací může být styčnou osobou pro konzultaci s pracovníky ŠPZ, koordinuje poradenské služby ve škole, zajišťuje předávání podstatných informací ohledně PO žáka s TP, participuje na vytváření IVP, konkretizuje specifika výuky, konzultuje návrhy metod a forem práce se žáky s TP a jejich zavádění do výuky. Může být cenným pomocníkem při instruktážích v rámci využívání speciálních pomůcek a upravených grafických materiálů. Může koordinovat a metodicky vést skupinu asistentů pedagoga ve škole. Pracuje na vytváření odpovídajících vztahů mezi intaktními žáky a žáky se SVP. Jeho úlohu vidíme i v osvětě, účastní se vzdělávacích aktivit vázaných na téma konkrétní potřeb žáků s TP.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Je možné využívat pouze podporu školního speciálního pedagoga. Asistent pedagoga ani druhý pedagog pro žáky ve druhém stupni podpory být doporučen nemůže, ale žák může využívat podpory ŠPP.

3

Asistent pedagoga, v jehož náplni práce je dílčí dopomoc při přesunech o přestávkách, po budově školy a na školních akcích mimo budovu, v rámci výuky dopomáhá žákovi při zápisích, zajišťuje kopie textů, pomáhá v orientaci v grafické předloze, zacilování oka v řádku i v ploše, připravuje redukci textu do přehledných jednoduchých forem, umožňuje průběžné poskytnutí názorné předlohy, tabulek, vzorečků apod. Pod vedením pedagoga by měl dbát na to, aby byl respektován rozdíl v přístupu, když se ve výuce jedná přímo o nácvik určité dovednosti, např. dovednosti psaní – v tomto případě umožnit maximální míru samostatnosti, ale jde-li o procvičování znalostí, vědomostí, je vhodnější spolupráce, asistent např. látku zapisuje, nezatěžuje žáka fyzicky náročnou aktivitou.

4

U žáka s TP s výraznějšími projevy základní diagnózy zajišťuje dopomoc související s potřebným tělesným komfortem žáka, rozšířeně do oblasti sebeobsluhy a hygieny. V rámci výuky pořizuje zápisky, společně se žákem doplňují jevy do předem připravených listů, průběžně zajišťuje stanovenou míru kompenzace dle postupů v doporučení ŠPZ a konzultací se školním speciálním pedagogem, učiteli, rodiči a konzultantem SPC.

5

Role asistenta pedagoga je mimo vše výše uvedené i posilovat pozitivní motivaci žáka, oceňovat i dílčí zapojení, pracovat se žákem v krátkých časových úsecích, podporovat ho v činnostech, ve kterých se mu daří, být žákovi s TP plně k dispozici po celou dobu výuky, umožnit individuální relaxace

dle potřeb žáka, polohování a také možnost práce i mimo kolektiv (žáci s takto vysokým stupněm podpory potřebují nejvyšší možnou individualizaci procesu a také často nedokážou pracovat v rušném kolektivu žáků), úzce spolupracovat s dalšími pracovníky školy a SPC, s rodinou.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

ŠKOLNÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOG – významným rizikem práce školního speciálního pedagoga je vysoká psychická zátěž, nerozdělené kompetence, riziko syndromu vyhoření, vysoké nároky na profesní dovednosti, komunikaci s dalšími pracovníky, rodiči, speciální odborné znalosti, tlak na znalost legislativy, často pracují bez možnosti podpory supervizí.

DRUHÝ PEDAGOG – má často málo zkušeností s tandemovou spoluprací ve třídě, náročnější plánování společných výukových strategií, vázanost zřízení funkce druhého pedagoga na doporučení PO.

ASISTENT PEDAGOGA – snadná možnost přetížení u pracovníka fyzicky i psychicky, nemusí být přijat do pedagogického sboru jako platný člen, může být brzdou v zapojení žáka s TP do vrstevnického kolektivu, snaha o nadměrné přizpůsobení se potřebám žáka a jeho rodiny. Problémem je i dočasnost působení na škole s ohledem na vázanost trvání PO v Doporučení v ŠPZ, nevymezení dostatečně pevných profesních hranic, uplatnění bez přesného popisu fungování u žáka s TP v náplni práce asistenta.



Speciální pedagožka školy pracuje dlouhodobě s dívenkou s těžkým tělesným postižením se 4. stupněm PO, která přešla z 1. třídy ZŠ zpět do MŠ v rámci jedné školy, spolupráce s konkrétní speciální pedagožkou pokračuje kontinuálně tak, že žákyně nepociťuje zásadní změnu ve stylu své individuální přípravy.

Speciální pedagog vede jako metodik početnou skupinu asistentů pedagoga velké sídlištní školy, v rámci intervizních setkávání 1× za měsíc si asistenti pod vedením předávají zkušenosti, postřehy, vyrobené didaktické materiály i pomůcky, ve škole se daří udržovat pozitivní týmový duch a práce asistentů je velmi kvalitní.

Ve třídě malé vesnické školy pracují dvě pedagožky spolu a s asistentkou pedagoga. Ve škole je zařazen žák s těžkým tělesným postižením, dva žáci s poruchami chování, jeden žák s autismem a žákyně s poruchami učení. Třídní kolektiv je proměnlivý v souvislosti s projektovým stylem výuky, spolupráce třídy včetně žáků s vyšším stupněm PO je funkční, radostná, spolupráce pedagogů má dobré výsledky. Ve třídě je patrné využívání tvořivých metod a obohacujících technik.



ČADOVÁ, Eva. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ. *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3070-7.

JANKOVÁ, Jana a Dagmar MORAVCOVÁ. *Asistent pedagoga a dítě se zrakovým postižením*. Praha: Pasparta, 2017. ISBN 978-80-88163-61-9.

KENDÍKOVÁ, Jitka. *Vademecum asistenta pedagoga*. Praha: Pasparta, 2016. ISBN 978-80-88163-12-1.

ŠIMANOVSKÝ, Zdeněk a Václav MERTIN. *Hry pomáhají s problémy: hry a hrátky pro rodiče a dítě*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0053-6. ■

4.10 HODNOCENÍ

— Pavla Uhrovičová —

Uzpůsobení hodnocení u žáků s tělesným postižením a závažným onemocněním vyrovnává podmínky pro školní úspěšnost žáka tím, že zohledňuje jeho individuální zvláštnosti (osobnostní rysy, rodinné zázemí, styl učení, životní zkušenosti, motivace, volní vlastnosti...), možnosti a potřeby plynoucí z jeho primární diagnózy nebo aktuálního zdravotního stavu (např. po hospitalizaci, delší absenci, nemoci atd.), a to včetně životní zkušenosti. V hodnocení bychom se měli zamýšlet nad tím, proč daný žák chybí, selhává, a podle toho s ním dále pracovat. Širší formy hodnocení umožňují tohle všechno zachytit, popsat a pochopitelnou formou předat všem zúčastněným. Srozumitelné a transparentní (písemně či slovně, protože známka toto nemůže obsáhnout) předání celé této informace žákovi a rodičům působí velmi povzbudivě i v případech sporného úspěchu. Komukoliv, kdo do hodnocení nahlédne, poskytne tato forma ucelený obraz žáka s jeho schopnostmi a možnostmi. Snižuje se tím také tendence (potřeba) ke srovnávání výkonu žáka s ostatními nebo k jeho nadhodnocování.

Tato individualizace hodnocení má za cíl maximálně rozvinout potenciál pro vzdělávání a především pro uplatnění žáka na trhu práce a v životě. Je úzce spjata s různorodostí forem výuky a využíváním více metod práce se žáky.

Individualizace hodnocení, ve smyslu hodnocení žáka se SVP jiným způsobem než ostatní, je potřeba v situaci, kdy charakter postižení žáka omezuje nebo mu znemožňuje plnění školních výstupů stanovených v ŠVP (tedy stejný obsah vzdělávání jako jeho spolužáci).

V ideálním případě je kolektiv třídy a školy přirozeně navyknut či připraven na individuální přístup ke všem žákům, případně k žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami. Není-li tomu tak, je potřeba s kolektivem více pracovat a důvody vedoucí k odlišným způsobům práce i hodnocení žáka všem srozumitelně a citlivě vysvětlit (žákovi, ostatním žákům, zákonným zástupcům).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Jsou-li v doporučení ze školského poradenského zařízení popsány oblasti, které jsou zasaženy zdravotním stavem žáka, je třeba je zohlednit také při hodnocení. Zohlednit formou zadávání hodnocených úkolů a formou hodnocení samotného.

Zvláštní pozornost je potřeba věnovat vyhodnocení aktuálního zdravotního stavu žáka a jeho zohlednění. To se týká například situace zvýšené únavy po přesunech mezi prostory školy, převlékání po TV, po nemoci či delší absenci. Zde je vhodné dát žákovi dostatečný časový prostor, úkol rozdělit do více částí, obměňovat formy úkolů, nehodnotit časově limitované úkoly.

Tělesná postižení zpravidla zasahují do všech činností / vyučovacích předmětů s nároky na fyzické schopnosti žáka, tj. na hrubou a jemnou motoriku, grafomotoriku, ale také oromotoriku a koordinaci a s nároky na provádění cílených pohybů. S odlišným vnímáním vlastního těla souvisí narušené vnímání prostoru, čímž bývá oslabena prostorová orientace (ve všech třech rovinách, odhad, porovnávání, vnímání části a celku, poměry, časová orientace...).

Nejčastěji přistupujeme k úpravám hodnocení v psaní, geometrii, ve výtvarné výchově, v pracovních činnostech, tělesné výchově, laboratorních cvičeních či v odborné praxi.

Úzká spojitost tělesného postižení s pomalým psychomotorickým tempem, zvýšenou unavitelností a kolísáním výkonu se do jisté míry odráží do všech předmětů. Práceschopnost snižuje také dříve nastupující únava, objevuje se oslabení volní složky, sociálních kompetencí aj. Také přidružené či sekundárně vzniklé vady nebo změny zdravotního stavu či zdravotní znevýhodnění mohou zasahovat do dalších oblastí. Zejména vlivem narušení či nevyzrálости CNS (závažná, chronická či vzácná onemocnění, traumatické obrny ad.) se velmi často setkáme s různorodou neurologickou symptomatikou (poruchami či snížením pozornosti či smyslového vnímání, s deficitem dílčích funkcí, ale i kognitivních funkcí, jako je paměť...), která se prolíná všemi předměty, a je potřeba to v zadávání úkolů a v hodnocení respektovat (např. snížená schopnost přepisu textu z tabule – obtíže v rozlišování zvukových a zrakových stimulů, v intermodalitě...).

U ŽÁKŮ S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM VOLÍME NEJČASTĚJI TYTO ÚPRAVY V HODNOCENÍ:

- **Nehodnotit v poměru k ostatním žákům** (zvláště v oblastech s dopady daného zdravotního stavu).
- Preferujeme tu formu zkoušení, která více vyhovuje potřebám žáka – **redukce psaného textu** v hodnocených úkolech.

- **Neužívat k hodnocení časově limitované úkoly.**
- **Hodnotit jen to, co žák stihl.**
- **Hodnotit jen jeden jev**, který zadaným úkolem sledujeme.
- **Častěji kontrolovat pochopení osvojovaného učiva s využitím kladné zpětné vazby** (u žáků se sníženou motivací, narušenou volní složkou, po delší absenci...).
- **Zadávat kratší hodnocené úkoly** nebo úkol rozdělit na části (zejména u žáků, kteří mají potíže se smíšenými cvičeními, u žáků zvýšeně unavitelných, se zhoršenou schopností udržet cílenou pozornost, u žáků po dlouhé absenci či žáků dlouhodobě vzdělávaných mimo třídní kolektiv).
- **Využívat jinou formu nebo více forem hodnocení** – širší slovní hodnocení, hodnocení pomocí bodů, výčtem chyb...
- **Zadávat hodnocené úkoly tak, aby měl žák maximální šanci uspět** (frekvence, kvantita či forma úkolů, způsob zadání, ale také umožnění práce s pomůckou, např. číselnou osou).
- **Zohledňovat aktuální zdravotní stav žáka** (únava, pozornost, proměny klinických projevů daného postižení nebo nemoci).
- **Umožňovat opravy** nebo hodnotit jen to, co se žákovi povedlo (tolerance výkyvů ve výkonech).
- Nesnáší-li to žák dobře, **nehodnotit ho před ostatními**, ale v rámci individuální interakce (např. ho zkusíme během samostatné práce třídy, na základě samostatné práce apod.).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Druhý stupeň podpůrných opatření se vztahuje zejména na drobné potíže v dílčích oblastech motoriky, grafomotoriky, koordinaci, má pomalejší pracovní tempo, potíže s manipulací s předměty, přípravou pracovního místa. Projevuje se zvýšená unavitelnost a nezralost dílčích funkcí. Žák nemá vlivem efektivních podpůrných opatření větší obtíže se zvládnutím učiva a bývá zpravidla hodnocen na základě očekávaných výstupů jako ostatní. V hodnocení se zohledňuje aktuální zdravotní stav a problémy popsané v doporučení ŠPZ.

Psaní hodnotíme z hlediska čitelnosti a správnosti grafémů, nehodnotíme úpravu psaného textu.

Matematika – potíže mají žáci také v psaní čísel a matematických symbolů, při orientaci v textu a při jeho přepisu, opisu z tabule či knihy.

V **geometrii** při rýsování lze pracovat se speciálními pomůckami, tolerovat nepřesnosti, narušeno může být uvědomění si správného směru vedení čar a vnímání trojrozměrného prostoru. Pochopení daného jevu je vhodné ověřovat ústně.

Ve **výtvarné výchově, pracovních činnostech** se projeví zejména snížená schopnost a rozsah až neschopnost cílených pohybů. Zde je potřeba respektovat omezené možnosti v provedení, motivaci k práci, schopnost uspořádat si pracovní plochu.

V **praktických a laboratorních pracích** v přírodovědných předmětech či **odborné praxi** lze hodnocení zaměřit spíše na pochopení daného jevu než jeho provedení. Nutný je zvýšený dohled na bezpečnost.

V **tělesné výchově** preferujeme v hodnocení snahu, míru zapojení se. Rozsah fyzických úkonů je často dán doporučením odborných lékařů.

Například při dohánění učiva po delší absenci je vhodné volit hodnocení s posílenou motivační složkou, protože cílem je, aby si žák učivo osvojil co nejlépe a co nejdříve se mohl zapojit do běžné výuky v celé její šíři. Nezkoušíme žáka v krátké době po návratu, ale dáme mu dostatečný časový prostor a oblasti učiva k hodnocení rozdělíme do více částí s důrazem na to, co je podstatné pro návaznost na další obsahy učiva. Jednotlivé, postupně ověřované obsahy hodnotíme spíše pro orientaci body, výčtem chyb, procenty nebo slovně. K plnému začlenění doháněného učiva do hodnocených prací přistupujeme až po delší době, kdy jsou nové znalosti žákem zafixovány a dány do kontextu. Zvýšíme tak pravděpodobnost kvalitního obsáhnutí látky a také dobrého ohodnocení.

3

Do tohoto stupně jsou zařazováni žáci se zdravotními potížemi, které vedou ke změnám forem práce a někdy také k úpravám obsahu vzdělávání a vzdělávacích výstupů. Často jde o žáky s obtížemi ve zvládnutí učiva nebo žáky, kteří potřebují pro zvládnutí učiva finančně náročnější pomůcky.

Je potřeba minimalizovat pro žáka unavující činnosti (např. psaní, stejná pozice po dlouhou dobu aj.) a rovněž snížit časovou náročnost a maximálně posílit motivační funkci hodnocení, aby měl co nejvíce energie pro zvládnutí učiva. Při všech činnostech je přitom nutné citlivě rozvíjet samostatnost žáka.

Individualizace hodnocení je nezbytná v některých, případně ve všech oblastech (např. u žáků se sníženými intelektovými schopnostmi). Doporučuje se volit zde širší slovní hodnocení, hodnocení jen jednoho (sledovaného) jevu, častěji kontrolovat pochopení látky s využitím kladné zpětné vazby. Je třeba dbát na to, aby byly hodnocené úkoly zadávány tak, aby měl žák maximální šanci uspět (počítat s případným zdlouhavým plněním úkolu či narušenou výslovností a tomu přizpůsobit frekvenci, kvantitu či formu úkolů, způsob zadání, ale také umožnit práci s nezbytnou pomůckou, např. číselnou osou).

S časovým předstihem a systematicky je třeba pracovat na přípravě na přijímací řízení či závěrečné zkoušky a také na volbu povolání.

Je možné zařadit předmět speciálněpedagogické péče a uplatňuje se IVP, obojí využívá slovní hodnocení.

Psaní a grafomotorika je obecně zpravidla poznamenáno primární diagnózou (např. DMO) a představuje pro žáka unavující až vyčerpávající činnost. Je tedy nutno hodnotit čitelnost a redukovat množství psaného textu. Objevují se snížené schopnosti v převodu slyšených či viděných informací do psaného projevu, vážne schopnost autodiktátu. Žáci nedodržují hranice

slov, v textu jsou vynechávky, inverze, chyby v diakritice, komolení slov apod.

Často je potřeba začít (většinou od 3. ročníku) s nácvikem psaní na PC nebo na tabletu. Zejména v případech, kde se jeví využívání PC nebo tabletu ve výuce i domácí přípravě jako vhodná a do budoucna (pro školní vzdělávání i pracovní uplatnění) nezbytná kompenzace.

Čtení bývá poznamenáno narušenou výslovností. Zde je třeba postupovat citlivě a zaměřit se na porozumění čtenému textu, případně lze využít individuální zkoušení mimo kolektiv.

V **geometrii** jsou tolerovány nepřesnosti, je často vhodné pracovat jen s náčrtky a ověřovat pochopení učiva ústně.

V **aritmetice** zohledňujeme specifika zápisu čísel. Umožnit pracovat s pomůckou, např. číselnou osou. Při cvičeních zaměřených na pochopení úlohy, nikoli na výpočet, dovolíme žákovi použít kalkulačtor. Nenecháme žáka opisovat slovní úlohy. Sledovaný jev hodnotíme na menším počtu příkladů.

V **tělesné výchově** je obsah upraven. Oceňujeme vztah žáka k pohybu a případně zapojení se do činností, her apod.

V **naukových předmětech** je nutné také respektovat redukci psaného textu. Dále zohlednit individuální možnosti žáka při práci s pomůckami. Vhodné je používání výukových programů na PC, tabletu.

4

Tento stupeň podpůrných opatření se týká žáků, jejichž zdravotní stav má závažné dopady na vzdělávání. Často jde o žáky se středně těžkým až těžkým TP v kombinaci s dalším postižením či postiženími, s výraznými neurologickými symptomy, s přidruženým onemocněním (epilepsie). Může jít také o žáka se závažným onemocněním (nejčastěji onkologickým), při kterém je žák dlouhou dobu mimo třídu.

Zpravidla jde o žáky s výraznými problémy se zvládnutím výuky. V jejich vzdělávání je potřeba využívat finančně náročné kompenzační pomůcky, dalšího pedagogického pracovníka.

Obsahy výuky a očekávané výstupy jsou často upraveny napříč všemi předměty. Priority ve vzdělávání a hodnocení jsou více zaměřeny na oblast budoucího praktického života žáka.

Častá je zde kombinace se sníženými intelektovými schopnostmi, které svou závažností definují hodnocené výstupy žáka. Doporučuje se slovní hodnocení. Je kladen důraz na formativní hodnocení, využívajícího všechny prvky motivačního hodnocení.

5

Tento stupeň podpory využívají žáci se širokým spektrem kombinovaných postižení, závažných i vzácných onemocnění. Úpravy obsahu a výstupů jsou zpravidla razantní. To všechno se odráží i do hodnocení. Pro žáky zařazené

v tomto stupni podpory je z hlediska hodnocení klíčový zcela individualizovaný přístup zaměřený na motivaci žáka k osobnímu rozvoji a na praktické stránky jeho života.

Vzdělávání těchto žáků se často realizuje mimo školní zařízení, případně v domácím prostředí, protože jejich zdravotní stav je natolik závažný, že jim nedovoluje kolektivní vzdělávání.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

V hodnocení žáka je nutné:

- vyhodnocovat žákovy zvolené postupy a profil výsledků,
- vyhodnocovat námi zvolené postupy,
- dávat do souvislosti jeho dlouhodobé projevy (budeme rozlišovat projevy a respektovat, které vycházejí ze zdravotních specifik a které ne),
- posilovat vnitřní motivaci žáka,
- pružně přizpůsobovat formy hodnocení změnám ve vzdělávacích potřebách žáka,
- odhalovat a rozebírat způsob řešení úkolů, specifika v myšlení žáka (jak buduje, vstřebává a aplikuje poznatky, zde je klíčové doptávat se žáka, jak daný úkol řešil: „Jak jsi to počítal?“),
- posuzovat, zda kvalita výkonů a pokroků žáka odpovídá jeho možnostem a schopnostem,
- vést žáka k objektivnímu náhledu na své výkony a vyrovnat se s vlastní odlišností (pozor na nadhodnocování „motivačními jedničkami“, které nás můžou zavést do úzkých zejména v situaci, kdy je potřeba žákovi ulevit opakováním ročníku, což lze těžko u žáka s výborným prospěchem),
- stanovovat reálné cíle i postupy práce ve třídě (sladit vyučování s požadavky na žáka),
- dbát na efektivní formování/rozvíjení vhodných učebních strategií,
- eliminovat zraňování žáka ve vztahu s učitelem a tvoření bariér mezi učitelem a žákem i žákem a zbytkem třídy, ale naopak vést ke vzájemnému poznávání, sbližování, respektu a ocenění,
- hledat a definovat příčiny neúspěchu a formulovat, jak tyto příčiny odstranit.

Pedagogická diagnostika chyb a selhávání nejen odhaluje, ale také rozebírá, kde, jak a proč žák chybí a jak to lze případně překonat. Takto se hodnocení stává podkladem pro nalezení optimálního způsobu vedení žáka k maximalizaci jeho možností.



Příklad z praxe (hodnocení zmeškaného učiva s posílením motivační funkce hodnocení):

3. STUPEŇ PO

Žákyně 6. ročníku ZŠ s měsíční absencí vzhledem k operačnímu zákroku a následné hospitalizaci. O hospitalizaci se vědělo předem. Třídní učitel vyzval pedagogy klíčových předmětů, aby pro ni připravili podklady formou zkrácených zápisků z nového učiva (z vlastních příprav na výuku) k vlepění do sešitu a úkoly k procvičování (vyznačili v pracovních sešitech). Důraz byl kladen hlavně na ty poznatky a dovednosti, které jsou nutné pro navázání

na další učivo. Učitelé klíčových předmětů informovali maminku, jaké učivo budou ve třídě zhruba probírat během nepřítomnosti žákyně, a jednoduše ji instruovali, jak s podklady pracovat.

Po návratu si učitel ověřil, jak na tom žákyně v probraném učivu je. Sdělil jí to a vysvětlil jí i mamince, kam je třeba dojít, aby mohla navázat, a dohodli se na postupu – učitel rozdělil učivo na menší celky a formu jeho procvičování uzpůsobil jejím potřebám (ústně, krátká doplňovací cvičení pro použití individuálně nebo ve výuce), dal jí možnost dovysvětlení.

U dívky přetrvávaly bolesti hlavy a zvýšila se unavitelnost, takže bylo potřeba upravit obsah doháněného učiva tak, aby na něj mohla navázat v dalších oblastech předmětu.

Dohodli si termín přezkoušení s formou hodnocení ústně a body. Tento způsob práce trval, dokud si učivo neosvojila a nepropojila s navazujícím učivem. Jednotlivá cvičení jí učitel připravil formou vytištěných doplňovacích cvičení a ověřování formou výběru z možností nebo rozhovorem. Tím pedagog respektoval její potřebu redukce množství psaného textu a motivujícího hodnocení. Jakmile naznal, že dívka učivo dostatečně obsáhla, zadal jí ověřovací test (ve výuce pod vedením asistenta pedagoga) hodnocený již klasifikačním stupněm.



KOŠŤÁLOVÁ, Hana, Šárka MIKOVÁ a Jiřina STANG. *Školní hodnocení žáků a studentů: se zaměřením na slovní hodnocení*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-314-7.

KOŠÍKOVÁ, Věra. *Psychologie ve vzdělávání a její psychodidaktické aspekty*. Praha: Grada. 2011. ISBN 978-80-247-2433-1.

MŠMT. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. [online]. Ke dni 15. 2. 2019 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-15-2-2019>

MŠMT. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. [online]. Ke dni 21. 1. 2016 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2> ■

4.11 POMŮCKY

— Eva Čadová —

POPIS PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Žáci s TP využívají různé kompenzační pomůcky, řada z nich je velmi technicky náročných. Některé z pomůcek získá žák na základě poukazu, jedná se tedy o pomůcky které si žák

do školy donese a jsou jeho majetkem. U těchto pomůcek je často třeba, aby učitel dohlédl na správné využívání (například sezení na speciální židlička, chůze o berličkách...). Jiné pomůcky jsou potřeba k jeho vzdělávání a žák má možnost je získat a využívat ve škole na základě doporučení ŠPZ. Tyto pomůcky ŠPZ doporučují a vybírají z přílohy vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění, kde je uveden taxativní výčet pomůcek dle druhů postižení a stupňů podpory.

POUŽÍVANÉ POMŮCKY

Z hlediska potřeb praxe jsou zde pomůcky rozděleny na:

- kompenzační pomůcky usnadňující pohyb žáků,
- pomůcky k vybavení třídy a prostoru školy,
- didaktické pomůcky usnadňující psaní a kreslení,
- pomůcky pro rozvoj manuálních dovedností,
- pomůcky pro tělesnou výchovu a relaxaci,
- technické pomůcky usnadňující získávání a uchování informací,
- pomůcky pro alternativní a augmentativní komunikaci.

KOMPENZAČNÍ POMŮCKY USNADŇUJÍCÍ POHYB A SEBEOBSLUHU

Kompenzační
pomůcky usnadňující
pohyb a sebeobsluhu

Některé pomůcky (berle, chodítka, kočárky, vozíky elektrické a mechanické...) žáci mají již k dispozici ve svém vlastnictví, ale může se stát, že pomůcka je pro školní praxi zvolena nevhodně a na jinou aktuálně žák nemá nárok. Pomůcka je předepisována na dlouhou dobu (3–5 let) a je třeba myslet již před nástupem do školy na to, aby dítě, které se samo nedokáže přemístit chůzí, mělo vyřízený poukaz na vozík. Pokud to z nějakých důvodů nejde, je třeba situaci řešit v rámci doporučení PO a do školy zakoupit **mechanický vozík**. Vozíků je nepřeberné množství, moderních a odlehčených tvarů, vozíky pro děti od šesti let s celkovým moderním designem a ve veselých barvách, vozíky do obytných prostor i ven, vozíky speciálně uzpůsobené na sport. Doporučení pomůcky do školy je však limitováno cenou, kterou příloha vyhlášky přesně stanovuje. Do školy by bylo pro některé žáky třeba zajistit i zařízení pro polohování a vertikalizaci, tato možnost ovšem v seznamu pomůcek, které lze pořídit v rámci podpůrných opatření, uvedena není. **Vertikalizační parapodium** je zařízení k uvedení do vertikální polohy, které slouží především k podpoře držení těla dítěte. Vzpřímené držení posiluje kosti a klouby dítěte a napomáhá jejich správnému utváření. Pomocí tohoto parapodia se může pánev, trup, nohy a chodidla bezpečně polohovat. Tak jako je pro duševní rozvoj dítěte důležitý vozík určený k přesunu a samostatnému pohybu, je pro fyzický rozvoj důležitá vertikalizace.

Při překonávání architektonických bariér nám pomáhá **přenosná rampa** určená pro překonávání několika málo schodů. Je vyrobena z duralu a je lehká.

Zvedací plošiny poskytují přístup vozíčkářům do míst s různou výškou, kde se nehodí položit rampu nebo postavit výtah. Výhodou je, že po připojení na elektrický proud může plošinu uživatel ovládat i sám. Plošinu ale nelze zakoupit na základě doporučení, neboť v seznamu chybí, náhradou pak může být pouze levnější řešení – mobilní **schodolez**,

který jednoduchým způsobem umožňuje překonat schody, a tím se dostat do míst, kde není výtah.

Výtah má jen zatím jen málokterá škola, jeho stavba je finančně náročná. Významným pomocníkem pro žáky s TP jsou upravené věci denní potřeby.

Mezi pomůcky usnadňující sebeobsluhu patří:

- podavače předmětů,
- pomůcky na zapínání knoflíků,
- navlékače ponožek a punčoch,
- systémy záchytných madel,
- držák toaletního papíru,
- speciální nádobí – pítka, hrnky, talíře, příbory, fixační pásy k příborům,
- držák nápojů na vozík,
- tác na převoz jídla,
- protiskluzová podložka.

Pomůcky
k vybavení třídy
a prostoru školy

POMŮCKY K VYBAVENÍ TŘÍDY A PROSTORU ŠKOLY

K vybavení škol patří školní nábytek, přičemž žáci s postižením mají na výběr ze široké nabídky různých typů nábytku v závislosti na druhu a stupni postižení. Ve škole je důležité, aby se dal stolek snadno přemístit. Vhodný je především stavebnicový nábytek se zaoblenými hranami: **sklápěcí a výškově nastavitelný stolek, židličky s područkami, nábytek s výškově stavitelnou židlí, která má ergonomicky tvarované sedátko i opěradlo, sedačky, sedací polštáře**, které lze doplnit **šikmou pracovní deskou pro psaní či čtení**. Potřebné bývá i využívání **podnožky pro nohy při sezení, éčko pro polohování nohou, polohovací kvádry, podložky, klíny, abdukce a polštářky** pro podkládání hlavy, trupu, rukou a nohou.

Pro polohování žáků s tělesným postižením je vhodné **lehátko**, můžeme využít i **žíněnku**, na které může žák sledovat výklad látky a zároveň obnovit síly na další výuku. V některých případech lze použít i **polohovací sedačku**, která umožňuje uvolněné sezení bez zvýšeného svalového napětí, nebo **rehabilitační židli se stabilizátory**, případně již zmíněný vertikalizační stojan. Pro žáky, kteří nejsou schopni „usedět“ celou dobu výuky, je třeba využít **stanice pro práci vleže**, pro čtení a práci s notebookem, kterou lze připevnit na přílehlou stěnu, nebo upravenou postranici lůžka či pohovky z pravé i levé strany; výšku, vzdálenost a sklon pracovní desky, případně obrazovky lze snadno měnit ve velkém rozmezí. Vhodné je pořízení **přenosných stojanů na čtení** na lavici, **podavače předmětů**, k přesunům slouží **zvedáky a závěsy** nebo kolejnicové stropní zvedáky.

Ve škole je často potřeba rovněž upravit toaletu pomocnými madly, tyčemi a úchytkami, pořídit **toaletní pojízdnou židli, nástavec na WC**, upravit **sprchový kout s úchytnými madly**, případně se **sedátkem** apod., tyto úpravy však již nejsou uvedeny v příloze vyhlášky jako nárokové a financované.

POMŮCKY USNADŇUJÍCÍ PSANÍ A KRESLENÍ TĚLESNĚ POSTIŽENÝCH ŽÁKŮ:

Pomůcky
usnadňující psaní
a kreslení tělesně
postižených žáků

- trojhranný program k rozvoji správného držení psacích potřeb,
- molitanové či plastové nástavce pro žáky s těžšími úchopovými vadami,
- pera a tužky s ergonomicky tvarovaným úchopem,
- trojhranné nástavce,
- speciální psací deska s magnetickým pravítkem,
- protismykové podložky, které usnadňují přidržení sešitu, čímž usnadňují práci dětem s postižením.

POMŮCKY PRO ROZVOJ MANUÁLNÍCH DOVEDNOSTÍ:

Pomůcky
pro rozvoj
manuálních
dovedností

- drobnější dřevěné hračky a speciální dřevěné pomůcky (skládačky, mozaiky, vkládačky...),
- dobře se využijí i logopedická tiskátka, velurové tabule opatřené suchými zipy, lepené modely, textilní didaktické hračky atd.,
- stříhání žákům umožní speciálně upravené nůžky,
- dobrá pomůcka pro rozvoj psychomotoriky je rám na malování, kreslí se do mouky prsty, hřebeny nebo různými formičkami,
- mezi pomůcky řadíme i různé druhy tvarovacích hmot (modelína, hrnčířská hlína, modurit). Pro cvičení prstů a dlaní se je vhodná silikonová rehabilitační hmota The-raflex (v několika tuhostech).

POMŮCKY PRO TĚLESNOU VÝCHOVU A RELAXACI:

Pomůcky
pro tělesnou
výchovu
a relaxaci

- molitanové míčky,
- masážní míčky,
- skákačí míče s držáky,
- pomůcky pro cvičení rovnováhy,
- rehabilitační míče a míčky různých typů a velikostí,
- aku-kroužky,
- reflexní ježkovité míčky a další pomůcky posilující dlaň.

Cvičení s míči je velmi důležité, neboť přispívá ke koordinaci a celkové obratnosti. V sedu na velkém míči se při udržování rovnováhy zapojují řada mechanismů.

DALŠÍ POMŮCKY DO TV A SPORTOVNÍCH AKTIVIT

Další pomůcky
do TV
a sportovních aktivit

Tyto pomůcky jsou pro žáky s tělesným postižením velkou výhodou při sportování a pohybu, bohužel kvůli vysoké ceně není možné mnoho z nich do školy pořídit. V doporučení je často uvedena pouze jediná kategorie z přílohy vyhlášky s názvem „Balanční pomůcky

do TV⁴. Školy řeší potřebu finančně náročnějších pomůcek výpůjčkami nebo si rodiče těchto žáků pomůcky seženou sami. Mezi vhodné pomůcky patří:

- Motorický padák – didaktická pomůcka pro psychomotorický rozvoj dětí, která přináší obrovské množství zábavného vyžití.
- Boccia INDOOR a OUTDOOR – sada 13 míčů – 6 modrých, 6 červených, 1 bílý (Jack), boccia je paralympijským sportem pro těžce tělesně postižené sportovce a je obdobou hry pétanque (sada určena k použití v hale nebo venku).
- Sportovní vozík dětský – sportovní vozík určený pro sportovní aktivity dětí a žáků (basketbal, florbal) má klopená kola, popruh na nohy, páté kolečko vzadu – lepší stabilita.
- Handbike – silniční nebo terénní kolo umožňující pohyb osobám s tělesným postižením, jízda na handbiku umožňuje také širokou škálu volnočasové pohybové rekreace a integraci do společnosti.
- Tandemové kolo – tandemové trekingové kolo je vhodné na podporu cyklistických aktivit osob s tělesným postižením.
- Tříkolka – umožňuje samostatnou jízdu lidem tělesně postiženým, osobám s poruchami rovnováhy, je vhodná jako rehabilitační pomůcka.
- Monoski – speciální sedačka připevněná na běžné vázání jedné lyže s odpruženým a odtlumeným mechanismem, která je určena pro paraplegiky, tetraplegiky, pro tělesně postižené po mozkové obrně či svalové dystrofii.
- Biski – stabilnější varianta monoski, tedy lyže určené pro tělesně postižené, zejména vozíčkáře, přičemž lepší stabilitu zajišťuje níže položené těžiště a celá konstrukce je postavena na dvou lyžích.
- Hokejová sledge – speciálně upravené sáně pro sledge hokej.

Technické pomůcky
usnadňující získání
a uchování informací

TECHNICKÉ POMŮCKY USNADŇUJÍCÍ ZÍSKÁNÍ A UCHOVÁNÍ INFORMACÍ

Diktafon je ideálním prostředkem pro žáky, kteří nejsou schopni dělat si vlastní poznámky, lze ho využít jako poznámkový blok na zaznamenávání domácích úkolů a také k zaznamenávání výkladu učitele. Pomůcku by však v průběhu vyučování měl mít u sebe pedagog (případně asistent pedagoga), neboť ten by měl nejlépe posoudit, co by měl mít žák zaznamenáno. Využívání **počítačové technologie** pomáhá postižením žákům ke zvýšení sebedůvěry a pozitivně ovlivňuje přístup ostatních žáků k postiženým spolužákům. Široký rozsah technologií je vhodný k podpoře žáků zejména v oblastech komunikace, edukace, mobility, socializace. Počítače s příslušným programovým vybavením v kombinaci s tvůrčími výukovými postupy pomáhají postiženým žákům rozšířit si možnosti svého vzdělávání. Programy musí vyhovovat věku a vzdělávací úrovni žáka a reagovat na jeho měnící se potřeby. Rychlý rozvoj technologií umožňuje využívat nejrůznější verze programového vybavení pro většinu počítačových sestav.

Hlavní důraz při používání počítačů u žáků s tělesným postižením je kladen na fyzický přístup (např. využití alternativních klávesnic, adaptovaných myší apod.).

- Vstupním prostředkem k ovládání počítače je **klávesnice**. Klávesnici je nutné ovládat jemnými pohyby, čehož nejsou žáci s postižením mnohdy schopni, existuje proto množství úprav, které jim umožní počítač využívat. Vyrábějí se **speciální tlačítka**,

která jsou citlivá na dotek a jsou dostupná v různých tvarech a velikostech. Mohou se spínat rukama, nohama, kolenem. K sehnání jsou i alternativní klávesnice, které jsou buď dotykové, nebo vybavené transparentními kryty s otvory, které přesně vymezují prostor jednotlivých kláves. Umožňují tak předcházet náhodnému stisknutí kláves. Velmi dobré zkušenosti jsou s tzv. obrázkovou klávesnicí, kdy je na obrazovce počítače její schéma a žák ji ovládá s pomocí myši.

- Pro překonání překážek s ovládáním myši je možno použít **trackball**, jde jednoduše o kuličku umístěnou v podložce, již se dá pohybem prstů pohybovat – kulička je nahoře, nikoliv zespodu jako v případě myši.
- **Fingermouse** – žák má na prstu zařízení, s nímž jezdí po pevné podložce; zařízení pracuje na stejném principu jako myš.
- **Evoluent vertical mouse 4** – žák položí svou ruku na myš, která je speciálně vytvářena tak, že podporuje ruku ve svislé neutrální poloze.
- **Roller Joystick** – pákový ovladač, na který si žák položí ruku a pohybuje s páčkou do směrů, kam chce, aby se posouval kurzor.
- **Integramouse** – žák ovládá pomocí pohybů svých rtů zařízení, které posune kurzor; klikání pravým a levým tlačítkem se ovládá vdechnutím nebo nadechnutím vzduchu ze zařízení.
- **I4Control** – kamera, která je připevněna na obrouči brýlí, sleduje oční pohyby, kterým směrem se pohne oko, tím se pohne i kurzor, mrkání funguje jako klikání.
- **Kamera pro snímání pohybů očí** upevněná na PC nebo notebooku.
- **SmartNav 4 EG/AT** a **TrackerPRO** – obě dvě zařízení jsou kamery připevněné na monitoru PC, sledují reflexní bod, který si žák viditelně přilepí na svoji hlavu, pohyby hlavy způsobují pohyby kurzoru.
- Pro zrychlení a zjednodušení psaní se používají **speciální programy**. Tyto programy však musí vyhovovat věku a vzdělávací úrovni žáka a reagovat na jeho měnící se potřeby. Rychlý rozvoj technologií umožňuje využívat nejrůznější verze programového vybavení pro většinu počítačových sestav.
- Aplikace pro mobilní telefony **Gmote 2.0** a **TeamViewer** – díky nim v rámci jedné wi-fi sítě žák ovládá svůj počítač na displeji svého telefonu pomocí prstů, aplikace v jedné z jejich částí fungují jako touchpad u notebooku, mohou sloužit pro vzdálené vyučování.

POMŮCKY PRO ALTERNATIVNÍ A AUGMENTATIVNÍ KOMUNIKACI

Pomůcky
pro alternativní
a augmentativní
komunikaci

Počítač můžeme také využívat jako náhradu ztracené nebo omezené schopnosti mluvit. Počítač musí být vybaven **speciálním softwarem**. Výhodou je možnost současného využití počítače např. pro výuku, je také snazší případně změnit systém podle individuálních potřeb. Vhodnější je přenosný počítač, **notebook**, případně dotykové zařízení, **tablet**.

Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením v oblasti komunikace a při tom využívá i systémy s pomůckami, mezi něž patří:

- **Předměty** – trojrozměrné symboly, se kterými je možno manipulovat, mají hmatovou strukturu a jsou snadno rozpoznatelné. Jsou vhodné u velmi malých dětí (hmatové symboly a významy vnímá už sedmiměsíční dítě). Nevýhodou je, že nemohou

reprezentovat abstraktní slova, překrývá se také pojmenování předmětu a související činnost (lžička symbolizuje lžičku samotnou i pojem jíst).

- **Fotografie** – mohou znázornit předměty, činnosti, osoby, místa, činnosti. Fotografie je tedy nejrealističtější dvojrozměrné znázornění, je srozumitelnější a „čitelnější“ než obrázek či grafický symbol. Fotografie jsou často předstupněm pro abstraktnější symbolické systémy. Fotografie je také velmi motivující – dítě vidí konkrétní, „své“ osoby, jsou zobrazeny jeho vlastní zážitky.
- **Systémy grafických symbolů** (např. piktogramy) – černobílé či barevné. Některé se původně využívaly (a mohou využívat i nyní) pro výuku čtení u dětí s postižením. Grafické symboly dětem také pomáhají pochopit strukturu prostředí, sled činností v čase, stavbu věty, jsou výhodné i pro možnost vyjádření abstraktních jazykových pojmů. Je důležité uvědomit si, že není vždy jednoznačný vztah mezi rozeznáním obrázku/symbolu podle pojmenování a schopností využít ho pro komunikaci – i osoba, která podle názvu neidentifikuje pojem na obrázku, může být schopna přiřadit obrázek k předmětu a naučit se pomocí obrázku o tento předmět požádat.
- **Komunikační tabulky** – symboly se pro potřeby nemluvicí osoby sestavují do komunikačních tabulek. Forma komunikační tabulky vychází z potřeb uživatele: organizace symbolů v ploše, případně v prostoru je založena na pohybových a zrakových možnostech uživatele (velikost tabulky, velikost a umístění symbolů, barevný kontrast) a zohledňuje také jazykové potřeby. Vybraný symbol dítě indikuje ukázáním prstem, pěstí, pohledem, světelným paprskem umístěným na hlavě atd., podle svých motorických možností – tvorba tabulky je pokračující proces a nová slovní zásoba musí být dostupná podle měnící se komunikační situace. Dítě musí také umět o tabulku požádat.
- **Písmena a psaná slova** – pro žáky ve škole je velmi výhodné, pokud se mohou vyjadřovat pomocí písma, protože možnosti komunikace jsou pak pro ně mnohem širší než při práci s jakkoliv dobře předpřipravenou **sadou symbolů**. Pro budování budoucí „nezávislé“ komunikace je důležité začít co nejdříve budovat schopnost rozpoznat písmena a tištěná slova – zpočátku se kombinují s obrázkovými symboly. Tabulky mohou postupně obsahovat i samostatná písmena, slova, věty a číslice.
- **Technické pomůcky s hlasovým výstupem** – jsou to pomůcky jednoúčelové, využívané pouze pro komunikaci. Mohou to být jednoduché pomůcky s tištěným a/nebo hlasovým výstupem s omezeným počtem vzkazů či přístroje s klávesnicí a/nebo displejem, kdy sdělení jsou označena obrázky, fotografiemi, symboly, nápisem. Hlasový výstup může být formou syntetické řeči nebo digitalizované řeči (lidská řeč nahraná na pomůcku).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Pohybové omezení ovlivňuje od počátku života rozvoj všech složek osobnosti tělesně postiženého žáka natolik, že mu znemožňuje získávat potřebné podněty a z nich vyplývající zkušenosti, které jsou východiskem pro další učení natolik, že je třeba využívat při vzdělávání žáků i speciální didaktické pomůcky. Správně volenou speciální didaktickou pomůckou učitel pomáhá alespoň částečně eliminovat potíže vyplývající z tělesného postižení.

Výběr kompenzační pomůcky je hodně závislý na typu a rozsahu žákova postižení. Pro správnou aplikaci kompenzačních a reedukačních pomůcek je důležité se s pomůckami nejdříve seznámit. Závěkem by měl projít nejen žák, ale i učitel a asistent pedagoga aby

věděli, k čemu pomůcka slouží a jak ji správně používat, a mohli tak využívat všechny její funkce. Zkušenosti lze nabýt při individuálních návštěvách a konzultacích, případně výjezdech do škol, které realizují odborní pracovníci SPC.

Správně volenou speciální didaktickou pomůckou učitel pomáhá alespoň částečně eliminovat potíže vyplývající z tělesného postižení. Při výběru a aplikaci vhodných didaktických pomůcek musí učitel respektovat doporučení ŠPZ, vycházet z charakteru učiva a konkrétní situace ve třídě, ale také z funkcí, které mohou učební pomůcky ve vyučování plnit.

- Zavedením pomůcky učitel odstraňuje obtíže v oblastech, kde je žák závislý na výkonu (rychlosti, kvalitě, úpravě) psaní.
- Napomáhá tomu, aby žák mohl projevit písemnou formou své skutečné znalosti a dovednosti.
- Využití pomůcky podporuje motivaci k psaní, případně i ke kreslení a rýsování.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Využíváme běžně dostupné pomůcky pro rozvoj jemné motoriky a grafo-motoriky. V případě potřeby je vhodné umožnit žákovi psát déle do sešitu s pomocnými linkami, zvětšujeme formáty pro psaní. Využíváme jednoduché kompenzační pomůcky. Pro kreslení např. kreslicí plochy s nastavitelným sklonem, stojany, prstové barvy, držáky papíru, protismykové podložky, bezpečné kelímky na vodu, nástavce na štětce pro správný úchop, „trojhranné programy“ tužek, pastelky, voskovek, fixů. Pro psaní např. „trojhranné programy“, ergonomická pera a tužky, nástavce, kornout pro správný sklon psacího náčiní, držáky, podložky pro zafixování papíru, terapeutické sešity, stoly se sklopnou deskou.

3

Vzhledem k omezení v oblasti motoriky může žák využívat např. podavače předmětů, madla k WC, u inkontinentních žáků zdravotnické lehátko pro zajištění osobní hygieny, systémy zachytých madel, držák toaletního papíru, táč na převos jídla s protiskluzovou podložkou. Obvyklá je úprava prostředí ve škole. Žák zvládá sebeobsahu jen částečně a s dopomocí využívá kompenzační pomůcky, které přispívají k snazšímu a rychlejšímu vyhledání a uchování informací i zprostředkované učební látky. Používáme např. interaktivní tabule, počítače, notebooky, tablety, speciální programy pro zrychlení psaní. Pomocí elektronických pomůcek nahrazujeme nebo doplňujeme klasické učebnice.

Žáci využívají pro zápis poznámek, psaní písemných prací a samostatnou práci zpravidla PC, notebook či tablet s klávesnicí. Dále se využívají např. podnožky pro nohy, polohovací pytle, žíněnky, přenosné stojany pro práci na lavici. Pokud je to třeba, je možné využít i pomůcky do TV.

4

V rámci sebeobsluhy je třeba využívat nástavce na WC, někdy i s fixačním pásem, automatické bidety, přesouvací prkno pro snazší přesun z vozíku, závěsy a zvedáky, kolejnicové stropní zvedáky, speciální nádobí. Je třeba využít i složitější kompenzační pomůcky. Při psaní se jedná např. o reliéfní písmena,

šablony s výřezy písmen pro obtahování prstem, pomůcky pro modelování tvarů písmen.

Psaní na počítači kompenzuje zhoršenou čitelnost písemného projevu, kvalitu úpravy, může kompenzovat i rychlost psaní přepisovací aplikací při rozpoznávání řeči počítačem (diktování). Pedagog pro žáka připravuje sylaby s obsahem dané vyučovací hodiny, do kterých si žák může část poznámek zapsat sám. Ve škole lze užívat k rychlému záznamu zprostředkovaných informací např. diktafon, ovládaný hlasem. Pro žáky s problémy s koordinací pohybů a jemnou motorikou, třesem pořizujeme zpravidla upravené doplňkové zařízení k PC – speciálně upravené klávesnice, různé druhy trackballů a myši, při potížích s orientací, přenášením pozornosti a problémech s motorikou zavádíme dotykové monitory.

Při potřebě podpory AAK komunikace používáme zpravidla fotografie, systémy grafických symbolů, komunikační tabulky se symboly, komunikátory, sekvenční komunikátory, technické pomůcky s hlasovým výstupem, počítače a tablety se speciálním softwarem pro AAK, obrázkové klávesnice, dotykové monitory.

V TV a ve sportovních aktivitách používáme pomůcky pro kompenzaci problémů žáků.

5

Žák sebeobsluhu nezvládá, je zcela závislý na kompenzační pomůcce a dopomoci. Při vzdělávání je tak nezbytné využívat finančně náročných kompenzačních pomůcek a vždy je nutná i úprava prostředí ve třídě. Ve výuce využíváme složitější technické pomůcky. Jedná se např. o speciální počítačové klávesnice a počítačové komponenty. Využívání PC technologií kompenzuje neschopnost písemného projevu rukou nebo jeho nečitelnost a kvalitu úpravy. K obsluze počítače je možné použít bezkontaktního ovládání nebo čelenky s ukazovátkem. Pracujeme se složitými technickými pomůckami a PC komponenty, např. fingermouse, integramouse, SmartNav 4 EG/AT, TrackerPRO, ovládání PC očima. Při využívání pomůcek pro AAK ale nemusí být žák schopen samostatné manipulace s předměty, symboly, obrázky, komunikátory a potřebuje technickou i fyzickou podporu (podporovaná komunikace).

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Taxativní vymezení pomůcek pro žáky s TP naráží v praxi na problém aktuálnosti. Seznam uvedený v příloze vyhlášky č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění, je nezbytné vzhledem k potřebám periodicky inovovat (jednak se vytvářejí pomůcky nové, ale také se mění ceny). Někdy je problém ve výčtu odpovídající pomůcku najít. U žáků se ne vždy jedná o čisté tělesné postižení, ale o různé kombinace (komorbidity), zvláště u těžších stupňů postižení, pomůcky potřebují i žáci nemocní. Bývá proto nutné dle potřeb žáka kombinovat nejen pomůcky z vyšších stupňů, ale i pro jiné druhy postižení. U dražších pomůcek může nastat problém z hlediska efektivity doporučené normované finanční náročnosti (NFN), jestliže žák s tímto postižením opustí školu (přestěhování, ukončení vzdělávání) a pomůcka pak zůstává

nevyužita. Žádoucím řešením by byla půjčovna těchto pomůcek, případně existence elektronické databáze (evidence) těchto pomůcek a možnost jejich dalšího zapůjčování.



Žák na mechanickém vozíku s převažujícím postižením dolních končetin na 1. stupni ZŠ se účastní tělesné výchovy spolu se svojí třídou. Na začátku vyučovací hodiny v rámci pohybových her učitel vybírá pro děti společnou činnost s „motorickým padákem“. Všichni žáci stojí v kruhu, integrovaný žák sedí na vozíku a společně padák přidržují, pohybují s ním podle instrukcí pedagoga. Tato didaktická pomůcka umožňuje bezproblémové zapojení žáka s motorickým postižením do společné činnosti třídy, pedagogická asistence při této činnosti není potřebná.

Žák s diagnózou kvadruparetická forma DMO s těžkou úchopovou vadou na počátku školní docházky do 1. ročníku ZŠ není schopen sevřít psací potřebu v ruce. Uvolňovací cviky a grafomotorická cvičení naznačuje s pomocí fixačního pásku připevněného na ruku a v něm má vsunutou měkkou tužku. Vzhledem k závažnosti postižení není možné učit jej psát psacím ani hůlkovým písmem, proto začal používat počítač s vhodnými komponenty. Jedná se o speciální klávesnici se zvětšenými, barevně odlišenými tlačítky s krytem s výřezy k usměrnění pohybu. Píše ukazovákem pravé ruky. Písmo na monitoru PC je zvětšené pro snazší zrakovou diferenciaci a orientaci.

Žák s kombinací motorického a závažného řečového postižení využívá systém alternativní komunikace. Škola prostřednictvím třídního učitele a asistenta pedagoga navázala se souhlasem rodičů kontakt s logopedem, který systém náhradní komunikace (spolu se SPC) zavedl již v předškolním věku. Oba pracovníci školy byli zaškoleni pracovníkem SPC a využívají průběžné konzultace k vedení žáka. Systém alternativní komunikace je využíván při vyučování, zásobník kartiček odpovídajících tematickému obsahu vyučování vytváří asistent pedagoga. Pomocí sestavování obrázků na komunikačních paletách nebo větných proužcích se může žák vyjádřit a prokázat svoje znalosti v jednotlivých vyučovacích předmětech. Zakoupen byl i tablet, který žák využívá v rámci výuky. Oproti klasickému PC je pro žáka snazší ovládání menší plochy dotykového monitoru. Díky tomu žák může využívat výukové aplikace. S tabletem pracuje ve škole, ale využívá ho i pro domácí přípravu, může s ním díky nižší hmotnosti a menším rozměrům lépe manipulovat.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4454-3.

HEMZÁČKOVÁ, Krista a Libuše KUBOVÁ. *Čteme obrázky – procesní schémata*. Praha: Parta, 2011. ISBN 978-80-7320-055-8.

KUBÍČOVÁ, Zdeňka a Jiří KUBÍČEK. *Kompenzační a didaktické pomůcky pro děti a žáky s tělesným postižením v mateřské a základní škole*. Praha: Septima, 2001. ISBN 80-7216-166-0.

KUBOVÁ, Libuše. *Řeč obrázků: komunikační systém tvořený obrazovými symboly: piktogramy + metodická příručka*. Praha: Parta, 2011. ISBN 978-80-7320-175-3.

ŽIŽKA, Zdeněk. *Pomůcky pro osoby se zdravotním postižením*. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, 2012. ISBN 978-80-87181-07-2. ■

4.12 JINÁ PODPŮRNÁ OPATŘENÍ

Jedná se o oblasti podpory, které jsou v textu Katalogu PO pro žáky s TP zařazeny z důvodu požadavků a očekávání pedagogů v praxi. I přes deklarovanou vymahatelnost doporučených PO je někdy těžké dosáhnout toho, aby tyto PO byla vždy skutečně poskytnuta. Je třeba také uvést, že některé popsání zkušenosti a doporučení mají problematické či vůbec žádné vyjádření v právních normách. ■

4.12.1 RESPEKTOVÁNÍ SPECIFIK ŽÁKA S TP

— Monika Morávková —

Míra specifických potíží žáků s TP se může pohybovat od úrovně mírného oslabení až po úplné omezení dané funkce. Respektování specifík žáka s TP vychází z definování dopadů primární diagnózy dílčích složek vývoje. Definování dopadů primární diagnózy a jejich míra a rozsah vychází z lékařské diagnostiky a diagnostiky v rámci ŠPZ.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Jedná se zejména o respektování specifík TP v důsledku primární diagnózy v oblasti motorické a pohybové, komunikační, sociální, emoční, výkonové a kognitivní. Na samotném začátku aplikace podpůrného opatření je velmi důležité uvědomit si specifické potíže TP v dílčích oblastech, které tvoří základ pro úspěšnou volbu edukačních metod a principů.

SPECIFICKÉ POTÍŽE V OBLASTI MOTORICKÉ A POHYBOVÉ:

Specifické potíže
v oblasti motorické
a pohybové

- ztížení či ztráta schopnosti pohybu;
- narušení až omezení hrubé motoriky (problematická koordinace pohybů, obratnost, stabilita, spasticita – zvýšené napětí svalstva, hypotonie – snížený svalový tonus, snadná fyzická unavitelnost, imobilita – nehybnost, neschopnost pohybu, nepohyblivost);
- narušení až omezení jemné motoriky (obtížný úchop tužky, narušená grafomotorika a vizuomotorika, křečovitost či hypotonie při grafomotorických cvičeních; potíže s obkreslováním, obtahováním, některé děti nejsou schopné vykonat ani nejzákladnější grafomotorické cviky);
- lateralita (vynucená lateralita; poruchy motoriky nepříznivě ovlivňují lateralitu, preference ruky bývá často vynucená);
- kresba (dítě má výrazné potíže s nápodobou jako takovou, s plynulostí tahů; obsahová stránka kresby je velmi jednoduchá, rozmístění prvků kresby na ploše papíru je problematické a nesprávné);
- hygiena a sebeobsluha (problematické používání příboru, oblékání, svlékání, používání předmětů denní činnosti).

SPECIFICKÉ POTÍŽE V OBLASTI KOMUNIKAČNÍ A SOCIÁLNÍ:

Specifické potíže
v oblasti komunikační
a sociální

- komunikační bariéra z důvodu spasticity – zvýšené napětí svalstva a následně narušené motorické funkce mluvidel; stigmatizující projevy spasticity – křečovitě pohyby, grimasy svádějí k domněnce, že se jedná o dítě s těžkým mentálním postižením, proto obě strany nevyhledávají komunikaci;
- narušení oromotoriky (narušená artikulace hlásek, skladba řeči, slovní zásoba, sociální užití řeči);
- přidružené smyslové postižení (sluch, zrak).

SPECIFICKÉ POTÍŽE V OBLASTI EMOČNÍ A VÝKONOVÉ:

Specifické potíže
v oblasti emoční
a výkonové

- na psychiku žáka působí celá řada zkušeností a faktory, některé více či méně pozitivní, ale i negativní. To, jak se se situacemi vyrovná, záleží na jeho osobnostní výbavě, kvalitě i zaměření poskytované podpory, včetně rodinné, speciálněpedagogické, zdravotně-sociální a vzdělávací; přítomna může být frustrace, deprivace;
- výkyvy nálad, emoční labilita, podrážděnost, impulzivnost;
- narušené sebepojetí (např. zkreslené sebehodnocení, emoční labilita, neadekvátní prožívání a sebepožívání);
- výkonové možnosti nekorespondují s představami dítěte; omezení v tom, co by chtělo dělat;
- snížená vnitřní aspirace; dítě se podceňuje (v praxi „já to neumím“, „já to nezvládnu“); snadno se tzv. „vzdává“, nebo naopak využívá situace, že všichni za něj vše udělají.

SPECIFICKÉ POTÍŽE V OBLASTI KOGNITIVNÍ:

- myšlení může být rigidní, nepřesné, ulpívavé;
- objevují se poruchy paměti, vnímání;
- potíže v oblasti prostorové orientace;
- snížení intelektu (v případě kombinovaného postižení – přidružená postižení – mentální, zrakové, sluchové);
- narušení usuzování, abstrakce, analyticko-syntetické činnosti;
- snadná unavitelnost – snížená koncentrace pozornosti.

Respektování specifík TP vyžaduje vysokou dávku mravnosti, lze je chápat jako spravedlivost, rovnost práv, pozornost vůči zájmům a přesvědčením, svobodu. Vedle mravnosti při respektování specifík žáka s TP je nedílnou součástí finanční náročnost ve smyslu architektonických úprav, zajištění kompenzačních pomůcek, speciálních pomůcek. Při aplikaci podpůrných opatření je respektování specifík TP v oblasti financování podpořeno tzv. NFN – normovaná finanční náročnost. Bez adekvátní materiální podpory by respektování specifík nebylo možné. V neposlední řadě je při respektování specifík TP kladen důraz na volbu vhodných edukačních metod a principů. Cílem respektování specifík TP je rozvíjení individuálního potenciálu žáka s ohledem na jeho možnosti a schopnosti.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY**2**

Žák se znevýhodněním v oblasti tělesné či somatické, např. častá nemocnost, opakovaná hospitalizace, únava, nechutenství, nauzea, žák s mírným opožďováním v motorickém vývoji (i v důsledku pooperačního stavu), mírné potíže v oblasti jemné motoriky, grafomotoriky, mírné potíže v oblasti sebeobsluhy a hygieny, svlékání, oblékání; kolísání výkonu v edukačním procesu; lze do tohoto stupně zahrnout i kategorii speciálních vzdělávacích potřeb vyplývajících z krátkodobého charakteru – nemoc (akutní) krátkodobá, která je charakteristická náhlým začátkem, rychlým průběhem a omezeným trváním, např. stav po narkóze a operačním výkonu v období rekonvalescence; a kategorii speciálních vzdělávacích potřeb vyplývajících z dlouhodobého charakteru – nemoc dlouhodobá, např. chronická onemocnění se vyznačují dlouhodobým a vleklým, často celoživotním průběhem (atopický ekzém, astma). Tento stupeň podpůrných opatření souvisí s drobnými problémy v oblasti psaní, geometrii, výtvarných pracovních činnostech, při sebeobsluze, v tělesné výchově.

- Zohledňujeme nerovnoměrný vývojový profil žáka; rozvíjíme ty oblasti, které jsou deficitní (tj. hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika, psaní).
- Při stimulaci v oblasti jemné motoriky a senzomotoriky vycházíme ze základního metodického principu: tam, kde je spasticita (zvýšený svalový tonus) – uvolňujeme; tam, kde je hypotonie (povolený svalový tonus) – posilujeme.

- Zařazování základních metod relaxace během výuky dle potřeb žáka (dle aktuálního zdravotního stavu) jako předcházení vzniku únavy, edukačního přetížení.
- Střídání edukační zátěže (po náročnějším úseku následuje oddech, pauza, klidnější či nenáročnější činnost).
- Respektování biologických potřeb žáka (možnost během výuky se napít, najíst, dojít si na toaletu).
- Změna pracovního místa a pracovní polohy žáka (např. práce v pracovní lavici, práce na koberci, edukační činnosti vestoje, vsedě atd.).
- Ve vyučovacím předmětu tělesná výchova je vhodné dbát na zvýšenou opatrnost, dodržovat základní bezpečnostní pravidla, předvídat případnou možnost vzniku úrazu v důsledku znevýhodnění.
- Žákovi ponecháme přiměřený čas pro dokončení edukační činnosti.
- Využíváme metodu verbálního a fyzického vedení. Verbální vedení – činnosti verbálně komentujeme, doprovázíme adekvátním verbálním sdělením (např. popisujeme postup práce, činnosti, jednotlivé kroky, co děláme a jak to děláme); mírné fyzické vedení při nácviku psaní – žáka fyzicky vedeme při činnosti (např. lehce ho chytíme za ruku a fyzicky mu pomáháme při vedení ruky při nácviku psaní, při nácviku spojování písmen).
- Ve velké míře využíváme názorné pomůcky, klademe důraz na verbální složku výuky propojenou s přiměřenou vizuální informací.
- V jednotlivých činnostech zohledňujeme pracovní tempo při plnění zadaných úkolů. Pracovní tempo není možné zrychlovat tlakem.
- Ponecháme dostatek času na procvičení, osvojení či zautomatizování pohybové dovednosti.
- Neklademe důraz na kvantitu, ale na kvalitu provedení zadaných úkolů. Vedeme žáka vždy k dokončení zadané práce (volíme přiměřenou náročnost úkolu).
- Složitější pokyny k provádění úkolu rozdělíme na kratší úseky (provádět v jednotlivých krocích tzv. rozfázování).
- Využíváme základní edukační pomůcky, které nejsou finančně nákladné (psaní – trojhranné psací či kreslicí potřeby, násadky, mazací tabulky, fólie na psaní, pracovní listy s možností doplňování; čtení – záložka, čtecí okénko; matematika – přehledy učiva, modely).

3

Týká se zejména žáků s tělesným postižením s diagnózou dětské mozkové obrny, kdy dopady primární diagnózy do procesu vzdělávání výrazně ovlivňují grafický projev, pohybové aktivity téměř ve všech vyučovacích předmětech. Primární diagnóza negativně ovlivňuje jemnou motoriku, hrubou motoriku v důsledku spasticity nebo hypotonie. Zároveň se zvyšuje žákova zátěž, která se projevuje zvýšenou únavou. Využíváme metody výuky v předchozích stupních s důrazem na stěžejní aplikaci speciálněpedagogických metod, jako je reedukace, kompenzace, rehabilitace. Nezastupitelnou součástí respektování specifík TP je volba adekvátních metod výuky, jedná se specifické využití tzv. verbálního a fyzického vedení. V praxi verbálně činnost komentujeme, popisujeme dílčí kroky či postup při

činnosti vedoucí k dosažení edukačního cíle; fyzicky žákovi dopomáháme při realizaci činnosti.

- Využíváme alternativní metody výuky pro podporu psaní (např. Comenia script).
- Ze speciálněpedagogických metod využíváme pro kompenzaci psaní vázaným písmem psaní na PC, předtištěné výpisky a diktáty aj.; ve vyšších ročnících základní školy a střední školy je možné žákovi předat prezentaci, do které si vepíše krátce své poznámky.
- Nezastupitelnou roli při psaní má pracovní místo – podpora správného sedu žáka s využitím kompenzačních pomůcek (sklopná pracovní plocha, speciálně upravená pracovní židle, mechanický vozík dle doporučení ŠPZ a odborného lékaře – rehabilitační lékař, fyzioterapeut). Dále jsou vhodné finančně nenáročné kompenzační pomůcky podporující psaní – protisklizové podložky, tzv. trojhranný program, násadky pro podporu úchopu.
- Střídáme záměrnou edukační činnost s oddechem, relaxací jako nedílnou součástí prevence únavy a podpory koncentrace pozornosti, podporující motivaci žáka.
- Využíváme tzv. verbální a fyzické vedení, tzn. při nácviku psaní horních klíčků žáka chytíme lehce za zápěstí a vedeme mu ruku při grafickém zpracování prvku; činnost verbálně komentujeme s dílčími kroky – např. jedeme šikmo nahoru, do obloučku a rovně dolů.
- Při nácviku nebo reedukaci psaní se zaměřujeme na nácvik psaní protézou, ústy, nohou, psaní levou rukou (nutná je spolupráce se ŠPZ, která doporučí dílčí kroky pro uvedené možnosti psaní, případně adekvátně zaškolí pedagogický personál).
- Rehabilitace probíhá ve vzájemné spolupráci týmu odborníků (fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, psycholog, pedagog) dle rehabilitačního plánu.
- Pracovní místo je zpravidla dle doporučení ŠPZ nutné přizpůsobit s ohledem na zjištěné speciální vzdělávací potřeby žáka – využití speciálních kompenzačních pomůcek (speciální židle). Pro správné sezení a kompenzaci tělesného handicapu je vhodná speciální židle, která bude přizpůsobena individuálním potřebám žáka (provedení: pojízdná židle s brzděnými kolečky, posuvná podložka pro nohy, opěrky rukou, abdukční klín, vysoké dřevěné opěradlo s hlavovými a bederními opěrkami, upínací vestička, boční peloty nebo upínací popruhy nohou s možností přidavného dřevěného stolečku). Výběr pomůcky je vhodné konzultovat s rodiči žáka, rehabilitačním lékařem, fyzioterapeutem, ergoterapeutem.
- Žák zpravidla pracuje s asistentem pedagoga dle doporučením ŠPZ pod vedením pedagogů.

4

Tento stupeň podpůrných opatření obvykle provází vzdělávání žáků se závažným tělesným postižením. Zpravidla se jedná o žáky imobilní. Aplikována jsou v plné míře výše uvedená podpůrná opatření jednotlivých stupňů. S ohledem na dopad primární diagnózy do procesu vzdělávání je nutná vyšší finanční náročnost na kompenzační pomůcky. Přehled kompenzačních

pomůcek je uveden ve vyhlášce č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, v platném znění. Školské poradenské zařízení posoudí vhodnost kompenzační pomůcky s ohledem na dopad primární diagnózy do procesu vzdělávání. Při výběru pomůcky je nutná spolupráce s odbornými lékaři. Edukace je podpořena komplexní systematickou lázeňskou rehabilitační péčí a dalšími podpůrnými terapiemi, jako je např. hippoterapie, canisterapie, arteterapie, muzikoterapie.

5

Týká se především vzdělávání žáků s těžkým tělesným postižením a souběžným postižením více vadami. Respektování specifik těžkého tělesného postižení a souběžného postižení více vadami je zaměřeno na aplikaci terapeutických postupů – konceptů. V praxi se jedná o využití speciálněpedagogických metod – kompenzace, reedukace, rehabilitace sofistikovaných konceptů a terapií – koncept bazální stimulace, metodika manželů Bobatových, relaxační místnost – snoezelen, orofaciální regulační terapie (Morales), myofunkční terapie (Kittelová), synergetická reflexní terapie (Pfaffenrot). Edukační proces výrazně závisí na momentálním naladění žáka s tělesným postižením a souběžným postižením. Pedagog by měl citlivě reagovat na potřeby žáka.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

V praxi je nutné dbát na aktuální zdravotní stav, který může být často u žáků s TP nebo zdravotním znevýhodněním proměnlivý či nestabilní. Respektování specifických potíží žáka s TP nebo zdravotním znevýhodněním vyžaduje i práci s třídním kolektivem a všemi zúčastněnými, kteří se podílejí na edukačním procesu. Bez pochopení a citlivého vnímání specifických potřeb žáka s TP nelze očekávat úspěšný průběh aplikace podpůrného opatření. Zvláštní pozornost je nutné věnovat práci s třídou při přijetí žáka s TP do třídního kolektivu, respektování jinakosti žáka a specifik plynoucích z jeho primární diagnózy. Dalším významným faktorem je výběr asistenta pedagoga, který bude pracovat se žákem s TP. Osobnostní předpoklady asistenta pedagoga výrazně ovlivňují úspěšnost žáka v edukačním procesu, přípravu na další vzdělávací dráhu a následné profesní uplatnění. Asistent pedagoga by měl mít roli podpory v edukačním procesu, nikoliv roli pomocníka, který za žáka vykonává veškeré činnosti, takové pojetí role je zcela kontraproduktivní. Cílem je podporovat v maximální možné míře samostatnost žáka s TP, rozvíjet jeho potenciál s vysokou úctou a respektem k jeho osobnosti.



4. STUPEŇ PO:

Žák s dg. spastické asymetrické triparéza na bázi DMO, imobilní, od září docházka do 1. ročníku základní školy. Pro žáka s TP představuje vstup do základní školy významný životní mezník, novou sociální roli (role školáka, role spolužáka). Třídní kolektiv žák nezná, jedná se pro něj o zcela nové neznámé prostředí. ŠPZ doporučilo spolupráci s Centrem aplikovaných pohybových aktivit Fakulty tělesné výchovy Univerzity Palackého v Olomouci, které nabízí edukační program pro žáky 1. ročníku s problematikou tělesného postižení. Program je založen na situačním učení – možnost jízdy na sportovním vozíku, přímých prožitků žáků. Program má významný edukační a preventivní

charakter, zároveň nenásilnou formou podporuje třídní kolektiv v přijímání jinakosti (respektování specifik) žáka s TP na základě přímých prožitků (možnost jízdy na sportovním nebo mechanickém vozíku, sezení v monoski aj.). Program působí preventivně v oblasti předcházení možného rizika vzniku úrazu. Pro každý kraj působí konzultant APA. Bližší informace najdete na www.apa.upol.cz.



ČADOVÁ, Eva. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. ISBN 978-80-244-3308-0.

ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4454-3.

VEJROCHOVÁ, Monika, ŠTROSOVÁ, Martina a Lucie ŽOUDLÍKOVÁ. *Psaní. Základní škola a Praktická škola SVÍTÁNÍ, o. p. s., Pardubice*, 2011. ■

4.12.2 MIMOŠKOLNÍ POBYTY A VÝCVIKY

— Markéta Benoniová, Dušana Chrzová —

Mimoškolní pobyty a výcviky organizujeme pro třídní kolektivy a realizujeme je dle školního vzdělávacího programu, ročního plánu školy a třídy. Na aktivity můžeme přijmout pouze ty žáky, kteří odevzdají písemný souhlas s pobytem od zákonného zástupce, průkaz pojištění příslušné zdravotní pojišťovny či jeho kopii (nebo průkaz zkontrolujeme) a posudek o zdravotní způsobilosti (o bezinfekčnosti).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Mimoškolní pobyty přispívají k adaptaci dítěte, žáka a studenta s TP na stávající kolektiv vrstevníků, může být dobrým startem, podpoří nastavení inkluzivní atmosféry. Zaměřují se na rozvoj skupiny, posílení pozitivních vztahů a rozvíjejí spolupráci v rámci kolektivu. Programy bývají sestaveny na míru třídnímu kolektivu, mají řád, výjezd mimo běžné prostředí školy může být efektivním prvkem v procesu koheze skupiny, prevencí proti problémovým vztahům ve třídě. Při volbě typu pobytu zohledňujeme věkovou specifikaci třídy, počet žáků ve třídě. Zaměření programu by mělo být naplánováno a upraveno dle potřeb žáka s TP, mělo by zohledňovat popsání PO žáka. Plánováno by mělo být vždy v úzké spolupráci třídního učitele, výchovného poradce, školním psychologem, speciálním pedagogem a pracovníkem SPC.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

U žáka s TP je nezbytné před plánováním pobytu probrat konkrétní limity související se základní diagnózou. I když žák ve škole pracuje bez asistenta pedagoga, je nutné popsat jeho speciální potřeby v prostředí mimoškolním, míru sebeobsluhy, popřípadě zdravotních limitů, medikace, potřeby dopomoci v oblasti každodenních činností apod. Je vhodné věnovat potřebám žáka čas a probrat vše s rodinou dopředu před plánováním pobytu.

3

Má-li žák, ve třídě asistenta pedagoga, může spolu s ním absolvovat pobyt. V tom případě je třeba počítat s tím, že asistent pedagoga bude muset (stejně jako učitel) rozšířit svoji pracovní náplň i o spolupráci v rámci obsahu pobytu. Lze kombinovat s pomocí kolektivu, pedagogů, rodinných příslušníků. Vše závisí na míře speciálních potřeb žáka. Je nezbytné dopředu probrat představy, vyvolat schůzku se spolupracujícím ŠPZ, rodinou a podrobněji nastolit představu celodenního pobytu žáka mimo školu.

4

Je důležité na základě aktuální zdravotní dokumentace a podle aktuálních potřeb a ve spolupráci s rodinou a pracovníkem ŠPZ dopodrobna popsat a naplánovat podporu žáka na mimoškolním pobytu. Je třeba konkrétně probrat možnosti a způsoby zajištění nezbytných zdravotních a sebeobslužných úkonů. V některých případech je možné zajistit dopředu vhodnou osobu pro konkrétní formy asistence – lze zajistit i přes agentury formou dohody na dobu trvání pobytu.

5

Obvykle je pobyt realizován v úzké spolupráci s rodinou. Častější jsou zkušenosti se společnými pobyty skupin žáků s obdobnou mírou PO.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Volit dostupnost dopravy, vhodnou lokalitu s možností dojezdu automobilem, zajistit spolupráci s rodinou či asistenční službou. Při cestě vlakem např. zjistit přístupnost pro vozíčkáře. Vybrat co nejméně bariérový objekt (nejen ubytování bez schodů, ale i širší souvislosti vzhledem ke specifikům konkrétního žáka s TP).

Konzultovat např. s cestovními kancelářemi pro vozíčkáře, program uzpůsobovat i průběžně možnostem a schopnostem žáka s TP a zajistit dopředu kompenzační pomůcky (v případě nutnosti i potřebnou zdravotní péči). V rámci kompenzace možných vyšších finančních nároků ze strany školy i rodiny je vhodné pomoci hledat včas možné zdroje (nadace). Je třeba pamatovat na dostupnost personálního zajištění celodenní sebeobsluhy, popř. i v noci.



Žák ve 4. stupni PO, s těžkým TP, na vozíku, sportovně nadaný, ve škole úspěšný. V 8. třídě ZŠ má doporučeného asistenta pedagoga s ohledem na nezbytnou pomoc v oblasti sebeobsluhy, hrubé a jemné motoriky, v průběhu výuky potřebuje občasnou pomoc se zápisky, při orientaci v textu, manipulaci v pracovní a výtvarné výchově, o přestávkách, při delších a bariérových přesunech apod.

Třída pojede na lyžařský výcvik. Vzhledem ke spolupráci se sdružením organizujícím sport vozíčkářů pojede i tento žák. Bude s ním trenér na monoski (na základě účasti v projektu podporujícím sport vozíčkářů na ZŠ), dále s chlapcem pojede jeho asistentka pedagoga, která je zároveň i osobní asistentkou po dohodě s rodinou, dopravu bude zajišťovat rodina, matka se ubytuje v blízkosti ubytovacího zařízení, kde bude třída se žákem, v případě potřeby je ochotná spolupracovat.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015.

ISBN 978-80-244-4454-3.

KOPŘIVA, Pavel et al. *Respektovat a být respektován*. 2. vyd. Kroměříž: Spirála, 2006. ISBN 80-901873-7-4.

KYRIACOU, Chris. *Klíčové dovednosti učitele: cesty k lepšímu vyučování*. 4. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0052-9.

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2012.

ISBN 978-80-7357-679-0. ■

4.12.3 SPOLUPRÁCE S RODINOU ŽÁKA S TP

— Markéta Benoniová, Dušana Chrzová —

Vzájemná vstřícná komunikace v klidné atmosféře mezi učitelem a zákonným zástupcem žáka s TP by měla být založena na partnerském základu. Na kvalitní komunikaci mezi školou a rodiči se mohou podílet i další pracovníci (supervizor, mediátor, výchovný poradce, další pracovníci ve školství či z jiného resortu). Intenzita a vhodná forma spolupráce s rodinou je odvislá od konkrétní situace žáka a jeho postavení v celém systému. Rodiče mohou být v různých fázích přijímání skutečnosti postižení svého dítěte, první kontakty se školským zařízením dítěte mohou provázet obavy, nedůvěra, strach ze srovnávání s vrstevníky.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Úzká a otevřená spolupráce školy a rodiny žáka s TP je zásadním předpokladem k úspěšnému inkluzivnímu vzdělávání. Je velmi důležité průběžné předávání informací o žákovi s TP, popis situací, ve kterých se může žák projevovat odlišným způsobem od svých vrstevníků, znalost jeho silných a slabších osobnostních a povahových stránek. Pro reflektování žákových SVP je důležitá komunikace, umožní i vhodné sladění způsobů výuky, domácí přípravy, celkových nároků vyplývajících z potřeb ucelené rehabilitace žáka s TP (fyzio-terapie, logopedie, ergoterapie, pravidelné kontroly u odborných lékařů, pobyty v lázních, terapie).

Pravidelná komunikace s rodinou za podpory ŠPZ kontinuálně nastavuje plán vzdělávání žáka dle společných priorit, důležité informace a zkušenosti s rozvojem žáka se tak předávají oběma směry. Zákonný zástupce i učitel může lépe porozumět situaci žáka, při nácviu dílčích školních dovedností dochází ke sjednocení postupů. Spolupráce s rodinou a dalšími zainteresovanými osobami by měla mít týmový charakter. Tým kolem žáka s TP by měl tvořit třídní učitel, asistent pedagoga, rodič, pracovník SPC, další odborný pedagog, výchovný poradce, speciální pedagog, psycholog, vedení školy.

Sdělováním podstatných zkušeností a faktů ze života žáka dochází k pochopení sociokulturních specifik jednotlivých rodin. Tyto informace lze předávat v bezpečném prostředí důvěry, ke kterému může docházet formativním nastavením a profesionálním vedením společných schůzek týmu. Profesionální přístup pracovníka SPC při vedení týmové komunikace respektuje etická a profesní pravidla, pracovník by měl být vybaven profesními znalostmi i měkkými týmovými dovednostmi. Etické a profesionální jednání by mělo být součástí výbavy pedagogů a i jim by se mělo dostávat základů v oblasti komunikace, profesionálního vedení rozhovoru, krizové intervence. Vzdělávání v tomto směru, spolupráce s mentory, supervize a jiné se ukazují v současném školství jako nezbytná podpora pedagogů.

Jako důležitý se ukazuje faktor pravidelnosti v kontaktu školy a rodiny, využití evaluačních dotazníků, besed, vánočních besídek a trhů, programové zapojování rodičů do dění školy, do školních projektů, využití rodičů-dobrovolníků.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Škola se průběžně snaží o pravidelné kontakty s rodinou, rodiče jsou využíváni k návštěvě ŠPZ.

Konzultace s rodinou jsou posíleny o spolupráci s pracovníkem ŠPZ, který škole vystavil doporučení PO. Nastaví se frekvence schůzek, strategie spolupráce a četnost kontaktů.

Rodiče jsou vtaženi do průběžného vyhodnocování realizace podpůrných opatření, jejich každoročního celkového zhodnocení.

3

Rodiče žáka s TP se mohou kdykoli v průběhu školního roku obrátit vedle třídního učitele i na pracovníka SPC. Probíhají pravidelně nastavená společná setkávání ve škole.

Mohou se využít aktuálně konzultace pracovníků ŠPZ určené k objasnění nastavené formy podpory žáka. Tým kolem žáka s TP může být rozšířen o asistenta pedagoga, který také každodenně komunikuje s rodiči v úzkém kontaktu.

4

Na společných setkáváních je nabídnuta další odborná pomoc dle charakteru obtíží žáka s TP – lze předat kontakty na odborná pracoviště, lze zprostředkovat spolupráci, např. s pracovištěm ergoterapie. Lze doporučit včasnou poradenskou péči rodinám v těžkých životních situacích, využívat komunitní kruhy i s rodiči ostatních žáků, mediace při řešení konfliktů, kruh přátel se zapojením ostatních rodičů, zapůjčení pomůcek, školních materiálů, odborné literatury.

5

Pravidelná spolupráce dalších odborných pracovišť, např. další spolupracující SPC, neziskové organizace, nadace, v úzké spolupráci s rodinou se řeší i širší problematika potřeb žáka s takto vysokými PO, je průběžně vyhodnocována efektivita nastavených podpor, vytipovávají se další formy podpory rodiny a školy.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Není běžné obracet se na školu se žádostí o podporu. Řada rodičů vnímá školu pouze jako vzdělávací instituci, nikoli jako společenství, přetrvávají pouze formální kontakty mezi rodiči a školou, nebudují a nevytváří se potřebná důvěra a vzájemné poznání.

Může probíhat chybně nastavená komunikace bez konstruktivních dialogů, přetrvávají nevyřešené otázky. Problémy se neřeší v zárodku, přehlížejí se drobné nejasnosti, nevěnuje se dostatečná pozornost situacím, kdy je žák v nepohodě.

Školní prostředí je nastaveno výkonově a často je zde málo prostoru pro průběžné hodnocení pokroků žáka. Hrozí srovnávání výsledků výuky podle vrstevníků, nerespektování limitů žáka. Vznikají obavy, zda může žák postupovat spolu s vrstevníky i při svých odlišnostech. Někdy se na školách dokonce formují nevhodné jednostranné koalice, je špatně nastavena role asistenta pedagoga a nejasně vytyčeny profesní hranice a pravidla i ve vztahu k rodině žáka.

Nezřídka se můžeme setkat s podceněním obtížné situace rodiny žáka s TP. Vnímáme i přílišná očekávání a z toho plynoucí tlak na výkon a výsledky. Patrný je i obecně malý zájem rodičů o společné aktivity ve školách. Komunikace školy a rodiny se často bohužel orientuje spíše na popis negativních oblastí a jevů, na upozorňování na nezdary, výtky, poznámky, stížnosti než na pokroky a postup. Není běžný preventivně podpůrný program pro rizikové rodiny.



V jednom případě došlo k velmi úzké vazbě mezi žákem a asistentem pedagoga, nepodařilo se včas nastavit komunikaci mezi matkou a asistentem pedagoga, což vytvořilo nepříznivou situaci pro jinak dobře probíhající společné vzdělávání žáka s TP. Asistentka si získávala postupně dovednosti v reedukaci žáka, měla jeho důvěru, vznikla úzká vazba. Nekomunikovala však s matkou žáka, společně s třídní učitelkou měla výhrady k domácí přípravě žáka, které matce sdělovala v negativním duchu. Nesjednotila svůj pohled na situaci dítěte s matkou, neinformovala se na důvody forem domácí přípravy ani na matčin názor na její působení u žáka. Matka po čase rozhodla pro změnu způsobu vzdělávání žáka a přeřadila ho na školu samostatně zřízenou podle § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

Z našeho pohledu vztah asistentky překračoval v očích matky hranice, nedošlo k vzájemnému pochopení odlišných představ matky a pedagogů, neřešily se vznikající problémy v zárodku, matka vycítila ze strany školy odsudek a nepochopení těžké rodinné situace.

Naopak hodně pozitivních zkušeností mají školy i rodiče s tzv. integračními týmy, které jsou někde vedeny v běžných ZŠ. Součástí těchto týmů jsou rodiče, třídní učitel (pokud ve třídě je zařazen, pak i asistent pedagoga), pracovník ŠPP (psycholog nebo speciální pedagog), výchovný poradce a pracovník ŠPZ. Zejména při nástupu žáka do školy je nezbytné v nastavených pravidelných setkáních vytvářet aktivní, partnerský vztah mezi rodinou a školou a pokračovat pak průběžně v úspěšně nastavené spolupráci.



BENONIOVÁ, Markéta a kol. *Práce se žáky s tělesným postižením: metodická příručka*. [online]. Praha: Magistrát hlavního města Prahy, 2012 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://skoly.praha.eu/files/=84271/Pr%201ce+s+%20c5%be%20a%20lky+s+t%20c4%9blesn%20c3%bdm+posti%20c5%been%20c3%adm-Mgr.+Benoniov%20a%20a+kol.pdf>

ČAPEK, Robert. *Učitel a rodič: spolupráce, třídní schůzka, komunikace*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4640-1.

ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4454-3.

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ. *Výchovné poradenství*. 2., přeprac. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2013. ISBN 978-80-7478-356-2. ■

4.12.4 SPECIFIKA PRÁCE S TŘÍDNÍM KLIMATEM

— Markéta Benoniová, Dušana Chrzová —

Pro úspěšné zařazení žáka s TP do kolektivu třídy je zásadní příprava pedagogů a dalších pracovníků, kteří budou ve škole se žákem s TP a jeho vrstevníky v kontaktu. Včasná znalost dopadu základní diagnózy, obtíží, ale i předností a osobnostních vlastností žáka je vždy důležitým faktorem při přípravě třídního kolektivu. Důležitou podmínkou pro vznik žádoucích sociálních dovedností všech žáků je vytvoření příjemného a otevřeného prostředí s pevným řádem.

Učitel, ale i asistent pedagoga mohou a mají žákům vytvářet (nabízet) různé situace, do kterých by se mohli dostat, a k tomu jim nabízet také různé možnosti řešení. Vždy se jedná o problém, nad kterým se musí zamyslet, protože řešení nebývá jednoznačné a užitek z něj nemají všichni zúčastnění. Cílem je nalézt co nejpříjemnější východisko z nastolené situace. Při využití této strategie je důležité respektovat věkové a individuální zvláštnosti žáků a předkládat jim takové situace, které jsou schopni pochopit. Řešení těchto situací lze provádět formou diskuse, dramatizací, lze je ztvárnit také výtvarně – metoda řešení morálních dilemat.

Klima třídy se dle našich zkušeností vždy odráží od celkového klimatu školy, jejího ŠVP, priorit, školní kultury, jak prostředí školy motivuje k práci, jak ovlivňuje průběh učení a učební výsledky, jak se jednotliví účastníci školního procesu cítí v prostředí dané školy.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Součástí klimatu je kromě ekologické, společenské, sociální dimenze i již zmíněný kulturní rozměr škol – dodržování tradic, zpřítomňování hodnot, formy obvyklé spolupráce s rodiči a jejich participace na úkolech školy, důležité jsou otázky sociokulturního charakteru, způsob podpory, bezpečného a přátelského prostředí. Každá škola má specifický duch, vlastní řád a preferovaná pravidla, jejich součástí mohou být i vlastnoručně vytvořená pravidla chování dětí ve třídách, lze je nastavovat a vytvářet přímo se spolužáky a se žákem s TP mohou ve svém obsahu zohledňovat práva a potřeby všech žáků třídy, včetně podpor nezbytných pro žáka s TP. Pojmenováním problémů žáků a formulováním zásad se lze snadněji společně vyhnout situacím zbytečných konfliktů z nepochopení žáka.

Pro zvládání nečekaných situací, kde je nutné se žáky probrat modelové situace, využívají třídy např. úvahy, společné diskuse, práci s příběhem, psaní samostatných textů, společné vytváření komiksů, krátkých žurnalistických pořadů, filmů apod. Simulační cvičení a morální reflexe mají za cíl navodit určitou situaci a pomoci hledat nejvhodnější řešení. Může se jednat o různé příběhy, které obsahují nějakou problémovou situaci,

do níž by se žáci mohli dostat. Tato cvičení lze provádět i prostřednictvím dramatizace v rámci komunikační a slohové výchovy nebo zařazovat jednotlivá cvičení v propojení s ostatními vzdělávacími a výchovnými oblastmi. Důležitou podmínkou úspěšnosti je nejen mezipředmětová propojenost, ale hlavně spojení se skutečným životem a prostředím, z něhož žáci pocházejí.

Vhodná je i projektová výuka, která je založena na využití projektové metody. Projektová metoda učí žáky formulovat problémy a ve spolupráci s ostatními nacházet smysluplná řešení. Pomáhá rozvoji komunikace, sociální interakce a velkou měrou pomáhá rozvíjet sociální dovednosti. Základem projektové výuky je, že téma vyučování vychází ze zájmu žáků a žáci na něm samostatně pracují. Vyhledávají informace, třídí je a zpracovávají do určitého systému. Učitel pouze reguluje a usměrňuje činnosti žáků, které směřují k dosažení vytyčeného cíle. Při této metodě se využívá velké množství dostupných metod a forem výuky. „Projekt má zaměstnávat srdce, hlavu – myšlení i ruce.“ Základem může být i celoroční téma, které je nositelem hlavní myšlenky a mělo by zaujmout co nejvíce žáků. Je důležité, aby téma bylo propojeno se skutečným životem a bylo přiměřené věku žáků. Mělo by žáky oslovit. Při realizaci projektu žáci spolupracují, vyhledávají informace, sami si rozdělují role, které plní. Učitel žáky usměrňuje, pokud neplní stanovené cíle, a podporuje jejich motivaci. Důležitou podmínkou projektové výuky je prezentace a hodnocení výsledku, ke kterému žáci společně došli.

K vytvoření příjemné atmosféry ve třídě přispívá nepochybně také humor. Uplatňování ve škole však není jednoduchou a jednoznačnou záležitostí. Smysl pro humor je dar, který není dán každému člověku. To ale neznamená, že učitel, který neoplývá smyslem pro humor, nebude mezi žáky oblíben a nebude tak úspěšný jako jiní. Humor máme všichni spojen se smíchem. Smích má ale celou řadu mezistupňů. Abychom navodili příznivou atmosféru a situaci k žákovu učení, stačí, když učitel přijde do třídy s úsměvem, přátelsky a vstřícně naladěm. Učitel, který má smysl pro humor a humoru ve třídě využívá, by měl vědět, že je velmi nebezpečné bavit třídu na účet některých žáků. Humor a smích jsou často označovány za kořeny života. Ve škole to ale platí za předpokladu, že vztahy mezi učitelem a žáky jsou příjemné, srdečné a že mezi nimi vládne ovzduší důvěry a tolerance.

Vedle třídního učitele a žáků lze přizvat v rámci podpory zdravého klimatu ve třídě ke spolupráci i další spolupracovníky, např. metodika prevence.

Velmi dobré jsou společné akce třídního kolektivu, rodinných příslušníků, dalších subjektů, například spřátelený domov pro seniory, jiná zajímavá škola, třeba i samostatně zřízená podle § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění.

Osvědčuje se popisovat společné prožitky celé třídy včetně žáka s TP např. ve školním časopisu, osvědčují se společná vystoupení divadelní, hudební, prezentace na dni otevřených dveří, výroční jarmarky, vystoupení v místním rozhlasu, obci, městské části apod.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Před nástupem žáka do 1. třídy se třídní učitel informuje u pedagogů MŠ o SVP žáka, uvažuje o vhodném usazení žáka ve třídě, skladbě žáků a nastavuje ve spolupráci se ŠPZ PO příslušného stupně.

Pro žáka s TP zajistí vypolstrování sedu takovým typem sedáku, který lze využít na běžně užívanou židli, jakou mají spolužáci, nebude nutné řešit změnu zasedacího pořádku nebo upozorňováním na odlišnost žáka.

Pro aktivitu mimo lavici lze pořídit relaxační vak, který mohou používat i ostatní, koberec umožní v sedu zapojení žáka do komunitních kruhů spolu se spolužáky.

3

Nabízenou pomoc poskytovat s maximálním respektem k potřebám samostatného rozhodování žáka, pomoc ze strany asistenta by měla mít charakter dílčí, s umožněním co největší možnosti rozvoje sociálních dovedností, navázání přirozených vazeb a vztahů se spolužáky, asistent ve třídě přirozeně předchází možným negativním situacím, umožňuje práci ve skupině.

V hodinách TV může po dohodě s vyučujícím preventivně určovat činnosti, při nichž je možné a bezpečné žákově samostatné zapojení, v opačném případě volí alternaci (např. spolu se žákem jsou v roli rozhodčího).

V případech delší absence, například z důvodu pobytu v lázních, může třída pravidelně zjišťovat situaci svého spolužáka dopisováním, výletem, formou elektronické komunikace (skypování).

4

Žákovi s výraznými SVP, s vyšším stupněm PO pedagogové připraví společně se zákonným zástupcem a pracovníky SPC popis jeho potřeb, silných stránek a povahových vlastností, např. podle metody „Profil na jednu stránku“, zaměřené na sociální aspekt začleňování do třídního kolektivu.

Tvorby profilu se mohou účastnit i žákovi nejbližší kamarádi, což dává rodičům příležitost nabídnout zkušenosti a poznatky o tom, jak nejlépe podpořit jejich dítě a žákovi zase možnost, jak ovlivnit formu podpory, která je mu nabízena ze strany asistenta, pedagogů i spolužáků. Při jeho tvorbě lze využít aktivitu celé třídy, kdy např. všichni spolužáci napíší konkrétní ocenění žáka s TP.

5

U těžších forem onemocnění a těžkého TP je pro žáka podstatné umožnit mu prožívat kvalitu života ve spojení s jeho kmenovou třídou.

Pokud je žák delší dobu mimo třídní kolektiv, lze využívat některých forem kontaktů „na dálku“, krátkých zápisů toho, co se ve třídě událo nejen po stránce výuky, ale i v rámci vztahů, zážitků, radostí a starostí třídní komunity. Zájem o spolužáka lze podporovat ze strany pedagogů i rodiny, spolužáci se mohou ve vedení společných aktivit střídat, může vzniknout kruh přátel (metoda využívaná pro podporu pozitivních vztahů ve třídě), opravdový zájem o osudy spolužáka například v době jeho pobytu v nemocnici obohatí i jeho spolužáky a posílí celý kolektiv třídy.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Při tvorbě profilu na jednu stránku je nutné komunikovat a vše zapsat v jednoduchém jazyce, vystihnout to potřebné, co by měli žáci a pedagogové o konkrétním žákovi vědět – neskouzávat k formálnímu popisu diagnózy.

Nepřebírat aktivitu samotných žáků přílišným nastavením a řízením ze strany pedagogů, ale podpořit fázi tvorby společných pravidel, rituálů a pozitivních zvyků třídy.

Nepovažovat čas věnovaný vztahovým a sociálním dovednostem za zbytečný, nebrat nácvik sociálního chování jako méně podstatný v porovnání s potřebou výsledků v oblasti vědomostních předmětů. V dlouhodobé perspektivě je ovládání sociálních dovedností významným kritériem při rozvoji pozitivní atmosféry škol.



Chlapec se souběhem těžkého tělesného, zrakového a řečového postižení začleněn do ZŠ od 1. třídy. Pro úspěšný přechod na 2. stupeň školy bylo nutné znovu vysvětlit a nastavit efektivní formy spolupráce pedagogů, k tomu dopomohl vytvořený profil na jednu stranu, který vyšel ze spolupráce ŠPZ, rodiny, a školy. Díky profilu docházelo k průběžné výměně informací mezi pracovníky školy, suplujícími učiteli a učiteli, kteří dříve žáka neznali. Byly popsány účinné strategie práce se žákem, to, co se osvědčilo, napomáhalo i nadále v budování dobrých vztahů mezi žákem a jeho učiteli a spolužáky.

Například, jak mu nejlépe poskytnout podporu: „Když potřebuje odpočívat, sám si určí mimikou, pokud chce aktivně pracovat, sám si houkne.“

Potřebuje dílčí samostatné chvíle bez asistenta pedagoga: „Vložit mu tužku do ruky, snaží se sám zaškrtačovat.“

„Pokud si záměrně pokládá hlavu mimo vozík, je dobré si ho přestat všímat, chce být sám.“

„Pokud odvrací zrak, většinou se zlobí, odmítá pokračovat v činnosti.“

Čeho se vyvarovat: nesmí pracovat pod tlakem, při prožívání velkých emocí, i pozitivních, potřebuje oporu dospělého (klid, pohodu), nesnáší otírání obličeje utěrkou.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015.

ISBN 978-80-244-4454-3.

GILLERNOVÁ, Ilona a Lenka KREJČOVÁ. *Sociální dovednosti ve škole*. Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3472-9.

ROGERS, Vanessa. *Hry a aktivity pro zkoumání emocí: pro děti školního věku*. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-262-0920-1.

SANDERSON, Helen, SMITH, Tabitha a Liz WILSON. *Profil na jednu stránku ve škole: metodický průvodce*. Praha: Rytmus, 2012.

ISBN 978-80-903598-8-8.

VOPEL, Klaus W. *Skupinové hry pro život: pro děti od 6 do 12 let.* [Díl] 2, Uvolnění napětí. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-352-9. ■

4.12.5 JINÉ FORMY DOMÁCÍ PŘÍPRAVY NA VYUČOVÁNÍ

— Eva Čadová —

Základní funkce domácích úkolů a domácí studijní činnosti lze spatřovat jednak tradičně v upevnění školního učiva, čímž je sledováno směřování k formálním cílům vzdělávacího procesu, druhou, stejně významnou (ne-li významnější) funkcí je pak rozšíření vzdělávacích možností za hranice školního vyučování, tedy směřování k individuálním sebevzdělávacím cílům žáka a k rozvoji jeho potenciálu. Možnost individuálního cíleného zaměření domácích úkolů podle potřeb a zájmů dítěte s TP je nespornou předností této formy výuky. Je jedním z prostředků pedagogické součinnosti školy a rodiny. Může se stát účinným prostředkem motivace dítěte pro sebevzdělávání a zpětně vnáší do práce školy podněty z mimoškolního prostředí. Domácí úkoly však s sebou nesou také mnohé obtíže, které pak mohou být jedním z důvodů často se vyskytujícího formálního přístupu k této formě učební práce jak ze strany učitelů, tak ze strany žáků a jejich rodičů. Občas v nich bývá skryta tendence požadavku, aby se žáci s TP doučili doma to, co nezvládli ve škole.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Vhodně zadaný domácí úkol může nejen pomoci žákovi upevnit si učivo probírané ve škole, ale také si je propojit s dalšími informacemi, vědomostmi, zkušenostmi, a rozšířit si tak obzory na základě vlastních zájmů. Je třeba ale pamatovat na to, že žák s TP může být ze školy příliš vyčerpaný nebo musí ještě odpoledne realizovat další aktivity k podpoře svého zdravotního stavu (rehabilitace a různé terapie). Respektovat je třeba i to, že pokud je žák během výuky pomalý a nestihne standardním způsobem (jako jeho spolužáci) vypracovat všechny úkoly a cvičení, není možné mu je stejně standardním způsobem nechat doma dodělat a přidat mu k tomu ještě domácí úkoly, které dostávají ostatní. Pro žáky s TP nebo závažným onemocněním (a proto i zvýšeně unavitelné), je třeba upravit práci ve výuce a stejně tak i formu domácí přípravy, aby žáka nevyčerpávala, a přesto splnila obecné cíle domácí přípravy, mezi něž patří:

Důvody k zadávání domácích úkolů

DŮVODY K ZADÁVÁNÍ DOMÁCÍCH ÚKOLŮ:

- procvičování učiva (zejména v praktických souvislostech),
- rozvoj smyslu pro povinnost,
- rozvoj schopnosti žáků samostatně se učit,
- motivace žáka (nejen) pro nové učivo,
- zpětná vazba o tom, co žák zvládá a jak,
- rozvoj schopnosti organizovat čas,
- rozšíření kompetencí žáků (doplňkový cíl).

Domácí úkoly pojmáné jako dynamická součást vyučovacího procesu žáků s TP však vyžadují od učitele plánovitý postup s jasně vytyčeným cílem. Není třeba vždy zadávat jednotné domácí úkoly. Je třeba se zamyslet nad tím, zda forma úkolu není pro žáka obtížnější než obsah. To se týká především opisování zadání např. z učebnice (pro žáka s TP příliš zatěžující), práce s textem, který je souvislý, dlouhý a nestrukturovaný a žák se v něm nedokáže samostatně zorientovat (potřeba nahradit textem předpřipraveným). Vhodné je psaní úkolů přímo do počítače nebo využívání online cvičení (doporučených pedagogem) k opakování, případně může žák pracovat s podporou rodičů tak, že v rámci opakování si látky odpovídá ústně na dotazy rodičů (místo psaní odpovědí do textu) apod.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Opatření je realizováno v některých vyučovacích předmětech. Pedagog občas zadává žákovi odlišné domácí úkoly, než jsou zadávány ostatním žákům ve třídě. U těchto kategorií dospělá osoba pomáhá žákovi zejména s pochopením zadání (např. necháme žáka vlastními slovy formulovat zadání a kontrolujeme správnost pochopení). Je nutné respektovat aktuální zdravotní stav žáka a přizpůsobit tomu objem zadávaných domácích úkolů. Vzhledem k možným poruchám paměťových funkcí je při domácí přípravě důležitá forma učiva adekvátní typu paměti konkrétního žáka – audio-nahrávky, barevné rozlišení učební látky, schémata, využití obrazového materiálu, praktické situace apod.

3

Je třeba ve zvýšené míře respektovat aktuální zdravotní stav dítěte a přizpůsobit tomu objem zadávaných domácích úkolů a někdy i požadovaných výstupů. Častěji je třeba umožnit alternativní formu domácí přípravy (využití PC atd.). Modifikace domácích úkolů může mít následující formy: žák zpracovává domácí úkol ze speciálně vybraných učebnic, cvičebnic či pracovních listů, procvičuje si základní dovednosti, které nemá dostatečně rozvinuté a brání mu v osvojování dalšího učiva (např. ostatní žáci dostanou příklady z učebnice, dotýčný žák dostane cvičení zaměřená na nácvik představy číselné řady, na osvojování prostorové orientace, na grafomotoriku, rozvoj čtenářských dovedností apod.). Někdy je třeba využít možnost podpory pedagogickým pracovníkem – pedagogická intervence, podpora přípravy na výuku.

4

U žáků s rozsáhlejšími dopady postižení do výuky je nezbytné respektovat jejich aktuální zdravotní stav a přizpůsobit tomu objem zadávaných domácích úkolů a požadovaných výstupů. Požadavky se v tomto případě mohou výrazně lišit od požadavků na intaktní žáky. Nutné je pamatovat zejména na odlišnosti ve využívání učebních metod (např. globální čtení, sociální čtení, v případě závažnějších obtíží v oblasti dorozumívání pak např. používání piktogramů, jiných vizuálně komunikačních systémů). Domácí příprava bude soustředěna zejména na procvičování a udržení základních dovedností a znalostí.

Nezbytné bývá umožnit alternativní formu požadovaného výstupu (využití PC, tabletu atd.) a poskytnout delší časovou dotaci pro plnění domácích úkolů. Je možné využít možnost podpory pedagogickým pracovníkem – pedagogická intervence, podpora přípravy na výuku.

5

V případě žáků definovaných v tomto stupni se nemusí vždy jednat o klasickou domácí přípravu, ale spíše o procvičování a udržování režimových opatření, základních dovedností v oblasti sociálních dovedností (např. komunikace v případě využívání AAK – viz výše, rodina by měla dodržovat a využívat i v domácím prostředí shodnou komunikační metodu jako ve škole), je třeba pracovat na úrovni rozvoje zrakového, sluchového vnímání, sebeobsluhy, jemné a hrubé motoriky. U mladších žáků definovaných v tomto stupni je možné využít např. metody Portage. Nezbytné je umožnit alternativní formu požadovaného výstupu (využití PC apod.), minimalizovat objem zadávaných domácích úkolů, výstupy přizpůsobit aktuálním možnostem dítěte.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Především je třeba dát pozor na efektivní zatížení žáků domácími úkoly. V žádném případě není možné přesouvání učební činnosti ze školy domů (stále nepřekonaná tendence „vy-pomáhat si“ v případech, kdy se naplánované učivo nestihne probrat či procvičit ve škole, zadáním části školní učební práce jako domácího úkolu – „to si dokončete doma“).

Nedostatky spojené se zadáváním domácích úkolů v důsledku přispívají k vytváření negativního přístupu k domácím úkolům, potažmo k veškerým sebevzdělávacím aktivitám v mimoškolním prostředí. V žácích je posilován záporný vztah ke škole a k učení obecně.



Žák s těžkým TP, zvýšeně unavitelný, který ve škole pracuje s podporou asistentky pedagoga, navštěvuje 5. ročník běžné základní školy. Ve škole dostává předtištěné materiály, s paní asistentkou pracuje i na PC, kde se učí psaní na klávesnici počítače a při výuce využívá výukové programy. Při řešení domácích úkolů nemá dostatečnou podporu ze strany maminky, která nemá k dispozici PC a neumí anglicky. Na doporučení SPC škola zajistila pravidelné doučování anglického jazyka v rámci pedagogické intervence (místo domácí přípravy, která byla bez podpory neefektivní), notebook zakoupený na základě doporučení PO má chlapec možnost využívat i v domácí přípravě. Na PC má nainstalovány výukové programy a úkoly a cvičení, které vypracovává přímo do počítače, ukládá do složek. Domácí příprava je tak méně vyčerpávající (nemusí si tolik psát), je efektivnější (chlapec stihne více úkolů). Kromě toho škola pomohla mamince zajistit podporu při domácí přípravě z řad studentů střední školy, která je v místě bydliště dostupná a jejíž studenti docházejí na školu na praxi. Chlapec se připravuje více ústně, dialogickou metodou. Studijní výsledky žáka se zlepšily.



BĚLOHRADSKÁ, Jitka, Petr URBÁNEK a Jan SOLFRONK. *Problematika zatíženosti žáků základní školy domácí přípravou. Nové možnosti vzdělávání a pedagogický výzkum*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2001. ISBN 80-7042-181-9.

MAŇÁK, Josef. *Problém domácích úkolů na základní škole*. Brno: Masarykova univerzita, 1992. ISBN 80-210-0388-1. ■

4.12.6 ÚPRAVA PRACOVNÍHO PROSTŘEDÍ, STAVEBNÍ ÚPRAVY A BEZBARIÉROVOST

— Dana Dvořáčková —

Toto opatření spočívá v zajištění bezpečného pohybu tělesně postiženého žáka v prostorech školy a ve vytvoření ergonomicky vybaveného pracovního místa, v prostorovém uspořádání tohoto místa, vybavení speciálním nábytkem podle potřeb žáka. Opatření napomáhá bezpečnému pohybu a manipulaci se žákem také pedagogům a asistentům, pokud žák potřebuje asistenci druhé osoby (při pohybu, hygieně, sebeobslužných činnostech).

Úpravy prostředí snižují riziko úrazu žáka s TP i jeho spolužáků.

Opatření pomáhá žákům se zdravotním znevýhodněním (somatickým onemocněním) při dodržování léčebného režimu, aplikaci medikace, udržování hygieny apod.

Nově budované školy musí být dle platné legislativy řešeny bezbariérově ve všech prostorech přístupných žákům. Starší budovy tuto podmínku často nesplňují a bezbariérovost řeší až při nástupu žáka s TP. Jedná se zejména o stavební a technické úpravy přístupu ke škole, všech prostor školy, ve kterých se žák pohybuje, ale i o opatření organizační.

Každý žák tráví značnou část dne ve škole, většinou na pracovním místě. Zejména žák s TP by měl mít kvalitní a vhodný sedací nábytek, pracovní plochu, ale také možnost využívat kompenzační pomůcky a mít možnost odpočinku, relaxace.

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ

Před aplikací opatření je nezbytné mít dostatek informací o žákovi, jeho aktuálním zdravotním stavu, o jeho možnostech mobility, kompenzačních pomůckách, které využívá, o jeho individuálních potřebách. Hlavním zdrojem těchto informací je zákonný zástupce žáka, který poskytuje škole příslušné informace, zprávy a doporučení z odborných pracovišť. Při úpravě pracovního prostředí je třeba vždy vycházet z individuálních možností a potřeb daného žáka. Opatření je vhodné realizovat ještě před nástupem žáka do třídy, případně v co nejkratší době po jeho nástupu.

Je dobré mít na zřeteli, že zdravotní stav žáka i jeho motorické schopnosti se mohou v průběhu školní docházky měnit. V důsledku primárního onemocnění, léčby, operačních zákroků apod. může vyvstat potřeba změny podpůrného opatření. Je třeba také reagovat na přirozené somatické změny v důsledku růstu žáka (odpovídající velikost nábytku).

Ve školním prostředí se obvykle využívají tato opatření:

Organizační opatření

ORGANIZAČNÍ OPATŘENÍ

- Umístění třídy se žákem s omezenou mobilitou do přízemí, případně do nejnižšího možného patra, omezení stěhování třídy se žákem s omezenou mobilitou.
- Při sestavování rozvrhu brát v potaz dobrou přístupnost učeben, které bude žák využívat.
- Umožnit žákovi s TP přesuny v prostorách školy v době mimo přestávku (např. odchod na toaletu, do jídelny, přesuny mezi třídami) v době, kdy se po chodbách nepohybuje větší množství žáků).
- Doprovod žáka druhou osobou (pedagog) při přesunech v prostorách školy.
- Vyčlenění místnosti pro aplikaci medikace, aplikaci mastí, hygienu apod.
- Dopomoc určené osoby při některých činnostech – např. zvedání a sundávání židličky na/z lavici, přenášení tácu nebo talíře s obědem, těžších předmětů, aktovky apod.
- Poskytnutí druhé sady učebnic a zajištění prostoru pro její uložení ve škole (jedna sada pro domácí přípravu, druhá sada k dispozici ve škole).

Odstranění překážek, stavební úpravy

ODSTRANĚNÍ PŘEKÁŽEK, STAVEBNÍ ÚPRAVY

- Úpravy přístupové cesty ke škole (např. dostatečně široký chodník, obrubník u přechodu, v zimním období odstranění sněhu, případně posyp zledovatělého povrchu přístupové cesty v dostatečné šířce).
- Zajištění bezbariérového vstupu do školy (např. nájezdové rampy, pomocná zábradlí, využití jiného vchodu než hlavního).
- V případě potřeby zajištění vhodného parkovacího místa pro zákonné zástupce, přivázející do školy žáka s omezenou mobilitou.
- Odstranění architektonických bariér.
- Instalace výtahu, schodišťové plošiny.
- Úprava prostředí a odstranění případných překážek (např. uspořádání nábytku, zařízení zovacích předmětů apod.). Do tohoto opatření lze zařadit i úpravu ploch před školou v zimním období.
- Úprava šířky zárubní pro bezpečný vjezd osoby na vozíku.
- Úprava otevírání dveří (automaticky otevírané dveře, posuvné dveře, u toalet dveře otevírané ven).
- Vybavení prostor, které bude žák využívat, pomůckami zajišťujícími bezpečný pohyb a využití těchto prostor (např. madla, zábradlí, upravená toaleta, upravená sprcha, odkládací stolky, lehátka, zvedací zařízení, bidety, ruční sprcha na toaletě).
- Protiskluzové úpravy chodníku, podlahové krytiny bezpečné proti uklouznutí, odstranění rohožek, prahů a jiných překážek na podlaze.
- Úprava sociálního zařízení, umývárny, sprchového koutu.

- Zabezpečit dostatečný manévrovací prostor pro žáka mobilního s kompenzační pomůckou ve všech prostorách, které žák využívá (zejména ve třídě, na toaletě).
- Úprava dalších prostor, ve kterých se žák pohybuje (např. tělocvična, odborné učebny, šatny, jídelna).
- Dostatečné osvětlení prostor, kde se pohybuje tělesně postižený žák.
- Informační systém pro orientaci (např. označení výtahu, bezbariérových toalet apod.).

ÚPRAVA PRACOVNÍHO MÍSTA

Úprava
pracovního místa

- Organizace uspořádání třídy (např. umístění pracovního místa dle potřeb žáka, dostatečný prostor pro pohyb žáka z a na pracovní místo, dostatečný prostor pro manipulaci s imobilním žákem).
- Sezení žáka (např. výškově stavitelné židle, židle s područkami, ergonomicky tvarovaným sedátkem i opěradlem, sedací polštáře, rehabilitační židle, klíny, postranní opěrky, fixační pásy, podložky pod chodidla).
- Pracovní plocha (např. výškově stavitelné lavice, lavice s výkrojem na vozík, lavice s úhlově nastavitelnou pracovní deskou, větší pracovní plocha uzpůsobená případným kompenzačním pomůckám, ergonomickým pomůckám, PC).
- Možnost oddělení pracovního místa (např. paravánem pro individuální práci).
- Prostor na odkládání pomůcek (např. boxy, volně přístupné police, kapsáře, uzamykatelné skříňky).
- Prostor na osobní věci žáka.
- Prostor pro relaxaci a polohování (např. koberec, žíněnka, lehátko, polohovací vak, polštáře).
- Prostor pro aplikaci léků, mastí apod.
- Umístění didaktických kompenzačních pomůcek do blízkosti žáka (např. PC, tabule, tabulky...).

APLIKACE PODPŮRNÉHO OPATŘENÍ VE STUPNÍCH PODPORY

2

Aktuální zdravotní stav žáka vyžaduje podpůrná opatření, zpravidla ale dostačují opatření v oblasti organizační. Úpravy pracovního prostředí a organizační opatření vycházejí z aktuálních potřeb žáka, jeho aktuálního zdravotního stavu, případně doporučení ošetřujícího lékaře.

3

Charakter zdravotních obtíží a využívání kompenzačních pomůcek vyžaduje organizační opatření, úpravu pracovního prostředí, pracovního místa, případně úpravu dalších prostor školy, ve kterých se žák pohybuje. Patří sem i žáci se závažnějším somatickým onemocněním, jejichž speciální vzdělávací potřeby vyžadují úpravu pracovního prostředí, pracovní plochy žáka, případně vyčlenění další místnosti, prostoru k zajištění potřebných léčebných opatření. Žák je často vzděláván s podporou asistentem pedagoga, který mu pomáhá i při přesunech v rámci školy i třídy.

4

Žák je obvykle mobilní s podporou asistenta pedagoga. V bezbariérovém prostředí spočívá opatření zejména v organizačních opatřeních a v úpravě pracovního místa. K zajištění mobility v bariérovém prostředí je potřebné také odstranění překážek, případně stavební úpravy. Je třeba je upravit pracovní plochu žáka, případně vyčlenit další místnosti nebo prostor k zajištění potřebných léčebných opatření.

5

Koho se především týká: žák s těžkým tělesným postižením, se souběžným postižením více vadami, se závažným somatickým onemocněním. Žák je obvykle imobilní, případně mobilní jen s asistencí druhé osoby. Vzdělávání je realizováno zpravidla ve školách zřízených podle § 16 odst. 9 zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), v platném znění. Nezbytné je vytvoření bezbariérového prostředí, úprava pracovního prostředí i dalších prostor využívaných žákem.

V obzvlášť závažných případech je vzdělávání realizováno v domácím prostředí.

NA CO JE NUTNÉ DÁT POZOR

Stavební úpravy je třeba řešit ve spolupráci se zřizovatelem. Technické požadavky na stavební úpravy prostor řeší příslušné vyhlášky. V případě větších stavebních úprav je třeba vypracování projektové dokumentace. Realizace větších stavebních úprav může být časově náročná a hrozí riziko, že nebude dokončena před nástupem žáka do školy. Realizace některých stavebních úprav může být komplikovaná technickým stavem nebo památkovou ochranou školních budov.

I malé schodky, nerovnosti terénu, prahy, které zdravý člověk ani nevnímá, mohou být pro žáka na vozíku nebo s francouzskými holemi nepřekonatelnou překážkou. Je třeba mít na zřeteli, že žák na vozíčku má horizont pohledu níže než stojící žák. Žák na vozíčku nebo s narušenou jemnou motorikou rukou může mít problém dosáhnout do zadní části pracovní plochy, do horních polic apod.

Každá porucha hybnosti (případně onemocnění) může přinášet další komplikace v oblasti smyslového vnímání, řeči apod., při úpravě prostředí je třeba přihlížet i k nim.

Úprava prostředí často není jednorázovou záležitostí. Je třeba zohledňovat růst žáka, změnu jeho tělesné konstituce i zdravotního stavu a prostředí upravovat dle jeho aktuálního stavu.

Může dojít k tomu, že žák s menším stupněm postižení se nechce odlišovat od svých spolužáků používáním jiného vybavení, může odmítat např. speciální židli, lavici apod. Je třeba, aby pedagog s tímto tématem citlivě pracoval se žákem i třídním kolektivem.



Žák potřebuje pro aplikaci medikace ve zvýšené míře dodržování hygieny a uložení zdravotního materiálu. Škola žákovi poskytla klíč od toalet učitelského sboru a umístila zde uzamykatelnou skříňku, kterou mohl používat pro ukládání potřeb.

Umožnit zákonnému zástupci zajišťovat autem na jinak nepřístupný dvůr a využívání bočního vchodu, kterým se žák dostane do mezipatra školy, a nemusí tak překonávat schody před vstupem do školy.

Pedagog si na kancelářské kolečkové židli zkusí projet všechny prostory školy, kde se bude žák na vozíku pohybovat, aby identifikoval případná problematická místa.



ČADOVÁ, Eva a kol. *Metodika práce asistenta pedagoga při aplikaci podpůrných opatření u žáků s tělesným postižením nebo závažným onemocněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015.

ISBN 978-80-244-4454-3.

FILIPIOVÁ, Daniela. *Projektujeme bez bariér*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002. ISBN 80-86552-18-7.

ZIKL, Pavel. *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole: komplexní péče, léčebná rehabilitace ve škole, polohování, pomůcky pro děti s tělesným postižením*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3856-7. ■

Slovníček pojmů

AFÁZIE – porucha způsobená poškozením určitých oblastí mozku. Jedná se o získané postižení řečových dovedností v době, kdy už byla řeč rozvinuta. Člověk může například po cévní mozkové příhodě, úrazu či operaci hlavy přijít o schopnost mluvit, rozumět řečenému, opakovat slova, pojmenovávat věci nebo číst, psát či počítat. Afázie může být chápána také jako porucha schopnosti jazykové produkce a percepce, projevující se rozmanitými obtížemi v porozumění, v produkování řeči, čtení nebo psaní.

ACHONDROPLAZIE – geneticky vázané vrozené onemocnění. Častěji postihuje mužské pohlaví. Porucha tvorby kostí ovlivní růst kostí do délky, ty jsou nápadně krátké, zakřivené, avšak normálně široké. Nejčastěji jsou postiženy kosti končetin. Porušen je růst kostí do délky. Disproporční růst je patrný již po porodu. Dítě má krátké prsty, kyfotickou páteř, nápadně vyklenuté čelo. Krk je krátký, téměř neznatelný. Porucha růstu pokračuje po narození a výsledkem je disproporcionální trpaslictví. Dosažená výška je cca 120 až 130 cm. Psychomotorický a pohlavní vývoj není postižen. V současné době díky ultrazvukovému vyšetření plodu lze tuto vývojovou vadu včas odhalit a těhotenství ukončit.

ANAMNÉZA – také předchorobí, z řeckého pojmu anamnesis = rozpomínání, vzpomnutí. Jedná se o soubor údajů (informací), které slouží k posouzení zdravotního stavu pacienta

a bližší analýze jeho stavu. Většinou probíhá formou rozhovoru lékaře a pacienta (jde o přímou anamnézu), který začíná krátkou informací o současných subjektivně vnímaných obtížích nemocného, zahrnuje údaje o prodělaných nemocech (jde o anamnézu osobní, AO), rodičů a sourozenců (jde o anamnézu rodinnou, AR), dále mohou být součástí údaje o sociálním zázemí pacienta. Pořadí jednotlivých částí a rozsah informací se obvykle řídí zvyky oboru a konkrétního pracoviště.

ANARTRIE – vážná porucha artikulace (vyslovování), poškozená až nesrozumitelná výslovnost, porucha článkování řeči, vynechávání hlásek a jejich přeskupování při normálním chápání významů mluvy.

ANXIETA – stav úzkosti. Tento stav bývá spojen s pocitem ohrožení, s nespavostí, dráždivostí, poruchami libida, poruchami koncentrace a často je doprovázen vegetativními tělesnými příznaky, jako je například hyperventilace, zkrácení dechu, poruchy čítí, pocení, zrychlená srdeční akce, průjem, častější močení, rudnutí či blednutí a podobně.

ASFYXIE – nedostatek kyslíku, který má za následek dušení. Nastane-li takový stav před porodem, během porodu či bezprostředně po porodu, může dojít k nevratnému poškození mozku novorozence. Asfyktický novorozenec je cyanotický, až bledý, nedostatečně dýchá, má sníženou srdeční frekvenci nebo nepřítomnou srdeční akci, snížené svalové napětí, malou, až chybějící reakci na podráždění. Pokud není včas zahájena resuscitace a adekvátní intenzivní péče, dojde vlivem nedostatku kyslíku k destrukci mozkových struktur. Výsledkem může být dětská mozková obrna, v krajním případě úmrtí novorozence.

ASTMA – onemocnění dýchacích cest, při kterém dochází k dlouhodobému zánětu sliznic v dýchacím ústrojí, což postupem času vede ke ztíženému dýchání či k dechové nedostatečnosti. Podstatou potíží je otok sliznic dýchacích cest spojený s nadměrnou tvorbou hlenu a zúžením průsvitu dýchacích cest. Astma je součástí atopických onemocnění, k nimž řadíme ještě ekzém a sennou rýmu. Atopie znamená, že člověk, respektive jeho sliznice reaguje na vnější podněty nadměrnou reakcí.

AUGMENTATIVNÍ A ALTERNATIVNÍ KOMUNIKACE se pokouší přechodně nebo trvale kompenzovat projevy poruchy a postižení u osob se závažným postižením řeči, jazyka a psaní. Augmentativní (z lat. augmentare = rozšiřovat) systémy komunikace mají podporovat již existující, ale pro běžné dorozumívání nedostatečné komunikační schopnosti. Alternativní komunikační systémy se používají jako náhrada mluvené řeči.

BAZÁLNÍ STIMULACE – koncept podpory, péče a vedení těžce nemocných osob či lidí s postižením s narušenou schopností vnímání, komunikace a pohybu. Cílem bazální stimulace je podpora individuálního vývoje těchto osob. Koncept, který se stal uznávaným v mnoha evropských zemích a je používán v oblasti speciální pedagogiky a v oblasti ošetrovatelství, vyvinul speciální pedagog Andreas Fröhlich při práci s tělesně a mentálně postiženými dětmi.

CELIAKIE – chronické autoimunitní onemocnění sliznice tenkého střeva způsobené přecitlivělostí na lepek obsažený v některých obilovinách. Celiakie může vést k těžké podvýživě, průjům, vzniku osteoporózy nebo zvýšenému riziku maligních nádorů.

V současnosti je tato choroba nevyléčitelná, dodržováním bezlepkové diety je ale možné potlačit její příznaky.

CYSTICKÁ FIBRÓZA – u nás jedno z nejčastějších dědičných onemocnění, s přibližným výskytem jedno na tři tisíce novorozenech dětí. Onemocnění postihuje dýchací a zažívací systém postižených jedinců a je charakteristické tvorbou abnormálně hustého hlenu v těchto orgánech. Cystickou fibrózou, starším názvem mukoviscidózou, onemocní bez rozdílu jedinci mužského i ženského pohlaví. Je to onemocnění, které se i přes intenzivní inhalační a rehabilitační léčbu, kterou je nutné provádět několikrát denně, s rostoucím věkem zhoršuje. Mezi hlavní problémy pacientů s cystickou fibrózou patří náchylnost k infekcím dýchacích cest, porucha vstřebávání živin a vlivem nedostatečné funkce slinivky břišní i projevy cukrovky prvního typu z nedostatečné tvorby inzulinu.

DEPRIVACE – latinského slova privo = zbavit, ve své české podobě vznikl tento termín pravděpodobně odvozením od anglického slovesa deprive = odepřít (něco někomu). Jde o dlouhodobý nedostatek (nedostatečné uspokojení) tělesných či psychických potřeb jednotlivce.

DĚTSKÁ MOZKOVÁ OBRNA (DMO) – neurovývojové postižení dítěte v důsledku poruchy vývoje mozku během těhotenství, při porodu a v prvních měsících života. Při DMO dochází ke špatnému vývoji nebo poškození motorických (hybných) oblastí mozku, a to má za následek nedostatečnou kontrolu hybnosti a vadné držení trupu a končetin. DMO se začne projevovat už v prvních měsících nebo rocích života. Existuje DMO získaná a vrozená. Základem léčby DMO je rehabilitace, ale vyléčitelná není.

DIABETES MELLITUS neboli cukrovka – autoimunitní onemocnění projevující se poruchou metabolismu sacharidů. Diabetes se dělí na dvě formy – 1. typu a 2. typu. Děti postihuje častěji diabetes 1. typu, kdy slinivka břišní přestane vyrábět inzulin. Léčba diabetu spočívá v podávání inzulinu, dodržování dietních opatření a fyzické aktivitě.

DIFERENCIACE – nedílnou součástí pojetí školního vzdělávání je diferenciací žáků, tedy jejich seskupování podle různých proměnných kritérií, a tím vytváření podmínek pro úspěšné učení každého jedince. Zvláště důležitá je diferenciací vnitřní, tedy diferenciací žáků ve třídě. Ta respektuje rozmanitost osobnosti, individualitu, kapacitu i momentální výkonnost žáka. V rukou učitele je nástrojem k odhalování a uplatňování rozdílných vzdělávacích přístupů a metodických postupů, vytváření speciálních úkolů zaměřených na individuální schopnosti a zájmy žáka.

DISABILITA – z angličtiny disability, tj. nezpůsobilost, handicap. Znamená omezení, až znemožnění některých fyzických, psychických nebo sociálních funkcí a činností jedince, například kvůli nějakému onemocnění či jinému znevýhodnění.

DYSARTRIE – narušení artikulace jako celku, je úzce spojena s obtížemi v dýchání, tvorbě hlasu, v artikulačním procesu i v melodičnosti řeči. Jde o poruchu neurologického původu, která vzniká v důsledku ochrnutí, slabosti nebo poruchy koordinace svalstva podílejícího se na tvorbě řeči.

DYSFÁZIE – vývojová dysfázie je specificky narušený vývoj řeči, projevující se ztíženou schopností nebo neschopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro rozvoj řeči jsou přiměřené. Vzniká jako následek poruchy centrálního zpracování řečového signálu. Postižení je tím lokalizováno do centrální sluchové oblasti řečových center. Postižení CNS je tedy spíš difuzní, ne ložiskové. Zasahuje celou centrální korovou oblast a podle vážnosti postižení se pak manifestuje různou hloubkou příznaků. Projevuje se širokou symptomatikou včetně výrazně nerovnoměrného vývoje celé osobnosti. Podle hloubky postižení se pak manifestuje různě širokou škálou i hloubkou příznaků, od dysfatické symptomatiky po úplnou nemluvnost. Dysfatický vývoj ovlivňuje i vývoj osobnosti dítěte, jeho citovou, motivační a zájmovou sféru, postavení v rodině, širší psychosociální začlenění i budoucí profesní orientace

DYSLALIE – porucha artikulace hlásky nebo skupiny hlásek se nazývá dyslalie. Je to nejznámější porucha řeči, která se projevuje nejčastěji v dětském věku, ale může přetrvávat i do adolescence nebo do dospělosti. Hlásky může být nesprávně tvořena, vynechávána ve slabikách nebo slovech nebo může být také zaměňována za hlásku jinou. Jedná se tedy o sníženou schopnost využívat nebo tvořit některé hlásky mateřského jazyka podle jazykových norem.

DYSMELIE – porucha zárodečného vývoje končetin (chybění části končetin při narození). Příčinou dysmelie mohou být nově vzniklé mutace genů, ale i toxické postižení plodu, jako tomu v minulosti bylo například u sedativního léku Talidomid, který byl podáván i v těhotenství. Příčinou mohou být také některá virová onemocnění v prvním trimestru těhotenství. Pečlivé pravidelné sledování a vyšetřování těhotné, důsledné vyhýbání se toxickým látkám (a to zdaleka nejsou jen léky, ale mimo jiné i alkohol a jiné návykové látky) je prevencí toho, aby se narodilo dítě s takovou vadou vývoje končetin.

DYSTONICKO-DYSKINETICKÝ SYNDROM je jedna z forem dětské mozkové obrny (DMO). Tato forma tvoří kolem deseti procent případů dětských mozkových obrn (DMO). Základní rizikové faktory pro vznik jsou hypoxie (před produktem a kolem porodu) a hyperbilirubinemie (zvýšená hladina žlučových barviv u novorozence, vznikající v tomto případě ve spojení s hypoxií a nezralostí). U pacientů dochází ke střídání svalového napětí. Můžeme pozorovat abnormální pohyby nebo postury, základní poruchou je tedy neschopnost organizovat a správně vykonat volní pohyb, koordinovat automatické pohyby a udržet posturu. Nejčastěji se tato forma vyvíjí z hypotonického syndromu a abnormální pohyby se objevují až mezi pátým a desátým měsícem věku. Děti mají tendenci k opistotonu. Plně rozvinutý klinický obraz s dyskinezemi se objevuje v průběhu prvního až třetího roku věku dítěte. Mimovolní pohyby končetin, nedostatečná kontrola trupu, která brání rozvoji stoje a chůze, postižení orofaciální koordinace rušící schopnost mluvit. Jsou zjevné obtíže s výslovností a artikulací. Jen malá část dětí s DMO dosáhne schopnosti samostatné chůze. Při každém pokusu o pohyb se objevuje grimasování a neúčelné pohyby, při emočních podnětech se dyskineze zvyrazňují. Značným problémem je nadměrné slinění. Mentální schopnosti jsou většinou v normě. Problémem je jemná motorika, například psaní. Rozvoj epilepsie je vzácný. Časté jsou zrakové vady – jedna třetina dětí šilhá, může se připojit porucha sluchu.

EDUKAČNÍ INTERVENCE – cílená odborná výchovná a vzdělávací optimalizační opatření.

ECHOLALIE – opakování celých slov a slovních spojení pronesených druhou osobou, ale bez porozumění obsahu – takzvané papouškování. Vyskytuje se u některých duševních onemocnění (schizofrenie), u některých afází nebo u duševně zaostalých jedinců. Jako součást vývoje řeči je běžná v rané fázi dětství. Četné echolalie se vyskytují také u jedinců s poruchou autistického spektra.

EPILEPSIE – záchvatovité onemocnění mozku, které může být vrozené nebo získané. K léčbě epilepsie se užívají režimová opatření, podávání antiepileptik a u těžkých a sekundárních epilepsií připadá v úvahu i chirurgické řešení.

FENYLKETONURIE – metabolické onemocnění, vrozená porucha látkové výměny způsobená neschopností těla štěpit aminokyselinu fenylalanin na tyrosin. Bez aktivního vyhledávání se onemocnění zjistí až v době nenávratného poškození mozkových funkcí dítěte. Proto se provádí screening – plošné vyhledávací vyšetření z kapky krve novorozence. Výsledky zpracovávají centrální laboratoře a v případě podezření na tuto nemoc je dítě znovu vyšetřeno. Pokud se podezření potvrdí, je dítě ihned léčeno. Jedinou účinnou léčbou je přísná nízkobílkovinová a nízkofenylalaninová dieta, která je nutná právě v dětském věku, a přísná dieta v období těhotenství, jež umožní snížit vysoké hladiny fenylalaninu v krvi, která přechází do dělohy. Tím se předejde výše zmíněnému poškození mozku a dalším vadám plodu.

GENETICKÝ – dědičný, vývojový.

GYMNASTIKA MLUVIDEL – řada cviků pro rozvoj motoriky mluvidel k získání citu pro polohu a pohyb u jednotlivých hlásek. Zaměřuje se na jednotlivé řečové orgány, jako jsou rty, dolní čelist, jazyk a měkké patro, jejich pohyblivost a polohování. Cviky respektují vývojové hledisko a jsou metodicky uspořádány od jednodušších ke složitějším. To znamená od pohybů větších částí mluvidel k jemně rozlišeným a koordinovaným pohybům jen některých svalů či svalových skupin.

HEMOFILIE – vrozené onemocnění projevující se poruchou srážlivosti krve, což se navenek projevuje chorobnou krvácivostí – krevními výrony do svalů či kloubů a omezenou schopností organismu zastavit krvácení. Hemofilie postihuje pouze osoby mužského pohlaví, ale ženy jsou nositelkami vadného genu. Léčba se provádí podáváním srážecích faktorů získaných z krevní plazmy a léků zastavujících opětovné rozpouštění již sražené krve.

HANDICAP (HENDIKEP) – nevýhoda (znevýhodnění) jako důsledek zdravotního postižení, které omezuje člověka v běžných životních úkonech, ztěžuje jeho výkonnost, dosahování vzdělávacích i společenských cílů, narušuje sociální vztahy a kvalitu života. Společenské podmínky, v nichž jedinec s handicapem žije, mohou míru znevýhodnění snížit vhodnou úpravou prostředí, které poskytne dostatek příležitostí k naplňování různých potřeb postiženého jedince.

HETEROGENITA neboli různorodost – frekventovaný pojem v oblasti speciální pedagogiky, kde se jedná o zařazení jedince s postižením do sociální skupiny nebo do sociálního (nejčastěji školního) prostředí. Heterogenní skupina je tvořena z jedinců rozdílných schopností, různé úrovně dosaženého vzdělání a sociálních dovedností a uplatňuje se ve školách s integrovanými žáky.

HYDROCEFALUS – nahromadění mozkomíšního moku v nitrolebním prostoru.

HYPERAKTIVITA – fyzický stav projevující se abnormální aktivitou, impulzivností, vznětlivostí.

HYPERPROTEKTIVNÍ – v určitých situacích neadekvátně a nadměrně ochraňující, hýčkající, rozmazlující.

HYPOAKTIVITA – snížená (menší) tělesná aktivita, tělesná inaktivita (nečinnost).

CHROMOZOM – struktura v buněčném jádře, v níž je zapsána dědičná informace. Jedná se v podstatě o dlouhý kus speciálně seskupené DNA.

IMOBILITA – nepohyblivost, nehybnost, neschopnost se hýbat.

IDENTITA – schopnost jedince vnímat sám sebe, chápat svou svébytnost, smysl své existence, stejnost, shodnost, rovnost i totožnost jako člena lidské společnosti. Těž sebe-pojetí jedince, které se vytváří v sociálních interakcích v průběhu života a vyjadřuje jeho postoje a očekávání vůči sobě samému. V důsledku zdravotního postižení bývá identita člověka narušena.

INZULINOVÁ PERA – nástroje pro pacienty s diabetem určené k aplikaci inzulínu. Umožňují jednoduchou a prakticky nebolestivou aplikaci. V současné době je možné volit mezi takzvaně předplněnými pery, která již obsahují inzulín v zataveném aplikátoru, nebo pery, do kterých se vkládají ampule s inzulínem.

INZULINOVÁ PUMPA – novější druh inzulínového aplikátoru, který umožňuje častější aplikace inzulínu ve spojení s trvalým, kontinuálním podáváním. Jinými slovy systém bazál-bolus. Inzulín se aplikuje pomocí setu, který má po 24 hodin pacient injikován do podkoží. Současné inzulínové pumpy ale zatím nedokážou samy reagovat na hladiny krevního cukru. Pacient musí sám vyhodnotit tato data a podle toho usměrnit nastavené dávkování inzulínu. Přesto je inzulínová pumpa nástrojem, jak zlepšit kompenzaci diabetu v situaci, kdy není aplikace ve čtyřech dávkách pomocí klasických per dostatečně účinná.

KABATOVA METODA – je založena na vedení pohybu v úhlopříčném směru s rotací. Tedy tak, aby docházelo k co největšímu dostředivému pohybu kloubních ploch. Vedení pohybu podporuje protažení svalů – to právě pacienti se spinální muskulární atrofií potřebují. Zapojují se svaly celého těla, což je velmi žádoucí.

KOMPENZACE – soubor speciálněpedagogických metod a postupů zaměřených na zdokonalování výkonnosti jiného orgánu a jeho funkce, než je oblast postižená.

Kompenzace pomáhá jedinci vyrovnávat se s omezením výkonu v dané oblasti zvýšením funkce jiného orgánu (například rozvíjení sluchového vnímání při postižení zraku). Kompenzační metodické postupy soustavně podporují výkonnost neporušených funkcí, které se stávají náhradou za funkci porušenou či zcela vyřazenou.

KOMUNIKACE – jedna z nejběžnějších, zároveň i nejobtížnějších dovedností v lidském životě, která slouží k dorozumívání mezi lidmi. Dorozumívání a dorozumění je předpokladem vzájemného pochopení, spolupráce, soužití. Komunikace má mnoho forem, probíhá od prvních chvil života a rozvíjí se po celý život v různých situacích. V běžné komunikaci jde o sdělování informací, poznatků, zkušeností, problémů, prožitků apod. a zároveň o porozumění, pochopení toho druhého, porozumění tomu, co od nás žádá, jaké jsou jeho potřeby i priority. Komunikace nejčastěji probíhá pomocí řeči, důležitá je též mimika, gesta, síla a zabarvení hlasu, postoj i celkové chování člověka (tedy takzvaná řeč těla).

KONCEPT MANŽELŮ BOBATHOVÝCH – vychází z pozorování chování lidí s centrálně podmíněnými poruchami motoriky, které se projevují silným svalovým napětím a nižšími svalovými reflexy. Není to klasická metoda, ale ucelený komplexní přístup k pacientovi, jenž zahrnuje čtyřicetihodinovou péči terapeutů a členů rodiny.

KOORDINACE – probíhá na různých úrovních. Pro osoby se zdravotním postižením je důležitá koordinace služeb, tedy složky zdravotně-léčebné, rehabilitační, vzdělávací, psychologické, pracovní a sociální. Integrace žáků se zdravotním postižením v běžné škole se neobejde bez koordinace poskytované podpory ze strany školy, mimoškolních organizací a rodiny.

KOREKCE VÝSLOVNOSTI – vede k vytváření a nácviku správné výslovnosti. Působí preventivně proti upevnění narušené komunikační schopnosti a nesprávného řečového vývoje u dětí. Rozvíjí slovní zásobu dětí, zlepšuje jejich vyjadřovací schopnosti, zabývá se smyslovým vnímáním, přispívá k rozvoji motorické dovednosti, a tím i k obratnosti mluvidel. Je součástí logopedické péče.

KVALITA ŽIVOTA – soubor různorodých podmínek materiálních i duchovních, důležitých pro zdravý a spokojený život. Závisí jak na vnějších podmínkách prostředí, v němž jedinec žije, tak i na vnitřních podmínkách jeho osobnosti. Znakem kvality života je různorodost a zároveň komplexnost faktorů, které ji ovlivňují v různých etapách života. Zdravotní postižení nemusí být vždy provázeno snížením kvality života. Sami lidé se zdravotním postižením ji často nepovažují ve srovnání s ostatními za horší. Ke zvyšování kvality života zdravotně postižených dětí je nutná podpora všech jejích složek, zvláště pak rovnocenný přístup ke vzdělávání, v pozdějším věku k pracovním i společenským příležitostem. Kvalita života je významným kritériem při hodnocení zdravotních, sociálních i vzdělávacích intervencí u osob se zdravotním postižením.

LEUKEMIE – zhoubné onemocnění krvevotvorby. Nádorový proces postihuje bílé krvinky (leukocyty), které se začnou nekontrolovatelně dělit a narušují normální funkce krve (transport kyslíku, krevní srážení, imunitní funkce). Léčba závisí na tom, o jaký typ leukemie se jedná a jak dlouho trvá. Zahrnuje chemoterapii, ozařování a transplantaci

kostní dřeně. Přesto někdy není úspěšná a onemocnění končí úmrtím. Mezi dětmi jsou leukemie vůbec nejčastějším nádorovým onemocněním.

LOGOPED – zabývá se diagnostikou a terapií vad řeči a komunikačního procesu, a to především u dětí. Spolupracuje s rodiči a také se školskými zařízeními.

MAKATON – jazykový program, který poskytuje základní prostředky komunikace a podněcuje jak rozvoj mluvené řeči, tak i porozumění pojmům u dětí a dospělých s komunikačními problémy, s obtížně srozumitelnou řečí nebo neschopností verbálního vyjadřování (nejčastěji u jedinců s mentálním postižením, sluchovým postižením, autismem či kombinovanými postiženími). Jako primární prostředek komunikace podněcuje rozvíjení jazyka, přispívá též k rozvoji čtenářských dovedností. Využívá speciální znaky pocházející většinou z přirozeného znakového jazyka neslyšících a doplněné mluvenou řečí a symboly. Při počátečním užívání jazykového programu Makaton je vhodné používat současně znaky i mluvenou řeč.

MENINGITIDA – zánět mozkových blan. Rozlišujeme dva druhy tohoto zánětu: jednak hnisavý, bakteriální, a jednak nehnisavý, virový. Představitelem hnisavého zánětu mozkových blan je například meningokoková meningitida. Představitelem virového zánětu je například zánět způsobený klíštětem. V obou případech jde o zánět mozkových obalů, který se projeví bolestmi hlavy, horečkami a neurologickými příznaky. Hnisavý zánět mozkových blan probíhá velmi rychle a zánět se rozšíří do celého těla. Pacienta záhy ohrožuje přímo na životě. Ani virový zánět ale není bez rizik. Po tomto zánětu mohou různé dlouho přetrvávat neurologické potíže, jako jsou obrny.

MENINGOMYELOKÉLA – stav, kdy mozkové pleny vyhřezávají skrz rozštěp kostěného obalu, nejčastěji v oblasti dolní části páteře, někdy s hromaděním likvidu, pak se jedná o meningocystokélu. Tato vrozená vada by měla být zachycena v rámci sonografických vyšetření v těhotenství. V současné době se tak děti s touto vrozenou vadou, která limituje jejich přežití a může velmi komplikovat porod, rodí jen zcela vzácně.

MORBUS CALVE-LEGG-PERTHES – idiopatické onemocnění kyčelního kloubu, způsobené poruchou prokrvení proximální epifýzy femuru. Osifikační centrum hlavičky kosti stehenní podlehne nekróze, je resorbováno a postupně přestavěno v živou kost. Nekrózou, která postihuje převážně chlapce ve věku od 5 do 8 let s variační šíří 2–15 let, může být postižena celá epifýza i s přilehlou částí metafýzy a růstové ploténky, častěji se však jedná o parciální postižení hlavičky. Výsledkem může být buď plně anatomicky i funkčně normální kyčelní kloub, nebo lehčí či závažnější deformita, omezující v různé míře pohyb v postižené kyčli, tělesnou výkonnost a vedoucí k vývoji časně artrózy.

MUKOPOLYSACHARIDÓZA – metabolické onemocnění, vrozená porucha látkové výměny, způsobená neschopností těla štěpit látky mukopolysacharidy. Mukopolysacharidy tvoří mezibuněčnou hmotu v pojivových tkáních. Při poruše jejich štěpení dochází k vážným poruchám funkce kloubů, srdečních chlopní, rohovky. Mukopolysacharidóza vede často k poruše růstu dítěte, neprospívání, zvětšení jater a sleziny. Neprospívající dítě má nápadně velké břicho a jeho psychomotorický vývoj se opoždí. Jedinou možností léčby jsou speciální dietní opatření a výživové doplňky.

MULTISENZORIÁLNÍ PŘÍSTUP – současné působení na více smyslů, na jehož základě vznikají speciální pedagogické metody využívané při vyučování žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Uplatňuje se zvláště v oblasti komunikace. Dětem jsou nabízeny podněty a vjemy, které pokrývají celou škálu jejich možností vnímat a osvojovat si poznatky přiměřeně jejich věku a zkušenostem. Díky tomuto přístupu mohou děti využívat více možností zapamatování, učí se rychleji a učivo si lépe zapamatují. Multisenzoriální přístup se uplatňuje také při výuce cizích jazyků.

OBSTRUKCE – zamezení průchodnosti dutým trubicovým orgánem. Může ji vyvolat cizí těleso, nádor, hlen, zúžení ústí. O obstrukci dýchacích cest mluvíme u vdechnutí cizího tělesa nebo při infekčním zánětu dýchacích cest či astmatické dušnosti. Obstrukci močových cest může způsobit močový kámen nebo vrozené zúžení. V trávicím systému může jít o překážku způsobenou zúžením nebo poruchou vyprazdňování střev. Obstrukci žlučových cest zapříčiňují žlučníkové kameny. Snaha organismu překážku překonat se většinou projevuje bolestí, v případě obstrukce dýchacích cest je spojena s dušností.

OROFACIÁLNÍ – týkající se oblasti úst a obličeje. Například infekce horních dýchacích cest se projevují zduřením mizních uzlin v orofaciální oblasti.

PALIATIVNÍ PÉČE – komplexní, aktivní a na kvalitu života zaměřená péče poskytovaná pacientům, kteří trpí nevyléčitelnou, smrtelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu. Nabízí účinnou pomoc k naplňování ideje důstojného a kvalitního života až do jeho konce. Jejím nástrojem je odborná léčba příznaků provázejících umírání a účinná léčba bolesti. Poskytuje také útěchu rodině v průběhu onemocnění jejího člena i v období smutku po jeho smrti. Uskutečňuje se nejčastěji ve speciálních zařízeních – hospicích.

PAROXYSMÁLNÍ – záchvatovitý, odvozeno od latinského výrazu paroxysmus = záchvat. Například u dětí se setkáváme s poruchou srdečního rytmu, která se nazývá paroxysmální tachykardie. Jde o záchvaty bušení srdce, které spontánně ustupují, ale při větší intenzitě mohou pacienta přímo ohrozit na životě. Léčba spočívá v kardiokirurgickém zákroku, přetěti vláken, ze kterých se vzruch ve svalovinu srdeční šíří. Operace se provádí katetrizační metodou. Existuje také paroxysmální migréna nebo paroxysmální vertigo – záchvaty poruchy rovnováhy.

PARTICIPACE – účast osob na určitém procesu, podíl na rozhodování, řízení, postupech a jiných aktivitách směřujících ke společně stanovenému a akceptovanému cíli. V oblasti vzdělávání je důležitá aktivní participace žáků na procesu výuky, jejíž formy se mění v závislosti na stupni a druhu školy i na samotném klimatu třídy. Jedním z cílů speciálněpedagogické intervence je zvyšování participace zdravotně postižených žáků na vlastním vzdělávání a na aktivitách školy. Podobně participace rodičů významně ovlivňuje jejich vztah ke škole a úspěšnost vzdělávacího procesu. Participace rodičů zdravotně postižených žáků přispívá k dosažení pozitivních výsledků integrativního způsobu vzdělávání.

PERORÁLNÍ PODÁNÍ – podání léku ústy (orálně, per os, p. o.). Perorálně lze podávat pouze takové léky, které nejsou v zažívacím traktu nežádoucím způsobem rozkládány

a které se ze zažívacího traktu dostatečně vstřebávají (výjimkou jsou léky – např. antibiotika, určené pro léčbu nemocí střeva, kde může být výhodou, že se lék nevstřebává).

PIKTOGRAM – grafický znak (stylizovaný obrázek) znázorňující určité sdělení. Většinou jde o malé a srozumitelné nákresy věcí. Piktogramy se běžně používají na veřejných místech, budovách i v tištěných materiálech s cílem umožnit lidem rychlou orientaci všude tam, kde by se slovní vyjádření mohlo stát překážkou k porozumění, například v dopravě, v nemocnicích apod. Pomocí piktogramů lze předávat i různé instrukce, příkazy a varování. Při edukaci dětí se zdravotním postižením patří mezi formy alternativní a augmentativní komunikace. S jejich pomocí mohou děti s narušenou komunikační schopností sdělovat své pocity a potřeby a aktivně se zapojit do komunikace i do vzdělávacího procesu. Pro potřeby komunikace lze piktogramy využít u dětí s těžším mentálním postižením, u dětí autistických i u dětí s více vadami. Jsou vhodné všude tam, kde chceme usnadnit postiženým dětem orientaci v běžném životě, naučit je samostatnosti, naučit je adaptovat se na prostředí, v němž žijí. Výuka komunikace pomocí piktogramů se zaměřuje nejdříve na jednoduché předměty a činnosti blízké chápání konkrétního dítěte, nejčastěji se začíná s obrázky členů rodiny.

POLYSOMNOGRAFIE – simultánní záznam několika funkcí organismu prováděný ve spánku. Současně se zapisuje EEG, svalová aktivita (například EMG svalstva brady, oční pohyby, EKG, dechový rytmus, krevní tlak a podobně). Metoda umožňuje rozlišit jednotlivé fáze spánku, takzvaný spánkový profil. Používá se při poruchách spánku a při podezření na epilepsii.

PORFYRIE – skupina metabolických onemocnění, u nichž se projevuje porucha funkce enzymů řídících syntézu hemu v červených krvinkách. Ve většině případů má choroba genetický podklad na základě poškozených genů, pak se jedná o dědičnou metabolickou poruchu. Jsou ale také známy formy získané, tedy pozdější onemocnění touto chorobou. Porfyrie způsobují narušení tvorby hemu, což je molekula porfyrinu a atom železa, které se namísto syntézy ukládají v těle. Charakteristickým projevem nemoci je zbarvení moči dočervena. Tato porucha syntézy hemu se projevuje přecitlivělostí kůže nemocného na světlo. Zuby, moč a stolice získávají červený až hnědý nádech. Dásně ustupují a charakteristický vzhled je označován jako tzv. upíří zuby. K porfyrii patří i neuropsychické problémy (neklid, psychotické stavy). U těžkých forem se může objevit epilepsie. K příznakům také patří nadměrný růst ochlupení v obličejové části.

PREVALENCE – počet nemocných trpících danou nemocí či poruchou v populaci (počet nemocných k počtu obyvatel). Pojem se užívá například u výskytu nemocí. Přesněji prevalence udává počet existujících nemocí či zdravotních problémů ve vybrané populaci k určitému datu. Obvykle se udává do poměru k velikosti populace a vyjadřuje se v procentech.

PROGNÓZA – odhad dalšího vývoje, budoucího stavu určité reality, který se opírá o objektivní nálezy a vědecké poznatky, a má proto značnou míru spolehlivosti. U dětí se zdravotním postižením stanovuje zlepšení či zhoršení daného stavu. Vedle lékařské prognózy je pro zdravý rozvoj osobnosti dítěte důležitá též prognóza jeho vzdělávacích

možností, stanovení dílčích cílů a etap, jejich hodnocení a kontrola v průběhu školní docházky.

PSYCHOPATOLOGIE – jedna ze základních disciplín psychologie, zabývá se duševními poruchami, psychickou tísní a abnormálním chováním člověka. Jinak řečeno: zabývá se otázkami normality a abnormality lidského chování. Termínu psychopatologie se nejčastěji užívá v psychiatrii – patologie se zde vztahuje k symptomům (příznakům) a průběhu duševní nemoci.

RAKOVINA (ONKOLOGICKÁ ONEMOCNĚNÍ) – laický název zhoubného bujení různého charakteru. V našem těle trvale dochází ke snaze buněk o nekontrolované dělení, a tím k bujení tkáně na základě různých vnějších vlivů – od virových infekcí přes genetickou dispozici až po stresové stavy. U zdravého člověka je takový proces již v zárodku zastaven buňkami imunitního systému. Při poruše této rovnováhy získají buňky, které se vymanily kontrole, navrch a dochází k růstu nádoru, laicky rakoviny.

RANÁ PÉČE – terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou, poskytovaná dítěti se zdravotním postižením a jeho rodičům ve věku od narození do sedmi let. Týká se také dětí bez diagnostikovaného zdravotního postižení, jejichž vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Zaměřuje se na podporu rodiny a vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Tuto službu poskytují střediska rané péče, jejichž síť se stále rozrůstá.

REEDUKACE – soubor speciálněpedagogických metod a postupů zaměřených na rozvoj nevyvinuté nebo porušené funkce postiženého orgánu (reedukace sluchu, zraku, řeči, pohybových a rozumových schopností). Reedukační metody se uplatňují i při ovlivňování a odstraňování poruch čtení, psaní a počítání, jsou-li tyto podmíněny funkčními vadami analyzátorů. Mají svůj specifický význam v oblasti individuální i skupinové převýchovy.

REHABILITACE – ve speciální pedagogice soubor metod a postupů zaměřených na úpravu vztahů jedince se zdravotním postižením se společností rozvíjením jeho praktických schopností a dovedností, zmírněním následků postižení, vyhledáváním možností jeho seberealizace a společenského uplatnění. Rehabilitace vede ke zlepšení kvality života. Komprehensivní (ucelená) rehabilitace je společenský proces, který se týká všech aspektů společenského života a zahrnuje složku zdravotnickou, sociální, pedagogickou, kulturní, pracovní, legislativní, ekonomickou, organizační i politickou.

RESPITNÍ PÉČE – respitní neboli odlehčovací služba je krátkodobá úlevová péče pro rodinné příslušníky a opatrovníky, kteří trvale pečují o vážně duševně nebo tělesně postiženou osobu (dítě nebo dospělého). Respitní péče těmto pečujícím osobám umožňuje přenechat opakovaně péči o handicapovaného na určenou dobu jinému člověku. V uvolněném čase mohou rodinní příslušníci či opatrovníci relaxovat a načerpat nové síly. Respitní péče se řídí zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, konkrétně § 44 Odlehčovací služby.

RETTŮV SYNDROM – geneticky vázaná nemoc projevující se klinicky v naprosté většině u dívek. V případě mužského pohlaví dochází buď k potratu plodu, nebo k úmrtí

v několika dnech až měsících po porodu. Děvče s Rettovým syndromem se většinou v prvních 6–18 měsících života normálně vyvíjí. Poté následuje stagnace psychomotorického vývoje, zhoršuje se kontakt s okolím a zmenšuje se zájem o hru. Chováním dítě připomíná autistu. Někdy již v tomto věku dochází k rozvoji záchvatového onemocnění pod obrazem epilepsie. Následuje období charakterizované poruchou hrubé i jemné motoriky. Dítě má problémy s chůzí, s uchopováním předmětů. Po 10. roce věku dochází ke snižování celkové hybnosti. Dítě neprospívá ani po tělesné stránce, hubne, až kachektizuje. Záchvatové onemocnění v tomto období již nebývá nejvýraznějším problémem.

SATURACE – latinský výraz pro slovo nasycení. Nejčastěji se používá v souvislosti s množstvím kyslíku v krvi. Saturace krve kyslíkem je snížena při hypoxemii, což je stav, se kterým se v pediatrii setkáváme především u novorozenců krátce po porodu nebo u dětí s některými vrozenými srdečními vadami či vrozenou nebo získanou plicní chorobou. Akutní kritické snížení saturace krve kyslíkem bývá důvodem k zahájení umělé plicní ventilace, protože hrozí poškození organismu, především mozkových buněk při nedostatku kyslíku. V případě hypoxie z důvodu vrozené srdeční vady je řešením anatomická nebo funkční korekce této vady. Snížená saturace kyslíku provází záchvaty dušnosti při astmatu i těžké stavy zápalu plic. Kritický nedostatek kyslíku v krvi vzniká při obstrukci dýchacích cest vdechnutím cizího tělesa.

SKOLIÓZA – trojrozměrná deformita páteře. Dochází k jejímu vychýlení do stran i v předozadním rozměru. V podstatě jde o to, že přirozené zahnutí páteře je vystupňované a tvoří hrb, zvláště v hrudní části, nebo dojde ke zhroucení páteře do stran či ke kombinaci obojího. Skolióza patří k častým problémům dospívajících dívek. V době rychlého růstu může u štíhlých jedinců se slabšími zádočnými svaly dojít k deformitám, které následně mohou vést ke strukturálním změnám obratlů. Větší predispozici ke skolióze mají děti s vadným držením těla. Prvním stupněm léčby a prevence skoliózy je posílení zádočného svalstva, a tím i pevnosti správného postavení obratlů. Pokročilá skolióza vyžaduje pasivní podporu páteře pomocí korzetu.

SPASTICKÝ – výraz odvozený od slova spasticita, což je výrazné napětí svalů ve vnitřních orgánech, zejména v kosterních svalech. Spastická obrna je stav, kdy svaly postižené končetiny jsou zvýšeně napjaté. Je porušena hybnost, končetiny kladou odpor pasivnímu ohýbání. Ke spastické obrně dochází vlivem poškození mozku v důsledku krvácení, hypoxie nebo při poškození míchy. V souvislosti se slovem spastický se ale můžeme setkat také s pojmem spastická bronchitida, kde jde o zánět průdušek provázený zvýšeným svalovým napětím v hladké svalovinné průdušek, jež vede ke zúžení jejich průsvitu. Spastická bronchitida je častá u kojenců a batolat se sklonem k atopii. Může být ekvivalentem astmatu.

SUPERVIZE – nástroj celoživotního učení používaný zejména u pomáhajících profesí. Supervize vznikla v psychoterapeutickém prostředí. Později se začala využívat i v dalších oblastech, jako je sociální práce, zdravotnictví a ve školství. Smyslem supervize je rozvíjet profesní dovednosti supervidovaných, posilovat vztahy v pracovním týmu a nacházet řešení problematických situací. V procesu supervize poskytuje supervizor supervidovanému zpětnou vazbu k jeho práci. Úkolem supervize je zaručovat dobrou úroveň práce v dané odbornosti. Hlavními funkcemi supervize je řízení, vzdělávání a podpora.

SYMPTOMATICKÉ PORUCHY ŘEČI – narušení komunikační schopnosti se také mohou vázat jako symptom na jiná zdravotní postižení, ať už somatická, mentální, zraková, sluchová nebo poruchy autistického spektra. Potom bývají označovány jako symptomatické poruchy řeči.

TACHYKARDIE – zrychlení srdeční frekvence nad normu (nad 90/min u novorozence a nad 120/min u kojence). Může vycházet z různých oblastí převodního systému srdečního. Sinusová tachykardie je podmíněna zvýšenou tvorbou impulzů v sinoatriálním uzlíku, který je ovlivňován vegetativními nervy, sympatikem a parasympatikem. Za normálních okolností je sinusová tachykardie přizpůsobením srdeční činnosti na potřeby organismu, například při fyzické námaze nebo při rozrušení. Sinusová tachykardie ale může kompenzovat jiné poruchy (například při chudokrevnosti nebo při horečce ve snaze zvýšit minutový srdeční výdej). Tachykardie může být projevem nadměrné funkce štítné žlázy, zánětu srdečního svalu. Nesinusové tachykardie jsou způsobeny poruchou místa tvorby vzruchu. Příkladem je takzvaná supraventrikulární paroxysmální tachykardie, která vzniká tvorbou impulzů v oblasti síní a síníokomorového spojení. Velmi závažným stavem je tachykardie vycházející ze srdečních komor. Tachykardie síní i komorová srdce zatěžuje. Zrychlení srdeční frekvence má tendenci zvyšovat minutový srdeční výdej, je ale zároveň energeticky náročné a zvyšuje spotřebu kyslíku. V určité fázi tachykardie se srdeční pumpa stává neúčinnou, zhoršuje se plnění komor a průtok koronárními cévami, které vyživují srdeční sval. Z tohoto pohledu je tachykardie riziková.

TERATOGEN – vnější faktor (chemická látka, infekce, záření), který dovede způsobit vznik vývojové vady plodu; matce většinou neškodí.

ULTRAZVUKOVÝ INHALÁTOR – dnes běžná pomůcka dětí s opakovanými záněty průdušek, astmatiků, dětí s cystickou fibrózou. Výhodou tohoto inhalátoru je schopnost tvořit velmi malé částice aerosolu, ve kterých je lék vdechován hluboko do plic. Přístroje jsou navíc velmi tiché a v současné době i cenově dostupné. Zdravotní pojišťovny na tyto přístroje chronicky nemocným pacientům přispívají jako na zdravotní pomůcku předepsanou odborným lékařem (alergolog, pneumolog). Piezoelektrický krystal produkuje vlnění vysoké intenzity rozrušující molekulární vazby. Medikament se převádí na formu aerosolové emise, ta je proudem vzduchu z ventilátoru přenášena k pacientovi. Voda je zde přenosovým médiem. Medikament se aplikuje do kalíšku. Inhalace tří mililitrů fyziologického roztoku probíhá v průměru čtyři až šest minut. Součástí přístroje je ústní a nosní náustek, maska a hadice. Regulátor zajišťuje plynulou regulaci průtoku mlžiny a současně i velikost částic. Ta se pohybuje kolem 0,5 až 8 mikronů.

VERTIKALIZAČNÍ ZAŘÍZENÍ – kompenzační polohovací zařízení – standery určené především imobilním dětem k uvedení do samostatného stoje. Fixují dolní končetiny, pánev, hrudník i hlavu. Pozice vestoje má význam zdravotní, neboť zlepšuje kvalitu i růst kostí, snižuje vazové kontrakce, zlepšuje zažívání. Umožňuje také dítěti být aktivním spoluúčastníkem dění, během kterého dochází ke stimulaci smyslů, vnímání, myšlení, koncentraci pozornosti, a současně mu nabízí více volnosti. Používají se doma i ve škole. Standery, kterých je mnoho druhů, mohou být statické nebo dynamické (pojízdné).

VOJTOVA METODA – terapeutický systém, který je důležitý pro pohybové poruchy hlavně u dětí. Ovlivňuje centrální nervový systém, který řídí i procesy motoriky. Aby byla léčba úspěšná, musí být prováděna až čtyřikrát denně. Ideálně tedy v domácím prostředí a s rodiči, kteří musí být vyškoleni odbornými terapeuty. Vojtova metoda má význam pro rehabilitaci pacientů v neurologii, ortopedii a chirurgii. Aktivuje bránici a pomocné dýchací svaly, zkvalitňuje dýchání, napřimuje páteř a předchází skolióze. Zlepšuje i polykání a vyprazdňování.

VÝVOJOVÁ DYSFÁZIE – označována také jako specificky narušený vývoj řeči. Řadí se k poruchám raně se vyvíjející centrální nervové soustavy a projevuje se neschopností nebo sníženou schopností naučit se verbálně komunikovat, i když podmínky pro vytvoření této schopnosti jsou dobré, a dítě tedy netrpí žádným jiným závažným postižením či poruchou. Mohou se k ní vázat i obtíže v dalších oblastech, jako je paměť, pozornost, motorika či emocionální sféra osobnosti.

ZÁVISLOST – kvalita života lidí se zdravotním postižením často závisí na pomoci druhých, mnozí jsou významně omezováni v rozvoji svých schopností, v soběstačnosti a uplatnění. Úsilí o zmírnění závislosti se týká všech věkových skupin a v průběhu života nabývá různých forem. Jedním z cílů speciálněpedagogické intervence je dosažení co nejvyšší míry nezávislosti.

ZNEVÝHODNĚNÍ – projevuje se ve dvou základních oblastech – zdravotní a sociální. V pojetí české legislativy je zdravotním znevýhodněním (na rozdíl od zdravotního postižení) zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání. Za sociálně znevýhodněné jsou považovány děti pocházející z rodinného prostředí s nízkým sociálně-kulturním postavením nebo ohrožené sociálněpatologickými jevy. Pro znevýhodněné žáky je třeba vytvářet mechanismy podpory vzdělávacích potřeb a podpory sociálního začlenění.

ZRAKOVÁ ANALÝZA A SYNTÉZA – schopnost syntetizovat (skládat) a analyzovat (rozkládat) slova pomocí zraku (důležité pro čtení, psaní opisů a přepisů). ■

Seznam zkratk

ADHD – porucha pozornosti s hyperaktivitou

ADD – prostá porucha pozornosti bez hyperaktivity

AP – asistent pedagoga

DÍTĚ, ŽÁK, STUDENT – dále jen žák

IVP – individuální vzdělávací plán

KA – klíčové aktivity

KK – klíčové kompetence

KO – klíčové oblasti

MP – mentální postižení

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MR – mentální retardace

MŠMT – Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy

MZ – Ministerstvo zdravotnictví

NNO – nestátní neziskové organizace

NKS – narušená komunikační schopnost

PPP – pedagogicko-psychologická poradna

SP – sluchové postižení

SPC – speciálněpedagogické centrum

SVP – speciální vzdělávací potřeby

SZN – sociální znevýhodnění

ŠPZ – školská poradenská zařízení

ŠPP – školní poradenské pracoviště

TP – tělesné postižení

VOKS – výměnný obrázkový komunikační systém

ZP – zrakové postižení

ZŠ – základní škola

ZŠS – základní škola speciální ■

Použitá literatura

ADAM, Zdeněk, Marta KREJČÍ a Jiří VORLÍČEK, 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-715-8.

AMBLER, Zdeněk, 2006. *Základy neurologie*. 6. vyd. Praha: Galén. ISBN 80-7262-433-4.

ANDĚL, Michal, 1997. *Život s cukrovkou*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-0872.

BAJČIOVÁ, Viera, Jiří TOMÁŠEK a Jaroslav ŠTĚRBA, 2011. *Nádory adolescentů a mladých dospělých*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3554-2.

BARTOŇOVÁ, Miroslava a Marie VÍTKOVÁ., 2007. *Strategie ve vzdělávání dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami: texty k distančnímu vzdělávání*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-158-4.

BEDNAŘÍK, Josef, 2001. *Nemoci kosterního svalstva*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-187-0.

BEDNÁŘÍK, Josef, 2004. Svalové dystrofie: Hlavní téma: Svalová onemocnění. *Neurologie pro praxi*. 5(3), 137–141. ISSN 1213-1814.

BUŘVALOVÁ, Denisa, 2007. *Tělesně postižený*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 978-80-86991-21-4.

ČADOVÁ, Eva, 2015. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4615-8.

ČADOVÁ, Eva a kol. 2012. *Metodika práce se žákem s tělesným postižením a zdravotním znevýhodněním*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3308-0.

ČADOVÁ, Eva, 2012. *Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb. Část II*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3052-2.

ČADOVÁ, Eva a kol., 2012. *Metodika práce asistenta pedagoga se žákem s tělesným postižením*. Olomouc: Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3378-3.

HÁJKOVÁ, Vanda a Iva STRNADOVÁ, 2010. *Inkluzivní vzdělávání: teorie a praxe*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3070-7.

HRONOVÁ, Marie, 1990. *Úvod do somatopedie*. Olomouc: Rektorát Univerzity Palackého. ISBN 8070670940.

HUTTOVÁ, Petra, 2008. *Komplexní podpora jedinců s Duchenneovou svalovou dystrofií*. Brno. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně. Pedagogická fakulta. Vedoucí práce doc. PhDr. Mgr. Dagmar OPATŘILOVÁ, Ph.D.

CHRÁSKA, Miroslav, 1988. *Metody pedagogické diagnostiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

CHRÁSKA, Miroslav, 1999. *Didaktické testy: příručka pro učitele a studenty učitelství*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-68-0.

JEDLIČKA, Pavel a Otakar KELLER, 2005. *Speciální neurologie*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-312-5.

KAŠÁK, Viktor, 2005. *Asthma bronchiale: průvodce ošetřujícího lékaře*. Praha: Maxdorf. ISBN 80-7345-062-3.

KOČOVÁ, Helena a kol., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5705-6.

KOMÁREK, Vladimír a Alena ZUMROVÁ, 2000. *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén. ISBN 80-246-0190-7.

KUDLÁČEK, Miroslav, 2012. *Svět dětské mozkové obrny: nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0178-6.

KRAUS, Jaroslav a Oldřich ŠANDERA, 1975. *Tělesně postižené dítě: Psychologie, léčba a výchova*. Praha: SPN. ISBN 14-324-75.

KRAUS, Josef, 2005. *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1018-8.

KRAUS, Josef a Petra HEDVIČÁKOVÁ, 2006. Spinální svalové atrofie v dětském věku. *Neurologie pro praxi* 7(1), 18–19. ISSN 1213-1814.

KNAPCOVÁ, Margita, 2005. Výměnný obrázkový komunikační systém. *Zpravodaj pedagogicko-psychologické poradenství*. 2005(42), 61–65. ISSN 1214-7230.

KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

KOČOVÁ, Helena a kol., 2017. *Spinální svalová atrofie v souvislostech*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5705-6.

KUBÍČOVÁ, Zdeňka, Markéta BENONIOVÁ, Antonín HERRMANN a kol., 2002. *Kapitoly ze speciální pedagogiky pro učitele integrovaných žáků*. Praha: Pedagogické centrum.

LEBL, Jan a Svatava LÍSKOVÁ, 2010. *Učíte diabetické dítě*. Praha: Sdružení rodičů a přátel diabetických dětí. Bez ISBN.

LEBL, Jan, Štěpánka PRŮHOVÁ a Zdeněk ŠUMNÍK, 2008. *Abeceda diabetu: příručka pro děti a mladé dospělé, kteří chtějí o diabetu vědět víc*. 3., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-141-7.

LECHTA, Viktor, ed., 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-679-7.

LESNÝ, Ivan a Jan ŠPITZ, 1989. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy: celost. vysokošk. učebnice*. Praha: SPN. ISBN 80-04-22922-0.

MATĚJČEK, Zdeněk, 2001. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. 3., přeprac. vyd. Jinočany: H&H. ISBN 80-86022-92-7.

MERTIN, Václav a Lenka KREJČOVÁ, 2012. *Metody a postupy poznávání žáka: pedagogická diagnostika*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Wolters Kluwer ČR. ISBN 978-80-7357-679-0.

MICHALÍK, Jan a kol., 2012. *Metodika práce se žákem se vzácným onemocněním*. Čáslav: Studio Press pro Společnost pro MPS. ISBN 978-80-86532-28-8.

MICHALÍK, Jan, 2000. *Školská integrace dětí s postižením*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0077-4.

MORÁŇ, Miroslav, 2003. *Praktická epileptologie*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-352-0.

MPSV, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [online]. Ke dni 14. 3. 2006. [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: https://ppropo.mpsv.cz/zakon_108_2006

MŠMT, 2004. Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání. [online]. Ke dni 15. 2. 2019 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-15-2-2019>

MŠMT, 2016. Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných. [online]. Ke dni 21. 1. 2016 [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlaska-c-27-2016-sb-o-vzdelavani-zaku-se-specialnimi-2>

NEUBAUEROVÁ, Lenka, Miroslava JAVORSKÁ a Karel NEUBAUER, 2011. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-109-9.

NEUMANN, David, 2011. *Léčba diabetu inzulinovou pumpou u dětí krok za krokem: nejen pro rodiče a edukační sestry*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-2480-8.

NEUMANN, David, 2017. *Péče o dítě s diabetem krok za krokem*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978-80-204-4293-2.

NOVOSAD, Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-197-5.

NOVOTNÁ, Irena, Lenka ZICHOVÁ a Danuše NOVÁKOVÁ, 2008. *EEG, epilepsie a diferenciální diagnostika poruch vědomí*. Brno: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. ISBN 978-80-7013-472-6.

OPATŘILOVÁ, Dagmar a Petra HUTTOVÁ, 2011. Podpora žáků s Duchennovou svalovou dystrofií v inkluzivním vzdělávání. In OPATŘILOVÁ, Dagmar et al. *Vzdělávání žáků se zdravotním postižením a zdravotním znevýhodněním*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-219-2.

OŠLEJŠKOVÁ, Hana a Zuzana MAKOVSKÁ, 2009. *Naše dítě má epilepsii: informace pro rodiče*. Plzeň: Adela. ISBN 978-80-87094-05-1.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2009. *Pedagogický slovník*. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.

REPKO, Martin, 2008. *Neuromuskulární deformity páteře: komplexní diagnostické, terapeutické, rehabilitační a ošetřovatelské postupy*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-536-9.

SALAJKA, František, 2006. *Hodnocení kvality života u nemocných s bronchiální obstrukcí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1306-3.

SUSA, Zdeněk, 2003. *Asthma bronchiale*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-441-1.

ŠTECH, Stanislav, Marie VÁGNEROVÁ a Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ, 1997. *Psychologie handicapu*. Část 1. Handicap jako psychosociální problém. Liberec: Technická univerzita. ISBN 80-7083-209-6.

TICHÝ, Jiří a kol., 1998. *Neurologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 80-7184-750-X.

TSCHUSCHKE, Volker, 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-826-0.

VAĎUROVÁ, Helena, 2006. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD. ISBN 80-86633-60-8.

VEJROSTOVÁ, B., 2007. *Bio-psycho-sociální a spirituální potřeby rodičů dětí se spinální svalovou atrofií Werding-Hoffmann typu I na domácí umělé plicní ventilaci*. Olomouc: Bakalářská práce, Lékařská fakulta Univerzity Palackého.

VÍTKOVÁ, Marie a Jarmila PIPEKOVÁ, 1994. *Tělesně postižené dítě v mateřské a základní škole: vývoj, výchova, diagnostika, terapie*. Brno: Masarykova univerzita. Bez ISBN.

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

VÍTKOVÁ, Marie, ed., 2004. *Integrativní speciální pedagogika: Integrace školní a sociální*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-7315-071-9.

VONDRÁČEK, Petr a Pavlína PETRÁSKOVÁ et al., 2007. *Zlatý standard péče o pacienty s Duchenneovou a Beckerovou svalovou dystrofií*. Parent Project. ISBN 978-80-254-0433-1. ■