VZTAH SPOLEČNOSTI K OSOBÁM SE ZDRAV. POSTIŽENÍM

1. Vztah společnosti k osobám se zdravotním postižením či jinou příčinou znevýhodnění – vývoj a reflexe vývoje (výhrady k Sovákovu pojetí vztahu společnosti k lidem s postižením), současný stav (lidé s postižením jako minorita, diskriminace, bariéry, předsudky); kvalita života lidí s postižením či znevýhodněním (pojetí sociologické, zdravotní a psychologické).

HISTORICKÁ VÝCHODISKA MODELŮ PŘÍSTUPU K LIDEM S POSTIŽENÍM

- vztah společnosti k jedincům s postižením se vyvíjel v jednotlivých kulturách a společenstvích v závislosti na jejich struktuře, stupni myšlení, morálce a normách společenského života

Základní přehled vývoje

1. Represivní přístup k lidem s postižením

- v prvobytně pospolné společnosti nebyly ještě vytvořeny morální normy ve smyslu rozlišování dobra a zla – za dobré bylo považováno to, co bylo životaschopné a co posilovalo životaschopnost skupiny
- úsilí o zachování rodiny, rodu nebo kmene jako životaschopné skupiny vyžadovalo mnohdy vyloučení slabých a nemocných jedinců, kteří svou existencí snižovali zdatnost skupiny, ke které náleželi – těchto jedinců se buď skupina zbavovala buď přímou likvidací, nebo vyloučením a opuštění
- se vznikem otrokářské společnosti se tyto vztahy podstatně změnily, vylučování těchto osob ztratilo svůj původní význam (nadále se však zaměřili na novorozence, jejichž další existence byla z různých důvodů nežádoucí)

ANTIKA - typický **odmítavý přístup**

- Sparta - o osudu dětí s postižením rozhodovala rada starších podle *tzv.* Lykurgovy ústavy (asi 8. stol. př. Kr.)
  - v zákonech se uvádí, že otec rodiny má právo ihned zabít narozené defektní dítě
  - toto právo mu poskytovalo zlikvidovat dítě i později, pokud se u něho objevily nějaké známky postižení, které dříve nebyly viditelné
  - o jeho likvidaci rozhodoval otec za souhlasu pěti sousedů, což byli většinou jeho přátelé, kteří jeho rozhodnutí respektovali
  - Lykurgovy zákony dokonce nařizovaly rodičům, kterým se narodí dítě předčasně nebo viditelně postižené, aby ho fyzicky utratili (shazovali je ze skal)
  - děti s tělesným postižením byly házeny do propasti v pohoří Taygetos nebo byly pohozeny v pustině – ve Spartě byli uznáváni hlavně fyzicky zdatní jedinci, jelikož na svou obranu využívala hlavně vojsko
- Athény – jedince s postižením dávali do hliněných hrnců a zanechali u cesty nebo je usmrtili
  - zabíjení jedinců s tělesným postižením dovoleno *dle Solónových zákonů* (konec 6. stol. př. Kr.), záleželo na vyjádření porodní báby
- Řím - dítě uložili do košíku a pohodili do řeky Tibery
  - otec měl právo zabít dítě s postižením hned po narození; později k tomu musel mít souhlas dalších pěti občanů (Lechta, 1994)
- severské národy - házely takové děti do moře
- *pozn. nebylo tomu tak ale všude, už v této době platil zákaz zabíjet děti s postižením např. v Izraeli a egyptských Thébách – důvodem však pravděpodobně bylo to, aby se nezmenšoval počet otroků*

STAROVĚK – **využívání** jedinců s postižením **k nejtvrdším pracím**

- např. slepci přivázáni k veslům nebo k mlýnům, děti s nápadnými vadami byly využívány na žebrotu, pokud nebylo zmrzačení nápadné, bylo zdůrazněno tak, aby vykořisťování bylo co nejdůkladnější (Sovák, 1980)
  - archeologické nálezy dokládají, že i ve starověku přežívali velmi těžce postižení lidé vyžadující vysokou míru péče a podpory; setkáváme se dokonce i s důkazy závažných lékařských zákroků – projevů soudobé medicínské péče (Titzl, 2000)

- tehdejší realitu ovšem nelze zjednodušovat a vysvětlovat vývojově nižší společenskou vyspělostí populace
- v dochovaných dokumentech z oblasti Mezopotámie, Řecka i Říma můžeme nalézt přísná opatření zaručující pro různě postižené jedince povinnou ochranu a péči jak ze strany rodiny, tak i státu

2. Charitativní přístup – židovsko-křesťanská tradice jako začátek akceptování lidí s postižením

- u Židů bylo zakázáno zabíjet děti s postižením, tento zákon vycházel z Dekalogu, pro ohrožování života jiných lidí platilo – nezabiješ! + Císař Konstantin, který se zasloužil o povolení křesťanství (r. 313), rovněž zakázal zabíjet jedince s postižením → usmrcování se však i nadále často praktikovalo nelegálně (Lechta, 2010)
- v této době se dá poprvé hovořit o péči o slabé a neschopné jedince v pravém slova smyslu
- láska k bližnímu a povinnost mu pomáhat (hlavně křesťanství) byla soustředěna do církevních zařízení
  - zakládaly se kláštery, azyly, špitály, hospice a řády (poskytovány nejdůležitější životní prostředky)

K. Červinková, D. Laníková, K. Janýšková

  - almužnictví se stalo nábožensky samoúčelným
  - u některých křesťanů nadále přetrvávalo přesvědčení, že narození dítěte s postižením je boží trest za hříchy rodičů (Lechta, 2010)
- počátky speciální péče o postižené lze spatřovat v charitativní činnosti některých mnišských řádů
- vzorem středověké charitativní péče v Čechách ve 13. století jsou dvě ženy – sv. Anežka a Zdislava z Lemberka – obě přispěly konkrétním způsobem organizování špitální péče ke zjemnění drsných středověkých mravů ve svém okolí (Kysučan, Kuja, 1998)
- dvojí postavení a osud postižených dětí z rodin feudálních vrstev (Renotiérová, 2002)
  - v některých případech se za ně jejich rodiny styděly a postižené děti *likvidovaly* nebo *skrývaly* → takové děti byly dávány na vychování na osamělá vzdálená místa (např. do rodin pastýřů…)
  - *pokud* však bylo dítě v rodině *akceptováno* a byla mu *poskytnuta* co *nejlepší výchovná* a *léčebná péče*, mohly z těchto dětí vyrůst významné osobnosti (např. lord Byron, král Richard III.)
- objevují se dokonce řeholní řády orientované úzce na péči o takto potřebné
- podle názorů některých náboženských představitelů o tyto jedince není nutno pečovat
- vyskytovaly se i takové názory jako že utrpení postiženého člověka v pozemském životě je pro něho pouze přípravou na blaženost v životě věčném, a že tedy není třeba o něj pečovat a tím mu prodlužovat bolesti a strádání na tomto světě
- počet tělesně postižených jedinců ve středověku byl značný, neboť kromě vrozených tělesných postižení se projevovaly i četné následky válek, nedostačující výživy a zdravotnické péče
- tito lidé, vyobcovaní z obcí a měst, se někdy sdružovaly v tlupy, živili se žebrotou a krádežemi a stávaly se postrachem celých krajů
- v některých zařízeních a útulcích se postupně začalo s výchovou postižených svěřenců a vytvářely se předpoklady pro přechod k humanitní péči

3. Humanitní přístup a počátky institucionalizované péče o osoby s postižením v novověku

- snahy o návrat k antické vzdělanosti a umění znamenaly i vyslovení požadavku na vzdělávání osob s postižením
- je zde zaznamenán odpor feudální vrstvy, který patrně souvisel s obavami z rozšíření vzdělanosti mezi nevolníky
- → s celkovým rozvojem vědeckého poznání, a především medicíny nastupuje přímo programová péče o handicapované osoby spojená se specializací v přístupu k jedincům s různými druhy postižení
  - nestačí člověku jen poskytnout pomoc, aby mohl kvalitně přežívat, ale je snaha, aby mohl smysluplně žít v majoritní společnosti
  - osobnost člověka začíná být nahlížena více v komplexu její složky fyzické, psychické, duchovní i sociální
- v této době vznikly pokrokové názory J. A. Komenského, který vyslovil požadavek všeobecného a všestranného vzdělání pro všechny bez rozdílu původu, pohlaví a sociálního postavení – vliv jeho myšlenek se projevil v charitativních zařízeních, u soukromých učitelů a vychovatelů postižených dětí z rodin vyšších společenských vrstev (Renotiérová, 2002)
- postižení a nemoc se přestává vnímat jako boží trest a začínají se hledat jejich příčiny a možnosti pomoci
- vznikají první zařízení, kde byla lidem s postižením věnována speciální péče, rozvoj je dán také emancipací vědy, současně vznikají první odborné publikace
- v 18. století se otázka péče o postižené začíná dotýkat i organizace školství, autor tereziánského školského řádu z roku 1774, opat Felbiger, žádá o dodržování zvláštního zřetele vůči postiženým žákům – speciální péče se začala vyvíjet v duálním systému spolu s běžným systémem institucionální výchovy a vzdělávání, což postupně vedlo k segregaci v edukaci (Lechta, 2010)

4. Počátky organizované a cílené péče o osoby s postižením

- v 19. stol. a v první polovině 20. stol. vzniká velké množství speciálních škol a jiných zařízení pro děti s postižením i zvýšený počet charitativních organizací a spolků
- → humanitní snahy o vzdělávání tělesně a zdravotně postižené mládeže postupně přecházely od požadavku všeobecného vzdělávání k požadavku odborného vzdělávání, tj. přípravy na povolání
- jedná se o počátky organizované, institucionalizované a cílené péče
- v první polovině 20. stol. se postupně **konstituovala SPP** jako **nový vědní obor**
  - SPP je rozvíjena izolovaně od obecné pedagogiky, ovlivňována především poznatky z oblasti biologie, medicíny, psychologie a filozofie

  - v polovině 20. stol. začínala vznikat první pracoviště vědecké povahy, která zkoumala jednotlivé SPP problémy
  - dalším logickým vyústěním byla snaha o vzdělávání pedagogů
  - zrychlený vývoj SPP byl úzce spojen s kulminací trendu segregace a separace v přístupu k lidem s postižením, který začal narážet na své hranice, a do popředí vstupovaly i jeho negativní stránky
  - tato skutečnost způsobila, že ve vyspělých zemích se začal objevovat nový trend pojímání lidí s postižením – integrace (USA, skandinávské země)
- na vzniku SPP se podílela řada vědních oborů – např. psychologie, pedagogika nebo sociologie, nové možnosti v oblasti medicíny byly předpokladem pro změnu v přístupu k jedincům s postižením – to bylo ve vyspělých zemích po 2. světové válce spojeno s výraznějším cíleným zaměřením na prevenci vzniku postižení, včetně snahy předcházet narození dítěte s vrozenou vadou (současně se začínají postupně hledat cesty k maximální možné integraci znevýhodněných osob do společnosti, otevírá se tu ovšem i řada složitých otázek jak v oblasti prevence, tak z hlediska přijímání handicapovaných jedinců většinovou populací) (Slowík, 2007)
- v současnosti je méně známo, že období během druhé světové války bylo poznamenáno programem fyzické likvidace zdravotně postižených v Německu a některých okupovaných zemích (Michalík)
  - Michalík (2005) uvádí, že první plynové komory byly určeny právě pro zdravotně postižené a zahynulo v nich přes 70 tisíc dětí a dospělých (v letech 1939–1941)
  - byly tu Zákony o sterilizaci 1933-1935 → Zákon o obraně proti dědičně zatíženému obyvatelstvu
  - Program T4 – Ideologie vyhlazování, posudkoví lékaři rozhodovali o životě a smrti, následná střediska likvidace – Hartheim, Hadamar, Grafeneck
  - od roku 1941 byly tyto vyhlazovací ideologie postižených zakázány, ale probíhaly v tichosti dál v psychiatrických zařízeních
- poválečný vývoj se vyznačoval zvýšenou intenzitou péče, její další diferenciací a vytvořením organizačního systému edukace zahrnující všechny kategorie postižených
- v období po druhé světové válce byla problematika důstojnosti člověka legislativně upravena v mezinárodních dokumentech – *v r. 1948 byla schválena Všeobecná deklarace lidských práv a v r. 1959 Deklarace práv dítěte* (Lechta, 2010)
- situace se změnila po odstranění totalitního komunistického režimu, od roku 1990 začínají postupně vznikat soukromá speciální výchovná a edukační zařízení, zejména pro děti s kombinovanými vadami, o jejichž potřeby bylo dosud nedostatečně postaráno (Kysučan, Kuja, 1998)

5. Inkluzivní pojetí

- kulminace trendu segregace v polovině 20. stol. nastolila v přístupu k lidem s postižením potřebu integrace
- inkluzivní přístup a vnímání jedinců s postižením společností s sebou nesou řadu úskalí – po mnohaletém udržování segregačních tendencí se naše společnost ještě nestihla vyrovnat s velmi radikálními a náhlými změnami, což se nyní projevuje při prosazování nejmodernějších trendů označovaných jako „inkluzivní přístupy“
- jedná se především o naprosto přirozené začleňování handicapovaných osob do běžné společnosti (resp. jejich nevyčleňování z běžné populace)
  - pokud to není opravdu nutné, nejsou už ve výchově a ve vzdělávání nebo v pracovním a společenském začleňování postižených osob preferovány žádné speciální prostředky, ale spíše běžné postupy – v závislosti na možnostech konkrétních osob a situaci
  - jde o celosvětový trend – mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností funguje také v tomto případě jako katalyzátor urychlující postup pozitivních společenských změn (u nás po vstupu do EU)
  - i v tomto pojetí můžeme spatřit určitá rizika, avšak žádná lepší reálná varianta soužití intaktní populace s jedinci s postižením prakticky neexistuje (Slowík, 2007)

Sovákova periodizace a její reflexe

- doposud respektovaná periodizace od roku 1972
- jádrem tohoto schématu je idea stálého a v podstatě nezadržitelného pokroku
- původně 3 stádia – represe, rehabilitace, prevence
- rozšířeno na 7: *(v závorce uvedeny názvy stádií Jesenského, který ve své periodizaci vychází ze Sováka)*
  - **stádium represivní** (represivně lhostejný)
    - upřednostňování potřeb většiny

        - osoby s defektem byly zavrhovány, vylučování ze společnosti (zabití, smrt z nedostatku základních potřeb)
        - pravěk a antika
    - **stádium zotročování** (výběrové utilizační)
        - lidé s postižením nebo nemocní byli využívání na otrockou práci, jejich existence byla ponížena na to, že byli majetkem (rovni VĚCI) - aby přežili museli "platit" prací
        - vykořisťování defektních, ponechávání a prodávání na nejtěžší práce + žebrali pro pána
        - antika
    - **stádium charitativní**
        - s rozvojem křesťanství došlo k rozvoji péče o potřebné a ubohé
        - péče byla soustředěna do církevních zařízení (kláštery, azyly, špitály, řády)
        - vychází z desatera
        - protiklad: kruté trestní právo a válečnictví
        - středověk
    - **stádium renesančního humanismu** (humánně filantropický + altruisticko-segregační)
        - lidský přístup k defektním jedincům – od charity k ideám humanity a lidskosti
        - Jan Ámos Komenský – předčil svou dobu
        - renesance (16. století)
    - **stádium rehabilitační** (rehabilitačně emancipační)
        - souvisí s počátky systematické výchovné, ale i vzdělávací péče o postižené v 19. stol.
        - s nástupem kapitalismu a změnou ekonomických podmínek se dostávalo defektním jedincům léčebné a rehabilitační péče (když jim dáme vzdělání – nemusí se stát starat)
        - lékařská péče - zakládání prvních ústavů
        - 18. – 19. století
    - **stádium socializační** (preventivně integrační)
        - rehabilitace defektních za účelem jejich pracovního i společenského uplatnění (speciálně-výchovná zařízení)
        - péče o tyto osoby je záležitost státu
        - cíle je tedy socializace jedince a nezávislost na státu
        - 20. století (druhá polovina)
    - **stádium prevenční** (nevyřazování, inkluzivita)
        - snaha předcházet defektivitě (= narušený vtah člověka k práci, vzdělání, socializaci; sociální následek vady)
        - snaha o to, aby tito lidé byli součástí naší společnosti, byli vzdělání a chtěli se začlenit a pracovat
        - rozvoj medicíny, psychologie, SPP, odpovídající legislativa a další společenská opatření umožňují předcházet defektivity (Sovák, 1980)
        - 20. století (druhá polovina)
    - *stádium integrační*
        - *toto stádium není Sovákovo – bylo přidáno až po jeho smrti (dodal Kusyčan, Kuja, 1996)*
        - *jde o začlenění postiženého jedince mezi jedince intaktní*
- <u>výhrady vůči Sovákovu dělení</u>:
    - přílišná generalizace
        - zobecnění na přístup celé společnosti (celá společnost měla vždy stejný přístup k postiženým?) - každý to má jinak, každý má jiný přístup
        - několik příkladů dané doby zobecněno na přístup celé společnosti → fakta zkreslující termíny, které daná období pojmenovávají
    - zdání, že vztah společnosti k postižením se zlepšuje
        - *Titzle* popisuje, že je to osvícenecké pojetí - celá společnost se zlepšuje, zdokonalování lidstva, která se stává lepším tedy i altruističtějším (vyvrací to např. holocaust, Vietnam,…) - represe je i dnes (odkládání postižených dětí, obrovská úmrtnost, zotročování,…)
        - *Michalík* uvádí: „To znamená, že člověk by si Sovákovo pojetí mohl představit jako, že každé další stádium vývoje lidské společnosti znamenalo automatické zlepšení podmínek pro lidi s handicapem. Přitom opak je pravdou! Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině musíme posuzovat vždy

důsledně *horizontálně*. Je třeba hodnotit úroveň společnosti, ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systémů sociálního zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o postižených."

- srovnávat lze pouze v rámci jedné společnosti - porovnávat by se mělo, jaká je situace ,,průměrného" člena dané společnosti v porovnání s členem slabším
- pokud životní situace takového ,,průměrného" člověka není příznivá, nelze předpokládat, že situace člena slabšího příznivá bude

- nekonzistentnost ve smyslu struktury
  - není možné v periodizaci nalézt jednotný znak, na jehož základě by bylo možné hodnotit míru pokroku mez jednotlivými stádii (Titzl)
  - *„Periodizace není konzistentní, tudíž není možné vyvodit míru pokroku podle jednotného znaku: V prvních čtyřech epochách je kritériem míra egoismu, resp. altruismu ve vzájemných vztazích postižených a nepostižených. V pátém stádiu je měřítkem způsob ekonomické (pracovní) využitelnosti. Z šestého stádia se dá odvozovat prosazení lidských práv. Zdůraznění prevence v konečném sedmém stádiu naznačuje víru ve všemocnost jednotlivých speciálních věd o člověku."*
- vymykající se skupiny obyvatelstva
  - některé skupiny obyvatel nejsou obsaženy v celkové periodizaci – nezmiňuje lidi z vyšší třídy
  - dítě vládnoucí třídy v antice - pomoc mu byla poskytnuta, u nižších tříd ne
- vymezení společnosti
  - Sovák nevymezil, kterou společnost myslí (u nás, Afrika - tam represe trvá stále)
  - pravděpodobně euro-americkou
- individuální postoj hodnotitele
  - pominutí individuální postoj hodnotitele - není zde vidět postoj každého

Jesenského periodizace

- vychází ze Sováka (již výše uvedené v závorkách)
- represivně lhostejný ; výběrově utilizační ; charitativní ; humánně-filantropický ; altruisticko- segregační ; rehabilitačně emancipační ; preventivně integrační ; nevyřazování osob z majoritní společnosti

Titzlova periodizace

- snažil se poukázat, že Sovákova periodizace neodpovídá
- nelze najít nějaký posun na základě jednoho znaku, jediné co lze, je vymezit do kdy péče o lid s postižením byla v kruhu rodin a kdy v roli institucí
- **stadium předinstitucionální** (do 13. století)
- **stadium institucionální** (od 13. století)
  - do r. 1786 - instituce nejsou rozčleněny dle cílových skupin a mají azylový charakter
  - od r .1786 - instituce rozčleněny dle cílových skupin mají výchovný případně i léčebný charakter
    - např. Pražský stav pro hluchoněmé
    - instituce rozčleněny dle cílových skupin
- **stadium deinstitucionalizace** (od r. 1989)
  - odklon od specializovaných institucí a podpora života postižených v neústavních prostředí (životu v rodině a komunitě)
  - nestátní organizace (chráněné bydlení, terénní služby, …)

Pohled na periodizaci dle Michalíka

- náhled na vývoj společnosti vede ke zkreslení celé situace
- vývoj totiž vnímáme na linii od nejhoršího po nejlepší, což vede k přesvědčení, že každé další stádium vedlo ke zlepšení podmínek života osob se ZP
- kvalitu života je tedy nutné posuzovat vždy horizontálně na základě úrovně dané společnosti, ekonomické výkonnosti, stupně organizace a správy, existence a kvality sociálního systému, představitele a soudů panujících ve společnosti o ZP apod.
- stejně tak nemůžeme tvrdit, že profesionálně pracující s osobami se ZP vykonává v současné době svou práci lépe a kvalitněji, než jiný profesionál před 100 lety, jenom díky tomu, že vlastní více technických prostředků a možná i více teoretických znalostí
- se změnou politického systému po roce 1989 se změnila i oblast speciální pedagogiky a náhled na ZP osoby
- společnost trvale osoby s postižením/znevýhodněním spíše lítostivě, dívá se na ně spíše jako na „chudáky", kteří potřebují pomoc (charitativní pohled) → dochází však ke změně tohoto pohledu

- společnost začíná vnímat osoby se ZP, jako minoritu se svými právy a potřebami → více se zaměřuje na pocity, myšlenky, potřeby, přání, touhy osob se ZP, než na postižení přímo
- v popředí už nejsou omezení a činnosti, které osoba nezvládá, ale spíše rozvoj potenciálu a zaměření na to, co osoba zvládne → preferuje se přístup podle Mezinárodní klasifikace funkčních poruch a zdraví (MKF)

VÝVOJ POSTAVENÍ ZDRAV. POSTIŽENÝCH V ČESKÉ REPUBLICE (Jeřábková)

Počáteční období

- od konce 18. a 19. století
- první zájem v Evropě o nevidomé a neslyšící, později i mentálně a tělesně postižené
- vznikají specializované ústavy - pracovníci sepisují první pojednání o výchově a vzdělávání --> prvně ústavy pro lidi bez rozdílu postavení (již dříve bylo postaráno o lidi z vyššího postavení)
    - nejprve zájem o lidi se zrakovým postižením, poté sluchově postižení, později mentálně a na konec tělesně postižení
    - u nás první ústav v Praze pro sluchově postižené
- problém - v ústavech se rozvíjí praxe i teorie jednotlivých "pedií", nikdo se nezaměřil na vytvoření obecné teorie speciální pedagogiky
    - ústavy nechtěly sdílet to, jak k tomu došli - ústavy tak byly oddělené, kde si každý řešil tu svou praxi a teorii, neřešilo se nic mezioborového
- základní dílo Pedagogická patologie od Adolfa Strumpela - zabývá se všemi dětskými úchylkami - první publikace, kam se lidé, kteří pracovali s lidmi s postižením, mohli podívat a určit, co má za problém

Druhá etapa

- částečně se překrývá s počátečním obdobím (pravděpodobně druhá polovina 19. století)
- centrem vývoje je Praha - vznikají ale i další místa soustřeďující odbornou péči v Čechách i na Moravě
    - říšský zákon 1869 (správa školství pod státem, nikoliv církví); vyšel říšský zákon 1890, aby se lidé začali zajímat o lidi s postižením - v zákonu bylo, že se mají země zajímat a zakládat ústavy pro lidi s postižením
    - Morava - zemský zákon č. 33 z roku 1890 - budou zakládány ústavy pro lidi s postižením a žáci nevidomí a se sluchovým postižením mohou navštěvovat obecnou školu (+ další ustanovení)
- ústavy
    - hospitace pro učitele - člověk, který chtěl pracovat s postiženými musel mít učitelské vzdělání, praxe
    - vznikají první učebnice pro postižené žáky
    - učitelé rozvíjeli různé teorie, koncepce a přístupy pro vyučování a formování osobnosti jedince s nějakým druhem postižení

Vlivy na přelomu 19. a 20. století

- myšlenky Ellen Keyové - kniha Století dítěte (děti nejsou zmenšeninou dospělého, že prožívaní je u nich jiné, vnímání světa je jiné, mají na to právo --> říká v této knize, že to není v pořádku, že pracují, berou se jako malý dospělí a mělo by se to změnit)
- reformní pedagogické hnutí - u nás zprvu charakteristické protiherbartovskými tendencemi a prosazováním pedocentrismu (většina ovlivněna/podle dítěte) --> změna vzdělávání
    - Herbartovská pedagogika - založena na psychologii, měl by být menší počet dětí v třídě, dostatek pedagogické svobody, nezávislost - každý může mít svůj styl, vzájemné vztahy a styly ve výchově
- (Čádovy) sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné
    - propagace pomocných škol, řešení vědeckých otázek spojenými s výchovou a vzděláváním slabomyslných
- vznik pedologie, pedopatologie a nápravné vědy
    - PEDOLOGIE
        - komplexní věda "o dítěti“, skládající se z biologie dítěte (pedobiologie), psychologie dítěte (pedopsychologie), a sociologie dítěte (pedosociologie)
    - PEDOPATOLOGIE
        - nauka o vadách mládeže, duševních i tělesných
        - "široce pojatý obor propojující vědy o biologii i psychologii abnormního dítěte a mladistvého"
        - slabá stránka - má velice široký záběr - zájem pouze k jedné specializaci (pedii) chybí
    - NÁPRAVNÁ PEDAGOGIKA
        - první ucelený koncept vědy, které my dnes říkáme speciální pedagogika
        - autorem Jan Mauer
        - na začátek 20. století
        - protikladem medicínské pedopatologie
        - věda o výchově a vzdělávání
        - první co Mauer udělal, byla teorie jak vychovat dítě s mentálním postižením - později se přidávali děti: slepé, slabozraké, neslyšící, nedoslýchavé, nedořečené *(stižené vadou řeči)*, děti slaboduché *(hloupé, slabomyslné)*, zmrzačené, mravně úchylné *(zanedbané, provinilé)*
        - *"Nápravnou pedagogikou rozumíme prostředky a způsoby, jimiž upravujeme výchovu a vyučování úchylných dětí tak, aby se jejich vady odstranily anebo alespoň zmírnily. Úchylné dítě se má vzdělávati, jak to jeho dispozice připouštějí a má se vychovávati tak, aby v praktickém životě nebylo na obtíž, ale bylo soběstačno a upotřebitelno."*
        - největší rozkvět za první republiky
            - 5 sjezdů pro výzkum dítěte
            - začaly se budovat sítě pomocného školství, tj. speciálního školství - s podporou Josefa Zemana (učitel z východních Čech, který měl praxi s dětmi s různými postiženími)
- **Pedologický ústav hl. města Prahy**
    - nové disciplíny rozvíjeny v Pedologickém ústavu hlavního města Prahy
    - založen v roce 1910

- po roce 1918 - reforma, přejmenovala se na Ústav pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže v Praze
- 4 oddělení:
  - pedagogické a organizační - tělesné a duševní vyučování a výchova
  - somatologické - výzkum tělesného stavu a vývoje českého dítěte
  - pedopsychologické - zaměřuje se na duševní povahu, schopnosti a vlastnosti "normálního" českého dítěte
  - pedopatologické - Karel Herfort - jeho záměrem bylo šetření mentálně zaostalých, tělesně a duševně abnormáních dětí, slepých, hluchých, asociálních a sociálně zanedbaných
- ústav zanikl roku 1951

Třetí etapa (mezi lety 1945 – 1950)

- dva proudy - první byl pro to, aby se pokračovalo jako při první republice, druhý proud byl pro reformu → po druhé světové válce nakonec reforma
- resortismus – docházelo k oddělení resortů, které měli vlastní kompetence (tyto resorty spolu velmi těžce spolupracovali – dodnes)
- obecný rámec
  - změny organizační - zákon o jednotné škole
  - změny v cílech a obsahu vzdělávání - nové učební plány a osnovy a učebnice (jednotné)
  - nově i školy pro děti s postižením součástí národního školského systému (Školy pro děti vyžadující zvláštní péči = dnes speciální školy)
- zavedení **zákona o jednotných školách (1948)**
  - prodloužení povinné školní docházky na 9 let
  - ujednocení vzdělávacích požadavků na stejně staré žáky, na něž byly dosud kladeny různě vysoké nároky podle toho, na jaký druh školy chodili
  - školy pro postižené → školy pro děti vyžadující zvláštní péči
- řešilo se, zda je dítě vzdělávatelné či nikoliv → následně bylo určeno jakou životní dráhou půjde
  - **nevzdělávatelné dítě** - bylo osvobozeno od školní docházky, nesmělo ji v žádném případě navštěvovat (děti s mentálním postižením - středně těžká až hluboká, kombinované vady s mentální retardací)
    - jediná služba, kam mohly jít kromě rodiny, byly ústavy sociální péče
    - často byly rodiny nuceny či nabádány, aby se dítěte vzdaly a poslaly je do ústavu
      - postoje rodin:
        - rodina se dítěte vzdá a dítě bude v ústavní péči
        - rodina dítě dá do ústavu pouze na nějakou dobu (prázdniny či víkendy jezdí domů)
        - rodina si dítě nechá a musí se o dítě neustále starat - nesmí je dát do ústavu
          - jeden z rodiny musel zůstat vždy doma s dítětem
    - když se do rodiny narodí postižené dítě - je to velmi zatěžující situace (psychický, finanční tlak, tlak veřejnosti,…) → může dojít k rozpadu rodiny
    - v ústavech málokdy pracoval speciální pedagog (všeobecně dříve moc speciálních pedagogů nebylo) → spíše zdravotníci, sociální pracovníci, a dále kdo mohl
    - ústavy se nacházely na okraji měst/vesnicích/pohraničí
    - Michalík zmiňuje, že tito lidé byli "týrány" - celý den v klecích, nadměrná míra medikamentů → dělali to proto, aby se jim daný člověk zklidnil a mohlo se s ním dále pracovat (i dnes setrvává medikace - mohlo by se to však ještě více omezit)
      - zneužívala se také pracovní síla (využívali své "lepší chovance" k pomocným pracím)
      - v ústavech byly rozdělené sekce pro ženy a muže - docházelo zde k znásilňování mezi pacienty (většinou silnější nad slabším)
      - hospitalismus = tito lidé byli schopni žít pouze v tomto ústavu, nikoliv v normálním světě
        - přivyknutí si na upravené, chráněné podmínky
- po 90. roce se začaly ústavy otevírat veřejnosti → přišlo se na to, že někteří lidé by v ústavu neměli co dělat (např. lékař řekl, že dítě bude postižené - ale nikdo to dále nekontroloval, takže i když dítě/člověk byl zdravý, tak musel být v ústavu)
- dlouhou dobu trvalo, než se začaly vytvářet nové státní sociální služby (asistence,…) - financování bylo však složité (projekty, nadace) → nakonec se vymyslel zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- 2 články antropologa Františka Štampacha
  - psal časopisy, kde se zmiňoval jak to je, jak to funguje
  - pokus o obecnou teorii - dle jeho slov pro nápravu vad a chorob mládeže
  - čerpal z pedologie a pedopatologie v pojetí Čádově, ale s větším důrazem na společenské vlivy
  - teorii nazval sociální pedagogika
  - zárodek budoucích pedií (pracovní a vědecké soubory, případně o léčebně-výchovné obory: psychopedie, ortopedie, logopedie, okulopedie)
  - to bylo špatně, v té době co zde byla mu to nemohlo projít, komunisté nechtěli nic, na co se přišlo za první republiky!!

Čtvrtá etapa (počíná rokem 1948)

- terminologické posuny v označení oboru - politická situace (nechtěli nic z první republiky)
- hledání teoretické základy pro obor (směr k východu - Rusku)
  - termín defektologie - v roce 1953 Sovák
  - východiska hledaná v pavlovovské fyziologii - učení o celistvosti organismu vyjádřené dialektickými vztahy organismu - celistvostí organismu individua se rozumí jednota organismu s jeho prostředím
  - vychází z něj termín defektivita
- odborná veřejnost nepřijala termín - moc proruský
- Sovák tak užívá nový pojem: speciální pedagogika

  - dle zdrojů jej poprvé použil Bohumír Popelář v roce 1957 (! Ale již v roce 1954 publikace Úvod do studia speciální pedagogiky)
- v 60. letech existoval i termín speciální pedagogika defektologická (Edelsberger)
- obor je nakonec *"od prvního vydání Sovákova Nárysu speciální pedagogiky v roce 1972" označován "už definitivně speciální pedagogika"*
- prosazení názvu speciální pedagogika nebylo jednoduché
  - 1978 - defektologický slovník
  - ve stejném významu jako speciální pedagogika: léčebná pedagogika, nápravná pedagogika, ortopedagogika, pedagogika handicapovaných dětí
- Vašek (1992) udává, že pro speciální péči se stále užívá jak termín speciální pedagogika, tak defektologie
  - synonyma
  - defektologie považuje za termín širší
  - defektologie se chápe jako součást speciální pedagogiky
  - ev. je název defektologie považován za zastaralý a neměl by se užívat
- **školství**
  - dva proudy vzdělávání - nerozhodoval o tom rodič, ale okresní zdravotní sestra
    - školy běžné
    - školy speciální - musely sem chodit děti s postižením --> tyto školy byly specializované a velmi striktně (od 60. let, dříve to tak striktní nebylo) se rozlišovalo, kam dítě bude chodit (nedoslýchavé dítě muselo do školy pro nedoslýchavé, nikoliv do školy pro neslyšící), častokrát byly i na intru (již od 3 let) - přetrhávaly se rodinné vazby, dokonce děti chtěly často zůstávat v místě jejich školy celoživotně
  - podařilo se však najít metody, které pomáhaly dětem s postižením (učebnice, pomůcky), byly na to vyškolení speciální pedagogové a věnovali se skupinkám dětí se stejným postižením - těmto dětem se však často osekávaly osnovy
  - od 50. - 90. let nesměly existovat soukromé školy

Legislativní řešení po 89

- před - naprosto segregované vzdělávání - integrace neexistuje
- snahy o nový model vzdělávání žáků se SVP (snahy ze strany rodičů)
- zpočátku jsou řešeny spíše žáci se zdravotním postižením
- děti se sociálním či zdravotním znevýhodněním se téměř neřešily/nezohledňovaly
- přijata řada dokumentů, ale praktická podpora škol a učitelů pro práci s žáky se SVP se zvyšovala velmi pozvolna (trochu lepší u žáků se smyslovým postižením) → nebyla jednotná koncepce

1990–1992/1993

- období zásadních společenských změn, jež přinesly i kvalitativní proměnu postavení občanů se zdravotním postižením
- vznik stovek nestátních sdružení na občanském principu
- budování nových zařízení pro podporu zdravotně postižených, primárně v oblasti školství a sociálního zabezpečení
- vznik Vládního výboru pro zdravotně postižené občany
- přijetí prvního „Národního plánu“ pomoci

1993–1998/1999

- dochází k ustálení organizací zdravotně postižených a k profesionalizaci výkonu státní správy v dané oblasti
- jsou přijaty či novelizovány základní právní normy upravující oblasti mající bezprostřední vztah ke zdravotnímu postižení (sociální zabezpečení, školství, doprava)
- rodiče odtržení od rozhodovacího procesu → právě v 90. letech začali tlačit na to, aby se (jejich) děti s postižením vzdělávaly blízko místa bydliště - uvažování o integraci
- od 90. let začaly vznikat soukromé školy - často speciální, které se již nezaměřovali na úzké okruhy postižení, ale na všechna postižení
- vznikají speciálně pedagogická centra, která sloužila k podpoře dětí s postižením, které šly do integrace

Od konce 90. let až do roku 2008

- převládá přístup spočívající v **úpravách a korekcích dříve nastavených systémů**, často chybí jejich důkladná analýza a vyhodnocení dopadů
- leckdy chybí vůle či síla přistoupit k řešení některých otázek i za cenu zrušení tradičních přístupů a jejich nahrazení moderními systémy podpory
- důvodem jsou však i objektivní příčiny, jež vyvolávají potřebu změn v řadě společenských systémů vázaných se ke zdravotnímu postižení
- v oblasti veřejné správy nově vystupuje do popředí prvek **územní – krajské samosprávy**

- vzniká zastřešující jednotná reprezentace občanů se zdravotním postižením v ČR – *Národní rada zdravotně postižených ČR* (zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních se státními a veřejnými institucemi)

→2005

- přijat nový **školský zákon** (do té doby komunistický) - **zákon č. 561/2004 Sb**.
  - jedním z cílů bylo odstranění nerovností a zajištění rovnosti v přístupu ke vzdělání
  - žáci se speciálními vzdělávacími potřebami: (rámcově dáno, poprvé zmíněno)
    - ZP - zdrav. postižení - zrakové, sluchové, tělesné, mentální postižení, autismus, kombinovaná postižení, těžké poruchy učení, těžké poruchy chování, těžké vady řeči → papír z PPP, SPC
    - ZZN - zdrav. znevýhodnění - dlouhodobé nemoci, astma, alergie, diabetes, epilepsie, lehčí poruchy učení a chování → papír z PPP, PSC, lékař
    - SZN - soc. znevýhodnění - děti, které pochází z prostředí s nízkým sociokulturním statusem, pochází z prostředí ohrožovanými socio-patologickými jevy, děti v ústavní výchově (děti bez rodičů nebo se o ně rodiče nedokáží postarat) či ochraně (děti, které mají závažnou poruchu chování --> odebráno z rodiny - chráníme dítě od špatných vlivů a společnost od dětí), děti emigrantů → ředitel
    - → speciální vzdělávání = vzdělávání děti za využití podpůrných (ZP) a vyrovnávacích opatření (ZZN a SZN)
  - formy vzdělávání: *(v. 73/2005 - dnes už zrušena)*
    - individuální integrace
    - skupinová integrace
    - školy samostatně zřízených pro žáky ze ZP - speciální školy *(všechny školy označené "speciální" se musely přejmenovat na základě z. 561/2004 Sb. - dnes 2018 je stejný vzdělávací obsah)*
      - **výjimky:**
        - škola pro mentálně postižené --> speciální MŠ
        - *před 2005 - zvláštní školy --> po 2005 - ZŠ praktická - určena pro děti s lehkým mentálním postižením (RVP - příloha --> dnes už není)*
          - *POZOR PRAKTICKÁ ŠKOLA = STŘEDNÍ ŠKOLA*
        - *základní školy speciální - pro děti se středním a středně těžkým mentálním postižením (mají své RVP)*
      - i v těchto školách lze integrace - např. škola pro sluchově postižené, může zde být třída pro děti i s vadami řeči

- **právo** na návštěvu běžné školy (ředitel ZŠ nesmí odmítnout žáka se zdravotním postižením, který má trvalé bydliště ve spádovém obvodu školy) + musí naplnit jeho vzdělávací potřeby → spádové školy mají povinnost přednostně přijmout žáky ze spádové oblasti jejich školy!
- **právo** na vzdělávání pomocí specifických forem a metod a na vytvoření zvláštních podmínek, které vzdělávání umožní - nikdo mu ho nemůže popřít, je to právo, škola musí vytvořit podmínky
- povinná školní docházka dětí s těžšími formami mentálního postižení - není osvobozeno - jiné plnění této docházky – forma individuálního vzdělávání - chybí potřebná opatření a metodické vedení
- **Vyhláška 73/2005 Sb.**
  - Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
  - pokud podmínky školy nevyhovují vzdělávání dítěte, škola dítě přijmout nemusí
  - pokud škola nepřijme žáka - oznámí to kraji a rodičům žáka
  - opět se vrací k označení "speciální"
  - rozpor mezi vyhláškou a zákonem
  - zákon má vyšší právní moc než vyhláška - vždy se musíme řídit dokumentem, který má vyšší právní moc!
  - zrušeno 27/2016 k 1.9.2016
- SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY
  - asistent pedagoga
    - pomalý nárůst počet asistentů pedagoga (aktuálně kolem 13 000 - z toho 12 000 jako podpůrné opatření)
    - zaměstnancem školy - peníze vyplácí škola
    - podmínky pro získání:
      - když chtělo dítě asistenta pedagoga muselo dostat doporučení od ŠPZ
      - zákonný zástupce žáka požádal školu o to, aby dítě bylo vzděláváno s asistentem pedagoga (s tím, že donesli doporučení)
      - ředitel školy žádal kraj na peníze pro asistenta pedagoga - kraj měl hromádku peněz na asistenty - na kraji se konali schůze, kde se rozhodovalo, kdo asistenta dostane a kdo ne
      - jakmile je schválený, stává se zaměstnancem školy, má svou smlouvu, kde je napsáno, co je v jeho kompetencích
    - ve vyhláškách je umožněna přítomnost i osobního asistenta- nejsou to zaměstnanci školy nejsou tak školou placeni - 108/2006 - hrazen by měl být rodiči z příspěvku na péči
  - ŠPZ - školská poradenská zařízení
    - *PPP* - pedagogicko-psychologické poradny
    - *SPC* - speciálně pedagogická centra
    - provádí diagnostiku SVP (speciálně vzdělávacích potřeb) a dává zprávu rodičům i s doporučením (často rodiče nechtěli, aby to škola věděla a zprávy do škol nedaly)

        - od roku 2016 - zpráva jde jenom rodičům (anamnéza, jak probíhalo vyšetření,…) a doporučení jde přímo do školy (kde je pouze doporučení a jak postupovat) → školy se tím dnes musí řídit a musí to respektovat
    - IVP
        - doporučení ze školského poradenského zařízení
        - musí požádat školu o to, aby dítě bylo vzděláváno s IVP (individuální vzdělávací plán)
        - zodpovědná osoba za IVP - ředitel školy (platí dodnes)
        - *Kdo vypracovává plán?*
            - 1. stupeň - na tvorbě se podílí se učitel žáka a případně jazykář
            - 2. stupeň - tvoří ho všichni učitelé, kteří se podílí na vzdělávání žáka a kteří ho při své výuce potřebují (dříve se mělo podílet i ŠPZ, zákonní zástupci/zletilý žák, výchovný poradce)
    - předměty speciálně pedagogické péče
        - žáci mohou mít předmět speciálně pedagogické péče (práce s počítačem, znakový jazyk, orientace v prostoru,…) - do běžných škol se před rokem 2016 nedostali
    - vzdělávání dětí s těžkou kombinovanou vadou
        - tyto děti mohou být vzdělávány formou IV - individuální vzdělávání (stacionář, vzdělávání doma) - škola nad dětmi však dohlíží
- PROBLEMATIKA
    - běžné školy
        - nemají takovou podporu, jakou by měli mít
    - vzdělávání učitelů
        - děti se speciálními vzdělávacími potřeby jsou v běžným školách, ale vzdělání učitelů stávajících a i budoucích učitelů zaostává
        - i v dnešní době mají budoucí učitelé v semestru pouze jednu hodinu speciální pedagogiky --> pracuje se na nové akreditaci
        - nedostatečná podpora pedagogických pracovníků formou supervize, mentoringu, prostřednictvím worshopů, on-line podpory,…
        - žáci ze "speciálních škol" přechází do škol běžných *(dříve neměli možnost být na běžné škole, neměli žádnou podporu --> např. žáci s lehkou vadou řeči, lehkou poruchou učení, lehkým postižením,… - nyní už ve "speciální škole" někteří být ani nemohou)* - měli by je následovat i speciální pedagogové
        - ve školách musí být výchovný poradce a metodik prevence (ZŠ, SŠ A VOŠ) *(ministerstvo musí sehnat peníze a zaplatit je)*, může být školní psycholog a školní speciální pedagog *(ministerstvo nic shánět nemusí, škola pokud tyto zaměstnance chce, si musí peníze sehnat sama)*
    - ŠPZ (PPP, SPC), poradenství ve školách (VP, MP, ŠP, ŠSP)
        - významy zkratek:
            - VP - výchovný poradce
            - MP - metodik prevence
            - ŠP - školní psycholog
            - ŠSP - školní speciální pedagog
        - nedostatečný počet pracovníků
        - velká pracovní vytíženost
        - přílišná administrativa
        - nedodržování povinností daných legislativou *(učitel nemůže poslat dítě na vyšetření - může pouze doporučit rodině)*
        - školní psycholog a školní speciální pedagog
    - financování
        - *normativní financování žáků*
            - každý žák s sebou nese určitou sumu peněz → když je postižený nebo má nějaké znevýhodnění - PPP/SPC určí koeficient, kolikrát se zvýší tomuto žákovi normativ
            - opatření jsou finančně normované - PPP napíše žákovi pomůcky a peníze musí být využity právě na dané pomůcku
            - nyní změna: snaha zabránit zneužívání peněz (peníze na to, na co mají být)
            - *82/2015* - nové nastavení financování
                - děti byly hodnoceny podle starého systému (zařazení do skupinek ZP, ZZN, ZSN→ dvouleté přechodné období
                - v tomto období musí být žáci hodnoceni podle nového systému v PPP/SPC - musí se děti nově přediagnostikovat a nastavit podle nového systému
                - zatím to vypadá, že se sehnali peníze a mohlo by skončit přechodné období
        - skupiny, které nejsou zohledněny (civilizační choroby, vzácná onemocnění)
            - dnes se to postupně zlepšuje
        - neřešily se některé druhy potřeb (ošetřovatelská či zdravotní podpora)
            - pedagog nesmí podat zdravotnickou péči - ale ve školách nejsou zdravotní pracovníci! - problém u diabetiků, astmatiků, epileptiků,…
            - snaha o zlepšení
        - rozdílná konkrétní podpora (částka), která byla poskytována v jednotlivých krajích
            - výsledky v PPP v různých krajích by měly být přibližně stejné

        - v každém kraji dostávají děti rozdílnou částku (často v závislosti na finančním zabezpečení kraje) --> snaha o jednotné financování
    - asistent pedagoga
        - zaměstnancem školy - peníze na něj poskytuje škola
        - velký problém s přidělováním asistent
            - asistent pedagoga se stal finančně nárokovým --> pokud potřebuje dítě asistenta, dostane ho
        - vedení a náplň činnosti
            - asistenti pedagoga nechtějí dělat to, co dělají osobní asistenti (pomoc při osobních potřebách)
            - školy nevědí, jak asistenta pedagoga používat
            - 9.3.2018 - snaha tento problém řešit *(asistent může vést třídu, když se učitel věnuje žákovi s SVP)*
    - individuální vzdělávací plán (IVP)
        - metodická podpora ze strany ŠPZ při tvorbě byla nedostatečná
            - přílohou vyhlášky 27 je formulář, jak má vypadat IVP → jednotná forma
            - ŠPZ se nemusí podílet na tvorbě IVP - poprvé ho vidí, až když se setká s žákem
            - je to trochu nešťastné řešení
        - pracovníci ŠPZ pouze výjimečně seznámení se ŠVP školy, ze kterého vychází IVP
        - kontrola a vyhodnocení IVP
            - vyhodnocování 2x za rok za účasti všech nezainteresovaných

2008 až současnost

- vývoj je poznamenán **finanční a posléze hospodářskou krizí**
- snaha upevnit veřejné rozpočty a zastavit jejich zadlužování vede k řadě kroků, které jsou nejen diskutabilní, ale v řadě případů nesystémové a neodpovídající míře hospodářského poklesu
- znovu se u společenských a politických elit projevuje neznalost skutečných problémů skupiny zdravotně postižených
- typickým přístupem řady úrovní veřejné správy je konstatování *„nyní nelze nic dělat, počkáme, až skončí krize…“*

Národní plány

- významný prvek upravující přístup státu a orgánů veřejné správy k občanům se zdravotním postižením představovaly **tzv. „Národní plány“**, které byly přijímány po celé období jako operativní i svého druhu koncepční dokumenty zakotvující nejdůležitější úkoly a opatření pro jednotlivé oblasti státní správy
- v období od 90. let 20. století do současnosti byly přijaty následující „plány podpory“:
- **Národní plán pomoci ZP občanům** – plán akcí na 2. pololetí 1992-1994, schválen usnesením vlády ČR č. 466 ze dne 29. června 1992
- **Národní plán opatření pro snížení negativních důsledků ZP** – schválen usnesením vlády ČR č. 493 ze dne 8. září 1993
- **Národní plán vyrovnávání příležitostí pro občany se ZP** – schválen usnesením vlády ČR č. 256 ze dne 14. dubna 1998
- **Národní plán podpory a integrace občanů se ZP** – schválen usnesením vlády ČR č. 1004 ze dne 17. 8. 2005
- **Národní plán vytváření příležitostí pro občany se ZP** – schválen usnesením vlády ČR č. 253 ze dne 29. 3. 2010

SOUČASNÝ STAV SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

- záležitostí zhruba posledního desetiletí je odklon od speciálních institucí a podpora života postižených v neústavním prostředí
- vnímání osob s postižením veřejností či postoj společnosti k lidem s postižením také prochází vývojem
    - před rokem 1990 mnoho laiků (i činitelů zodpovědných za životní situaci osob s postižením) uvažovalo (pokud o ní vůbec uvažovalo) o problematice osob s postižením jako o okrajové záležitosti, která nemá celospolečenský rozměr
    - po převratu převažoval (a zdá se, že u někoho i v současnosti přetrvává) přístup víceméně charitativní – zdůrazňující domnělou nemohoucnost či závislost osob s postižením a potřebu pomáhat jim, protože tito „chudáci“ potřebují naši péči a pomoc
- v posledních letech se veřejnost (doufejme, že nejen odborná) začíná ve vnímání osob s postižením přibližovat vyspělým zahraničním státům (v Evropě např. severským zemím – Švédsko, Finsko)
    - o lidech s postižením začíná uvažovat jako o minoritě, která je oproti majoritě vymezena právě přítomností postižení a která má svá specifická práva a potřeby
    - členové této minority na jedné straně disponují mnoha shodnými charakteristikami, ale na straně druhé jsou skupinou vnitřně velmi diferencovanou – množstvím různých druhů a stupňů postižení

- Michalík (2002) jako představitel odborné veřejnosti v roce 2002 propagoval přístup o minoritě postižených jako k *„důležité součásti společnosti, jako skupině, která se (přímo či nepřímo) podílí a ovlivňuje značnou část hrubého domácího produktu. A zejména jako ke skupině, v níž je z hlediska rozvoje lidských zdrojů ukryt významný potenciál duchovního i ekonomického rozvoje.“*
    - takové vnímání minority postižených však dosud není mnohým intaktním lidem blízké, neboť obecný celospolečenský postoj k minoritám můžeme aplikovat i na situaci minority lidí s postižením
- ačkoli přístup k menšinám v ČR vykazuje posun pozitivním směrem, není s vyspělým zahraničím stále srovnatelný
    - minorita lidí s postižením by měla posilovat o svůj společenský status, prestiž, rozvíjet svou kulturu a obohacovat jí kulturu majoritní – tj. kulturu intaktní společnosti
- Jakkoliv zejména technologický vývoj, případně rozvoj medicíny, znamená skutečně v řadě případů zlepšení života osob s postižením, neznamená to, že by neexistovaly reálné (nebo se již projevující) tendence, které naopak postavení osob s postižením zhoršují. Na mysli máme zejména „demografickou hrozbu“ anglosaské civilizace, kterou je stárnutí populace. Zvyšující se reparabilní schopnost medicíny, která s sebou nese násobné zvyšování nákladů na zdravotní péči. A také obecně pozitivní vývoj v oblasti znalosti lidského genomu, který však, v určitých případech a společenských situacích, může být zneužit. Ať již individuálně, či dokonce skupinově. A lidé se zdravotním postižením mohou být jak příjemci „benefitů“ vývoje vědy, tak mohou být významně poškozeni. Nikoliv vědou samotnou, ale politikou, která se může v některých zemích (a zdaleka se nejedná jen o země nedemokratické) objevit.
- Jestliže odmítáme tezi o víceméně „automatickém“ zlepšování podmínek života lidí s postižením, činíme tak proto, že při hodnocení každého společenského jevu, tedy i úrovně podpory osob s postižením, se musíme vždy ptát, jaká je skutečná úroveň sociální, ekonomická, kulturní v dané společnosti. A ještě přesněji: kolik z nashromážděného společenského bohatství (tímto termínem nerozumíme jen hmotné statky) je společnost ochotna redistribuovat skupinám ohroženým, skupinám z podstaty věci více či méně závislým na určitém množství společenské podpory?
- skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině, musíme posuzovat vždy důsledně horizontálně → jen tak můžeme uspokojivě posuzovat tak často diskutované podmínky života osob se zdravotním postižením v té či oné společnosti
- zdravotně postižení nepředstavují v žádné společnosti, ani u nás, skupinu, která by stála vně společenského dění
    - samozřejmě se jich dotýká i ekonomický vývoj, množství disponibilních rozpočtových prostředků ad.
    - snaha je o stejný rovný přístup k lidem intaktním a lidem s postižením

Úmluva o právech zdravotně postižených

- Sdělení č. 10/2010 Sb. m. s. - Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením
- struktura: preambule, články 1 – 50, opční protokol (článek 1 – 18)
- založena principu rovnoprávnosti a zaručuje osobám se ZP plné uplatnění všech lidských práv a podporuje jejich aktivní zapojení do života společnosti
- zásady: respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti, zákaz diskriminace, plné zapojení do společnosti, rovnost příležitostí, přístupnost, rovnost žen a mužů, respekt k vyvíjecím se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity
- světový dokument potvrzující práva a svobody osob se ZP
- 4 důvodu vytvoření:
    - zviditelnění problematiky lidských práv osob se zdravotním postižením
    - specifika těchto práv – potřeba vytvořit speciální dokument stanovující, upravující o ochraňující jejich práva
    - vytvoření jednotné právní úpravy práv osob se zdravotním postižením
    - zmínky byly rozptýleny do různých dokumentů (Světový akční plán pro osoby se zdravotním postižením (1982), Standardní pravidla pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením (1993), Všeobecná deklarace lidských práv (1948)
    - získání údajů o problematice osob se zdravotním postižením
- vycházel ze Standardních pravidel pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se ZP (dokument OSN, 1993)
- byla přijata 13. prosince 2006 v New Yorku, ČR podepsalo v NY dne 30. března 2007
- definování pojmu ZP: „Osoby se zdravotním postižením zahrnují osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními.“

Diskriminace osob se zdravotním postižením

- je v podmínkách moderní společnosti pojmem, který stále nemá zcela zřetelné a jasné obrysy

- z hlediska práva dochází k diskriminaci pouze tehdy, když lze potvrdit, že se diskriminace děje, že jsou odpírána lidská práva, nebo je omezován přístup postiženého subjektu k nárokům z práva vyplývající
- existují i jiné úhly pohledu a je do jisté míry otázkou konsenzu, co bude za diskriminaci v dané situaci, prostředí a čase považováno
- Sociologický slovník uvádí u hesla diskriminace následující: *„postoje a způsoby, kterými jsou znevýhodňováni nebo ponižováni lidé na základě své příslušnosti k určité skupině. Odmítání práva na rovný přístup bez ohledu na osobní vlastnosti jedince pouze na základě jedné z jeho připsaných charakteristik; např. jeho rasy, pohlaví, věku, sociálního původu, příslušnosti k určitému regionu (…).“* (Boudon, 2006, s. 37)
- Slovník sociální práce u hesla diskriminace zdůrazňuje *„odlišování, odlišný přístup. Obvykle ke skupinám lidí určitého věku, pohlaví, rasového nebo etnického původu. Tyto skupiny mohou být systematicky zvýhodňovány nebo znevýhodňovány, a to zákony, podzákonnými normami, publicitou, předsudky a hlavně faktickým chováním lidí, s nimiž se tyto skupiny dostávají do styku (…)..“* (Matoušek, 2003, s. 67)
- dalším z problémů, který však nemůžeme označit za diskriminační, ale jen odborně i lidsky nesprávný, je ***používání nesprávných termínů pro označení skupiny*** osob či jednoho člověka se zdravotním postižením
- obecně však můžeme uvést, že při používání pojmů souvisejících s občanem se zdravotním postižením se vždy snažíme klást důraz na to, aby vlastní termín označující postižení stál vždy až jako druhořadý za tím nejdůležitějším, kterým je daný člověk, občan, osoba → people first language
- od dříve běžného *postižený člověk* k *člověku s postižením*, od dříve běžného *slepec* k *nevidomému*, od dříve běžného *tělesně postižené dítě* k *dítěti s tělesným postižením*
- Občané se zdravotním postižením nejsou zpravidla považováni za minoritu se specifickými právy a potřebami. Vůči občanům se zdravotním postižením jako k jedné z posledních skupin ve společnosti rovněž přetrvává vědomí „historické neodpovědnosti“ za systémové diskriminační a segregační přístupy, kterými česká společnost a dřívější totalitní stát vydělovaly zdravotně postižené ze svého středu. Lidé se zdravotním postižením byli odsunuti na samý okraj společnosti. Možnosti vzdělávání (zejména mentálně postižených), sociální péče či služby, podpora rodin se zdravotně postiženým členem, to vše bylo na velmi nízké úrovni. Snad jen měkký trh práce s jemu odpovídajícími novelizačními podmínkami odměňování představoval pro zdravotně postižené jistou šanci na pracovní uplatnění, která je v současnosti složitější.
- Tato historická příkoří, mající mnohdy podobu systémové diskriminace, či dokonce individuálních trestných činů, nebyla v počátcích rozvoje demokratického státu pojmenována a pro řadu dalších úkolů ani řešena. Právě vůči občanům se zdravotním postižením jako obětem diskriminace nebývalého rozsahu bylo na místě učinit vstřícné gesto, jímž by majoritní společnost uznala újmu, které byli tito občané vystaveni. Uvedené hodnocení se netýká výlučně orgánů státu, ale stejně tak je platné i při posuzování vztahu společenských elit, představitelů občanské společnosti, médií a dalších k občanům se zdravotním postižením. V současnosti se u nás diskriminační tlaky pochopitelně projevují v jiných oblastech a nesouměřitelnými způsoby.
- Nyní jde zejména o dlouhodobé nerespektování či neznalost základních a zásadních odlišností, které tuto minoritu občanů definují. Jedná se o složitou a propletenou síť, sestávající se ze silných a zakořeněných diskriminačních tradic v oblasti společenských zvyků a vztahů, architektonických, vzdělanostních a pracovních bariér, jakož i individuálních postojů a soudů o zdravotním postižení a jeho nositelích. Novou platformou pro formulaci, obhajobu a prosazování práv občanů se zdravotním postižením představuje nový, tzv. antidiskriminační zákon.
- osoby se ZP jsou navzdory všem snahám vystavovány větší míře diskriminace a projevům násilí než intaktní populace
- fyzické násilí, šikana, pohlavní zneužívání a obtěžování, slovní agrese, psychické týrání
- ekonomické zneužívání, odebírání důchodů a sociálních dávek, týrání hladem, žízní, zimou, omezování svobody pohybu, …
- snaha o zabránění diskriminaci osob s postižením je zajištěna Listinou základní práv a svobod a dále Antidiskriminačním zákonem č. 198/2009 Sb., který zakazuje diskriminaci

Antidiskriminační zákon

§2

- *(2) Diskriminace je přímá a nepřímá. Za diskriminaci se považuje i obtěžování, sexuální obtěžování, pronásledování, pokyn k diskriminaci a navádění k diskriminaci.*
- *(3) Přímou diskriminací se rozumí takové jednání, včetně opomenutí, kdy se s jednou osobou zachází méně příznivě, než se zachází nebo zacházelo nebo by se zacházelo s jinou osobou ve srovnatelné situaci, a to z důvodu rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru.*

§3

- *Nepřímou diskriminací se rozumí takové jednání nebo opomenutí, kdy na základě zdánlivě neutrálního ustanovení, kritéria nebo praxe je z některého z důvodů uvedených v § 2 odst. 3 osoba znevýhodněna oproti ostatním. Nepřímou diskriminací není, pokud toto ustanovení, kritérium nebo praxe je objektivně odůvodněno legitimním cílem a prostředky k jeho dosažení jsou přiměřené a nezbytné.*
- *(2) Nepřímou diskriminací z důvodu zdravotního postižení se rozumí také odmítnutí nebo opomenutí přijmout přiměřená opatření, aby měla osoba se zdravotním postižením přístup k určitému zaměstnání, k výkonu pracovní činnosti nebo funkčnímu nebo jinému postupu v zaměstnání, aby mohla využít pracovního poradenství, nebo se zúčastnit jiného odborného vzdělávání, nebo aby mohla využít služeb určených veřejnosti, ledaže by takové opatření představovalo nepřiměřené zatížení.*
- *(3) Při rozhodování o tom, zda konkrétní opatření představuje nepřiměřené zatížení, je třeba vzít v úvahu:*

a) míru užitku, kterou má osoba se zdravotním postižením z realizace opatření,
b) finanční únosnost opatření pro fyzickou nebo právnickou osobu, která je má realizovat,
c) dostupnost finanční a jiné pomoci k realizaci opatření a
d) způsobilost náhradních opatření uspokojit potřeby osoby se zdravotním postižením.

Předsudky a mýty

- osoby s postižením jsou často vystaveny působení předsudků, mýtů a z nich vyplývajícího paušálního a nesprávného posuzování
- předsudek je zakořeněný úsudek či názor, který není založen na spolehlivém poznání, ale na pouhém mínění či předpokladu (nemusí být vždy negativní)
  - předpojatost, názorová strnulost, negativní postoj vůči jednotlivci nebo skupinám lidí (Keller, 1996)
  - ať už je negativní či pozitivní zkresluje skutečnou situaci
- typy předsudků: (Khutová in Michalík, 2011)
  - **podceňující předsudky**
    - zastoupeny názorem, že např. „zrakově těžce postižení si zaslouží politování a soucit spojený s charitativním přístupem; jsou to ubožáci, žijí ve světě tmy; jsou bezmocní, nemohoucí…“
  - **odmítavé předsudky**
    - „…postižení jsou neužiteční a neproduktivní; jde o trest (boží) nebo si jej postižený zavinil sám, případně jeho rodina.“
  - **protektivní předsudky** (ochranitelské)
    - (již dopředu) „…je jasné, že každý postižený potřebuje ochranu a sociální péči; …jsou tak opuštění, postižení se přeci neobejdou bez naší (mojí) pomoci“
  - **hostilní předsudky**
    - „…mají samé výhodičky; …mají všechno zadarmo; … jen na ně furt doplácíme; …kdo se má na toho mrzáka dívat…“
  - **idealizující předsudky**
    - „příroda nevidomým chybějící zrak vynahradila zbystřením ostatních smyslů; jsou mravně lepší než vidící (žijí vnitřním, duchovním životem, utrpení je zušlechťuje apod.)“
  - **heroizující předsudky**
    - „…všechno bravurně zvládá, nepotřebuje žádnou pomoc; …nikdo by nedokázal to, co on“ apod.
- Vágnerová uvádí, že postoje společnosti k postiženým lidem mohou být odmítavé či ambivalentní
  - tyto postoje vycházejí z nedostatku porozumění jejich problémům
  - vzhledem k tomu, že tato problematika byla po dlouhou dobu tabuizována, měla veřejnost o problémech, možnostech a omezeních handicapovaných lidí jen málo informací
  - dále handicapovaní bývají předmětem soucitu, neboť je potkalo neštěstí
  - postižení mohou vzbuzovat hrůzu a odpor, protože symbolizují něco negativního
  - mohou často vyvolávat ostych, který je dán nejistotou a neznalostí, jak bychom se my zdraví k nim měli chovat - tyto postoje se těžko mění, mnohdy lze mluvit až o stereotypu
  - v postoji k postiženým se projevuje tendence ke generalizaci

MEZINÁRODNÍ KLASIFIKACE FUNKČNÍCH SCHOPNOSTÍ

MKF = ICF International Classification of Functioning, Disability and Health

- klasifikační systém vytvořený WHO
- klasifikuje zdraví a složky, které se ke zdraví vztahují
- člení je na různé domény podle toho, co člověk s postižení dělá, nebo může dělat, a beru v úvahu i faktory prostředí
- MKF lze rovněž použít jako klinický nástroj k potřebám hodnocení, ke sledování léčení ve speciálních podmínkách, k pracovnímu hodnocení, v rehabilitaci při hodnocení funkčních schopností, kapacity i výkonu jednotlivce, při hodnocení výstupů a úspěšnosti rehabilitace, jako je například integrace na trh práce, k měření výstupů kvality života a faktorů prostředí
- dále je vhodná jako statistický nástroj pro shromažďování a zaznamenávání dat (prevalence a incidence disability, ve studiích populace, ve výzkumu nebo managamentu informačních systémů), jako nástroj sociální politiky v plánování sociálního zabezpečení, v systému kompenzací, k vytváření a zavádění politiky jako nástroje vzdělávání a vytváření osnov, k podporování uvědomění a vytváření sociálních akcí
- → dochází ke změně paradigmatu, a to od segregace směrem k inkluzi. Snahou nejen odborníků je integrace osob se ZP/ZN do společnosti a v současné době také inkluze osob se ZP/ZN

INTEGRACE, INKLUZE

Integrace

- = plnohodnotné soužití zdravých a hendikepovaných jedinců, jež umožňuje respektování individuálních potřeb každého z nich v různých oblastech života (vzdělání, zaměstnání, volný čas), zapojení, včlenění postiženého jedince do komunity/běžné populace
- = proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti
- **stupně**:
  - adaptace – plné zapojení za použití pomocných opatření a prostředků (např. zařazování postižených dětí do běžných škol)
  - utilita – zapojení za dohledu a pomoci jiných lidí
  - inferiorita – nemožnost zapojit postiženého jedince jakýmkoli způsobem do společenského života
- **přístupy v sociální integraci**:
  - asimilační – soc. integrace jedince závisí na jeho schopnosti přizpůsobit se majoritě, která určuje pravidla soužití
  - adaptační – snahu jedince o soc. integraci podporuje společnost vstřícnými opatřeními, přizpůsobování jedince a společnosti je vzájemné

Inkluze

- = nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení
- při procesu integrace osoby do společnosti je nutný rozvoj samostatnosti a soběstačnosti (v tom výrazně pomáhá rozvoj technologií, nových pomůcek a přístrojů, rozvoj terapií apod.)
- důraz je také kladen na spolupráci s rodinou, např. služba rané péče
- přeměnou prošla i sociální oblast, změnily se systém dávek a příspěvků, dochází k rozvoji neziskového sektoru a vznikají nové služby pro osoby se ZP (tlumočení, osobní asistence, sexuální asistence, průvodcovské služby…)
- v rámci zkvalitnění péče o osoby se ZP dochází v současnosti k transformaci ústavních zařízení
- transformace je změna velkokapacitní ústavní služby pro lidi s postižením na bydlení a podporu v běžném prostředí – lidé s postižením díky transformaci přecházejí z velkých ústavů do bytů či rodinných domů v běžné zástavbě a žijí způsobem života, který je obvyklý pro jejich vrstevníky
- transformace sociálních služeb přispívá k začlenění osob s postižením do běžného života společnosti – s náležitou podporou mohou lidé s postižením žít v běžných domácnostech, převzít odpovědnost za svůj život a zvládat péči o sebe a domácnost tak, jak to dělají ti, kdo v ústavech nežijí
  - mohou chodit do zaměstnání, pěstovat své záliby nebo se stýkat s přáteli z okolí
  - není důvod, aby svůj život trávili ve velkokapacitní instituci, která je v těchto činnostech omezuje (http://www.trass.cz/index.php/transformace/)
- na jedné straně se pozitivně mění pohled na osoby se ZP, na straně druhé společnost neustále hodnotí lidi kolem sebe a vytváří si o nich představy a soudy
  - hodnocení je ovlivněno předsudky a stigmaty, o to více týkající se lidí s ZP, kteří jsou odlišní/ jiní
- příklady předsudků týkající se lidí s postižením – část společnosti žije v představě, že lidé s postižením nemají a nemohou mít smysl pro humor, že zábava, radost, úspěch, sexuální život nejdou dohromady s ZP
- člověk s viditelnou, zřejmou vadou či poruchou je ve společnosti odlišný vyvolává strach, někdy odpor, velice často lítost, nejistotu – výrazná odlišnost však poutá pozornost = fascinace monstrem (Blažek)
- osoby s postižením vyvolávají ambivalentní postoj mezi přijetí a odmítnutím, což je jeden z důvodů, proč jsou lidé s postižením minoritou

KVALITA ŽIVOTA LIDÍ S POSTIŽENÍM ČI ZNEVÝHODNĚNÍM

- = well-being, social well-being, happiness, satisfactio
- = subjektivní vnímání vlastní životní situace ve vztahu ke kultuře, k systému hodnot, životním cílům, očekáváním a běžným zvyklostem (WHO)
- řada lidí kvalitu života spojuje hlavně s uspokojováním základních potřeb, s dosažením jisté ekonomické úrovně se získáním očekávané úrovně vzdělání a uplatněním na trhu práce
- kvalita života je ovlivněna různými faktory – psychologickými, environmentálními, zdravotními, sociálními aj.
- hledají se faktory bytí, sebepojímání, materiální, psychologické, sociální, duchovní, které jsou potřebné pro zdravý a šťastný život člověka
- kvalitou života se zabývají různé vědní obory – psychologie, sociologie, speciální pedagogika
- jako první se o kvalitě života hovořilo v ekonomii
- → každý obor má jiný náhled na problematiku – nejednotnost v definici
- hodnocení kvality života je výrazně spojeno se sociálním a kulturním prostředím
- sleduje se kvalita života osob se ZP, ale také osob pečujících a rodinných příslušníků
- na nejvyšší možnou kvalitu života mají právo i lidé se speciálními potřebami
    - u lidí s postižením je kvalita života ovlivněna i faktory, které u intaktní populace nejsou – hloubka, délka, typ postižení, náhled společnosti na osoby s postižením, …
- lidé s postižením většinou subjektivně vnímají kvalitu života za přiměřenou
- kvalita života osob se ZP stoupá s ohledem na vyrovnávání příležitostí a rovnost šancí, k čemuž ve společnosti dochází
- dále kvalita života stoupá, pokud osoby s ZP dokáží akceptovat své postižení, vyrovnají se s ním, dokážou s ním vést spokojený život → v tomto případě může být kvalita života osob se ZP vyšší než některých intaktních jedinců
- kvalita života může být interpretována:
    - **objektivně** – indikátory jsou životní podmínky, ekonomické ukazatele, …
    - **subjektivně** – indikátory jsou pocit úspěchu, osobní spokojenost
- disability paradox – pozitivní účinky poruchy zdraví
- výzkumy ukazují, že kvalita života osob s postižením je stejná nebo vyšší než u intaktní populace
    - vzniká rozpor mezi vážným zdravotním stavem a vážnými dopady na běžný život, které vnímá okolí a na straně druhé pozitivní vnímání kvality života na straně vlastní osoby s postižením

Fenomén kvality života (QOL)

- představuje aktuálně velmi diskutovanou a široce pojímanou problematiku
- tento moderní trend se postupně dostal do sféry zájmu řady vědních oborů (filozofie, sociologie, psychologie, medicína, ekonomie, ekologie, pedagogika aj.).
- každé z těchto odvětví volí specifický úhel pohledu, z čehož plynou i různá teoretická východiska pojetí kvality života a jejích hlavních atributů
- odrazem toho, že se kvalitou života zabývá mnoho vědních disciplín, je multidimenzionální charakter této problematiky, částečně také *multifaktoriální podmíněnost samotné kvality života* a její často subjektivní pojetí (Stejskalová, 2010)
- dvě dimenze kvality života
    - subjektivní úhel pohledu zdůrazňuje lidskou emocionalitu a všeobecnou spokojenost se životem
    - objektivní kvalita života představuje naplnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (Hnilicová in Payne, 2005)
- v nejobecnějším slova smyslu chápe termín kvalita života Campbell (in Salajka, 2006, s. 11), který ji vymezuje jako *„rozdíl mezi chtěnými a uskutečněnými životními cíli – čím větší tento rozdíl je, tím nižší je kvalita života“*
- Kirby (in Vaďurová, Mühlpachr, 2005) ve své definici kvality života zdůrazňuje její **klíčové oblasti** (fyzické zdraví, psychické prožívání, sociální kontext) – kvalita života představuje stupeň, v němž prožívání života uspokojuje individuální psychologická a fyzická přání a potřeby
    - Calman chápe kvalitu života jako *„rozdíl mezi tím, co jedinec zvládne (actual self) a co by chtěl zvládnout (ideal self)“*

Kvalita života z hlediska sociologie

- v sociologii je termín kvalita života běžně používaný
- ze sociologického hlediska jsou nejčastěji ve výzkumech sledovány oblasti vzdělání, ekonomická situace, zaměstnání, partnerství, rodina, etnická příslušnost

- dalším vlivem je úroveň sociálních služeb, sociální zabezpečení, politické zřízení i celkové společenské klima
- sociologické pojetí kvality života je cíleno na objektivní sociální atributy úspěšnosti jako je status, majetek, vzdělání, rodinný stav, … (tzv. sociální indikátory) a je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je vnímána jako subjektivní životní pocit

Kvalita života z hlediska medicíny

- v této oblasti se tento termín používá od 70. let 20. století
- v dnešní době je kladen velký důraz právě na tuto problematiku a lékařskou povinností je zabývat se pacientovou kvalitou života př. jak mu nemoc, léčba ovlivňují život aj.
- zde se zaměřujeme především na **oblast zdraví ve smyslu fyzickém** (zda daná terapie působí, léčba a její účinky) **a psychickém** (zajímá nás subjektivní stránka pacienta – bolest, napětí, emoce, …aj.)
- každý pacient je jedinečný a individuální, a proto musíme *pokaždé volit jiný přístup* (např. u pacienta nevyléčitelného a pacienta po těžkém úrazu)
- medicínský přístup zkoumá zejména zdraví jedince
- takto úzce chápaný pojem kvality života je posuzován z hlediska vlivu nemoci a její léčby na pacienta
- ve shodě s definicí zdraví Světové zdravotnické organizace je tedy přístup ke kvalitě života zaměřen na pozitivní stránky zdraví a doplňuje tak dosavadní kritéria posuzování zdravotního a duševního stavu jedince ve smyslu koexistující psychopatologie, výkon pracovních a sociální funkcí, hodnocení nemocného pozorovateli či blízkými osobami nebo potřeba zdravotnické péče
- tomuto odpovídá přesun zájmu od nemoci k pacientovi, od léčení k rehabilitaci, od zdravotnických k sociálním zásahům do života nemocného a ke stanovení větší odpovědnosti pacienta za svůj zdravotní stav

Kvalita života z hlediska psychologie

- samotný název nám napovídá, že se věnujeme oblasti spojenou se subjektivní životní pohodou, kterou dělíme do dvou oblastí:
  - **kognitivní** (spokojenost s vlastním životem)
  - **emocionální** (emoce a citové prožívání jedince)
- další členění uvádí sociální pohodu jako
  - **aktuální** (zaměřená na momentální prožívání, jedná se o krátkodobé faktory – nálady, city, emoce…atd.)
  - **habituální** (výsledek kognitivních úsudků, vztahuje se k delšímu časovému období, může to být i celý život)
- psychologický přístup se v mnohém shoduje s medicínským, často jej v diagnostice předchází
- pokud je kvalita života zkoumána v předem určených oblastech, je třeba nejprve zjišťovat, nakolik jsou jednotlivé oblasti pro daného jedince důležité, a teprve poté do jaké míry je se svými možnostmi v této oblasti spokojený…
- 3 podoby pojmu kvality života:
  - **spokojenost se životem** (jedná se o zjišťování životní spokojenosti jedince, např. co činí jedince spokojeným, faktory přispívající k životní spokojenosti, společenské instituce ovlivňující spokojenost jedince)
  - **prožívaná subjektivní pohoda** (subjective well-being)
  - **štěstí** (všeobecné hodnocení kvality života)

Jesenský (in Vaďurová)

- podmiňuje kvalitu života osob s postižením *procesy edukace a rehabilitace*
- jedinec s postižením je limitován svými specifickými potřebami v souvislosti s typem a stupněm zdravotního postižení
- existence těchto potřeb vede k závislosti na specifických službách
- cestu k jejich minimalizaci představuje komprehenzivní rehabilitace
- právě její optimalizace a individualizace by měla být smyslem hodnocení kvality života této kategorie osob

Zdroje:

- VAĎUROVÁ, H.; MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života: teoretická a metodologická východiska.* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3754-7.
- STEJSKALOVÁ, K. 2010. *Kvalita života dětí s retinopatií nedonošených.* Olomouc. Disertační práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Pedagogická fakulta. Ústav speciálněpedagogických studií. Školitel: prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
- PAYNE, J. a kol. 2005. *Kvalita života a zdraví.* 1. vyd. Praha: Triton. ISBN 80-7254-657-0.
- Viz výuka Jeřábková; Titzl; Slowík; Michalík; Renotiérová; Jesenský; Sovák

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO VĚDNÍ OBOR

2. Speciální pedagogika jako vědní obor – předmět, cíle, postavení v soustavě věd, systém SP (tři hlediska), základní terminologie ve SP (např. vada, postižení, handicap dle WHO klasifikace ICIDH a MKF, označení osob, norma, normalita, atp.), tzv. modely postižení (medicínský, sociální a biopsychosociální nebo např. dle Pančochy – medicínský, funkční, sociální a integrovaný); nová východiska speciální pedagogiky; inkluzivní pedagogika

SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO VĚDNÍ OBOR

- **speciální pedagogika** = jde se o samostatnou vědní disciplínu, která patří do skupiny pedagogických věd a v širším začlenění do skupiny společenskovědních oborů
- disciplína orientovaná na výchovu, vzdělávání a celkový osobnostní rozvoj znevýhodněného člověka s cílem dosáhnout co možná nejvyšší míry jeho sociální integrace, a to včetně pracovních a společenských možností a uplatnění
- pojmy výchova a vzdělávání bývají úzce spjaty s obdobím dětství a dospívání, ovšem současná speciální pedagogika se stejně intenzivně věnuje osobám dospělým a starším (seniorům), proto se setkáváme s termíny speciální andragogika a speciální gerontagogika – všech lidí se totiž týká trend celoživotního učení a trvalého osobnostního rozvoje
- v centru zájmu speciální pedagogiky nestojí žádné vady, poruchy, postižení nebo handicapy, s nimiž se můžeme u lidského jedince setkat, samy o sobě; zájem tohoto oboru je soustředěn především na **člověka**, jehož životní situace je nějakým **znevýhodněním** ovlivněna a který ve své sociální existenci potřebuje **odbornou intervenci a vhodnou podporu** (Slowík, 2007)
- podstatu speciální pedagogiky jako vědního oboru tvoří (jak uvádí Vašek, 1996) interakce mezi speciálněpedagogickými jevy a procesy
    - speciálněpedagogické jevy jsou kategorie, jako např. postižený jedinec, postižení, specifické potřeby, dítě se specifickými potřebami aj.
    - speciálněpedagogické procesy jsou označeny pojmy, jako např. speciální edukace, výchovná rehabilitace, kompenzace, reedukace aj.

Definice (mnoho různých definic)

- Sovák (1980) nehovoří pouze o výchově a vzdělávání, ale také o rozvoji osob – dětí, mládeže a dospělých
- ne vždy se totiž při práci speciálních pedagogů jedná o edukaci – výchovu a vzdělávání
- Kysučan a Kuja (1996, s. 11), kteří jej rozšiřují i o „rehabilitaci dospělých, u nichž problematika postižení pokračuje a vyžaduje si další řešení“
- Vašek (1995, 2005) naopak ve svých definicích hovoří právě o výchově a edukaci, ale velmi konkrétně vyjmenovává jednotlivé skupiny dětí, mládeže a dospělých, kterým je výchova a edukace určena, přičemž v časovém odstupu jeho definic je zřejmý především vývoj terminologie
- Renotiérová (2006) neopomněla při definování speciální pedagogiky zmínit výzkumné úkoly, které je nutné řešit
- snad s cílem vyvrátit pochyby o tom, zda je speciální pedagogika plnohodnotnou vědeckou disciplínou
- Slowík (2007) do definice zahrnuje i cíl speciální pedagogiky
- Fischer a Škoda (2008) zdůrazňují znevýhodnění cílové skupiny speciální pedagogiky oproti majoritní populaci a také její speciální výchovné a vzdělávací potřeby
- *„Speciální pedagogika je vědní disciplínou, která se zabývá zákonitostmi rozvoje, výchovy, a vzdělávání, rehabilitace, péče, podpory, terapeutického působení, socializace apod. jedinců znevýhodněných vůči majoritní společnosti z důvodu jejich speciálních potřeb způsobené mentálním, senzorickým či kombinovaným postižením, poruchou mobility, narušenou komunikační schopností, psychosociálním narušením, poruchou učení či chování, mimořádným nadáním apod., a to od narození po sénium, případně zákonitostmi podpory, jejich rodinných příslušníků či blízkých osob.“* (*Jeřábková: Teoretické základy speciální pedagogiky pro speciální pedagogy, studijní opora)*

Předmět SPP

- **předmětem péče speciální pedagogiky**
    - zdravotně, příp. sociálně znevýhodněný jedinec, který potřebuje podporu v oblasti výchovy, vzdělávání, přípravy pro pracovní a společenské začlenění i v jeho realizaci (Renotiérová, 2006) – a to od narození až po smrt
    - v dnešní terminologii spíše jedinec se speciálními potřebami způsobenými postižením či znevýhodněním

  - Slowík sem zahrnuje také rodinné příslušníky, učitele, vychovatele a další osoby, které jsou v nejužším kontaktu
- **předmětem speciální pedagogiky**
  - zkoumání podstaty a zákonitostí výchovy, edukace jedinců se speciálními potřebami z aspektu etiologie, symptomatologie, možnosti aplikace speciálně pedagogických metod (reedukace, kompenzace a rehabilitace) a profylaxe neadekvátního vyrovnávání znevýhodněných osob s postižením, narušením nebo různými specifickými omezujícími faktory

Cíle SPP

- vycházejí z principu humanismu, tj. z uznání hodnoty a svébytnosti každého člověka, tedy i toho, který se nějakým způsobem odlišuje od tzv. průměrné normy
- cílem v praxi je vychovávat, vyučovat a vzdělávat jedince se speciálními potřebami tak, aby se nejen vnitřně vyrovnali se svým postižením (poruchou, omezením, narušením, vadou, znevýhoděním), ale aby se přes všechna individuální omezení dokázali včlenit do pracovního procesu a do globální společnosti
- pro dosažení těchto cílů je nezbytné důsledně **uplatňovat individuální přístup**, přičemž nároky je třeba přizpůsobovat možnostem a schopnostem každého jedince
- existuje řada definic cílů, ale ze všech vyplývají dva aspekty:
  - **rozvoj osobnosti** jedince
  - začlenění jedince do společnosti, tj. k **socializaci**
- <u>cíle:</u>
  - humanitární – vyjadřuje právo postižených na zajištění co nejúplnějšího rozvoje a respektování jejich osobnosti
  - výchovný – realizací práva postižených osob na takové vzdělání, které zajistí jejich optimální rozvoj
  - ekonomický – je uplatněním práva postižených jedinců na odpovídající pracovní zařazení, které jim v co nejvyšší míře umožnují uplatnit jejich schopnosti a dovednosti. (Kysučan, Kuja, 1996 in Renotiérová, 2006)
- **cílem** speciální pedagogiky je dosáhnout u jedince, který je předmětem péče speciální pedagogiky, nejvyšší možné míry rozvoje jeho potencionálu včetně vnitřního vyrovnání se svým postižením či znevýhodněním, a maximálního možného začlenění do většinové společnosti, a to vše s ohledem na charakter jeho speciálních potřeb
- **parciální cíle** (Fisher, Škoda) - dosažení takové změny v postojích některých členů společnosti vůči znevýhodněným spoluobčanům nebo od **Slowíka** *„výchova a vzdělávání intaktní části populace ve vztahu k lidem s postižením“*

POSTAVENÍ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY V SOUSTAVĚ VĚD

- speciální pedagogika není vědou o postižení, ale o člověku → spadá tak mezi humanitní vědy a disciplíny
- přesto má speciální pedagogika mezi ostatními vědními obory poněkud zvláštní postavení, které do určité míry odpovídá zvláštnosti postavení handicapovaného člověka v lidské společnosti – někdy se proto můžeme setkat s podceňováním speciální pedagogiky jako samostatné vědy, jindy s nepochopením či neporozuměním jejímu smyslu a cílům (Slowík, 2007)
- z hlediska svého předmětu patří speciální pedagogika do **soustavy věd o člověku**, z užšího pojetí pak do **systému pedagogických věd** - lze ji považovat za obor samostatný, který je tvořen širší, všeobecněji koncipovanou speciálněpedagogickou teoretickou základnou a úžeji zaměřenými jednotlivými obory (specializacemi) podle rozdílného předmětu zájmu
- Vašek (2005) uvádí, že <u>SP může čerpat z poznatků věd:</u>
  - **hraničních** - v centru jejich zájmu je také člověk, ale zabývají se jím z jiného úhlu pohledu – Pipeková (1998) zdůrazňuje nejtěsnější provázanost s pedagogikou obecnou, ale také nelze opomenout význam psychologických a sociologických disciplín (obecná a vývojová psychologie, patopsychologie, psychopatologie, sociální psychologie, psychologie dítěte, sociologie, sociální patologie atd.), biologie, medicínské obory…
  - **pomocné vědy -** poznatky těchto věd speciální pedagogika využívá při stanovování svých cílů a při popisu lidského jedince, u kterého se má dosáhnout určitého cíle
    - normativní - odpovídají na otázku, jaký by měl jedinec být (patří mezi ně např. etika, estetika, právo…
      - kromě uvedených oborů využívá speciální pedagogika i poznatků z logiky, etiky a estetiky

- SP nepřebírá poznatky z pomocných ani hraničních vědních disciplín automaticky, a to ani z věd pedagogických → vždy je nezbytná jejich modifikace, přizpůsobení, vzhledem ke skutečnosti, že předmětem speciálněpedagogické teorie i praxe je člověk determinovaný v mnoha sférách svého života svým defektem, omezením, znevýhodněním

▪ deskriptivní - popisují, jaký člověk je, a to z hlediska psychologického, sociálního a biologického/lékařského (foniatrie, neurologie, psychiatrie, ORL, ortopedie, oftalmologie, dětské lékařství aj.)

- přímé pomocné vědy:
  - *patopsychologie* – zkoumá u osob se speciálními potřebami zvláštnosti utváření a vývoje psychických procesů a vlastností, včetně formování jejich osobnosti
  - *patobiologie* – zabývá se anatomickými, fyziologickými a morfologickými zvláštnostmi, etiologií, průběhem a prognózou chorobných změn
  - *sociální patologie postižených* – jako vědní obor sociologie se zabývá zkoumáním negativních jevů ve společnosti a jejich důsledky pro osoby s postižením
- nepřímé pomocné vědy: (popisují postiženého jedince nepřímo, prostřednictvím analogie)
  - *kybernetika* - věda o všeobecných zákonitostech přenosu, zpracování a využívání informací; význam má zejména teorie informací, teorie komunikace a biotika → teorie informací a teorie komunikace je ve speciální pedagogice podkladem pro uplatňování nových přístupů ve zkoumání komunikačního procesu v rámci výchovně-vzdělávacího procesu, při identifikaci bariér v informačním koloběhu a jejich kompenzaci; umožňuje uplatňovat nové přístupy k chápání složitých poznávacích procesů pomocí modelování a dalších speciálních metod
  - *psycholingvistika* - je vědním oborem, který zkoumá řeč a její vnímání v závislosti na struktuře příslušného jazyka; zabývá se zvláštnostmi řečových procesů u postižených osob
  - *sémiotika* - jako teorie o systému znaků je pro speciální pedagogiku východiskem zkoumání a řešení systému komunikace, zejména při závažnějších typech postižení (např. Blues-systém, Braillovo písmo atd.)
  - *bionika* - tento vědní obor kybernetiky se zabývá biologickými systémy, zpracovává informace v těchto systémech a zkoumá i možnosti kooperace mezi lidským organismem (jako specifickým systémem) a elektronickými systémy; z poznatků této vědní disciplíny těží moderní elektronická protetika

SYSTÉM (STRUKTURA) SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Členění dle všeobecného hlediska

- všeobecně zaměřené poznatky, které mají všeobecnou platnost v oblasti výchovy postižených a problematiky, která s ní souvisí; lze je aplikovat na všechny druhy postižení, narušení a speciálních potřeb
- systém z hlediska všeobecného zaměření lze pojímat různorodě, neboť návrhy na jeho uspořádání dosud nejsou s konečnou platností uzavřeny
- možný přístup členění:
  - všeobecné základy speciální pedagogiky - termíny, pojmy, předmět, systém
  - historiografie speciální pedagogiky - oboru, institucí, vzdělávání speciálních pedagogů
  - metodologie speciální pedagogiky - metodologie výzkumu, diagnostika
  - filozofie speciální výchovy – teoretická východiska speciální pedagogiky
  - teorie komunikace postižených – např. AKK
  - výchovná rehabilitace - zásady, metody edukace, metodiky předmětů
  - nauka o speciálních školách a zařízeních - systém, řízení
  - komparativní speciální pedagogika – srovnávání edukačních systémů a teoretických koncepcí
  - speciální pedeutologie - vzdělávání, společenské uplatnění, další vzdělávání

Členění dle specifického hlediska

- specificky (úžeji) zaměřené poznatky, které jsou zaměřené jen na určitý typ znevýhodněných osob (Vašek, 1996)
- systém speciální pedagogiky z hlediska **užšího zaměření** – v jednotlivých obdobích a zemích se varianty systému speciální pedagogiky lišily, a i v současné době není tento systém ustálen

- záleží např. na interpretaci speciálněpedagogických jevů a procesů z hledisek filozoficko-světonázorových
- příkladem je následující členění:
  - speciální pedagogika humanistická
  - speciální pedagogika křesťanská
  - speciální pedagogika materialistická
  - speciální pedagogika antroposofická
  - speciální pedagogika psychoanalyticky orientovaná
  - speciální pedagogika behavioristická
  - speciální pedagogika kognitivistická
  - speciální pedagogika konstruktivistická
  - speciální pedagogika pragmatická

- rozdíly mezi nejednotnými interpretacemi speciální pedagogiky se týkají zejména oblasti kauzálních vztahů, což odpovídá nejednotných světonázorovým a filozofickým východiskům
- členění speciální pedagogiky má své **kořeny v pojetí Miloše Sováka** (1972)
  - jednotlivé kategorie postižených dětí, mládeže a dospělých potřebují totiž zcela specifické formy výchovy, vzdělávání a přípravy pro pracovní a společenské začlenění
  - dle cílové skupiny - vychází ze Sovákova členění podle příčiny defektivity – podle poruchy/vady (pedie)
    - psychopedie - zabývá se lidmi s mentálním postižením, mentální retardací, poruchou autistického spektra apod.
    - tyflopedie - zaměřuje se na problematiku spojenou s lidmi se zrakovým postižením
    - logopedie – cílená na osoby s narušenou komunikační schopností, což zahrnuje vady řeči, SPU
    - somatopedie – řešící oblast péče o osoby s poruchami hybnosti (tělesným postižením, zdravotním znevýhodněním a nemocí)
    - surdopedie – předmětem péče tohoto oboru speciální pedagogiky jsou lidé se sluchovým postižením
    - etopedie – obor, který se zabývá lidmi s poruchou chování a lidmi ohroženými či stiženými psychosociálním ohrožením
  - k Sovákovým „pediím“ se nově přidávají:
    - speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením
    - speciální pedagogika osob s parciálními nedostatky (tj. specifickými vývojovými poruchami učení)
    - speciální pedagogika osob s mimořádným nadáním (tendence zařazovat tuto problematiku do kompetence speciální pedagogiky přichází z USA).
  - dle věkového hlediska:
    - speciální pedagogika raného věku
    - speciální pedagogika předškolního věku
    - speciální pedagogika školního věku
    - speciální pedagogika dospělých – tzv. speciálněpedagogická andragogika
    - speciální pedagogika seniorů – tzv. speciálněpedagogická gerontagogika
- od výše uvedeného terminologického označení jednotlivých oborů speciální pedagogiky se v posledních letech ustupuje → doporučuje se spíše užívat názvů obsahujících formulaci „speciální pedagogika osob s/se…“
- existuje však mnoho termínů od různých autorů, které se mohou užívat
- **Jesenský** přichází na konci 20. století s novou teorií speciální pedagogiky – **komprehenzivní speciální pedagogika**
  - obsáhlost, zahrnutí řady disciplín, ucelenost, komplexnost a generalizovanost pojet
  - pojem komprehenzivní vyjadřuje souhrn všech oborů speciální pedagogiky, tzn. že zahrnuje všechny skupiny, nejen z hlediska druhu a stupně, ale i na základě věku - jde tedy o generalizaci, zobecnění všeho podstatného, co je pro ně společné a obecné
- dále se můžeme setkat s termíny jako **integrativní speciální pedagogika a inkluzivní (speciální) pedagogika**
  - obecně se dá říct, že se jedná o speciální pedagogiku v kontextu procesu integrace nebo inkluze

ZÁKLADNÍ TERMINOLOGIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

- terminologie se mění v souvislosti s novými přístupy k problematice péče o osoby s postižením či znevýhodněním
- důvodem může být snaha sladit terminologii „celosvětově“
  - před rokem 1990 byla snaha přiblížit Sovětskému svazu (defekt, defektivita, defektologie)
  - v současnosti se orientujeme na západní země – speciální potřeby, handicap

- druhým důvodem je tendence laické populace vyjadřovat se o lidech pejorativními výrazy (debil, imbecil…)
    - dříve používaný termín: DEFEKT – (z lat. defektus – úbytek, vada, nedostatek, porucha) – podle Sováka (1983) lze chápat jako vadu, chybění, ztrátu, nedostatek v anatomické stavbě organismu a poruchy v jeho funkcích
    - jedná se o poškození v oblasti integrity organismu, což může být důsledkem poruchy, narušení v oblasti psychické, sociální, senzorické nebo somatické
    - defekt byl chápán zpravidla jako *ireparabilní, ireverzibilní* (neupravitelný, nezvratný)
    - z hlediska velikosti odchylky od normy se defekt vyznačoval zpravidla největším odklonem
    - **!dnes již nepoužívaný termín!**

Označení osob

- které jsou předmětem péče speciální pedagogiky, se vyvíjí současně i s terminologií – zásadní změna nastala v důsledku humanizace oboru!
- při označování osob se snažíme zdůraznit skutečnost, že hovoříme o lidských bytostech
- projevuje se to tak, že při pojmenování jedinců dáváme **vždy na první místo právě slovo člověk, lidé, děti, žáci, osoby, jedinci apod.** a teprve na druhé místo další charakteristiku, která je popisuje
- lidem je totiž vlastní, právě to, že jsou lidé – to, že jsou postižení či znevýhodnění, je až jejich sekundární charakteristikou (př. osoba se sluchovým postižením, dítě se znevýhodněním)

Intaktní jedinec

- jedinec, který nemá žádné postižení, znevýhodnění či nemoc

Vada X postižení X znevýhodnění

Vada (impairement), porucha *(problém se strukturou či orgány těla)*

- vychází z lékařské terminologie „*narušení psychické, anatomické či fyziologické struktury nebo funkce*“ (MKN-10)
- v dřívějším Sovákově pojetí měla vada oproti defektu *reparabilní, reverzibilní* charakter
- klasifikace vad a poruch:
    - podle typu:
        - orgánové - existuje anatomické poškození orgánu nebo tělesné struktury, které se projeví v jeho porušené funkci
        - funkční - nelze identifikovat poškození orgánu nebo tělesné struktury, přesto je porušena jeho funkce
    - podle intenzity:
        - lehké vady
        - středně těžké vady
        - těžké vady
        - (někdy) hluboké vady
    - podle doby vzniku:
        - vrozené - lze dále členit na genetické a získané v prenatálním, perinatálním či raně postnatálním období
        - získané – např. po nemoci či úrazu
- vývojová vada – vada, která naruší vývoj jedince (jde tedy o vadu, kterou získá dítě), z čehož je patrné, že jde o vadu typickou pro dětský věk (neznamená to, že vývojovou vadu nemůže mít dospělý člověk – ten ji ale má již od dětství)
- charakteristiky vad:
    - reparabilita – možnost nápravy (opakem ireparabilita – nemožnost nápravy)
    - reverzibilita – zvratnost vady (opakem ireverzibilita – nezvratnost vady)
    - progresivní vada – mění svůj charakter postupným zhoršováním

Postižení (disabilita) *(limitace funkce pro „normální“ fungování)*

- „*omezení nebo ztráta schopností vykonávat činnost způsobem nebo v rozsahu, který je pro člověka považován za normální*“ (Slowík, 2007)
- vzniká až v momentě, kdy nemůže kvůli vadě vykonávat běžné každodenní činnosti obvyklým způsobem – není jich schopen zcela, nebo je vykonává nějakým jiným, méně obvyklým způsobem
- Světová zdravotnická organizace (WHO) revidovala MKN-10 a vytvořila novou klasifikaci, tentokrát pod názvem Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF) → přináší novou definici: „*Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se občan se svým zdravotním stavem (zdravotní kondicí) setkává s bariérami v prostředí.*“ (MKF, 2008, s. 9)

- Vašek (2005, s. 21–22) uvádí definici postižení tak, jak je chápáno v rámci běžných speciálněpedagogických přístupů - postižení je *„relativně trvalý, ireparabilní stav jedince v kognitivní, komunikační, motorické anebo emocionálně-volní oblasti, který se manifestuje signifikantními obtížemi při učení a sociálním chování“*

Znevýhodnění (handicap) *(vztaženo ke společenským faktorům a naplňování sociálních rolí)*

- *„omezení vyplývající pro jedince z jeho vady nebo postižení, které ztěžuje nebo znemožňuje, aby naplnil roli, která je pro něj (s přihlédnutím k jeho věku, pohlaví a sociálním či kulturním činitelům) normální“* (MKN-10)
- handicap zasahuje do společenské (sociální) sféry
- mnohem širší pojem než postižení, vada
    - nespadají pouze lidé s určitým postižením či vadou, ale také celá řada jiných skupin obyvatelstva
    - na druhou stranu skutečnost, že člověk je postižený, jej ještě nemusí činit handicapovaným
- naopak klasifikace MKF již termín znevýhodnění (handicap) neužívá → sociální rozměr, v podobě setkávání se s bariérami prostředí, v sobě zahrnuje již výše zmíněná definice disability – postižení (MKF, 2008)
- definice **zdravotního postižení** (příp. **znevýhodnění**) vychází ze dvou přístupů
    - není jednotná definice → právním systému ČR nacházíme několik dokumentů, které definují termín zdravotní postižení (vyhláška č. 182/1991 Sb., zákon o sociálním zabezpečení a zákon o působnosti orgánů ČR v sociálním zabezpečení; zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti; zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon); zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,…
    - *medicínský přístup* – zakládá se na přesvědčení, že člověku v socializaci brání samotné zdravotní postižení
    - *sociální přístup* – zdůrazňuje, že uplatnění jedince se zdravotním postižením ve společnosti nebrání jeho postižení, nýbrž bariéry vnějšího prostředí
    - MKN-10 odděluje medicínský a sociální pohled a definuje odděleně postižení (v souladu s medicínským přístupem) a znevýhodnění (respektující sociální úhel pohledu)
    - MKF oba přístupy shrnuje do jedné definice disability (postižení)
- MKF (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví) – popisuje zdravotní stav z hlediska dvou oblastí: *tělesné struktury, aktivity a participace*
    - tyto pojmy + pojem *funkční schopnost* v podstatě nahrazují pojmy porucha (impairment), disabilita a handicap, přičemž rozsah pojetí těchto nových pojmů obsahuje pozitivní zkušenost
    - termín disabilita zde slouží jako vyjádření pro poruchy, snížení aktivity nebo restrikce participace
    - jedná se o text vydaný WHO, *MKF představuje revizi Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (ICIDH), kterou WHO poprvé publikovalo ke zkušebnímu použití v roce 1980.* MKN a MKF by se měly vzájemně doplňovat (MKN poskytuje etiologický rámec, MKF klasifikuje funkční schopnosti a disability

Socializace, integrace, segregace, inkluze

Socializace

- proces vrůstání jedince do společnosti – jakéhokoli, nejen jedince s postižením či znevýhodněním
- proces interakce mezi jedincem a společností, který přispívá k rozvoji osobnosti jedince ve smyslu získávání specificky lidských variant chování a prožívání (člověk tak získává, ztrácí či mění určité sociální role, osvojuje si žádoucí normy, získává systém hodnot, schopnost komunikace, zralejší způsob autoregulace vlastního chování apod. → rodina je primárním socializačním činitele)
- probíhá po celý život
- v SP teorii i praxi je socializace vnímána úžeji ve smyslu cílové skupiny socializace – je totiž specificky zaměřena na osoby s postižením
- jde tedy o *„proces začlenění handicapovaných osob do okolní společnosti, kdy je společnost na jedné straně ovlivňována handicapovaným, ale zároveň na straně druhé je také handicapovaný ovlivňován okolní společností“* (Růžičková, 2006, s. 13).

Integrace

- vzájemný proces, kdy se obě strany k sobě přibližují a mění
- lze nahlížet ze dvou pohledů (Michalík):
    - širší integrace – začlenění lidí s postižením či znevýhodněním do majoritní společnosti (setkáváme se i s termínem socializace, sociální integrace)
        - *„spolužití postižených a nepostižených při přijatelně nízké míře konfliktnosti vztahů těchto skupin“*; *„stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy (jeden pro druhého)“* (Jesenský, 1995)

  - dílčí integrace – zaměřují se na specifické oblasti lidského života – např. integrace v oblasti sportu, integrace v zaměstnání, školská integrace, …
- cíl integrace: vytvořit v kontextu rovnosti šancí vzájemné porozumění a akceptaci mezi postiženými a nepostiženými → to znamená brát i dávat na obou stranách
- Jesenský rozlišuje pouze asimilační a koadaptační směr
- 3 procesy přizpůsobování:
  - asimilace - vzájemná odlišnost intaktních a postižených je považována za negativní, nicméně vypořádat se s integrací a přizpůsobit se musí minorita jedinců s postižením majoritě intaktních – přijmout jejich normy, hodnotit systém a chování, ztotožnit se s jejich identitou atp.
  - akomodace - vzájemná odlišnost není potlačována, práva osob s postižením jsou uznávána, přizpůsobení ve většině případů přichází ze strany majority, dítě je součástí zvláštní skupiny a jako takové si vytváří pozitivní sebeobraz – může k tomu docházet v rámci integrace i při segregovaném vzdělávání
  - adaptace (koadaptace) - jde o dynamický proces vzájemného přizpůsobování; uznávány jsou jak hodnoty majority, ta minority
    - Jesenský hovoří o integraci na základě koadaptace jako o partnerském soužití intaktních a postižených
    - překážky či konflikty v soužití jsou stimulem pro vzájemné přizpůsobování

Segregace
- opačný pojem k termínu integrace
- = vyčleňování, vylučování
- někdy i exkluze

Inkluze
- nutný předpoklad pro integraci a znamená vytvoření takového prostředí ve třídě, která vítá a oceňuje odlišnost, avšak lze tyto termíny použít i zaměnitelně (Michalík, 2001)
- Slowík (2007) popisuje zásadní rozdíl mezi integrací a inkluzí, i když i tento autor se nevyhýbá použít oba termíny
  - centrální myšlenkou inkluzivního přístupu je, že být odlišný je normální a že všichni lidé jsou si rovni v důstojnosti a právech
- je naprosto přirozené, že každý člověk je jiný → neznamená to ovšem, že pro tyto osoby, které se něčím liší, je potřeba vytvářet odlišné přístupy
- lidé s postižením jsou přirozenou součástí naší společnosti a mají právo se účastnit všech běžných každodenních činností jako majorita, a proto je není potřeba nikam integrovat
- pokud je to možné, nejsou při tom využívány žádné speciální prostředky a postupy – pouze v situacích, kdy je to nezbytně nutné, nastupuje adekvátní pomoc a podpora

Reedukace, kompenzace, rehabilitace
- tradiční speciálněpedagogické metody, které jsou zaměřeny na zmírnění, překonávání i na prevenci narušení vztahů znevýhodněného jedince ke společnosti (Renoriérová, 2006)

Reedukace
- (re = zpět, znovu; edukace = výchova) občas nesprávně obecně nazývaná převýchova
  - užití významu převýchova je možné pouze v etopedické konotaci
- jedná se o SPP postupy, které se zaměřují přímo na porušenou funkci, kterou rozvíjí a zlepšují
- rozvíjí se ta funkce, která nebyla vyvinutá
- zlepšuje se či zdokonaluje funkce, která byla omezená
- někdy můžeme o reedukaci uvažovat i v případě odstraňování nežádoucích důsledků předchozí výchovy
- dva přístupy:
  - *monosenzoriální* – zaměřujeme se pouze na rozvoj porušené funkce
  - *multisenzorioální* – využíváme pro rozvoj porušené funkce i další – podpůrné, neporušené – funkce
    - v praxi se setkáváme spíše s využitím tohoto přístupu – těžko lze rozvíjet jen jednu funkci
- PŘ. O reedukaci se jedná například u žáka se slabozrakostí, rozvíjíme-li jeho zrakové vnímání, nebo u žáka nedoslýchavého, rozvíjíme-li jeho sluchové vnímání, apod.

Kompenzace
- SPP postupy, které se zaměřují na rozvoj a zdokonalení jiných funkcí než poškozených
- zaměřují se na tzv. náhradní funkce
- PŘ. U nevidomého člověka se rozvíjí sluch (důležitý např. k identifikaci věcí, osob, různých prostředí nebo k prostorové orientaci), hmat (např. potřebný k rozpoznávání předmětů používaných v každodenním životě, ke čtení pomocí Braillova písma, k prostorové orientaci za využití bílé hole apod.) a čich (využívaný opět k identifikaci předmětů).

Rehabilitace

- z latinského habilis = schopný a předpony re- = opět, znovu
- = znovuschopnění či návrat do původního stavu
- v SPP praxi se setkáváme s termínem komplexní (komprehenzivní či ucelená) rehabilitace = „*souhrn aktivit multidisciplinárního charakteru, zaměřený na předcházení, zmírnění nebo odstranění nepříznivých důsledků postižení anebo narušení, a to zejména ve prospěch optimální socializace*“ (Vašek, 1995)
- dělení:
    - léčebná – léčba operativní, medikamentózní; léčba rehabilitační (fyzioterapie, LTV, léčba prací, ergoterapie, …)
    - výchovně-vzdělávací – výchova a vzdělávání (všeobecné a odborné); příprava na povolání, výchovné poradenství
    - pracovní – zaměřuje se na kvalifikaci a rekvalifikaci osob se specifickými potřebami; usiluje o rozvoj speciálních vědomostí, dovedností a návyků těchto jedinců v pracovním procesu
    - sociální – má znevýhodněným jedincům zajistit bydlení, zaměstnání, dopravu, zájmové a kulturní využití, realizaci důchodových nároků atd.
    - psychologická – jedná se o využívání možností psychologického ovlivňování znevýhodněných jedinců při vyrovnávání se s vadou a ve všestranném rozvoji jejich motivace vůči všem oblastem života
    - technická – zajišťuje výzkum a vývoj ortopedických pomůcek, protéz a technických prostředků, např. ortoptických, ortodontických, akustických a jiných
    - právní – stará se o návrhy, schvalování a realizaci zákonů a směrnic k zajištění práv pro všechny osoby se speciálními potřebami
    - ekonomická – zajišťuje organizaci a řízení výrobní činnosti a produktivní práce postižených jedinců.

Další postupy

- speciální edukace, sociální práce, poradenství, terapeuticko-formativní postupy, krizová intervence apod.

MODELY POSTIŽENÍ dle Pančochy (2013)

Medicínský model

- podobně jako tzv. tradiční model – dlouholeté zakotvení, kdy je postižení vnímáno jako nemoc, kterou je třeba vyléčit nebo překonat (změna byla požadována po samotném jedinci, který se měl adaptovat na podmínky okolí) – systém rehabilitačních a kompenzačních mechanismů
- vychází z biologicko-organických příčin a vede k medicínsky orientované péči
- medicínská terminologie – pojem vada
- např. Kraus a Šandera (1975)

Funkční model

- vychází z předpokladu, že postižení má původ v individuálním deficitu nebo vadě a projevuje se sníženou schopností (ztrátou schopnosti) vykonávat určité funkční aktivity
- snahou je podpořit jedince v samostatných aktivitách každodenního života – podpora zlepšení funkční kapacity jedince (tedy nejen léčba nemoci/korekce vady) – kompenzace

Interakční model

- postižení zkoumáno v interpersonálních vztazích – člověk je hodnocen dalšími lidmi, kteří na základě hodnocení určují, jestli je člověk odlišný nebo ne…
- sociální stigmatizace (stigmatizovaný člověk je nositelem určitého znaku, který způsobuje neúplné sociální přijetí)
- přístup záleží na postoji obvyklém pro danou společnost

Sociální model

- pochází ze 70. let (Oliver)
- postižení je charakterizováno jako výsledek bariér mezi člověkem a okolím (bariéry fyzické a sociální)
- příčina vzniku postižení je ve společnosti, která opomíjí potřeby lidí s postižením

Integrovaný model WHO

- integruje všechny výše uvedené prvky, součinnost MKN a MKF
- biopsychosociální model
- koncept funkční schopnosti

PROMĚNA SP NA PŘELOMU TISÍCILETÍ

aneb charakteristické prvky současného pojetí speciální pedagogiky

- demokratizace společnosti – pluralita názorů, rostoucí množství poznatků

- po roce 1989 demokratizace i v otázce práv a svobod osob s postižením, vznik občanských sdružení a organizací – obhajoba práv a zájmů osob se ZP (Národní rada osob se zdravotním postižením)
- postupně se mění postoj k lidem s postižením – vnímání skupiny jako minority
- národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
- humanizace oboru – přístup k lidem s postižením jako k lidským bytostem, MKF
- školská integrace se objevuje po roce 1990 – do té doby převážně segregované vzdělávání, v současné době se hovoří o zmiňované inkluzi (Národní plán 2010, Lechta, 2010)
- péče v přirozeném prostředí – deinstitucionalizace, změna na větší množství menších zařízení (rodinného typu) – podpora terénních a ambulantních sociálních služeb…
- nové technologie
- spolupráce s rodinou
- důraz na kvalitu života osob s postižením – subjektivní hodnocení!

_____

Ve speciální pedagogice dochází pod vlivem společenských změn (např. politického přerodu v demokracii, přechodu k informační a znalostní společnosti apod.), vývoje v technologiích (např. rozvoje informačních a komunikačních technologií) apod. k určitým posunům. Mění se tzv. paradigmata speciální pedagogiky, její východiska. Tedy to, „jaké otázky a jak, jakým způsobem má být studováno, jak mají být kladeny otázky, dle jakých pravidel mají být interpretovány získané výsledky – poznatky". (Jesenský, 2000, s. 50)

*Projevují se **nové hodnotové postoje**, např. **humanita** (zájem speciálních pedagogů se přesouvá ze studia vad, poruch či postižení na podporu člověka) a **demokratičnost** (lidé s postižením či znevýhodněním mají svobodnou vůli rozhodovat o svém vlastním osudu, což nebylo vždy možné).*

*S novými hodnotovými postoji úzce souvisí **odklon od biologických a institucionálních paradigmat**. Na jedné straně se utlumil zájem speciálních pedagogů o biologickou stránku problematiky speciální pedagogiky, tzn. upouští se od přílišného zájmu o vady. Sílí naopak **chápání lidí s postižením či znevýhodněním jako rovnocenných lidských bytostí**. Do popředí se začínají dostávat **integrační a inkluzivní postoje**, na rozdíl od předchozího zaměření převážně na institucionální péči.*

*Objevuje se **teorie celoživotního vzdělávání, učení (příp. podpory a péče).** Speciální pedagogika přesouvá svůj zájem ze specifické věkové kategorie dětí (od předškolního věku po ukončení vzdělávání) na lidi s postižením či znevýhodněním po celý život – od narození až po smrt. Reflektováno je to i v disciplínách speciální pedagogiky (viz výše podkap. 1.1).*

*Lidé s postižením či znevýhodněním si budují lepší **společenský status a prestiž**. U většinové společnosti se **rozvíjí empatie a tolerance vůči minoritám** obecně. Do popředí se prosazuje myšlenka nevyřazování lidí s postižením či znevýhodněním z aktivit většinové společnosti.*

*Důraz je kladen na **nezávislost lidí s postižením či znevýhodněním** a s tím související snahu o jejich **seberealizaci** a rozvoj jejich **kreativity**.*

_____

ZMĚNA PARADIGMAT SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY

Jesenský paradigma vysvětluje jako komplex názorů a koncepcí, který:

- vychází z praxe oboru
- reflektuje aktuální úroveň poznání
- je zásadní pro volbu výzkumné problematiky a způsobu jejího řešení
- určuje vymezení a výklad předmětu oboru

- ***Valenta** (2006)* – proměnu paradigmatu vidí v rozšíření vnější a vnitřní interdisciplinarizace oboru – posun od edukace k terapii v širším slova smyslu (rozšíření o terapeuticko-formativní přístupy), rozšíření kvalifikovanosti speciálních pedagogů (profilace v příbuzných disciplínách), příprava odborníků pro integrované vzdělávání
- ***Záskaliczky** (2010)* – proměna paradigmatu přístupu k lidem s postižením – od segregace k inkluzi (viz modely postižení)

Komprehenzivní speciální pedagogika

- Jesenský přichází na konci 20. století s novou teorií speciální pedagogiky – komprehenzivní speciální pedagogika – kterou Jesenský označuje několika skutečnostmi – jako je obsáhlost, zahrnutí řady disciplín, ucelenost, komplexnost a generalizovanost pojetí

- pojem komprehenzivní vyjadřuje souhrn všech oborů speciální pedagogiky, tzn. že zahrnuje všechny skupiny, nejen z hlediska druhu a stupně, ale i na základě věku - jde tedy o generalizaci, zobecnění všeho podstatného, co je pro ně společné a obecné
- dále se můžeme setkat s termíny jako integrativní speciální pedagogika a inkluzivní (speciální) pedagogika → obecně se dá říct, že se jedná o speciální pedagogiku v kontextu procesu integrace nebo inkluze
- 8 paradigmat komprehenzivní SP: (Jesenský, 2000)
    - paradigma sociálně a pedagogicko-institucionální - předmětem zkoumání je teorie a praxe působení sociálních a výchovně-vzdělávacích institucí
    - paradigma somatopatologické a zdravotní - velmi dlouhou dobu bylo ve speciální pedagogice (tedy i vědách jí předcházejících – pedopatologie, defektologie apod.) v dominantním postavení, řeší se v něm tělesné patologie a jejich medicínská terapie; v důsledku zjednodušilo existenci osob s postižením pouze na biologické bytí
    - paradigma všestranného rozvoje a socializace - v centru zájmu je problematika kurikul, pochopení procesů učení a utváření osobnosti člověka s postižením, jeho společenského statusu a prosperity; v jeho rámci jsou zkoumána specifika výchovy a vzdělávání osob s postižením (např. metody reedukace a kompenzace)
    - paradigma antropologicko-enkulturační a rehabilitační - přináší nový pohled na jedince s postižením v procesu výchovy a vzdělávání – ten je vnímán uceleně v souladu s prostředím, ve kterém žije, a s kulturou, kterou vytváří
        - kulturní prostředí, které lidé s postižením vytvářejí, není v konfliktu s kulturou intaktních, ale vzájemně se obohacují
        - důležitou roli hrají rehabilitační aktivity, prostředky integrace a terapeuticko-formativní postupy
    - paradigma integrační - je cíleno na integraci, a to jak školskou, tak i společenskou, přináší změnu v náhledu na institucionalizaci (především ve školství); v důsledku požaduje změnu v kvalitě života lidí s postižením, v jejich společenském statusu a v jejich emancipaci
    - paradigma legislativně-podpůrné - definuje specifická práva osob s postižením, pokouší se překonat dlouhodobou diskriminaci ve vztahu k lidem s postižením, snaží se o jejich emancipaci, nezávislost a partnerské vztahy s intaktními; úsilí je směřováno do oblasti růstu právního vědomí a jednání osob s postižením
    - paradigma technologicko-reedukační a kompenzační - souvisí s pochopením, že reedukační a kompenzační potenciál osob s postižením a jeho cílevědomé pedagogické rozvíjení má své meze, a na druhé straně, že technologický rozvoj dokázal mnohé funkce člověka nahradit
        - potenciál osob s postižením je zvyšován prostřednictvím technických pomůcek (jejich digitalizací a komputerizací) a úpravy prostředí
    - paradigma informačně-komunikační - přináší do speciální pedagogiky poznávací, enkulturační a socializační funkci informací a komunikace, na významu nabývá schopnost pracovat s informacemi a vyvozovat z nich odpovídající závěry, která ovlivňuje chování a jednání lidí s postižením a zpřístupňuje jim integraci

Od počátků péče o osoby s postižením bylo v dominantním postavení paradigma somatopatologické a zdravotní a paradigma sociálně a pedagogicko-institucionální. Druhé uvedené se odvíjelo od skutečnosti, že péče o jedince s postižením byla úzce spjata s medicínskými koncepcemi a klinickou praxí, a tudíž do speciální pedagogiky (a věd jí předcházejících – pedopatologie, defektologie, nápravná pedagogika atp.) přinášelo nadměrnou a jednostrannou biologizaci. Tuto jednostrannost do určité míry zmírňovala existence paradigmatu institucionálního, které do péče vneslo prvek výchovy a vzdělávání. Somatopatologické paradigma prošlo proměnou a v dnešní době již není v dominantní pozici, jeho poznatky jsou však stále důležité, nicméně pouze jako aplikované v holistickém chápání „člověka a poškození jeho zdraví jako poškození jednoty fyzické, psychické a sociální stránky“. Paradigma institucionální má své místo i v současné speciální pedagogice, neboť v praxi stále existuje (a zajisté bude existovat) řada různých zařízení, která upravují (a budou upravovat) své poslání a cíle v souladu s nejnovějšími vědeckými poznatky.

Paradigma všestranného rozvoje a socializace je, podobně jako dvě předchozí, jedno ze starších paradigmat. Do SPP praxe přineslo určitou humanizaci, na jeho podkladě byly upraveny orgánově-patologické přístupy k lidem s postižením.

Zbývající paradigmata patří v české speciální pedagogice k paradigmatům nově se objevujícím v posledních cca 30

letech. V zahraničí se některá objevují již v 60. letech 20. století. Po roce 1990 se do popředí dostávají paradigma integrační, paradigma antropologicko-enkulturační a rehabilitační a paradigma legislativně-podpůrné. Jesenský upozorňuje na nedostatky v teoretickém uchopení v praxi již celkem běžné integrace a na důležitost integračního a legislativně-podpůrného paradigmatu především pro dospělé a seniory s postižením.

Paradigma technologicko-reedukační a kompenzační a paradigma informačně-komunikační nabývají na významu v posledním desetiletí. U technologického paradigmatu se Jesenský pozastavuje nad nebezpečím přílišného spoléhání na technologické možnosti a opomíjení vlastních schopností lidí s postižením, což může vést k určité dehumanizaci speciální pedagogiky. Paradigmatu informačně-komunikačnímu nebyla dle autora věnována odpovídající pozornost.

Inkluzivní pedagogika

= inkluzi je možné označit jako vyšší stupeň integrace

- jedná se o posun od „pouhé“ integrace k přijetí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami za rovnoprávné členy školní komunity
- plné integrace dětí lze dosáhnout jedině tehdy, pokud se podaří jejich včlenění (neboli inkluze) do společenství žáků, učitelů a všech ostatních, kteří tvoří školu [1]
- „Z českých pramenů není ve všech případech zřejmý rozdíl mezi termínem integrace a inkluze.“ [2]
    - podstatou integrace je, že se žák přizpůsobí okolí → *T. Houška* popisuje integraci jako stav, kdy se žák přizpůsobuje svému okolí – škole
    - *n*aopak inkluze počítá s tím, že se prostředí přizpůsobí žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a že tato forma vzdělávání bude přínosná pro všechny → pro oblast školství vykládá Slovník cizích slov [3] tento pojem jako začlenění „vymykajících se“ žáků do běžné třídy [4]
- Lechta ve své knize *Základy inkluzivní pedagogiky* uvádí následujících <u>5 komponentů inkluzivní pedagogiky</u>: [5]
    - etický komponent
        - postavení lidí s postižením v dějinách lidstva nebylo vždy jednoduché – od represivního přístupu až po laskavý a akceptující přístup
        - v postoji k lidem s postižením lze ale pozorovat návrat určitých negativních tendencí, všechny tyto tendence (negativní či pozitivní) ovlivňují edukaci dětí. „Koncept inkluze má své východisko zejména v diskusi o lidských právech.“
    - sociologický komponent
        - koncept inkluze je ovlivňován aktuálními společenskými podmínkami
        - společnost si zvykla, že jsou lidé odkázáni na určitou sociální asistenci
        - *„V souvislosti s inkluzivním trendem se začíná čím dál víc prosazovat chápání lidí s postižením v rovině sociálního znevýhodnění než v rovině patobiologického pojetí, při kterém byl v popředí defekt/postižení a jež bylo typické pro tradiční speciální pedagogiku.“*
        - lidé s postižením jsou společností přijímáni a tolerováni, ale jedná se spíše o částečnou integraci než o plnohodnotnou integraci – v této souvislosti dochází k tzv. skryté diskriminaci
    - profesní komponent
        - profesní příprava inkluzivního pedagoga je velmi náročná, některé fakulty už učitele částečně připravují
        - nelze ale očekávat, že inkluzivní pedagog bude disponovat všemi speciálně-pedagogickými a léčebně-pedagogickými kompetencemi
    - politický komponent
        - každá země se zaváděním a prosazováním inkluzivního školství vyrovnává po svém, lze ale říct, že jde i o jakousi globální politickou vůli k prosazení tohoto konceptu na úrovni OSN a EU
        - dokonce se někdy stává, že opravdu zájem efektivně se zapojit do konceptu inkluze, mohli by to nejúčinněji uskutečňovat prosazováním antidiskriminačního zákona, a ne nekompetentním rozhodováním o odborných otázkách
    - aplikační komponent

---

[1] LANG, G. *Každé žák potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivnch tříd*. Praha: Portál, 1998. s. 27.
[2] POTMĚŠIL, M. Pocity, postoje a obavy pedagogických pracovníků ve vztahu k inkluzivnímu vzdělávání. In HAVEL, J.; FILOVÁ, H. a kol. *Inkluzivní vzdělávání v primární škole*. Brno: Paido, 2010.
[3] KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1994.
[4] HOUŠKA, T. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Česká pedagogická komora, 2007. s. 7.
[5] LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. s. 30-34.
+ Opora 01-01 (kapitoly 1 a 3), Opora 01-04 (kapitola 1)
Slowík – Základy speciální pedagogiky

- koncept inkluzivní pedagogiky, pokud jde o jeho aplikaci, je teoreticky bezchybný, ale v praktické realizaci narážející na mnoho překážek, některé způsoby jeho aplikace jsou kontroverzní
- integrace dětí je totiž realizovatelná „ve všech vhodných a přiměřených případech“, jak stanovilo rozhodnutí rady Evropské rady z roku 2001, přičemž v EU je 4-5 % žáků se specifickými vzdělávacími potřebami včleněno do inkluzivní edukace, v Norsku je to až 80-90 %
- obtíže některých dětí jsou často více výsledkem nevhodných vzdělávacích programů, podmínek a výkonových kritérií, neodpovídajících různorodým potřebám dětí
- nedostatek kvalitních výchovně-vzdělávacích programů není podle Lechty charakteristický jen pro naši zemi, ale i pro rozvinuté zahraniční země

Zdroje:

- LANG, G. *Každé žák potřebuje speciální přístup: vytváření integrovaných a inkluzivních tříd*. Praha: Portál, 1998. s. 27.
- POTMĚŠIL, M. Pocity, postoje a obavy pedagogických pracovníků ve vztahu k inkluzivnímu vzdělávání. In HAVEL, J.; FILOVÁ, H. a kol. *Inkluzivní vzdělávání v primární škole*. Brno: Paido, 2010.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1994.
- HOUŠKA, T. *Inkluzivní vzdělávání*. Praha: Česká pedagogická komora, 2007. s. 7.
- lECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010. s. 30-34
- + Opora 01-01 (kapitoly 1 a 3), Opora 01-04 (kapitola 1)
- Slowík – Základy speciální pedagogiky

VÝVOJ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY JAKO VĚDNÍHO OBORU

3. Vývoj speciální pedagogiky jako vědního oboru – etapy vývoje speciální pedagogiky jako vědy (co přispělo k jejímu vzniku, Pedagogická patologie, pedologie, pedopatologie, nápravná pedagogika, sociální pedagogika, Pedologický ústav hl. města Prahy, defektologie, …); významné osobnosti české speciální pedagogiky, které se podílely na jejím konstituování (Čáda, Zeman, Herfort, Amerling, Štampach, Sovák, apod.); transformace speciální pedagogiky (před a po roce 1990 v sociálním resortu a ve školství).

VÝVOJ SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY JAKO VĚDNÍHO OBORU

- **speciální pedagogika** → poměrně mladá vědní disciplínu, která se formovala na základě praktické péče o jedince zdravotně či sociálně znevýhodněné
  - zpočátku se péče zaměřovala medicínsky a sociálně
  - až poté se začali zdravotně postižení jedinci dostávat do centra pozornosti pedagogů a právníků
- do konce 18. století byla pedagogická péče věnována pouze jednotlivým postiženým dětem, podle dobové terminologie nazývaným **„**hluchoněmé, slepé, zmrzačené, idiotické, mravně narušené nebo nezhojitelně choré**“** (poté začaly vznikat první ústavy zaměřující se na postižení – nejdříve na zrakové postižení)
- před vznikem prvních odborných ústavů se v naší zemi zajímaly o životní situace znevýhodněných osob některé významné osobnosti
  - mezi nimi musíme zmínit např. přední pedagogickou osobnost Jana Amose Komenského (1592-1670), který vyzýval ke změně postojů k dětem s postižením a odmítal jejich vyloučení z výchovně vzdělávacího procesu

Etapy vývoje SPP jako vědy (4 období)

- 1. etapa speciálně-pedagogického myšlení – počáteční období
  - konec 18. století a začátek 19. století – první ústavy (zaměření pouze na jednotlivé pedie – bez mezioborovosti a sdílení informací)
  - doba mezi objevujícím se zájmem o léčbu, výchovu a právní problematiku jedinců s postižením a vznikem prvních odborných ústavů
  - jedno ze základních děl vztahující se ke speciálně-pedagogické disciplíně – Pädagogische Pathologie (**pedagogická patologie** – 1890) od Ludwiga Adolfa Strümpela (1812-1899) - zjišťování, třídění a celková diagnostika různých vad a odchylek, jejich etiologií, profylaxí a terapií
  - v roce 1911 zavedli Dannemann, Schober a Schulze pojem Heilpädagogik (**léčebná pedagogika**) → toto označení nám dokazuje prvotní podíl lékařských věd na odborném přístupu k lidem s postižením (terapeuticko-formativní intervence) - u nás se však toto označení neujalo
- 2. etapa speciálně-pedagogického myšlení
  - 2. polovina 19. století a začátkem 20. století
  - v Čechách i na Moravě vznikala důležitá střediska odborné péče o postižené jedince → postupně v nich pedagogové začali psát první české učebnice pro postižené žáky
  - **moravský zemský zákon č. 33 z roku 1890** (první prointegrační zákon), který určoval, že hluchoněmé a slepé děti mají možnost navštěvovat obecnou školu s ostatními žáky v rozsahu nejméně 4 hodin týdně
  - začátek 20. století byl provázen tzv. hnutím za uměleckou výchovu, realizovány pokusy o reformu školství a konaly se tři české sjezdy pro péči o slabomyslné a pomocné školství (1909-1913)
  - teoretická základna nových pedagogických snah – vědní disciplína **pedologie**
    - na začátku 20. století byla teoretickou platformou
    - komplexní věda "o dítěti a mládeži“, skládající se z biologie dítěte (pedobiologie), psychologie dítěte (pedopsychologie), a sociologie dítěte (pedosociologie) – tj. v dnešním pojetí pedagogika
    - dělení:
      - individuální (zabývala se biologií dítěte – pedobiologie, psychologií dítěte – pedopsychologie)
      - sociální (pedosociologie, zabývala se sociální péčí o děti jako členy rodiny, obce, národa)
    - hlavní představitel - prof. František Čáda (1918-1965; český filozof, psycholog, pedagog)
      - 1910 – jeden ze zakladatelů českého pedologického ústavu v Praze, který se stal hlavním centrem vědeckého výzkumu dětí zdravých i úchylných

- kladl důraz – nárok na vlastní právo, dětskou svéráznost, dětské hodnoty
- dítě není zmenšeninou dospělého člověka → dítě má vlastní právo
- zahrnovala teorii výchovy mládeže (pedagogiku) a hygienu mládeže jako její nedílnou složku

- v období 1. světové války a řadu let do ní se zvýšená potřeba řešení závažných sociálních problémů promítla do oblasti péče o jedince s postižením
- → došlo k rozvoji nového oboru, a to **pedopatologie**
  - nauka o „vadách mládeže, duševních i tělesných“, věda zabývající se abnormálními, úchylnými dětmi
  - "*široce pojatý obor propojující vědy o biologii i psychologii abnormního dítěte a mladistvého*"
  - Františka Čáda chtěl, aby obor propojoval poznatky biologické a psychologické (v souvislosti s abnormním dítěte)
  - Čáda poprvé užil termín děti úchylné, kterým označoval přechodovou kategorii mezi hluboce MP a lehce abnormálními, méně nadanými či psychastenickými - termín přenesl do názvu našeho prvního samostatného oborového časopisu „Úchylná mládež“, který u nás vycházel od roku 1925
  - slabá stránka - má velice široký záběr - zájem pouze k jedné specializaci (pedii) chybí
  - prof. Čáda – reformní organizátor – 3 sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné významné pro formování SPP oboru
    - 1. sjezd – 1909 v Praze
      - vznik pedopatologie (základ dnešní speciální pedagogiky)
      - součástí výstava prací pomocných škol a ústavů pro slabomyslné
      - 4 základní požadavky: socializace (společnost vezme jedince pod svůj patronát, stát zřizuje školy a povinnou docházku), oprávněnost péče o postižené, péče poškolní a podstavní, prevence a profilace (předcházet postižení, práce s rodiči)
    - 2. sjezd – 1911 v Brně
      - hlavní cíl – zřizování pomocných škol a ústavů i na Moravě
    - 3. sjezd – 1913 v Ostravě
      - zdůraznění nutnosti těsné spolupráce lékařů, učitelů, rodičů atd.
      - dokumentace pozitivních výsledků výchovné práce pomocných škol
      - velký propagační význam
      - seznámení veřejnosti s důležitostí budování pomocného školství u nás
- **Pedalogický ústav hl. města Prahy**
  - rozvíjeny nové disciplíny
  - založen v roce 1910
  - po roce 1918 - reforma, přejmenovala se na Ústav pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže v Praze
  - cílem vědecké studium tělesného a duševního stavu a vývoje českých dětí a dospívající mládeže
  - hlavní náplní výzkum – měl být všestranný = spolupráce lékař, antropolog, psycholog, psychiatr, pedagog a sociolog
    - týkal se zpočátku všech dětí
    - i vlivem K. Herforta zejména děti s postižením
    - výsledky výzkumu publikovány v Rozpravách Ústavu pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže
  - 4 oddělení:
    - pedagogické a organizační - tělesné a duševní vyučování a výchova
    - somatologické - výzkum tělesného stavy a vývoje českého dítěte
    - pedopsychologické - zaměřuje se na duševní povahu, schopnosti a vlastnosti "normálního" českého dítěte

- pedopatologické - Karel Herfort - jeho záměrem bylo šetření mentálně zaostalých, tělesně a duševně abnormáních dětí, slepých, hluchých, asociálních a sociálně zanedbaných
- ústav zanikl roku 1951
- řada významných odborníků, zejm. K. Herfort a L. Lukášová – pedometrická šetření
  - názor: korelace mezi duševním a tělesným vývojem mentálně postižených dětí (čím hlubší mentální postižení, tím hlubší i fyzický handicap

- **Jan Mauer (1878-1937)** na počátku 20. století u nás zavedl termín **nápravná pedagogika**
  - první ucelený koncept vědy, které my dnes říkáme speciální pedagogika
  - na začátek 20. století
  - protikladem medicínské pedopatologie (protiváha)
  - věda o výchově a vzdělávání
  - první co Mauer udělala, byla teorie jak vychovat dítě s mentálním postižením - později se přidávali děti: slepé, slabozraké, neslyšící, nedoslýchavé, nedořečené (stižené vadou řeči), děti slaboduché (hloupé, slabomyslné), zmrzačené, mravně úchylné (zanedbané, provinilé)
  - "*Nápravnou pedagogikou rozumíme prostředky a způsoby, jimiž upravujeme výchovu a vyučování úchylných dětí tak, aby se jejich vady odstranily anebo alespoň zmírnily. Úchylné děti se má vzdělávati, jak to jeho dispozice připouštějí a má se vychovávati tak, aby v praktickém životě nebylo na obtíž, ale bylo soběstačno a upotřebitelno.*"
  - cíle:
    - pomáhat „abnormálním“ jedincům k tělesnému uzdravení
    - podněcovat jejich vývoj tělesným a duševním cvičením
    - v rámci jejich možností je připravovat je pro praktický život
  - největší rozkvět za první republiky (péče o tělesně postižené děti)
  - důkazem - 5 sjezdů pro výzkum dítěte konaných v letech 1922-1933 → jejich odezvou bylo vybudování sítě „pomocného školství“ (tj. speciálního školství), o což se nejvíce zasloužil Josef Zeman (1867-1961)
    - učitel z východních Čech, který měl praxi s dětmi s různými postiženími; průkopník ve vzdělávání pro slabomyslné; 1. inspektor pro speciální školství po vzniku ČSR (po r. 1919 na ministerstvu školství); spoluvydavatel časopisu Úchylná mládež
    - zasloužil se o vydání směrnic a osnov pro speciální školy, zákon o pomocných školách, navrhoval zestátnění speciálních škol
    - vrcholem – zákon o pomocných školách z roku 1929
    - dílo: Črty z pedopatologie, Pedopatologický slovník, Dějiny péče o slabomyslné
  - položeny základy rehabilitační péče a tzv. koedukace (integrace) TP dětí a zdravé mládeže
- druhá etapa rozvoje speciálně-pedagogického myšlení byla zaměřena především na zpracování jednotlivých speciálně-pedagogických podoborů, a to podle typů postižení
- základní principy pedopatologie ani nápravné pedagogiky již nebyly nadále rozvíjeny
- největší pokrok v oblasti výchovy a vzdělávání zmrzačených – tj. tělesně postižených
- → položeny základy teorie komplexní rehabilitační péče, ale také tzv. koedukace (integrace) tělesně postižených a zdravých dětí a mládeže

- 3. etapa speciálně-pedagogického myšlení
  - 1945-1950
  - František Štampach (1895-1976) se pokusil vymezit obecnou teorii pro nápravu „vad a chorob mládeže“, které dal název **sociální pedagogika**
    - byla zaměřena na oblast ochranné, nápravné a léčebné výchovy mládeže tělesně, duševně a mravně narušené
    - tato disciplína se členila na čtyři tzv. pracovní soubory:
      - psychopedii pro vady duševní a mravní
      - ortopedii pro vady tělesné
      - logopedii pro vady hlasu, řeči a sluchu
      - okulopedii pro vady zraku
  - základní princip a metoda – reedukace (Štampach ji označoval jako soc. regeneraci)

  - **pedagogická defektologie** – použil k označení pedopatologie
    - dle autora zkoumá formy a příčiny poruch a obtíží, které se mohou projevit ve výchovném proces
  - v 50. letech sovětský termín – defektologii – reformně pedagogické snahy
- 4. etapa speciálně-pedagogického myšlení
  - od roku 1948
  - Spieler se v tomto roce vrátil k termínu Sorgenkinder, který poprvé použil Erwin Wexberg
  - →tento termín je možné přeložit dvěma způsoby:
    - děti, o které je nutné pečovat,
    - děti, které svým vychovatelům působí starosti
  - v německy psané odborné literatuře se v roce 1955 opět prosadil termín Heilpädagogik (léčebná pedagogika)
  - u nás použil Miloš Sovák (1905-1989) v roce 1953 pojem **defektologii**
  - v roce 1954, užil František Ludvík (1908-1974) termín **zvláštní péče**
  - název **speciální pedagogika** byl poprvé použit roku 1957 Bohumírem Popelářem
  - v roce 1965 se Ludvík Edelsberger pokusil zavést termín speciální pedagogika defektologická
  - v roce 1972 se Miloš Sovák uchýlil **definitivně** k termínu **speciální pedagogika** ve svém 1. vydání publikace Nárys speciální pedagogiky, jež je považována za naši první učebnici oboru.

Střediska odborné péče o postižené – odborné ústavy

- přehled nejstarších zařízení u nás:
  - 1786 – Ústav pro hluchoněmé, založen zednářskou lóží
  - 1832 – Ústav pro hluchoněmé Brno
  - 1807 – Ústav pro slepé Brno
  - 1835 – Ústav pro mravně narušené Praha
  - 1848 – Ústav pro mravně narušené Brno-Ochranova
  - 1871 – Ústav pro slabomyslné Praha, Ernestinum
  - 1889 – Ústav pro tělesně postižené Praha, Vincentinum
  - 1910 – Ústav pro tělesně postižené Liberec
  - 1913 – Ústav pro tělesně postižené Praha (Jedličkův ústav)
  - 1919 – Ústav pro tělesně postižené Brno (Kociánka)

Pojetí speciální pedagogiky (Monatová L.)

- po celá staletí byla odloučena výchova a vzdělávání handicapovaných dětí od výchovně-vzdělávacího procesu intaktní společnosti
- většinou se jednalo o jedince, kteří měli možnost speciální výchovné péče
- na konci 18. století, a především až od 19. století se začaly postupně uplatňovat obecně pedagogické přístupy ve výchově nevidomých a neslyšících, později mentálně retardovaných (tato výchova nebyla tak izolovaná)
- J. A. Komenský – Velká didaktika – úsilí o uplatňování obecných principů pedagogiky na specifické podmínky práce s postiženými dětmi (stejný názor: J. J. Rousseau, J. H. Pestalozzi)
- konec 19. století a začátek 20. století – speciální pedagogika se začala uznávat jako věda
- průběh 20. století – prosazení komplexního chápání vztahu mezi obecnou a speciální pedagogikou (současnost: začlenění speciálně pedagogických zákonitostí do systému pedagogických věd, zahrnuje i dospělé a stárnoucí)
- 1890 – Adolf Strümpel – dílo Pedagogická patologie – zjišťování úchylek, jejich roztřízení a správná diagnostika, jejich příčiny a profylaxe, terapie
- vývoj terminologie:
  - 20. století – řada termínů označující nepříznivé odchylky od normy
  - speciální pedagogika – termín se ustálil od 70. let pro označení teoretických problémů i praktického výchovného působení
  - dosud není ve světě jednotnost pojmenování tohoto oboru
    - 1911 – Dannemann, Schober, Schulze – léčebná pedagogika
    - 1917 – Jan Mauer – pedopatologie, nápravná pedagogika
    - 1925 – Otokar Chlup – děti méně schopné
    - 1928 – Josef Zeman – pedopatologie (značí zájem zejména o dorůstající populaci)

- 1931 – Ervin Wexberg (Němec) – „Sorgenkinder“: děti, o které je nutno pečovat nebo děti činící starosti vychovatelům (možný je obojí překlad)
- 1936 – Helena Löw-Beerová, Milan Morgenstern – léčebná pedagogika
- 1939 – pedagogická encyklopedie – dvě možnosti: pedopatologie, nápravná pedagogika
- 1948 – J. Spieler – Sorgenkinder
- 1954 – František Ludvík – zvláštní péče
  - Miloš Sovák – defektologie (sám autor od tohoto termínu později ustoupil)
  - 1955 – německy psaná literatura – znovu termín léčebná pedagogika (tento termín i v díle Hanse Aspergera)
- 1957 – Bohumír Popelář – Speciální pedagogika (prosazoval se v řadě zemí)
- 1964 – Viliam Gaňo – defektní děti (= všeobecně se nepočítalo s jedinci napříč věkem)
- 1965 – Ludvík Edelsberger (původně A. I. Kairov) – Speciální pedagogika defektologická
- 1967 – Noris H. Haring, Richard L. Schiefelbusch (USA) – Special Education (speciální výchova)
- 1968 – Wilhelm Hehlmann – řada termínů: Problem children, Erziehungsschwierigkeiten, Heilpädagogik, Sonderpädagogik, Sondererziehung (problémové děti, obtížná vychovatelnost, léčebná pedagogika, zvláštní pedagogika, zvláštní výchova)
- 1973 – Miloš Sovák – Speciální pedagogika (přešel k tomuto termínu)
- Gabriel Rehuš – Špeciálna pedagogika
- 1977 – Kazimier Kiejczyk (Polák) – pedagogika specjalna
- 1981 – Francouzi 3 možnosti:
  - Norberto Bottani – sociálně kulturně nestejné děti
  - Samuel Roller – les enfants differents (rozdílné děti)
  - Camille Nessier – les enfants maltraités (týrané děti)
- 1981 – Czeslaw Czapow, Stanislaw Jedlewski – resocializační pedagogika, zaměřovali se na konkrétní handicapy

- **Defektologický slovník (1978)** – speciální pedagogika – ve stejném významu: léčebná pedagogika, nápravná pedagogika, ortopedagogika, pedagogika handicapovaných dětí
- **Pedagogický slovník (1995)** – speciální pedagogika – vědní obor, pro který se ve světě užívají výrazy léčebná pedagogika, nápravná pedagogika a pedagogika handicapovaných dětí
- **1992, Štefan Vašek** – speciální péče se označuje jako speciální pedagogika i jako defektologie
  - buď se vysvětluje speciální pedagogika jako synonymum defektologie
  - nebo se defektologie považuje za širší pojem než termín speciální pedagogika
  - případně se defektologie chápe jako součást speciální pedagogiky
  - v neposlední řadě se pak toto označení považuje za zastaralé a navrhuje je nepoužívat
- **Logopedický slovník (1998)** – Dvořák – považuje termín defektologie za synonymum speciální pedagogiky, také pojem léčebná pedagogika lze ztotožnit s pojmem speciální pedagogika
  - léčebná pedagogika – primárně se zaměřuje na léčebně pedagogickou korekci reverzibilních poruch a nedostatků
  - speciální pedagogika – věda o speciální výchově, vyučování a vzdělávání jedinců tělesně, smyslově a duševně narušených
  - pedopatologie – věda o narušených dětech (termín přebírá od Jana Mauera)

Změny ve vývoji speciální pedagogiky

- změny v přístupu nastaly hlavně v 18. a 19. století – zakládání škol a ústavů
- do poloviny 20. století se metody práce s handicapovanými zdokonalovaly – převážně děti školou povinné
- do speciálních škol a institucí se zahrnovaly jak těžce postižené děti, tak i jedinci s lehčími vadami
- většinou šlo o péči charitativní a filantropickou, o církevní a soukromá zařízení
- 1946 – založení **Dětského fondu OSN** (UNICEF) – prvním úkolem bylo pomáhat dětem, které utrpěly 2. světovou válkou
  - obnovení zdraví výživou a léčením, sociální péče, jejich vzdělávání
  - zvláštní skupinou byli děti a mladiství, jejichž rodiče nebo dokonce oni byli vězněni
  - po splnění úkolu se přesunulo pole působnosti do rozvojových zemí

Současná situace vztahu společnosti a zdravotně postižených

- etapy vývoje po roce 1989
  - úsilí řešit postupně jednotlivě dílčí oblasti života zdravotně postižených (snaha o zlepšení podmínek života)
  - ***počáteční etapa (1990–1992/93)*** – zásadní společenské změny, kvalitativní proměna postavení občanů se zdravotním postižením, vznik nestátních sdružení, budování nových zařízení (školství, sociální péče), vytvořen Vládní výbor pro zdravotně postižené občany – první Národní plán pomoci, vysoký stupeň vstřícnosti
  - ***devadesátá léta (1993–1998/99)*** – konsolidace organizací zdravotně postižených, profesionalizace výkonů státní správy, Národní plán pro vyrovnání příležitostí pro občany se zdravotním postižením, přijaty či novelizovány základní právní normy upravující oblasti mající bezprostřední vztah ke zdravotnímu postižení (sociální zabezpečení, školství, doprava), přetrvává „přátelské" klima ke zdravotně postiženým
  - ***konec 90. let – 2007*** – narůstá množství otázek; rozpor mezi politickou, správní reprezentací a představitelů organizací zdravotních postižení – snižuje se dynamika řešení, úpravy a korekce dříve nastavených systémů (chybí důkladná analýza a vyhodnocování dopadů), veřejná správa nově krajské samosprávy; vznik jednotné zastřešující reprezentace občanů se zdravotním postižením – Národní rada osob se zdravotním postižením ČR
  - ***2008 – současnost*** – vývoj poznamenán finanční a hospodářskou krizí (viz etapy vývoje)
- **Titzl**
  - snahy o sepsání dějin speciální pedagogiky
    - 1955 – Bohumír Popelář: Přehled dějin péče o vadnou mládež
    - 1956 – František Ludvík: Dějiny defektologie
  - 1974-76 – Ludvík Edelsberger, František Ludvík, Josef Novotný, Vladimír Predmerský: *Příspěvek k vývoji speciální pedagogiky*
  - 1980 – Vladimír Predmerský: *Kapitoly z dejín špeciálnej pedagogiky*
  - podrobněji v jednotlivých podoborech speciální pedagogiky
- **Miloš Sovák**
  - stanovil vývojová stadia péče o defektní osoby (náš jediný pokus o periodizaci dějin oboru), jádrem schématu je idea stálého a nezadržitelného pokroku
  - vycházel ze schématu tradovaného od dob francouzského osvícenství
  - Antoine Condorcet (1975): Náčrt historického obrazu pokroku lidského ducha – dějiny se jeví jako rámec pro nezadržitelný pokrok spočívající v oprošťování se od předsudků nejdříve ve vědě a poté ve společenském životě; vývoj je sice strháván zpět zvraty, ale výsledný pohyb vznikající sléváním dílčích pokroků směřuje kupředu, ke zdokonalení člověka
  - stadia péče
    - stadium represivní: společnost postižené lidi vyvrhovala, resp. se jich zbavovala
    - stadium zotročování: postižení byli využíváni jako otroci
    - stadium charitativní: výrazem i oporou k postiženým byla křesťanská charita
    - stadium renesančního humanismu: k postiženým se hledal lidský poměr
    - stadium rehabilitační: pro společnost se jevilo jako výhodnější raději postiženým najít možnost pracovního uplatnění, než je zdarma živit
    - stadium socializační: v duchu socializačního humanismu má být postižený člověk prostřednictvím rehabilitace uschopňován k práci a ke společenskému životu
    - stadium prevenční: bude dominovat snaha předcházet defektivitě
  - defektivita – Sovákův termín: „porucha celistvosti člověka čili porucha vztahů ke společnosti, tj. porucha vztahů k výchově, vzdělání, popř. k práci)

POSTAVENÍ OSOB ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH – HISTORICKÝ PŘEHLED

Prehistorie (nějaké perličky ke státnicím ☺ - v Titzlovi; „Postižený člověk ve společnosti" najdete spoustu perliček)

- sledování příčin, které člověka invalidizují, resp. komplikují mu existenci
- podpora slabších, závislých, v tomto případě nemocných, postižených má velmi podobné charakteristiky jako péče o děti, jejichž závislost vyplývá z dlouhého období bezmocnosti na počátku jeho individuálního vývoje
- novorozenci Homo erectus se rodili s třetinovou velikostí mozku dospělých jedinců (tentýž poměr, který je u moderního člověka)

- péče o slabé (= déletrvající a intenzivní rodičovská péče) se začala vyvíjet nejméně před asi 1,7 miliony let
- archeologické podklady
    - nejstarší kosterní pozůstatek (lidský molár) člověka na evropském kontinentu z první doby meziledové (ve čtvrtohorách, Paleolit) – Praha-východ u Přezletic (před 550 000 lety)
    - pravděpodobně na jižní Moravě se lidé objevovali již před 700 000 lety
    - konvenční hranice nástupu člověka současného před 40 000 lety (mladý paleolit) – homo sapiens sapiens vytvořili první kulturu aurignacien
    - aurignacien – nejstarší období na Moravě, v němž zaznamenáváme pohřební rituály
    - některé rituální pohřby naznačující strach před mrtvým – svázání nebožtíka, umístění hrobu mimo sídliště, dělené a deformované pohřby, případy kanibalismu
    - nálezy:
        - 1986 – u Dolních Věstonic odkryt trojhrob ženy a dvou mužů, kostra ženy vykazovala značné patologické změny na celé levé straně těla (zřetelně kratší končetiny, deformace hlavy, výrazné skoliózy atd.)
        - 1949 – u Dolních Věstonic hrob ženy v silně skrčené poloze – deformovaná lebka jak celkový tvar, tak zvlášť levá poloviny obličeje (zejm. postižení horní a dolní čelisti)
        - 1936 tomuto předcházeli nálezy plastiky Venuše s křivou tváří (Venuše da Vinci)
        - žena se dožila přes své postižení cca 40 let – musela mít vlastnosti, jimiž získávala úctu nebo vzbuzovala bázeň
- neolit – rodová uskupení (příslušníkem se člověk stal narozením)
    - nedatovaný nález kostry leváka z cihelny u Lovosic (1895, Matiegka)
    - žárové hroby – strach před návratem mrtvého mezi živé
    - kultura vypíchané keramiky – plastiky žen připomínající reálně se vyskytující deformity lidského těla
- eneolit – přechod ke zpracování kovů, k patriarchátu
    - Hlinsko u Lipníku nad Bečvou – nález rituálního pohřbu defektní ženy (45 – 55 let, asymetrická dolní čelist, změněná osa páteře, osteomyelitida pravé pažní kosti)
    - lidé byli postihováni civilizačními chorobami – změny na kostech, hnisavé záněty čelistních kloubů, zubní kazy
- doba bronzová
    - ukládání mrtvých do vydlabaných dřevěných rakví, ukládání pozůstatků dětí do nádob
    - pochování zemřelých stranou (např. Březno okr. Louny) – možnost zvláštního vyloučení adoptovaných, postižených, nemocných, poznamenaných, trestaných
    - převládaly pohřby žehem (kultura popelnicových polí)
    - rituální kanibalismus – nálezy štípaných lidských kostí
- doba železná
    - nálezy lékařských nástrojů na keltských hradištních sídlištích určených pro léčbu – časté kostní změny na páteři
    - hroby bez výbavy – lidé z nejnižší společenské vrstvy, osoby zdravotně postižené
    - keltští kněží – upalování zločinců, zajatců i nevinných
    - existovala chudina (lidé bez rodových svazků) i vrstva vyhnanců a odsouzenců
- Velká Morava (Mikulčice)
    - paleodemografické zhodnocení
        - polovina obyvatelstva se dožila téměř 30 let, 50 % žen 42 let a 50 % mužů téměř 50 let, pokud se dožilo dítě 5 let, pravděpodobně přežilo do dospělosti
        - poměr mužů a žen v populaci 3:2
        - na konci doby pohanské u Slovanů – zvyk zabíjení přebytečných dětí (zejm. dcer při válečných taženích – vyšší poměr maskulinity) i dětí slabých a neduživých (aby se udržel rod silný a zdravý)
    - paleopatologické zhodnocení
        - dvě sociální skupiny:
            - 1. skupina měla v pohřební výbavě meče, ostruhy, sekery a ozdobné předměty ze zlata, stříbra a bronzu – zdravotní stav podstatně lepší (dle chrupu, změn na páteři)
            - 2. skupina měla pohřby bez výbavy nebo drobné předměty

Historie péče o osoby s postižením (Slowík) *pozn. základní přehled v 1. otázce*

- lidé s postižením se objevují/ objevovali v každé době a v každém společenství
- v literatuře se často setkáváme s periodizací přístupů společnosti k handicapovaným osobám → v podstatě jde o charakteristické a převládající tendence v postojích společnosti ke znevýhodněným jedincům nebo skupinám

Represivní přístup

- represe – potlačování, útisk, násilí, odveta
- období starověku
- zbavování se nemocných a jakkoli postižených členů společnosti (např. zabíjení slabých dětí ve Spartě)
- likvidace postižených, represivní opatření (zotročování, zneužívání, …) – nízká úroveň a dostupnost speciální lékařské a výchovné péče
- existují však důkazy v zákonných systémech starověkých civilizací (Mezopotámie, Babylon, Řecko, Řím) – např. velmi přísná opatření zaručující pro různě postižené jedince povinnou ochranu a péči ze strany rodiny, ale i obce a státu
- archeologické nálezy – přežívali někteří velmi těžce postižení lidé vyžadující vysokou míru péče a pomoci; důkazy vážných lékařských zákroků (soudobé medicínské péče)

Charitativní přístup

- charita – křesťanská láska k bližnímu
- křesťanský středověk – pohled na potřebného člověka jako na objekt milosrdenství
- postoj ochranitelství a pomoci – ze strany církve úzce spojené se státem
- zakládání hospiců, klášterních špitálů – objevují se řeholní řády orientované na pomoc pro tyto jedince

Humanistický přístup

- human – člověk
- novověk (s renesancí a osvícenstvím) zdůraznil tělesné stránky člověka (x oproti středověku – duchovní povznesení) – jsou zkoumány struktury a funkce (až s technickým zaujetím)
- s rozvojem vědeckého poznání nastupuje programová péče o handicapované
- specializace v přístupu k jedincům s různými typy postižení
- na osobnost člověka nahlíženo více v komplexu složky fyzické, psychické, duchovní i sociální (nejen aby člověk kvalitně přežíval, ale jde o pomoc ke smysluplnému žití v majoritní společnosti)
- rozsáhlé zakládání institucí (ústavy, školy, …) – řada existuje dodnes (i když v jiné podobě)

Rehabilitační přístup

- re-habilitace (znovu uschopnění)
- propojování léčby s výchovou a vzděláváním – přelom 19. a 20. století (u nás doznívalo až do 80. let minulého století)
- stinné stránky – osoba neschopná dostatečné rehabilitace se stávala příliš často objektem institucionální péče
- 2. polovina 20. století – v našem ideologickém prostředí (ČSSR) majoritní společnost cíleně a programově skupiny různě postižených lidí výrazně segregovala

Preventivně-integrační přístup

- po 2. světové válce – ve vyspělých zemích zejména prevence vzniku postižení vč. snahy předcházet už riziku narození dítěte s vrozenou vadou nebo poruchou
- snahy k maximální možné integraci znevýhodněných osob do většinové společnosti
- u nás tyto snahy až od počátku 90. let minulého století
- řada složitých otázek v oblasti prevence (např. eticky citlivá problematika postojů ke genetickému inženýrství nebo interrupcí) i z hlediska přijímání handicapovaných jedinců většinovou populací (nepřipravenost většinové společnosti, nepříliš vstřícné postoje, …)

Inkluzivní přístup

- přirozené začleňování handicapovaných osob do běžné společnosti, resp. jejich nevyčleňování z běžné populace
- pokud to není nezbytně nutné, nejsou už ve výchově a vzdělávání nebo v pracovním a společenském začleňování postižených lidí preferovány žádné speciální a nestandardní prostředky, ale spíše běžné postupy
- globální trend – mezinárodní spolupráce a výměna zkušeností urychluje proces pozitivních společenských změn (u nás zejm. po vstupu do EU)

Sovákova periodizace a její reflexe

- doposud respektovaná periodizace od roku 1972
- jádrem tohoto schématu je idea stálého a v podstatě nezadržitelného pokroku
- původně 3 stádia – represe, rehabilitace, prevence
- rozšířeno na 7:
  - **stádium represivní** (represivně lhostejný)
    - upřednostňování potřeb většiny
    - osoby s defektem byly zavrhovány, vylučování ze společnosti (zabití, smrt z nedostatku základních potřeb)
    - pravěk a antika
  - **stádium zotročování** (výběrové utilizační)

        - lidé s postižením nebo nemocní byli využívání na otrockou práci, jejich existence byla ponížena na to, že byli majetkem (rovni VĚCI) - aby přežili museli "platit" prací
        - vykořisťování defektních, ponechávání a prodávání na nejtěžší práce + žebrali pro pána
        - antika
    - **stádium charitativní**
        - s rozvojem křesťanství došlo k rozvoji péče o potřebné a ubohé
        - péče byla soustředěna do církevních zařízení (kláštery, azyly, špitály, řády)
        - vychází z desatera
        - protiklad: kruté trestní právo a válečnictví
        - středověk
    - **stádium renesančního humanismu** (humánně filantropický + altruisticko-segregační)
        - lidský přístup k defektním jedincům – od charity k ideám humanity a lidskosti
        - Jan Ámos Komenský – předčil svou dobu
        - renesance (16. století)
    - **stádium rehabilitační** (rehabilitačně emancipační)
        - souvisí s počátky systematické výchovné, ale i vzdělávací péče o postižené v 19. stol.
        - s nástupem kapitalismu a změnou ekonomických podmínek se dostávalo defektním jedincům léčebné a rehabilitační péče (když jim dáme vzdělání – nemusí se stát starat)
        - lékařská péče - zakládání prvních ústavů
        - 18. – 19. století
    - **stádium socializační** (preventivně integrační)
        - rehabilitace defektních za účelem jejich pracovního i společenského uplatnění (speciálně-výchovná zařízení)
        - péče o tyto osoby je záležitost státu
        - cíle je tedy socializace jedince a nezávislost na státu
        - 20. století (druhá polovina)
    - **stádium prevenční** (nevyřazování, inkluzivita)
        - snaha předcházet defektivitě (= narušený vtah člověka k práci, vzdělání, socializaci; sociální následek vady)
        - snaha o to, aby tito lidé byli součástí naší společnosti, byli vzdělání a chtěli se začlenit a pracovat
        - rozvoj medicíny, psychologie, SPP, odpovídající legislativa a další společenská opatření umožňují předcházet defektivity (Sovák, 1980)
        - 20. století (druhá polovina)
    - *stádium integrační*
        - *toto stádium není Sovákovo – bylo přidáno až po jeho smrti*
        - *jde o začlenění postiženého jedince mezi jedince intaktní*
- výhrady vůči Sovákovu dělení:
    - přílišná generalizace
        - zobecnění na přístup celé společnosti (celá společnost měla vždy stejný přístup k postiženým?) - každý to má jinak, každý má jiný přístup
        - několik příkladů dané doby zobecněno na přístup celé společnosti-> fakta zkreslující termíny, které daná období pojmenovávají
    - zdání, že vztah společnosti k postižením se zlepšuje
        - *Titzle* popisuje, že je to osvícenecké pojetí - celá společnost se zlepšuje, zdokonalování lidstva, která se stává lepším tedy i altruističtějším (vyvrací to např. holocaust, Vietnam,…) - represe je i dnes (odkládání postižených dětí, obrovská úmrtnost, zotročování,…)
        - *Michalík* uvádí, že je to horizontální hodnocení - hodnotit vztah společnosti k jejím slabším členům by se mělo pouze s vědomím úrovně dané společnosti (znát bychom měli: "její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systému sociálního zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o postižených)
        - srovnávat lze pouze v rámci jedné společnosti - situace "průměrného" člena této společnosti v porovnání s členem slabším
        - „To znamená, že člověk by si Sovákovo pojetí mohl představit jako, že každé další stádium vývoje lidské společnosti znamenalo automatické zlepšení podmínek pro lidi s handicapem. Přitom opak je pravdou! Skutečnou úroveň vztahů uvnitř společnosti, vztahů majority k menšině musíme posuzovat vždy důsledně horizontálně. Je třeba hodnotit úroveň společnosti, ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systémů sociálního zabezpečení, představy a soudy převládající v dané společnosti o postižených.“
    - nekonzistentnost ve smyslu struktury
        - není možné v periodizaci nalézt jednotný znak, na jehož základě by bylo možné hodnotit míru pokroku mez jednotlivými stádii (Titzl)
        - *„Periodizace není konzistentní, tudíž není možné vyvodit míru pokroku podle jednotného znaku: V prvních čtyřech epochách je kritériem míra egoismu, resp. altruismu ve vzájemných vztazích postižených a nepostižených. V pátém stádiu je měřítkem způsob ekonomické (pracovní) využitelnosti. Z šestého stádia se dá odvozovat prosazení lidských práv. Zdůraznění prevence v konečném sedmém stádiu naznačuje víru ve všemocnost jednotlivých speciálních věd o člověku.“*
    - vymykající se skupiny obyvatelstva

        - některé skupiny obyvatel nejsou obsaženy v celkové periodizaci – nezmiňuje lidi z vyšší třídy
        - dítě vládnoucí třídy v antice - pomoc mu byla poskytnuta, u nižších tříd ne
    - vymezení společnosti
        - Sovák nevymezil, kterou společnost myslí (u nás, Afrika - tam represe trvá stále)
        - pravděpodobně euro-americkou
    - individuální postoj hodnotitele
        - pominutí individuální postoj hodnotitele - není zde vidět postoj každého
    - hodnocení musí být horizontální
        - hodnotit vztah společnosti k jejím slabším členům by se mělo pouze s vědomím úrovně dané společnosti, tj. znát bychom měli její ekonomickou výkonnost, stupeň organizace společnosti, existenci a formy správy, existenci a kvalitu systému sociálního zabezpečení, představy a soudy dané společnosti o postižených → porovnávat by se mělo, jaká je situace ,,průměrného" člena dané společnosti v porovnání s členem slabším
        - pokud životní situace takového ,,průměrného" člověka není příznivá, nelze předpokládat, že situace člena slabšího příznivá bude

Titzlova periodizace

- snažil se poukázat, že Sovákova periodizace neodpovídá
- nelze najít nějaký posun na základě jednoho znaku, jediné co lze, je vymezit do kdy péče o lid s postižením byla v kruhu rodin a kdy v roli institucí
- **stadium předinstitucionální** (do 13. století)
- **stadium institucionální** (od 13. století)
    - do r. 1786 - instituce nejsou rozčleněny dle cílových skupin a mají azylový charakter
    - od r .1786 - instituce rozčleněny dle cílových skupin mají výchovný případně i léčebný charakter
        - např. Pražský stav pro hluchoněmé
        - instituce rozčleněny dle cílových skupin
- záležitost zhruba posledního desetiletí je **odklon od speciálních institucí** a podpora života postižených v neústavním prostředí

Pohled na periodizaci dle Michalíka

- náhled na vývoj společnosti vede ke zkreslení celé situace
- vývoj totiž vnímáme na linii od nejhoršího po nejlepší, což vede k přesvědčení, že každé další stádium vedlo ke zlepšení podmínek života osob se ZP
- kvalitu života je tedy nutné posuzovat vždy horizontálně na základě úrovně dané společnosti, ekonomické výkonnosti, stupně organizace a správy, existence a kvality sociálního systému, představitele a soudů panujících ve společnosti o ZP apod.
- stejně tak nemůžeme tvrdit, že profesionálně pracující s osobami se ZP vykonává v současné době svou práci lépe a kvalitněji, než jiný profesionál před 100 lety, jenom díky tomu, že vlastní více technických prostředků a možná i více teoretických znalostí
- se změnou politického systému po roce 1989 se změnila i oblast speciální pedagogiky a náhled na osoby se ZP
- společnosti vnímala a trvale vnímala osoby s postižením/znevýhodněním spíše lítostivě, dívá se na ně spíše jako na „chudáky", kteří potřebují pomoc (charitativní pohled) → dochází však ke změně tohoto pohledu
- společnost začíná vnímat osoby se ZP, jako minoritu se svými právy a potřebami → více se zaměřuje na pocity, myšlenky, potřeby, přání, touhy osob se ZP, než na postižení přímo
- v popředí už nejsou omezení a činnosti, které osoba nezvládá, ale spíše rozvoj potenciálu a zaměření na to, co osoba zvládne → preferuje přístup podle Mezinárodní klasifikace funkčních poruch a zdraví (MKF)

VÝZNAMNÉ OSOBNOSTI

Speciální pedagogika v Čechách

- **František ČÁDA** (psychopedie)
    - spořádal tři sjezdy (1909 Praha, 1911 Brno, 1913 Slezská Ostrava) pro péči o slabomyslné a školství pomocné
    - sjezdy zdůraznily nutnost těsné spolupráce učitelů, lékařů a rodičů
    - na prvním sjezdu byly stanoveny 4 základní požadavky:
        - socializace
        - oprávněnost péče o postižené
        - péče poškolní a poústavní
        - prevence a profilace (předcházet postižení, práce s rodiči)
    - patří k jednomu ze zakladatelů českého pedologického ústavu v Praze

- **Josef ZEMAN** (psychopedie)
  - na Ministerstvu školství a národní osvěty mu byla svěřena agenda speciální péče o úchylné děti, vyvrcholením jeho působení na ministerstvu je zákon o pomocných školách z roku 1929
- **MUDr. Karel HERFORT** (psychopedie)
  - 1902 – ústavní lékař v Ernestinu, téhož roku se stal i ředitelem – přesnější třídění klientů, zavedena individualizace výchovy a vyučování, péče na odstraňování řečových vad, rozvíjení motoriky, tělesná výchova, ruční práce
  - ve výchově zdůrazňuje těsnou spolupráci lékaře a pedagoga.
  - zavedl dokonalé lékařské chorobopisy, zabýval se vědeckou činností – práce **„Rodokmeny chorobomyslných“**
  - roku 1922 byl zvolen předsedou Spolku pro péči o slabomyslné (zasloužil se o vydávání časopisu Úchylná mládež)
  - publikační činnost: Črty z pedopatologie, Pedopatologický slovník, Dějiny péče o slabomyslné
- **Karel Slavoj AMERLING** (psychopedie)
  - stal se prvním ředitelem Ústavu pro idioty v Praze (který byl založen roku 1871 Spolkem paní sv. Anny)
  - vystudoval medicínu, ve svých lékařských pracích věnoval zvýšenou pozornost tělesným deformitám slabomyslných, studoval jejich nehty, chrup, pořizoval chorobopisy, slabomyslné třídil podle vzezření, nikoliv podle vzdělavatelnosti, celkem rozlišoval sedm typů
  - v ústavu byl zaveden pevný životní režim – 8 hodin spánku, 8 hodin přípravy a odpočinku, 8 hodin práce a učení
  - každý den v týdnu měl specifický druh zaměstnání, obsah vyučování byl zaměřen na získání základních životních informací
  - pro slabomyslné požadoval jen nejzákladnější vzdělání, zdůrazňoval hlavně názorné vyučování, sám sestavil celou řadu modelů a názorných pomůcek, důraz kladl na procvičování zručnosti a vyučování ručním pracím
- **František ŠTAMPACH** – (1895-1976)
  - sociální pedagog
  - základním principem i metodou sociální pedagogiky byla podle něho reedukace, kterou chápal ve smyslu sociální regenerace
- **Miloš SOVÁK** – prof. MUDr. PhDr. Miloš Sovák, DrSc. (logopedie, speciální pedagogika), 15. 4. 1905, Bechyně – 29. 9. 1989, Praha
  - lékař, profesor UK, zakladatel československé logopedie a tvůrce logopedické teorie a praxe
  - působil jako odborný školní lékař pro otorinolaryngologii a foniatrii (magistrát hl. města Prahy
  - školy pro nedoslýchavé a školy pro vadně mluvící
  - založil Českou logopedickou společnost – DNES Logopedická společnost Miloše Sováka (LSMS)
  - organizoval logopedické kurzy pro učitele
  - založil Logopedický ústav hl. města Prahy (1956)
  - první vedoucí katedry speciální pedagogiky na Pedagogické fakultě UK
  - r. 1957 uspořádal v Praze Mezinárodní defektologickou konferenci
  - podílel se na pořádání Mezinárodního kongresu IALP v Praze
- **Konrád SEDLÁČEK** (psychopedie)
  - první propagátor pomocného školství na Moravě – 1919 otevřena pomocná škola v Brně, 1920 v Olomouci
  - publikační činnost: Zachraňte slabomyslné – první samostatný spis o pomocném školství u nás
- **Aloys KLÁR, Rudolf Mária KLÁR** (tyflopedie)
  - roku 1807 se stává spoluzakladatelem prvního pražského ústavu pro nevidomé (po jeho smrti nese název Klárův ústav)
  - podílí se na tvorbě Pražské tabulky
- **Václav VEJDOVSKÝ** (tyflopedie)
  - přednosta oční kliniky FN v Olomouci, dospěl k názoru, že i na Olomoucku, je třeba zřídit školu pro žáky slabozraké
- **Rudolf JEDLIČKA** (somatopedie)
  - roku 1913 byl v Praze na Vyšehradě založen první ústav pro tělesně postižené děti

- v čele ústavu stál pedagog (jako první byl ustaven František Bakule)
- poprvé v naší historii nejen vytvořil teoretickou koncepci komplexní rehabilitace tělesně postižených dětí, ale sám se svými spolupracovníky ji také v ústavu realizoval
- od roku 1914 byla v ústavu zajišťována péče o raněné vojáky ve Škole pro vojíny – invalidy
- z publikační činnosti prof. MUDr. Rudolfa Jedličky – O skiagrafii a skiaskopii Roentgenovými paprsky a jejich diagnostické ceně v chirurgii

- **František BAKULE** (somatopedie)
  - ovlivněn proudy tzv. nové výchovy, které se snažily o nový postoj k dítěti
  - snažil se hledat nové vyučovací metody, vhodné pomůcky, střídal pobyt dětí ve třídě s prací v dílnách, na zahradě
  - význam přikládal tělesné, hudební a výtvarné výchově
  - v Jedličkově ústavu zavedl princip volné výchovy a volné kázně, založil dětskou samosprávu, založil Dětské výrobní družstvo – postižené děti samostatně obstarávaly nákup materiálu, rozdělovaly úkoly, vyřizovaly administrativu, prodávaly své výrobky
  - odvolán z funkce ředitele Jedličkova ústavu, společně s ním odešlo z ústavu 12 tělesně postižených dětí, zpočátku žili společně v Bakulově bytě v Praze, kde navázal na základy řemeslné práce, v roce 1920 byl založen na Smíchově Bakulův ústav pro výchovu životem a prací
  - děti se podílely na pěveckém souboru Bakulovy zpěváčci
  - vzdal se vedení ústavu, ústav prodán v exekuční dražbě
- **Jan CHLUP** (somatopedie)
  - bývá nazýván jako Moravský Jedlička
  - v roce 1919 byl jmenován ředitelem Ústavu pro děti zmrzačelé v Brně Králově Poli
  - inspiraci získával v zahraničí, u Jedličky, Bakuleho, Bartoše
  - po vzoru Jedličkova ústavu byla zřízena i v brněnském ústavu školní třída při nemocničním oddělení
  - pokusil se zavést evidenci tělesně postižených dětí a mládeže, pro které vybudoval v brněnském ústavu poradnu
  - publikační činnost: O základních pojmech péče o mrzáčky
- **Jan VALÍČEK** (surdopedie)
  - autor první čítanky pro neslyšící
- **Antonín Bedřich MITROVSKÝ** (surdopedie)
  - roku 1832 založil v Brně ústav pro neslyšící a nevidomé
- **Hubert SYNEK** (logopedie)
  - na Moravě položil základy systematické péče o děti s vadami řeči

Speciální pedagogika v zahraničí

- **Valentin HAÜY** (tyflopedie)
  - roku 1784 zakládá první výchovně vzdělávací ústav v Paříži, učebnice a literaturu nechává tisknout tzv. reliéfní latinkou (písmo bylo raženo pomocí speciálních matricí, na které byla nanášena speciální hmota, která zanechávala hmatnou stopu),
  - v roce 1802 vypracoval projekt na zřízení podobného zařízení v Petrohradu, kam na žádost cara odjíždí, na cestě po Evropě ovlivňuje svými zkušenostmi ostatní učence
- **Johan Wilhelm KLEIN** (tyflopedie)
  - roku 1804 založil první výchovně-vzdělávací ústav pro nevidomé v Rakousku
  - ústav byl velmi dobře personálně obsazen – chlapci byli rozděleni do dvou skupin podle věku a věnovali se rukodělným činnostem, rozvoj tělesné zdatnosti, prostorové orientace
  - ovlivňuje pražské odborníky A. Klára (J. W. Klein napomáhá tak zřízení Hradčanského ústavu)
  - 1809 – vytvoření propíchávané latinky, další významný počin – návrh na uzákonění povinné školní docházky pro nevidomé děti v místě jejich bydliště
  - jako první založil poradnu pro rodiče nevidomých dětí
- **Louis BRAILLE** (tyflopedie)
  - syn sedláře, který si jako malý chlapec vypíchl oko ostrým nástrojem, o druhé přišel také
  - přibližně v 6 letech se stává žákem Národního ústavu pro mladé slepce v Paříži
  - na základě svých zkušeností s písmem Charlese Barbiera, které se v ústavu užívalo, vytvořil v 16 letech vlastní písmo, které je tvořeno 64 kombinaci šestibodu

- **Ch. M. de LEPEÉ** (surdopedie)
  - založil v Paříži ústav pro neslyšící, v komunikaci s neslyšícími zavedl metodu posuňkovou − tzv. francouzskou
- **J. C. ITARD** (psychopedie)
  - francouzský lékař, který v roce 1801 uveřejnil knihu Divoch z Aveyronu, popsal v ní svůj pokus s výchovou zaostalého chlapce
- **J. H. PESTALOZZI** (etopedie)
  - v sirotčinci ve Stanzu a Burgdorfu se věnuje výchově sociálně zaostalých dětí

TRANSFORMACE SPECIÁLNÍ PEDAGOGIKY před a po roce 1980 v sociálním a školském rez.

- ČSR se stala zemí s takřka úplným dělením školství do dvou hlavních proudů – systém obecného vzdělávání určeného dětem fyzicky, mentálně a smyslově zdravým a komplexu zařízení určených dětem, které tato kritéria nesplňovaly!
  - celý společensko-politický systém byl nastaven tak, který **podporoval a vyvolával segregaci**, systém však nebyl schopen poskytnout všem dětem s postižením vzdělání – jednalo se o zneužívání institutu osvobození od povinné školní docházky
  - ani **ve speciálních institucích se zpravidla nedařilo prosadit individuální přístup** ke každému žákovi, úloha rodičů a rodiny byla výrazně potlačena
  - **počátek 90. let přinesl vznik občanských spolků,** nadací, sdružení usilujících o zrovnoprávnění podmínek života občanů se zdravotním postižením
  - vlivem neexistence občanské společnosti do roku 1989 ani rodiče a jejich organizace neplnili úlohu, kterou jsme zvyklí sledovat v demokratických zemích od konce 60. let
- rodičovské organizace v ČR si neuměly představit jinou formu speciálněpedagogické podpory, než která byla jejich dětem poskytována - tj. způsob preferující koncentraci zdravotně postižených dětí v jedné speciální instituci (opačný postup – prosazení integrace dětí s postižením)
  - podmínky života lidí s **postižením v ústavní péči do roku 1990 byly zpravidla výrazně horší než v zařízení školských, nejdůslednější segregace byla připravena pro tisíce dětí s mentální, popřípadě kombinovaným postižením**, které byly umístěny v ústavech sociální péče s celoročním provozem, byla jim upírána základní lidská práva a přirozené potřeby,
  - většina personálu bez patřičného vzdělání, nespolupráce se zahraničím, absence kontroly a dohledu ze strany zřizovatelských institucí, nadměrná a neoprávněná medikace, pohlavní zneužívání, omezování osobní svobody,
  - v **roce 1991 začala diskuze o transformaci tehdejšího systému** sociálního zabezpečení – jednalo se o vybudování nových **tří pilířů systému důchodového pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci**
- po roce 1990 se u nás objevuje nový studijní obor: sociální práce – speciální pedagogika tak může obhájit své místo v teorii a praxi – jako věda, která se zabývá komplexním postavením občana se zdravotním postižením ve společnosti včetně zanesení úhlu pohledu, jež přináší filozofie, sociologie, právo, psychologie,...

→2005

- přijat nový **školský zákon** (do té doby komunistický) - **zákon č. 561/2004 Sb**.
  - jedním z cílů bylo odstranění nerovností a zajištění rovnosti v přístupu ke vzdělání
  - <u>žáci se speciálními vzdělávacími potřebami:</u> (rámcově dáno, poprvé zmíněno)
    - ZP - zdrav. postižení - zrakové, sluchové, tělesné, mentální postižení, autismus, kombinovaná postižení, těžké poruchy učení, těžké poruchy chování, těžké vady řeči → papír z PPP, SPC
    - ZZN - zdrav. znevýhodnění - dlouhodobé nemoci, astma, alergie, diabetes, epilepsie, lehčí poruchy učení a chování → papír z PPP, PSC, lékař
    - SZN - soc. znevýhodnění - děti, které pochází z prostředí s nízkým sociokulturním statusem, pochází z prostředí ohrožovanými socio-patologickými jevy, děti v ústavní výchově (děti bez rodičů nebo se o ně rodiče nedokáží postarat) či ochraně (děti, které mají závažnou poruchu chování --> odebráno z rodiny - chráníme dítě od špatných vlivů a společnost od dětí), děti emigrantů → ředitel
    - → speciální vzdělávání = vzdělávání děti za využití podpůrných (ZP) a vyrovnávacích opatření (ZZN a SZN)
  - <u>formy vzdělávání:</u> *(v. 73/2005 - dnes už zrušena)*
    - individuální integrace
    - skupinová integrace
    - školy samostatně zřízených pro žáky ze ZP - speciální školy *(všechny školy označené "speciální" se musely přejmenovat na základě z. 561/2004 Sb. - dnes 2018 je stejný vzdělávací obsah)*
      - **<u>výjimky:</u>**
        - škola pro mentálně postižené --> speciální MŠ
        - *před 2005 - zvláštní školy --> po 2005 - ZŠ praktická - určena pro děti s lehkým mentálním postižením (RVP - příloha --> dnes už není)*
          - *POZOR PRAKTICKÁ ŠKOLA = STŘEDNÍ ŠKOLA*

        - *základní školy speciální - pro děti se středním a středně těžkým mentálním postižením (mají své RVP)*
    - i v těchto školách lze integrace - např. škola pro sluchově postižené, může zde být třída pro děti i s vadami řeči
- **právo** na návštěvu běžné školy (ředitel ZŠ nesmí odmítnout žáka se zdravotním postižením, který má trvalé bydliště ve spádovém obvodu školy) + musí naplnit jeho vzdělávací potřeby → spádové školy mají povinnost přednostně přijmout žáky ze spádové oblasti jejich školy!
- **právo** na vzdělávání pomocí specifických forem a metod a na vytvoření zvláštních podmínek, které vzdělávání umožní - nikdo mu ho nemůže popřít, je to právo, škola musí vytvořit podmínky
- povinná školní docházka dětí s těžšími formami mentálního postižení - není osvobozeno - jiné plnění této docházky – forma individuálního vzdělávání - chybí potřebná opatření a metodické vedení
- **Vyhláška 73/2005 Sb.**
    - Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
    - pokud podmínky školy nevyhovují vzdělávání dítěte, škola dítě přijmout nemusí
    - pokud škola nepřijme žáka - oznámí to kraji a rodičům žáka
    - opět se vrací k označení "speciální"
    - rozpor mezi vyhláškou a zákonem
    - zákon má vyšší právní moc než vyhláška - vždy se musíme řídit dokumentem, který má vyšší právní moc!
    - zrušeno 27/2016 k 1.9.2016
- SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ POTŘEBY
    - asistent pedagoga
        - pomalý nárůst počet asistentů pedagoga (aktuálně kolem 13 000 - z toho 12 000 jako podpůrné opatření)
        - zaměstnancem školy - peníze vyplácí škola
        - podmínky pro získání:
            - když chtělo dítě asistenta pedagoga muselo dostat doporučení od ŠPZ
            - zákonný zástupce žáka požádal školu o to, aby dítě bylo vzděláváno s asistentem pedagoga (s tím, že donesli doporučení)
            - ředitel školy žádal kraj na peníze pro asistenta pedagoga - kraj měl hromádku peněz na asistenty - na kraji se konali schůze, kde se rozhodovalo, kdo asistenta dostane a kdo ne
            - jakmile je schválený, stává se zaměstnancem školy, má svou smlouvu, kde je napsáno, co je v jeho kompetencích
        - ve vyhláškách je umožněna přítomnost i osobního asistenta- nejsou to zaměstnanci školy nejsou tak školou placeni - 108/2006 - hrazen by měl být rodiči z příspěvku na péči
    - ŠPZ - školská poradenská zařízení
        - *PPP* - pedagogicko-psychologické poradny
        - *SPC* - speciálně pedagogická centra
        - provádí diagnostiku SVP (speciálně vzdělávacích potřeb) a dává zprávu rodičům i s doporučením (často rodiče nechtěli, aby to škola věděla a zprávy do škol nedaly)
            - od roku 2016 - zpráva jde jenom rodičům (anamnéza, jak probíhalo vyšetření,…) a doporučení jde přímo do školy (kde je pouze doporučení a jak postupovat) → školy se tím dnes musí řídit a musí to respektovat
    - IVP
        - doporučení ze školského poradenského zařízení
        - musí požádat školu o to, aby dítě bylo vzděláváno s IVP (individuální vzdělávací plán)
        - zodpovědná osoba za IVP - ředitel školy (platí dodnes)
        - *Kdo vypracovává plán?*
            - 1. stupeň - na tvorbě se podílí se učitel žáka a případně jazykář
            - 2. stupeň - tvoří ho všichni učitelé, kteří se podílí na vzdělávání žáka a kteří ho při své výuce potřebují (dříve se mělo podílet i ŠPZ, zákonní zástupci/zletilý žák, výchovný poradce)
    - předměty speciálně pedagogické péče
        - žáci mohou mít předmět speciálně pedagogické péče (práce s počítačem, znakový jazyk, orientace v prostoru,…) - do běžných škol se před rokem 2016 nedostali
    - vzdělávání dětí s těžkou kombinovanou vadou
        - tyto děti mohou být vzdělávány formou IV - individuální vzdělávání (stacionář, vzdělávání doma) - škola nad dětmi však dohlíží
- PROBLEMATIKA
    - běžné školy
        - nemají takovou podporu, jakou by měli mít
    - vzdělávání učitelů
        - děti se speciálními vzdělávacími potřeby jsou v běžných školách, ale vzdělání učitelů stávajících a i budoucích učitelů zaostává
        - i v dnešní době mají budoucí učitelé v semestru pouze jednu hodinu speciální pedagogiky → pracuje se na nové akreditaci
        - nedostatečná podpora pedagogických pracovníků formou supervize, mentoringu, prostřednictvím worshopů, on-line podpory,…

- žáci ze "speciálních škol" přechází do škol běžných *(dříve neměli možnost být na běžné škole, neměli žádnou podporu → např. žáci s lehkou vadou řeči, lehkou poruchou učení, lehkým postižením,… - nyní už ve "speciální škole" někteří být ani nemohou)* - měli by je následovat i speciální pedagogové
- ve školách musí být výchovný poradce a metodik prevence (ZŠ, SŠ A VOŠ) *(ministerstvo musí sehnat peníze a zaplatit je)*, může být školní psycholog a školní speciální pedagog *(ministerstvo nic shánět nemusí, škola pokud tyto zaměstnance chce, si musí peníze sehnat sama)*

○ ŠPZ (PPP, SPC), poradenství ve školách (VP, MP, ŠP, ŠSP)
- významy zkratek:
  - VP - výchovný poradce
  - MP - metodik prevence
  - ŠP - školní psycholog
  - ŠSP - školní speciální pedagog
- nedostatečný počet pracovníků
- velká pracovní vytíženost
- přílišná administrativa
- nedodržování povinností daných legislativou *(učitel nemůže poslat dítě na vyšetření - může pouze doporučit rodině)*
- školní psycholog a školní speciální pedagog

○ financování
- *normativní financování žáků*
  - každý žák s sebou nese určitou sumu peněz → když je postižený nebo má nějaké znevýhodnění - PPP/SPC určí koeficient, kolikrát se zvýší tomuto žákovi normativ
  - opatření jsou finančně normované - PPP napíše žákovi pomůcky a peníze musí být využity právě na dané pomůcku
  - nyní změna: snaha zabránit zneužívání peněz (peníze na to, na co mají být)
  - *82/2015* - nové nastavení financování
    - děti byly hodnoceny podle starého systému (zařazení do skupinek ZP, ZZN, ZSN→ dvouleté přechodné období
    - v tomto období musí být žáci hodnoceni podle nového systému v PPP/SPC - musí se děti nově přediagnostikovat a nastavit podle nového systému
    - zatím to vypadá, že se sehnali peníze a mohlo by skončit přechodné období
- skupiny, které nejsou zohledněny (civilizační choroby, vzácná onemocnění)
  - dnes se to postupně zlepšuje
- neřešily se některé druhy potřeb (ošetřovatelská či zdravotní podpora)
  - pedagog nesmí podat zdravotnickou péči - ale ve školách nejsou zdravotní pracovníci! - problém u diabetiků, astmatiků, epileptiků,…
  - snaha o zlepšení
- rozdílná konkrétní podpora (částka), která byla poskytována v jednotlivých krajích
  - výsledky v PPP v různých krajích by měly být přibližně stejné
  - v každém kraji dostávají děti rozdílnou částku (často v závislosti na finančním zabezpečení kraje) --> snaha o jednotné financování

○ asistent pedagoga
- zaměstnancem školy - peníze na něj poskytuje škola
- velký problém s přidělováním asistent
  - asistent pedagoga se stal finančně nárokovým --> pokud potřebuje dítě asistenta, dostane ho
- vedení a náplň činnosti
  - asistenti pedagoga nechtějí dělat to, co dělají osobní asistenti (pomoc při osobních potřebách)
  - školy nevědí, jak asistenta pedagoga používat
  - 9.3.2018 - snaha tento problém řešit *(asistent může vést třídu, když se učitel věnuje žákovi s SVP)*

○ individuální vzdělávací plán (IVP)
- metodická podpora ze strany ŠPZ při tvorbě byla nedostatečná
  - přílohou vyhlášky 27 je formulář, jak má vypadat IVP → jednotná forma
  - ŠPZ se nemusí podílet na tvorbě IVP - poprvé ho vidí, až když se setká s žákem
  - je to trochu nešťastné řešení
- pracovníci ŠPZ pouze výjimečně seznámení se ŠVP školy, ze kterého vychází IVP
- kontrola a vyhodnocení IVP
  - vyhodnocování 2x za rok za účasti všech nezainteresovaných

2008 až současnost

- vývoj je poznamenán **finanční a posléze hospodářskou krizí**
- snaha upevnit veřejné rozpočty a zastavit jejich zadlužování vede k řadě kroků, které jsou nejen diskutabilní, ale v řadě případů nesystémové a neodpovídající míře hospodářského poklesu
- znovu se u společenských a politických elit projevuje neznalost skutečných problémů skupiny zdravotně postižených
- typickým přístupem řady úrovní veřejné správy je konstatování *„nyní nelze nic dělat, počkáme, až skončí krize…“*

Transformace SP péče v zařízení SOCIÁLNÍHO REZORTU

- podmínky života lidí se ZP v ÚSP (ústavní sociální péči) **do roku 1990** byly výrazně horší než v zařízeních školských
  - k odložení dítěte rodiče často vedly tlaky ekonomické, sociální a psychologické tlaky
  - trend segregace – ÚSP (ústavy sociální péče) s celoročním pobytem
    - stovky lidí
    - nedůstojné podmínky
    - upírána základní lidská práva a přirozené potřeby
    - personál bez patřičného vzdělávání (existovali samozřejmě i obětaví a zapálení pracovníci- ale převládal spíše „burn out“ syndrom, neexistence klientského vztahu)
    - rodiče nemohli nic ovlivnit
    - absence kontroly a dohledu nad tím, co se v ÚSP dělo
    - nadměrná a neoprávněná medikace
    - zneužívání jejich pracovní síly
    - normativní úpravy - pouze 27 paragrafů jedné vyhlášky MPSV (vyhl. č. 182/1991 Sb.)
- **v letech 1991 – 2002** - k žádné změně v ústavnictví nedošlo, i když speciální školy v rámci ÚSP doznaly řady změn
- snaha o „moderní ústavní péči“, ale i přetrvávající nedostatky „státních“ ÚSP na základě nedostatečné právní úpravy – diskuze o zkvalitnění péče je od 90. let v plném proudu
- **do roku 2006** se však téměř nic z pohledu legislativy nezměnilo
- snahy o transformaci tehdejšího systému sociálního zabezpečení
  - vybudování nových tří pilířů (systému důchodového pojištění, státní sociální podpory a státní sociální pomoci – ještě dnes však stojí tato reforma v podstatě na svém počátku (selhání politických a odborných elit)
- rezignace speciálních pedagogů na svébytné postavení osob s postižením mimo resort školství řešení problémů v sociálním resortu a zaměření se na školství
- vznik nového studijního a vědeckého oboru – *sociální práce* – nejedná se však o příliš přínosnou a propracovanou koncepci
- **2003** – zařízení ústavního typu přešly do působnosti krajů
- **2006** – zákon č. 108/2006 Sb.

Transformace VYSOKOŠKOLSKÉHO VZDĚLÁVÁNÍ

- *změny ve školství viz výše (historický přehled)*
- příprava učitelů rozdělena také do dvou hlavních proudů
  - studijní obor učitelů speciálních pedagogů nesl název Učitelství pro školy a mládež a mládež vyžadující zvláštní péči
  - tzv. speciální pedagogiku možno od roku 1990 studovat na 3 vysokých školách v Československu (Praha, Olomouc, Bratislava)
- v 90. letech – nárůst možností studia na téměř všech PdF v ČR, dále probíhala transformace učebních plánů oboru na jednotlivých fakultách
- doktorský studijní program je akreditován v Praze a v Olomouci
- možnosti dvouoborového studijního programu

Zdroje:

- MICHALÍK, J. 2004. Proces transformace ve speciální pedagogice. In: RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 73-85. ISBN 80-244-0873-2.
- VALENTA, M. 2004. Měnící se paradigma české speciální pedagogiky a alternativní přístupy k edukaci žáků se speciálními potřebami. In: RENOTIÉROVÁ, M.; LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 49-57. ISBN 80-244-0873-2.
- Speciální pedagogika na přelomu tisíciletí. JEŘÁBKOVÁ, Kateřina. *Teoretické základy speciální pedagogiky pro speciální pedagogy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3734-7.

KOMPLEXNÍ/UCELENÁ REHABILITACE

4. Komplexní/ucelená rehabilitace – habilitace a rehabilitace, jednotlivé složky komplexní rehabilitace, metody, zásady a formy; systém podpory pro osoby se zdravotním postižením poskytované z resortu zdravotnictví (zdravotní péče, zdravotnická zařízení, zdravotnické prostředky), ze sociálního resortu (dávky a příspěvky; zaměstnávání osob s postižením; úvod k sociálním službám) a resortu školství (výchova a vzdělávání, poradenství)

(RE)HABILITACE

- **habilitace**
  - z latinského ‚*habilis*' = schopný, uschopnit
  - vyjadřuje *způsob, jakým postupujeme při výchově, vzdělávání či vedení jedince, aby se stal schopným, způsobilým, připraveným pro vykonávání činností důležitých pro život; časem se z něj vyvinul pojem rehabilitace*
  - povědomí o tomto málo využívaném pojmu se mírně zvýšilo od schválení Mezinárodní úmluvy o právech OZP, 2006
  - rehabilitace osob s vrozeným postižením
  - pojem, který je využíván ve spojitosti s dětskou klientelou
  - = program pro děti, jejichž cílem je podporovat co nejnormálnější vývoj dítěte
  - rozumným kompromisem → chápání pojmu, ale pro zjednodušení využívání pojmu rehabilitace
- **rehabilitace**
  - z latinského ‚*habilis*' (schopný) a ‚*re*' (znovu)= znovuuschopnění, návrat do původního stavu
  - definice dle WHO (1969) *„včasné, plynulé a koordinované úsilí o co nejrychlejší a nejširší zapojení občanů se ZP do všech obvyklých aktivit života společnosti s využitím léčebných, sociálních, pedagogických a pracovních prostředků*"
  - velký lékařský slovník: „ v nejširším smyslu obnovení původního stavu, výkonnosti, soběstačnosti, pohyblivosti, pracovní schopnosti. Do jisté míry je vždy součástí jakékoliv léčby, jejímž cílem je úplné uzdravení pacienta a obnovení jeho sil. Zahrnuje však např. i složku sociální."
  - logopedický slovník: „rehabilitace = jako návratná péče – souhrn činností směřující k opětovnému nabytí schopností ztracených nemocí nebo úrazem (rehabilitace léčebná), začlenění člověka do každodenního života (rehabilitace ucelená)"
- disabilita (narušení v těle) - aktivita (to, čeho je člověk schopný)
- handicap (nemá podmínky, které by mohl mít; např. vozíčkář přijede ke schodům - když je plocha je to handicap pro něj, pokud je - handicap odstraněn) → nyní nový pojem: participace

UCELENÁ REHABILITACE

- další možní názvy: koordinovaná, komprehenzivní, komplexní
- pojem rehabilitace byl dlouho spojován pouze s léčebnou rehabilitací → proto se začalo užívat pojmu ucelená rehabilitace
- stejně tak ve speciální pedagogice se rehabilitační metody chápou v širším slova smyslu než v pojetí lékařském
- pojem ucelená rehabilitace vyjadřuje multidisciplinárně orientovaný přístup ke klientovi, který zahrnuje automaticky rehabilitaci léčebnou, pedagogickou, pracovní i sociální! (tj. intervence různých odborníků a týmový přístup)
- „souhrn aktivit multidisciplinárního charakteru, zaměřený na předcházení, zmírnění nebo odstranění nepříznivých důsledků postižení anebo narušení, a to zejména ve prospěch optimální socializace" (Vašek, 1995)
- je zajišťována zdravotnicky rehabilitačními zařízeními a zajišťuje ji tým odborníků
- aby byla RHB ucelená, musí se skládat nejméně ze dvou složek, jejichž provádění musí být vzájemně propojeno
- odborníci z oblasti ucelené RHB musí vědět, kdo je za určitou složku ucelené RHB odpovědný a s kým bude při řešení konkrétních úkolů spolupracovat
- osoba zdravotně postižená = člověk, který ve svém životě nenachází fyzickou, psychickou a sociální pohodu
- 4 základní oblasti:
  - zdravotnictví
  - školství
  - práce
  - sociální péče

Složky

- hledisko času
  - **intervence přechodná** - vede k obnovení zdravotního stavu a normální kvality života
  - **intervence permanentní** - u osob s dlouhodobým nebo trvalým postižením
  - **rehabilitace vertikální** - de facto intervencí přechodnou, kdy dochází ke zlepšení funkční poruchy na původní úroveň
  - **rehabilitace horizontální** (dle Gogstadta) - probíhá při trvalém postižení, kdy lze funkční poruchy upravit jen v malé míře, jedná se tudíž o intervenci permanentní
- hledisko institucionalizace (Jesenský, Kábele)

Složky základní	**Složky podpůrné**
Léčebná	Psychologická
Pedagogická	Právní
Sociální	Technická
Pracovní	Ekonomická
Dle Jesenského	
Dle Kábeleho	

- složky základní
  - **LÉČEBNÁ REHABILITACE**
    - zaměřena na odstranění postižení a funkčních poruch a dále na eliminace následků ZP (Jesenský)
    - prolíná se s vlastním léčením
    - je doménou medicíny a zdravotnictví
    - provádí ji rehabilitační tým, který je veden rehabilitačním lékařem provádějícím vstupní diagnostiku, tvorbu rehabilitačního plánu pacienta a koordinujícím činnost celého týmu
    - bývá obvykle první etapou
      - zahajovat léčebnou rehabilitaci jako první ale není vždy pravidlem (např. u dítěte, které je od narození nevidomé, bude na prvním místě rehabilitace sociální a krátce na to pedagogická)
    - využívá diagnostických, terapeutických, technických, pedagogických a sociálních opatření, díky kterým dochází:
      - k obnově poškozených a ztracených funkcí
      - ke zlepšení poškozených funkcí
      - k udržení funkce a zpomalení progrese
      - k náhradě ztracených funkcí
      - k dosažení maximální možné nezávislosti
    - interdisciplinární tým a možnost intervence:
    - léčba operativní (radikální): lékařské zákroky
    - konzervativní, medikamentózní (farmakoterapie)
    - dietetická
      - úprava stravovacích návyků a složení stravy (např. celiakie, diabetes mellitus aj.)
    - **rehabilitační lékař**
      - představitel vedoucího týmu
      - provádí vstupní vyšetření, zjišťuje anamnézu, klade důraz na podrobný popis průběhu onemocnění, zjišťuje doposud používané rehabilitační metody a jejich výsledky
      - zjišťuje také klientovu soběstačnost a využití kompenzačních pomůcek
        - problematiku kompenzačních pomůcek konzultuje s ergoterapeutem → kterou po vyzkouší a doporučení ergoterapeuta předepíše
      - lékař indikuje terapii/činnost dalším odborníkům v týmu – fyzioterapeuta, ergoterapeuta, logopeda, rehabilitační sestry,…. → kdo se bude na terapii podílet; jaké výkony se budou provádět
      - stanový krátkodobý RHB plán, který se věnuje podle potřeby v průběhu celého RHB programu

- při dlouhodobém pobytu v RHB centru je součástí závěrečné zprávy i dlouhodobý plán

- **všeobecné sestry**
  - významnými členy rehabilitačního týmu na lůžkových odděleních a měly by krom běžné sesterské práce aplikovat rehabilitační principy (např. soběstačnosti) na celou dobu pobytu pacienta na oddělení
- **fyzioterapie**, léčebná tělesná výchova
  - nejpočetnější odborníci v léčebné rehabilitace (nezastupitelný člen týmu)
  - nutné vysokoškolské vzdělání - bakalář či magistr
  - dříve nazývání jako "*rehabilitační pracovníci*" - ale neodpovídal zcela náplni této profese
  - cíleně se *věnují pohybovému ústrojí* - provádějí jeho vyšetření a léčbu
    - prevenci, diagnostice a léčbě poruch funkcí pohybového aparátu
  - bylo by vhodnější označení "kineziterapeut" - jak je tomu např. ve Francii
  - na jedné straně se zdůrazňuje, že rehabilitace neznamená automaticky cvičení --> na druhé straně jsme si vědomi negativního vlivu inaktivity
  - v různé míře nastává inaktivita u hospitalizovaných pacientů --> *imobilita* (omezení či naprostá neschopnost pohybu)
    - *primární* - způsobená poruchou pohybového ústrojí nebo nervového systému, který řídí pohyb
    - *sekundární* - následkem nemocničního režimu, nutného pro léčbu základního onemocnění
  - <u>nedostatečná pohybová aktivita</u> <u>způsobuje řadu komplikací:</u>
    - snížení hmoty kosterních svalů (atrofie) a poruchu jejich koordinace
    - ztráta kostního vápníku s následnou osteoporózou
    - snížení výkonnosti srdce
    - při delším ležení poruchu cévních reflexů s nebezpečím kolapsu při náhlém postavení
  - základní vyšetření fyzioterapeuta - *kineziologický rozbor*
  - <u>metody:</u>
    - *léčebnou tělesnou výchovu* (LTV)
      - hlavní metodou fyzioterapie
      - provádí se individuálně/skupinově
      - základní formou je tělesné cvičení, především terapie posturálních schopností
      - → cílem je např. zlepšení síly, rozsahu pohybů, koordinace, nácvik chůze (zabránit řadě komplikací)
      - pacient je v průběhu LTV aktivní, může provádět pohyby na základě instrukce také samostatně
      - *analytické* = používají se především u stavů po úrazech končetin, u periferních paréz tj. tam, kde je potřeba terapeuticky ovlivňovat jednotlivé segmenty
      - *syntetické* = jedná se o nácvik stereotypu, kdy tyto rozloží na jednotné sekvence, vyjmou postupně chybné, izolovaně opraví a zařadí zpět do stereotypu. Uplatní se hlavně u centrálních paréz, amputací či poruše správného stereotypu z nejrůznějších příčin
    - Vojta metoda reflexní lokomoce
      - jejím cílem je „znovuobnovení vrozených fyziologických pohybových vzorů, jež byly … v důsledku traumatu ztraceny“ (Klenková a kol., 2007)
      - základem metody je reflexní plazení a reflexní otáčení (= mechanismus reflexní lokomoce)
      - pracuje s faktem, že v centrálním nervovém systému máme geneticky zakódované motorické vzory

        - pomocí přesně lokalizovaných bodů na těle, které se stlačují, se vyvolá určitý reflexní pohyb (plazení, otáčení ze zad na břicho), přičemž opakovaným vyvoláním těchto pohybů si „pacient“ fixuje správný pohybový vzor
    - Bobath koncept
        - handling a placing
        - cílem Bobath konceptu v rámci logopedické intervence je mj. zkvalitnění orofaciálních funkcí, normalizace dýchání, podpora fonace, rozvoj řeči, včetně eliminace hypersalivace, dysartrie či dysfagie
        - ke stimulaci orofaciální oblasti se používají ústní clony k navození retného uzávěru, ústní destičky ke stimulaci postavení jazyka, dále ruční či elektrické zubní kartáčky
        - stimulovat lze také prsty, a to tlakem, tahem či tappingem, v takovém případě je však nutné dodržovat přísná hygienická pravidla
    - Synergická reflexní terapie
        - jedná se o komplex terapeutických metod, ve které se slučují vybrané prvky z několika běžně užívaných reflexních terapií a tyto se dále modifikují
        - jejich kombinací dochází k ovlivnění účinku jednotlivých technik, tzv. synergetický efekt
        - metoda může pozitivně ovlivnit výsledky logopedické intervence, a to motoriku mluvidel, kousání, žvýkání, polykání a mluvení
    - Feldenkreisova metoda
    - Kabatova metoda,…
- **ergoterapie**
    - léčba smysluplnou činností, (původně nazýváno léčbou prací)
    - cílem je dosažení maximální soběstačnosti a nezávislosti jedinců a tím zvýšení kvality jejich života, konkrétním cílem může být např. zlepšování hrubé a jemné motoriky, pohybové koordinace, vizuomotorické koordinace, komunikace aj.
    - rozvíjí pracovní schopnosti člověka s postižením, aby jej bylo možné začlenit do plnohodnotného života
    - hlavní 3 oblasti: ADL (aktivity of daily living), práce a zaměstnání, hra a volný čas
    - Kubínková a Křížová rozlišují 4 hlavní oblasti:
        - kondiční (usiluje o psychickou rovnováhu jedince, udržení duševní pohody)
        - zaměřenou na pracovní začlenění
        - zaměřenou na výchovu k soběstačnosti (ADL)
        - cílenou na postiženou oblast
    - významnou součástí je hodnocení a přizpůsobování technických pomůcek, přizpůsobování životního prostředí (zejm. bytu), odstraňování architektonických bariér atp.
    - u dětí je pak základní metodou hra
    - specifickými terapeutickými metodami rozšiřujícími základní dovednosti ergoterapeutů jsou Bobath koncept, senzorická integrace či kognitivní metody
- **fyzikální terapie**
    - cíl FT spadá do oblasti pohybového ústrojí, a to působení analgetické (proti bolesti), zlepšování trofiky tkání, urychlení hojení, příp. aktivace a posilování kosterních svalů
    - jedná se o léčbu pasivní (X léčebná tělesná výchova je rehabilitací aktivní)
    - patří sem: elektroterapie, magnetoterapie, fototerapie (léčba světlem), termoterapie, mechanoterapie, lázeňská léčba: balneoterapie (přírodní léčebné prostředky), vodoléčba (hydroterapie), klimatoterapie, pitná léčba aj., masáže
- **(klinický) logoped**
    - provádí specifickou diagnostiku a terapii řečových, senzorických, kognitivních a fatických funkcí

- cílem je umožnit mezilidskou komunikaci apod.
- významnou oblastí logopedů v rehabilitaci je také vyšetření a léčba poruch polykání

- **psychorehabilitace**
  - psychodiagnostika a psychologická podpora (krizová intervence, psychoterapie)
  - kognitivní rehabilitace vč. využití počítačových programů (Train the brain, EEG biofeedback, CogniPlus aj.)
  - psychologické poradenství
- a další: zooterapie; expresivní terapie arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, tanečně-pohybová terapie, biblioterapie psychomotorické terapie: koncepty zaměřeny na pohyb a tělesné prožívání, např. bazální stimulace, snoezelen, senzorická integrace Ayersové,…
- léčebnou rehabilitaci provádějí:
  - rehabilitační kliniky (pracoviště při nemocnicích; ambulantně/lůžkově a dále zajištění péče pacientům na jiných odděleních)
  - rehabilitační ústavy (dlouhodobá rehabilitace jedinců, např. Hamzova odborná léčebna v Luži-Košumberku, Rehabilitační ústav Hrabyně-Chuchelná, Rehabilitační ústav v Kladrubech aj.)
  - lázně
  - lůžková oddělení nemocnic
  - denní rehabilitační stacionář aj.

- **SOCIÁLNÍ REHABILITACE**
  - = podporuje rozvoj sociálních dovedností; samostatný, nezávislý a soběstačný způsob života ve společnosti
  - v užším kontextu: „soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“ (Zákon č. 108/2006 Sb.)
  - úzce navazuje na léčebnou, protože každý jedinec má již od narození sociální vazby, které si udržuje i při pobytu v nemocnici a do společnosti se opět vrací, pokud k tomu vytvoříme předpoklad + zajištění ekonomických jistot pro zdravotně postižené
  - řeší všechny sociální problémy a potřeby zdravotně postižených osob - zahrnuje:
    - ekonomické zajištění (důchody, nárokové i mimořádné příspěvky), zajištění pomoci a péče
    - integrace do společenství zdravotně postižených
    - resocializace do společnosti zdravé populace
    - podpora soběstačnosti, nezávislosti a ochrana osob se ZP (přijetí svého postižení, naučit se s nimi žít, přijmout jej jako výzvu či úkol)
  - nástroje sociální rehabilitace → sociální služby vymezené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
    - úkolem je zajištění zaměstnání, příp. ekonomických jistot pro osoby se ZP, zajištění bydlení, realizace dopravy, rozvoj zájmové a kulturní činnosti aj.
  - sociální prostředky jsou celoživotním procesem
  - sociální rehabilitace uplatňuje metodu reedukace, kompenzace a akceptace (přijetí života s postižením), které se odehrávají v institucích sociální péče, ve zdravotnických zařízeních i ve školách a školských zařízeních, při práci, volnočasových aktivitách, v dnešní době v rámci nestátních neziskových organizací
  - objektem není jen osoba s postižením, ale též rodina, např. psychorehabilitační pobyty
  - sociální rehabilitaci provádějí:
    - centra denních služeb
    - denní a týdenní stacionáře
    - domovy pro osoby se zdravotním postižením
    - domovy pro seniory
    - chráněné bydlení
    - pracoviště rané péče
    - osobní asistence – často nekvalifikovaní lidé, placeni za služby pro OZP
  - řadíme zde také dávky pro osoby se ZP

- **posudkoví lékaři**
  - hraje významnou roli v oblasti sociální i pracovní RHB
  - svým rozhodnutím určuje, zda má osoba s postižením nárok na plný či částečný invalidní důchod, na tzv. bezmocnost, na některé jednorázové příspěvky
  - při plném invalidním důchodu rozhoduje, zda se jedná o:
    - důchod typu I - kdy klient není schopen žádné soustavné práce
    - důchod typu II - kdy je klient schopen práce za mimořádných okolností
  - dále rozhoduje o přidělení výhod vyjádřených legitimací (TP, ZTP, či ZTP - P)

- **PRACOVNÍ REHABILITACE**
  - úkolem je soustavná péče o soby se změněnou pracovní schopností a obnovení nebo zachování pracovního potenciály; prostředky (zákon č. 1/1991 Sb.):
    - pracovní poradenství – výchovní poradci, PPP SPC
    - pracovní doporučení – ÚP, služby podporovaného zaměstnávání
    - pracovní příprava – ve školách, specializované rekvalifikační kurzy, zapracování osoby ve vhodném pracovním místě
    - pracovní zařazení
    - ergodiagnostika
    - analýza pracovního prostředí a podmínek
    - uvedení do pracovního procesu a sledování vlivu pracovní činnosti na zdravotní stav a reakce postižené osoby
    - řešení negativních vlivů, ergonomických a jiných podmínek
  - jedná se o přípravu na pracovní uplatnění a vlastní zařazení do pracovního procesu
  - specifická legislativní opatření - možnost získat finance ke zřízení chráněných pracovních míst, odpis ze základu daně pro zaměstnavatele zaměstnávajícího osobu se ZP dle zákona č. 435/2004 Sb.
  - **poradci pro volbu povolání**
    - jsou v USA a některých dalších zemích odborníci, kteří znají jednak problematiku zdravotního postižení, ale i nároky, které kladou na postiženého jednotlivé pracovní pozice
    - tím významně přispívají k správnému výběru pracovního uplatnění
    - u nás taková odbornost neexistuje a prozatím by jí měli nahrazovat z části ergoterapeuti, z části sociální pracovníci
- **PEDAGOGICKÁ REHABILITACE** – aneb výchovně vzdělávací rehabilitace
  - svým obsahem odpovídá pedagogickému působení a vzdělávání osob se ZP v pojetí speciální pedagogiky
  - zahrnuje vlastní proces vzdělávání, mimoškolní a volnočasovou činnost, také složku výchovnou
  - v procesu pedagogické rehabilitace jsou využívány metody, prostředky a postupy dle druhu a stupně postižení
  - důležitou zásadou je včasnost jejího zahájení (význam rané péče) - u každého člověka existuje oblast, která může být rozvíjena
  - cílem je rozvoj osobnosti a podpora rozvoje sociální, kulturní a pracovní inteligence - co nejvyššího stupně vzdělání a optimální kvalifikace - podpora samostatnosti a aktivního zapojení do všech obvyklých aktivit společenského života
  - základními nástroji pedagogické rehabilitace jsou:
    - edukace
    - reedukace
    - kompenzace
    - stimulace
    - SP diagnostika

        - pedagogickou rehabilitaci provádějí:
            - školy: MŠ, ZŠ, SŠ, konzervatoř, VOŠ, ZUŠ
            - školská zařízení (ŠZ): školská poradenská zařízení, ŠZ pro zájmové a další vzdělávání, výchovná a ubytovací zařízení, ŠZ pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy a pro preventivně výchovnou péči aj.
- hledisko institucionalizace – složky podpůrné
    - **psychologická**
        - psychologické ovlivňování jedinců při vyrovnávání se s postižením, rozvoj motivace ve všech oblastech života
        - provádí v rehabilitačním týmu především psychologickou diagnostiku - tedy vyšetřování rozumových schopností, hodnocení osobnosti, testování dílčích psychických funkcí (paměť, pozornost, orientace, reakční čas aj.)
        - typy: klinická (kvalifikace získaná atestací), pedagogická, sociální, pracovní
        - dále psychologické poradenství, v různé míře psychoterapii, podílí se na rehabilitaci kognitivních funkcí a hodnotí psychologickou způsobilost, především k řízení motorových vozidel, ale také užívání elektrického vozíku
        - neuropsychologie - užší zaměření psychologa na psychologické funkce poškozeného mozku (např. po poranění mozku)
        - informuje všechny ostatní členy týmu o zjištění psychologických poruchách a zvláštnostech klienta a doporučuje zachování psychoterapeutických principů během léčby
        - příznivý psychický stav podporuje léčbu i celkový proces začleňování do společenského prostředí, vč. pracovního!
        - předpokladem pozitivního psychického ladění je důvěra v dobrý výsledek léčby
    - **právní**
        - návrhy, schvalování a realizace zákonů a směrnic k zajištění práv pro osoby se ZP a k ochraně těchto osob před zneužíváním
        - u nás tj. Ústava, LZPS aj. (dle resortů)
        - dále právní dokumenty zajišťující ochranu před vykořisťováním, právo na léčebnou, výchovně-vzdělávací a sociální péči
    - **technická**
        - zjišťuje výzkum a vývoj ortopedických pomůcek, protéz a technických prostředků, např. ortoptických, akustických aj.
        - technické služby realizovány ve všech základních složkách rehabilitace
        - protetičtí technici → mohou být přímo členy týmu, častěji však bývají zaměstnanci soukromých firem, které vyrábějí individuální pomůcky dle předpisů rehabilitačních lékařů; v některých případech docházejí na rehabilitační pracoviště a detaily pomůcky řeší spolu s rehabilitačními odborníky (protézy, ortézy, trupové korzety)
        - léčebná: ortopedické, ortodontické, ortoptické, akustické protézy, technické pomůcky
        - pedagogická: speciální pomůcky a zařízení pro školní i mimoškolní edukaci
        - pracovní: pracovní protézy, speciální pracovní nástroje, úprava pracovišť
        - sociální: odstraňování architektonických bariér, zajišťování přístupnosti veřejných zařízení, dopravních prostředků, bezbariérové byty aj.
    - **ekonomická**
        - zajišťuje organizaci a řízení výrobní činnosti a produktivní práce osob se ZP, nejčastěji zřizováním a zabezpečováním provozu chráněných pracovišť a rehabilitačních komplexů
        - zavádění nových vhodných pracovních oborů a rozšiřování nabídky dle společenských potřeb
- cíle:
    - možnost vrácení se k původnímu stavu zdraví = tělesná, duševní a sociální pohoda
    - schopnost začlenění OZP do společnosti
    - dosažení optimální kvality života = u každého jedince je individuální
    - vyrovnání příležitostí OZP s osobami nepostiženými

Zásady komplexní rehabilitace

Vašek (2003)

- kognitivizace - rozvíjení poznávacích procesů
- ortofunkcionalizace - vytváření a rozvíjení správných funkcí
- hyperemocionalizace - vytváření silných emocionálních stimulů
- detenzionalizace - odstraňování, likvidace psychického napětí
- subtitucionalizace - nahrazování poškozených systémů
- synergetizace - vzájemná podpora podnětů a procesů
- kreativizace - podpora tvořivého myšlení činností, aktivitou

Kábele (1998)

- individuální přístup
- komplexnost - důsledné dodržování celostního přístupu
- přiměřenost - akceptování druhu a stupně postižení, věku, stupně vývoje rozumových a dorozumívacích schopností aj.
- reflexnost – využívání reflexních zákonitostí při nácviku poškozených motorických funkcí apod.

Rehabilitační tým

- každá léčebná péče by měla probíhat v týmu, jehož členové pracují společně, navzájem se podporují a doplňují
- cílem spolupráce je zoptimalizovat péči tak, aby bylo pro klienta dosaženo co nejlepšího výsledku
- vedoucím rehabilitačního týmu je rehabilitační lékař
- mezi další členy se řadí:
  - fyzioterapeut, ergoterapeut, psycholog a na lůžkových pracovištích i zdravotní sestry
  - sociální pracovník, dle zaměření pracoviště logoped, protetický technik, speciální pedagog
- členové týmu se pravidelně setkávají a společně vytvářejí pro léčené pacienty/klienty krátkodobý a dlouhodobý rehabilitační plán
- rehabilitační lékař koordinuje práci týmu a určuje, v jaké míře se mají ostatní členové týmu na péči o klienta podílet
  - jen on může aplikovat injekce nebo předepisovat léky, ale i pomůcky
- *"Dobrá spolupráce a vzájemný respekt těchto odborníku jsou nezbytné pro dosažení optimálních výsledků."*

Návaznost složek rehabilitace

- RHB lékař poskytne podklad pro posudkové lékaře, kteří schvalují důchody a výhody pro postižené
- na oblast sociální RHB navazuje hlavně sociální pracovnice, jedná s úřady v záležitosti přiznání dávek, zajištění bytových podmínek, ale také zaměstnavateli při výběru místa
- lékaři, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, logopedi, a další spolupracují a dále se setkávají se zástupci dobrovolných organizací, jež organizují rekondice
- na oblast pracovní RHB navazuje práce ergoterapeutů, kteří provádějí předpracovní hodnocení pro pracovní uplatnění, dále nácvik dovedností, které bude pacient při konkrétním pracovním začleněním potřebovat
- na oblast pedagogické RHB navazují speciální pedagogové
  - lékaři doporučují pacienta do speciálně – pedagogické poradny, kvůli typu vzdělání OZP
  - úzký vztah k této RHB mají také ergoterapeuti
  - dále je zde spolupráce pedagogů a psychologů

SYSTÉM PODPORY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

RESORT ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotní pojišťovny

- mají ze zákona povinnost hradit všichni občané s trvalým pobytem na území ČR (podrobněji viz zákon č. 48/1997 Sb.)
  - hradí se „zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav“ (§ 13, odst. 1, zákon č. 48/1997 Sb.)
  - „Zdravotní péče je hrazena v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem“ (§ 13, odst. 2, zákon –II-)
  - tento zákon v § 15 a v příloze č. 1 uvádí také zdravotní úkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění nebo z něj jsou hrazeny pouze za zvláštních podmínek
  - za některé skupiny lidí povinnost hradit zdravotní pojištění plní stát, jsou tzv. státními pojištěnci → o nezaopatřené děti, občany pobírající důchod (starobní, invalidní a vdovský), ženy na mateřské či

rodičovské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o práci, osoby závislé na péči jiné osoby v II. až IV. stupni a lidi pečující o tyto osoby – pečující osoba i v případě, že závislá osoba je v I. stupni závislosti a je současně mladší 10 let, apod. (zákon č. 48/1997 Sb.)

- o většině lidí pobírajících invalidní důchod a o osobách závislých na péči (především ve II. až IV. stupni závislosti) můžeme konstatovat, že se jedná o jedince se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním
- péče a podpora poskytovaná těmto jedincům z resortu zdravotnictví je většinou mnohem obsáhlejší a specializovanější než péče u osob intaktních
- **reformní snahy** – od roku 2012 vešlo v platnost rozlišování tzv. standardní a nadstandardní zdravotní péče, tj. základní varianty, jež je plně hrazena ze zdravotního pojištění, a ekonomicky náročnější varianty, která je hrazena pouze částečně
    - 2012 je rokem „testovacím“, proto MZ ČR a zdravotní pojišťovny vybraly pouze 18 ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče, a to v oblastech lehkých sáder, nitroočních čoček a některých očkovacích vakcín
- tendence směřují k většímu podílu přímých plateb za zdravotní péči pojištěnci (nad rámec již hrazeného zdravotního pojištění), za druhé, že je trend nevyjímat z těchto pravidel žádné skupiny obyvatel
    - tyto skupiny jsou z hrazení mnohdy vyjmuty na základě „veřejného tlaku“
- článek 31 Listiny základních práv a svobod dává **právo získat zdravotní pomůcky na základě zdravotního pojištění**
    - podmínky poskytování zdravotních pomůcek upravují příslušné zákony
    - obecně platí, že odborní lékaři (ortopedi, neurologové, chirurgové, internisté apod.) mohou předepisovat svým pacientům (mnohdy lidem se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním), někdy však až po schválení revizního lékaře, různé pomůcky
    - pomůcky jsou buď plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, nebo částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou s doplatkem pacienta, případně si pomůcku hradí pacient sám
    - některé pomůcky zdravotní pojišťovny nehradí, ale o jejich úhradu může být zažádáno u sociálního odboru místních úřadů – jedná se o jednorázové příspěvky na zvláštní pomůcky hrazené z resortu MPSV ČR

Poskytování zdravotní péče

- služby v rámci resortu Ministerstva zdravotnictví každou osobu provázejí již od samého narození, lékaři a zdravotnický personál jsou v podstatě prvními lidmi, se kterými se právě narozené dítě setkává, tedy kromě matky
- zdravotní péče = soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
    - předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu
    - udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu
    - udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení
    - posuzování zdravotního stavu
- zdravotnickými prostředky se dle Zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích rozumí „*nástroje, přístroje, zařízení, programové vybavení … materiály nebo jiné předměty, určené výrobcem pro použití u člověka za účelem …* b) *stanovení diagnózy, monitorování, léčby, mírnění nebo kompenzace poranění nebo zdravotního postižení.*“
- <u>3 roviny zajišťující péče:</u>
    - **preventivní**
    - **aktuální**
    - **následná**
- v rámci poskytování služeb se řídíme dle **zákona č. 372/2011** Sb. v aktuálním znění (verze 26 - 1.4.2021-31.12.2021) ***o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování***
    - upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných, pracovníků podmínky, hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb ad.

KLASIFIKACE

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

- **prvního styku** (praktický lékař pro dospělé, stomatologická ambulance, praktický lékař pro děti a dorost, lékařská služba první pomoci)
- **ambulantní** (oční lékař, ortopedie, psychiatrie, neurologie, dermatologie, rehabilitace, urologie, klinická psychologie, klinická logopedie, ORL, alergologie, dermatovenerologie, zdravotní rehabilitace)
- **hospitalizační** (nemocnice – malá nemocnice, velká nemocnice, porodnice, nemocnice následné péče, fakultní nemocnice; léčebna dlouhodobě nemocných, odborný léčebný ústav – psychiatrická léčebna)
- **lékárny a výdejny PZT** (lékárna, oční optika a optometrie, výdejna PZT)
- **laboratoře** (cytologie, klinická biochemie a hematologická laboratoř, mikrobiologie)
- **zdravotní doprava** (dopravní zdravotní služba – sanitka; zdravotní záchranná služba – letecká záchranná služba)
- **ostatní** (lázeňské zdravotnické zařízení, lékařská zobrazovací technologie, hygienická služba, domácí péče, porodní asistentka a dětská sestra)

DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Dle **účelu** jejího poskytnutí

- **PREVENTIVNÍ** péče
  - časné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku
  - ze speciálně-pedagogického hlediska:
    - genetické poradenství pro rodiče
    - péče o matku v těhotenství
    - sledování rizikových těhotenství
    - péče o matku a dítě během porodu
    - sledování rizikových dětí (např. děti předčasně narozené do dvou let věku)
    - preventivní prohlídky u pediatra v 1 roce, ve 3 letech a před nástupem do školy
  - období prenatálního vývoje (prevence na genetické úrovni)
    - v případě zdravotního postižení, kterým je rodina dědičně zatížena, či se v rodině objevilo s neobjasněnou etiologií, se matka setkává s lékaři (genetiky) většinou již v období, kdy se rozhodne mít v budoucnosti dítě
    - v každém těhotenství existuje riziko asi 3-5%, že plod může mít nějakou vrozenou vývojovou vadu (VVV) → toto riziko platí i pro rodičovské páry zcela zdravé, bez genetické zátěže v rodině
    - prenatální vyšetření VVV u plodu:
      - neinvazivní metody
        - *biochemické* – Biochemický screening I. trimestru (prvotrimestriální screening – oděr krve + ultrazvuk- odhalení Downova s – trizomie 21, Edwardsův s. – trizomie 18, Patauův s. – trizomie 13, spina bifida – otevřený rozštěp páteře, rozštěp přední stěny břišní, defekt neurální trubice) či screening II. trimestru (krev matky); ultrazvuk (USG), příp. v indikovaných případech MRI plodu
        - *neinvazivní testování nejčastějších chromozomových aneuploidií* (nová metoda, zatím nehrazena v ČR ze zdravotního pojištění)
      - invazivní metody (riziko potratu, pouze ve vážných případech)
        - *amniocentéza* (16.–17. týden) - odběr plodové vody, jedná se o test diagnostický, který dokáže vady jednoznačně potvrdit nebo vyloučit
        - *biopsie choria* (CVS) (od 11. týdne) – odběr vzorku tkáně z placenty
        - *odběr fetální krve* – kordocentéza (cca od 20. týdne)
  - období perinatálním
    - ihned po porodu je dítě měřeno a váženo, jsou mu vyčištěny dutiny, a prochází základním komplexním vyšetřením, které by mělo odhalit viditelné vrozené vady

        - po narození se u dítěte hodnotí tzv. Apgar skóre → v 1., 5., 10. minutě se posuzuje u dítěte srdeční ozvy, dýchání, napětí svalů, reakce dítěte na podráždění při odsávání a barva kůže
    - období postnatálním
        - novorozenecký screening (NS) = aktivní a celoplošné (= celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném, preklinickém stadiu tak, aby se tyto choroby diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit novorozenci nevratné poškození zdraví
        - založen na analýze suché kapky krve na filtračním papírku - krev se odebírá za definovaných podmínek všem novorozencům narozeným na území České republiky
        - v ČR se vyšetřuje 18 onemocnění: (1.6.2016)
            - vrozená snížená funkce štítné žlázy
            - vrozená nedostatečnost tvorby hormonů v nadledvinách
            - vrozená porucha tvorby hlenu (cystická fibróza)
            - dědičné poruchy látkové výměny aminokyselin
            - dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin
            - dědičná porucha přeměny vitamínů
        - v širším slova smyslu lze zahrnout i pravidelná klinická vyšetření dětským lékařem při pátrání po VVV různých orgánů či vrozených infekcích (prvotní prohlídka novorozence ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3 měsících, ve 4 - 5 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, v 10 - 11 měsících, ve 12 měsících, v 18 měsících), dále:
            - vyšetření ortopedem při vyhledávání vrozené poruchy vývoje kyčlí (dysplazie)
            - vyšetření očním lékařem při vyhledávání vrozeného očního zákalu (katarakty)
            - vyšetření sluchu při vyhledávání vrozené hluchoty
            - ultrazvukové vyšetření ledvin k časnému záchytu vrozených vývojových vad močového ústrojí
    - dále se s lékaři setkáváme v rámci prevence při potřebě lékařského ošetření (v rámci akutního, chronického či recidivujícího onemocnění)
- **diagnostická** péče
    - účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby
- **dispenzární** péče
    - účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci
- **léčebná** péče
    - účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu
- **posudková** péče
    - zjištění zda: nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na ně klade výkon práce/služby/povolání/jiné činnosti NEBO zda je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce/služby/povolání/jiných činností
- **léčebně rehabilitační** péče
    - účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona
- **ošetřovatelská** péče
    - účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti
- **paliativní** péče
    - účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí
- **lékarenská** a klinickofarmaceutická péče
    - účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích

Dle **časové naléhavosti** jejího poskytnutí

- **neodkladná**
  - účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí
  - nemůžeme odmítnout pacienta, který potřebuje neodkladnou péči
- **akutní**
  - účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí
- **nezbytná** (zahraniční pojištěnce)
  - poskytování zdravotnických služeb v zahraničí (v rámci UNIE) - jak v jiných zemích, tak i u nás u zahraničních pacientů
  - poskytnutí takové péče, abychom nemuseli předčasně opustit danou zemi
- **plánovaná** (ostatní péče)

FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

- okresní hygienické stanice
- **ambulantní péče**
  - nevyžaduje se hospitalizace ani přijetí pacienta na lůžko jednodenní péče
  - primární (prevence, diagnostika, léčba, posudky, konzultace, koordinace - pediatr, praktický lékař, stomatolog a gynekolog) – součástí i návštěvní služba pediatrů a praktik
  - sekundární (více specializovaná péče, např. ambulance fyzioterapeutů, klinických psychologů, klinických logopedů, alergologů, neurologů, kardiologů atd.)
  - stacionární péče - poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče
- **jednodenní péče**
  - vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů
  - musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní
- **lůžková péče**
  - nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta
  - musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu
  - NEMOCNICE - fakultní, krajské, okresní, oblastní, soukromé
    - *mají ambulantní a lůžkovou část a systém diferencované péče – emergenční péče (příjem), intenzivní péče (JIP, ARO), intermediární péče, standardní péče, následná péče, oddělení nemocnice dle nemoci*
    - akutní lůžková péče intenzivní - poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat
    - akutní lůžková péče standardní - poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace
    - následná lůžková péče - poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče
    - dlouhodobá lůžková péče - poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje

- při rehabilitačním oddělení může být zřízen rehabilitační stacionář, který poskytuje celodenní rehabilitaci; jako součást poliklinik byla dříve zřizována také ambulantní rehabilitační oddělení (dnes jsou to často soukromá pracoviště) = FYZIOTERAPIE
- při fakultních nemocnicích jsou zřizovány rehabilitační kliniky specializované na rehabilitační medicínu, které zajišťují ambulantní péči, lůžková oddělení i rehabilitaci na ostatních odděleních nemocnice - na rehabilitačních klinikách působí celý rehabilitační tým
- pro zajištění léčebné rehabilitace v nemocnicích má velký význam ambulantní i lůžková část rehabilitačních oddělení; na nich se provádí subakutní rehabilitace – ve vybraných nemocnicích jsou tato oddělení specializovaná na léčbu určitého typu postižení, např. tzv. spinální jednotky na doléčování osob po poranění míchy

- ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY
  - zajišťována lékařskou, ošetřovatelská a odborná rehabilitační péče
  - při nemocnicích, psychiatrické léčebny, odborné léčebné ústavy, sanatoria, rehabilitační ústav, lázně, specializované léčebny (např. léčebna zrakových vad, léčebna pohybových poruch, dětská léčebna se speleoterapií, gerontologické centrum, rehabilitační ústav pro cévní choroby aj.)
  - Olomoucký kraj: Odborný léčebný ústav Paseka, Léčebna TRN; Psychiatrická léčebna, Šternberk; Lázně Slatinice, a.s., Lázně Teplice nad Bečvou a.s. (dospělí); Sanatorium Edel, s.r.o., Zlaté Hory (děti)
  - Moravskoslezský kraj: Psychiatrická léčebna, Opava; Rehabilitační ústav, Hrabyně; Beskydské rehabilitační centrum s.r.o., Čeladná (dospělí); OLÚ Metylovice-Moravskoslezské sanatorium p.o. (děti)
  - Ostatní: Psychiatrická léčebna v Kroměříži; Odborný léčebný ústav, Jevíčko – Pardubice (dospělí); Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže-Košumberk; Dětská léčebna pohybových poruch, p.o., Boskovice
  - dle zaměření se dělí: psychiatrické léčebny, léčebny respiračních onemocnění, rehabilitační ústavy (neurologie + ortopedie), sanatoria
  - léčebný pro dlouhodobě nemocné (LDN neboli následná péče)
    - zařízení určené pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetřovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícími nemocemi
    - navazují na péči nemocnic
    - pacienti jsou hospitalizováni většinou na základě doporučení praktického nebo odborného lékaře a splnění kritérií (tj. např. potřeba minimálně tří hodin ošetřovatelské péče denně)
    - Olomoucký kraj: Jesenická nemocnice, spol. s r.o.; Vojenská nemocnice Olomouc; Středomoravská nemocniční a.s., Prostějov a Přerov
    - Moravskoslezský kraj: Bohumínská městská nemocnice a.s.; Gaudium Frýdek-Místek s.r.o.; Sanatorium Jablunkov, a.s.; Dům Kochova, s.r.o., Sanatorium Kochova, Havířov-Šumbark; Městská nemocnice Odry; Slezská nemocnice v Opavě, p.o.; NsP Karviná-Ráj, p.o., Orlová; Městská nemocnice Ostrava, p.o.; NsP v Novém Jičíně, p.o., Vítkov; FN Ostrava, Vítkov-Klokočov
  - lázeňské léčebny
    - Olomoucký kraj: Priessnitzovy léčebné lázně, a.s., Jeseník; Lázně Slatinice, a.s.; Státní léčebné lázně, Bludov, s.p.; Lázně Velké Losiny, s.r.o.
    - Moravskoslezský kraj: Karlova Studánka s.p.; Lázně Darkov, a.s.; AquaKlim, s.r.o., Sanatoria Klimkovice
  - hospice
    - samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění
    - hospicová péče se nesnaží o vyléčení nemocí (x LDN)
    - důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného, na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými
    - snaha o osobitou a domácí atmosféru, maximální soukromí pacientů, volný režim návštěv, dobrá dopravní dostupnost
    - Olomoucký kraj: Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc
    - Moravskoslezský kraj: Centrum zdravotních a sociálních služeb, Frýdek-Místek, Charita Ostrava, Hospic sv. Lukáše

- kojenecké ústavy a dětské domovy
  - dětské domovy (DD) pro děti do 3 let věku - spadají pod MZ ČR
  - poskytují se zde zdravotní služby a zaopatření (tj. stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost) dětem, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí (týrané, zanedbávané či zneužívané, ohrožené ve vývoji nevhodným sociálním prostředím, zdravotně postižené)
  - také pro těhotné ženy, je-li ohroženo jejich zdraví z důvodu nepříznivé životní situace
  - Olomoucký kraj: Dětské centrum Pavučinka Šumperk, p.o., Kojenecký ústav a Dětský domov; Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci, p.o., Dětský domov a Kojenecký ústav
  - Moravskoslezský kraj: Dětské centrum Čtyřlístek, p.o., Havířov-Suchá a Opava; Dětské centrum Domeček, Dětský domov, Ostrava Zábřeh
- péči v odborných zařízeních upravuje zákon č. ***200/2015 Sb***. v aktuálním znění ***o veřejném zdravotním pojištění (ozdravovny)***
  - péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
    - dětem od tří do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav nevyžaduje specializovanou léčbu ve zdravotnickém zařízení lázeňské léčebně rehabilitační péče nebo v dětské odborné léčebně, se poskytuje na návrh ošetřujícího lékaře potvrzený revizním lékařem zdravotní pojišťovny péče v ozdravovně – zpravidla na 21 dnů
    - poskytují léčebně preventivní péči v příznivých klimatických podmínkách
    - využívány léčebné prostředky, léčebná rehabilitace, vhodná výživa a upravená celková životospráva a speciální výchovně vzdělávací péče
    - do ozdravoven jsou přijímány děti, které netrpí akutní ani chronickou chorobou, ale jsou vážně oslabené → jsou natolik mobilní, že nemusí zůstávat na lůžku, potřebují ale zdravotnickou a pedagogickou péči (např. děti se slabou tělesnou konstitucí, s oslabeným posturálním svalstvem, vadným držením těla, oslabených dýchacím ústrojím; nejsou přijímány např. děti s těžkou MR, s infekční nemocí aj. V rámci pobytu zde probíhá školní výuka (zřizovány MŠ a ZŠ, příp. speciální oddělení MŠ a ZŠ)
    - horské ozdravovny (vhodné pro děti s chronickými chorobami dýchacích cest, rekonvalescenti po těžkých nebo dlouhotrvajících nemocích a děti s těžší anémií)
    - podhorské a nížinné ozdravovny (pro děti s častými záněty dýchacích cest, rekonvalescenti po akutních nemocích a po operacích, u kterých došlo k oslabení organismu a ke snížení odolnosti)
    - Olomoucký kraj: Čs. speleologická společnost, Dětská ozdravovna, Hvozd-Vojtěchov; dále například Dětská ozdravovna Špindlerův mlýn či Pec pod Sněžkou
    - na doporučení ošetřujícího lékaře platí zdravotní pojišťovna – návrh podává PL nebo ošetřující lékař na formulář zdravotní pojišťovny – návrh potvrzuje revizní lékař zdravotní pojišťovny
    - délka pobytu se řídí zdravotním stavem nemocných a rozhoduje o ní vedoucí lékař léčebny
  - lázně
    - zvláštní zdravotnická pracoviště, která taktéž spadají mezi odborné léčebné ústavy a vznikají od počátku 90. let, jsou *rehabilitační centra*
    - cílem je zajištění návaznosti léčebné rehabilitace na ostatní složky ucelené rehabilitace

- od běžných lůžkových rehabilitačních oddělení se liší širším personálním obsazením (pracuje zde celý rehabilitační tým), věcným vybavením i náplní práce, do které spadá diagnostika, léčba, vyšetření psychosenzomotorického potenciálu, zácvik a poskytnutí zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, poradenství v oblasti zdravotní, psychologické, sociální a v oblasti vzdělávání

- **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**
  - návštěvní služba
  - domácí péče, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče
    - zabezpečovaná zdravotními sestrami, které poskytují komplexní ošetřovatelskou péči v domácím prostředí (v ČR od roku 1990)
    - v současné době nabízí domácí péče také služby fyzioterapeutů a ergoterapeutů
  - lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení, ale lze provádět umělou plicní ventilaci a dialýzu

K další legislativě v oblasti zdravotnictví patří

- č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu
- 394/1991 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic…,
- **č. 160/1992 Sb. Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních**
- **č. 245/2006 Sb. Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních**
- **zákon č. 372/2011 Sb.** v aktuálním znění **o zdravotních službách** a podmínkách jejich poskytování

Léčebná rehabilitace a **rehabilitační tým**

- realizována především ve zdravotnických a částečně také v nezdravotnických zařízeních (např. centrum Arpida v Českých Budějovicích, Centrum Svazu paraplegiků v Praze, mnohé domovy pro osoby se zdravotním postižením, seniory apod.)
- = *„nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení“* (Kolář)
- časově i obsahově souvisí s léčbou pacienta a uskutečňuje se převážně ve zdravotnických institucích
- cílem → optimalizovat funkčnost pacienta v domácím, pracovním a sociálním prostředí (Cameron, Monroe, 2007)
- *Rehabilitační a fyzikální medicína* (RFM) → návaznost léčebné rehabilitace, pracovní, pedagogické a sociální
  - považována za samostatný interdisciplinární obor, na jehož počátku v ČR stál lékař Karel Lewit
- léčebnou rehabilitaci zajišťuje **rehabilitační tým**, který se skládá z řady profesí (viz níže)
  - zdravotnické profese:
    - lékařské profese **-** nejdůležitější rehabilitační lékař (s nadstavbovou atestací v oboru fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace ortoped, neurolog, traumatolog
    - nelékařské zdravotnické profese - např. fyzioterapeuta, ergoterapeuta, ošetřovatelů (zdravotních sester a bratrů), protetika, klinického psychologa, klinického logopeda a dalších specializovaných profesí dle potřeby pacienta (Votava a kol., 2005).
  - nezdravotnické profese:
    - odborníci podílející se na léčebné rehabilitaci - sociální pracovník a speciální pedagog (např. v MŠ nebo ZŠ při zdravotnickém zařízení)
    - začlenění speciálních pedagogů přímo do rehabilitačních týmů zdravotnických institucí není dle současné legislativy možné (speciálně pedagogickou intervenci nelze financovat ze zdravotního pojištění)

RESORT ŠKOLSTVÍ

- *legislativa viz otázka č. 10*
- **Zákon č. 561/2004 Sb.; Vyhláška č. 27/2016 Sb.** (za zrušenou vyhl. 73/2005 Sb.); **Vyhláška č. 72/2005 Sb.**
- ***speciální vzdělávání*** - poskytuje žákům, u kterých byly zjištěny speciální vzdělávací potřeby na základě speciálně pedagogického, popř. psychologického vyšetření školským poradenským zařízením

- → DNES: dle par. 16 odst. 9 definice žáka se SVP → vzdělávání v běžné škole s PO /nebo/ "speciální" školy (školy zřízené dle par. 16 odst. 9)
- vyžaduje-li to povaha zdravotního postižení (a na doporučení ŠPZ), zřizují se pro děti, žáky a studenty se zdravotním postižením školy, popřípadě v rámci školy jednotlivé třídy, oddělení nebo studijní skupiny s upravenými vzdělávacími programy (podmínkou pro zařazení je písemná žádost)
- žáci se SVP se mohou vzdělávat *ve školách samostatně zřízených* pro:
    - zrakově postižené (MŠ, ZŠ, SŠ – SOU, OU, PŠ, gymnázium, SOŠ, konzervatoř)
    - sluchově postižené (MŠ, ZŠ, SŠ – SOU, OU, PŠ, gymnázium, SOŠ)
    - hluchoslepé (MŠ, ZŠ)
    - tělesně postižené (MŠ, ZŠ, SŠ – SOU, OU, PŠ, gymnázium, SOŠ)
    - mentálně postižené (MŠ speciální, ZŠ praktická, ZŠ speciální, OU, PŠ)
    - s NKS (MŠ logopedická, ZŠ logopedická)
    - se specifickými poruchami učení a chování (ZŠ)
    - žáky pobývající v nějakém zdravotnickém zařízení (MŠ, ZŠ, ZŠ speciální při zdravotnickém zařízení)

Vysokoškolská centra pro podporu studentů s postižením

- tlumočení přednášek a cvičení do ČZJ, přepis přednášek, zapůjčení notebooků pro práci při výuce, úprava učebních materiálů do Braillova písma, umožňují využití softwaru pro zvětšení písma, zprostředkování průvodce, zajištění bezbariérového ubytování na kolejích, zajištění osobního asistenta, digitalizaci textu aj.
    - Teiresiás – Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky (MU Brno, 2000)
    - Kancelář pro studenty se speciálními potřebami (UK Praha)
    - Centrum podpory studentů se specifickými potřebami (UP Olomouc, 1996)
    - Středisko Augustin (UHK)

Školská poradenská zařízení

- zajišťují pro žáky, studenty, jejich zákonné zástupce, pro školy a školská zařízení informační, diagnostickou, poradenskou a metodickou činnost, poskytují odborné SP a PP služby, preventivně výchovnou péči a napomáhají při volbě vhodného vzdělávání žáků a přípravě na budoucí povolání
- dále spolupracují s orgány sociálně-právní ochrany dětí a orgány péče o mládež a rodinu, poskytovateli zdravotních služeb ad.
- **pedagogicko-psychologická poradna** (PPP)
    - poskytuje služby dětem od 3 do 19 let věku, jejich rodičům a učitelům
    - služby jsou bezplatné, zajišťované týmem psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovnic
    - činnosti: depistáž, diagnostika, intervence, metodická, konzultační a informační činnost v oblasti řešení výchovných a výukových problémů; patří sem posouzení školní zralosti dětí; dále na základě vyšetření vystavuje PPP posouzení vhodného zařízení pro dítě; další oblastí je profesní poradenství zaměřená a žáky a studenty ukončující 2. stupeň ZŠ a SŠ; dále služby žákům v oblasti SPUCH a žákům mimořádně nadaným. Pro žáky se ZP zajišťují zejména psychologickou diagnostika
- **speciálněpedagogické centrum** (SPC)
    - poskytuje služby žákům a studentům se zdravotním postižením, to těm, kteří se vzdělávají ve speciálních školách stejně jako těm vzdělávaným formou individuální či skupinové integrace, dále jejich zákonným zástupcům a pedagogům
    - činnosti: depistáž, diagnostika, intervence, metodická, konzultační a informační činnost
    - tým tvoří speciální pedagogové, sociální pracovník a psycholog

RESORT SOCIÁLNÍ

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách *(podrobněji otázka 12)*

- *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení"*
    - za takovou osobu je považována i osoba s tělesným či kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby -> z toho vyplývá fakt, že osoby s tělesným postižením mohou získat příspěvek (kromě dětí mladších jednoho roku) na péči v případě, že jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby
- část dva – příspěvky na péči
- část tři – sociální služby

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

- *ČÁST TŘETÍ* se týká zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- osobám se zdravotním postižením je poskytována **zvýšená ochrana na trhu práce** (§67)
    - osoby se ZP jsou osoby invalidní v 1., 2. a/nebo 3. stupni či zdravotně znevýhodněni (=má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu)
    - za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tento zákon považuje stav, který dle lékařské vědy má trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti
    - osoba se zdravotním postižením musí dodat doklad – posudek/potvrzení orgánu sociálního zabezpečení (u invalidních stupňů) či potvrzení/rozhodnutí tohoto orgánu (u zdravotního znevýhodnění)
- **evidence** osob se zdravotním postižením (§68)
    - krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se ZP, kterým poskytuje služby dle tohoto zákona
- vymezuje pojem **pracovní rehabilitace** (§69)
    - = souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené
    - zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
    - rekvalifikační kurzy
    - pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajskou pobočka ÚP → sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost jedince
    - na základě doporučení ošetřujícího lékaře mohou být zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními (zařazení nesmí být v rozporu se zdravotním stavem)
    - ÚP je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončen
- **příspěvek** na **zřízení pracovního místa** pro osobu se ZP/**úhradu provozních nákladů** v souvislosti se zaměstnávám osoby se ZP (§75 - §77)
    - uvádí *daňové výhody* pro zaměstnavatele při zaměstnání osoby se zdravotním postižením
    - *příspěvky na podporu* zaměstnávání zdravotně postižených
    - *povinný podíl* a *způsoby* jeho *plnění*, jeho alternativy, anebo případné sankce při neplnění
- **chráněný trh práce a dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce** (§78)
    - tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50% osob se ZP z celkového počtu zaměstnanců
    - ÚP uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání
    - chráněné pracovní místo
        - je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce
        - chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě
    - chráněná pracovní dílna
        - je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením
    - řadí se sem také příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP (§78 a)
- vymezuje **práva a povinnosti zaměstnavatelů** (§79 - §84)
    - upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
    - formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení některých podmínek po zaměstnávání těchto osob
    - vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek pro zaměstnávání těchto osob
    - vytyčuje kritéria, ze kterých je jedinec zařazován do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním
    - stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, jestliže vytváří takové pracovní příležitosti a umožňuje pracovní uplatnění osob se ZP

- upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž záměrem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti
- zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele; povinný podíl činí 4 %
  - a) zaměstnáváním v pracovním poměru
  - b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech (§ 75), kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám
  - c)odvodem do státního rozpočtu
  - nebo vzájemnou kombinací způsobů uvedených v písmenech a) až c)

MOŽNOSTI ZAMĚSTNÁNÍ

Volný trh práce, běžné zaměstnání

Podporované zaměstnávání

- podpora na cestě k pracovnímu uplatnění na otevřeném/volném trhu práce k „běžnému“ zaměstnání
- podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí
- jejich schopnost získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce
- APZ (agentury podporovaného zaměstnávání) – zajišťují podporované zaměstnávání
- pracovní tým APZ: koordinátor agentury, pracovní konzultant - pracuje s uchazečem v době, kdy práci hledá, pracovní asistenti - dochází do zaměstnávání s klientem, musí umět odhadnout míru podpory, pozor aby ho v zaměstnání nebrali za zaměstnance místo klienta + třeba: další školící pracovník, psycholog, terénní pracovník
- identifikační znaky:
  - okamžité umístění na pracovní místo – od tradičních služeb v oblasti zaměstnanosti se PZ liší změnou v pořadí trénink – místění na pracoviště
  - učí se přímo na pracovišti, trénink probíhá na pracovišti
  - trénink pracovníka přímo na pracovišti
  - konkurence schopná práce
  - zaměstnání v běžném pracovním prostředí
  - průběžná podpora – snižující se tendence
  - na míru šitá podpora
  - aktivní přístup uživatele služeb PZ
- cílové skupiny:
  - určeno lidem, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, kteří potřebují pomoc a podporu při hledání práce, při práci samotné k tomu, aby si práci udrželi a dlouhodobě v celé pracovní kariéře
  - potřeba podpory plyne z individuálních specifických potřeb jednotlivce
  - určující: najde si práci, ale neudrží si ji – nezvládá to
  - může být drogově závislý, zdravotně postižený, bezdomovec,
  - znevýhodňující faktory mohou být způsobeny zdravotním postižením, závislostí na návykových látkách, situace z výkonu trestu, bezdomovectvím a podobně
- cílem co nejkratší podpora
- cílem programu je, aby zájemce o práci, který má minimální šanci zapojit se do běžného pracovního života, získal a byl schopen udržet si skutečnou práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem
- záměrem je, aby míra i délka podpory vedoucí k cíli byla minimální, tedy aby se účastník programu ve svém zaměstnání co nejdříve osamostatnit
- vznik a vývoj podporovaného zaměstnávání – 70. léta 20. století v USA

Sociální podnik

- funguje jako běžný podnik, který chce získat zisk, ale rozdílem je, že zisk který získal, vrací na podporu osob se ZP

Přechodné zaměstnání - tranzitní program

- sociální služba usnadňující žáků se speciálními potřebami přechod ze školy do zaměstnání (na trh práce)
- většinou pomocí praxe, kterou vykonávají v podnicích již během studia
- cílovou skupinou programu jsou žáci praktických škol, kterým má pomoci zapojit se do zaměstnání na otevřeném trhu práce. Jelikož se jedná o jedince obvykle s mentálním či kombinovaným, potřebují zprvu podporu a pomocnou ruku
- cílem je nalézt pro jedinec nejvhodnější místo, a kde by se mohl nejlépe uplatnit
- většinou to poskytují neziskové organizace (SPOLU Olomouc)
- finance z grantů udělených nevládním organizacím, z EU, finanční prostředky na aktivní politiku zaměstnanosti jsou využívány převážně k pokrytí mezd personálu agentur
- Česká unie pro podporované zaměstnávání www.unie-pz.cz

Chráněné dílny – poskytována ve speciálních zařízeních s denním režimem, podstatou je aktivizace, upevnění a rozvoj pracovních dovedností a návyků

Denní centra a stacionáře

Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) – jediný nadační fond v ČR zabývající se výhradně problematikou zaměstnávání osob se ZP

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

- **druhy dávek** (§2)
  - příspěvky na mobilitu
  - příspěvky na zvláštní pomůcku
- **okruh oprávněných osob**
  - nárok na příspěvek k výše zmíněným mají:
    - osoba, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle jiného právního předpisu1) nebo která má na území České republiky trvalý pobyt podle jiného právního předpisu2)
    - osoba, které byla udělena mezinárodní ochrana formou azylu nebo doplňkové ochrany podle jiného právního předpisu
    - cizinec bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tento nárok zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu
    - občan členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - rodinný příslušník občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k dlouhodobému pobytu podle jiného právního předpisu a to, pokud má bydliště na území České republiky; co se rozumí bydlištěm, stanoví zákon o pomoci v hmotné nouzi
- **zvláštní ustavení ve vztahu k dětem** (§4)
  - je-li oprávněnou osobou dítě6), je orgán příslušný k rozhodování o dávkách povinen při rozhodování o nároku na dávku a její výši vždy sledovat dosažení nejlepšího zájmu dítěte
  - při rozhodování o nároku a výši příspěvku na zvláštní pomůcku podle § 9 až 12 v případě, že je jeho příjemcem nezletilé dítě nebo osoba s omezenou svéprávností, se předchozí souhlas soudu podle občanského zákoníku29) nevyžaduje. Předchozí souhlas soudu se nevyžaduje ani u samotného nákupu zvláštní pomůcky pořízené s využitím příspěvku a všech navazujících a souvisejících řízení před příslušnými úřady
- **příslušnost k rozhodování** (§5)
  - o dávkách a o průkazu osoby se zdravotním postižením podle tohoto zákona rozhoduje Úřad práce České republiky - krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka Úřadu práce“). Krajská pobočka Úřadu práce je dále příslušná k řízení o přestupcích týkajících se průkazu osoby se zdravotním postižením
  - o odvolání proti rozhodnutí podle odstavce 1 rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „ministerstvo“)

PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU

- **nárok na příspěvek na mobilitu** (§6)
  - osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče

- tyto podmínky kromě opakovaného dopravování za úhradu musí být splněny po celý kalendářní měsíc (splněné podmínky opakovaného dopravování za úhradu prokazuje žadatel čestným prohlášením)
- z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby, pokud splňuje podmínky výše zmíněné

- **výše příspěvku na mobilitu** (§7)
  - činí 500 Kč za kalendářní měsíc

PŘÍSPĚVEK NA ZLVÁŠTNÍ POMŮCKU

- **podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku** (§9)
  - nárok má osoba, která má:
    - těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
    - těžké sluchové postižení
    - těžké zrakové postižení
  - tam, kde je pomůckou motorové vozidlo či speciální zádržný systém, má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu
  - okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
  - podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:
    - osoba je starší: 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu); 15 let (vodicí pes); 1 roku (všechny ostatní pomůcky)
    - zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím
    - osoba může zvláštní pomůcku využívat
  - pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být vozidlem převážena
  - pokud je pomůckou svislá zdvihací plošina/šikmá zvedací plošina/schodišťové sedačky/stropní zvedací systém, je podmínkou souhlas vlastníka nemovitosti s povedením instalace tohoto zařízení (případně může být souhlas vyřčen rozhodnutím soudu)
  - zvláštní pomůcka NENÍ zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou + také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace
  - pomůcky jsou poskytovány vždy v základním provedení (nejedná-li se o motorové vozidlo)
  - příspěvek na pořízení vodícího psa se poskytuje pouze na pořízení vodícího psa, který byl vycvičen a předán právnickou/fyzickou osobou, která je členem mezinárodní organizace sdružující výcvikové školy
  - seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce --> příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je
- **stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku** (§10)
  - zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda je o pomůcku v ceně do nebo přes 10 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo (např. dříve to bylo 24 000 Kč)
  - <u>nižší než 10 000 Kč</u>
    - osobě, která má příjem (a příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob
    - výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč
    - z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do 10 00 Kč, lze tento příspěvek poskytnout, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima
  - <u>vyšší než 10 000 Kč</u>

- spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky; maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč (výjimka u zdvihacích plošin/šikmé plošiny, kde je maximální výše 400 000 Kč)
- jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí nižší míru spoluúčasti (s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných, a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč
- výše příspěvku na zvláštní pomůcku (motorové vozidlo) se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům (od 1 milionu do 2 milionů)

- součet vyplácených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000Kč (v případě pořízení zdvihací plošiny/šikmé zvedací plošiny – 850 000 Kč)

- **příjem** (§11)
  - řídí se podle zákona o životním a existenčním minimu
  - rozhodným období, za které se příjem zjišťuje, je kalendářní čtvrtletí přecházející kalendářnímu měsíci, ve kterém byla podána žádost o příspěvek
- **povinnost vrátit příspěvek a zvláštní pomůcku** (§12)
  - osoba, které byl vyplacen příspěvek na zvláštní pomůcku, je povinna tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
    - nepoužila příspěvek do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP na pořízení zvláštní pomůcky
    - nepoužila vyplacený příspěvek v plné výši do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla pozbyla vlastnické právo ke zvláštní pomůcce
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla přestala zvláštní pomůcku užívat
    - se přestala opakovaně dopravovat nebo přestala být schopna převozu motorovým vozidlem, byl-li vyplacen příspěvek na pořízení motorového vozidla
    - použila příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání nebo
    - se prokáže, že osoba, uvedla v žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku nepravdivé nebo zkreslené údaje
  - osoba není povinna vyplacený příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne jeho vyplacení přestala užívat zvláštní pomůcku z důvodu změny zdravotního stavu nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla se z důvodu změny zdravotního stavu přestala opakovaně dopravovat nebo pozbyla schopnost být převážena motorovým vozidlem
    - byl vyplacen příspěvek na pořízení vodícího psa a pes v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku zemře nebo ztratí své dovednosti z důvodu onemocnění nebo úrazu, k němuž došlo bez zavinění příjemce dávky
    - osoba zemřela
  - povinnost vrátit poměrnou část příspěvku nevzniká, jestliže tato částka nepřesahuje 100 Kč
  - krajská pobočka Úřadu práce může z důvodů hodných zvláštního zřetele rozhodnout o prominutí povinnosti vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část
- společná ustavení (nárok na dávku, změna nároku, zánik, přechod, nepřípustnost výkonu rozhodnutí; výplata dávek – způsob, příjemce a zvláštní příjemce; řízení o dávkách - účastníci, zahájení řízení, náležitosti žádosti, přerušení řízení, odvolání, povinnosti žadatele, povinnosti oprávněné osoby a jiného příjemce, přeplatky; posuzování neodůvodnitelné zátěže systému; informační systém; povinnosti o oprávnění zaměstnanců státu a povinnosti státních orgánů) stejné jako u příspěvků na péči

PRŮKAZ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- (§34)
  - nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivost nebo orientace, včetně osobou s poruchou autistického spektra

- **průkaz TP**
  - osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu
  - středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru
  - má nárok: (§36)
    - vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
    - přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních
- **průkaz ZTP**
  - osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti
  - ěžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže
  - má nárok: (§36)
    - výhody uvedené u TP
    - bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
    - slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
- **průkaz ZTP/P**
  - zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - zvlášť těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku
  - zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru
  - má nárok: (§36)
    - výhody uvedené u kategorií TP a ZTP
    - bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
    - bezplatnou dopravu vodicího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce
- osobám se ZTP či ZTP/P může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce
- další nároky upravují jiné právní předpisy

- (§34a)
  - průkaz osoby se zdravotním postižením obsahuje: jméno/a a příjmení, datum narození, fotografii držitele průkazu, podpis držitele průkazu (nevyžaduje se, pokud je jeho realizace spojena s těžko překonatelnou překážkou), datum vydání průkazů, označení orgánů, který průkaz vydal, označení druhu průkazu (popřípadě doplnění o symbol označení daného zdravotního postižení), ochranné prvky + platnost průkazu
  - žadatel je povinen podrobit se veškerému lékařskému vyšetření, které je pro získání průkazu potřebné a je povinen doložit další požadované náležitosti
  - do 8 dní je povinen hlásit úřadu zisk/vydání nového/odnětí průkazu, ztrátu, krádež, zničení,…
  - neprodleně musí být průkaz odevzdán ÚP po jeho nalezení, či pokud je v držení osoby zemřelé
  - ministerstvo stanovuje vyhláškou vzor a způsob provedení průkazu





- (§34b)
  - posuzování pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu se hodnotí:
    - zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby
    - zda jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
    - zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace a závažnost funkčního postižení
  - prováděcí předpis stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení pohyblivosti a orientace (pokud není uveden, je možné jej porovnat se srovnatelnými důsledky stavu uvedeného)
  - při hodnocení závažnosti funkčního postižení se vychází z MKF
- (§35)
  - řízení se zahajuje na základě písemné žádosti podané na předepsaném tiskopisu či z moci úřední; žádost obsahuje také označení praktického lékaře, který registruje žadatele o průkaz
  - pro účely hodnocení požádá krajská pobočka Úřadu práce příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace
  - nárok vzniká nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jeho přiznání (trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace)
  - vydává krajská pobočka ÚP osobně
  - doba platnosti je nejvýše 5 let u osob do 18 let věku; nejvýše 10 let u osob starších 18 let

I. Zvláštní pomůcky určené osobám s **těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí**

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 přílohy k zákonu (viz výše)

a) dodatečná úprava motorového vozidla; jedná se o úpravy vyžadující montáž, např. ruční ovládání, usnadňování nastupování, nakládání vozíku,

b) stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC; jedná se o stavební práce a s nimi nezbytně související materiál na úpravu (nikoli o obklady, podlahové krytiny, sanitu apod.).

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. c), d), g), j) a k) přílohy k zákonu:

speciální komponenty osobního počítače, např. uzpůsobená klávesnice, myš, speciální programové vybavení.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), b), d) až i) přílohy k zákonu:

a) nájezdové ližiny,

b) přenosná rampa,

c) schodolez,

d) schodišťová plošina, včetně instalace,

e) stropní zvedací systém, včetně instalace.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a) až g), i) a j) přílohy k zákonu:

stavební práce spojené s rozšířením dveří v bytě.

5. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 1 písm. a), b), d), i) a l) přílohy k zákonu:

schodišťová sedačka, včetně instalace.

II. Zvláštní pomůcky **určené těžce zrakově postiženým** osobám

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 přílohy k zákonu:

a) kalkulátor s hlasovým výstupem,

b) digitální čtecí přístroj pro nevidomé s hlasovým výstupem,

c) digitální zápisník pro zrakově postižené s hlasovým výstupem nebo braillským displejem,

d) speciální programové vybavení pro zrakově postižené.

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) a b) přílohy k zákonu:

a) vodicí pes,

b) slepecký psací stroj,

c) DYMO kleště,

d) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,

e) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,

f) indikátor barev pro nevidomé,

g) měřící přístroje pro domácnost s hlasovým nebo hmatovým výstupem,

h) braillský displej pro nevidomé,

i) tiskárna reliéfních znaků pro nevidomé,

j) hlasové popisovače pro nevidomé a hluchoslepé.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. a) až c) přílohy k zákonu:

diktafon.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 2 písm. b) až d) přílohy k zákonu:

a) kamerová zvětšovací lupa,

b) digitální zvětšovací lupa.

III. Zvláštní pomůcky **určené těžce sluchově postiženým** osobám

1. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 přílohy k zákonu:

a) signalizace bytového zvonku, signalizace domovního zvonku, včetně instalace,

b) signalizace pláče dítěte, včetně instalace,

c) speciální programové vybavení (aplikace do telefonu, programy do osobního počítače) pro edukaci a reedukaci sluchu umožňující nácvik mluvení, odezírání nebo znakové řeči.

2. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) přílohy k zákonu:

individuální indukční smyčka.

3. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. c) přílohy k zákonu:

a) elektronická orientační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé,

b) elektronická komunikační pomůcka pro nevidomé a hluchoslepé.

4. Osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 3 písm. b) a c) přílohy k zákonu:

a) zařízení pro poslech audiovizuálního zařízení,

b) signalizace telefonního zvonění,

c) telefonní zesilovač.

IV. Zvláštní pomůcky určené osobám se zdravotním postižením, které je uvedeno v části I bodě 4 přílohy k zákonu

a) motorové vozidlo,

b) speciální zádržní systémy (nikoli běžné dětské autosedačky).

Zákon č. 155/1995 Sb., Zákon o důchodovém pojištění (základní přehled – informace z 1. ročníku)

- pobírají invalidní občané, tj. lidé, kterým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pracovní schopnost nejméně o 35 %
    - invalidní důchod je vyplácen osobám invalidním, rozdělených do 3. stupňů (výších) podle míry poklesu pracovní schopnosti
        - I. stupně invalidity - pokles pracovní schopnost jedince nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %
        - II. stupně invalidity - pokles nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %
        - III. stupně invalidity - pokles o nejméně 70 %
    - pokles pracovní schopnosti = „pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“ (tamtéž, § 39, odst. 3)
        - při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází z výsledků funkčních vyšetření zdravotního stavu jedince (zákon dále specifikuje okolnosti, které se berou při hodnocení v úvahu)
    - nárok na invalidní důchod je dále podmíněn
        - poklesu pracovní schopnosti nejméně o 35 % nesmí být osoba starší než 65 let nebo nesmí být v důchodovém věku, je-li tento věk vyšší než 65 let
        - musí získat potřebnou dobu důchodového pojištění (byl pracujícím, má 3. stupeň invalidity)
        - stal se invalidním následkem pracovního úrazu
        - jedinci, kteří v době vzniku invalidity nedosáhli věku 18 let a jejichž pokles pracovní schopnosti odpovídá ve věku 18 let III. stupni invalidity, mají také nárok na invalidní důchod, a to přestože nesplňují podmínku získání potřebné doby pojištění
    - invalidní důchod je pro lidi, kteří nemohou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu částečně nebo zcela vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, příjmem – částečnou či úplnou náhradou výdělku
        - mohou být zaměstnáni a vykonávat samostatnou výdělečnou činnost → omezení výdělečné činnosti existují pouze u nejvyššího, tj. III. stupně invalidity
    - výše invalidního důchodu
        - *skládá se z 2 složek:*
            - základní výměra: 9 % průměrné mzdy
            - procentní výměra: 0,5 % (1. stupeň), 0,75 % (2. stupeň), 1,5 % (3. stupeň)
        - nejnižší procentní výměra invalidního důchodu činí 770 Kč/měsíčně bez ohledu na stupeň invalidity
        - na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu

Zdroje:

- JANKOVSKÝ, Jiří. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska*. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. 173 s. ISBN 80-7254-730-5.
- JESENSKÝ, Ján. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 1995. 159 s. ISBN 80-7066-941-1.
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava a NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Vyd. 2., upr. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. 135 s. ISBN 978-80-7435-174-7.
- NOVOSAD, Libor a NOVOSADOVÁ, Marcela. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením: uvedení do problematiky*. Vyd. 1. Liberec: Technická univerzita, 2000. 58 s. ISBN 80-7083-383-1.
- PFEIFFER, Jan a kol. *Koordinovaná rehabilitace*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2014. 175 s. ISBN 978-80-7394-461-2.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a kol. *Speciální pedagogika*. 4. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 313 s. Učebnice. ISBN 80-244-1475-9.
- VOTAVA, Jiří a kol. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2003. 207 s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0708-5
- *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Vyd. 1. Praha: MPSV, 2012. 43 s. ISBN 978-80-7421-052-5
- Dále zákony a dokumenty MPSV, MŠMT, MZ ČR a ČSSZ.

SOCIALIZACE OSOB SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI

5. Socializace osob se speciálními potřebami – vymezení termínu, socializace ve vývoji dítěte, socializace v rodině – úkoly, které plní rodina v socializaci a narušení jejich naplnění u dětí s různými druhy postiženími či znevýhodnění; reflexe vývoje vnímání termínu socializace ve speciální pedagogice od prof. Sováka po inkluzivní pojetí například dle prof. Lechty.

SOCIALIZACE OSOB SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI

Terminologie

- z lat. *socium* = druh nebo *societas* = společnost; z řec. *logos* = věda
- pojem zavedla dvojice amerických sociologů Robert E. Park a John Dollard; procesem „zespolečenšťování" člověka se zajímal už Emile Durkheim
- „druhé narození člověka", „odbiologizování člověka", „sociokulturní narození", „vrůstání" do společnosti

Socializace

- = celoživotní proces, kterým se jedinec začleňuje do sociální skupiny, přičemž si osvojuje normy ve skupině panující, její hodnoty, učí se sociálním rolím spojeným s určitými pozicemi a dalším dovednostem a schopnostem (Sociologický slovník, Jandourek)
- = proces, který společnosti umožňuje předávat její kulturní modely z generace na generaci (to, co se předává – kulturní vzorce – charakteristické pro určitou společnost → jazyk, hodnoty, normy, sociální role)
- **socializovat** znamená přeměnit jedince z asociální bytosti v bytost sociální tím, že jsou mu vštípeny způsoby myšlení, cítění, jednání (Sociologický slovník, Boudon a kol., 2004)
- nežijeme izolovaně, jsme bytosti sociální
- proces tohoto předávání **není mechanický**, významnou roli v něm hraje i jedinec samotný
- během procesu dochází ke **zvnitřnění – interiorizaci** a integraci těchto znalostí a modelů do své osobnosti - cílené chování bude člověku připadat „přirozené"
- skupina necítí potřebu připomínat existenci těchto norem, hodnot, ani vykonávat nátlak, aby byly zachovávány, jejich narušení vyvolává **pocit viny**
- zvnitřněné normy a hodnoty mají velkou váhu, ale i ty mohou být na základě osobní zkušenosti modifikovány – např. u jedinců, kteří prožili válku, rodin, kde se narodilo dítě s postižením, a dojde k přehodnocení původního hodnotového systému
- 3 základní znaky procesu:
  - společný celé společnosti
  - jedinečný pro každého – tj. nepřenosný a neopakovatelný
  - specifický pro určitý sociální celek/kulturu
- složky:
  - jedinec a společnost – ve vzájemné interakci, vzájemně se ovlivňující
  - patologie (odchylky)
    - působení společnosti, především rodiny
    - psychické a somatické dispozice dítěte (dialektické vztahy)
- základní funkce**:** umožňuje jedinci **začlenit se** do společnosti
- základními produkty primární socializace: (Nakonečný)
  - systém kulturních návyků – hygiena, sebeobsluha, slušné chování
  - role svého pohlaví a věku
  - orientace v hodnotách daného kulturního prostředí, mluvená řeč, sebeovládání
- výsledek**:** vytvoření „sociálního Já", sociální identity
- trvání**:** od narození – zejména v prvních letech života intenzivní, ale probíhá **po celý život**
- socializační činitelé**:** RODINA (primární činitel), škola, vrstevnické skupiny, zaměstnání, státní správa, média, církve
- etapy:
  - primární - jedinec je závislý na socializátorovi (rodina, nejbližší okolí) a je v pasivně receptivní pozici

- sekundární - jedinec není závislé na samotném socializátorovi, ale sám si vytváří své hodnoty, zvyky a snaží se více zapojovat do společenského prostředí
- etapy dle Ludíkové
  - elementární - probíhá v průběhu jednoho roku života dítěte (důležitá vazba dítě-matka - tedy vazba na socializátora, který poskytuje různé podněty)
  - rodinná - do tří let věku; dítě si uvědomuje svou pozici v rodině, navazuje a rozvíjí vztahy s bližší rodinou
  - veřejná - kolem 4. - 6. roku; dítě rozvíjí sociální vztahy a vazby v širším okolí
  - fáze sociálního soužití - počínaje nástupem do školy; uvědomění si pozice v kolektivu, kolektivním zařízení, fungování v něm

Základní mechanismus socializace → sociální učení

- prostředek socializace
- = získání zkušeností v sociálních situacích – **aktivní** učení (vstřebání nových informací + porovnání s dosavadními zkušenostmi)
- probíhá interakce mezi individuem a jinými jedinci, jedincem a skupinou, skupinami nebo jedincem (skupinou) a prostředím
- přirozená lidská aktivita, která je člověku dána – učí se na základě získané zkušenosti
  - dítě si osvojuje role, získává určitý systém norem, hodnot, schopnost komunikace, zralejší způsob autoregulace vlastního chování apod.
  - základní formou sociálního učení – nápodoba, dále sugesce a hra
- formy:
  - **sociální posilování, identifikace** a **imitace** - osobnost se dle Meada u dětí vyvíjí v procesu identifikace s druhými – rodiče, přátelé, hrdinové – „přejímání rolí“
    - osvojuje si ty způsoby chování či jednání, které jsou očekávány osobami z jeho preferenčních skupin
  - **hra** - zprostředkovává zkušenost se sociálními rolemi a pravidly, pomáhá osvojení norem a hodnot
    - rodina i TV nabízí množství vzorců – dítě má však možnost volby
    - dítěti, později adolescentovi jsou nabízeny také jiné vzorce, než podává rodina, např. vrstevnickou skupinou, školou, a může tak do určité míry rodinné normy popřít

SOCIALIZACE VE VÝVOJI DÍTĚTE

- nejintenzivnější a nejvýznamnější v dětství, ale pokračuje až do dospělosti
- nejvýznamnějším socializačním prostředkem – rodina (působí jako reprezentant společnosti)
- rané sociální zkušenosti → základ zkušeností dítěte
- staví na paradoxu – 2 procesy probíhající najednou
  - socializace
  - individualizace = personalizace
    - jak bytost společenská, tak individuální
    - zapojujeme se do interakce se společností a přizpůsobujeme se jí, ale vnímáme vlastní oddělenost a odlišnost od ostatních
- po narození – organismus řízený převážně biologickými zákony (reflexy, pudy, vitální funkce) → postupné vrůstání do společnosti podle toho, do jaké jsme se narodili
- **kojenecké období**
  - důležitý vztah s matkou – jejím prostřednictví se učí dítě vnímat svět (oboustranně intenzivní vztah)
    - vzájemní, velmi silné přivykání, seznamování se, slaďování potřeb, projevů – tvorba návyku
    - snaha ovládat a řídit své projevy tak, aby bylo dosaženo žádoucího chování či reakce matky
    - podle reakce matky se učí dítě hodnotit své vlastní projevy
    - stejně tak matka pozná, zda je dítě spokojené
  - od prvních dnů usilování o bezpečí a jistotu

- touha po mezilidských vztazích prosycená výraznou pozitivní citlivostí (nejde jen o pravidelné krmení, ošetřování, ale i vřelý citový vztah vyjádřený láskou a věnováním pozornosti)
- pocit jistoty a uspokojenosti → bez trvalejších hlubších otřesů, pozitivní vztah k okolí
- bazální pocit jistoty – dítě ho získává skrze pozitivní přijetí matkou
  - ohroženo v případě osiření, nedostatečné mateřské péče → frustrace
- postupně se dítě učí reagovat i na jiné osoby – z počátku za přítomnosti matky, skrze kterou získává základní informace
- pokud je dítě hned vystavováno okolí → základní jistota není dostatečně vyvinutá a okolí je vnímáno jako hrozba

- **batolecí období**
  - projevují se první socializační zkušenosti
  - socializace probíhá výhradně v rodině
  - potřeba poznání, orientace v okolním světě je sociálně zaměřena i ovlivněna → dítě si tvoří kognitivní stereotypy, postoje
  - učí se rozlišovat různé situace a lidi, které vyžadují odlišné chování → tímto diferencují a naplňují další sociální role
  - významné i učení normám
- **předškolní věk**
  - dítě se dostává do kontaktu s větším množstvím různých lidí mimo oblast rodiny → získává další role (často role podřízené, určující vztah k dospělým; role souřadné)
  - dítě dovede běžně a na dostatečné úrovni užívat v kontaktu s lidmi řeč
  - dochází k dalšímu rozvoji norem → děti je přejímají od rodičů/dospělých
  - součástí osobního hodnotového systému se stávají i obecně uznávané normy chování – dítě se s nimi identifikuje a občas se podle nich řídí i tehdy, když není přítomen nikdo, kdo by ho trestal
  - postupně se vytváří vnitřní kontrolní systém, tzv. svědomí
  - za důležitou formu interakce s prostředím je považována dominující činnost – hra
- **mladší a střední školní věk**
  - škola jako významný faktor → velmi významný vliv má škola, instituce rozvíjející dětskou osobnost v souladu s potřebami společnosti
  - život v rodině předchází tomu ve škole
  - škola jakožto nové prostředí stimuluje další socializační rozvoj dítěte
  - škola vytváří předpoklady pro získání dalších rolí, spojených s určitým společenským postavením
  - škola připravuje jedince k účasti na fungování ve společnosti
  - učí se usměrňovat své jednání dle pravidel, přestává se hodnotit dle své bezprostřední osoby, ale podle toho, co vykonává a co si zaslouží
  - důležité je i působení vrstevnické skupiny
  - postupně se stále více diferencuje
  - zisk trvalejší role spojené s určitým postavením, které ovlivní i jejich budoucí postavení
  - zkušenost vede k rozvoji různých kompetencí → zároveň má vliv na sebehodnocení, a z toho vyplývající budoucí sociální pozici
- **dospívání**
  - období emancipace ze závislosti na rodině → podřízenost normám a hodnotám světa dospělých
  - výrazná snaha zbavit se závislosti na cizích příkazech, vzorech, postojích a snaží se postupně co nejnezávisleji formovat vlastní východiska
  - sociální zralost charakterizuje citlivost jedince k projevům ostatních lidí, spolehlivost v mezilidských vztazích, sebekontrola v oblasti afektivních projevů i veškerého chování
  - různí socializační činitelé – dle míry i bezprostřednosti

- důležité sociální skupiny – takové, do kterých je jedinec začleněn relativně trvale (rodina, škola, vrstevníci, zájmová skupina, skupiny na pracovišti)

Socializace osob s postižením

- vývoj sociálních vztahů v kojeneckém věku: (Spitz)
  - **předobjektální stadium** (do 3 měsíců) – přesně nerozlišuje objekty a lidi; okolní svět vnímá zrakem → potíže děti se zrakovým postižením, MR – apatické
  - **stádium předběžného objektu** (3 – 6 měsíců) – rozlišuje lidi a neživé objekty – jinak na ně reaguje → největší omezení zrakové postižení + MR – nízká aktivační úroveň, rozsah stimulů i jejich zpracování; dítě s jakýmkoli postižením má chudší reakce, sociální stimuly jej zaujmou krátkodobě nebo vůbec, neiniciují interakci → mění rodičovské chování, které může ztratit sociálně stimulační funkci
  - **stadium specifického objektu** (6 – 12 měsíců) – rozlišuje mezi blízkými a cizími osobami → strach z cizích lidí

ÚLOHA RODINY PŘI SOCIALIZACI

Psychologický pohled

- není pravda, že by význam rodiny v socializaci měl sestupnou tendenci - je to místo, kde se jedinec učí a přijímá základní sociální kódy, např. jazyk
- seznamuje dítě s kulturními vzorci (tradice, zvyky, mravy, zákony, tabu) tím, že se dítě učí respektovat požadavky rodičů a je sankciované za jejich nesplnění
- rodina by měla poskytovat – předpoklady úspěšné socializace – pocit bezpečí; průběžná a dlouhodobá péče; aby děti nebyly zneužívány, opuštěny; chtěny rodiči i společností; zrání dítěte by nemělo být uspěchané, ale také ne zbytečně prodlužováno; poskytnutí „domova“
- **teorie připoutání** (John Bowlby)
  - nejdůležitější pečovatel = bezpečná základna, ze které může dítě objevovat svět a učit se o něm → všechny děti mají potenciál rozvíjet vztah založený na bezpečí s jedním nebo několika nejdůležitějšími pečovateli
  - bezpečné připoutání – jeden z mnoha vlivů působících na výsledky socializace
- **Searsova teorie sociálního učení** – zdůrazňoval úlohu rodičů při podpoře internalizace → jejich reakce na chování dítěte se s tím, jak dítě zraje mění → co v určitém věku podporovali, tak už později neoceňují, mají jiné očekávání (např. přítulnost, která je u dětí tolerována a brána za normální, u dospívajících a dál, je to ale už něco, co se zdá „mimo“)

Rodina a socializační funkce

- primární funkce rodiny
  - již od narození ovlivňuje vývoj jedince, vytváří citové vazby, které mají dlouhodobý vliv a trvale se zapisují do duševního života dítěte
  - dále zprostředkuje základní životní stupnici hodnot
- socializační funkce rodiny:
  - nezastupitelná úloha – zpočátku zejména interakce matka-dítě → poskytnutí bezpečí, jistoty, je dítěti „průvodcem“
  - pokud je dysfunkční emocionální funkce rodiny, tak VŽDY narušena i socializační funkce (naopak to nemusí fungovat)
  - uspokojování biologických potřeb dítěte + zajištění podmínek pro růst a zrání + příprava dítěte pro přijetí rolí a vzorů jednání, od tohoto základu → vědomě řízená výchova → utváření návyků, sebekontrola, učení, přijetí disciplinovaných forem jednání, očekávání odměn a trestů
  - v rodinném prostředí se kladou základy budoucího jednání mimo rodinu
- pro socializaci v raném období má primární význam kontakt mezi matkou a dítětem
- chování matky je pro dítě stimulačně důležité, provokuje jeho reakce a tím jej i rozvíjí
- postižené dítě může matku vnímat omezeně, avšak není pasivním příjemcem
- jeho chování motivuje matku a je pro ni jakýmsi potvrzením správnosti mateřského chování

Styly rodičovské výchovy a jejich vliv na děti

- **autoritářská** – poslušnost je základní ctnost („protože jsem to tak řekl“) → neuspokojení emočních potřeb dítěte, z dětí asociální osobnosti, agrese x společnosti, tendence k závislosti na druhých
  - = autoritativní – omezení samostatnosti dítěte
- **liberální** – svobodné sebevyjádření jako ctnost → problém přijmout pravidla, nízká úroveň kooperace s vrstevníky (důsledkem nedostatečného sociálního učení)
- **hyperprotektivní** – děti nesamostatné, nezvládají zátěž, neschopnost žít v partnerském vztahu, málo sociálních kontaktů, sebestřednost → často u ZP děti
- **perfekcionistická** – Mead: problém, zda je dříve vejce nebo slepice → můžeme připodobnit: chování rodičů nebo zvláštnosti dítěte) → vyhneme se, pokud budeme socializaci považovat jako výsledek vzájemných interakcí mezi rodiči a dětmi

Rodina a dítě s postižením při socializaci

- jakékoli postižení mění sociální pozici dítěte, také jeho roli v rodině
- styly rodinné výchovy dítěte s postižením:
  - **protekcionistická výchova** – vzhledem k postižení protěžování dítěte, nedostává přiměřené kompetence, nadměrná péče – dělají za něj i to, co by zvládlo
  - **perfekcionistická výchova** – nepřiměřené nároky, nadměrně jej stimulují k překonání handicapu a vlastní stigmatizace
  - **realistická výchova** – motivace dítěte k dosažení maximálních hranic svého rozvoje, ale s respektem omezení vyplývajících z postižení
- postižení je faktor, který mění interakci mezi matkou a dítětem → odlišné projevy dítěte + očekávání a chování matky
- získané postižení
  - situace je odlišná než u jedince s postižením vrozeným – především postižení získané v adolescenci a později
    - nenaruší již vytvořené vztahy s intaktní společností
    - musí se na svoji novou situaci adaptovat – musí najít nový smysl svého života, změnit hierarchii svých hodnot
    - vliv má sociální a emoční zázemí, především rodinné
      - jedinec se stává závislým, rodina o něj musí pečovat (alespoň na počátku)
    - vztahy s vrstevníky a přáteli - ohroženy změnou potřeb, hodnot a postoje k světu
    - rizikem – neadekvátní chování jedince s postižením
    - postižení vzniklé v dospělosti je rizikové v tom, že jedinec již má vybudované své postavení, zaujímá sociální role (profesní, partnerskou, rodičovskou) – je třeba zajistit, aby je neztratil
  - postoj společnosti
    - patrná určitá odlišnost – vliv 2 skutečností
      - je jasná příčina postižení
      - intaktní lidé se většinou dokážou vžít do situace takového jedince a představit si, že by se něco podobného mohlo přihodit i jim
- dominuje potřeba bezpečí a závislosti
- menší tendence rodičů dítě adekvátně stimulovat, regulovat jeho chování
- problém – jak se rodina a blízcí mají k dítěti s postižením chovat? Myslí si, že potřebuje více emoční podpory, snaha vše mu ulehčit → ještě větší závislost → dítě přijme submisivní roli
- ze submisivní role vyplývají: (Vágnerová)
  - privilegia – právo na ohleduplnost, toleranci nedostatků, trpělivost
  - ztráta některých práv, jež mají intaktní – považování (často nevědomě) za méněcenné, nevzbuzují u okolí stejná očekávání, pokud se chtějí chováním/jednáním přiblížit intaktním, tak často odmítavé reakce
- děti s postižením procházejí postupně všemi fázemi socializačního vývoje, i když se zpožděním – **opoždění v socializaci bývá jako sekundární jev**

- s postižením souvisí jen částečně, spíše vázáno na výchovu → brždění iniciativy, nedostatek příležitostí k sociálnímu učení, izolace dítěte, podpora závislosti na druhých → nedostatečné působení rodičů**:**
    - **kvantitativně** – přestimulování x nedostatek podnětů – deprivace → chování změněné v důsledku deprivace zpětně působí na chování rodičů a vede ke změně jejich reakcí → prohloubení deprivace
        - senzorická deprivace – chybění některého druhu podnětů (ZP, SP) nebo nepřiměřenost, nedostatečnost náhradních podnětů ze strany rodičů; také u tělesně post. dětí – neschopnost získávání nových podnětů z okolí, nemožnost manipulace s předměty
        - kognitivní deprivace – vyplývá často ze senzorické; hrozí zejména u SP – řeč zprostředkovává poznání, vztahy mezi objekty
        - citová deprivace – u dětí s vrozeným postižením; obtížnější navázání citového vztahu, odpuzující viditelné postižení, rané umístění do ústavů, odlišné reakce dítěte, komunikační bariéra
        - sociální deprivace – vztah matka-dítě – pokud matka není vyrovnána s faktem postižení, neví, jak optimálně sociálně reagovat, tendence k izolaci celé rodiny
    - **kvalitativně**
        - asociální rodiny – předávané hodnoty a normy jsou v rozporu s n. a h. společnosti
        - rodiče nevyrovnaní osobnostně – psychotičtí, neurotičtí – svými problémy dítě ovlivňují
        - „dítě symptom“ – rodiče mají pocit, pokud by se vyřešily všechny obtíže dítěte, všechny problémy rodiny by vymizely
        - dvojná vazba – osoba současně vysílá ambivalentní postoje
- pokud si dítě neosvojí sociální normy → **tzv. sociální handicap**
    - v důsledku izolace, ale také stereotypů okolí → potíže se začleněním do školy, nedostatečné návyky v komunikaci s intaktními, v pubertě a adolescenci – potíže s navázáním přátelských a sexuálních vztahů, volbou povolání, zařazení do pracovního procesu
- osvojení **sociálních rolí** - závislé na rozšiřování sociálních kontaktů, zkušenostech s různým prostředím – omezení vyplývající z postižení
    - role často modifikovány současnou rolí jedince s postižením**,** s rolí vrstevníka se mnohdy ani nesetkají → fixace na rodiče
- postižení může být považováno za **stigma**
    - zejména ta viditelná či projevující se v sociálním kontaktu → v okolí může vzbuzovat až odpor → izolace, nedostatek sociálních zkušeností…setkávání pouze s lidmi se stejným postižením (zejména u sluchového postižení), tvorba minorit se zvláštní kulturou, jazykem, dalšími specifiky
    - → komplikace soužití s majoritou
- socializace dítěte s vrozeným postižením je primárně odlišná, protože objektem tohoto působení je jedinec s jinými dispozicemi, mnohdy velmi omezenými
- již v počátcích vývoje dochází k ovlivnění postojů společnosti a z nich vyplývajícího chování
- rodina jako primární socializační činitel může působit odlišně a často ne zcela adekvátně

Postoj společnosti

- ambivalentní pocity intaktních
- stereotypy až předsudky v posuzování osob s postižením, přičemž v jejich hodnocení převažuje generaliza
- chápání lidí s postižením jako pasivního objektu sociální péče, charity a lidského soucitu, jsou viděni jako závislí, nesamostatní, nemohoucí
- diskriminace v oblasti zvyků a vztahů, architektury, vzdělávání, pracovního uplatnění, i v individuálních postojích a soudech o postižení, atd.
- výše uvedené a mnoho dalších postojů se neustále vyskytuje
- snižování intolerance vůči minoritám a tak i k vnímání jedinců s postižením jako rovnoprávných bytostí, které aktivně utvářejí svůj osud
- obecné postoje společnosti pak ukazují na její směrování, její priority, hodnotový systém, atp.
- každý individuálně vnímá jedince s postižením jinak – záleží na osobní zkušenosti, výchově, společenskému prostředí, míře informovanosti apod.

SOCIALIZAČNÍ PROCES U JEDNOTLIVÝCH POSTIŽENÍ

- rodina je základním činitelem socializace i u postižených dětí
- charakteristické rysy jednotlivých postižení však socializační proces různým způsobem ovlivňují

Dítě se sluchovým postižením

- odkázáni pouze na taktilně-kinestetické a zrakové podněty, sluchová deprivace se začne projevovat v době, kdy slyšící děti začínají rozumět mluvené řeči
- nejčastěji se děti se SP rodí slyšícím rodičům – 90 % → obrovskou propast mezi matkou a dítětem tvoří jazyková/komunikační bariéra (závisí na velkosti sluchové ztráty); kvalita komunikace pak závisí na tom, do jaké míry mi matka osvojí ZJ
    - problém s pochopením podané informace → týká se i norem chování – co je dovoleno, zakázáno; rodiče často nevykládají pohádky!! → vzory, dobro x zlo, co se smí, nesmí
    - mají možnost napodobení chování druhých, ale nechápou jeho podstatu
    - neví, co si o jejich chování myslí druzí, často je to ani nezajímá
    - problém s pochopením pocitů, názorů, postojů druhých, orientací v mezilidských vztazích
    - omezená sociální zkušenost se slyšícími – nedůvěra
    - potíže se sebeovládáním, často chybí pocit viny, studu – nechápou omezení → negativní reakce společnosti → izolace…
- po diagnostice SP (nejčastěji okolo 1. roku):
    - matky často → hyperprotektivní (přehnaně pečující přístup) x odmítavá výchova
    - otec → často neunese zjištění, opouští rodinu → neúplná rodina, chybí mužský vzor
    - sourozenci → mohou jej odmítat, žárlit, ví, že je upřednostňováno x silnější sociální cítění x pocit viny, že je zdravý
- zdravý sourozenec může být opomíjen nebo naopak může být veškerá pozornost přesunuta na něj – s tím se pak pojí nereálná očekávání od zdravého sourozence
- 3 možnosti přizpůsobení: (Uhrová)
    - únik do minority, minimum konfliktů, úzkosti, „bezpečné“ prostředí SP, zúžený rozhled, tendence k egocentrismu
    - odmítá lidi se stejným postižením – sdílení stigmatizujícího postoje, snaha začlenit se do společnosti slyšících, kde samozřejmě bariéry; otázka identity – kde patří?
    - sdílí mnohé se slyšícími, ale SP vnímá jako svou součást, uvědomuje si limity, ale zároveň ví, že v určitých aktivitách může být stejně úspěšný jako slyšící
- Neslyšící jako jazykový a kulturní menšina →komunikace v ZJ, místa setkání, umění neslyšících, pravidla chování, zvyky, komunikační média

Dítě se zrakovým postižením

- projevy těžce zrakově postiženého dítěte neodpovídají chování, jež by stimulovalo rodičovskou aktivitu, př. reakce úsměvem postupně vymizí, nedostává zpětnou vazbu (objevuje se pouze nekonstantní reakce úsměvem na matčin hlas), vlivem stimulační deprivace bývá apatické, může vnější podněty odmítat, někdy až pseudoautistické reakce
- vztah matka-dítě: dle výzkumů matky vnímají dítě se senzorickým postižením jinak než matky intaktních
- důležitým faktorem normálního sociálního vývoje je vytvoření dobrého vztahu mezi nevidomým dítětem a ostatními signifikantními lidmi před nástupem do školy
- přítomnost matky vnímá pouze taktilně-kinesteticky + sluchově
- raná diagnostika
    - časnější změna rodičovských postojů
    - nebezpečí přehnaně ochranitelského, protektivního nebo zavrhujícího přístupu
    - k osvojení odpovídajícího vztahu k dítěti by měl pomoct tyfloped + dostupnost odpovídajících informací
- psychosociální vývoj ovlivněn očekáváními ostatních → sociální kompetence se tak nemusí lišit od vidícího
- je limitováno v mnoha dovednostech, ale mělo by se učit dovednosti ve stejném věku jako zdravé děti, např. učit se chodit, mluvit, samostatně jíst… + rozvoj kompenzačních smyslů

- může trpět nedostatkem kontaktů s lidmi, sociálních zkušeností vůbec
- sociálním handicapem je závislost na druhých – orientace v prostoru, samostatný pohyb spojený se strachem a nemožnost vnímat neverbální komunikaci
- skutečnost, že mají rodiče dítě s těžkým zrakovým postižením, vede ke změně jejich některých základních psychických potřeb: (Matějček a Langmeier)
    - potřeba přiměřené stimulace – dítě s těžkým zrakovým postižením nestimuluje rodičovskou aktivitu (dítě je spavé, apatické, nereaguje úsměvem apod.)
    - potřeba smysluplnosti a řádu – protože rodiče často neznají rozsah omezení dítěte se zrakovým postižením, nevědí, jakým způsobem by se k němu měli chovat; postrádají od dětí adekvátní informace v chování
    - potřeba citové vazby – rodiče se těžko vyrovnávají s postižením dítěte, proto snáze dochází k extrémům v rodičovských postojích např. pocitu viny
    - potřeba vlastní hodnoty a společenské prestiže – pokud je dítě postižené od narození, dochází k narušení vlastní identity rodičů, u nichž se dostaví pocit neschopnosti zplodit zdravého potomka
    - potřeba životní perspektivy – rodiče jsou přesvědčeni, že jejich dítě nedosáhne takových úspěchů jako dítě intaktní.; nedokáží si představit jeho následující vývoj, proto potřebují od samého počátku podporu
- negativní důsledky, pokud se rodiče nevyrovnají s postižením dítěte → berou dítě jako by ZP nemělo – musí se orientovat v prostoru, číst a psát výhradně tištěné písmo, zákaz Braillova, vyloučení nácviku kompenzačního smyslů
- cílem speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením - dosažení maximální socializace ve všech úrovních/oblastech a etapách života (maximální rozvoj a edukace)
- socializace X segregace
- stupně dle míry zapojení jedince (Sovák) → úplné zapojení do majoritní společnosti bez toho, že by došlo k úpravám a přizpůsobení (toto není možné; překonané)
    - integrace - nejvyšší stupeň, fungování ve společnosti
    - adaptace - přizpůsobení se jedince do společnosti
    - utilita - jedinec je závislý na společnosti, sociální upotřebitelnost jedince (využívá systému, kompenzačních pomůcek,…)
    - inferiorita - vyloučení jedince ze společnosti, zcela závislý jedinec (segregace)
- psychosociální dimenze ZP:
    - determinace rozvoje osobnosti
    - způsob a techniky vyrovnávání se člověka se mohou stabilizovat až na úroveň trvalých rysů osobnosti - postoj k postižení, může zanechat následky na osobnosti
    - ovlivnění rozvoje celé osobnosti
    - důležitost časového aspekty - kdy k postižení došlo
    - akceptace X nonakceptace (naučená bezmocnost?) - jedinec akceptuje sebe i své postižení nebo se s tím nedokáže vyrovnat
- vývoj dítěte:
    - **novorozenecké období**
        - odlišná aktivační úroveň
        - neadekvátní reakce rodičů
        - může chybět motivace rodičů k interakci (v závislosti na tak těžké životní situaci)
    - **kojenecké období**
        - rozvoj primárních sociálních vztahů
        - klíčová interakce a komunikace s matkou
        - absence reakce dítěte na úsměv
        - pokud není správně stimulováno dochází k výraznému opoždění
    - **batolecí období**
        - osamostatňování

        - překonání symbiotické vazby s matkou dítěte → tato vazba často u jedinců se ZP přetrvává (hodně dlouho)
        - opoždění na úrovni sociální interakce
        - menší regulace chování dítěte
    - **předškolní období**
        - stabilizace sociálních norem
        - rozšiřování sociálních rolí
        - rozšíření okruhu sociálních vztahů (v kolektivním zařízením - vrstevníci - nedívají se na odlišnosti mezi jedním a druhým) → rozvíjí se akceptace
    - **období nástupu do školy**
        - specifická role jedince s postižením
        - rozšíření sociálních vztahů
        - rozvoj sebepojetí
        - efekt similarity = jedinec se ZP je dán do internátní školy pro osoby se ZP, kde má vrstevníky se stejným problémem (zažívají podobné situace, povídají si o problémech) --> může to být však i nevýhoda (není tam možnost se integrovat do intaktního prostředí - nemohou si sdílet zkušenosti)
    - **období pubescence**
        - problematika emancipace a formování vlastní identity
        - nutnost akceptace a opětovného vyrovnávání se s postižením - daleko více si uvědomuje v tomto období, že nemůže dělat stejné věci jako osoby intaktní
        - důležitost vrstevnické skupiny
        - zvýšená kritičnost – emotivnost
    - **období dospělosti**
        - zvládnutí 3 základních rolí:
            - partnerská - často snaha najít si někoho bez postižení, aby si dokázali integrovanost
            - profesní
            - rodičovská

Dítě s tělesným postižením

- spolu s motorickým vývojem dochází k rozvoji sociálních vztahů i mimo rámec rodiny, ta však zůstává nejvýznamnějším socializačním činitelem → rodiče jsou klíčovou rolí při zvládání nemoci dítětem
- dítě na rodiče nereaguje očekávanou motorickou aktivitou, mimika i pantomimika bývá chudá, pokud je zasažena motorika mluvidel – chybí artikulační projev → **nedostatek reakcí vede k utlumení rodičovské aktivity**, ačkoli toto dítě je na ni odkázáno mnohem více než dítě zdravé
- nebezpeční vzniku **nepříznivých postojů ze strany rodičů** (protektivní, odmítavý, …), **ohrožení citovou, podnětovou, informační, činnostní deprivací**
- pohybové postižení může eliminovat význam úsměvu jako ukazatele sociální odezvy – zhoršení mimiky, neodráží se v něm pocity dítěte – pro okolí nezvyklé
- rehabilitační cvičení – netypický sociální kontakt – může být dítětem vnímán jako nepříjemný, může si pak pečující osobu spojovat s tímto negativním zážitkem → **vznik ambivalentního postoje**
- omezený rozvoj sociální aktivity z důvodu úzkého sociálního i fyzického prostoru
- častý pobyt dítěte s rodičem v nemocnici – i tam nutné naplňovat potřeby dítěte → potřeba blízké osoby, bezpečné a podnětné prostředí, možnost volby, potřeba soukromí a jistoty (dodržování návyků z domova), možnost normálně se vzdělávat a hrát si

Dítě s mentálním postižením

- obecně méně aktivní, spavé, klidné až apatické → rodičům poskytují méně odezvy na běžné pokusy o sociální interakci – jejich rekce slabé, stereotypní → může vést k utlumení rodičovské aktivity
- úsměv se objevuje později, dle výzkumů u dětí s Downovým syndromem v 7. týdnu (běžně ve 4.)
- největší potíže v porozumění různým variantám chování, jejich rozlišení a obtížně se učí, kdy je jaké chování přiměřené + nedostatky v produkci a percepci mluvené řeči

- vývoj sociálních norem je vázán na intelekt
- kontakt s vrstevníky častěji odmítají – nedostatek zkušeností → fixace na matku

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÝ POHLED

- popisuje jednak stav, který vyplývá bezprostředně ze schopností člověka, i rys kolektivní psychologie připisovaný více nebo méně rozsáhlým skupinám (Sociologický slovník, Boudon)
- „obecná schopnost nějaké populace prožívat intenzivně veřejné vztahy“ (Agulhon)
- „schopnost jedince snadno navazovat kontakty s druhými lidmi; formovatelnost člověka prostřednictvím sociálních vlivů nebo schopnost přizpůsobit se jiným lidem nebo sociálním podmínkám“ (Sociologický slovník - Jandourek, 2001)

Sociabilita

- tendence vytvářet osobní vztahy, v obecnějším významu schopnost vytvářet mezilidské vztahy, komunikovat a spolupracovat s jinými lidmi
- předpokladem sociability je schopnost empatie do prožitku i problému druhého, schopnost přizpůsobování se kompromisu
- sociální integrace – proces rovnoprávného začlenění specifických minoritních skupin do vzdělávacího a pracovního procesu a do života společnosti (Novosad)

Integrace

- ve světovém měřítku charakteristická pro 80. léta 20. století
- dle Akademického slovníku cizích slov „*scelení, ucelení, sjednocení*“
- dle WHO „*sociální rehabilitace, schopnost osoby podílet se na obvyklých sociálních procesech*“
- „ *integrace jako nejvyšší stupeň socializace – „schopnost zapojit se do společnosti, akceptovat její normy a pravidla, vytvářet a formovat k ní pozitivní vztahy a postoje*“ (Novosad)
- „*integrace jako základní demokratické právo, každá separace ve speciálních zařízeních představuje diskriminaci; chápe integraci jako pospolitost postižených a nepostižených lidí ve všech oblastech života společnosti*“ (Muth)
- cíl: vzájemná akceptace mezi lidmi s a bez postižení v kontextu rovné příležitosti účastnit se společenského života ve všech jeho složkách
- **širší** (začlenění osob se ZP do společnosti) x **dílčí** (začlenění do určité oblasti života, tj. do zaměstnání, školy)
- může být úspěšná pouze, pokud se zúčastní jak lidé s postižením, tak bez
- ovlivněna:
  - **subjektivními podmínkami**
    - zdravotní stav a omezení z něj vyplývající (lokomoce, komunikace, chování, emotivita, …)
    - osobnostní rysy vrozené + dané působením rodiny, společnosti
    - schopnost zvládnout nepříznivou životní situaci – charakterové vlastnosti
    - rodina a osobní zázemí
  - **objektivními podmínkami**
    - postoje společnosti k jedincům s postižením, stigmatizace
    - životní prostor – technické, dopravní, komunikační, architektonické bariéry
    - vztah státu k lidem s ZP
    - úroveň zprostředkování výchovy, vzdělání a profesní přípravy lidem se SP
    - vůle a možnost vytvářet pracovní podmínky pro osoby se ZP

Školní integrace

- vedle sebe paralelně existuje integrativní i segregovaná edukace – ale děti s postižením mohou s určitou podporou navštěvovat běžné školy
- nutná příprava žáků na začlenění do škol běžného proudu, nepředpokládá, že by se škola sama měla změnit
- formy:
  - **individuální** – dítě se ZP do běžné třídy v běžné škole
  - **skupinová** – žáci s obdobným postižením tvoří třídu a ta je součástí běžné školy, mohou/nemusí mít společné hodiny s intaktními
  - **preventivní/obrácená integrace** – do speciální školy přijde intaktní žák

- **integrační školy** – charakter běžné školy, přijímají každé dítě s postižením z okolí školy; zpravidla zaměstnáni speciální pedagogové
- **„detašované" třídy speciálních škol** – formálně patří ke speciální škole, ale jsou umístěny v běžné škole → kontakt s intaktními

Sociální integrace

- chápeme jako „proces rovnoprávného společenského začleňování specifických – minoritních – skupin do výchovně vzdělávacího i pracovního procesu a do života společnosti"
- **moci se účastnit socio-kulturního života**: vykonávat sociální role, začlenit se do určitých skupin, začlenění v oblasti bydlení, profesní a kulturní oblasti
- nekonfliktní soužití intaktních osob s osobami se ZP
- základním principem je postupné začleňování jedince s postižením do společnosti a její kultury; na konci – sounáležitost a jednota všech členů společnosti
- obohacující pro obě strany
- přístupy v sociální integraci
  - **asimilační** – pro společnost zpočátku snazší, celkově méně výhodný; znevýhodnění jako záležitost konkrétního jedince, jeho sociální integrace závisí na schopnosti se přizpůsobit majoritě, která určuje pravidla soužití
  - **adaptační** – pro společnost zpočátku náročnější, celkově výhodnější; znevýhodnění jako společný problém celé společnost, snahu jedince o sociální integraci podporuje společnost vstřícnými kroky (odstraňování bariér); přizpůsobení je vzájemné

Pracovní integrace

- jedinec tak získává pocit užitečnosti, sebeúcty a zvýšeného sebevědomí, rozvíjí své schopnosti, dovednosti, osvojuje si návyky
- význam zaměstnanosti pro jedince s postižením (Seifert, 1981): *základem ekonomické a sociální samostatnosti a nezávislosti, získání statutu pracujícího a výdělečně činného, možnosti sociálního kontaktu mimo rodinu, existenční smysl, stimul osobního vývoje*
- přispívá ke kvalitě života
- překážky při začleňování do profesního života: nemají adekvátní kvalifikaci, předsudky, ochrana před výpovědí, příliš málo informací na obou stranách
- předchází ji profesní orientace a příprava na volbu povolání
- druhy pracovní integrace:
  - **kariérní poradenství**
    - pod záštitou MŠMT ve školách, školských poradenských zařízeních (pomoc při volbě povolání, dalším vzdělávání)
    - pod MPSV Informační a poradenská střediska pro volbu a změnu povolání (IPS)
  - **podporované zaměstnávání**
    - podstata: vzdělání a zaměstnávání za běžných podmínek v intaktní populaci
    - smyslem je vyrovnání příležitostí pro pracovní uplatnění lidí, kteří z důvodu zdravotního postižení nebo jiných znevýhodňujících faktorů mají ztížený přístup na otevřený trh práce a v důsledku toho mohou být nebo jsou omezeni ve svém společenském uplatnění
    - časově omezená služba určená lidem, kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí
    - poskytnutí individuální osobní podpory před nástupem do práce i po něm
    - podpora je poskytována jedinci s postižením, zaměstnavateli, příp. i rodině jedince
    - pracovník se zacvičuje přímo na pracovišti, probíhá také nácvik sociálních dovedností
    - dle zákona o sociálních službách – jde o metodu sociální rehabilitace
    - zprostředkuje: Agentura podporovaného zaměstnávání – zařízení sociálních služeb
    - pracovní konzultant – snaží se skloubit potřeby a možnosti zaměstnavatele a uživatele služby, poskytuje konzultace, vyhledává vhodné pracovní příležitosti, koordinuje jednotlivé činnosti, metodicky vede pracovní asistenty

        - pracovní asistent – poskytuje podporu uživateli přímo na pracovišti
        - jak to probíhá: 1. navázání spolupráce uživatele s poskytovatelem služeb podporovaného zaměstnávání; 2. plánování kariéry uživatele; 3. zprostředkování vhodného pracovního místa + trénink dovedností potřebných k jeho získání a udržení; 4. podpora poskytovaná po uzavření pracovního vztahu
    - **tranzitní program**
        - v nejširším smyslu jde o podporu a pomoc komukoli při přechodu z jedné životní etapy do druhé – přechod ze školy do dalšího života (získání soběstačnosti při denních činnostech), podpora v bydlení, ve volném čase, dalším studiu, rozvoji samostatnosti
        - cílem je vytvoření kontinuity, přizpůsobení se nové situaci a orientace v ní
        - v ČR se nejčastěji věnuje plánování přechodu ze školy do práce – spolupráce s agenturami podporovaného zaměstnávání a škol formou individuálních praxí na běžných pracovištích v běžných firmách za podpory pracovního asistenta → připraví studenta na získání zaměstnání na volném trhu práce
        - v podstatě navazuje na podporované zaměstnání
        - u nás není legislativně upraven, ale zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti
        - stejně jako podporované zaměstnávání je poskytován Agenturou podporovaného zaměstnávání pod službou sociální rehabilitace podle §70 zákona o sociálních službách
    - **sociální podniky**
        - minimálně 30 % personálu – lidé se zdravotním postižením (nebo kombinace s dlouhodobě nezaměstnanými)
        - vytváří vhodné podmínky pro každého jedince
        - jsou konkurenceschopné, zisk se používá k reinvestici do podniku
        - nejčastěji jde o sociální družstva nebo občanské sdružení
        - v Olomouci např. JITRO centrum služeb s.r.o. – rehabilitační služby pro osoby s i bez postižení – masáže, skupinové cvičení; ERGONES – prodej kompenzačních pomůcek pro zrakově postižené, přeprava zdravotně postižených, hodinový manžel, úklidové práce, …
    - **rekvalifikace** – měla by vycházet z monitorování trhu práce a jeho potřeb → uplatnitelnost
        - omezená nabídka pro jedince se ZP

Segregace

- společenské vyčleňování, sociální exkluze
- segregace je akt, kterým dává společnost určité skupině najevo, že jsou horší než jiní lidé
- ve vztahu ke vzdělávání: vychází z názoru, že žákům je možné poskytnout optimální podmínky edukace pouze v co nejhomogenizovanějších skupinách – celý edukační systém se skládá ze dvou subsystémů → soustava tzv. běžných škol a soustava „speciálních“ škol, která se dále rozčleňuje

Inkluze

- ve světovém měřítku charakteristická pro 90. léta 20. stol., zejména pak začátek 21. století
- **deklarace z konference UNESCO v Salamance** (1994) vyzývá vlády aby „přijaly ve formě zákona či politiky zásadu inkluzivního vzdělávání, přijímaly všechny děti do běžných škol, pokud neexistují závažné důvody proti tomuto zařazení“
- *„uzavření, zahrnutí (do něčeho)“*; opak exkluze „vyloučení“ (Akademický slovník cizích slov)
- *„nikdy nekončící proces, ve kterém se lidé s postižením mohou v plné míře zúčastňovat všech aktivit společnosti stejně jako lidé bez postižení“* (Slowík, 2007)
- lidé s postižením mají stejná práva a povinnosti jako intaktní, zapojení bez speciálních prostředků a postupů, pomoc přichází v situacích nezbytně nutných a vyžadujících tento zásah
- uznání skutečnosti, že heterogenita znázorňuje normalitu – automatické začlenění, „bytí součástí“
- akceptování heterogenity – ve škole heterogenní skupina žáků s rozličnými individuálními potřebami
- 3 fáze rozvoje služeb pro lidi s postižením: (Van Teeffelen, 2004)

  - od medicínského přístupu – osoba s postižením jako pacient, který zejména potřebuje léčbu, postižení jako čistě lékařský problém – do konce 2. světové války
  - rehabilitace založená na komunitě – vznik denních center, chráněných dílen, rozvoj schopností jako priorita, stále bez zapojení společnosti
  - období inkluze – lidé s postižením plnoprávní členové společnosti, měli by být plně zapojeni do struktur, systému služeb
- 3 možnosti chápání termínu inkluze: (Lechta; Horňáková)
  - inkluze = integrace
  - správné je chápání inkluze ve třetím výše uvedeném pojetí
  - jako vylepšená, „optimalizovaná“ integrace
  - nová kvalita přístupu k dětem s postižením, odlišná od integrace -> jako bezpodmínečné akceptování speciálních potřeb všech dětí
  - rozdíl – žáci se již nedělí na dvě skupiny; jedna heterogenní skupina žáků, kteří mají různé potřeby
  - integrace – žáci se přizpůsobí škole X inkluze – škola se přizpůsobí žákům
  - inkluze je založena na akceptování jakékoli různorodosti a k jejímu dosažení vyžaduje kurikulární reformu školství

Inkluzivní pedagogika

- obor pedagogiky, který se zabývá možnostmi optimální edukace dětí s postižením, narušením nebo ohrožením v podmínkách běžných škol a školních zařízení („*škola pro všechny děti*“)
- zásadním principem je volba rozmanitosti ve vzdělání a výchově
- vychází ze základních lidských práv a vyžaduje, aby škola odpovídala potřebám všech svých žáků, žádný žák není považován za „jiného“
- X integrativní pedagogika – usiluje o začlenění vyřazených žáků

INTEGRACE	**INKLUZE**
2 typy dětí: se speciálními vzdělávacími potřebami a bez nich	Pouze jedna skupina: všichni žáci jako celek, ale každý má různé potřeby
Diferencovaný systém podle poškození/omezení	Obsáhlý systém pro všechny
2 skupiny: jedna plně začleněná, u 2. se usiluje o začlenění vyřazených jedinců	Existuje jen jedna rozmanitá společnost
Přijetí, začlenění žáka s postižením	Žák s postižením je od začátku součástí třídy, společnosti
Speciální podpora postižených dětí	Společné a individuální učení pro všechny

STUPNĚ SOCIALIZACE

Socializace z pohledu SP

- specifická
  - zúžena na osoby s postižením
  - hovoříme na jedné straně o procesu socializace
  - ale socializaci lze vnímat i jako cíl speciální pedagogiky – stav, který je potřeba dosáhnout
- ve stejném významu se užívají i – integrace, příp. sociální integrace a další termíny

Sovák

- integrace jako nevyšší stupeň socializace – „naprosté zapojení a úplné splynutí defektního jedince se společností zdravých, a to ve výchově a vzdělání, v pracovním uplatnění i ve společenském soužití
- jedinec se stává zcela nezávislým a samostatným, neboť byl úplně a beze zbytku zbaven defektivity, s níž se dokázal i subjektivně vyrovnat“
- v defektologii se jedná o proces, jímž se SP prostředky umožňuje včasné a nejvhodnější zapojení defektního člověka do společnosti spolu s vytvářením podmínek seberealizace, a to tím, že se odstraňují nebo zmírňují následky defektivity

- integrace, adaptace, utilita, inferiorita (viz níže) – z pohledu defektu → dosažený stupeň závisí na tom, do jaké míry se podařilo překonat defektivitu
- Novosad (2009) in Jesenský
    - **integrace** – plné začlenění člověka se ZP do společnosti; samostatný, nezávislý, nevyžaduje zvláštní přístupy, rovnoprávný ve všech oblastech
    - **adaptace** – schopnost jedince se ZP se vzhledem k jeho postižení přizpůsobit se okolí
    - **utilita** – je limitován ve většině oblastí života, závislost na okolí, není mu umožněna samostatnost, nemůže se zcela socializovat
    - **inferiorita** – nejnižší stupeň socializace – sociální vyčlenění; zcela okázáni na pomoc druhých ve všech oblastech, sociální vztahy se nevytvářejí vůbec → většinou dochází k segregaci

Jesenský (1993)

Plná integrace	1. sociálně integrovaný jedinec – účastní se plně všech společenských činností
Vysoká integrace	2. inhibovaná účast – zdravotní postižení či znevýhodnění představuje pro jedince mírné omezení v plné společenské účasti 3. omezená účast – osoby se plně neúčastní všech společenských aktivit
Středně vysoká integrace	4. zmenšená účast – jedinec není schopen navazovat náhodné kontakty, je omezen na přirozené komunitární vztahy (rodina apod.)
Nízká integrace	5. ochuzené vztahy – jedinec je omezen ve fyzickém, sociálním nebo psychickém vývoji bez tendencí na zlepšení 6. redukované vztahy – jedinec je schopen udržovat vztahy výhradně a pouze jen k vybrané skupině či jednotlivci 7. narušené vztahy – jedinci nejsou schopni udržovat trvalejší vztahy s ostatními lidmi ani v rámci přirozené skupiny
Středně vysoká segregace	8. odcizení
Vysoká segregace	9. společenská izolace – míra integrace je pro izolovanost jedince nezjistitelná

Jesenský – Stupně integrace

1. stupeň – **plná integrace** - jakékoli výchovně vzdělávací prostředí
    - bez použití speciálních pomůcek
    - vysoký soc. status (postavení)
2. stupeň – **podmíněná integrace** - jakékoli výchovně vzdělávací prostředí
    - použití osobních kompenzačních a reedukačních pomůcek
    - vysoký soc. status
3. stupeň – **snížená integrace** - vázaná na technické a jiné úpravy výchovně- vzdělávacího prostředí
    - používání speciálních pomůcek
    - mírně snížený sociální status
4. stupeň – **ohraničená integrace** – v technicky upraveném výchovně-vzdělávacím prostředí
    - používání speciálních pomůcek
    - uplatňování speciálních metod
    - mírně snížený sociální status
5. stupeň – **vymezená integrace** - v upraveném výchovně- vzdělávacím prostředí
    - používání speciálních pomůcek
    - pravidelné uplatňování speciálních metod (v průměrném rozsahu)
    - přijatelný sociální status
6. stupeň – **redukovaná integrace** – v upraveném výchovně-vzdělávacím prostředí
    - používání speciálních pomůcek
    - pravidelné uplatňování speciálních metod (v převládajícím rozsahu)
    - přijatelný sociální status
7. stupeň – **narušená integrace** – v upraveném výchovně-vzdělávacím prostředí
    - používání sociálních pomůcek

- uplatňování speciálních metod (v plném rozsahu)
- omezený sociální status
- zachování integračních obsahů a cílů

8. stupeň – **segregovaná výchova** – v upraveném výchovně-vzdělávacím prostředí
- používání speciálních pomůcek
- uplatňování speciálních metod (v plném rozsahu)
- omezený sociální status
- zachování integračních obsahů a cílů

9. stupeň – **vysoce segregovaná výchova** – v upraveném výchovně-vzdělávacím prostředí
- používání speciálních pomůcek
- uplatňování speciálních metod (v plném rozsahu)
- podstatně omezený sociální status
- uplatňování reedukace integračních cílů a obsahů

Ludíková (1989)
- vytváření sociálních vztahů zrakově postiženého dítěte během 10 let ve 4 na sebe navazujících etapách:
  - **elementární socializace** – první rok dítěte, naprosto závislé na péči a pomoci druhých, první půlrok pasivně přijímá podněty, druhý se již snaží komunikovat
  - **rodinná socializace** – do 3 let, formování vztahů ke členům rodiny, dítě má svá práva, ale také povinnosti
  - **veřejná socializace** – do nástupu do školy, tvorba vztahů k vrstevníkům, autoritám, ostatním osobám v okolí, předpokladem na plnění je návštěva předškol. Zařízení
  - **sociální soužití** – typické pro školní věk, uvědomuje si, že je odlišné, snaha se s tím vyrovnat, prohloubení vztahů v kolektivu, zkouší, co si může dovolit, jaké normy jsou přijatelné, tvorba odpovídajících vztahů se společností, tvorba hodnoty vlastního Já

➔ ve všech etapách mají rozhodující roli rodiče

Současné pojetí socializace

- Růžičková, SOCIALIZACE: *„proces začlenění handicapovaných osob do okolní společnosti, kdy je společnost na jedné straně ovlivňována handicapovaným, ale zároveň na straně druhé je také handicapovaný ovlivňován okolní společností“*
- Slowík, *SOCIÁLNÍ INTEGRACE: „proces rovnoprávného začleňování člověka do společnosti“*
- Michalík, ŠIRŠÍ INTEGRACE: obecné začlenění lidí s postižením do majoritní společnosti
- Jesenský, INTEGRACE:
  - jev *„společenského charakteru, … spojování osob, skupin a podmínek, jejich existence vůbec, speciálně pak jako o spojování handicapovaných a intaktních.“*
  - *„stav soužití postižených a nepostižených při přijatelné míře konfliktnosti, jako stav vzájemné podmíněnosti vyjádřené slovy jeden pro druhého.“*
- Fischer, Škoda, INTEGRACE: *„snaha o úplné zapojení handicapovaného jedince, splynutí, začlenění a zapojení ve společnosti.“*

Posun od minulosti
- integrace – není pouze nejvyšším stupněm socializace, jak jej definoval Sovák či Kábele (bohužel ale stále najdeme jejich pojetí v současné literatuře)
- spíše synonyma, ale lze vysledovat následující tendenci:
  - socializace - proces zespolečenšťování všech lidských bytostí (včetně jedinců s postižením)
  - integrace či sociální integrace – ve spojení pouze s jedinci s postižením
- socializace, integrace apod. – nejen ve spojení s užitím speciálněpedagogických prostředků
- další termíny, se kterými se lze setkat:
  - např. Michalík – integrace dílčí – spojené s jednotlivými oblastmi lidského života – např. komunitní, školská, pracovní,… X širší integrace – ve smyslu sociální integrace
  - obrácená integrace, integrace naruby, školní integrace, školská integrace, pedagogická integrace, skupinová integrace, individuální integrace, …

PROCESY PŘIZŮSOBENÍ

- integrace je vzájemný proces, v němž se obě strany (majorita a minorita) k sobě přibližují a mění se
- při vzájemném přibližování těchto skupin jsou popisovány tři procesy přizpůsobení**:**
    - **asimilace** – vzájemná odlišnost intaktních a postižených je považována za negativní, nicméně vypořádat se s integrací a přizpůsobit se musí minorita jedinců s postižením majoritě intaktních – přijmout jejich normy, hodnotový systém a chování, ztotožnit se s jejich identitou, atp.
    - **akomodace** – vzájemná odlišnost není potlačována, práva osob s postižením jsou uznávána, přizpůsobení ve většině případů přichází ze strany majority, dítě je součástí zvláštní skupiny a jako takové si vytváří pozitivní sebeobraz – může k tomu docházet v rámci integrace i při segregovaném vzdělávání
    - **adaptace** (koadaptace) – jde o: *„dynamický proces vzájemného přizpůsobování“*
        - uznávány jsou jak hodnoty majority, tak minority
        - Jesenský (2000) hovoří o integraci na základě koadaptace jako o partnerském soužití intaktních a postižených
        - překážky či konflikty v soužití jsou stimulem pro vzájemné přizpůsobování

Zdroje:

- BOUDON, Raymond. *Sociologický slovník*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0735-3.
- JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.
- JEDLIČKA, Richard. *Poruchy socializace u dětí a dospívajících: prevence životních selhání a krizová intervence*. Praha: Grada, 2015. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5447-5.
- LECHTA, Viktor (ed.). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-679-7.
- LUDÍKOVÁ, L. et al. *Tyflopedie II*. Olomouc: UP, 1989.
- MONTOUSSÉ, Marc a Gilles RENOUARD. *Přehled sociologie*. Přeložil Kateřina DOHNALOVÁ. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-976-3.
- NOVOSAD, Libor. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-873-9.
- PROCHÁZKOVÁ, Lucie. *Podpora osob se zdravotním postižením při integraci na trh práce*. Brno: MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-094-4.
- SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2007. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1733-3.
- SOVÁK, Miloš. *Nárys speciální pedagogiky*. 4. uprav. vyd. Praha: SPN, 1980. Knižnice speciální pedagogiky.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Přehled sociální psychologie*. 2. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004. ISBN 80-244-0929-1.
- URBAN, Lukáš. *Sociologie*. Praha: Eurolex Bohemia, 2006. ISBN 80-86861-45-7.
- VÁGNEROVÁ, Marie, Zuzana HADJ-MOUSSOVÁ a Stanislav ŠTECH. *Psychologie handicapu*. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2000. ISBN 80-7184-929-4.
- VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2008. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-1428-8.

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉ PORADENSTVÍ

6. Speciálněpedagogické poradenství – poradenství, druhy poradenství, cíl, metody poradenské práce; školská poradenská pracoviště a jejich úloha při výchově a vzdělávání žáka se SVP; školní poradenští pracovníci (výchovný poradce, školní metodik prevence, školní psycholog, školní speciální pedagog), poradenství v sociálních službách (základní a odborné sociální poradenství)

PORADENSTVÍ

Poradenství

- základní služba v pomáhajících profesích
- = proces poskytování pomoci, podpory, rady a dalších forem intervence člověku, který se snaží vyřešit svou nepříznivou situaci (Novosad)
- *„Jde jednak o poskytování informací, které si klient (pacient, uživatel, žák apod.) vyžádá. A jednak jde o proces, ve kterém je klientovi (pacientovi, uživateli, žákovi apod.) umožněno za podpory poradce získat nové, konstruktivnější, efektivnější a využitelnější způsoby řešení situací, nalezení účinných strategií chování a možností zlepšení vlastních životních podmínek.“* (Matoušek)
- v nejširším smyslu jde o *„získání nového pohledu na sebe i druhé lidi a získání nových potřebných dovedností“*
- poradenství je komplex služeb, má definované své cíle, funkce, formy a prostředky
- specifická oblast aplikované psychologie a speciální pedagogiky, tzn. že vychází především z poznatků psychologie a speciální pedagogiky
- z hlediska vědy je považováno za interdisciplinární a hlediska společnosti a jednotlivce za multisférový aplikační systém poznatků, metod, technik, opatření, činností odborníků a institucí zaměřených na sociální orientaci individua a řešení specifických a formativních problémů ve výchově a vzdělávání ve školském, profesionálním a partnersko-rodinném vývoji
- složkou a nástrojem všeobecného systému komplexního společenského zájmu o člověka, o optimalizaci jeho vývoje, seberealizaci ve vývoji
- neexistuje jednotná definice → variabilita v oblasti subjektivního nahlížení autorů
    - multidisciplinární přístup
        - metoda vzdělávání a výchovy, metoda redukování emocionálního napětí, metoda pomoci člověku při řešení problémů a při hledání nových, přiměřenějších forem života (Gabura, 1995) - uvedená definice upřednostňuje aspekt edukační, který nemůžeme aplikovat na poradenství obecně
    - multiaspektový přístup
        - vyšší stupeň multidisciplinárního nahlížení
        - poradenství je vztah mezi poradcem a klientem, který vznikl na základě individuálního problému klienta (Erickson, 1962, in Kinra, 2008)
        - poradenství je interakce mezi poradcem a klientem, která se uskutečňuje v případě existence problému na straně klienta a jeho souhlasu řešit tento problém ve spolupráci s poradcem (McLeod, 2007)
    - v kontextu doprovázení klienta
        - poradenství představuje doprovázení, které zahrnuje poskytování pomoci ve formě poslouchání klienta, zaměření pozornosti na jeho problémy a nabízení návrhů při řešení těchto problémů (Lutomia, Sikola, 1999)
    - v kontextu spojujícího procesu
        - poradenství je interaktivní proces spojující klienta hledajícího pomoc a poradce, který je erudovaný v oblasti poskytování této pomoci
    - poradenství a pomoc
        - Murgatroyda (1985, in Costigan, 2004) vymezují rozumět pomoci jako synonymum pro poradenství
    - poradenství – Hadj Moussová
        - odborná pomoc v osobních i sociálních problémech
        - aplikovaná a praktická disciplína vzniklá z potřeby pomáhat lidem v nesnázích řešící závažné lidské problémy
        - při zaměřeném řízeném procesu provádí poradce normálního jedince při řešení aktuálního problému, hledání a dosahování osobních cílů či efektivnějšího využití vlastních možností
        - při procesu by mělo dojít k pochopení vlastní situace a úkolů
        - jde o specifickou oblast aplikované psychologie a speciální pedagogiky

Speciální poradenství

- má **interdisciplinární charakter**, který je dán potřebou aplikace poznatků z filozofie, etiky, psychologie, sociologie, speciální pedagogiky, kulturní antropologie, lékařských věd, ale i řady dalších disciplín
- komplex poradenských služeb určených specifickým skupinám jedinců, tj. takových jedinců, kteří jsou znevýhodněni zdravotně či sociálně a jejichž handicap míra dlouhodobý nebo trvalý charakter
- klientovo postižení profiluje a orientuje formy i metody poskytované pomoci či péče

- předmětem je institucionální zkoumání a harmonizování forem a rozsahu uspokojování potřeb dítěte ze strany rodiny, školy, sociálního prostředí, ale i sebe sama v zájmu dosažení rovnováhy mezi speciálními edukačními a jejich společensky akceptabilní saturací
- speciálně pedagogické poradenství musí akceptovat konkrétní problémy, konkrétních jedinců
- SPP poradenští pracovníci úzce spolupracují se sociálními pracovníky, ale i právníky

Odbornost poradce

- tvoří podstatný rozdíl mezi poradenskou a neporadenskou pomocí
- běžnou mezilidskou pomoc nelze považovat za poradenský zásah, i když je pro člověka v nesnázích významná → pomáhající jedinec zpravidla není školený odborník a je citově zainteresovaný na případu, není nestranný
- odborná kvalifikace vyžaduje znalost psychologie (zejm. teorií osobnosti → umožňují poradci vytvořit si představu o dynamických silách, které v osobnosti klienta působí; znalost poradenských metod → pomáhá poradci rozhodnout, které terapeutické intervence použít), znalost speciální pedagogiky (v případě osoby s postižením)
- nejčastěji je poradcem:
  - psycholog – musí projít dodatečným školením pro výkon poradenské praxe
  - speciální pedagog – je kvalifikován svou profesí pro poradenství u osob s postižením
  - učitel s příslušnou kvalifikací výchovného poradce
- při řešení poradenských případů často tito odborníci spolupracují – každý z nich může případ posoudit ze svého úhlu pohledu
- významné je také institucionální zařazení v systému poradenství → usnadňuje spolupráci s dalšími odbornými institucemi (lékaři, specializované ústavy apod.)
- **klient** = každý, kdo žádá o poradenskou pomoc, i když je to dítě (žádá prostřednictvím rodičů)
  - často o poradenskou pomoc žádají školy, které se s problémy dítěte setkávají v každodenní praxi
- **směry v poradenství** - dynamická, humanistická psychologie, systemický přístup, behaviorální, KBT

Funkce

- **preventivní**
  - slouží k vytváření podmínek pro osobní růst klient
  - poradenský zásah by měl předcházet případným problémům klienta
  - např. preventivní protidrogové programy, výcvik sociálních dovedností
- **nápravná**
  - častější
  - řešení konkrétních problémů klienta, které už nastaly, odstraňování zábran osobního rozvoje, které se projevily právě vznikem problémů
- často nelze v praxi obě funkce rozeznat, protože řešením klientových problémů a odstraňováním zábran jeho osobního rozvoje se zabýváme také prevencí
- ovlivňováním aktuálních problémů a zábran ovlivňujeme i budoucí vývoj klienta a předcházíme opakování obtíží
- podle nich je pak stanoven systém poskytovatelů a jsou rozděleny formy práce a prostředky či metody, které jsou v poradenství využívány
- v rámci popisu jednotlivých poskytovatelů tyto formy a prostředky upřesníme na konkrétnějších příkladech práce s určitou **klientelou**
  - skupiny osob se zdravotním postižením, zdravotním a sociálním znevýhodněním
    - poradenství v rámci komplexní péče (poradenství speciálněpedagogické, sociální, právní, ekonomické, zdravotní či lékařské,…)
    - podle toho, jaké zařízení či organizace poradenství poskytuje a jaké oblasti problémů jsou řešeny
- o **speciálněpedagogickém poradenství** hovoříme v souvislosti se školstvím, výchovou a vzděláváním dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami
  - umožňuje „vyhledávat, definovat a prostřednictvím speciálních metod a postupů korigovat či odstraňovat obtíže, které žáci mají v důsledku daného znevýhodnění ve vzdělávacím procesu
  - …ovlivňuje úspěšnost vzdělávání v individuální rovině u jednotlivého žáka a v makrospolečenské rovině přispívá k úrovni vzdělanosti dané skupiny jako celku“ (Michalík)

KLASIFIKACE

- dle druhu poradenství
  - **neformální** = nemá pravidla, není institucionalizované (poskytují ho přátelé, rodina apod.)
  - **formální** = systematická, profesionální odborná služba
    - vysoce formální – v prostorové vzdálenosti mezi poradcem a klientem, ve formálním oblečení, v komunikaci (př. bankovní poradce, finanční poradenství) → chladný vztah – nemusí se dostat do hloubky problému (někdy to však není dobré)
    - nízké formální – menší vzdálenosti mezi poradcem a klientem, méně formálního oblečení poradce, volnější komunikační chování (př. přímo kontaktní poradny v oblasti sociálního poradenství, zdravotní pomoci → uvolněnost může zamlžit, znepřehlednit problematiku
  - **pseudoporadenství** = věštění z karet apod.
- dle formy realizace poradenského procesu
  - **ambulantní** (např. v poradenském zařízení – PPP)
  - **terénní** (např. v přirozeném prostředí klienta – MŠ, domácnost...)
  - **pobytové** (např. dlouhodobé sledování klienta za účelem realizace komplexní diagnostiky– př. různé ústavy)
- dle způsobu poskytování poradenských služeb
  - **tváří v tvář** (face to face poradenství)
  - **distanční** (např. telefonické, virtuální poradenství prostřednictvím internetu)
    - synchronní (poradenství probíhající v reálném čase, např.: telefonický rozhovor, písemný chat, video-chat)
    - asynchronní (poradenství probíhající v rozdílném čase, jako např. el. poštou, běžnou poštou)
- dle počtu klientů v poradenském procesu
  - **individuální**
  - **skupinové**
- dle finančních nároků za poradenské služby na straně klienta
  - **bezplatné**
  - **za úplatu**
- dle délky trvání poradenské práce s klientem
  - **krátkodobé**
  - **dlouhodobé**
- dle věkového vymezení cílové skupiny poradenských služeb
  - poradenství v oblasti **raného věku** (např. střediska rané péče – Tam-Tam)
  - poradenství v období **předškolního věku** (např. středisko rané péče, SPC, PPP)
  - poradenství v oblasti **základního a středního vzdělávání** (např. SPC, PPP, SVP)
  - poradenství v oblasti **dospělosti** (např. VŠ poradny, poradna pro oběti trestných činů a domácího násilí)
  - poradenství v období **sénia** (např. poradna pro seniory, poradna pro oběti trestných činů a domácího násilí)
- dle resortu, který legislativně upravuje realizaci poradenských služeb
  - resort **ministerstva práce a sociálních věcí** ČR
  - resort **MŠMT** ČR
  - resort **MZ** ČR
- dle oblastí poradenských služeb
  - **architektonické** (př. bezbariérová úprava budov, chodníků a křižovatek)
  - **dopravní** (př. přístupnost železniční, silniční a letecké dopravy)
  - **technická** (př. technický stav budov, vozidel) - doporučení a úprava kompenzačních pomůcek pro postižené
  - **profesní poradenství** - vztahuje se na volbu vhodného zaměstnání + poradenství v nezaměstnanosti – aktivizace nezaměstnaných jedinců
  - **edukační** (př. vhodná úprava vzdělávacího prostředí)
  - **právní** (př. rodinné, pracovní právo)
  - **ekonomické** (př. efektivnost využitých zdrojů)

- **psychologické** a **psychoterapeutické** (př. rozvoj osobnosti, techniky zvládání nepříznivé životní situace)
  - např. partnerské poradenství a rodinná terapie zaměřené na kritické situace v partnerských vztazích
  - krizová intervence je psychologická a psychiatrická, ale i sociální pomoc člověku v kritické životní situaci
  - cíle
    - zkoumá chování, úkoly a problémy člověka na jeho životní cestě z pohledu psychologických věd, přispívání k řešení životních situací jednotlivce a pomoci k jejich optimalizaci
    - zaměřuje se také na prevenci poruch, které mohou narušit intaktní psychický vývoj jedince, poradenské aktivity v rámci sekundární prevence (včasné identifikování existujícího problému), ale i na oblast terciární prevence (zabránění dalšímu negativnímu směřování psychického vývoje při existujícím a identifikovaném problému)
    - biodromální poradenství – bios – život, dromos – cesta " Biodromální poradenství je poněkud inovovaný název celoživotní vývojové psychologie, která sleduje vývoj člověka a jeho seberealizaci až po ukončení jeho pozemského bytí → poradenský psycholog vycházející z této koncepce počítá a spolupracuje s lidmi v různých situacích jejich životní cesty, při plnění jejich vývojových úkolů a řešení problémů (Zvariková,2009 in Regec, Jurkovičová,2013)
- **pedagogicko-psychologické poradenství** – problematika špatného školního prospěchu, s ním bývá spojeno studijní poradenství, výchovné poradenství a SPP poradenství
- **medicínské/lékařské** (př. správná životospráva, výběr vhodných léků) - vztahuje se na specifika určitého onemocnění a úpravu životního stylu či životosprávy klienta
- **duchovní** (př. duchovní rozvoj) - poskytování duchovní pomoci člověku v nesnázích
- **sociálně-právní poradenství** - vztahuje se na sociální zabezpečení, bydlení; proces řešení problémů, které stojí v sociálním kontextu jedince
  - zákon 108/2006 sb. o sociálních službách
  - vyhláška č. 505/2006 sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů
  - §32 108/2006 sociální poradenství je specifikován jako jeden ze základních druhů sociálních služeb, §37 sociální poradenství člení na základní a odborné → limit legislativního pojetí, protože základní sociální poradenství vyžaduje rovněž odborný přístup poradce
  - vyhláška č. 505/2006 sb. upřesňuje základní a odborné sociální poradenství
    - poskytování informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby
    - poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče
    - poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálnímu vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě
    - poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu
  - základní sociální poradenství – „Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé situace" §37 108/2006 sb.
  - odborné sociální poradenství – „Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vest ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek" §37 108/2006

- činnost dále **upřesňuje vyhláška č. 505/2006 sb.**
  - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; zprostředkování navazujících služeb
  - sociálněterapeutické činnosti: poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání, tato základní činnost může být zajišťována poskytováním poradenství alespoň ve 2 z těchto oblastí
  - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávaní osobních záležitostí: pomoc při vyřizování běžných záležitostí, pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím
- vhodnější rozdělení sociálního poradenství je obligátní (základní) a specializované (Regec, Jurkovičová, 2013)
  - *obligátní* - §37 108/2006 sb. "Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb, poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit", nárok na bezplatné využití základního sociálního poradenství má každá osoba
  - *specializované* - §37 108/2006 – odstavec upravuje poskytování poradenských služeb jednotlivým okruhům sociálních skupin; ne každý poskytovatel má povinnost realizovat poradenství, které předpokládá jiný rozsah a zaměření poradenských služeb

- **resocializační poradenství, kurátorská činnost** – pomoc lidem propuštěným z výkonu trestu odnětí svobody

PORADENSKÝ PROCES

Fáze poradenského procesu

- **vstup** / seznámení, navázání důvěry
  - počáteční kontakty, předběžná diagnóza projektu, plán zakázky, návrh zakázky klientovi, poradenská smlouva
  - během této fáze se poradce a klient poznávají, zjišťují informace o sobě, diskutují a definují problém, který bude poradce pomáhat řešit (pokud možno snaha získat informace od všech zainteresovaných)
  - na základě těchto rozhovorů stanoví rozsah zakázky a vhodný přístup
  - výsledek prvních kontaktů se odrazí do poradenské smlouvy → ústní dohoda / písemný souhlas s dohodou / písemná smlouva
  - mohou nastat psychologické problémy – nedůvěra, nejistota, úzkost, neracionální očekávání ze strany klienta
  - v této fázi se pokládají základy úspěchu celé spolupráce, je třeba vytvořit prostředí vzájemné důvěry
  - partneři se také musí shodnout v otázce pravidel
  - při provádění předběžné diagnózy se poradce zajímá o:
    - to, kdo a jak ho kontaktoval
    - jak je přijímán na první schůzce
    - jaké otázky zákazník klade a zda mají nějaký podtext
    - co říká zákazník o svých konkurentech atd.
- **diagnóza**
  - identifikace problému
  - koncepční rámec diagnózy – přeformulování problému, co můžeme zjistit – problém, příčinu problému, podstatné vztahy, zákazníkův potenciál, možnosti další akce
  - vymezení nezbytných fakt – plán pro shromažďování dat, obsah údajů, míra podrobnosti, časový úsek, šíře záběru, organizace a uspořádání
  - zdroje a způsoby získávání fakt
    - zdroje dat – záznamy, události a podmínky (pozorujeme), vzpomínky
    - způsoby získávání dat – vyhledávání v záznamových datech, speciální evidence, pozorování, zvláštní zprávy, dotazníky, pohovory, setkání, průzkumy, odhady
  - analýza a syntéza dat – editování údajů, klasifikace (čas, místo nebo organizační útvar, odpovědnost, struktura, ovlivňující faktory), analýzy, syntéza
  - zpětná vazba na klienta – sdělení diagnózy – srozumitelně, pochopitelně s možností se dotázat

- **nabídka alternativních řešení + svobodná volba klienta**
  - plánování akce / alternativní řešení, nabídka všech možností
    - společné hledání představ o možných řešeních, vypracování
    - hodnocení alternativ, předložení návrhu akce klientovi
    - musí odpovídat možnostem, podmínkám, situace klienta i jeho osobnosti
  - svobodná volba klienta
    - zda pokračovat a jak – včetně +, - i důsledků -> respektování svobodné volby v každém věku
    - pomoc poradce je významná, ale spíše v podobě podpory
- **implementace a podpora klienta poradcem** – naučení ovládání zvolených technik, posílení vytrvalosti
- **ukončení** – čas odchodu, hodnocení, další následné služby, závěrečná zpráva

Cíle poradenského procesu

- základním cílem je podpora osamostatnění klienta a nalezení možností při řešení existujících problémů
- základními funkcemi poradenství obecně jsou funkce preventivní a funkce nápravná
- intencionální, záměrná činnost, klade si přesně vymezené cíle → vymezení cílů je významnou etapou celého procesu
- <u>cíle dle obsahu:</u>
  - **obecné** – soubor základních východisek, která primárně poukazují na hlavní aspekty řešení problémů, ale již přesně nespecifikují konkrétní subjektivní perspektivitu klientova problému
    - cíl ve vztahu ke zdraví klienta: v nejobecnější základní rovině je cílem dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím – společenstvím, v němž žije (Matejček, 1992 i Novosad, 2009)
      - úroveň – *nejobecnější, základní rovina*
        - pomoc dosáhnout klientovo (dítě) zdraví
        - přijetí dítěte do svého sociálního prostředí – rodiny, což je předpoklad jeho harmonického optimálního vývoje
      - úroveň – *rovina dílčích/speciálních cílů*
        - různá opatření ve prospěch dítěte (př. institucionální)
        - dosažení žádoucí změny (změna situace) – předejít ohrožení a zastavení nežádoucích vlivů ohrožujících vývoj dítěte → schopnost rodinného prostředí poskytnout záruku povinného vývoje
      - úroveň – *rovina individuálních cílů*
        - konkrétní opatření, vyplývající z potřeby konkrétního případu
        - opatření vycházejí z působnosti poradce, který je zárukou kvality poradenské činnosti
        - závisí na problémech, osobnosti, možnostech klienta, v případě dítěte i jeho rodiny a školy
    - cíl poradenské intervence: orientace na oblast pomoci a povzbuzení klienta (Drapela, 1983)
      - povzbudit klienta vlastní sebepoznání za účelem odhalení silných a slabých stránek
      - pomoci klientovi ujasnit si cíle a případně je také umět modifikovat
      - pomoci klientovi proniknout do jádra problémů
      - pomocí klientovi hledat optimální strategie v procesu řešení jeho problémů
      - povzbudit klienta k přijetí důsledků jeho svobodných rozhodnutí při řešení problémů
      - pomocí klientovi dosáhnout vnitřního pocitu spokojenosti při řešení problémů
      - povzbudit klienta při získávání důvěry k sobě samému i k druhým lidem
    - obecné cíle u klienta v dětském věku (Geldardovi, 2008 in Regec, Jurkovičová, 2013)
      - naučit dítě zvládnout nepříznivé životní situace
      - pomoci dítěti dosáhnout určitě úrovně kognitivní a emocionální kongruence
      - umožnit dítěti získat pozitivní mínění o sobě samém
      - naučit dítě přijímat vlastní omezení i silné stránky
      - přivést dítě ke změně typů chování, které mívají negativní důsledky
      - pomoci dítěti, aby ve vnějším prostředí fungovalo bez potíží a bylo spokojené
      - naučit dítě flexibilně se přizpůsobovat novým situacím
      - zprostředkovat dítěti příležitosti k dosažení vývojových mezníků

        - dle Drapela
            - rozpoznání případného osobního problému – v čem spočívá, jak ho realisticky řešit
            - pomoc klientovi při přijetí svobodného rozhodnutí i jeho důsledků
            - ujasněné krátkodobých i dlouhodobých osobních cílů a jejich modifikace (obměna
            - umožnění lepšího sebepoznání, vlastních slabin i předností
            - dosažení kladného sebehodnocení, sebedůvěry, rozvíjení schopnosti důvěřovat i ostatním lidem
    - **konkrétní** – jsou vázány k danému problému, situaci a osobě konkrétního klienta, podléhají individuálním cílům klienta, konkrétní cíle by měly vycházet z obecných, měly by přispět k jejich naplňování
        - cíle mají být dosažitelné a vycházet z reálných perspektiv směřování poradenského procesu – poradce musí být připraven na to, že klient může do poradenského procesu vstupovat s nereálnými představami o řešení jejich problémů
        - cíle vycházející z konsenzu mezi poradcem a klientem – sjednocení cílů – nejednotnost v cílech může tvořit bariéry při jejich dosahování
        - cíle nejsou neměnné, podléhají dynamice poradenského procesu – cíle mohou být modifikován v souvislosti s novými okolnostmi, které se objeví v průběhu procesu
        - cíle nemají být vágní, jejich dosažení je možno verifikovat – má být zřetelné, za jakých podmínek jsou cíle dosažitelné
- dalším cílem je prevence
    - **primární prevence** – většinou se pojímá jako strategie nepřímá, která je necíleně orientována na celou společnost, její instituce a občany; opatření přispívající k podpoře psychického a sociálního zdraví, např. osvětově – informační kampaně; cílené primární prevence jsou tzv. depistážní činnost = vyhledávání klientů v terénu, je možno cíleně a v masovějším měřítku provádět v určitých oblastech, depistážní činnost by měla být prováděna systematicky
    - **sekundární prevence** – přímá strategie orientovaná na rizikové jedince a skupiny, u nichž se mohou nepříznivé situace, problémy nebo sociálně patologické jevy reálně projevit (někteří lidé s postižením, mladí lidé odcházející z ústavní výchovy, členové rodin s nízkou sociokulturní úrovní); nutné rozpoznat latentní rizika, odchylky, poruchy, onemocnění nejlépe již ve stádiu vzniku problému
    - **terciární prevence** – zacílená na předcházení recidivě nebo regresi a prohlubování

Zásady poradenského procesu (platí nejen u žáků, ale všeobecně u všech klientů)

- bezpodmínečně nutné dodržovat určité zásady, neboť usnadňují jeho průběh a vedou k pozitivním výsledkům
- zároveň je nutné v podobě zásad poradenského procesu vymezit určité etické limity, které musí výchovný poradce respektovat v zájmu žáka
- hlavní zásady:
    - **svoboda**
        - spočívá v tom, že během kontaktu má mít možnost hovořit o všem, co je pro něj v dané chvíli důležité, ať jsou to aktuální osobní problémy, konflikty se členy rodiny či cokoliv jiného
        - výchovný poradce nesmí na žáka vyvíjet nátlak, aby se rozhodl určitým způsobem
        - má mu pomáhat ujasnit si různé možnosti řešení jeho problému
        - tento postup pomůže k svobodnému rozhodnutí a odpovědnosti
    - **respekt k žákovi**
        - výchovný poradce má jednat tak, aby žák měl pocit akceptace a bezpečí
        - akceptace ze strany výchovného poradce nemá ztratit, i když bude otevřeně hovořit o negativních aspektech svého chování
        - výchovný poradce musí ovšem zásadně rozlišovat mezi žákem a jeho chování
        - i když zamítne jeho chování jako škodlivé, žák neztratí v jeho očích nic ze své lidské důstojnosti
    - **důvěrnost poradenských kontaktů**
        - znamená, že obsah rozhovorů bude ze strany výchovného poradce považován za důvěrný, tj. bez žákova souhlasu nebude svěřován třetím osobám (výjimka přichází v úvahu v případech, že by bylo zjištěno sexuální zneužívání, vážné fyzické ohrožení, trestný čin apod.)

- **navázání kontaktu** – nedílná podmínka
- **navodit spolupráci**
  - podmínkou toho, aby mohl poradenský proces proběhnout, je získat žáka, aby byl ochoten spolupracovat
  - důležitá bývá i spolupráce s rodiči, mezi rodiči a dítětem, i spolupráce se školou a dalšími institucemi
  - ne vždy má žák o spolupráci zájem
- být **pravdivý**
  - tzn. nepředkládat ani rodičům ani žákům jiný stav věcí než pravdivý
  - ale dbát na to, sdělovat pravdu šetrně a taktně
- **optimistický výhled do budoucna** – optimistická perspektiva posiluje v tíživé situaci, pomáhá lépe zvládat potíže (pozor na přehnaný optimismus)
- **porozumění** – pomoc může být skutečné účinná jen tehdy, jestliže jsme porozuměli podstatě problémů žáka

Metody speciálněpedagogické práce

- **depistáž** – vyhledávání klientů v terénu, v ohrožené komunitě, popř. v institucích – zdravotnická, školská a sociální zařízení
- **primární prevence** – zábrana výskytu nemoci, postižení, funkční poruchy a – pokud k tomu již došlo, tak i – rozvoje jejich negativních důsledků a dopadů
- **diagnostika** – popis, zařazení či kategorizace příznaků a projevů, určení typu a míry závažnosti nemoci nebo postižení
- **sekundární prevence** – omezení rizika rozvoje postižení a prohlubujících se nebo násobících dopadů na život postiženého, eliminace nebo minimalizace vzniku handicap
- **náprava, terapie** – volba a stanovení postupu aplikace "nápravných" či jiných klienta podporujících i řešení problému navozujících metod, kam patří reedukace, kompenzace a rehabilitace, dále také readaptace, reintegrace
- **terciární prevence** – předcházení regresivním trendům, tedy opakování již zvládnutého problému nebo vzniku dalšího, avšak příčinně souvisejícího
- **resocializace nebo sociální inkluze** – finální začlenění do společnosti v maximální možné míře

POSKYTOVATELÉ SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÉHO PORADENSTVÍ

Školská poradenská zařízení/pracoviště

- poskytovateli speciálněpedagogického poradenství ve školském systému ČR jsou následující zařízení a instituce, jejichž fungování, organizaci a služby vymezují vyhlášky č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenství ve školách a školských poradenských zařízeních, a č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o organizaci výchovně-vzdělávací péče ve střediscích výchovné péče
  - vyhláška č. 607/2020 – vyhláška, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních, ve znění pozdějších předpisů, a některé další vyhlášky
- poskytovány dětem, žákům a studentům, jejich zákonným zástupcům, školám, školským zařízením
- bezplatně poskytují standardní poradenské služby
- poradenská služba se začne poskytovat co nejdříve, nejpozději do 3 měsíců od přijetí žádosti
- výsledkem poradenských služeb je zpráva a doporučení
- účel:
  - vytvoření vhodných podmínek pro zdravý tělesný, psychický, sociální vývoj žáků, vývoj osobnosti před a v průběhu vzdělávání
  - rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před a v průběhu vzdělávání
  - zjišťování SVP žáka, doporučení vhodných PO, jejich vyhodnocování
  - prevence a řešení vzdělávacích a výchovných obtíží, prevence rizikového chování
  - vytvoření vhodných podmínek pro vzdělávání (i pro příslušníky jiných kultur, žáků nadaných a mimořádně nadaných)
  - vhodná volba profese
  - rozvíjení znalostí pracovníků PPP a SPC, poradenských pracovníků ve školách

- podpora vzdělávání žáků se SVP
- metodická podpora pedagogů, výchovných poradců, školních metodiků prevence, asistentů pedagoga
- posilování kvality poradenských služeb

Pedagogicko-psychologická poradna (PPP)

- nejčastěji se vyskytující a široké veřejnosti nejznámější školské poradenské zařízení spadající do kompetence školských odborů v jednotlivých krajích celé ČR
- poskytuje služby pedagogicko-psychologického poradenství a pedagogicko-psychologickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků
- PPP začaly **vznikat koncem 50. let**
  - první – tehdy nazývaná dětská psychologická poradna – vznikla v r. 1958 v Brně
  - jejich služby byly orientovány zejména na řešení výchovných problémů projevujících se ve výchovně-vzdělávacím procesu, ale také navazovaly na systém poraden pro volbu povolání, a řešily tedy profesní orientaci na základě psychologické diagnostiky
- orientace a služby PPP se do dnešních dob nijak výrazně nezměnily
  - jde o součást podpůrného systému, jehož úkolem je „přispívat k optimalizaci jednotlivých fází i celého procesu výchovy a vzdělávání ve škole a v rodině“ (Novosad)
- vyhláška č. 72/2005 Sb., PPP **poskytuje** služby pedagogicko-psychologického a speciálněpedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou **pomoc při výchově a vzdělávání žáků**
  - tyto služby jsou poskytovány dětem od 3 do 19 let věku, jejich rodičům a učitelům
  - služby poradny jsou bezplatné a jsou zajišťovány týmem psychologů, speciálních pedagogů a sociálních pracovnic
- služby jsou poskytovány ambulantně v poradně a návštěvami zaměstnanců ve školách a školských zařízeních
- **kompetence**
  - depistáž, diagnostická, intervenční, terapeutická, metodická, konzultační a informační činnost v oblasti řešení výchovných a výukových problémů
  - posouzení školní zralosti dětí ve věku 5–7 let, u kterých je podezření na opoždění vývoje v některé z oblastí důležitých pro vzdělávání
  - na základě vyšetření vystavuje PPP posouzení vhodného zařízení pro zaškolení dítěte
    - v této oblasti poradny spolupracují zejména se školskými zařízeními v systému běžného i speciálního školství
    - *doporučuje* zákonným zástupcům a řediteli školy zařazení žáka do příslušné školy a třídy a vhodnou *formu jeho vzdělávání*, spolupracuje při přijímání žáků do škol
    - provádí psychologická a speciálně-pedagogická vyšetření pro zařazení žáků do škol, tříd, oddělení a studijních skupin s upravenými vzdělávacími programy pro žáky se ZP
  - speciální vzdělávací potřeby žáků ve školách, které nejsou samostatně zřízené pro žáky se ZP, a vypracovává odborné posudky a návrhy opatření pro školy a školská zařízení na základě výsledků psychologické a speciálně-pedagogické diagnostiky
  - poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji, jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky, poskytuje poradenské služby za měřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků
  - metodická podporu škole
  - prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci sociálně patologických jevů, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence
  - poskytují PPP služby žákům s problémy v oblasti specifických poruch učení a chování a žákům a studentům mimořádně nadaných a talentovaných, jejich zákonným zástupcům a také pedagogům, kteří s těmito žáky pracují
  - poradenství pro osoby z odlišného kulturního prostředí

- pro žáky a studenty se zdravotním postižením PPP zajišťují zejména psychologickou diagnostiku, a to bez přímé návaznosti na speciální intervence
- doporučení a návrhy podpůrných opatření
- profesní poradenství a s tím související psychologická diagnostika, taktéž zaměřená na žáky a studenty ukončující 2. stupeň ZŠ a SŠ
- vzhledem k zabezpečení kontinuálnosti profesního poradenství spolupracují PPP s výchovnými poradci na školách, s úřady práce, konkrétně s informačně-poradenskými středisky při úřadech práce, a pak také s dalšími personálními agenturami → kariérní poradenství
  - v případě podpory osob se speciálními vzdělávacími potřebami také s vysokoškolskými poradnami nebo agenturami podporovaného zaměstnávání
- informační, konzultační, poradenská, metodická podpora zákonným zástupcům

Speciálněpedagogické centrum (SPC)

- začátkem 90. let začala do systému poradenství pronikat odborně zaměřená poradenská zařízení pro žáky se speciálními potřebami
- organizačně jsou SPC zřizována nejčastěji při školách samostatně zřízených pro žáky se zdravotním postižením a podle toho se také orientují nabízené služby poradenské intervence
- konkrétní služby poskytované SPC udává příloha vyhlášky č. 72/2005 Sb.
- služby pro žáky s MP, TP, ZP, SP, vadami řeči, kombinovaným postižením, PAS
- žákům ZŠ speciálních a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostiky, v odůvodněných případech i v rámci speciální individuální nebo skupinové péče, kterou nezajišťuje škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen
- činnost centra se uskutečňuje ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních.
- obecně lze **vymezit služby podle skupiny klientů**, na kterou se SPC orientují (děti i dospělý se SVP)
  - dvě základní skupiny:
    - jedinci se zdravotním postižením, kteří jsou vzděláváni v zařízeních speciálního školství
      - služby diagnostické a rediagnostické
      - služby komplexní rehabilitace a kompenzace jsou zabezpečovány ve spolupráci s konkrétní školou
    - žáci/studenti se zdravotním postižením, kteří jsou vzděláváni formou individuální nebo skupinové integrace
      - diagnostické a intervenční formou ambulantní a terénní, služby metodické a konzultační, zejména pro pedagogy a zákonné zástupce

- **kompetence**
  - speciální připravenost žáků se ZP na povinnou školní docházku a speciální vzdělávací potřeby žáků se ZP a zdravotním znevýhodněním, zpracovává odborné podklady pro integraci těchto žáků a pro jejich zařazení a přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření
  - zjišťuje SVP žáků, přihlíží k lékařskému posouzení zdravotního stavu, zpracovává podklady pro PO, jejich zařazení do škol, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání
  - speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky se ZP a žáky se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou integrováni nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky
  - vydává zprávu a doporučení za účelem poskytnutí PO
  - poskytuje kariérové poradenství
  - vykonává SP a P diagnostiku, poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, psychickém a sociálním vývoji, na zjištění individuálních předpokladů, vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání, začleňování do společnosti o
  - poskytuje poradenství v oblasti vzdělávání
  - metodická podpora škole
  - informační, konzultační, poradenská, metodická podpora zákonným zástupcům

- standardní činnosti center:
  - vyhledávání žáků se ZP
  - komplexní diagnostika žáka
  - tvorba plánu péče o žáka
  - přímá práce se žákem
  - včasná intervence
  - konzultace a metodická činnost pro zákonné zástupce, pedagogy, podpora při tvorbě IVP
  - sociálně právní poradenství
  - krizová intervence
  - kariérové poradenství pro žáky se ZP
  - zapůjčení odborné literatury, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek
  - ucelená rehabilitace pedagogicko-psychologickými prostředky
  - pomoc při integraci žáků se ZP do MŠ, ZŠ, instruktáž a úprava prostředí
  - tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáka

Rozdíl mezi PPP a SPC *je v tom, že PPP se spíše věnují diagnostice a poradenstvím v oblasti specifických poruch učení a chování a výchovně vzdělávacím problémům. Kdežto SPC se zaměřuje na děti s postižením.*

Střediska výchovné péče (SVP)

- rozvíjí se roku 1991
- středisko výchovné péče je poradenským zařízením, které je legislativně podchyceno vyhláškou č. 458/2005 Sb., kterou se upravují podrobnosti o výchovně-vzdělávací péči ve střediscích výchovné péče
- v systému školských institucí patří SVP k zařízením, která zabezpečují péči, poradenské a intervenční služby dětem a mladistvým, kteří mají problémy se sociálním začleněním nebo jsou ohroženi sociálně nevyhovujícími podmínkami (rodina, kolektivy vrstevníků, specifické skupiny apod.)
- SVP spadají pod diagnostické ústavy, proto základním předpisem vztahujícím se k jejich činnosti je zákon č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně-výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů
- nejčastější forma ambulantní nebo pobytové péče, a to nejen výše jmenovaným klientům, ale také dětem propuštěným z ústavní výchovy při jejich integraci do společnosti
  - působí také preventivně v oblasti negativních jevů v sociálním vývoji dítěte
  - pro efektivnost řešené problematiky je velice důležitá úzká spolupráce s pedagogy, vychovateli a zákonnými zástupci dítěte nebo mladistvého → těmto odborníkům poskytuje SVP zejména konzultace a odborné informace k řešeným problémovým oblastem ambulantní formou nebo formou jednorázové intervence
- pro fungování SVP jsou důležité také další dokumenty doplňující jejich činnost
  - je to příkaz ministryně školství, mládeže a tělovýchovy č. 21/2007 k činnosti středisek výchovné péče a z něj vycházející metodický pokyn vydaný MŠMT ČR (metodický pokyn upřesňující činnosti středisek výchovné péče, 2007)

Spolupracující instituce

- pro zabezpečení propojení informací a péče o klienty spolupracuje SVP s pedagogicko-psychologickými poradnami, v případě klientů se zdravotním postižením s SPC
- také s orgány sociálně-právní ochrany dítěte (OSPOD) a s dalšími organizacemi, které nabízejí služby dětem a mladistvým v oblasti řešení drogových a jiných závislostí, problematiky týrání, zneužívání či zanedbávání dítěte (P-centra, K-centra, krizové linky či linky bezpečí, Bílý kruh bezpečí, Policie ČR apod.)
- při řešení závažných poruch osobnosti spolupracuje SVP s dětskými psychiatrickými ambulancemi nebo klinikami, případně může poskytnout návaznou péči o dítě i rodinu dítěte, které se z dětské psychiatrie vrací do běžného života

Škola jako poskytovatel poradenství

- nejrozšířenější zařízení poskytující také poradenské služby klientů – svým žákům
- poradenství v oblasti výchovy, vzdělávání, rozvoje osobnosti žáků či studentů, výběru další vzdělávací cesty a profesní orientace

- poskytují jej učitelé, zejména třídní učitelé
- přímo na školách jsou zřizovány funkce: poradenský pracovník (více ve vyhlášce č. 72/2005 Sb. – aktualizováno vyhláškou č. 197/2016 Sb.)

Poradce

- musí akceptovat konkrétní problémy, konkrétních jedinců
- musí být schopen mezioborové pomoci
- péče poradce musí být komplexní
- musí najít optimální řešení problému
- základní úkoly poradce ve školských pracovištích:
  - poskytování odborné pomoci
  - informační činnost
  - soustavné dlouhodobé poznávání, sledování a hodnocení vývoje žáků
  - konzultační činnost
  - vlastní návrhy
- na školách **MUSÍ** být zřízeny následující poradenské funkce:
  - výchovný poradce
    - poradenský pracovník, který musí být přítomen ve všech základních a středních školách
    - zaměřuje sena dvě oblasti:
      - profesní poradenství
      - poradenství žákům s výchovnými a vzdělávacími problémy, s potížemi s adaptací na podmínky a požadavky školy, metodické vedení jejich učitelů a zákonných zástupců na straně druhé
  - školní metodik prevence
    - má ve své kompetenci vytvoření a naplňování minimálního preventivního plánu školy, tj. prevenci i intervenci v oblasti negativních sociálněpatologických jevů (šikana, drogy, alkohol, projevy poruch chování apod.)
- na školách **MŮŽE** být zřízeny následující poradenské funkce
  - školní psycholog a školní speciální pedagog
    - jsou poradenské pozice, které jsou poměrně nové, a proto se s nimi v praxi příliš nesetkáváme
    - psychologové - směřují do oblasti přijímání žáků do škol (školní zralost a připravenost), řešení krizových situací, výchovných potíží a výukových problémů žáků
    - speciální pedagogové - by se měli věnovat především individuálně a skupinově integrovaným žákům

Výchovný poradce

- nejrozšířenější poradenské pozice na školách
- zřizován na všech základních i středních školách
- zaměřuje se na dvě oblasti:
  - **profesní poradenství**
    - spolupracuje s úřady práce, resp. informačně-poradenskými středisky, s organizátory burzy práce, se středními a vysokými školami
    - ve spolupráci s těmito oblastmi vznikají:
      - přehledy nabídek všech typů středních škol a oborů vyšších odborných škol, vysokých škol a univerzit s upřesněním profilu absolventa
      - přehledy volných pracovních pozic na volném i chráněném trhu práce tak, aby bylo možné případně modifikovat vzdělávací programy, jejich obsahové zaměření a nároky na absolventa směrem k zvýšení zaměstnatelnosti absolventů těchto škol

- **poradenství žákům** s výchovnými a vzdělávacími problémy, s potížemi s adaptací na podmínky a požadavky školy, metodické vedení jejich učitelů a zákonných zástupců
  - výchovný poradce má celkem širokou nabídku diagnostických činností, prostřednictvím kterých může objevit rizikové chování u žáků/studentů, odhadnout jeho důsledky a navrhnout preventivní či nápravná opatření tak, aby se předešlo rozvinutí problémů u daného žáka/studenta a zároveň převedení problémového chování na další žáky/studenty školy

Školní metodik prevence

- specificky orientovaný poradenský pracovník, podléhající ve své funkci přímo řediteli školy
- má na starosti přípravu a naplňování aktivit minimálního preventivního plánu školy
- **kompetence**
  - preventivní, nápravná péče a přímá intervence v oblasti projevů poruch chování, šikany, prevence zneužívání návykových látek, gamblingu, alkoholismu apod. u žáků/studentů dané školy
  - řešení následků sociálně patologických jevů vycházejících ze sociálního prostředí, ve kterém tito žáci žijí
  - součástí prevence sociálně patologických jevů na škole je například vedení či organizování sociálněkomunikačních kurzů, besed s významnými lidmi – vzory, podpora soudržnosti kolektivu a asertivního chování, podpora soudržnosti třídních kolektivů a na významném místě také podpora schopností pedagogických pracovníků škol při zvládání zátěžových, náročných situací a situací krizových
- velmi často spolupracuje právě se zařízeními či organizacemi ze sociální a neziskové sféry

Školní psycholog

- poměrně nová poradenská pozice, tudíž je zatím na běžných ZŠ nebo SŠ málo rozšířená
- nejčastěji se podílí na procesu přijímání nových žáků do prvních ročníků základních škol, kde se účastní diagnostiky školní zralosti a případně doplňuje podklady pedagogicko-psychologické poradny potřebné pro odklad školní docházky konkrétního dítěte
- dalšími oblastmi, které má ve své kompetenci, jsou řešení krizových situací, výchovných obtíží a výukových problémů žáků/studentů

Školní speciální pedagog

- též se jedná o poměrně novou pozici
- jde o odborníka, jenž má nejčastěji ve své kompetenci péči o žáky/studenty, kteří jsou individuálně integrovaní na běžných školách základních nebo středních
- kompetence
  - prevence školní neúspěšnosti integrovaných žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, a to formou přímé práce – prevence, nápravy, doučování atd. žáků/studentů se SVP (největší podíl)
  - podpora, konzultace, metodické vedení zejména třídních učitelů v oblasti přípravy a sestavování individuálních vzdělávacích plánů pro tyto žáky/studenty
  - vedení pedagogů v oblasti komunikace, didaktických postupů ve výuce žáků/studentů se SVP
  - debarierizace školy, návrhy úpravy prostředí – fyzických bariér, a úprava přístupu k žákovi/studentovi se SVP a celému třídnímu kolektivu – psychické bariéry
  - pro samotného žáka/studenta se SVP jsou to služby spojené s doporučením vhodných kompenzačních a didaktických pomůcek a zaškolení v práci s nimi

Vysokoškolské poradny

- existují téměř při každé univerzitě
- umožňují snazší přechod ze SŠ na VOŠ, VŠ či univerzitu
- podílí se na přípravě pro přijímací řízení
- poté nadále podporují studenta se SVP po celou dobu jeho studia – student může využít široké spektrum služeb, které centra nabízejí

- tlumočnické služby
- přepisovací a zapisovací služby
- doprovody na přednášky atd.

PORADENSTVÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

- odlišuje se od výše zmíněného poradenství
- jedná se o osoby nacházející se v těžké, krizové sociální situaci, kam spadají také osoby se speciálními potřebami, ale obsah a zaměření poradenství patří do oblasti sociálního poradenství
- → poskytují ho zařízení státní i nestátní, neziskové organizace

Základní a odborné sociální poradenství

- patří sem sociálních služeb, která poskytují základní sociální poradenství. Zákon č. 108/2006 Sb., § 37, (2) definuje základní sociální poradenství jako poradenství, které *„poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace“*. → nepříznivou sociální situací se myslí *„oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením“*. (§ 3, písmeno b)
- ale také zařízení poskytující tzv. odborné sociální poradenství, přičemž to je podle zákona č. 108/2006 Sb. *„poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. Součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek“*. (§ 37, (3))

Základní sociální poradenství

- poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace
- základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb
- poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit
- základní činnosti:
  - poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby
  - poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a i jiných formách pomoci, např. o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče
  - poskytnutí informace o základních právech a povinnosti osoby (zejm. v souvislosti s poskytováním sociálních služeb a o zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě)
  - poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu

Odborné sociální poradenství

- poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob
- typy zařízení:
  - občanské poradny
  - manželské a rodinné poradny
  - poradny pro seniory
  - poradny pro osoby se zdravotním postižením
  - poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí
- zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností
- součástí odborného poradenství je i půjčování kompenzačních pomůcek
- základní činnosti:
  - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
  - sociálně terapeutické činnosti
  - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

Sociální poradenství

Základní úlohy

- poskytovat chybějící informace
- napomáhat při orientaci v problémové situaci klienta
- předcházet vzniku a rozvoji nežádoucích sociálních jevů
- působit preventivně výchovně
- přispívat k sociální integraci klienta (vztahy s okolím)
- zvyšování sociálních kompetencí klienta
- pomoc při sociální adaptaci klienta
- přispívat k celkovému osobnostnímu růstu klienta

Formy poradenské činnosti

- vedení, informování
- poradenství v užším slova smyslu
- konzultační činnost

Cíle poradenské práce

- dosažení klientovy pohody
- změny v sociálním prostředí klienta
- konkrétní opatření

Poradce a jeho sociální dovednosti

- měl by být odborníkem v oblasti, v které poskytuje poradenství
- měl by umět jednat s lidmi
- měl by být objektivní a nestranný, odpovědný
- vlastnosti: empatie, úcta, pozitivní vztah, upřímnost a konkrétnost

Poradenský tým

- ideální poradenský tým tvoří nejčastěji psychologové, pedagogové, sociální pracovníci, případně - právníci, lékaři, ekonomové a další
- sociálně-administrativní pracovník – vede tým, dokumentace

RANÁ PÉČE

- = terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu
- zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby

Charakteristika

- služba sociální prevence (zákon č. 108/2006 o sociálních službách)
  - napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby
  - cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů
- poskytována bez úhrady
- komplexnost – zaměření na celou rodinu
- terénní forma – základem jsou konzultační návštěvy odborníka
- kontinuum – služby jsou poskytované jednomu klientovi (rodině) dlouhodobě
- vysoká odbornost – srozumitelná pravidla, standardy
- tradice – služby rané péče pro rodiny se zrakovým a kombinovaným postižením jsou u nás poskytovány od roku 1990
- spolupráce – poskytování informací a služeb, stejně jako depistáž, probíhá ve spolupráci s dalšími odborníky

Historie

- počátky v 60- letech 20. století ve VB – manželé Erwingovi založili kliniku pro neslyšící
- prokázali důležitost včasnosti péče a intervence
- USA – Spencer Tracy – herec, neslyšící syn – John – založil v LA kliniku pečující o děti v raném věku
  - vydal Tracyho korespondenční kurzy – přesné, konkrétní návody
- v České republice
  - souvisí s politickými změnami v roce 1989
  - Terezie Hradílková – péče zaměřená na rodinu s dítětem s postižením
  - 108/2006 – poprvé vymezil ranou péči jako službu v systému sociálních služeb o V ČR nejprve tyflopedická (EDA, SRP, Diakonie)
  - 1997 – založení Společnosti pro ranou péči
  - **současnost**
    - snaha o celoplošnost
    - dostupnosti služby
    - mezioborová spolupráce

Cíle

- předcházet postižení, eliminovat nebo zmírnit jeho důsledky a poskytnout rodině, dítěti i společnosti předpoklady sociální integrace
- služby rané péče mají být poskytovány od zjištění rizika nebo postižení do přijetí dítěte vzdělávací institucí tak, aby zvyšovaly vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou ohroženy faktory biologickými, sociálními a psychologickými

Principy

- zásadní roli ve vývoji dítěte hrají první tři roky života
- právě v období do tří let jsou kompenzační možnosti mozku tak obrovské, že umožňují nejlépe rozvinout náhradní mechanismy i u těch dětí, které mají v některé oblasti vývoje vážný handicap
- pokud se právě toto období zanedbá, možnosti vývoje dítěte v určitých oblastech se mohou zcela uzavřít nebo extrémně snížit
- přestože mozek je schopen vytvářet nová nervová spojení po celý život, člověk se nejrychleji rozvíjí a nejlépe přizpůsobuje změnám v raném dětství
- **důstojnosti**
  - respektovat individualitu dítěte a kulturní, sociální a výchovné zvláštnosti každé rodiny
  - jednat s klientem v každé situaci dle zásad partnerství
  - prostor pro ambulantní programy je zařízen a vyzdoben tak, aby klienta neurážel a nesnižoval jeho důstojnost
  - dokumentace je vedena s ohledem na důstojnost klienta
- **ochrany soukromí klienta**
  - poradce rané péče během konzultací v domácím prostředí rodiny vstupuje pouze do míst, kam je zván
  - s údaji o uživatelích je nakládáno jako s důvěrným materiálem
  - poskytování informací o uživatelích je možné pouze s jejich souhlasem
- **zplnomocnění**
  - je naplněn, pokud pracovník uživateli poskytuje všechny dostupně informace, na které má právo
  - při plánování a hodnocení program služeb rané intervence jsou rodiče členy interdisciplinárního týmu
  - služby rané intervence podporují právní vědomí rodin a sounáležitost klientských skupin
- **nezávislosti**
  - služby rané intervence podporují u rodičů a dítěte nacházet a využívat vlastní zdroje a schopnosti ke zvládnutí situace, v níž se nacházejí
  - služby jsou klientovi poskytovány takovým způsobem, aby nečinily rodinu závislou na žádné výchovně-vzdělávací instituci ani pobytové (ústavní) instituci, od nichž musí být služby rané intervence obsahově, finančně i personálně odděleny
- **týmového přístupu a komplexnosti jednání**
  - spolupráce externích i interních členů v interdisciplinárním týmu a jejich vzájemná informovanost přináší ve svých důsledcích kvalitativní, časové a ekonomické výhody pro klienta a společnost
  - klient je zván k rozhodujícím jednáním
- **přirozenosti prostředí**
  - převážná část služeb je klientům (podle specializace pracoviště) poskytována v přirozeném prostředí dítěte, tj. v rodině
  - služby rané intervence volí takové metody, které podporují přirozené prostředí v rodině i komunitě dítěte, kde je speciálního pouze tolik, kolik je nezbytně třeba
  - pracovník si domlouvá domácí konzultace tak, aby respektoval běžný chod a rytmus rodiny
- **práva volby**
  - klient se může rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb.
  - služby rané intervence jsou koncipovány na základě spolurozhodování o výběru služeb a tvorbě individuálního plánu
- **kontinuity péče**
  - v rámci ukončování péče je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování v region
  - služby rané intervence podporují sociální integraci dítěte a jeho rodiny v rámci komunity a region

Pilíře (Hansen)

- včasné rozpoznání a včasná diagnostika
- včasně poskytnutá péče a terapie pro dítě
- pedagogická raná péče včetně poradenství pro rodiče

Cílové skupiny

- **rodiny** hledají informace, podporu a pomoc v souvislosti s nepříznivým vývojem dítěte – mohou je využívat jak rodiny s dětmi již diagnostikovanými, tak i rodiče, kteří mají pochybnosti o vývoji svého dítěte
- **rodiny s tzv. „rizikovými dětmi“** – v důsledku nepříznivých faktorů, které se vyskytly v době těhotenství nebo v době porodu nebo v novorozeneckém období, možnosti rizika u dětí s nízkou porodní hmotností, předčasně narozené, komplikované porody
- rodiče očekávající dítě s jistým prenatálním postižením – poskytování raného poradenství
- uživatele rané péče: (Společnost pro ranou péči)
    - děti se zdravotním postižením ve věku od narození do 4 let a jeho rodiče
    - děti s kombinovaným postižením ve věku od narození do 7 let a jeho rodiče
    - tzv. rizikové děti od narození do 2 let věku a jeho rodiče

Formy poskytovaných služeb

- **terénní** – návštěvy pracovníků v rodině dítěte – reakce dítěte v přirozeném prostředí (četnost návštěv je individuální podle potřeb rodiny, 1x za 1-3 měsíce)
- **ambulantní** – aplikace speciálních postupů, metod, forem práce a cvičení, možnost pozorování dítěte v cizím prostředí
- **forma rehabilitačních pobytů pro celé rodiny** – terapeutická a „vzdělávací“ práce s rodinou
- **informační** – osvětová – pořádání seminářů, půjčování literatury, vydávání časopisu pro rodiče

Oblasti podpory (vyhláška č. 505/2006), činnosti

- **výchovné**, **vzdělávací** a **aktivizační činnosti**
    - zhodnocení aktuální úrovně schopností a dovedností dítěte (vyšetření, pozorování, rozhovor o změnách)
    - mapování míry potřebné podpory rodičů
    - poradenství rodičům a blízkým osobám
    - možnost zařazení dítěte do podpůrného programu (např. podpora PMV, stimulace zraku...)
    - poradenství k podpoře PMV dítěte
    - využití metod a technik k podpoře PMV dítěte (praktická ukázka, instruktáž rodičů, zácvik)
    - doporučení, zapůjčení vhodných hraček a pomůcek
    - půjčení literatury, videomateriálů
    - semináře a přednášky pro rodiče
    - předání informací o kurzech
    - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - zprostředkování kontaktů s dalšími rodinami
    - nabídka účasti na vícedenních akcích (kurzy, víkendové pobyty)
    - skupinová setkání rodičů o FB a webové sdílení s ostatními rodiči
    - informace o možnostech v místě bydliště
- **sociálně terapeutické činnosti**
    - poradenský rozhovor, aktivní naslouchání, reflexe, vedení situace s dítětem s postižením
    - techniky ke zlepšení komunikace
    - pomoc při vymezení klientových priorit
    - podpora při hledání vlastních zdrojů a možností
    - pomoc při hledání další podpory (psycholog, terapeut)
- **pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí**
    - přímý doprovod k jednání s úřady, specialisty
    - reflexe proběhlých jednání
    - kontakt na odborníky a organizace
    - pomoc při zařazení dítěte do školy (MŠ, ZŠ)
    - informace ohledně dávek, pomůcek, praktická podpora (formuláře, odvolání...)

Průběh poskytování služby

- **první kontakt se zájemcem o službu**
  - telefonicky, osobně, mailem o Žádost zákonného zástupce o Zjištění základních informací
  - adresa; jméno rodiny, dítěte; kontaktní údaje; diagnóza, důvod, proč se obrátili na službu RP; domluvení termínu schůzky v rodině
- **informační setkání**
  - na základě žádosti zákonného zástupce dítěte (telefonicky, osobně, emailem)
  - buď v rodině nebo v prostorách střediska RP
  - základní informace o RP, co nabízí
  - poradce získá informace o rodině a dítěti
  - ujistí se, že dítě odpovídá cílové skupině RP + získá se osobní a rodinná anamnéza
- **vstupní jednání se zájemcem o službu**
  - schůzka s psychologem – vstupní psychologická diagnostika – aktuální úroveň psychomotorického vývoje, ověření náležitosti k cílové skupině
  - SPP diagnostika – posouzení psychomotorické úrovně dítěte
  - možnost vyžádat si od rodičů lékařské zprávy, zprávy z psychologického vyšetření
  - rodině je představen klíčový pracovník
  - podepsána a vysvětlena klíčová pravidla střediska RP, podepsána smlouva o poskytnutí služby RP o Sepsán individuální plán a osobní cíle klienta, s klíčovým pracovníkem se dohodne frekvence a délka konzultace (nejčastěji 1x3 měsíce, 1-3 hodiny)
- **konzultace**
  - formou individuální konzultací v rodině o Kdy je možné ambulantně?
  - chceme zjistit, jak se dítě projevuje v jiném prostředí
  - nácvik tolerance pro nové prostředí
  - využít pomůcku, kterou není možné přesunout do rodiny
  - individuální úprava délky, průběhu a termínu konzultace dle aktuálního stavu a potřeb dítěte, jeho režimu
  - na počátku konzultace – nové události v rodině
  - z každé konzultace je sepsán záznam – předán rodině, společně s doporučením pro práci s dítětem
    - na další konzultaci by se poradce měl zajímat, které z doporučených aktivit a s jakým úspěchem rodiče s dítětem vyzkoušely
    - je nutné vypozorovat časové možnosti rodiny a přizpůsobit množství úkolů
    - ne vždy jsou rodiče ochotni spolupracovat – motivace
    - vyžádat si zpětnou vazbu
  - možné <u>potíže během konzultace</u>:
    - nedostatek času – je třeba stanovený čas dodržet
    - vhodné klidné prostředí
    - mít pozornost rodičů
    - přítomnost sourozence, prarodičů
    - častý případ
    - nejvhodnější je přítomnost i otce, který se bude druhému sourozenci věnovat
    - poradce by měl přinést i hračky pro sourozence
    - někdy sourozenci konzultace narušují – berou hračky a pomůcky, chtějí si s poradcem povídat
    - rodiče očekávají, že „zasáhne“ poradce
- **ukončení služby**
  - v 7 letech
  - dříve – na žádost rodičů, v případě nedodržení vnitřních pravidel, neprobíhání konzultací a nenavázání kontaktu s rodinou
  - při ukončení se píše záznam o poskytování rané péče – popíše se celkový průběh poskytování rané péče (dle jakých metod poradce poskytoval, jaké intervenční programy byly zvoleny, jaký způsob práce se osvědčil) a doporučí vhodné navazující zařízení

Způsob podpory rodiny prostřednictvím sociální služby raná péče (www.ranapece.cz)

- **podpora kompetence a sebevědomí rodiny**
  - dotazování jako forma podpory rodiny:
    - abychom mohli poskytovat podporu, musíme vědět, jaké jsou potřeby rodiny
    - smyslem dotazování není jen získání informace
    - formulování potřeb rodiči a plánování, čeho chtějí dosáhnout prostřednictvím služby, posunuje rodiny z pasivní role příjemce informací a instrukcí do role spolutvůrce průběhu rané péče
- **podpora vlastních sil a zdrojů rodiny**
  - úkolem podpory rodiny je podpořit vlastní síly a zdroje rodiny, schopnosti a sebevědomí rodičů
  - situace rodiny, v které se narodí dítě s postižením:
    - může se cítit nepřipravená, nekompetentní
    - dostává mnoho negativních informací o dítěti
    - cítí pochyby o sobě
    - hledá zdroje na zvládnutí situace
  - proto je třeba:
    - podpora intuitivního rodičovství
    - respekt k tradicím a výchovnému stylu rodiny
    - časové ohraničení služby – úkolem podpory rodiny je připravit rodinu na fungování bez rané péče
    - pomoc rodině rozšířit okruh možností, znalostí a dovedností, aby se dovedla vypořádat se situacemi vyplývajícími z ohrožení jejího člena i s každodenním fungováním,
    - umožnit prožívat radost a uspokojení, tedy naplňovat přirozené funkce rodiny
- **prevence institucionalizace**
  - rozhodnutí umístit dítě do ústavní často vyplývá z nejistoty, bezradnosti, nedůvěry ve vlastní schopnost poskytnout dítěti potřebnou „speciální“ péči
  - nejlepším způsobem, jak pomoci ohroženým dětem vyrůstat ve vlastní rodině, je posílení celé rodiny
  - sebevědomí a pocit kompetence rodičů ovlivňuje představu dítěte o sobě samém

Organizace

- EDA (zrak + kombivady)
- Centrum pro dětský sluch Tam Tam (sluch + kombi)
- Arpida (tělesné + kombi) – Jižní Čechy

Zdroje:

- 1. Zákon 108/2006
- 2. Vyhláška 505/2006
- 3. Ranapece.cz – https://www.ranapece.cz/pro-rodice/co-je-rana-pece/
- 4. Šance dětem: https://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/rana-pece.shtml

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

7. Speciálněpedagogická diagnostika – definice diagnostiky, diagnózy, druhy diagnostiky, speciálněpedagogická diagnostika – definice, členění, principy; diagnostické metody – klinické a testové; hlavní oblasti speciálně pedagogické diagnostiky podle zaměření (rozumové schopnosti, lateralita, motorika, atp.).

TERMINOLOGIE

Diagnostika

- z řečtiny *DIA* = odděleně, hluboko; *GNOSIA* = poznání → hluboké poznání (diagnosia)
- **proces** rozpoznávání nemoci, soubor metod pomáhající určit nemoc (Encykloped. Slovník)
- termín diagnostika (diagnóza) byl původně pouze medicínský termín, postupně však prosákl i do dalších vědních oblastí

Diagnóza

- **produkt** diagnostiky
- přesné určení aktuálního somatického či psychického stavu klienta, které vymezuje určitý stupeň patologie (slovnik-cizich-slov.cz)
- pojem se používá v medicíně, psychologii, pedagogice, technice a dalších oborech

Druhy diagnostiky

- lékařská – cílem je posouzení zdravotního stavu jedince, je východiskem pro terapii
- psychologická (tzv. psychodiagnostika) – určuje specifika jedince v oblasti psychických jevů
- sociologická – zaměřená na rozpoznávání sociálních faktorů, které formují člověka (rodina, parta, skupina, třída, kolektiv)
- pedagogická – systematické poznávání skupiny za účelem pedagogické intervence
- speciálněpedagogická – SPP diagnostika se zabývá rozpoznáváním podmínek prostředků i efektivity výchovy, vzdělávání, celkového rozvoje osobnosti a také enkulturace klientů – tedy osob se speciálními vzdělávacími potřebami

Diagnostické přístupy (Slowik)

Dle sledovaných složek

- obsahová diagnostika - diagnostika úrovně vědomostí, dovedností, návyků
- procesuální diagnostika - diagnostika průběhu procesu výchovy, vzdělávání, rozvoje osobnosti

Dle způsobu hodnocení

- normativní - srovnání jedince s reprezentativním vzorkem (může být národní – žáci určitého ročníku školy nebo dílčí – žáci, kteří se hlásí na určitý typ školy).
- kriteriální - hodnocení zvládání úkolů, dosahování stanovených mezí
- individualizovaná - hodnocení jedince ve vztahu k němu samému a k jeho vlastním možnostem (schopnostem), bez porovnání s vrstevníky.
- diferenciální - důsledné rozlišování podobných symptomů obtíží podle skutečných příčin (např. rozlišení některých podobných symptomů nedoslýchavosti a mentálního postižení)

Dle typu

- edumetrická dg. - kvantitativně orientovaná (diagnostika měřitelných jevů, např. výkonové testy)
- kazuistická dg. - kvalitativně orientovaná (diagnostika postojů, vztahů apod., např. formou rozhovoru)

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ DIAGNOSTIKA

- zabývá se rozpoznáváním podmínek, prostředků i efektivity edukace a šířeji i sociální terapie a enkulturace klientů se speciálními vzdělávacími potřebami
    - a protože do diagnostikování podmínek edukace patří také osobnost postiženého jedince (tj. úroveň psychických stavů, vlastností a procesů, včetně stanovení druhu, stupně a typu postižení), je přesahování a vzájemné doplňování speciálněpedagogické a psychologické diagnostiky zcela evidentní

- diagnostika dítěte se zdravotním postižením vyžaduje komplexní týmovou spolupráci odborníků (lékař, psycholog, sociální pracovník, speciální pedagog)
    - nejčastější spojení tvoří psycholog a speciální pedagog

SPP diagnostika VS. diagnostika ve SPP

- **speciálněpedagogická diagnostika** je užším vymezením, které se týká diagnostiky, jež provádí přímo speciální pedagog
- **diagnostika ve speciální pedagogice** je širším vymezením a zahrnuje komplexní diagnostiku, tj. lékařskou, psychologickou, sociální a speciálněpedagogickou

Druhy SPP diagnostiky

- podle „pedií" na speciálněpedagogickou diagnostiku:
    - psychopedickou
    - etopedickou
    - logopedickou
    - surdopedickou
    - tyflopedickou
    - somatopedickou
- podle etiopatogeneze na diagnostiku:
    - kauzální (příčinnou)
    - symptomatickou
- chronematicky na SPP diagnostiku:
    - raného věku
    - předškolního věku
    - mladšího školního věku
    - diagnostiku adolescentní
    - diagnostiku andragogickou vč. diagnostiky gerontologické (seniorské)
- šíří pojetí na SPP diagnostiku:
    - globální
    - parciální
- dle komplexnosti na:
    - diagnostiku
    - diferenciální diagnostiku (úkolem diferenciální diagnostiky je odlišit skutečnou diagnózu-poruchu od stavu, který obraz poruchy pouze připomíná, např. skutečnou mentální retardaci od jiné duševní poruchy)
- cennou součástí je sebediagnostika
    - lze ji však očekávat a využít pouze v případě, kdy je klient schopen dostatečné a adekvátní sebereflexe (nikoliv tedy např. u jedinců s těžkým mentálním postižením)
- diagnostika nepředpokládá vždy nutně stanovení diagnózy
    - dostatečným a důležitým výstupem diagnostického procesu může být např. další hodnocení nebo prognóza dalšího vývoje

Diagnostické principy

- edukativně-diagnostické prostředky, které prostupují veškerý speciálněpedaogický diagnostický proces a jež se vývojově vygenerovaly jako „dobrá praxe" z metod
- využívá se komplexního přístupu (týmová spolupráce)
    - diagnostika klienta není omezena na jeho osobnost (není jednostrannou záležitostí), má širší kontext
    - stále více se zdůrazňuje komplexní přístup, kdy spolu spolupracují různí odborníci (lékaři, psychologové, speciální pedagogové), rodina, škola, přátelé,…
    - snaha o co nejpřesnější rozpoznání problémů konkrétního jedince

  - správná diferenciální diagnostika by měla výrazně vyloučit riziko závažných omylů, ke kterým kdysi docházelo (např. záměny projevů těžké sluchové vady s MP)
- etiologické hledisko- preferování kauzální diagnostiky (kdy se zaměřujeme na příčiny stavu) před symptomatickou, která se omezuje na pouhou deskripci znaků
- longitudinální princip – dává nám jistotu v tom, že diagnóza nebyla ovlivněna aktuálním stavem klienta při diagnostikování (z hlediska tohoto principu je výhodnější diagnostikování postiženého žáka ve škole než jeho jednorázové vyšetření v poradně či centru)
- princip dynamiky - říká nám, že neexistuje diagnóza „jednou provždy“
- princip individuálního přístupu ke klientovi - zabraňuje šablonovitosti a mechanickému aplikování diagnostických metod a technik

Struktura diagnostika

- rámcová struktura každé diagnostiky se snaží odpovědět na následující bazální otázky:
  - CO (je předmětem a systémem diagnostiky)
  - KDO (realizuje diagnostiku)
  - KDE (se diagnostika realizuje)
  - JAK (tedy jakými prostředky se diagnostika realizuje)
- snaží se vymezit předmět, vlastní pojetí a terminologii a určit, kteří odborníci realizují proces vedoucí k diagnóze, které instituce se diagnostikováním zabývají a jaké metody mají k dispozici

Předmět SPP diagnostiky

- instituce zabývající se diagnostikou dětí se SVP:
  - SPC (speciálněpedagogická centra)
  - PPP (pedagogicko-psychologický poradna – pro které je diagnostický servis nosnou pracovní aktivitou)
- další možné instituce: domovy pro osoby se ZP, střediska výchovné péče, diagnostické a výchovné ústavy pro děti a mládež, věznice pro mladistvé, nestátní subjekty pečující o klientelu ohroženou sociálně patologickými jevy (násilí, drogy…) a alternativní centra pomoci, stacionáře, denní centra, sanatoria, pedopsychiatrická oddělení…
- **předmět SPP diagnostiky závisí na jejím druhu** (o kterou diagnostiku se jedná; s jakým klientem jednáme - klient s MP, s PAS, s kombi postižením…)

DIAGNOSTICKÉ METODY

Klinické metody

- zaměřeny na poznání člověka v jeho jedinečnosti, celistvosti a neopakovatelnosti
- umožňují získat celkový obraz klienta → zachycují jedince v jeho nejširším kontextu a v dynamice vývoje
- nejsou psychometricky podloženy
- vývojově starší, využívají tzv. nestandardní postupy:
  - nelze psychometricky podložit (validita, reliabilita)
  - získaná data mají kvalitativní, idiografický charakter – zaměřeny na poznání člověka v jeho jedinečnosti a neopakovatelnosti
  - umožňují nám získat celkový obraz klienta
- záleží také na zkušenosti poradenského odborníka
- navazuje na ně psychoterapie – např. rozhovor začíná jako diagnostický a volně přichází do terapeutického
- patří sem: anamnéza, pozorování, rozhovor, analýza produktů činnosti (dětské hry, kresby, písemné produkty), popř. kazuistika; (*explorativní metody dotazníku*)

Anamnéza

- z řeckého *anamnésis* = rozpoznávání, vzpomenutí *(“rozpomínání si na předchorobí“)*
- soubor informací potřebných k bližší analýze současného stavu klienta, a to zejména z jeho minulosti

- probíhá většinou pomocí rozhovoru → tyto údaje z minulosti nám pomáhají vysvětlit současný stav a zaměřují se na osobnost klienta, nukleární rodinu, širší rodinu, socio-kulturní prostředí, apod.
- informace jsou získávány jak od klienta, rodičů, učitele, lékaře, soc. pracovníka a dalších možných osob
- získané údaje jsou důvěrné a zavazují odborníka k mlčenlivost
- typy:
    - rodinná - údaje o rodičích, sourozencích, prarodičích se zřetelem na patologické odchylky
        - sleduje se výskyt určitých chorob v rodině
    - osobní - navazuje na rodinnou, informace o klientovi z pre-, peri-, postnatálního období, raného dětství a dalších fází vývoje
        - údaje z biologického, neuropsychického a sociálního vývoje včetně chorob, úrazů, operací, užívaných léků,…
    - anamnéza onemocnění/zdravotní anamnéza
    - školní
    - pracovní
    - apod.
    - katamnéza = zabývá se zkoumáním příčin opakovaného objevení se nežádoucích projevů v určitém časovém odstupu od ukončení terapie
    - druhy dle Ludíkové:
        - rodová (problémy u dalších členů rodiny), perinatální, zdravotní (prodělané choroby a infekce), výchovná a vývojová, rodinná
- zisk údajů:
    - autoanamnéza – zdrojem informací sám klient
    - heteroanamnéza – informace od jiných lidí, rodiny, přátel, z dokumentů
- zaměření na: nukleární rodina, emocionální a intelektuální vývoj, sociální vztahy, eroticko-sexuální vývoj, pracovní vývoj, postoj k hodnotám, vývoj abnormálních, hraničních a patických projevů
- psychologická anamnéza by mohla obsahovat například všeobecné údaje, rodinnou anamnézu, osobní, fantazie a vzpomínky, sexuální vývoj, manželství, povolání apod.
- využívá se také v pedagogice a speciální pedagogice

Rozhovor

- nejcennější metoda, nejpřínosnější a zároveň nejsložitější – rozhovory vedeme x-krát, ale v momentě, kdy má být rozhovor terapeutický nebo diagnostický, tak je problém
- metoda náročná na: zkušenost, komunikační dovednosti, míru empatie
- má praktický i teoretický význam
- získávám data o názorech, postojích, přáních, starostech klienta a jeho vnitřním světě
- cílevědomá, verbální či neverbální komunikace, která má za cíl získání podkladů pro diagnózu
- měl by být veden s taktem a ohleduplností
- otázky musí být klientovi ušity na míru – vycházet z mentálního věku, druhu, typu a stupně postižení
- dělení:
    - výzkumný – když dělám výzkum např. na závěrečnou práci, rozhovor je metodou
    - diagnostický – prostřednictvím rozhovoru získávám data, na základě kterých pak udělám diagnózu
    - poradenský – poradenství je krátkodobé (terapie dlouhodobá), u poradenství poskytujeme rady, řeší izolované téma, sejdu se s poradcem max .dvakrát/třikrát
    - terapeutický – dlouhodobá záležitost; řešíme celého klienta jako takového – osobnost, hlubší souvislosti (výsledkem terapie: měníme do určité míry osobnost klienta; změna pohledu na sebe, na svět apod.)
    - anamnestický – zjištění historických dat
    - výběrový – zaměřený na výběr osob k určitému povolání apod.

- forma:
  - řízený – má strukturovaný zisk údajů, může být standardizovaný (něco jako čtení dotazníku, předem dané otázky), částečně standardizovaný (můžu některé otázky opominout) a volný – nestandardizovaný (otázky můžu doplnit apod., ale musím držet téma)
  - neřízený/volný – volnost ve výběru témat
  - kombinovaný
- fáze:
  - úvodní – navázání kontaktu, zaujmutí, navození atmosféry, zisk důvěry
  - jádro – hlavní část sběru dat, diagnostiky, terapie
  - závěrečná fáze – k uvolnění případné tenze, problematických emocí
- typy otázek:
  - uzavřené - na upřesnění informací, odpověď: ano/ne
  - otevřené - větší prostor pro volnou odpověď
  - sugestivní - vnucují jeden typ odpovědi (*„Dneska jsem Vám hodně pomohla, že?“)*
    - neměly by se využívat!
    - např. využití ve forenzní psychologii u trestných činů, kde potřebujeme do výpovědi dostat informace, které neřekne (není to úplně čisté)
  - přímé - přímo se dotazujeme na konkrétní věc („Utrácíte často?“)
  - nepřímé - ptáme se opisem („Myslíte si, že se Vám někdy stane, že koupíte věc, kterou tak úplně nepotřebujete.“)
  - projektivní- z principu projekce (= promítání vlastních citů/názorů/…)
    - př. myslíte si, že ženy ve vašem věku akceptují nevěru? (žena odpoví svým názorem)
    - informace, které získáme si musíme ověřit i jinak, abychom je považovali za platné
    - „Myslíte, že lidi utrácí hodně peněz za zbytečnosti?“
- techniky rozhovoru:
  - technika jednoduché akceptace
    - spojena s humanistickou psychologií (málo akční ze strany psychologa - př. ehm, hmmm, mmm); dávám člověku pocit, že tam pro něj jsem, povzbudím člověka v tom, aby pokračoval
  - technika zachycení a objasnění
    - zachytím téma a ujistím se, že to chápu dobře (př. aha, tak teď jste řekl že ……., chápu dobře že - je to kvůli …..)
  - technika parafrázování
    - obdobné předchozímu - jinými slovy řeknu to, co klient říká, a čekám, jestli to klient odsouhlasí či nikoliv (př. takže je to/ jinými slovy mi říkáte ……)
  - technika interpretace
    - velmi složitá disciplína; musíme jednat velmi opatrně s klientem
    - klientovi poskytneme náš náhled na jeho situaci tím, že mu vysvětlíme, co a jak se stalo, proč se tak stalo → spíše bychom se měli snažit hodit návnadu
    - kognitivně si to prožije, ale emočně nikoliv - musel by si na to přijít sám
  - technika ujištění
    - využíváno v pedagogické praxi (možná i v logopedické - rozhovor s rodičem → př. "chápu, že je to těžké, že to je pro dítě náročné, ale vedete si dobře"); poradenský prvek
  - technika používání pomlk
    - práce s tichem - moc psychologů se do této techniky nežene
    - př. introvert - může se rozmluvit více, když mu dáme prostor; osoba, které nechce komunikovat/na terapii byla dotlačena - aktivní ticho, příjemný výraz tváře - může povolit a mluvit (př. To tady jako budeme mlčet? Já myslel, že jsem na terapii, platím si to tady.); traumatický zážitek - využití ticha se hodí
- pravidla pro řízení interview dle Chrásky:
  - vhodná situace pro rozhovor (přirozené prostředí klienta s dostatečným časovým rozpětím)

- rozhovor začínat nejobecnějšími otázkami, postupně klást otázky intimnějšího charakteru a „diagnostické“
- v úvodu rozhovoru se naladit na klienta, přizpůsobit úroveň dotazů a slovní zásobu
- otázky formulovat do krátkých a jednoduchých vět, závěr by měl pro diagnostikovaného vyznít pozitivně
- motivace klienta – zvolit např. techniku kresby, popovídat si s dítětem o obrázku
- předem si zvolit záznam interview – vhodný je skrytý audio či videozáznam, psaní během rozhovoru nese riziko nepříznivé atmosféry

Pozorování

- jedna z nejstarších a nejdůležitějších metod diagnostiky
- záměrné a plánovité vnímaní → cílem je objektivní pozorování (cíleně zaměřeno)
- může být samostatnou diagnostickou metodou (nevýhody: nejsou validní výsledky) či součástí běžného/dalšího vyšetření
- psycholog zjišťuje a zaznamenává vnější projevy chování člověka, podle nichž může usuzovat na jeho prožívání - má prvořadou důležitost při psychologickém vyšetření
- vyznačuje se stanovením cíle a vedením záznamu
- musí být dobře naplánováno, mít řád a systém
- výsledky pozorování musí být přesně zaznamenávány, psycholog musí být objektivní
- <u>můžeme se zaměřit na:</u>
  - mimiku, gestiku, řeč, emoce, sociální chování, vztah k objektům i k sobě (můžu zaměřit na to, jak se člověk chová ke svým předmětům nebo nějaké předměty dodám) → dávat si pozor na formulace, používat: je možné, zdá se, pravděpodobně, možná apod.
  - to, jak je v souladu to, jak o sobě člověk mluví a jak vypadá – šťastný člověk o tom nemá potřebu mluvit, plus když je zanedbaný, nemytý nebo když je člověk přepečlivý – kompenzace absence kontroly vnitřního pořádku, tím že kontroluju vnější vzhled apod.
- <u>dělení pozorování:</u>
  - přirozené/terénní (v přirozených podmínkách pro objektivní vyhodnocení – možnost sledovat spontánních projevů) X laboratorní
  - krátkodobé X dlouhodobé
  - volné (orientační, bezděčné, náhodné, nepodléhá žádným pravidlům, dopředu nevím, co budu pozorovat) X systematické/zaměřené/standardizované (kontrolované – předem stanovené schéma, pozornost soustředěna na výskyt jednotlivých rysů, dopředu vím, co chci zkoumat)
  - extrospekce (pozorování druhého) X introspekce (pozorování sebe sama)
  - zjevné (pozorovaný ví, že je sledován) X skryté (neví, že je sledován)
  - přímé X nepřímé
  - participované X nezaujaté
  - molekulární (na detaily zaměřené) X molární (komplexní)
  - záměrné X nezáměrné
- často se pozorování využívá u forenzní psychologie (hlavně u kriminalistiky)
- mohou však působit <u>subjektivní faktory, které situaci ovlivní</u>:
  - haló efekt = vnímáme klienta dojmem, který jsme si vytvořili při prvním setkání
  - předsudky = např. nepodložená představa o tom, že klienti z určitých společenských vrstev mají specifické negativní vlastnosti a znaky
  - stereotypizace a analogie = posuzujeme osoby na základě běžných a vžitých schémat ze společnosti
  - tradice = hodnocení osob na základě tradice společnosti (např. osoba s brýlemi představuje inteligentního člověka)
  - figura a pozadí = klienta posuzujeme na základě prostředí, ve kterém jsme se s ním seznámili

  - aktuální psychosomatický stav vyšetřujícího = pokud mě bolí hlava, je realita vnímaná také jako „bolavá“
  - regrese ke středu = tendence posuzovat nadprůměr či podprůměr spíše jako normu
  - lenienční chyba = tendence posuzovat věci shovívavěji než jsou
- tzv. kvalifikovaný odhad = využití diagnostických a profesních, ale také lidských zkušeností
- strategie pozorování:
  - izomorfní deskripce
    - vyprávěcí způsob záznamu (zachytíme co nejvíce z chování klienta v přirozené souslednosti dějů)
    - má blízko k „popisu“ či „deníku“
    - pozorovatel se oprošťuje od jakékoli interpretace pozorovaného
  - reduktivní deskripce – nástrojem pozorování se stávají posuzovací škály (jsou zatíženy subjektivitou pozorovatele)
    - škála může mít kategoriální, numerickou či grafickou podobu

Analýza produktů činnosti

- výsledky autentické činnosti klienta z jeho vlastního zájmu
- spontánní malby, básně, jiná literární činnost, amatérské výrobky, dopisy, deníky, písmo
- interpretace má klinický charakter a vyžaduje značné zkušenosti – nikdy nestavět závěr jen na této metodě, vždy je nějaký doplněk k nějaké metodě
- takto získaná data jsou jedinečná a nelze je nijak nahradit
- analýza písma
  - zkoumáním písma se zabývá *grafologie* (orientuje se na diagnostiku osobnosti) a *patografie* (věda zkoumající vady písma)
- analýza hry
  - „*hra jakožto forma činnosti, která se liší od práce i učení*“ (Pedagogický slovník - Průcha, Walterová, Mareš, 1995)
  - důležitá především v předškolním období
  - člověk se hrou zabývá po celý život, avšak v předškolním věku má specifické postavení – je vůdčím typem činnosti
  - hra má řadu aspektů: aspekt poznávací, procvičovací, emocionální, pohybový, motivační, tvořivostní, fantazijní, sociální, rekreační, diagnostický, terapeutický
  - zahrnuje činnosti jednotlivce, dvojice, malé skupiny i velké skupiny…
  - většina her má podobu sociální interakce s explicitně formulovanými pravidly
  - výchozí situace, průběh a výsledky některých her lze formalizovat a rozhodování aktérů exaktně studovat
  - *pozn. týká se hry intaktního dítěte s tím, že dítě mentálně postižené využívá obdobný hrový instrumentář – kvalitativně a kvantitativně variovaný dle stupně a typu mentálního postižení; výjimku tvoří děti s pervazivní vývojovou poruchou (PAS – porucha autistického spektra), jejichž hra má zcela odlišný charakter*
- analýza kresby
  - kresba odráží grafomotorické schopnosti dítěte, úroveň vizuomotorické koordinace a kvality vnímání, rodinné vztahy
  - z analýzy kresby vychází mnoho diagnostických postupů jak klinických, tak i standardizovaných s pevnou normou (inteligenční test Goodenough-Harris – kresba postavy, percepčně-motorický test komplexní figury, projektivní kresba začarované rodiny…)

Testové (standardizované) metody

- častější
- představují standardizovaný způsob vyšetření, při kterém se dodržují pravidla, pomůcky a jednotným způsobem se vyhodnocuje získaný materiál → přesně vymezené podmínky, jejich zadávání (administrace), hodnocení (evaluace) a vysvětlení (interpretace)
- dělení testů ve SPP:
  - didaktické
  - sociometrické
  - psychodiagnostické

Dotazník

- explorativní metoda (= zjišťují postoje, názory, hodnoty diagnostikovaného za účelem doplnění anamnestických mezer)
- metody založené na subjektivní výpovědi osoby o jejích vlastnostech citech, postojích, názorech, zájmech, způsobech reagování v nejrůznějších situacích apod.
- konstrukce vychází z principu introspekce - odpovědi jsou závislé na vnitřní poznatcích jedince
- úkolem je písemně (příp. elektronicky) zatrhnout, nebo jinak vyznačit výpověď, která nejlépe vystihuje nějaký znak
- příprava dotazníku a jeho položek je náročný dlouhý proces (minimálně půl roku)
- dotazník mí být co nejjednodušší, obsahovat pouze validní a reliabilní proměnné
- dotazník má být „user friendly“
- využívá posuzovací stupnice grafické, numerické, slovní
- maximálně má obsahovat 12-14 položek, klíčové otázky klademe na začátek
- dotazníkové metody jsou založeny na schopnostech introspekce
- z formálního hlediska rozlišujeme:
  - dotazníky (tázací věty, odpověď: ano, ne "nevím" nebo několik variant odpovědí)
    - vyžaduje větší pečlivost než příprava klasického interview
  - inventáře (oznamovací věta/výpověď, s kterou jedinec ne/souhlasí, nebo několik variant odpovědí)
- jiné dělení:
  - jednorozměrné, jednodimenzionální (měří jeden rys, ohraničený aspekt osobnosti)
    - DŽS – Dotazník životní spokojenosti, ESK, BDI – test agresivity, AS, KSAT - Škála klasické sociálně situační anxiety a trémy
  - vícerozměrné, multidimenzionální (měří více rysů, komplexní osobnost)
    - NEO, Cattel, Eysenck, Big Five, 1G PF – šestnáctifaktorový dotazník
- výhody:
  - snadná a rychlá administrace
  - rychlý a neproblematický způsob vyhodnocení
  - kvantifikace výsledků, srovnávání s normami
  - umožňují zjištění o takových oblastech, o kterých bychom se těžko dozvídali jinak
- nevýhoda:
  - závisí na úrovni introspekce dané osoby
  - předpoklad alespoň průměrného intelektu
  - při písemné formě jsou zkoumané osoby ostražitější, než při slovním projevu
  - nedostatek sebekritiky, či nadhledu, aby o sobě mohla osoba "objektivně" vypovídat
  - záměrní zkreslení: nadhodnocování, snaha jevit se v příznivějším světle
  - validační škály (lži skóre): repetice otázek, zjišťování jedné věci různými způsoby apod.
  - samotná konstrukce dotazníků - nezjišťujeme jaká osoba je, ale jak se vidí nebo chce vidět
  - schematičnost odpovědí (nuda, tendence k centrální tendenci apod.)
  - mnohoznačnost a neurčitost některých otázek - občas, trochu, výjimečně, sem tam
  - dvojité zápory: Nemám sebevražedné myšlenky. Není pravda, že nenávidím děti.
- minimalizace chyb v dotaznících:
  - přesné srozumitelné formulace
  - lži skóre

- neptat se na problém přímo, ale oklikou
- ne všechny položky mají vždy stejnou hodnotu
- vytváření trsů
- nucená volba (dva nežádoucí znaky nutnost určit, kterému dám přednost)
  - dotklo by se vás více, kdyby vás označili za lakomce, nebo darebáka?

- psychologické, pedagogické, didaktické atd.
- pozn. zvláště v psychopedii se využití dotazníků týká nikoliv klientů, ale většinou těch, kteří o ně pečují; v klinické oblasti se využívají nestandardizované dotazníky, jejichž položky „jsou šity na míru" konkrétního klienta (na rozdíl od standardizovaných dotazníků patřících do testových metod).

Didaktické testy

- zaměřeny na výsledky školního učení, tj. vědomosti a dovednosti žáků
- test je složen z testových úloh, které mohou mít volnou odpověď, stručnou, dichotomické úlohy (ano X ne) či úlohy s výběrem odpovědí
- ve SP např.:
  - Matějčkova zkouška čtení pro stanovení čtenářského kvocientu – dg. dyslexie
  - Koščův test Kalkulia II. – dg. dyskalkulie
  - Jirásek – test školní zralosti
  - Matějčkova zkouška vědomostí předškolních dětí
  - Jiráskův Test duševního obzoru a informovanosti
- klasifikace:
  - měřená charakteristika výkonu – testy rychlosti
  - stupeň dokonalosti testu a jeho příslušenství – standardizované testy doplněné manuálem
  - povaha činnosti testovaného – kognitivní, psychomotorická, …
  - míra specifičnosti učení zjišťovaného testem – testy studijních předpokladů
  - interpretace výkonu v testu – testy rozlišující, testy ověřující
  - časové zařazení do výuky – vstupní, průběžné, výstupní
  - rozsah obsahového zaměření – monotematické, polytematické
  - stupeň objektivity skórování – subjektivně či objektivně skórovatelné

Sociometrické testy (podrobněji viz psychologie – psychologické metody)

- zakl. sociometrie – Moreno
- sociometrie = soubor metod, které zjišťují a analyzují vztahy v malých skupinách pomocí preferenčních voleb (sympatie – antipatie)
  - každý člen vybírá mezi ostatními koho má raději a koho nemá rád
- volby vypovídají o atmosféře ve skupině – zlepšuje se s růstem vzájemných vazeb
- v malých skupinách – formální vztahy, neformální vztahy (ne něž se soustřeďuje právě sociometrie)
- nejužívanější metodou – sociometrický test

Psychodiagnostické metody (podrobněji viz psychologie – psychologické metody)

- psychologické testové metody dělíme dle různých kritérií (základní výčet)
  - *výkonové testy*
    - testy inteligence
      - *jednodimenzionální* (Kohsovy kostky, Ravenovy progresivní matice)
      - *multidimenzionální*/komplexní (Wechslerovy testy inteligence, Test struktury inteligence)
    - testy speciální schopností a jednotlivých psychických funkcí
      - *testy paměti* (Wechsler memory scale, Paměťový test LGT 3, Rey-Osterriethova komplexní figura)
      - Urbanův test *tvořivého myšlení*
      - Testy *pozornosti* (Test pozornosti d2, Test cesty)

- *Ozeretského škála* (hodnocení motorických funkcí)
- *percepční testy* (diskriminace tvarů, sluchová percepce)
- *školní zralost* (Jiráskův test školní zralosti, Edfeldtův reverzní test, Orientační test dynamické praxe, Orientační test školní zralosti)
- *neuropsychologické* metody
- *Bender-Gestalt test*

▪ testy vědomostí

○ *testy osobnosti*

▪ projektivní metody

- *verbální* metody (Rorschachova metoda, Hand test, TAT)
- *grafické* metody (Test kresby lidské postavy, Baum test, Kresba rodiny, Kresba začarované rodiny, Test obkreslování)
- *manipulační* metody (Luscherův barvový test, Scénotest)

▪ objektivní testy osobnosti (performační zkoušky, speciálně konstruované metody)

- *pozn. performační zkoušy - zkoušená osoba předvádí své dovednosti viditelným způsobem; standardizované zkoušky tohoto typu se realizují před komisí; zkoušený může něco vyrábět, prezentovat se hudebně (zpívat či hrát na hudební nástroj) či dramatizací, může učit žáky za účasti komise hodnotící jeho učitelské dovednosti apod*

▪ dotazníky

▪ posuzovací stupnice

○ *sociometrie*

▪ metody založené na pozorování

▪ metody založené na výpovědích členů skupiny

- se standardizovanými dotazníky pracuje psychodiagnostik na základě dlouhodobých zkušeností (př. Rorsachův test)
- speciální pedagog pracuje s „měkkými“ psychodiagnostickými postupy (např. testy specifických funkcí a schopností)

○ *vývojové škály*

▪ Buhlerové-Hetzerové Kleinkinder tests

▪ Mnichovská funkcionální diagnostika

▪ Vývojový screening

▪ Brazeltova škála chování novorozence

▪ Bayleyové stupnice dětského vývoje – Testcentrum, 1993

▪ Gesellova vývojová škála

▪ Vinelandská škála – Kožený, 1974

▪ Škála funkční nezávislosti – Hanák, 2005

▪ 260 cvičení pro děti raného věku – Strassmeier, 1996

▪ Portage – DC Paprsek

○ *Testy a diagnostiké publikace*

▪ Heidelberský test vývoje řeči – HSET – Grimmová, Scholet, Mikulajová, 1997

▪ Diagnostika předškoláka – správný vývoj řeči dítěte – Klenková, Kolbabková, 2002

○ další zkoušky:

▪ Verbální dyspraxie – Dvořák, 2003

▪ Diagnostika dítěte předškolního věku – Bednářová-Šmardová, 2007

▪ Spec.ped. vyšetření pro zhodnocení impresivní řeči a impresivních jazykových schopností – Hemzáčková, 2001

  - + percepční a motorické zkoušky, zkoušky školních schopností a dovedností, zkoušky sociálních dovedností (viz níže)
- percepční testy (zkouška vizuální a auditivní percepce → dg. školní zralosti, syndromu ADHD a SPU)

Hlavní oblasti SPP diagnostiky podle zaměření

Smyslová percepce (bezprostřední poznání)

- zajímají nás všechny smysly: vestibulární, taktilní, kinestetická, vizuální, auditivní i rytmická složka
- vizuální a auditivní percepce – zda je klient schopen sluchové a zrakové diskriminace (jestli odlišuje sluchové a zrakové podněty)
- fonematický sluch a grafomotorický vizus – schopnost odlišovat fonémy (slyšené hlásky) a grafémy (psané hlásky, písmena)
- sluchová a zraková syntéza a analýza
- vizuální percepce
  - orientační vyšetření zraku provádí pediatr, poté oční specialista (orientační vyšetření může provádět i logoped)
  - *Tvarový test* (Bender-Gestalt test – Benderová), 1938
  - *Reverzní test* (Edfeldt, česká verze Malotínová), 1973
  - *Test diskriminace tvarů (Švancara)*
  - *Vývojový test zrakového vnímání* (Frostigová, česká verze Krallová), 1969
  - OZOP – *orientační zkouška očních pohybů* (P. Svoboda)
  - *Bentonův vizuální retenční test* (česká verze Preiss, Testcentrum)
  - *Test cesty* – Trail Making Test
- auditivní percepce
  - speciální vyšetření sluchu je v kompetenci lékařů – foniatrů, audiologů + ORL, logoped provádí orientační vyšetření a vyšetření úrovně fonematického sluchu
  - orientační *sluchová zkouška*:
    - Metoda manželů Ewingových
    - Slovní orientační vyšetření sluchu – šeptaná řeč, hlasitá řeč
  - *Zkouška sluchové diferenciace* (Wepman, pro české prostředí Matějček), 1987
  - *Zkouška sluchové analýzy a syntézy* (Matějček), 1973
  - *Test sluchové analýzy pro předškolní děti* (Eisler, Mertin)
  - *Hodnocení fonematického sluchu u předškolních dětí* (Škodová, Michek, Moravcová), 1995
  - *Zkouška smyslu pro rytmus* (Žlab), 1960

Motorika

- = pohybová schopnost člověka
- zaměřujeme se na to, jestli má dítě motoriku dostatečně vyvinutou a jestli odpovídá úrovni běžného dítěte
- vývoj hrubé motoriky (otáčení hlavy, pasení koníčků, lezení, sed s oporou a bez opory, chůze, poskoky, chůze do schodů…)
- vývoj jemné motoriky (špetkový úchop, manipulace s předměty, lžící…) – hodnocení:
  - *Walterova zkouška*
  - *navlékání korálků*, *stavění věže z kostek* apod. – u předškoláků
  - *hodnocení písemného projevu* – u školáků
- oromotorika – hodnocení:
  - *Orientační zkouška oromotoriky mluvidel* (Tomická), 2006
  - *Test aktivní mimické psychomotoriky* (Kwint), 1934
  - *Test izolovaných orálních pohybů* + *Test orálních sekvencí* (LaPointe, Wertz), 1974
- grafomotorika (dispozice a dovednost psaní a kreslení)
  - diagnostika kresby je významná

- můžeme poznat vztahy v rodině, mezi kamarády, jak dítě prožívá některé události
- využívá se kresba domu, stromu, rodiny… (k využití těchto metod je třeba zaškoleného odborníka → PSYCHOLOGA!); ostatní je mohou využít spíše jako ice-breaker, jako výplňkovou činnost, příp. pro své vlastní účely (avšak neměly by interpretovat v psychologickém smyslu)
- 1 rok – čáry, čmárání, dítě motivuje, že pohybem zanechává čáru, proto pokračuje a zlepšuje se
- 2 roky – vytváří kruhy a elipsy
- 3 roky – hlavonožec (hlava bez detailů, z hlavy vyrůstají čáry dolů – končetiny)
- 4 roky – jednoduché kresby slunce, mraků, zvířat
  - kreslí lidskou postavu se všemi končetinami, bez detailů.
- 5 roků – lidská postava se všemi detaily
  - pokud je kresba dostatečně vyvinutá, je dle psychologů dítě připraveno na vstup do ZŠ
- hodnocení:
  - rozbor kresby a grafického projevu jedince
  - můžeme pozorovat: nadměrný přítlak, tremor, obtíže ve zvládání tvaru grafému, obtíže při napojování grafémů do slov, nadměrná velikost či šířka, pomalé tempo psaní, obtíže v držení linie, dodržení uspořádání na ploše, nejistota, neznalost tvarů, obtíže s vybavením si tvarů
  - v předškolním věku mluvíme o *obtížích grafomotorických*
  - v přetrvání a poté ve školním věku se projevují jako *specifické vývojové obtíže dysgrafického charakteru*
  - hodnotíme držení psacího náčiní – vývoj úchopů:
    - radiálně-palmární (dlaňový) – 4-6 měsíců
    - jemný pinzetový (klíšťový) – 11-13 měsíců
    - dovnitř otočený příčný úchop – 18-24 měsíců
    - příčný úchop s nataženým ukazováčkem – 3-4 roky
    - držení tužky v ruce (špetkový) – 3-4 roky
    - správný úchop – 5-7 let
  - pozornost zaměřujeme na projevy organicity v kresbě:
    - sklon postavy větší nebo roven 95° nebo menší nebo roven 85°
    - dvojité grafické linie
    - přerušované grafické linie
    - známky tremoru (= roztřesené linie)
    - nenavazující grafické linie
    - nekoordinovanost
    - nadměrný přítlak
    - spasticita (= ztuhlost svalstva horních končetin) grafické linie – dokazují ostré hrany grafické stopy

- vizuomotorika - koordinace oko-ruka
- psychomotorika - koordinace vědomého ovládání pohybového ústrojí
- diagnostické nástroje:
  - *Ozeretzského test*, 1923 – Gollnitzova modifikace, 1973
  - *MABC-2 Test motoriky pro děti*

Lateralita

- nerovnoměrné využívání párových hybných (ruka, noha) a senzorických (oko, ucho) orgánů
- lateralita je odrazem dominance mozkových center
  - nejznámější projevy laterality jsou praváctví a leváctví

- vývojová (leč fyziologická) úchylka organismu dle jeho středové roviny ve smyslu nadřazenosti jedné strany nad druhou či upřednostnění jednoho z párových orgánů hybných a smyslových jako výraz funkční specializace (tzv. dominance) mozkových hemisfér
- v poradenství stojí v popředí lateralita očí a rukou
- Zkouška laterality dle Matějčka a Žlaba
    - zkouškami laterality zjišťujeme, kterou ruku (nohu, oko, ucho) klient upřednostňuje, např. která ruka je „šikovnější“, nebo zda je klient stejně „šikovný“ na obě ruce a má lateralitu rukou nevyhraněnou, pak hovoříme o tzv. *ambidextrii* (ve zkratce A)
    - 10 základních úkolů pro horní končetiny (korálky do lahvičky, zasouvání kolíčků, klíč do zámku, míček do krabičky, jakou máš sílu: stiskni mi ruku, stlač mi ruce k zemi, sáhni si na ucho, nos atd., jak nejvýš dosáhneš, tleskání, jehla a niť + mnutí rukou, strouhat mrkvičku)
    - 2 zkouškové úlohy pro oči (manoptoskop, kukátko)
    - 4 zkouškové úlohy pro dolní končetiny (vystoupit na židličku, posunovat kostku po čáře, skákat po jedné noze; zvedni nohu, jak nejvýš dokážeš!)
    - 1 úloha pro uši (poslechni si hodinky)
    - *kvocient pravorukosti* = DQ (Dextrity Qutient, lat. dexter = pravý)

$$DQ = \frac{P + A/2}{N} * 100$$

    - stupňová vlastnost laterality je kvalitativně i kvantitativně vyjádřena v následujícím rozložení:

P	vyhraněné, výrazné praváctví	DQ = 100 – 90
P-	méně vyhraněné praváctví	DQ = 89 – 75
A	nevyhraněná lateralita (ambidextrie)	DQ = 74 – 50
L-	méně vyhraněné leváctví	DQ = 49 – 25
L	vyhraněné leváctví	DQ = 24 – 0

    - typ laterality vyjadřuje vztah mezi funkční lateralitou horních končetin a očí
    - typ laterality může ovlivňovat činnosti, které vyžadují jemnou koordinaci ruky a oka
    - *lateralita souhlasná* (stranově se shoduje lateralita ruky a oka)
        - P/p, P-/p, L/l, L-/l
    - *lateralita zkřížená* (ruka je vzhledem k oku kontralaterální, strannost je opačná)
        - P/l, P-/l, L/p, L-/p
    - *lateralita neurčitá* (buď ruka, nebo oko, ruka i oko vykazují známky ambidextrie)
        - P/a, P-/a, L/a, L-/a, A/a, A/p, A/l
- Zkoušky manuální proficience
    - *nakresli domeček*…
        - nejdříve jednou, a pak druhou rukou
        - přeložíme papír formátu A4, klienta vyzveme, aby na jednu polovinu nakreslil jednou rukou domeček, pak na druhou polovinu papíru tak, aby klient neviděl první domeček, klient nakreslí domeček druhou rukou
        - zaznamenáme, kterou rukou klient kreslil
        - při hodnocení sledujeme energičnost tahů, drobné detaily, pevnost linií, komentáře klienta
    - *Bimanuální tečkovací test* (tapping)
        - klient tečkuje jednu minutu jednou rukou
        - poté jednu minutu druhou rukou
- Zkoušky unimanuální preference
    - zjišťují, kterou ruku klient používá přednostně nebo zda při opakování úlohy ruce střídá
    - takovou zkouškou je např. stavba věže z kostek
    - nejvyšší patra věže klient staví rukou, která je „šikovnější“, případně oběma

- Zkoušky bimanuální preference
    - výkon vyžaduje obě ruce, přičemž jedna je aktivnější, druhá má pomocnou úlohu
    - např. při zatloukání hřebíku jde o složitý úkon vyžadující dobrou spolupráci obou horních končetin, ale i o sílu a pohybovou šikovnost

Orientační funkce

- časoprostorová orientace (orientace časem a místem)
- orientace v tělesném schématu (nahoře, dole, vpravo, vlevo…)
- orientace osobou

Intelekt

- tvoří jádro většiny vyšetření ve školském poradenském zařízení (ŠPZ)
- zajímá nás hlavně:
    - struktura inteligence a IQ
    - myšlenkové operace
    - organizace a plánování
    - úsudek
    - řešení problémů
    - kognitivní styl

Paměť

- velmi důležitá kognitivní funkce, kterou lze dělit z hlediska časového (krátkodobá, střednědobá, dlouhodobá)
- zajímá nás vštípivost, udržení a vybavitelnost paměťových (mnestických) obsahů
- explicitní paměť - uchování, pamatování si faktických informací
- implicitní paměť - uchování si dovedností
- dělení (časová délka uchování informací)
    - krátkodobá paměť = pracovní
    - střednědobá paměť – pamětné operace
    - dlouhodobá paměť – schopnost uchování informací od několika hodin až po celou délku života
- diagnostické nástroje (nejsou standardizované testy a zkoušky)
    - kategorie – pracovní paměť – vizuální, auditivní, sémantická
        - okamžité pamětní reakce, reprodukování nepřesahuje čas několika sekund
        - testy: *opakování čísel* nebo *jmenování zapamatovaných předmětů*
    - kategorie – střednědobá paměť – vizuální, auditivní, sémantická
        - vybavování pamětních stop – při reprodukování se vrací zpět do doby před několika minutami
        - testy: *Rey-Osterriethova komplexní figura* – reprodukce po 3 minutách
    - kategorie – dlouhodobá paměť – vizuální, auditivní, sémantická
        - obsahuje paměť explicitní a implicitní
        - testy: *dotazníky pro rodiče a osoby*, jimiž jsou děti svěřeny, anamnestické údaje + *posouzení orientace*

Pozornost

- další kognitivní funkce, která završuje bazální kognitivní triádu zprostředkovaného poznání (tj. poznávání především skrze myšlení a slovo)
- diagnostika se zaměřuje na udržení záměrné pozornosti, přesouvání pozornosti a rozdělení pozornosti
- k měření pozornosti se využívá celá řada psychometrických nástrojů
    - *Sub-testy*, kde vyžadováno řadit k sobě prvky dle určitého kritéria/pravidla
    - posuzujeme i při *opakovaných pokusech*
- klinická interpretace slouží k získání informací o pracovním stylu dítěte, jeho pečlivosti, míře unavitelnosti
- nevýhodou je věkové omezení (většina testů pro děti od 8. až 9. roku věku, horní hranicí je 15. let)

- v ČR užíváme:
  - *Číselný čtverec* (Jirásek)
  - *test koncentrace pozornosti* (Kučera)
  - + metoda pozorování a kvalitativní rozbor chování jedince

Fatické funkce

- součástí symbolických funkcí, základním elementem je slovo (řadíme sem také gnozii a praxii)
- řečové funkce se zaměřují na řeč slyšenou, viděnou, psanou a artikulovanou
- diagnostika je důležitá u dětí se sluchovým postižením, řečovými obtížemi, s MP, PAS
- v diagnostice se opíráme o mezníky ontogeneze řeči – zjištění dosažené úrovně vývoje řeči – určení verbálního věku
- v raném věku – senzomotorické dovednosti, kognitivní předpoklady řečového vývoje, komunikační chování
- starší věk – vycházíme ze stupně postižení – hlavním dg. materiálem je hra, pozorování, dokumentace a rozhovor s rodiči
  - posouzení úrovně exprese i imprese, výslovnosti a celkové vyjadřování + rytmus, tempo, síla a melodie řeči
  - motorika mluvidel
  - oční kontakt, gesta, mimika, řeč těla, vokalizace a neverbální jednání celkově
  - AAK
- řečové a jazykové dovednosti
  - diagnostické nástroje sloužící k hodnocení *slovní zásoby* - slovní zásoba = rozvoj myšlení dítěte
  - aktivní slovní zásoba: rozhovor, práce s obrázky, testy na slovní zásobu
  - pasivní slovní zásoba: pozorování, pochopení pokynů, úkolů a otázek
    - *Peabody obrázkový test* (PPVT) – (otec a syn Dunnovi), 1979
    - *Obrázkově slovníková zkouška* (OSS) – (Kondáš), 1972
  - TEKOS I, TEKOS II – *Test komunikačního chování*
- vyšetření porozumění řeči
  - užijeme předměty denní potřeby – logoped pojmenuje, klient ukazuje
  - fotografie, kreslené či malované obrázky
  - porozumění řeči vyšetříme prostřednictvím pokynů – klient je realizuje
  - pokud již klient umí číst, vyšetřujeme pomocí čtení s porozuměním
- vyšetření produkce řeči (sledujeme všechny jazykové roviny)
  - foneticko-fonologická rovina – sledujeme oblast respirace, fonace a artikulace, rezonance, prozodické faktory
  - lexikálně-sémantická rovina – chápání významu slov a vět + přenesené významy slov (metafory a přísloví)
  - morfologicko-syntaktická rovina – užívání slovních druhů, skloňování a časování, zájmena, stupňování přídavných jmen, příslovcí, odvozování slov + dysgramatismy ve větách, tvoření vět, celkový dojem z promluvy klienta
    - diagnostikujeme výskyt *dysgramatismů*, *osvojení gramatických struktur* (skloňování, časování, stupňování, …), *tvoření vět*, *jazykový cit* – schopnost dítěte zvládat pravidla jazyka bez jeho teoretického osvojení
    - testy:
      - *Opakování vět podle Grimmové*, 1973
      - *Zkouška jazykového citu* (Žlab), 1992
  - pragmatická rovina – schopnost vyjádřit jazykové záměry, schopnost konverzovat (turn-talking) – zrakový kontakt, neadekvátní koverbální chování

- napříč všemi jazykovými rovinami uplatňujeme: pozorování, spontánní mluvní projev, řízený rozhovor, pojmenování předmětů, fotografií či obrázků, popis situačních obrázků, vyprávění na dané téma, zpěv písní + se souhlasem rodičů je možné pořídit videozáznam
- dále uplatňujeme:
    - F-F rovina: opakování slov, sluchovou analýzu a syntézu, rytmickou reprodukci na bzučáku, prodlouženou fonaci
    - L-S rovina: slovní a číselní řady, dějovou posloupnost, tvoření vět na zadaná témata
    - M-S rovina: opakování slov, vět a souvětí, reprodukci vyprávěného či přečteného, doplňování vět, tvoření vět, tvoření odvozených vět, pojmenování předmětu – jednotné i množné číslo

Emoce

- diagnostika je důležitá u dětí s psychickými problémy a poruchami chování, dětí z nepodnětného sociálně-kulturního prostředí, dětí deprimovaných a klientů s rizikovým chováním

Adaptabilita a sociabilita

- také důležitá u dětí s psychickými problémy, PCH, z nepodnětného prostředí a u jedinců s MP
- rodinné zázemí, školní prostředí, vrstevnické vztahy…
- mezi projevy špatné socializace patří:
    - problémy s komunikací
    - malá aktivita ve společnosti
    - odmítání zapojit se do společenských aktivit
    - nerespektování společenských norem
- socializace se sleduje prostřednictvím dotazníků, pozorováním, pomocí testů apod.

Chování

- posuzuje spíše psycholog
- hlavní diagnostickou metodou je zde pozorování a rozhovor s rodiči

Výsledky činností

- rozbor činností dětské tvorby – kresba, psací projev
- rozbor deníku

Dovednosti a návyky + sebeobsluha

- pozorování v kolektivu dětí – mateřská škola
- rozhovor s rodiči – cílené otázky na samoobsluhu

Edukativní schéma

- tzn. úroveň školních vědomostí, dovedností, návyků, postojů, zájmů

Důležitá je také **diagnostika školní zralosti** a **školní připravenosti**

- *Jiráskův test školní zralosti* – 3 úkoly
- *MaTeRS* – Test mapující připravenost pro školu
- školní zralost nelze výrazně ovlivňovat, dobrá příprava znevýhodněného dítěte pro vstup do školy je zásadním předpokladem k tomu, aby zvládlo životní přelom co nejlépe
    - školní zralost – mezi základní dg. situace patří hra, kresba, vyučování
        - během celého vyšetření je třeba dítě pozorovat a sledovat jeho chování
        - výsledky je nutno analyzovat a slovně se o nich vyjádřit
        - nespoléhat se jen na bodové ohodnocení!!!
    - sleduje se fyzický vývoj (tzv. filipínská míra), psychický (slovní zásoba, vada řeči) a sociální (jméno, věk, rodiče, členové rodiny), emocionální vývoj (reakce dítěte na školu, odloučení od rodičů)
    - *Kern-Jiráskův test* – obsahuje verbální část (rozhovor s p. učitelkou) a neverbální část (obkreslit skupinu bodů, nakreslit 4 geometrické tvary, obkreslit větu P i L rukou, namalovat postavu muže se všemi detaily)
- dostupná kvalitní péče a pomoc pro jedince se SP je méně účinná, pokud nejsou případy včas podchyceny

- někdy sehrávají svou roli obavy, stud, váhání rodiny nebo klientů, nebo nesprávná a nepružná diagnostika
- depistáž a dispenzarizace (screening a systematické sledování) jsou v současnosti relativně omezeny (ochrana osobních údajů, chybějící komunikace mezi odborníky – lékaři, psychology, speciální pedagogy, sociální pracovníky…)

ÚKOLY SPP DIAGNOSTIKY V OBDOBÍCH VÝVOJE

- z hlediska jednotlivých životních období se může diagnostika týkat:
  - raného a předškolního věku,
  - období školní docházky včetně dospívání,
  - dospělosti,
  - stáří
- v rámci speciálně-pedagogické dg. se snažme postižení/deficit/poruchu u dětí odhalit, co nejdříve vzhledem k postižení – může tak dojít, k co nejrychlejšímu počátku terapie a docílit tak nejlepších výsledků – neuroplasticita mozku dětí!
- novorozenecký screening pro odhalení závažných poruch
- screeningové metody v raných stádiích – pediatři
- pravidelné kontroly u pediatra – dětského lékaře

Raný a předškolní věk

- včasné zachycení poruchy a zahájení speciálně výchovné péče, která minimalizuje negativní důsledky typu postižení, kterými bývá právě retardace neuropsychického vývoje
- speciální péče musí probíhat komprehenzivně, tedy s účastí zdravotnické, rehabilitační, výchovně-vzdělávací a sociální složky
- vždy by se mělo jednat o komplexní přístup pracovníků různých oborů
- důležité je realizovat diagnostiku v přirozeném prostředí dítěte, a to spíše nenápadně, aby dítě nevědělo, že jeho činnost je předmětem speciálního zájmu
- požadavky na dítě musí být přiměřené jeho věku, hlavně jeho mentální úrovni a chápání situace, druhu, stupni a trvání defektu
- zaměřujeme se na <u>následující oblasti:</u>
  - hrubá a jemná motorika
  - lateralita
  - sebeobslužné činnosti
  - rozumové schopnosti
  - verbální schopnosti
  - citová oblast a sociabilita
- stanovuje se prognóza

Období školního věku

- vyplývá hlavně z převládajících aktivit dítěte
- u řady postižených dětí musíme počítat s opožděnou školní zralostí a v důsledku tohoto zařizujeme pro dítě alespoň jeden odklad školní docházky (často u dětí s kombi vadami, s MP)
- je možná integrace do běžné školy s výjimkou MR nebo mohou navštěvovat speciální školu
- v případech těžšího postižení (DMO kombinované s MR) je vhodné, aby dítě docházelo do stacionáře (probíhá zde nadále odborná diagnostika, na kterou navazuje speciálně pedagogická práce s dítětem), s možností vzdělávání v rámci přípravného stupně
- již v průběhu školní docházky je třeba dítě cíleně připravovat na budoucí volbu povolání a profesionální orientaci

Diagnostika v dospělosti

- většinou se setkáváme s postižením jako následkem závažného úrazu a poškození mozku, které může být spojeno s demencí

  - déle kvůli amputaci, nádorového onemocnění, obrny aj.
- důležité je určení prognózy dalšího uplatnění člověka ve společnosti.
- často je nutná rekvalifikace rekvalifikace
- primární důležitost zde má pracovní a sociální rehabilitace uskutečňovaná v rámci komplexní péče

Diagnostika ve stáří

- velký podíl mozkových příhod
- nižší schopnost adaptace postiženého jedince, zpravidla poznamenané osamělostí v důsledku úmrtí životního partnera, úbytkem sil a vůle k životu
- často dochází k projevům demence a případně psychických chorob
- důležitým úkolem všech zúčastněných odborníků je respektovat stáří a lidskou důstojnost, snažit se o empatii a vcítění do stavu postiženého člověka, který má právo na úctu ke své osobě

Specifika vývoje dítěte se SP

Děti s ohroženým vývojem

- předčasně narozené
- s nízkou porodní hmotností
- s negativními okolnosti okolo porodu
- děti s vrozenými vývojovými vadami
- celkový vývoj je ohrožen – různorodá úroveň poškození CNS, syndrom respirační tísně a metabolickými změnami – následkem může být vznik DMO, poruch smyslového vnímání, MR, poruch pozornosti či učení

Děti se zrakovým postižením

- těžká vada zraku – nevidomost, zbytky zraku
  - rodiče mohou identifikovat, dítě nereaguje na zrakové podněty
  - novorozenec s těžkým zrakovým postižením
    - nutný haptický stimul – haptický kontakt, konejšení a stimulace hlasem a přiměřenými zvuky
    - zraková stimulace – využití zbytků zraku
    - vykonávají rodiče pod odborným vedením s řadou speciálních pomůcek
    - podpora motorického vývoje, rozvoj JM, sluchového vnímání, komunikace a sociálního kontaktu s rodiči, sebeobsluhy a orientace v prostoru
- lehčí vady – slabozrakost, poruchy binokulárního vidění
  - rozpoznání v raném věku je obtížné – odborné lékařské vyšetření při podezření rodiči + funkční vyšetření zraku ve střediscích rané péče
- vývoj dětí s lehčí vadou zraku probíhá obdobně jako u dětí vidících, u těžších vad jsou viditelné rozdíly (hlavně v oblasti motorického vývoje – orientace, rovnováha, koordinace pohybů)

Děti se sluchovým postižením

- screening sluchu novorozenců
- odlišnosti ve vývoji dítěte se SP nebývají do 1 roku věku nápadné – můžeme si všimnout ustání pudového broukání, které nepřechází v napodobivé žvatlání z důvodu nedostatečné sluchové kontroly
- později: rodiče si všímají reakcí na zvukové podněty, porozumění slovním pokynům a mluvních projevů
- pravidelné zkoušky sluchu a preventivní prohlídky
- vyšetření ORL lékařem – v 5 let věku dítěte (hrazeno zdravotní pojišťovnou)
- desatero pro screeningu sluchu 5letých dětí
  1. Praktický dětský lékař posílá dítě v rámci preventivní prohlídky v 5 letech dítěte na vyšetření sluchu k ORL lékaři nebo foniatrovi.
  2. Screening sluchu v 5 letech věku se neprovádí u dětí, u kterých již byla diagnostikována trvalá porucha sluchu v minulosti nebo celkový a mentální stav dítěte nedovoluje vyšetření tónovou audiometrií.
  3. Screening sluchu provádí ORL lékař nebo foniatr.
  4. Obsahem screeningu sluchu 5letých dětí je anamnéza osobní a rodinná, spolu s ORL vyšetřením včetně otoskokopie a tónová audiometrie.

5. Tónová audiometrie se provádí v audiologické komoře nebo v tiché místnosti. Do sluchátek umístěných na uších dítěte pouští audiologická sestra tóny definované intenzity na frekvencích 0,5, 1, 2 a 4 kHz. Výsledek vyšetření hodnotí ORL lékař nebo foniatr.
6. Výsledek screeningu předává lékař ORL/foniatrie formou zprávy praktickému dětskému lékaři.
7. Screening vykazuje lékař zdravotní pojišťovně jako zdravotní výkon „Audiometrický screening sluchu dítěte ve věku 5 let (kód 71112)".
8. Výsledek tónové audiometrie je zapsán lékařem ORL/foniatrem nebo dětským lékařem do Zdravotního a očkovacího průkazu dítěte na stránku preventivní prohlídky v 5 letech dítěte (tónová audiometrie v normě, nedoslýchavost vlevo, vpravo nebo oboustranně).
9. V případě poruchy sluchu provede ošetřující ORL lékař nebo foniatr další vyšetření k diagnostice nedoslýchavosti a naplánuje další postup.
10. Seznam ORL a foniatrických pracovišť provádějících screening sluchu v 5 letech dítěte tónovou audiometrií lze nalézt na http://www.otorinolaryngologie.cz/

- foniatrie – diagnostika sluchového postižení
  - objektivní metody (BERA, SSEP) – u malých dětí bez jejich spolupráce
  - subjektivní až u dětí straších
- v případě potvrzení SP jsou indikována sluchadla – foniatrem průběžně nastavována, aby byla kompenzace, co nejefektivnější
- pokud je SP těžšího charakteru a po půl roce nošení sluchadel neprospívá, nejsou žádné benefity ve sluchovém vnímání při nošení sluchadel – kandidát na KI (www.ckid.cz)
- podpora zaměřena na sluchové vnímání pomocí kompenzační pomůcky, rozvoj komunikace (orální, manuální – ZJ) – vše dle individuálních možností dítěte a rodiny

Děti s MR a PAS

- u dětí s mentálním postižením – nerovnoměrný psychomotorický vývoj již v kojeneckém věku
  - nejvýraznější je opoždění v řeči, JM a kognitivních procesech
  - psychologická diagnostika: Gesselovy škály hodnotící psychomotorický vývoj dítěte do tří let
- PAS – triáda – kvalitativní poškození v oblasti sociální integrace, komunikace a omezené stereotypní opakující se zájmy a aktivity
  - diagnostika PAS: dlouhé období hledání diagnózy
  - dg. provádí pouze odborná pracoviště (viz www.nautis.cz) – dětský psychiatr
  - podpora: zaměřeno na celý komplex psychomotorického vývoje
  - v raném věku – podpora komunikace, sebeobslužných činností, poznávacích schopností, sociálních dovedností, JM, hry (zdroj poznání)
  - celá řada stimulačních a podpůrných programů

Děti s tělesným postižením

- postižení lebky, páteře, končetin i svalů – jako následek poruchy hybnosti
- největší skupinou jsou centrální obrny, které vznikají na základě poškození mozku v prenatálním období, při porodu či po něm (krátce)
- v kojeneckém věku propojen vývoj poznávacích schopností s motorickým vývojem, pozorujeme tedy celkové opoždění vývoje
- podpora: Vojtova metoda reflexní lokomoce, Bobath koncept

Děti s více vadami/ kombinovaná postižení

- v raném věku se nejčastěji setkáváme s kombinací tělesného a mentálního postižení, bývají doplněna postiženími smyslovými
- specifickou skupinou je duální postižení sluchu a zraku – nejtěžší postižení
- podpora v duchu komplexní rehabilitace dle individuálních potřeb každého jedince
  - fyzioterapie, logopedie, bazální stimulace, Snoezelen, a další
  - hluchoslepota – významné je vytvoření komunikačního systému (dle potřeb)

Děti s NKS

- raný věk je specifický pro rozvoj předřečových dovedností a následné mluvené řeči
- nejčastěji: symptomatické poruchy řeči (DMO, MR, SP, ZP, PAS + děti s více vadami)

Zdroje:

- 01-04 | Úvod do speciální pedagogiky – kpt. Speciálněpedagogická diagnostika
- Josef Slowík – Speciální pedagogika
- Milan Valenta – Přehled speciální pedagogiky
- https://www.vysokeskoly.cz/maturitniotazky/pedagogika/specialne-pedagogicka-diagnostika

ETIOLOGIE VE SPECIÁLNÍ PEDAGOGICE

8. Etiologie ve speciální pedagogice – vymezení termínu, endogenní a exogenní příčiny; anorganické, organické a psychosociální příčiny působící v pre-, peri- a postnatálním období; prevence ve speciální pedagogice.

ETIOLOGIE V SP (Slowík)

- ***Proč zjišťovat příčiny vzniku postižení?***
  - umožňuje hledat a využívat prevenci vzniku jednotlivých vad a poruch
  - umožňuje správně indikovat terapii a nápravu
  - umožňuje stanovit realistickou prognózu dalšího vývoje
- i když máme moderní a vyspělé možnosti a prostředky (v genetice, teratologii), není vždy možné příčinu stanovit
- často jde o multifaktoriální etiologii → kombinace několika příčinných souvislostí
- všechny faktory, které způsobují vznik vad a poruch u člověka, mohou vyvolávat několik projevů:
  - jiná závažnost
  - nebo mohou vznikat v různých obdobích v životě
- riziko vzniku vývojových vad a poruch bývá většinou vázáno na určité období ontogeneze

EXOGENNÍ faktory

- **prenatální období**
  - období do porodu (neonatologové: od početí do 28. týdne gravidity)
  - anorganické příčiny
    - fyzikální (mechanické působení)
      - zhmoždění, stlačení, zlomení
      - barotrauma – postižení středouší při změně tlaku (citlivé jsou i plíce, duté orgány, paranazální dutiny)
      - kymácení a otřesy
      - hluk a vibrace – při dlouhodobém působení zvýšených hladin zvuku dochází k poškození sluchu
      - elektrický proud
      - teplo a chlad
      - elektromagnetické vlnění (UV, IF, RTG)
      - dále: přetížení a beztížný stav, tlak vzduchu
    - chemické (léčiva, chemické látky)
      - cesty průniku chemických látek
        - vdechováním (plyny a aerosoly)
        - alimentární cestou (pevné látky a tekutiny)
        - kůží (tekutiny)
        - krevní cestou (tekutiny)
      - podle původu chemických látek
        - anorganické
        - organické (syntetického původu, přirozeně živočišné a rostlinné toxiny a jedy)
    - biologické příčiny (působení bakterií, virů, plísní a negativní soužití matky a plodu)
      - cesty nákazy: vzdušná, alimentární, dotykem (kůží), krevní a lymfatickou cestou, sexuálním stykem, výjimečně přímo do CNS (neurochirurgické operace nebo trauma)
      - obecně nazýváme působení většiny biologických faktorů *infekcí* – provázená zánětlivými projevy tkání
      - odpovědnost za průběh nemoci má celkový stav organismu, imunita, hladiny protilátek, účinná léčba
      - nositelem nákazy může být člověk, zvíře, hmyz, ale i kontaminovaná půda, voda nebo ovzduší či potraviny
      - priony, viry, bakterie, plísňová onemocnění, parazitární onemocnění, účinky toxinů a jedu
    - psychické a sociální (stres, sociálněpatologické prostředí)
    - nutriční (nesprávná výživa)

- embryonální období (zárodečné) – do 9. týdne těhotenství
  - např. *zarděnky* (rubeola) – může způsobit vážné srdeční vady, postižení sluchu…
    - šíření kapénkami (postižený je infekční už před prvními příznaky nemoci), přes placentu
    - projevy: vyrážka začínající na obličeji → šíří se na celé tělo, na sliznici patra skvrny, zduření mízních uzlin
    - infekce matky v prvních 4 měsících těhotenství způsobuje potrat či vznik vývojových vad plodu (plod je nejvíce ohrožen rubeolou v prvním trimestru)
    - riziko poškození plodu je významné → genetická konzultace → možnost umělého ukončení
    - kongenitálně získané zarděnky se projevují tzv. Greggovým syndromem (hluchota, srdeční vady, katarakta, postižení CNS, anomálie zubů, petechie, ikterus)
    - pouze symptomatická léčba
    - ale očkování – MMR vakcína (obsahuje oslabené viry spalniček, příušnic, zarděnek)
    - první dávka se podává po 15. měsíci věku dítěte
    - přeočkování za 6-10 měsíců
- fetální období (plodové) – od 9. týdne těhotenství do porodu
  - např. *cukrovka* (diabetes mellitus), může být mimo jiné příčinou malformací páteře a dalších ortopedických vad)
    - autoimunitní chronická onemocnění.; porucha metabolismu sacharidů
    - *typ I. a typ II.* – vznikají nedostatkem nebo inzulinu; mají podobné příznaky, ale odlišné příčiny vzniku
      - I. – vzniká destrukcí buněk vlastním imunitním systémem → absolutní nedostatek inzulínu, doživotní závislost na aplikaci inzulínu
      - II. – slinivka produkuje nadbytek inzulinu, ale tělo je na inzulin rezistentní
    - diabetes v těhotenství → až u 17% žen, zachycen při krevních testech mezi 24.-28. týdnem těhotenství – riziko předčasného porodu/císařského řezu → gestační diabetes po porodu zpravidla mizí (kontrol 3-6 měsíců)
    - rizikové faktory rozvoje GDM: diabetes 2. typu v rodině, věk nad 30 let, obezita (děti mají sklon k nadváze a obezitě – tedy i k II. typu), nedostatek fyzické aktivity, zvýšený krevní tlak → diabetická fetopatie (vyšší porodní hmotnost, nad 4000 g, ohrožení hypoglykemií, poruchami dýchání, novorozeneckou žloutenkou)
  - vždy tedy hrozí největší riziko poškození těch orgánů a funkcí, jejichž vývoj je v aktuálním ontogenetickém období nejvíce dynamický
  - infekce matky během těhotenství, špatná výživa v těhotenství, působení záření a toxických látek, úrazy matky

- **perinatální období**
  - mimořádně rizikové období
  - období samotného porodu a období krátce před ním a po něm
  - dítě přichází na svět a musí absolvovat náročnou změnu prostředí, přestává být chráněno uvnitř těla matky a stává se svébytným lidským jedincem
  - ohrožující je samotný akt porodu (přirozenou cestou nebo operačním zákrokem), ale také aklimatizace dítěte v nových životních podmínkách
  - mezi nejčastější příčiny vzniku postižení patří drobné či závažnější poškození mozku dítěte (mechanickým pohmožděním hlavičky, omezením přístupu kyslíku), novorozenecké infekce nebo vážné poporodní komplikace
  - Apgar skóre
    - bodovací systém k orientačnímu zhodnocení stavu novorozence hned po narození
    - 3 čísla od 0 do 10, které jsou součtem hodnot zjištěných v 1., 5. a 10. minutě životě dítěte
    - sledovaná kritéria jsou ohodnocena 2 body (čím nižší hodnoty, tím méně příznivý stav dítěte) → pulz, dech, svalové napětí, reakce na podráždění, zabarvení kůže
    - Virginia Apgar

Tabulka po určení Apgar skóre

	Barva kůže	Pulz	Dýchání	Tonus, aktivia	Reakce na podráždění
+2	Růžová	Nad 100/min	Silný křik	Aktivní pohyby	Kašel
+1	Akrocyanóza	Pod 100/min	Nepravidelné	Slabá flexe končetin	Stažení obličeje
+0	Bledá, nebo namodralá	Pod 60/min	Žádné	Bez pohybu	Žádné

- nedostatek kyslíku
  - *hypoxie*
    - nedostatečné zásobení organismu kyslíkem
    - příčiny:
      - *prenatální* - přerušení toku krve pupečníkem (komprese pupečníku, pravý uzel), porušení výměny plynu na úrovni placenty, porucha průtoku ze strany matky (eklampsie – tonicko-klonické křeče; abnormální křeče a kontrakce), hypoxie matky
      - *intrapartální* - porod koncem pánevním, infekce matky, diabetes mellitus matky, pre/postmaturita
      - *postnatální* - vrozené srdeční vady, vrozené vývojové vady, dědičné metabolické poruchy
  - *asfyxie*
    - přerušení dodávky kyslíku do organismu
- komplikace při porodu
  - *protahovaný porod*
    - prodloužený, který není ukončen do 18 hodin od začátku porodních činností
    - častější u prvorodiček
    - příčiny: slabá děložní činnost, nepravidelnosti porodních cest (úzká pánev, nepoměr hlavičky a velikostí pánve), jizevnaté zahojení děložního hrdla, předávkování sedativ
    - při prodloužení nad 24 hodin → vzrůstá nebezpečí pro plod i matku
    - pokud je PP v 1. době porodní (otevírací) → císař
    - pokud ve 2. době porodní (vypuzovací) → operační porod kleštěmi nebo zvonem
  - *překotný porod*
    - trvá méně než 2 hodiny, probíhá spontánně (zkracuje se první doba porodní)
- mechanické poškození
- infekce

- **postnatální období**
  - období po narození
  - získaná postižení jsou převážně následkem, doprovodným jevem vážných onemocnění či úrazů
  - jde o stejné negativní vlivy jako v prenatálním období, které však již přímo působí na daného jedince
  - infekce novorozeněte, záněty mozku, úrazy
  - např. klíšťová encefalitida, lymská borelióza, meningitida nebo CMP
    - klíšťová encefalitida
      - infekční virové onemocnění, přenášeno ze zvířat infikovaný, klíštětem
      - způsobuje zánět mozku nebo mozkových blan
      - příznaky:
        - 3-5 dní → projevy podobné chřipce – bolest svalů, kloubů, zvýšená teplota, bolest hlavy, únava, nechutenství)
        - 2-3 týdny → vysoká horečka, ztuhlost šíje, kruté bolesti hlavy, zvracení, světloplachost; postižení CNS s projevy nervové obrny, ztuhnutí svalů, třes, závratě, poruchy paměti, spánku, dezorientace
      - následkem 2. fáze mohou být trvalé následky (př. chronické bolesti hlavy, poruchy spánku, soustředění, rovnováhy, třes, obrna svalů v obličeji a končetin)
    - lymská borelióza
      - onemocnění přenášené klíšťaty, vyšší počet LB než KE
      - neexistují očkovací látky
      - projevy: zarudnutí v místě přisátí (bílý bod uprostřed), horečka, malátnost, únava a nevolnost. Nemoc se může vyvinout až do zánětu kloubů, šlach, kožních problémů nebo až k napadnutí NS
      - antibiotika
    - meningitida
      - závažná bakteriální onemocnění způsobující zánět mozkových blan nebo celkové horečnaté onemocnění (sepse, šok)
      - nemoc má dramatický průběh, v krátké době (pár hodin) dojde z plného zdraví k selhání organismu
      - zdrojem nákazy je infikovaný člověk. Až 10% populace v ČR jsou bezpříznakoví nosiči (bakterie je v nosohltanu). Nákaza – vzdušnou cestou – kapénková infekce

- příznaky: vysoká horečka, silné bolesti hlavy a kloubů → ospalost, pomatenost, ztuhnutí šíje, zastřené vědomí, krvácení do kůže → odumírání tkání. Další komplikace (epilepsie, ztráta sluchu, zraku, trvalé poškození mozku, až úmrtí). Nejohroženější děti do 5 let, od 15 do 25 let
- očkování – B, ACWY

- **psychosociální příčiny**
  - každý jedinec lidského druhu žije v určitém biosociálním prostředí, které má nepřehlédnutelný vliv na jeho vývoj a další život
  - vliv prostředí se promítá do celkové životní úrovně, ovlivňuje jeho psychické funkce a při působení stresu chronicky poškozuje zdraví (rozdíl v délce života v zaostalých a rozvojových zemích)
  - další sociální faktory (bydlení, potraviny, přelidnění, vodní zdroje), náboženské vlivy, dostupnost lékaře, elektronizace, hrozba jaderného a chemického zneužití moci, nové nemoci…
  - psychosomatické nemoci
  - stresová teorie vzniku + genetické faktory a zevní příčiny (multifaktoriální pohled na nemoc)

ENDOGENNÍ faktory

- **geneticky podmíněné choroby**
  - chromozomální aberace (poškození chromozomální výbavy) a genové mutace (dědičně přenosná změněná informace)
  - autozomálně recesivně dědičné
    - obě pohlaví postižena stejně
    - horizontální typ dědičnosti (rodiče jsou obvykle zdraví (ale přenašeči), nemoc se projevuje u potomků (ob generaci)
    - od obou riziko 25% postižení, 50% nositelství, ale zdraví a 25% nebudou nosiči
    - př. fenylketonurie, cystická fibróza
  - autozomálně dominantně dědičné
    - obě pohlaví jsou postižena stejně často, vertikální typ dědičnosti (alespoň jeden rodič je postižen), nemoc se vyskytuje prakticky v každé generaci
    - př. syndaktylie, polydaktylie, Huntingtonova chorea
  - gonozomálně dědičné
    - dědičnost související s pohlavními chromozomy (3 typy)
    - *X vázaná dominantní*
      - ženy postiženy 2x častěji než muži (nemoc mohou zdědit od obou rodičů)
      - postižený má alespoň jednoho z rodičů postiženého (vertikální ty)
    - *X vázaná recesivní*
      - prakticky postiženi pouze muži, ženy jsou pouze přenašečky (většinou zdravé)
    - *Y vázaná*
      - př. hemofilie, daltonismus, svalové dystrofie, syn. fragilního X chromozomu
  - mitochondriálně dědičné
    - mutace v mitochondrii
    - předávána matkou (u žen v cytoplazmě pohlavních buněk)
    - nepravidelný přenos, nelze předvídat, většinou syndromy, nejzáludnější
    - př. KSS – Keanyho Sayerův syndrom

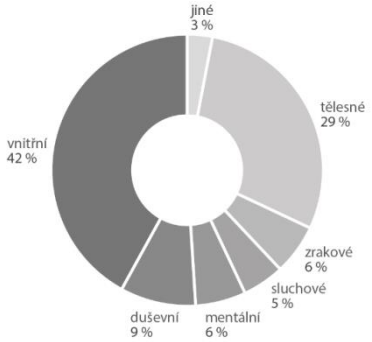
- **ostatní**
  - změněná reaktivita – změna citlivosti jedince na běžné podněty – př. alergie, anafylaxe, astma
  - problémy imunity – celkově snížená obranyschopnost organismu

VÝSKYT JEDINCŮ S POSTIŽENÍM V POPULACI (Slowik)

- ca **11%** osob s postižením v lidské populaci
  - stejné procento platí i pro většinu evropských zemí a rovněž ČR
  - asi půl miliardy tělesně, smyslově nebo mentálně postižených
- skutečný počet se dá pouze odhadovat
  - nejlidnatější oblasti patří mezi nejméně rozvinuté (chudoba, nedostatečná zdravotní péče)
  - řadu případů (s lehkou formou postižení) nelze statisticky podchytit
  - reálný počet je pravděpodobně vyšší než předpokládaný
- přesnější je statistika jednoznačně diagnostikovaných vrozených vad (cca 11% případů všech narozených dětí) a také případů těžkého postižení (cca 2% členů lidské populace)
- dokument Zpráva o situaci zdravotně postižených (Vládní výbor pro zdravotně postižené občany, 1992)

- 60 000 lidí se ZP (až 4 500 nevidomých)
- 300 000 lidí se SP (až 15 000 neslyšících)
- 60 000 lidí s NKS
- 1 500 osob hluchoslepých
- 300 000 osob s MP (60 000 s těžkým MP)
- 300 000 osob s TP (150 000 osob s těžkými pohybovými vadami)
- 100 000 osob s psychickou poruchou nebo onemocněním
- osoby s jinými dlouhodobými poruchami nebo onemocněními…

- novější statistické průzkumy jsou přesnější, ale vycházejí z jiné typologie zdravotního postižení
- v roce 2013 bylo v ČR více než 1 mil. osob se zdravotním postižením
- <u>poměrné rozložení jednotlivých typů postižení</u> (dle ČSÚ, 2013):



- podle výběrového šetření Českého statisického úřadu v roce 2018 bylo přibližně **13 %** osob se zdravotním postižením - 1152 tisíc lidí

2.8 Osoby se zdravotním postižením podle příčiny postižení a oblasti postižení

oblast postižení	celkem (abs. v tis.)	příčina postižení v %				
		celkem	vrozená vada	onemocnění	úraz	kombinace více příčin
pohybová, tělesná	**830,5**	100,0	7,3	77,3	11,7	3,8
zraková	**252,4**	100,0	12,0	82,8	3,5	1,8
sluchová	**134,9**	100,0	8,8	88,6	2,2	0,5
mentální, duševní, poruchy chování	**172,3**	100,0	26,9	64,8	5,9	2,4
vnitřní orgány, kůže	**468,0**	100,0	6,6	90,7	1,1	1,6
hlasová, řečová	**66,9**	100,0	34,0	56,0	9,8	0,3

PREVENCE (Slowík)

- zaměření na prevenci je v současnosti trendem
- tuto možnost nabízí moderní medicína (zvláště genetika)
- projevuje se však i snaha společnosti nesmiřovat se pasivně s existencí vad a poruch u člověka a pokud je to možné, udělat vše pro to, abychom se těchto deficitů nejenom zbavili (léčbou, nápravou)
- **prevence** = souhrn opatření, jejichž cílem je předcházet vzniku mentálních, fyzických či smyslových poruch (primární prevence) nebo zamezit trvalému funkčnímu omezení nebo postižení (sekundární prevence)
- prevence chce předcházet jak vrozeným, tak získaným vadám a poruchám
- **primární prevence**
  - předcházet vzniku určitého jevu tím, že eliminujeme působení vyvolávajících faktorů
  - např. předcházení riziku vzniku drogové závislosti u dětí, které s drogou ještě nepřišly do kontaktu → informujeme je o souvisejících nebezpečích, učíme je drogy odmítat a vytvářet si hodnotový systém…
- **sekundární prevence**
  - syslem sekundární prevence je tedy ochránit reálně ohrožené osoby před vlivem negativního jevu, který se v jejich životě objevil
  - např. předcházení vzniku a rozvoji závislosti u osob, které již mají drogovou zkušenost + předcházení ještě těžšímu stavu závislosti
  - mezi opatření sekundární prevence patří např. také screeningová vyšetření plodu v perinatálním období u matek, které patří do některé rizikové skupiny (např. vzhledem k věku, zvýšenému riziku genetických vad, komplikacím v předchozím těhotenství apod.)

- **terciární prevence**
  - chce zamezit dalšímu zhoršování stavu jedinců, u kterých patologický jev již působí
  - např. snažíme se předejít vážnému nebo trvalému zdravotnímu nebo sociálnímu poškození, které může vzniknout u osob užívajících drogy (snižování rizika infekce virem HIV nebo hepatitidy…)

PŘÍČINY VZNIKU DLE JEDNOTLIVÉHO POSTIŽENÍ

Příčiny vzniku MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

- příčiny jsou různé, vzájemně se podmiňují, prolínají a spolupůsobí
- 2 hlediska:
  - akcentující dědičnost a podceňující vlivy prostředí a výchovy
  - zdůrazňující převážný vliv prostředí na utváření osobnosti člověka a jeho schopností, nezohledňuje genetické vlivy
- **endogenní** (vnitřní):
  - příčiny jsou zakódovány již v systémech pohlavních buněk, jejichž spojením vzniká nový jedinec
  - genetické příčiny
- **exogenní** (vnější):
  - mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku plodu nebo dítěte a člení se podle období na pre, peri a postnatální
  - poškození CNS
- tyto příčiny lze dále rozdělit do podskupin:
  - dědičnost (intelektové schopnosti rodičů)
  - specifické genetické faktory (chromozomální abnormality – Down syn., syn. fragiálního X chromozomu, Klinefelterův, Turnerův syn.…)
  - sociální faktory (zanedbávání, deprivace)
  - environmentální faktory (různá onemocnění matky a plodu – zarděnky, mononukleóza, toxoplazmóza, infekce/sepse, otravy léky, dysfunkce placenty, patologie z prostředí)
- nejčastější příčiny:
  - následky infekcí, intoxikací, úrazů, fyzikálních vlivů, poruchy výměny látek, růstu, výživy, makroskopické léze mozku, nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy, anomálie chromozomů, nezralost, vážné duševní poruchy, psychosociální deprivace, jiné a nespecifické etiologie
- MP často vzniká na základě kombinace polygenně podmíněného nižšího nadání a výchovné nepodnětnosti nebo dokonce zanedbanosti
- jde obvykle o děti podobně postižených rodičů, jejichž intelektová i vzdělanostní úroveň je nízká
- podnětnost takového rodinného prostředí bývá nedostatečná

Příčiny vzniku SLUCHOVÉHO POSTIŽENÍ

- etiologie je také mnohdy neznámá (nezjištěné příčiny jsou podle některých autorů až 60%)
- genetické odchylky mohou způsobit sluchovou poruchu na základě dědičnosti autozomálně recesivní nebo dominantní, dědičnosti vázané na chromozom X
  - žena může být přenašečkou na obě pohlaví, ale muž může gen hluchoty přenést pouze na své dcery
- **prenatální** příčiny
  - poruchy sluchu vzniklé ve fetálním období, kdy matka dítěte prodělala různá onemocnění, která měla negativní vliv na plod (zarděnky, spalničky, chřipka, toxoplazmóza,…)
  - také teratogenní účinky léků na plod → od r. 1967 se na doporučení WHO systematicky testují teratogenní účinky léků
- **perinatální** příčiny
  - poškození sluchového analyzátoru při porodu
  - jedná se o těžké porody s následným krvácením do mozku, lymfatických prostorů mozku a do okolí vnitřního ucha, o asfyxii u prodlouženého porodu nebo poškození sluchu u předčasně narozených
- **postnatální** příčiny
  - důsledky častých zánětů středního ucha, meningitidy či příušnic
  - nebezpečné ototoxické účinky některých léků (mají také vedlejší účinky – ušní šelesty, poruchy sluchu různého stupně, závratě, poruchy rovnováhy atd.) - antibiotika, diuretika, analgetika, antidepresiva, antiflogistika, cytostatika

Příčiny vzniku ZRAKOVÉHO POSTIŽENÍ

- mezi nejčastější příčiny v raném věku patří:
  - prenatální vlivy
  - infekční onemocnění
  - retinopatie nedonošených
  - novotvary
  - obecná onemocnění
- v předškolním období jsou častou příčinou:
  - snížení zrakové schopnosti poruchy binokulárního vidění
  - juvenilní makulární degenerace
  - kongenitální katarakta
  - atrofie terče zrakového nervu
  - kongenitální glaukom
  - achromatopsie
  - a těžší formy refrakčních vad
- v dospělé populaci ve vyspělých zemích:
  - diabetická retinopatie
  - glaukom
  - věkem podmíněná makulární degenerace sítnice
  - úrazy oka
- **nevidomost**
  - vrozená
    - dědičnost
    - porušení plodu v době prenatální
    - infekční choroby matky v době gravidity – rubeola, pohlavní choroby matky (př. syfilis), virová onemocnění, toxoplazmóza, narkomanie matky atp.
  - získaná
    - progrese refrakčních vad
    - glaukom, katarakta
    - odchlípení sítnice
    - retinopatie
    - nádory, intoxikace, úrazy
    - komplikace při diabetes, meningitida atd.

Příčiny vzniku TĚLESNÉHO POSTIŽENÍ

- příčinou bývají **tělesné změny na pohybovém aparátu** – dědičnost, nemoc nebo úraz
- vrozená tělesná postižení:
  - prodělání infekčních onemocnění matky v době těhotenství (nedostatek vitamínů, minerálů a stopových prvků v potravě, vliv léků, které matka užívala v počátečním období gravidity, RTG záření, různé poruchy vnitřní sekrece, nepříznivé vlivy prostředí, klimatické a sociální podmínky…)
  - nejčastější bývá dědičnost
  - příčinou bývají poruchy vývoje zárodku během prvních týdnů těhotenství, tj. v době pre-, peri-, raně postnatální
  - důsledkem mohou být např.:
    - vrozené vady lebky – např. předčasný srůst lebečních švů – kranistenóza, v jejímž důsledku dochází k různým deformacím lebky
    - poruchy velikosti lebky – např. makrocefalus (nadměrná velikost hlavy), mikrocefalus (výrazně malá lebka)
    - rozštěpy lebky, rtů, čelisti, patra, páteře
- získaná tělesná postižení:
  - mohou vznikat v kterémkoli věkovém období jako následek úrazu nebo důsledek onemocnění
  - **deformace**
    - příčiny vadného držení těla
      - vnitřní (fyziologické):
        - růstové dědičné vlivy, konstituce

        - výživa
        - nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte
    - vnější
        - prostředí (nedostatek pohybu, dlouhotrvající sezení, obezita, předčasné posazování kojence atd.)
- **tělesná postižení po úraze**
    - úrazová onemocnění mozku a míchy (např. otřes mozku – komoce), zhmoždění mozku nebo jeho části (kontuze)
    - zlomeniny obratlů mají za následek poškození míchy
        - příčinou bývají úrazy při pádu z výšky, sportovní úrazy a úrazy při dopravních nehodách
- **tělesná postižení po nemoci**
    - vnější
        - *fyzikální* (mechanické, tepelné, vliv záření, změny tlaku a složení vzduchu, elektřina, cizí tělesa)
        - *chemické* (různé chemické látky a jedy, které působí přímo ze zevního prostředí na povrch těla nebo jsou použity ústy)
        - *nedostatečná nebo chybná výživa* (často poruchy z nadměrné výživy, méně jako důsledek hladovění – časté je nesprávné složení stravy)
        - *cizí organismy živočišného nebo rostlinného původu* (bakterie, kvasinky, plísně, viry, živočišní paraziti)
    - vnitřní
        - mohou choroby buď zamezit nebo uspíšit
        - průběh nemoci ovlivňují buď příznivě nebo nepříznivě
        - *dispozice* – zvýšený sklon k onemocnění
            - u každého je dispozice jiná (může být vrozená nebo získaná – projevuje se při ní vliv prostředí, ve kterém dítě žije)
        - *změněná reaktivita organismu* (alergie) – získaná dispozice
            - vzniká u některých jedinců při opětovném vniknutí určitých látek do organismu
            - při prvním kontaktu tyto látky obvykle žádnou reakci nevyvolávají, až při opakovaném kontaktu nastávají bouřlivější reakce
            - alergeny (vyvolávající látky) jsou různého druhu a vnikají do organismu různým způsobem
        - *anafylaxe*
            - zvláštní případ alergie, vzniká při opakované aplikaci téže cizorodé bílkoviny do těla
            - organismus může reagovat různě – zduřením, zčervenáním, vyrážkou, zvýšenou teplotou, horečkou, smrtí
        - *imunita* – odolnost vůči chorobám, podmíněná obrannými látkami, které jsou vytvořené přímo v těle
            - *nespecifická*: tvořena obranným systémem (kůže, kožní žlázy, sliznice dutiny nosní, ústní a horních cest dýchacích, mandle, mízní systém a RES (retikuloendoteliální systém)
            - *specifická*: vzniká ze vzájemných vztahů mezi určitým organismem a různými viry a bakteriemi
                - *vrozená* – dítě si ji přenáší (přes placentu, neboť část obranných látek prošla do krevního oběhu plodu)
                - *získaná* – přirozenou cestou (po prodělání nemoci) nebo umělou (očkování)
        - *pasivní imunizace* – uměle navozená odolnost, vytvořená vpravením již hotových obranných látek
        - *tělesná konstituce* – podmiňuje snazší nebo obtížnější vznik chorob nebo odolnost vůči nim

- *přímá dědičnost* – přenos určitých vlastností rodičů na děti a jejich potomky
- *nepřímá dědičnost* – zděděné prostředí (zvyklosti, režim, způsob výživy, životospráva)

Příčiny vzniku PORUCH CHOVÁNÍ

- **multifaktoriální přístup** – PCH a emocí bývají způsobeny kombinací několika rizikových faktorů:
  - biologické faktory
    - pohlaví (častěji u mužů – větší tendence k agresivnímu způsobu chování díky testosteronu)
    - věk (první se objevují v 5 letech, rizikové období je puberta a adolescence)
    - mentální schopnosti (obecně nižší míra rozumových schopností)
    - temperament a porušení CNS (existence poruchy ADD nebo ADHD)
  - psychické faktory
    - motivace a potřeby jedince (může se jednat o potřebu dostatečné nebo potřebu nadměrné, abnormální stimulace)
    - nuda je často s PCH spojena
    - častou příčinou bývá také potřeba uspokojení potřeb bezpečí a jistoty a sounáležitosti a lásky, frustrace
  - sociální faktory
    - rodina (neplní funkce, anomální osobnost jedinců, sociální patologie v rodině, syndrom CAN, psychická deprivace a subdeprivace v rodině, neúplnost rodiny)
    - vliv vrstevnických skupin (často jde o kombinaci s negativním rodinným vývojem, někdy i školní neúspěšnosti)
    - prostředí (větší výskyt ve městech – vyšší anonymita, často nedostatečná sociální kontrola), škola, volný čas…

- **ADHD**
  - příčiny jsou různé
  - nejčastější je odchylka funkce CNS (drobné a různorodé poruchy v elektrické aktivitě mozku)
  - snížená hustota mozkové tkáně v některých oblastech a zhoršení krevního zásobení mozku
  - pozitronová tomografie, magnetická rezonance
  - také pre- a peri- poškození mozku, roli hraje také genetika
  - vliv sociálního prostředí, prostředí ale není vyvolávajícím činitelem, ale má význam pro zvládání potíží dítěte
- **nedisciplinovanost**
  - převažuje vliv rodinné výchovy, nedostatky v organizační a řídící práci školy
- **závislosti**
  - faktory osobnosti a vlivy prostředí
  - sociální rizikové faktory
    - městské prostředí, nefunkční rodina, rodiče nadměrně užívající léky nebo alkohol, nižší úroveň vzdělání, zvýšený vliv party, která má vlastní odlišné hodnoty a normy
  - pravděpodobnost užití drogy
    - zvýšená emoční dráždivost a labilita
    - lidé obtížně se orientující v situaci, kteří nejsou schopni adekvátně posoudit sebe ani realitu
    - odchylky v oblasti autoregulace
    - touha po větším vzrušení
    - neschopnost poučit se ze zkušenosti
- **sebevražda**
  - endogenní:
    - konstituční změny osobnosti
    - změny hormonální – v pubertě
    - poruchy duševní
    - poruchy intelektu
  - exogenní:
    - vlivy rodinného prostředí a nevhodné výchovy
    - školní zátěž

        - vlivy společnosti
    - výzkumy:
        - v mozcích objektivně deprimovaných nebo sebevražedných jedinců je abnormálně vysoká hladina chemických sloučenin serotoninu a norepinefrinu → změny v hladině mozkového serotoninu mají spojitost s pokusy o sebevraždu a násilnými útoky
        - spojitost se specifickými biochemickými abnormalitami v mozku

Příčiny vzniku VÍCENÁSOBNÉHO POSTIŽENÍ

- jsou rozmanité, často je etiologie nejasná
- příčiny mohou působit ve všech etapách vývoje
- nejvíce kombi vad je spojeno s poškozením CNS (proto je hodně kombi vad spojených s MR)
- obvykle nejtěžší vícenásobná postižení vznikají na základě prenatálních příčin
- etiologické faktory:
    - genetické vlivy
    - chromozomální aberace
    - infekce, intoxikace
    - vývojové a chromozomální poruchy
    - poškození mozku a CNS
    - metabolické a nutriční činitelé
    - mechanické poškození (protrahovaný porod)
    - vlivy sociálního a materiálního prostředí
    - psychické faktory
    - trauma apod.
- psychické poruchy matky, neznámé pre, peri a postnatální vlivy, kombinace příčin
- mezi diagnózy predikující výskyt vícenásobného postižení patří: DMO, FAS, Wolfův, Palatův, Frölischův, Edwardsův, Downův syndrom atd.

Příčiny vzniku SPECIFICKÝCH VÝVOJOVÝCH PORUCH UČENÍ (SVPU)

- vznikají na podkladě dysfunkce CNS a mají individuální charakter
- podílejí se endogenní a exogenní příčiny → multifaktoriální model etiologie SVPU
- příčiny:
    - **dispoziční** (konstituční) - poruchy, jejichž důsledkem není snížený intelekt dítěte, ani málo podnětné prostředí nebo důsledky negativního emocionálního vývoje - jde spíše o nedostatečnou funkční zdatnost
        - genetické vlivy s odchylkami ve funkci CNS
        - lehká mozková postižení s netypickou dominancí mozkových hemisfér
            - syndrom příznaků, které se liší nebo vyskytují dohromady a mají společně oslabenou funkci CNS (snížený objem mozkové tkáně, odchylky neuronových spojení, odchylky v elektrické aktivitě mozku, deficity neurotransmiterů (nedostatek dopaminu a serotoninu) či nedostatečné okysličování mozku)
        - drobné cerebrální poškození vzniká v období:
            - *prenatálním*
                - onemocnění matky
                - kouření
                - závislost na lécích, alkoholismus
                - nedostatečný přísun kyslíku, krvácení v těhotenství
            - *perinatálním*
                - protrahovaný porod, poškození hlavičky novorozence
                - intoxikace novorozeneckou žloutenkou
                - vliv léků proti porodním bolestem
                - komplikace s pupeční šňůrou, při vdechnutí plodové vody
            - *postanatálním*
                - střevní obtíže
                - nedostatky v přijímání potravy (nedostatek kyslíku v krvi)
                - infekční a horečnatá onemocnění, která se objevují do 2 let dítěte

- **nepříznivé vlivy školního a rodinného prostředí**
  - nejde o přímou příčinu SPU, ale může docházet k jejich negativnímu ovlivnění
  - sociálně nižší vrstva, nižší vzdělání rodičů
  - také emocionální klima, očekávání rodičů, vztah rodičů ke škole a jejich spolupráce se školou, prostředí, metody a formy práce
  - rizikovým faktorem (ne příčinou) mohou být deficity poznávacích procesů, což může být způsobeno rozdíly ve stavbě a funkcích CNS

Příčiny vzniku NARUŠENÉ KOMUNIKAČNÍ SCHOPNOSTI (NKS)

- **dyslálie**
  - vlivy dědičnosti (jedná se o zdědění vrozené řečové slabosti nebo artikulační neobratnosti)
  - pohlaví (u chlapců je výskyt poměrně vysoký)
  - riziková těhotenství
  - poškození plodu při porodu
  - vlivy prostředí (zanedbávající výchova, nesprávný řečový vzor, nesprávný postoj okolí k řečovému projevu, nedostatek citu, motorická neobratnost, anomálie řečových orgánů)
- **vývojová dysfázie** (VD)
  - difúzní organické poškození mozku dítěte v pre-, peri-, raně postnatálním období
- **balbuties**
  - není objasněna
  - předpokládá se více příčin – biochemické faktory, transmitery v mozku, elektrická aktivita mozkových hemisfér, morfologické změny struktur CNS a genetické faktory
  - moderní teorie – dyskoordinace hemisfér při mluvě, negativní vlivy sociálního okolí, psychotraumata dítěte
  - jeden faktor sám o sobě není příčinou koktavosti, zpravidla jde o vzájemné prolínání se a součinnost více faktorů
- **tmultus sermonis**
  - také není přesně známa
  - uvažuje se o poruše zpětnovazební regulace
  - celkový klinický obraz breptavosti má organický původ a je podobný symptomům ADHD
- **afázie** – CMP (hemoragické, ischemické)
- **dysartrie** – CMP, neurodegenerativní onemocnění

Zdroje:

- Josef Slowík – Speciální pedagogika (2016)
  - etiologie + prevence
- Milan Valenta – Přehled speciální pedagogiky
- Marie Renotiérová – Speciální pedagogika (2003)
  - etiologie u jednotlivých NKS
- Petra Bendová – Základy speciální pedagogiky nejen pro speciální pedagogy (2015)
- etiologie u jednotlivých NKS
- https://www.fsps.muni.cz/inovace-RVS/kurzy/patofyziologie/zdravi_priciny.html

RODINA DÍTĚTE SE SPECIÁLNÍMI POTŘEBAMI

9. Rodina dítěte se speciálními potřebami – rodina, funkce rodiny, reakce rodičů na závažné onemocnění či postižení dítěte – vrozené postižení, získané postižení, faktory ovlivňující přijetí realistického postoje, potřeby rodičů a jejich uspokojování, výchovné postoje rodičů, sourozenec dítěte s postižením.

RODINA (*viz otázka 16 psychologie*)

- základní společenskou jednotkou, řadí se k nejzákladnějším
- malá neformální sociální skupina
- = společenská skupina spojená manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí
- institucionalizovaná biosociální skupina, vytvořená při nejmenším ze dvou členů odlišného pohlaví, mezi nimiž neexistuje pokrevní pouto, a z jejich dětí
- obvykle je chápána jako svazek muže a ženy zpravidla doplněný o děti (ať už jde o pokrevní či právní příbuzenský vztah) (Giddens, 2003)
  - rozšířená rodina - doplněná o další příbuzné (prarodiče, strýcové, tety, bratranci a sestřenice ad.)
  - rodině tzv. nukleární - tvořené rodiči a jejich dětmi
- svým členům by měla poskytovat pocit jistoty a bezpečí
- největší vliv má na dítě – první sociální prostředí pro dítě – dítě se zde prvotně socializuje
- rodiče jsou povinni důsledně chránit zájmy svého dítěte, řídit jeho jednání, zajistit dohled odpovídající jeho věku → musí vytvářet optimální podmínky pro tělesný, citový, rozumový a mravní vývoj dítěte

Komponenty a charakteristika

- **struktura rodiny** - zahrnuje:
  - hranice uvnitř rodiny
  - vzájemné vztahy a vazby
  - charakteristiky jednotlivých členů rodiny
  - rozdělení práv a povinností (vč. výchovy)
- **intimita**
  - zdůrazňuje emocionalitu, citovost a rodinnou atmosféru,....
  - je třeba ji ovšem rozdělovat v podobě manželské, rodičovské a sourozenecké
- **osobní autonomie**
  - lze ji rozvíjet pouze ve funkční rodině (manželství)
  - jedná se v podstatě o respektování každého člena rodiny, o možnosti rozvoje jeho osobnosti, identity, zájmů a dispozic
- **hodnoty a postoje**
  - životní hodnotová orientace rodiny (tzn. preference, časové investice, ...)

Funkce rodiny

- proměny funkce rodiny:
  - řada změn není vyvolána rodinou samotnou, nýbrž proměnou společenského okolí, sociálních a ekonomických vazeb ve společnosti, včetně vazeb rodiny a okolí a členů rodiny navzájem
  - vztahy v rodině jsou z dlouhodobého hlediska významně ovlivněny odstupem od kdysi obvyklého modelu rodiny postaveného na křesťanství, které nahlíželo na manželství jako na celoživotní, nezrušitelný svazek
  - trvalost rodiny byla garantována transcendentním imperativem: „*Co Bůh spojil, člověk nerozlučuj*.“
  - v popředí rodiny zůstávají úkoly uspokojit či naplnit potřeby a požadavky každého jejího člena
- společensko-historický vývoj: ovlivňuje úkoly kladené na rodinu
  - s postupem vědy a techniky se mění ekonomická funkce rodiny
  - z rodin vymizela produktivní činnost (zemědělství, řemesla)
  - rodiny jsou konzumační (ne výrobní)
  - dříve spolu členové rodiny trávili mnohem více času, dnes už ne – rodiče chodí pozdě z práce a mají na dítě méně času
  - odkládání manželství do vyššího věku
  - pokles sňatkovosti

- zvyšování podílu svobodných v populaci
- nárůst podílu dětí narozených mimo manželství
- zvyšování průměrného věku matek, pokles porodnosti
- snížení průměrného počtu dětí v rodinách
- nárůst rozvodovosti, rozvedených snoubenců
- nárůst podílu jedno-rodičovských domácností

- pokud se v rodině objeví nějaké problémy, dochází ke změnám i v jejích funkcích (viz. níže)
- pro rodinu je narození postiženého dítěte obrovskou zátěží a někdy tak své funkce nezvládá plnit (Procházka, 2012)
- dle Procházky (2012; + sociologie rodiny, předškolní pedagogiky)
  - **biologicko - reprodukční funkce**
    - přivedení dítěte na svět, ale také zajištění jeho další vývoj
    - důležité pro celou společnost, i když v dnešní době, kdy je začíná být větší počet nesezdaných párů, není tato funkce příliš typická pro rodinu, když ji vnímáme v klasickém slova smyslu
    - dnes ve vyspělých zemích je dítě vnímáno spíše jako překážka kariérnímu, profesnímu životu, často nejen matky, ale i otce
    - v rodinách s nižším příjmem je často velmi dlouho počítáno, zda si rodina vůbec může dítě dovolit
    - vzhledem ke dvěma předchozím dvěma bodům se posouvá i věk matky, který souvisí i s vyšším vzděláním žen, které v dnešní době mají často vystudovanou vysokou školu
    - navíc stále přibývá mladých lidí, kteří ani neuvažují o dítěti
  - **materiální**
    - sociálně – ekonomický rozvoj
      - rodina chápána jako významný prvek v rozvoji ekonomického systému společnosti
      - její členové se zapojují do výrobní i nevýrobní sféry v rámci výkonu povolán
      - současně je rodina významným spotřebitelem, na němž je značně závislý trh
    - ochranná (zaopatřovací, pečovatelská, hmotně-zaopatřovací) funkce
      - zajišťování životních potřeb dětí a všech dalších členů rodiny
  - **socializačně - výchovná funkce**
    - rodina je první sociální skupinou, kterou dítě v životě pozná, učí jej osvojování základních návyků a způsobů chování, které je v dané společnosti běžné
    - v rámci výchovy připracuje dítě a poté mladistvého na vstup do samostatného života (jde o výchovu a péči o děti a o předání norem společenského chování a vedení dětí ke vzdělání a sebevýchově)
    - vědomá a nevědomá
  - **emocionální funkce rodiny**
    - poskytování citového zázemí, saturace, psychických potřeb členů rodiny, zajištění pocitu bezpečí a jistoty členům rodiny (tyto prvky jsou důležité při výchově dětí)
    - zásadní a nezastupitelná ve správném vývoji jedince, protože po rodině žádná jiná instituce nedokáže vytvořit potřebné citové zázemí, pocit lásky, bezpečí a jistoty
  - **rekreační a regenerační funkce**
    - způsob trávení volného času členů rodiny
    - bohužel v dnešní době přibývá rodin, které tuto funkci kvůli vytíženosti obou partnerů nebo z jiných důvodů nejsou schopny zcela naplnit → narůstá počet dětí citově deprivovaných až dětí týraných
  - další:
    - ochranná a domestikační funkce
      - pečovatelská funkce, která zajišťuje potřeby všech členů rodiny
      - domestikační zajišťuje vytvoření fyzického i emocionálního útočiště
    - zájmová - uskutečňování zájmových činností
    - morální - manželská věrnost, životní způsob odpovídající požadavkům morálky

- dle Michalíka (in Regec a kol.)
  - **reprodukční funkce**
    - naplnění jednoho ze základních lidských pudů, zajištění reprodukce lidské společnosti (zachování lidského rodu/společnosti)
    - uspokojuje základní biologické potřeby muže a ženy (intimní pohlavní styk), tato funkce by měla být postavena na lásce
    - rodina je stále ještě považována za nejobvyklejší místo reprodukčního chování
      - svou pozici v některých společnostech ztrácí – reprodukce je zajišťována mimo institut tradiční rodiny
    - součástí reprodukční funkce není jen přivedení dítěte na svět, ale také jeho zajištění pro život a další vývoj
      - = vytváření potřebných podmínek pro život dítěte a členů rodiny
    - jestliže narození dítěte představuje jeden z vrcholů (důvodů) lidské existence, potom narození dítěte se zdravotním postižením (zejména těžším) je výrazným činitelem, který modifikuje běžné pocity štěstí a naplnění, které tento moment v lidském životě znamená
  - **ekonomicko-zabezpečovací funkce**
    - funkce vztažená nejen na děti, ale na všechny členy rodiny
    - představuje zapojení členů rodiny do pracovního procesu
    - rodina ve společnosti funguje jako sociální skupina i ekonomický subjekt, ve kterém je zajišťována materiální existence všech členů rodiny
    - také pozorujeme rozpad původní širší rodiny
      - viz (ne)zajištění prarodičů ve stáří a převzetí této funkce veřejnoprávním pojišťovacím systémem
    - výrazně vystupuje do popředí v situaci, kdy některý člen rodiny získá trvalé zdravotní postižení
  - **emocionální funkce**
    - v rodině je poskytováno - citové zázemí; saturace psychických potřeb členů rodiny; zajištění pocitu bezpečí a jistoty členům rodiny
    - má podstatu ve vytváření prostředí, v němž existují citové vazby, prostředí naplněné pohodou, pocitem bezpečí a lásky – nenahraditelná a důležitá pro další vývoj dítěte
    - rodina, v níž není v dostatečné míře uvedená funkce plněna, neuspokojuje důležité potřeby dítěte, které v takovém prostředí strádá
    - tato doznává modifikací a specifik v případě, že je v rodině dítě (další člen) s těžkým zdravotním postižením
      - vztahy mezi členy rodiny bývají nastalou situací vždy nutně ovlivněny – vztahy mezi členy rodiny to ovlivní
      - stejně tak může být ovlivněno vnímání vlastní role v rodině – ať již dítěte s postižením, či zdravého sourozence
  - **výchovná a socializační funkce**
    - výchova a péče o děti, o předání norem společenského chování a vedení dětí ke vzdělání
    - rodinné prostředí učí základním návykům a způsobům chování přijatelným pro společnost a učí děti přizpůsobovat se životu
    - dělení:
      - vědomá
      - nevědomá
    - každá rodina (každá sociální jednotka) neformálním způsobem působí či přímo rozvíjí sociální prvky chování člověka
    - u rodiny tak hovoříme o výchově, která je nezáměrná (nápodoba) i záměrná
    - ve vztahu k rodinám se zdravotně postiženým členem je důležité naplnění této funkce, pokud je člověkem s postižením dítě

Typy rodin

- dle úplnosti:
  - **úplná**
    - nukleární = rodiče + minimálně jedno dítě; nejrozšířenější typ rodiny
    - v ideálním případě zde probíhají všechny funkce rodiny, za předpokladu, že mají rodiče čas
  - **neúplná**
    - jeden z rodičů + minimálně jedno dítě (nejčastěji po rozvodu(úmrtí)
    - dítě žije s jedním rodičů od malička
    - neúplná rodina vznikla právě rozvodem - časté hádky před a při rozvodu + navíc pokud se stane, že dítě pak žije s tím z rodičů, na kterého je méně fixováno, případně je mu styk s druhým rodičem zakázán, může být velmi traumatizováno

- **doplněná**
  - častý stav spíše po rozvodech, než po úmrtí jednoho z rodičů - výchova jedním „cizím rodičem“
  - v takové rodině nastávají úplně nové vztahy, kdy obvykle příchozí partner přebírá některé zvyky původní rodiny, ale zároveň s sebou přináší zvyky ze své předchozí rodiny
  - v období dospívání se stává, že dítě nevlastního rodiče již není schopno akceptovat

- dle původu:
  - **orientační** (primární) – výchozí rodina, do které se jedinec narodí a vyrůstá v ní
  - **reprodukční** (sekundární) – nová, vlastní rodina vytvořená v dospělosti
  - **prokreační** (rozmnožující se) – manželé v očekávání
  - **druhotně vzniklá** (patchowork, záplatovaná) - nová rodina, kde si partneři přivádí děti z minulých svazků
- dle velikosti:
  - **nukleární** – trvale spolu žijící dvě generace, rodiče a děti
  - **dvougenerační** – nukleární rodina s prarodiči
  - **rozšířená** – zahrnuje příbuzné ze strany rodičů – prarodiče, strýcové, tety,…
- dle funkčnosti:
  - **funkční** – nenarušená, harmonická – zabezpečí dítěti všechny potřeby, dobrý rozvoj a prosperitu (85%)
    - bezproblémové vztahy
    - rodina poskytuje dobré zázemí svým členům
    - plní všechny funkce rodiny
    - v rodině panuje láska, harmonie a porozumění
    - splňuje společenská očekávání
  - **problémová** – disharmonická – poruchy rodiny vážně neohrožují vývoj dítěte, je schopna řešit problémy sama nebo s pomocí jiných (12-13%)
    - potřeby jednotlivých členů jsou neuspokojivě naplňovány
    - rodiče nemají zájem o dítě – dochází ke špatné a zanedbávající péči o D
    - neklidná a napjatá atmosféra v rodině
    - špatná komunikace mezi členy rodiny
    - častá rozvodovost
  - **dysfunkční** – neplní (vážnější poruchy) některou ze základních funkcí, které ohrožují vývoj dítěte (2%), nutná soustavná pomoc odborníků (sanace rodiny)
    - zde neexistuje péče o dítě – děti jsou zanedbané, dochází u nich k deprivaci
    - rodiče často bývají závislý na návykových látkách
    - rodiče a poté i děti páchají trestnou činnost; dochází k týrání dítěte
    - děti mohou mít neurotická onemocnění – opožděný vývoj či poruchy chování
    - děti bývají soudně odebírány z rodiny
  - **afunkční** – konsolidovaná - rodina neplné své funkce a dítěti škodí - dítě většinou odebráno (0,5%)
    - navenek probíhají poměrně dobré vztahy
    - neprojevují se zde žádné závažnější problémy nebo poruchy
    - snaha udržet rodinu pohromadě
    - členové rodiny nejsou spokojení – dochází k drobným/mírným konfliktům
    - některé funkce rodiny jsou mírně oslabeny
- dle životního stylu:
  - **konzumní** – rodina změřena na materiální hodnoty a peníze
  - **křesťanský** – dominuje víra v Bora a sní spojené „aktivity“
  - **přírodní** – rodina tráví spoustu času v přírodě, chodí na procházky, uvědomují si hodnoty přírody
  - **vesnický** – rodiče pocházejí z vesnice, neustále se udržují zvyky, rádi se vrací

Význam rodiny

- intimita vzájemného soužití

- vyrovnané rodinné vztahy mezi členy – záruka šťastného dětství
- optimální prostředí pro rozvoj dítěte
- každodenní kontakt mezi jednotlivými členy
- uspokojování potřeb a společných cílů
- důležité jsou emocionální vztahy (láska, oddanost, ochota, citové vazby)
- zajišťuje kulturní rozvoj
- výchovné působení rodiny = model sociálních vztahů pro dítě
    - rozvoj citové oblasti osobnosti dítěte
    - uspokojování duševních potřeb
    - trvalost a hloubka citů

DYSFUNKČNÍ RODINA A VÝCHOVNÉ POSTOJE

- rodina neplnící jednu nebo více základních funkcí
- abnormální soustředění se na dítě s postižením oproti druhým „nepostiženým“ sourozencům NEBO zaměření pozornosti pouze na zdravé sourozence s opomíjením potřeb dítěte s postižením v důsledku zklamaných očekávání a nenaplněných ambicí
- pro rodinu vyvstává další složitý úkol a tím je najít optimální styl výchovy dítěte s postižením
- dokonalý styl se totiž často pohybuje někde v rozmezí mezi známými a popsanými styly hraničními
- extrémnost ve dvou segmentech:
    - rodiny enmeshment „zamotané, nediferencované“
    - rodiny disengagement „oddělené, odcizené“
- dysfunkční rodina v současnosti – rodina, v níž jeden nebo více členů produkuje maladaptivní, nezdravé chování
    - popírání či neřešení problémů, chybějící intimita, vzájemné obviňování, rigidní role, potlačování osobní identity
    - dysfunkční rodinný systém může produkovat psychopatologii – užívání návykových látek, asociální chování, neurotické obsese
    - psychopatologie jednotlivých členů rodiny nepříznivě působí na fungování rodiny jako celku
    - děti často izolovány od svých rodičů, fyzicky nebo emocionálně, což se může negativně projevit ve schopnosti jejich soustředění, v chování, zhorší si prospěch ve škole, ale především to s sebou nese následky psychického charakteru dítěte
    - dítě je většinou vytlačováno i ostatními vrstevníky → reakce:
        - „uzavření sama do sebe“ a nekomunikativnost s okolím
        - přehnané a podrážděné reakce – agresivita, tendence k ubližování
    - *"Pokud dítě vyrůstá v rodině, kde se křičí a bojuje, předpokládá, že všichni rodiče křičí a bojují. Zkrátka nic jiného nezná. Neví, jak je to v ostatních rodinách. Vnímá pouze tu svoji. Přijde mu, že to takto má být. Pokud otec fyzicky nebo verbálně napadá matku, pak dítě vyroste ve víře, že žena je bezcenná a má se jí ubližovat. Pravděpodobně bude dělat to samé.“ (https://zdravezdravi.cz/rodina/dysfunkcni-rodina)*
- dělení dle poruch funkcí: (Velemínský, Studenovský, 2008)
    - **porucha biologicko-reprodukční funkce**
        - situace, kdy se v rodině z nejrůznějších důvodů děti buď nerodí, nebo se rodí nějak postižené (ať již tělesně, duševně nebo smyslově)
        - biologicko-reprodukční funkce je v přímém vztahu s funkcí ekonomicko- zabezpečovací, tedy ve vztahu ke standardu rodiny
    - **poruchu ekonomicko-zabezpečovací funkce**
        - rodiče se nemohou nebo nechtějí zapojit do výrobního procesu společnosti a zabezpečit tak sebe a své děti a mít dostatek prostředků k životu
        - netýká se to jen materiální stránky, ale i oblasti sociální s jejími psychologickými, právními a dalšími aspekty pro dobrou sociální jistotu rodiny

        - tyto aspekty se váží na funkci emocionální
    - **poruchu emocionální funkce**
        - jakákoliv porucha této funkce zasahuje všechny ostatní sféry života uvnitř rodiny i v jejím vztahu ke společnosti
        - poruchy emocionality jsou zdrojem nebo alespoň průvodním jevem většiny rodinných poruch
        - z hlediska dítěte ohrožuje porucha emocionální funkce klidnou a vyrovnanou rodinnou atmosféru
    - **poruchu sociálně výchovné funkce**
        - ve vztahu k dítěti se ze všech rodinných funkcí jeví tato funkce jako nejdůležitější
        - týká se stavu, kdy se rodiče buď nemohou, nedovedou nebo nechtějí starat o své dítě
- typy dysfunkční rodiny a nevhodné výchovné styly: *(Z. Helus)*
    - **nezralá** - příliš mladí rodiče, kteří řeší především problémy související s hledáním sebe samých a svého místa ve světě
    - **přetížená rodina** nemusí trpět jen přetížeností pracovní, ale též přetížeností nejrůznějšími konflikty v rodině i na pracovišti, starostmi o nemocné v rodině, citovým strádáním, bytovými a ekonomickými problémy;
    - **ambiciózní rodina** – často rodiče přesouvají ambice na své děti (kariéra, sport, materiální zajištění), dělají vše pro zabezpečení dítěte, nepřipouštějí, že jejich děti citově strádají – velmi těžké je přesvědčit
    - **odkládající rodina** - přenechává výchovu prarodičům, dalším příbuzným a známým a narušuje tak citové zrání dítěte
    - **disociální rodina** - narušeny vnější vztahy (izolovanost nebo konflikty s okolím) nebo vnitřní vztahy mezi členy rodiny; nemusejí to být pouze konflikty v rodině, ale též oslabení vztahů a izolovanost
    - **rodina liberální a improvizující** - nedostatek řádu a programu, dítě trpí nepřiměřenou volností

    nevhodné výchovné styly i typy dysfunkčních rodin
    - **rozmazlující výchova** - tendence za každou cenu dítěti vyhovět, nestavět mu do cesty překážky; může se projevit bojovným chováním na ochranu dítěte, zaujímáním spolutrpitelských postojů (pasivní přijímání pocitů ukřivděnosti nebo rodiče zaujímají vůči dítěti postoje podřídivosti - dítě ovládá rodiče a diktuje jim)
    - **perfekcionistická rodina** - požaduje po dítěti vysoké výkony, bez ohledu na jeho možnosti, zájmy a harmonický rozvoj (často v ambiciózních rodinách, rodič může přenášet své ambice na dítě)
    - **autoritářská/autoritativní rodina** – vyžadující bezmeznou poslušnost, podřizování; charakteristická přikazováním, dirigováním, častými tresty bez ohledu na potřebu dítěte samostatně a spontánně se vyjadřovat, nést odpovědnost

    nevhodné výchovné styly
    - **nedostatečná** – rodiče nemají na dítě čas, nedostatečně se mu věnují → děti mohou získat dojem nezávislosti na rodičích, může se projevovat poruchami chování
    - **lhostejná**– podobná nedostatečné; děti mohou dělat, co chtějí, rodiče to nezajímá, nepochválí je, neupozorní
    - **pedocentrická** – dítě je středem pozornosti, dělá si, co chce a rodič ho ve všem podporuje, utvrzuje ho o jeho bezchybnosti → pramení často v neoblíbenosti a špatném začleňování
    - **hypersenzitivní** „opičí láska“ – často u jedináčků; dítě rozmazlené, zhýčkané; má „zametanou cestičku“ → brání mu ve společenském osamostatňování
    - **hyperprotektivní** – rodiče se na dítě příliš soustředí, častěji ze strany matky, která usiluje o extrémní péči a pohodu dítěte; často v důsledku pocitu viny; druhý rodič se může cítit vylouče/odmítán
    - **zavrhující** /odmítající – často u rodin s postiženým dítětem či neplánovaným rodičovstvím (o dítě nestojí, odmítají)

- **degradující** – dítě je podceňováno, není podporováno sebevědomí, někdy je ponižováno a zesměšňováno
- **preferující** – znevýhodňováno některého z dětí, nepříznivý vliv na ostatní členy rodiny, poškozuje i zvýhodňovaného
- **merkantilní** – jednostranně bezdůvodné odměňování
- **brutální** – používání abnormálních tělesných trestů, duševního týrání → duševní či fyzické poškození
- **realistická** - při tomto stylu výchovy je dítě motivováno k dosahování maximálních hranic svého rozvoje, avšak při plném respektování nepřekonatelných omezení plynoucích z jeho postižení (Slowík, 2016)
- **přetrvávající vztek na druhého rodiče** – může vést k rozpadu rodiny; odpovědnost za péči o postižené dítě bývá zpravidla na matce; fáze popírání přetrvává déle u otce
- **nejednotný přístup**
- další: nedůsledný přístup, skleníkový výchova, úzkostný přístup, podplácející přístup potlačující přístup

RODINA PEČUJÍCÍ O DÍTĚ S POSTIŽENÍM

- v České republice není znám přesný počet rodin se ZP členem – můžeme však zjistit, kolik rodin pobírá příspěvek na péči, musíme brát v potaz fakt, že zde najdeme nejenom dětské klienty, ale i osoby starší 65 let (této kategorie přibývá) - v září 2018 celkem pobírá tento příspěvek 357, 2 tisíc osob
- péče o dítě s postižením má vždy dvě základní roviny:
  - první je **specifikum daného postižení** a s ním související potřebná každodenní péče o dítě
  - druhou rovinou je **rodina, která tuto péči zajišťuje**
- život každé takové rodiny je odlišný, specifické jsou i potřeby těchto rodin
- náročnost péče u dětí s postižením je dlouhodobou zátěží
- šířka nabídky pomoci a podpory je zásadní pro zvládání samotného výkonu péče a pro možnost zajištění všech souvisejících podmínek
  - **sociální pomoc a podpora** – finanční příspěvky a sociální služby, morální ocenění a přijetí společnosti
  - příležitost **k účasti na běžném životě společnosti**
  - **kontakt s rodinami, které se nacházejí se stejné situaci nebo mají podobnou zkušenost –** potřeba vzájemného porozumění, vzájemného sdílení a podpory, spolupráce
  - roli sehrává reakce okolí – zde hrozí sociální izolace a pokles vnitřní stability rodiny (vyhledávání alternativních možností péče o postiženého člena)
  - funkční rodinné prostředí – pro jedince s postižením má mimořádný význam a nikdy není zcela nahraditelné, hlavně z hlediska:
    - rozvoje osobnosti
    - kvality života a zajištění
    - uspokojení vztahových a emocionálních potřeb
    - vytváření vlastní identity
- i zde platí jednoduché pravidlo, že pokud je spokojen rodič, je spokojené i dítě
- rodina, která pečuje o dítě se postižením, má v současné společnosti podstatně lepší postavení a možnosti, než tomu bývalo v minulosti
  - přesto péče o člena rodiny s postižením je specifickou záležitostí

Reakce rodičů na závažné onemocnění či postižení dítěte

- !!! narození dítěte s postižením znamená pro rodinu velkou změnu v právech a povinnostech dosavadních členů rodiny, ale i změnu jejich časového rozvrhu!!!
- narození dítěte s těžkým postižením, získání těžkého postižení v průběhu vývoje (např. manifestace skrytého onemocnění) je závažným zásahem do života každého jedince, jehož se tato událost týká
  - bývá označováno za jednu z nejtěžších životních zkoušek, které může být člověk v současné době v našem civilizačním okruhu vystaven

Fáze vyrovnávání se se skutečností nemoci

- proces přijetí informace o závažném postižení člena rodiny se nepochybně liší podle následujícího hlediska:
  - zdravotní postižení má dítě
  - zdravotně postiženým se stane rodič
  - zdravotně postiženým se stane prarodič

- uvedené je dále modifikováno:
  - závažností (hloubkou) zdravotního postižení
  - očekávanou či skutečnou délkou péče
  - očekávanou či skutečnou náročností péče
- tímto fenoménem se zabývali psychologové – Matějček, Blažek, Olmrová, Vágnerová

Fáze přijetí zdravotního postižení

Vágnerová

- **fáze šoku a popření**
  - nastupuje u rodičů naprostá citová dezorganizace, zmatenost, ochromení jednání, neschopnost uvěřit sdělenému, iracionalita
  - stav může trvat od několika minut až po několik dnů
  - fáze naprosté beznaděje a zoufalství, doprovázenou mnoha otázkami, na které neexistují odpovědi ("Proč se to stalo nám? To nemůže být pravda.")
  - popření je projevem obrany vlastní psychické rovnováhy → jelikož snaha rodičů nalézt uspokojivou odpověď bývá zcela marná, můžeme se setkat s naprosto nepřiměřenými reakcemi rodičů
  - rodiče ztrácí naději a očekávání, cítí se být nepřipraveni a zrazeni příchodem dítěte s postižením místo jejich vysněného dítěte zdravého
  - rodiče v této fázi nechtějí slyšet nic o možnostech péče či výchovného vedení jejich dítěte, jelikož přítomnost postižení stále nepřijali a nesmířili se s ní
  - v průběhu času dochází k postupnému přijetí této informace
  - reakce rodičů záleží, kdy a jak se o postižení dítěte dozvěděli
- **fáze bezmocnosti**
  - rodiče nevědí, co by měli dělat, nikdy se s podobným problémem nesetkali a nedovedou jej řešit
  - pocit zklamání střídá pocit bezmocnosti, prožívání pocitu viny, které se vztahují k dítěti a pocity hanby, které se vztahují k reakcím lidí ve svém okolí
  - bojí se zavržení a odmítnutí a zároveň očekávají pomoc, ale nemají přesnou představu, jaká by měla být
  - proto mohou být přecitlivělí k reakcím okolí
- **fáze postupné adaptace a vyrovnávání s problémem**
  - rodiče mají zvážený zájem o informace – proč postižení vzniklo, jaká je jeho podstata, jak by měli o své dítě pečovat a zajímají se o budoucnost
  - negativní emoční reakce typické pro toto období:
    - prožitky smutku, deprese zahrnující truchlení nad ztrátou očekávaného narození zdravého dítěte
    - prožitky úzkosti a strachu, které se vztahují k budoucnosti
    - pocity hněvu na osud, resp. předpokládaného viníka
  - rodiče používají různé copingové strategie
    - obranné reakce, které pomáhají rodičům udržet psychickou rovnováhu a zachovat přijatelné sebehodnocení v oblasti vlastní rodičovské role
    - vztahují se především k předpokládané příčině postižení
    - rodiče se dítěti obětují, aby odčinili svou vinu → za viníka bývá považována většinou matka nebo někdo mimo rodinu př. profesionál
  - způsob a adekvátnost vyrovnávání se zátěží závisí na mnoha faktorech:
    - zkušenostech rodičů
    - osobnostních vlastnostech
    - zdravotním stavu
    - věku
    - kvalitě partnerského vztahu

        - počtu dětí, které spolu mají
    - strategie zvládání mohou mít dvojí charakter:
        - aktivní – tendence bojovat s nepřijatelnou situací; hledání pomoci (lékař, léčitel, obranné reakce vůči viníkovi,…)
        - pasivní – únik ze situace (rodiče se neumí ztotožnit) – popírání, rezignace (rodiče se začnou věnovat něčemu jinému), krajním řešením pak umístění dítěte do ústavní péče
    - v této fázi nejde jen o zpracování problému, a postupné vyrovnávání se s jeho existencí, ale i o hledání jeho řešení
- **fáze smlouvání**
    - přechodným obdobím, kdy rodiče akceptují skutečnost, ale mají tendenci získat alespoň něco, malé zlepšení, když už není možné, aby se zcela uzdravilo
    - smyslem je vyjádření aspoň nějaké naděje
    - znakem kompromisu, který můžeme chápat jako signál přijetí postižení dítěte
- **fáze realistického postoje**
    - rodiče postupně akceptují skutečnost, že mají dítě s postižením a přijímají je takové, jaké je
    - jejich plány jsou reálnější a splnitelnější - ke smíření s postižením dítěte nedochází ve všech případech

Matějček, Blažek, Olmrová

- **šok**
    - obvyklá fyziologickou reakci organismu
    - zpomalení obvyklé fyziologické funkce, sníží se reaktivnost
    - tato forma reakce organismu může mít dvě základní podoby (typy):
        - typ A: forma útočné obrany, při které dojde ke zrychlení všech fyziologických funkcí, zrychlí se tep, dech, aktivita, člověk působí velmi rozčileně
        - typ B: zpomalení funkcí organismu, snížení reaktivnosti
            - navenek může vypadat, že dotyčný člověk je „silný, statečný“, neboť nereaguje hystericky, je spíše klidný, bez teatrálních gest reaktivních projevů
    - možný a častý je i přechod z jedné formy šoku do druhé
    - záleží jak na míře (závažnosti) sdělované informace, tak na vnitřní psychické konstelaci jedince
    - také záleží objektivními okolnostmi a podmínkami
    - první fáze postupného přijetí a zpracování dané informace může trvat několik minut, ale i hodin
    - stavy, které přetrvávají týdny a měsíce, hodnotíme již jako další fáze – nikoliv jako první a aktuální reakci organismu člověka na sdělení mimořádně zátěžové zprávy
    - snížena schopnost rodiče přijímat odborná sdělení, zprávy a doporučení
        - důležité je citlivé jednání a dostatek informací
    - terapeutický přístup: naslouchání, pochopení, účast
    - z hlediska pomoci rodičům je v případě potřeby lze využít služeb poskytujících psychologickou první pomoc nebo příp. i krizovou intervenci
    - již v této fázi by měla být zprostředkovaná raná péče
    - v dnešní době může díky prenatální diagnostice v některých případech rodina dokonce rozhodovat o narození, či nenarození svého postiženého dítěte, což je ovšem samozřejmě velice složitá a eticky citlivá otázka
- **zpracování situace a reakce na situaci** (reaktivní fáze)
    - trvá nepoměrně déle a svým způsobem ji můžeme považovat za nikdy neukončený proces přijímání a zpracování informace o existenci zdravotního postižení dítěte (případně člena rodiny)
        - zvláště u zdravotních postižení, která se v průběhu života dítěte „proměňují“, tj. vyvolávají stále a znovu potřebu nové odpovídající reakce, je proces průběžný a nepřetržitý
    - velmi silné traumata: může mít reakce projevy zaměřené na destrukci až sebedestrukci jedince
        - v ojedinělých a výjimečných formách až podobu *suicidiálního chování*
    - obvyklejší jsou silné psychosomatické projevy (označované jako „zhroucení“, provázené depresemi, neurotickým chováním, záchvaty pláče, vzteku apod.)
    - útočné reakce: tzv. hledání viníka
        - objevuje se relativně často – ne vždy se však jedná o hledání „domnělého viníka“
        - můžeme se setkat i s oprávněnou domněnkou rodičů (členů rodiny), jež svědčí proti určité osobě (nejčastěji lékař), která může mít na vzniku postižení podíl
        - častější jsou reakce osočování i blízkých osob (např. v rodině) - bývá sice v dané fázi obvykle přijato a překonáno
            - v případě, že následuje dlouhodobá péče (deset a více let), se vztahový problém z počátku zvládání nového faktu může negativně projevit později
        - ve vztahu k ženám bývá uváděna i krize ženské identity („neschopnost“ porodit zdravé dítě)
    - zvýšená péče projevující se hledáním podpory, konzultacemi u odborníků, dalších osob znalých daného problému

        - zejména v počátcích péče o dítě není vyloučena ani návštěva a využívání služeb odborníků stojících na okraji odborné veřejnosti (léčitelé), či dokonce vyslovených šarlatánů slibujících neuskutečnitelné
    - únikové reakce: nejvíce radikální odložení dítěte
        - dochází častěji tehdy, pokud se rodiče dozvědí diagnózu již v porodnici a nebyli nikterak na novou skutečnost připraveni
        - stále ještě se setkáváme s rodiči, kteří potvrzují, že je jim tato možnost lékaři nabízena – s odůvodněním nezvratnosti osudu dítěte, případně nevyléčitelnosti nemoci, náročnosti atd.
    - další formy reaktivního chování rodičů:
        - izolace
            - rodina se „stáhne“ ze svých společenských aktivit
            - uzavře se do sebe a svého problému
        - popírání diagnózy
            - velmi časté
            - někdy souvisí s následným únikem do fantazie, často však jde jen o obrannou reakci organismu, který chrání sám sebe před poškozením – „neunesením“ zraňující zprávy
            - v některých případech je fakt diagnózy – postižení dítěte – přijat, ale rodiče se k dítěti chovají, „jako by bylo zdravé“
                - nesprávné zpracování doporučení odborníků, kteří dávají rady neznající pravý stav věcí v rodině pečující o dítě s (těžkým) zdravotním postižením
            - může způsobovat zvýšené nároky na dítě, až jeho přetěžování či poškození
        - únik do fantazie
            - mívá mnoho podob
            - je obvyklejší, pokud se jedná o zprávu o onemocnění dítěte než jiného člena rodiny
            - rodič ve svých snech popírá realitu, nechá svou mysl vést pomyslnými budoucími úspěchy dítěte, v ojedinělých případech může až ztrácet schopnost vnímání a rozlišování reality a vlastních představ
            - v přiměřené míře je nutno tento jev hodnotit jako přirozený a obvyklý
        - substituce
- **adaptace**
    - v širším smyslu je adaptací již předchozí fáze
    - skutečně – pro všechny zde uvedené etapy je nutno konstatovat, že neprobíhají v neměnné časové následnosti
        - naopak – leckdy dochází k „přeskočení“ dané fáze, k jejich mísení apod.
    - obecně v této fázi si již rodiče a další členové rodiny více či méně reálně uvědomují fakt, kterému byli vystaveni
    - vyhledávají pomoc, podporu, informace, které jsou již schopni vnímat a hodnotit
        - záleží na sociální úrovni rodiny, jež se zejména v této fázi významně projevuje
        - existují rodiny, které díky internetu komunikují s obdobně postiženými rodiči z druhé poloviny zeměkoule
        - pro některé rodiče je i obrázková brožura o onemocnění dítěte příliš složitá
- **přijetí a pochopení**
    - nejedná se samozřejmě o přijetí ve smyslu „smíření“
        - nemusí plně nastat nikdy
    - dochází k úpravě života rodiny - např. úprava bydliště, práce rodičů, hledání vzdělávacích možností či podpory formou sociálních služeb
    - jednodušší je situace, pokud je zdravotní stav dítěte (člena rodiny) relativně stabilizovaný – bez silných progredujících změn
    - vytvoření adekvátních či vhodných podmínek pro domácí péči
        - změny organizační a změny ve vnitřním životě (vztazích) rodiny
            - rozpad rodin s dítětem s postižením

Reakce a adaptace na náhlou ztrátu

- **fáze latence**
    - postižený ví, že se mu něco stalo, ale namlouvá si, že je to jen přechodný stav
    - myslí si, že se uzdraví, přestože může mít bolesti
- **fáze pochopení**
    - člověk poznává, že se jeho stav nemění a sám pochopí, že se už neuzdraví
    - reakcí je šok, člověk ho většinou řeší popřením, že by něco takového bylo možné
- **fáze postupné adaptace**
    - doba, kdy si člověk konečně připustí, že došlo ke změně jeho kompetencí, že na tom nemůže nic změnit, učí se různým kompenzačním postupům a sebeobsluze

FAKTORY OVLIVŇUJÍCÍ PŘIJETÍ REALISTICKÉHO POSTOJE

- uvědomění si skutečnosti vede k jejímu přijetí a realistickému náhledu na celou životní situaci
- náhled na dítě a jeho osobnost – jeh možnosti, předpoklady z hlediska realistické prognózy dalšího vývoje
- rovnováha celé rodiny na osobnostní stabilitě – platí, že pokud do této fáze rodina vše zvládla, je významně posílena její koheze (soudržnost)
- přístup členů rodiny k dítěti s postižením – nedoporučuje se abnormální soustředění na dítě postižené ani zdravé – najít rovnováhu

- fáze krize rodičovské identity – kdy jsou rodiče konfrontováni se skutečností, že je jejich dítě postižné
    - reakce na nepříznivou odlišnost jejich dítěte a jeho perspektiv, což může být ze strany rodičů hůře akceptovatelné
    - může ji předcházet fáze nejistoty – dítě si uvědomují, že dítě je jiné, ale postižení ještě není potvrzeno
- přijetí faktu nemoci a zvládání onemocnění je ovlivňováno celou řadou faktorů: (Krejčířová, 2006, Říčan, 2006)
    - **typ nemoci nebo postižení**
        - pokud jde o typ postižení dítěte, ukazuje se, že obtížně jsou přijímány jednak děti se stigmatizujícími malformacemi obličeje nebo rukou, ale není-li postižení viditelné, může být někdy přijetí dítěte ještě obtížnější, protože rodiče nejsou s to jeho projevům dobře porozumět
        - přijetí dítěte je velice obtížné při jeho narození, pokud se jedná o velmi těžce nemocné dítě, když není uváděna dobrá prognóza
        - obecně představuje mentální postižení pro rodiče větší stres než jiné typy postižení, protože bývá více zasaženo i jejich vlastní sebehodnocení
        - současně bývá zesílen tlak na sourozence, aby vynahradil deficity nemocného
    - **etiologie nemoci nebo postižení**
        - nejobtížnější je situace tam, kde je příčina neznámá (značné procento poruch intelektu)
        - *např. dítě s poruchou intelektu po neuroinfekci je snáze přijímáno, než dítě s postižením založené geneticky*
    - **individuální charakteristicky nemocného dítěte**
        - osobnost dítěte, sociální reaktivita, síla, energie, věk, dosavadní zkušenosti s nemocí a bolestí i množstvím odpovědnosti udílené dítěti
        - velice důležitý je i věk, v němž například k onemocnění došlo, pokud nejde o postižení vrozené
    - **individuální charakteristiky dalších členů rodiny**
        - zejména celková síla a odolnost vůči zátěži, osobnostní zralost, dosavadní zkušenost s nemocí či s postiženými lidmi i s překonáním jiných životních krizí, vlastní sebevědomí a sebehodnocení
    - **struktura a organizace rodinného systému, kvalita vztahů v rodině, vývojová fáze rodiny**
        - počet dětí v rodině, úplná/neúplná rodina, zda se jedná o prvorozené dítě – strach, zda je matka schopna porodit zdravé dítě…
    - **styly zvládání** (coping)
        - s náročnými životními situacemi se každý člověk vyrovnává vlastním jedinečným způsobem
        - po sdělení diagnózy patří k nejadaptivnějším „aktivní typ zvládání“, který je přímo zaměřený na řešení problémů a získávání informací
    - **prostředí**
        - rodiny mívají často tendence k izolaci od okolí, množství stresu v rodině přitom silně koreluje právě s narušením kontaktů rodiny s okolím, především s prarodiči a přáteli, při nedostatku sociální opory hrozí i větší riziko týrání či zanedbávání dítěte s postižením
- 10 hlavních faktorů vedoucích k pozitivnímu přizpůsobení rodiny (Pešová, 2006)
    - předchozí dobrá integrace rodiny, uspokojivý manželský vztah
    - šťastné dětství rodičů
    - dobré vztahy k širšímu příbuzenstvu
    - okolnost, že dítě bylo chtěné
    - důvěra k ošetřujícímu lékaři, dostupnost lékařských služeb

  - vnímání nemoci jako „výzvy k boji“ než „neúnosné břemeno“
  - zkušenost s výchovou staršího zdravého dítěte
  - stabilní hodnotový systém rodiny a její široké zájmy
  - příznivé vnější podmínky (blízká škola, dostupnost služeb)
- v období vyrovnávání se s postižením jsou důležité tyto postoje
  - postoje společnosti (jak společnost postižení bere)
  - postoje nejbližšího okolí a rodiny (jak postižení přijímá rodina – se zátěží nebo s klidem a rozvahou)
  - postoje samotného jedince s postižením (přijímá postižení jedinec s klidem, hledá řešení nebo se bouří?)

Vrozené postižení

- není subjektivně tak traumatizující, protože člověk je na něj zvyklý
- má ale vliv na vývoj dítěte již od samotného počátku života → dítě se vyvíjí za ztížených podmínek, může mít omezený kontakt s vrstevníky
- vývoj probíhá ve stejných fázích jako u zdravého dítěte, ale v různých obdobích vyvstává riziko vzniku další odchylky:
  - kojenecký věk - riziko nedostatečné stimulace a citového přijetí (rodiče nemusejí být s handicapem dítěte vyrovnaní)
  - batolecí věk - dochází k první emancipaci, pro dítě s postižením je takové osamostatnění velmi obtížné, někdy nedostupné
  - předškolní a školní věk - významný milník, protože je dítě srovnáno se zdravými spolužáky, může dojít k první krizi identity, protože je potvrzena odlišnost dítěte
  - dospívání - přichází druhá fáze emancipace, pubescent si může kriticky uvědomovat své postižení a vnímat svůj handicap i v sociální oblasti
  - dospělost - druhá krize identity je nástup do zaměstnání, kdy dochází ke kontaktu s majoritní – zdravou populací
    - postižený nemusí mít dostatek zkušeností se společností, do které by se měl integrovat a může to na něj mít stresující vliv
    - hledání partnera je ztížené a u některých jedinců i nerealizovatelné
      - dochází k přetrvávání závislosti a vazbě na rodičích

Získané postižení

- člověk musí najít nový smysl života a změnit své hodnoty, zaběhnuté chování a postoje
- osoba s postižením musí řešit mnoho nových překážek a potíží - aby to všechno zvládl, musí si vybudovat novou sebedůvěru
- velký význam pro takového člověka má sociální a emoční zázemí a podpora
- rodiče se v takovém případě vracejí k pečovatelskému postoji, přestože může být dítě už odrostlé
- rizikem pro postiženého jedince je v tomto období fakt, že není schopný nebo ochotný chovat se k okolí standardním způsobem
- je stále ve vnitřním napětí, může být zahořklý, pociťovat nespravedlnost osudu, mít různé nálady, deprese
- lidé, kteří získají nějaké postižení později, mají dlouho tendenci srovnávat se se zdravými lidmi a chtějí se jim nějak vyrovnat
  - na druhou stranu ale mohou v nové situaci hledat jisté výhody a nové výzvy
- postižení v době adolescence či rané dospělosti - jedinec si zachovává základní zkušenosti, pocit vlastní normality a schopnost navazovat vztahy i se zdravými lidmi
  - jde o to, aby u něho bylo posilováno sebevědomí a sebeúcta a aby se cítil užitečný pro ostatní
- postižení získané v dospělosti - přináší jiné problémy – člověk už má nějaké role (rodičovské, partnerské, profesní) a je třeba dbát na to, aby o ně nepřišel
  - uchování těchto rolí alespoň v přijatelné formě pomáhá postiženému člověku, aby si udržel svou sebeúctu

POTŘEBY RODIČŮ A JEJICH USPOKOJOVÁNÍ

- narození dítěte s postižením představuje mimořádnou zátěž a velmi náročnou životní situaci
- téměř všichni rodiče určitě očekávají, že se jim narodí zdravé dítě a narození dítěte s postižením je považováno za ztrátu jistého očekávání
- během očekávání narození dítěte si totiž rodiče vytvoří určitý mentální obraz dítěte, k němuž si následně hlavně ženy vytvoří emocionální vztah

- po porodu je potom nutné vyrovnat se se ztrátou této idealizované představy dítěte a přijmout je takové, jaké reálně je
- rodina jako základ ale může být narozením dítěte s postižením ohrožena vlastní krizí
    - může se projevit jako reakce na nově vzniklou situaci, kdy rodina prožívá období po narození dítěte s postižením jako jistý druh ztráty, a to zhroucením představ zdravého dítěte, ale i do budoucna, ztrátou „normálního" života s dítětem – **anticipační ztráta** (Špatenková, 2011)
- pro rodiče je nejhorším **pocitem ztráta kontroly nad situací**
    - hyperaktivní chování
    - ustrnutí, kdy jedinec není schopen cokoli dělat
- **pocit ztráty role rodiče zdravého dítěte**, se kterou se pojí také **pocity selhání v ploditelské a rodičovské roli**
    - zásah do sebepojetí rodičů, kteří se musí vyrovnat se ztrátou sebedůvěry a sebejistoty
    - ztráta důvěry v partnera, lékaře apod.
- dochází tedy ke **krizi jak osobní, tak i rodičovské identity**
    - být rodičem dítěte s postižením zároveň znamená to, že se člověk (rodina) liší
    - společnost se sice mění a dochází k mnoha změnám, které se odrážejí na celkovém společenském klimatu, ale přece jen je to pro rodinu zátěž (Špatenková, 2011)
- pro zdárný vývoj dítěte je velice žádoucí, aby rodiče **zaujali k dítěti pozitivní postoj**
- existence postiženého dítěte vede k celkové změně životního stylu rodiny, dosavadní život musí být plně přizpůsoben možnostem a potřebám nového člena rodiny

Potřeby (Říčan, 1972)

- **biologické potřeby**
    - nejzákladnější a nejpůvodnější lidské potřeby – naplňovány pudově
    - v případě nezabezpečení, může dojít až ke smrti
    - potřeby hladu, žízně, spánku, sexu, potřeba zdraví a tišení bolesti, potřeba pohybu, odpočinku
    - v souvislosti s potřebami pečujících rodičů:
        - odpočinek a spánek, kterého se může v rámci péče nedostávat
        - vlastní zdraví, které je důležité, aby jedinec byl schopen péče
            - se zdravím souvisí fyzická bolest vzniklá jak z námahy, tak v rámci možných nemocí
- **psychologické potřeby**
    - být milován, milovat, mít respekt, být chápán, být chválen, být šťastný, spokojený, nemít strach a úzkosti, nežít ve zmatku
    - potřeba bránit se, potřeba vynikat, potřeba učení
    - všechny uvedené potřeby má každý člověk, jen k jejich uspokojení má snadnější cestu
- **sociální potřeby**
    - mít přátele, ošetřovat, starat se, vyhledávat zábavu, bavit se, uvolnit se, být informován, předvádět se, mít domov, bydlení
    - prolínají v rámci potřeb bezpečí a potřeby sounáležitosti
    - potřeby patřit k nějaké skupině, mít vztahy s okolím a blízkými, mít určitou prestiž
    - potřeba být finančně zajištěn
- **spirituální potřeba**
    - otázka proč já, proč mé dítě
    - hledání vysvětlení a smyslu celé události
        - i ti, co nevěří v Boha, se na něj obracejí, aby vykonal zázrak
    - tyto otázky se nejvíce projevují ve fázích adaptace
        - v dalších fázích by se mělo zaměřit více na potřeby relaxace a meditace, na sebepřijetí
- **potřeba stimulace** - aby byl organismus v činnosti, dostal podněty, aby se nenudil (dítě je nevyčerpatelným zdrojem podnětů)
- **potřeba učení** - nabývání zkušeností - jak pomalu děti rostou k dospělosti, zrajeme s nimi k životní moudrosti
- **potřeba bezpečí a jistoty** - citové vztahy – potřebujeme, aby nás měl někdo rád
- **potřeba společenského uznání** - dokázat si, že umíme vychovat dítě
- **potřeba otevřené budoucnosti** - abychom si mohli stanovit cíle, důkaz o pokračování svého rodu a svého já

SOUROZENEC DÍTĚTE S POSTIŽENÍM

- role sourozence postiženého dítěte je náročnější a představuje určitou zátěž → mění se jeho postavení v rodině, odlišná očekávání a postoje rodičů než u zdravého sourozence

- specifické postavení postiženého dítěte

Specifičnost postavení zdravého dítěte

- zdravé dítě si uvědomuje, že jeho sourozenec je více privilegovaný a jeho projevy jsou všeobecně tolerovány, i když s postižením nesouvisí
- různé reakce
  - začne na sourozence žárlit
  - chápe situaci a rozvíjí se u něj ohleduplnost, ochota pomoci slabšímu
- důležité je docílit, aby žádné z dětí nebylo zatěžováno a vystavováno nesplnitelným nárokům a vhodně rozdělit čas každému dítěti zvlášť
- zdravé dítě většinou zaujme dominantně-ochranitelskou roli vůči svému postiženému sourozenci
- zdraví sourozenci jsou rodičům fyzickou i psychickou oporou
  - jejich potřeby jsou často odsouvané a hledí se většinou na péči o nemocného sourozence
- sourozenci často trpí pocitem méněcennosti, strachu, odporu, hanby, hněvu, viny a deprese
  - zároveň cítí lásku, hrdost, sounáležitost se svým postiženým sourozencem a mají potřebu ho ochraňovat
- zdraví sourozenci jsou odpovědnější, zralejší a ochotnější pomáhat
  - někdy je rodiče nevědomky přetěžují a přesouvají na ně i své smutky
- zdravý sourozenec si ke svému postiženému sourozenci musí vytvořit vztah (Vágnerová, 2008)
  - specifika tohoto vztahu, kdy v návaznosti na rozdíly mezi zdravým a nemocným dítětem dochází obtížněji k vztahové symetrii, která je u zdravých sourozenců zcela běžná
    - také zdravý sourozenec bohužel občas trpí ve společnosti svých kamarádů
    - i jejich volbu podmiňují tyto děti kladným postojem k jejich nemocnému sourozenci
    - prožívají silné a rozporuplné emoce, se kterými se musejí neustále vyrovnávat
    - někdy se to může navenek projevit i nevhodným způsobem (náladovost, samotářství, zlobení, křičení, předvádění se, ubližování, špatné školní výsledky, neklidný spánek, nespavost, různé regresní projevy apod.)
    - dítě si takovýmto chováním obvykle říká o pomoc
- rodiče by neměli zapomínat věnovat čas i zdravým sourozencům – vyslechnout, povídat si, naučit se porozumět výrazům a pocitům.

Přístupy rodičů k dětem

- **koncentrace pozornosti a zájmu na postižené dítě**
  - rodiče zdravému dítěti nevěnují dostatečnou pozornost a čekají od něj zralejší chování, než by odpovídalo jeho vývojové úrovni
  - důvodem je zahlcení problémem postiženého sourozence, nedostatek času a energie
  - rodiče si neuvědomí, že i zdravé dítě potřebuje jejich pozornost
  - to stimuluje různé obranné reakce zdravého dítěte – chce upoutat pozornost svým chováním, mnohdy nevhodným
  - mnohdy se však děti ztotožní s předpokládanou rolí svých rodičů, což může přinést i negativní pocity zdravého dítěte – obviňování samo sebe, že je zdravé, závist pozornosti postiženému sourozenci
- **koncentrace pozornosti a zájmu na zdravé dítě**
  - slouží jako kompenzace neuspokojení, které rodičům přináší postižený potomek
  - zdravé dítě se dostává do role, kdy by měl nahradit strádání a potíže s postiženým sourozencem
  - úspěšnost zdravého dítěte podporuje sebevědomí rodičů
  - rodiče na zdravé dítě mohou klást přehnané nárok, které nemusí zvládnout
  - přehnané nároky rodiče kladou i ve věci pomoci s postiženým sourozencem, což může vést na negativní či nepřátelské vztahy mezi sourozenci

Co je důležité pro sourozence dítěte s postižením?

- poskytnout sourozencům vhodnou formou věkově přiměřené informace o postižení, jeho zvláštnostech, projevech a důsledcích pro chování postiženého dítěte + s přibývajícím věkem sourozenců je nezbytné tyto informace aktualizovat

- využívat vhodné komunikační strategie, tzn. netrestat zdravé dítě za své pocity k postiženému sourozenci, umožnit mu otevřeně hovořit o svých pocitech, společně hledat řešení
- jasná pravidla (včetně vysvětlení, proč platí odlišná pravidla pro zdravého a postiženého sourozence)
- uspokojovat přirozené potřeby zdravých sourozenců – věnovat jim pozornost, všímat si jejich úspěchů, umožnit jim trávit určitý čas s rodiči bez postiženého dítěte, umožnit jim věnovat se svým zálibám
- nacvičit, jak reagovat na dotazy nebo výsměch vrstevníků
- neočekávat, že zdravý sourozenec převezme v budoucnu péči o postiženého sourozence v celém rozsahu, pokud to není jeho vlastní rozhodnutí

Zdroje:

- Opora 01-04 – Úvod do speciální pedagogiky
- Článek: Rodina a dítě s postižením (psychologické aspekty)
- Slowík, J. (2016). Speciální pedagogika. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada.
- Valenta, M. a kol. (2012). Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu. Praha: Grada Publishing.
- Špaténková, N. a kol. (2011). Krizová intervence pro praxi. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2008, 870 s. ISBN 978-80-7367-414-4.
- ŘÍČAN P. 1972. Psychologie osobnosti. Praha: Orbis
- https://theses.cz/id/zgnqr5/18015619
- https://theses.cz/id/1xj1uc/14995386

VZDĚLÁVÁNÍ DĚTÍ, ŽÁKŮ A STUDENTŮ SE SVP

10. Vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami – reflexe vývoje systému vzdělávání pro žáky se SVP, aktuální legislativní dokumenty – definice žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, poskytování podpůrných opatření, odst. 9 §16 školského zákona, poradenské služby poskytované ve školských poradenských zařízeních a školních poradenských pracovištích ve vztahu ke vzdělávání žáků se SVP.

REFLEXE VÝVOJE SYSTÉMU VZDĚLÁVÁNÍ PRO ŽÁKY SE SVP (Jeřábková)

Počáteční období

- od konce 18. a 19. století
- první zájem v Evropě o nevidomé a neslyšící, později i mentálně a tělesně postižené
- vznikají specializované ústavy - pracovníci sepisují první pojednání o výchově a vzdělávání --> prvně ústavy pro lidi bez rozdílu postavení (již dříve bylo postaráno o lidi z vyššího postavení)
    - nejprve zájem o lidi se zrakovým postižením, poté sluchově postižení, později mentálně a na konec tělesně postižení
    - u nás první ústav v Praze pro sluchově postižené
- problém - v ústavech se rozvíjí praxe i teorie jednotlivých "pedií", nikdo se nezaměřil na vytvoření obecné teorie speciální pedagogiky
    - ústavy nechtěly sdílet to, jak k tomu došli - ústavy tak byly oddělené, kde si každý řešil tu svou praxi a teorii, neřešilo se nic mezioborového
- základní dílo Pedagogická patologie od Adolfa Strumpela - zabývá se všemi dětskými úchylkami - první publikace, kam se lidé, kteří pracovali s lidmi s postižením, mohli podívat a určit, co má za problém

Druhá etapa

- částečně se překrývá s počátečním obdobím (pravděpodobně druhá polovina 19. století)
- centrem vývoje je Praha - vznikají ale i další místa soustřeďující odbornou péči v Čechách i na Moravě
    - vyšel říšský zákon 1890, aby se lidé začali zajímat o lidi s postižením - v zákonu bylo, že se mají země zajímat a zakládat ústavy pro lidi s postižením
    - Morava - zemský zákon č. 33 z roku 1890 - budou zakládány ústavy pro lidi s postižením a žáci nevidomí a se sluchovým postižením mohou navštěvovat obecnou školu (+ další ustanovení)
- ústavy
    - hospitace pro učitele - člověk, který chtěl pracovat s postiženými musel mít učitelské vzdělání, praxe
    - vznikají první učebnice pro postižené žáky
    - učitelé rozvíjeli různé teorie, koncepce a přístupy pro vyučování a formování osobnosti jedince s nějakým druhem postižení

Vlivy na přelomu 19. a 20. století

- myšlenky Ellen Keyové - kniha Století dítěte (děti nejsou zmenšeninou dospělého, že prožívaní je u nich jiné, vnímání světa je jiné, mají na to právo --> říká v této knize, že to není v pořádku, že pracují, berou se jako malý dospělí a mělo by se to změnit)
- reformní pedagogické hnutí - u nás zprvu charakteristické protiherbartovskými tendencemi a prosazováním pedocentrismu (většina ovlivněna/podle dítěte) --> změna vzdělávání
    - Herbartovská pedagogika - založena na psychologii, měl by být menší počet dětí v třídě, dostatek pedagogické svobody, nezávislost - každý může mít svůj styl, vzájemné vztahy a styly ve výchově
- (Čádovy) sjezdy pro péči o slabomyslné a školství pomocné
    - propagace pomocných škol, řešení vědeckých otázek spojenými s výchovou a vzděláváním slabomyslných
- vznik pedologie, pedopatologie a nápravné vědy
    - PEDOLOGIE
        - komplexní věda "o dítěti, skládající se z biologie dítěte (pedobiologie), psychologie dítěte (pedopsychologie), a sociologie dítěte (pedosociologie)
    - PEDOPATOLOGIE
        - nauka o vadách mládeže, duševních i tělesných
        - "široce pojatý obor propojující vědy o biologii i psychologii abnormního dítěte a mladistvého"
        - slabá stránka - má velice široký záběr - zájem pouze k jedné specializaci (pedii) chybí
    - NÁPRAVNÁ PEDAGOGIKA
        - první ucelený koncept vědy, které mi dnes říkáme speciální pedagogika
        - autorem Jan Mauer
        - na začátek 20. Století
        - protikladem medicínské pedopatologie
        - věda o výchově a vzdělávání
        - první co Mauer udělala, byla teorie jak vychovat dítě s mentálním postižením - později se přidávali děti: slepé, slabozraké, neslyšící, nedoslýchavé, nedořečené *(stižené vadou řeči)*, děti slaboduché *(hloupé, slabomyslné)*, zmrzačené , mravně úchylné *(zanedbané, provinilé)*
        - *"Nápravnou pedagogikou rozumíme prostředky a způsoby, jimiž upravujeme výchovu a vyučování úchylných dětí tak, aby se jejich vady odstranily anebo alespoň zmírnily. Úchylné děti se má vzdělávati, jak to jeho dispozice připouštějí a má se vychovávati tak, aby v praktickém životě nebylo na obtíž, ale bylo soběstačno a upotřebitelno."*
        - největší rozkvět za první republiky
            - 5 sjezdů pro výzkum dítěte
            - začala se budovat sítě pomocného školství, tj. speciálního školství - s podporou Josefa Zemana (učitel z východních Čech, který měl praxi s dětmi s různými postiženími)

- **Pedologický ústav hl. města Prahy**
  - nové disciplíny rozvíjeny v Pedologickém ústavu hlavního města Prahy
  - založen v roce 1910
  - po roce 1918 - reforma, přejmenovala se na Ústav pro výzkum dítěte a dorůstající mládeže v Praze
  - 4 oddělení:
    - pedagogické a organizační - tělesné a duševní vyučování a výchova
    - somatologické - výzkum tělesného stavy a vývoje českého dítěte
    - pedopsychologické - zaměřuje se na duševní povahu, schopnosti a vlastnosti "normálního" českého dítěte
    - pedopatologické - Karel Herfort - jeho záměrem bylo šetření mentálně zaostalých, tělesně a duševně abnormáních dětí, slepých, hluchých, asociálních a sociálně zanedbaných
      - ústav zanikl roku 1951

Třetí etapa (mezi lety 1945 – 1950)

- dva proudy - první byl pro to, aby se pokračovalo jako při první republice, druhý proud byl pro reformu --> po druhé světové válce nakonec reforma
- resortismus – docházelo k oddělení resortů, které měli vlastní kompetence (tyto resorty spolu velmi těžce spolupracovali – dodnes)
- obecný rámec
  - změny organizační - zákon o jednotné škole
  - změny v cílech a obsahu vzdělávání - nové učební plány a osnovy a učebnice (jednotné)
  - nově i školy pro děti s postižením součástí národního školského systému (Školy pro děti vyžadující zvláštní péči = dnes speciální školy)
- zavedení **zákona o jednotných školách (1948)**
  - prodloužení povinné školní docházky na 9 let
  - ujednocení vzdělávacích požadavků na stejně staré žáky, na něž byly dosud kladeny různě vysoké nároky podle toho, na jaký druh školy chodili
  - školy pro postižené --> školy pro děti vyžadující zvláštní péči
- řešilo se, zda je dítě vzdělávatelné či nikoliv --> následně bylo určeno jakou životní dráhou půjde
  - **nevzdělávatelné dítě** - bylo osvobozeno od školní docházky, nesmělo ji v žádném případě navštěvovat (děti s mentálním postižením - středně těžká až hluboká, kombinované vady s mentální retardací)
    - jediná služba, kam mohly jít kromě rodiny, byly ústavy sociální péče
    - často byly rodiny nuceny či nabádány, aby se dítěte vzdaly a poslaly je do ústavu
      - postoje rodin:
        - rodina se dítěte vzdá a dítě bude v ústavní péči
        - rodina dítě dá do ústavu pouze na nějakou dobu (prázdniny či víkendy jezdí domů)
        - rodina si dítě nechá a musí se o dítě neustále starat - nesmí je dát do ústavu
          - jeden z rodiny musel zůstat vždy doma s dítětem
    - když se do rodiny narodí postižené dítě - je to velmi zatěžující situace (psychický, finanční tlak, tlak veřejnosti,…) --> může dojít k rozpadu rodiny
    - v ústavech málokdy pracoval speciální pedagog (všeobecně dříve moc speciálních pedagogové nebylo) --> spíše zdravotníci, sociální pracovníci, a dále kdo mohl
    - ústavy se nacházely na okraji měst/vesnicích/pohraničí
    - pan Michalík se zmiňuje, že tito lidé byli "týrány" - celý den v klecích, nadměrná míra medikamentů --> dělali to proto, aby se jim daný člověk zklidnil a mohlo se s ním dále pracovat (i dnes setrvává medikace - mohlo by se to však ještě více omezit)
      - zneužívala se také pracovní síla (využívali své "lepší chovance" k pomocným pracím)
      - v ústavech byly rozdělené sekce pro ženy a muže - docházelo zde k znásilňování mezi pacienty (většinou silnější nad slabším)
      - hospitalismus = tito lidé byli schopni žít pouze v tomto ústavu, nikoliv v normálním světě
        - přivyknutí si na upravené, chráněné podmínky
- po 90. roce se začaly ústavy otevírat veřejnosti --> přišlo se na to, že někteří lidé by v ústavu neměli co dělat (např. lékař řekl, že dítě bude postižené - ale nikdo to dále nekontrolovat, takže i když dítě/člověk byl zdravý, tak musel být v ústavu)
- dlouhou dobu trvalo, než se začaly vytvářet nové státní sociální služby (asistence,…) - financování bylo však složité (projekty, nadace) --> nakonec se vymyslel zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
- 2 články antropologa Františka Štampach
  - psal časopisy, kde se zmiňoval jak to je, jak to funguje
  - pokus o obecnou teorii - dle jeho slov pro nápravu vad a chorob mládeže
  - čerpal z pedologie a pedopatologie v pojetí Čádově, ale s větším důrazem na společenský vlivy
  - teorii nazval sociální pedagogika
  - zárodek budoucích pedií (pracovní a vědecké soubory, případně o léčebně-výchovné obory: psychopedie, ortopedie, logopedie, okulopedie)
  - to bylo špatně, v té době co zde byla mu to nemohlo projít, komunisté nechtěli nic, na co se přišlo za první republiky!!

Čtvrtá etapa (počíná rokem 1948)

- terminologické posuny v označení oboru - politická situace (nechtěli nic z první republiky)
- hledání teoretické základy pro obor (směr k východu - Rusku)
  - termín defektologie - v roce 1953 Sovák
  - východiska hledaná v pavlovovské fyziologii - učení o celistvosti organismu vyjádřené dialektickými vztahy organismu - celistvostí organismu individua se rozumí jednota organismu s jeho prostředím

  - vychází z něj termín defektivita
- odborná veřejnost nepřijala termín - moc proruský
- Sovák tak užívá nový pojem: speciální pedagogika
  - dle zdrojů jej poprvé použil Bohumír Popelář v roce 1957 (! Ale již v roce 1954 publikace Úvod do studia speciální pedagogiky)
- v 60. letech existoval i termín speciální pedagogika defektologická (Edelsberger)
- obor je nakonec *"od prvního vydání Sovákova Nárysu speciální pedagogiky v roce 1972" označován "už definitivně speciální pedagogika"*
- prosazení názvu speciální pedagogika nebylo jednoduché
  - 1978 - defektologický slovník
  - ve stejném významu jako speciální pedagogika: léčebná pedagogika, nápravná pedagogika, ortopedagogika, pedagogika handicapovaných dětí
- Vašek (1992) udává, že pro speciální péči se stále užívá jak termín speciální pedagogika, tak defektologie
  - synonyma
  - defektologie považuje za termín širší
  - defektologie se chápe jako součást speciální pedagogiky
  - ev. je název defektologie považován za zastaralý a neměl by se užívat
- **školství**
  - dva proudy vzdělávání - nerozhodoval o tom rodič, ale okresní zdravotní sestra
    - školy běžné
    - školy speciální - musely sem chodit děti s postižením --> tyto školy byly specializované a velmi striktně (od 60. let, dříve to tak striktní nebylo) se rozlišovalo, kam dítě bude chodit (nedoslýchavé dítě muselo do školy pro nedoslýchavé, nikoliv do školy pro neslyšící), častokrát byly i na intru (již od 3 let) - přetrhávaly se rodinné vazby, dokonce děti chtěly často zůstávat v místě jejich školy celoživotně
  - podařilo se však najít metody, které pomáhaly dětem s postižením (učebnice, pomůcky), byly na to vyškolení speciální pedagogové a věnovali se skupinkám dětí se stejným postižením - těmto dětem se však často osekávaly osnovy
  - od 50. - 90. let nesměly existovat soukromé školy

Legislativní řešení po 89

- před - naprosto segregované vzdělávání - integrace neexistuje
- snahy o nový model vzdělávání žáků se SVP (snahy ze strany rodičů)
- zpočátku jsou řešeni spíše žáci se zdravotním postižením
- děti se sociálním či zdravotním znevýhodněním se téměř neřešily/nezohledňovaly
- přijata řada dokumentů, ale praktická podpora škol a učitelů pro práci s žáky se SVP se zvyšovala velmi pozvolna (trochu lepší u žáků se smyslovým postižením) → nebyla jednotná koncepce

1990–1992/1993

- období zásadních společenských změn, jež přinesly i kvalitativní proměnu postavení občanů se zdravotním postižením
- vznik stovek nestátních sdružení na občanském principu
- budování nových zařízení pro podporu zdravotně postižených, primárně v oblasti školství a sociálního zabezpečení
- vznik Vládního výboru pro zdravotně postižené občany
- přijetí prvního „Národního plánu“ pomoci

1993–1998/1999

- dochází k ustálení organizací zdravotně postižených a k profesionalizaci výkonu státní správy v dané oblasti
- jsou přijaty či novelizovány základní právní normy upravující oblasti mající bezprostřední vztah ke zdravotnímu postižení (sociální zabezpečení, školství, doprava)
- rodiče odtržení od rozhodovacího procesu → právě v 90. letech začali tlačit na to, aby se (jejich) děti s postižením vzdělávaly blízko místa bydliště - uvažování o integraci
- od 90. let začaly vznikat soukromé školy - často speciální, které se již nezaměřovali na úzké okruhy postižení, ale na všechna postižení
- vznikají speciálně pedagogická centra, která sloužila k podpoře dětí s postižením, které šly do integrace

Od konce 90. let až do roku 2008

- převládá přístup spočívající v **úpravách a korekcích dříve nastavených systémů**, často chybí jejich důkladná analýza a vyhodnocení dopadů
- leckdy chybí vůle či síla přistoupit k řešení některých otázek i za cenu zrušení tradičních přístupů a jejich nahrazení moderními systémy podpory
- důvodem jsou však i objektivní příčiny, jež vyvolávají potřebu změn v řadě společenských systémů vázaných se ke zdravotnímu postižení
- v oblasti veřejné správy nově vystupuje do popředí prvek **územní – krajské samosprávy**

- vzniká zastřešující jednotná reprezentace občanů se zdravotním postižením v ČR – *Národní rada zdravotně postižených ČR* (zastupuje zájmy osob se zdravotním postižením při jednáních se státními a veřejnými institucemi)

PRÁVO NA VZDĚLÁVÁNÍ

- právo na vzdělání je zakotveno jako základní právo v **Listině základních práv a svobod 2/1993 Sb.** (poslední změna zákona 1.1.1999)
- je nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné
- lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech.
- jedno ze základních sociálních práv
- *HLAVA ČTVRTÁ* – Hospodářská, sociální a kulturní práva → **čl. 33**
  - (1) Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.
  - (2) Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách.
  - (3) Zřizovat jiné školy než státní a vyučovat na nich lze jen za podmínek stanovených zákonem; na takových školách se může vzdělání poskytovat za úplatu.
  - (4) Zákon stanoví, za jakých podmínek mají občané při studiu právo na pomoc státu.

LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SVP V SOUČASNOSTI

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

- platná novela: *94/2021*(27.2.2021 – 31.1.2022)
  - *POZOR! od 1.2.2022 261/2021*
  - → ***stačí říci zákon č. 561/2004 Sb., o předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů***

ČÁST PRVNÍ

- **předmět úpravy** (§ 1)
  - zákon upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova (dále jen "vzdělávání") uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství
- **zásady a cíle vzdělávání** (§ 2)
  - zásady
    - rovného přístupu každého státního občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu a zdravotního stavu nebo jiného postavení občana
    - zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce
    - vzájemné úcty, respektu, názorové snášenlivosti, solidarity a důstojnosti všech účastníků vzdělávání
    - bezplatného základního a středního vzdělávání státních občanů České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ve školách, které zřizuje stát, kraj, obec nebo svazek obcí
    - svobodného šíření poznatků, které vyplývají z výsledků soudobého stavu poznání světa a jsou v souladu s obecnými cíli vzdělávání
    - zdokonalování procesu vzdělávání na základě výsledků dosažených ve vědě, výzkumu a vývoji a co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod
    - hodnocení výsledků vzdělávání vzhledem k dosahování cílů vzdělávání stanovených tímto zákonem a vzdělávacími programy
    - možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání
  - cíle
    - rozvoj osobnosti člověka, který bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého života
    - získání všeobecného vzdělání nebo všeobecného a odborného vzdělání
    - pochopení a uplatňování zásad demokracie a právního státu, základních lidských práv a svobod spolu s odpovědností a smyslem pro sociální soudržnost
    - pochopení a uplatňování principu rovnosti žen a mužů ve společnosti
    - utváření vědomí národní a státní příslušnosti a respektu k etnické, národnostní, kulturní, jazykové a náboženské identitě každého
    - poznání světových a evropských kulturních hodnot a tradic, pochopení a osvojení zásad a pravidel vycházejících z evropské integrace jako základu pro soužití v národním a mezinárodním měřítku
    - získání a uplatňování znalostí o životním prostředí a jeho ochraně vycházející ze zásad trvale udržitelného rozvoje a o bezpečnosti a ochraně zdraví

- **vzdělávání dětí žáků a studentů se SVP a dětí, žáků a studentů nadaných** (§ 16)
  - dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření
    - podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta
    - děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením
  - podpůrná opatření spočívají v
    - poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení
    - úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky
    - úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání
    - použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob11a), Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů
    - úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy
    - vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
    - využití asistenta pedagoga
    - využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočníka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo
    - poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených
  - podpůrná opatření se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti - podpůrná opatření různých druhů nebo stupňů lze kombinovat → podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních podpůrných opatření by podpůrná opatření nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností dítěte, žáka nebo studenta a k uplatnění jeho práva na vzdělávání; začlenění podpůrných opatření do jednotlivých stupňů stanoví prováděcí právní předpis
    - prvního stupně - uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení
    - druhého až pátého stupně - lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení
      - škola nebo školské zařízení může místo doporučeného podpůrného opatření přijmout po projednání s příslušným školským poradenským zařízením a s předchozím písemným informovaným souhlasem zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka jiné opatření stejného stupně, pokud to neodporuje zájmu dítěte, žáka nebo studenta
  - podmínkou poskytování je vždy předchozí písemný informovaný souhlas zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka
  - PO 2.-5. stupně přestane škola nebo školské zařízení po projednání se zletilým žákem, studentem nebo zákonným zástupcem dítěte nebo žáka poskytovat, pokud z doporučení školského poradenského zařízení vyplývá, že podpůrné opatření již není nezbytné
  - PO při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který nemůže vnímat řeč sluchem, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému neslyšících a hluchoslepých osob, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta
    - žákům a studentům vzdělávaným v českém znakovém jazyce se souběžně poskytuje vzdělávání také v psaném českém jazyce, přičemž znalost českého jazyka si tito žáci a studenti osvojují metodami používanými při výuce českého jazyka jako cizího jazyka
    - využívá-li škola nebo školské zařízení tlumočníka českého znakového jazyka, zajistí, aby jeho činnost vykonávala osoba, která prokáže vzdělání, nebo praxi a vzdělání, jimiž získala znalost českého znakového jazyka na úrovni rodilého mluvčího a tlumočnické dovednosti na úrovni umožňující plnohodnotné vzdělávání dítěte, žáka nebo studenta
  - PO při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který při komunikaci využívá prostředků alternativní nebo augmentativní komunikace, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta
  - pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny - zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání - podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta
  - ke zřízení třídy, oddělení nebo studijní skupiny podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných ministerstvem nebo registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě ostatních škol souhlas krajského úřadu

- **poradenská pomoc školského poradenského zařízení** (§ 16a)
  - školské poradenské zařízení poskytne poradenskou pomoc dítěti, žákovi, studentovi nebo zákonnému zástupci dítěte nebo žáka na základě jeho žádosti nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci podle jiného právního předpisu
  - vyžaduje-li to zájem dítěte nebo nezletilého žáka, doporučí škola nebo školské zařízení jeho zákonnému zástupci, aby vyhledal pomoc školského poradenského zařízení - škola nebo školské zařízení spolupracuje před přiznáním podpůrného opatření dítěti, žákovi nebo studentovi zejména se školským poradenským zařízením, se zřizovatelem, lékařem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí.
  - výsledkem poradenské pomoci školského poradenského zařízení → zpráva a doporučení
    - ve zprávě školské poradenské zařízení uvede skutečnosti podstatné pro doporučení podpůrných opatření
    - v doporučení uvede závěry vyšetření a podpůrná opatření prvního až pátého stupně, která odpovídají zjištěným speciálním vzdělávacím potřebám a možnostem dítěte, žáka nebo studenta, a to včetně možných kombinací a variant podpůrných opatření a způsobu a pravidel jejich použití při vzdělávání
  - školské poradenské zařízení poskytuje zprávu a doporučení tomu, komu je poskytována poradenská pomoc + škole nebo školskému zařízení, v němž se dítě, žák nebo student vzdělává, poskytuje pouze doporučení
    - školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení
    - nejedná-li se o případ podle věty druhé, školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pokud je o to orgán sociálně-právní ochrany dětí písemně požádá
  - pokud má zletilý žák, student nebo zákonný zástupce dítěte nebo žáka pochybnosti o tom, že škola nebo školské zařízení postupuje v souladu s doporučením školského poradenského zařízení, může řediteli školy nebo školského zařízení navrhnout, aby s ním případ projednal za účasti pověřeného zaměstnance příslušného školského poradenského zařízení, a ředitel je povinen jednání bez zbytečného odkladu svolat
  - projednáním podle odstavce 5 není dotčeno právo zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 6 (a pokud ani tehdy není spokojen, tak k soudu – pozn. od Michalíka)
- **revize** (§ 16b)
  - dítě, žák, student nebo zákonný zástupce může do 30 dnů ode dne, kdy obdržel zprávu nebo doporučení školského poradenského zařízení, požádat právnickou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí o jejich revizi - o revizi doporučení může požádat také škola, školské zařízení nebo orgán veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení, do 30 dnů ode dne, kdy doporučení obdržely, a Česká školní inspekce
  - právnická osoba posoudí žádost o revizi a zprávu nebo doporučení, a je-li to nezbytné k naplnění účelu revize, prověří se souhlasem zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka vzdělávací potřeby a možnosti dítěte, žáka nebo studenta - a zajistí, aby prověřování bylo prováděno v místě sídla školského poradenského zařízení, které vydalo zprávu nebo doporučení - toto školské poradenské zařízení je povinno poskytnout součinnost při prověřování vzdělávacích potřeb a možností podle věty první
  - o výsledku posouzení vydá právnická osoba do 60 dnů od obdržení žádosti revizní zprávu, která může obsahovat i novou zprávu nebo doporučení podpůrných opatření a v takovém případě nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení - revizní zpráva se zasílá dítěti, žáku, studentovi nebo zákonnému zástupci, příslušnému školskému poradenskému zařízení, a s vyloučením údajů, které jsou pouze obsahem zprávy podle § 16a odst. 3, také škole nebo školskému zařízení - v případě, že orgán sociálně-právní ochrany dětí žádal školské poradenské zařízení podle § 16a odst. 4 o poskytnutí doporučení, zašle školské poradenské zařízení tomuto orgánu také revizní zprávu v rozsahu týkajícím se poskytnutého doporučení
  - do vydání revizní zprávy, která nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení, se postupuje podle původního doporučení a zprávy vydaných školským poradenským zařízením
- **vzdělávání nadaných dětí, žáků a studentů** (§ 17)
  - školy a školská zařízení vytvářejí podmínky pro rozvoj nadání dětí, žáků a studentů
  - k rozvoji nadání dětí, žáků a studentů lze uskutečňovat rozšířenou výuku některých předmětů nebo skupin předmětů
  - třídám se sportovním zaměřením nebo žákům a studentům vykonávajícím sportovní přípravu může ředitel školy odlišně upravit organizaci vzdělávání
  - ředitel školy může mimořádně nadaného nezletilého žáka na žádost jeho zákonného zástupce, a mimořádně nadaného zletilého žáka nebo studenta na jeho žádost přeřadit do vyššího ročníku bez absolvování předchozího ročníku
  - součástí žádosti žáka, který plní povinnou školní docházku, je vyjádření školského poradenského zařízení a registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „registrující lékař“) - podmínkou přeřazení je vykonání zkoušek z učiva nebo části učiva ročníku, který žák nebo student nebude absolvovat - obsah a rozsah zkoušek stanoví ředitel školy
- **individuální vzdělávací plán** (§ 18)
  - ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
  - ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů
  - ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání povolí ředitel školy individuální vzdělávací plán žákovi nebo studentovi na základě potvrzení, že žák nebo student je sportovním reprezentantem České republiky ve sportovním odvětví, vydaného sportovní organizací zastupující toto sportovní odvětví v České republice, a to v souvislosti s touto skutečností

- **práva žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých** (§ 21)
  - na vzdělávání a školské služby podle tohoto zákona
  - na informace o průběhu a výsledcích svého vzdělávání
  - volit a být voleni do školské rady, jsou-li zletilí
  - zakládat v rámci školy samosprávné orgány žáků a studentů, volit a být do nich voleni, pracovat v nich a jejich prostřednictvím se obracet na ředitele školy nebo školskou radu s tím, že ředitel školy nebo školská rada jsou povinni se stanovisky a vyjádřeními těchto samosprávných orgánů zabývat a své stanovisko k nim odůvodnit
  - vyjadřovat se ke všem rozhodnutím týkajícím se podstatných záležitostí jejich vzdělávání, přičemž jejich vyjádřením musí být věnována pozornost odpovídající jejich věku a stupni vývoje
  - na informace a poradenskou pomoc školy nebo školského poradenského zařízení v záležitostech týkajících se vzdělávání podle tohoto zákona
  - na bod 1 a 4 mají právo i zákonní zástupci dětí a nezletilých žáků
  - na bod 2 mají právo také rodiče zletilých žáků
- **povinnosti žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých žáků** (§ 22)
  - **žáci jsou povinni**
    - řádně docházet do školy nebo školského zařízení a řádně se vzdělávat
    - dodržovat školní a vnitřní řád a předpisy a pokyny školy a školského zařízení k ochraně zdraví a bezpečnosti, s nimiž byli seznámeni
    - plnit pokyny pedagogických pracovníků škol a školských zařízení vydané v souladu s právními předpisy a školním nebo vnitřním řádem
  - **zletilí žáci jsou dále povinni**
    - informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání
    - dokládat důvody své nepřítomnosti ve vyučování v souladu s podmínkami stanovenými školním řádem
    - oznamovat škole a školskému zařízení údaje podle § 28 odst. 2 a 3 a další údaje, které jsou podstatné pro průběh vzdělávání nebo bezpečnost žáka a studenta, a změny v těchto údajích
  - **zákonní zástupci dětí jsou povinni**
    - zajistit, aby dítě a žák docházel řádně do školy nebo školského zařízení
    - na vyzvání ředitele školy nebo školského zařízení se osobně zúčastnit projednání závažných otázek týkajících se vzdělávání dítěte nebo žáka
    - informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo žáka nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání
    - dokládat důvody nepřítomnosti dítěte a žáka ve vyučování v souladu s podmínkami stanovenými školním řádem
    - oznamovat škole a školskému zařízení údaje podle § 28 odst. 2 a 3 a další údaje, které jsou podstatné pro průběh vzdělávání nebo bezpečnost dítěte a žáka, a změny v těchto údajích
- **formy vzdělávání** (§ 25)
  - základní vzdělávání se uskutečňuje v denní formě vzdělávání. Střední a vyšší odborné vzdělávání se uskutečňuje v denní, večerní, dálkové, distanční a kombinované formě vzdělávání; vzdělání dosažené ve všech formách vzdělávání je rovnocenné.
  - denní formou vzdělávání výuka organizovaná pravidelně každý den v pětidenním vyučovacím týdnu v průběhu školního roku
  - večerní formou vzdělávání výuka organizovaná pravidelně několikrát v týdnu v rozsahu 10 až 18 hodin týdně v průběhu školního roku zpravidla v odpoledních a večerních hodinách
  - dálkovou formou vzdělávání samostatné studium spojené s konzultacemi v rozsahu 200 až 220 konzultačních hodin ve školním roce
  - distanční formou vzdělávání samostatné studium uskutečňované převážně nebo zcela prostřednictvím informačních technologií, popřípadě spojené s individuálními konzultacemi
  - kombinovanou formou vzdělávání střídání denní a jiné formy vzdělávání stanovené tímto zákonem
  - délka dálkového, večerního, distančního nebo kombinovaného vzdělávání je nejvýše o 1 rok delší než doba vzdělávání v denní formě

ČÁST TŘETÍ se týká POVINNOSTI ŠKOLNÍ DOCHÁZKY A ZÁKLADNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

- **plnění povinnosti školní docházky** (§ 36)
  - povinná po dobu 9 školních roků, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17 roku věku (dále jen "povinná školní docházka")
  - vztahuje se na státní občany České republiky a na občany jiného členského státu Evropské unie, kteří na území České republiky pobývají déle než 90 dnů; dále se povinná školní docházka vztahuje na jiné cizince, kteří jsou oprávněni pobývat na území České republiky trvale nebo přechodně po dobu delší než 90 dnů, a na účastníky řízení o udělení mezinárodní ochrany
  - začíná počátkem školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne 6. roku, pokud mu není povolen odklad
    - dítě, které dosáhne šestého roku věku v době od září do konce června příslušného školního roku, může být přijato k plnění povinné školní docházky již v tomto školním roce, je-li přiměřeně tělesně i duševně vyspělé a požádá-li o to jeho zákonný zástupce → podmínkou přijetí dítěte narozeného v období od září do konce prosince k plnění povinné školní docházky podle věty druhé je také doporučující vyjádření školského poradenského zařízení
    - podmínkou přijetí dítěte narozeného od ledna do konce června doporučující vyjádření školského poradenského zařízení a odborného lékaře, která k žádosti přiloží zákonný zástupce
  - zákonný zástupce je povinen přihlásit dítě k zápisu k povinné školní docházce, a to v době 1.4. – 30.4. kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku

- žák plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem ve školském obvodu (§ 178 odst. 2), v němž má žák místo trvalého pobytu, v případě cizince místo pobytu žáka (dále jen "spádová škola"), pokud zákonný zástupce nezvolí pro žáka jinou než spádovou školu - pokud je dítě přijato na jinou než spádovou školu, oznámí ředitel této školy tuto skutečnost řediteli školy spádové, a to nejpozději do konce května kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku.
- žák umístěný ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené při tomto školském zařízení nebo v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem ve školském obvodu, v němž má sídlo příslušné školské zařízení, popřípadě v jiné škole zřizované státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí
- ředitel spádové školy je povinen přednostně přijmout žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu a žáky umístěné v tomto obvodu ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči, a to do výše povoleného počtu žáků uvedené ve školském rejstříku
- obecní úřad obce, na jejímž území je školský obvod základní školy, poskytuje této škole s dostatečným předstihem před termínem zápisu k povinné školní docházce seznam dětí, pro které je tato škola spádová a jichž se týká povinnost podle odstavce 4 - seznam obsahuje vždy jméno, popřípadě jména, a příjmení, datum narození a adresu místa trvalého pobytu dítěte, v případě cizince místo pobytu dítěte

- **odklad povinné školní docházky** (§ 37)
  - není-li dítě tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce podle § 36 odst. 4, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa - začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku
  - při zápisu do prvního ročníku základní škola informuje zákonného zástupce dítěte o možnosti odkladu povinné školní docházky
  - pokud se u žáka v prvním roce plnění povinné školní docházky projeví nedostatečná tělesná nebo duševní vyspělost k plnění povinné školní docházky, může ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce žákovi dodatečně v průběhu prvního pololetí školního roku odložit začátek plnění povinné školní docházky na následující školní rok
  - pokud ředitel školy rozhodne o odkladu povinné školní docházky podle odstavce 1 nebo 3, informuje zákonného zástupce o povinnosti předškolního vzdělávání dítěte a možných způsobech jejího plnění
- **plnění povinné školní docházky ve střední škole** (§ 39)
  - žák, který byl v průběhu plnění povinné školní docházky přijat ke střednímu vzdělávání, pokračuje v plnění povinné školní docházky ve střední škole
  - na žádost zákonného zástupce žáka nebo po dohodě s ním převede ředitel střední školy žáka, který plní povinnou školní docházku ve střední škole, do odpovídajícího ročníku spádové základní školy, popřípadě do jiné základní školy, kterou zvolil zákonný zástupce, a to se souhlasem ředitele této školy
- jiný způsob plnění → **druhy jiného způsobu plnění PŠD** (§ 40)
  - jiným způsobem plnění povinné školní docházky se rozumí
    - individuální vzdělávání žáka, které se uskutečňuje bez pravidelné účasti ve vyučování ve škole
    - vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením
- **individuální vzdělávání žáka** (§ 41)
  - o povolení individuálního vzdělávání žáka rozhoduje ředitel školy, kam byl žák přijat k plnění povinné školní docházky, na základě písemné žádosti zákonného zástupce žáka
  - žádost: jméno, uvedení období/ročníků/pololetí po které má být žák individuálně vzděláván, důvody pro IV, popis prostorového a materiálně technického zabezpečení vzdělávání a podmínek ochrany zdraví IV, doklady osvědčující splnění vzdělání osoby, jež bude žáka individuálně vzdělávat, seznam učebnic a učebních textů, další skutečnosti, vyjádření ŠPZ
  - ředitel IV povolí: závažné důvody pro IV, zajištěny dostatečné podmínky pro IV, osoba vzdělávající žáka má potřebné vzdělání (středí s maturitou), jsou zajištěny vhodné učebnice a učební texty
  - po dobu IV odpovídá za vzdělávání žáka jeho zákonný zástupce
  - individuálně vzdělávaný žák koná za každé pololetí zkoušky z příslušného učiva, a to ve škole, do níž byl přijat k plnění povinné školní docházky
  - nelze-li individuálně vzdělávaného žáka hodnotit na konci příslušného pololetí, určí ředitel školy pro jeho hodnocení náhradní termín, a to tak, aby hodnocení bylo provedeno nejpozději do dvou měsíců po skončení pololetí
  - pokud má zákonný zástupce pochybnosti o správnosti hodnocení žáka, může do 8 dnů od konání zkoušek písemně požádat ředitele školy o přezkoušení žáka; byl-li zkoušejícím žáka ředitel školy, krajský úřad - pokud ředitel školy nebo krajský úřad žádosti vyhoví, nařídí komisionální přezkoušení žáka
  - ředitel může ukončit IV: nejsou-li zajištěny dostatečné podmínky; zákonný zástupce neplní podmínky IV; žák na konci druhého pololetí neprospěl; na žádost zákonného zástupce
  - pokud ředitel IV ukončí – zařadí žáka do příslušného ročníku
  - výdaje spojené s IV hradí zákonný zástupce

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

- platná novela: *606/2020* (1.1.2021)
  - → ***stačí říci vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných***
- práva žáků se SVP:
  - vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem
  - vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní
  - poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení
  - stanovení vhodných podmínek při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování odpovídajících jejich potřebám
  - přihlédnutí k povaze postižení nebo znevýhodnění při hodnocení
  - bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou
  - žáci neslyšící a hluchoslepí – právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob podle jiného právního předpisu
  - žáci, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem – právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma
  - žáci, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí – právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání
  - žáci se zdravotním postižením – mohou se vzdělávat podle upravených vzdělávacích programů ve školách či třídách

ČÁST DRUHÁ se týká VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

- **podpůrná opatření** (§ 2)
  - 1. stupně – minimální úprava metod, organizace, hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo školských službách a zapojení v kolektivu (nemají normovanou finanční náročnost)
  - pokud by tato opatření nestačila → doporučí škola nebo školské zařízení žákovi využití poradenské pomoci školského poradenského zařízení za účelem posouzení jeho SVP
  - 2. – 5. stupeň – na základě doporučení ŠPZ a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka
    - poskytují se samostatně nebo v kombinaci různých druhů a stupňů v souladu se zjištěnými vzdělávacími potřebami (konkrétní druh PO lze poskytovat pouze v jednom stupni)
- **individuální vzdělávací plán žáka se SVP**
  - zpracovává škola na základě doporučení ŠPZ
  - je závazným dokumentem pro zajištění SVP
  - obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů PO poskytovaných v kombinaci s tímto plánem, identifikační údaje žáka a údaje o pedagogických pracovnících podílející se na vzdělávání → úprava obsahu vzdělávání; časovém a obsahovém rozvržením; úpravách metod a forem výuky; případné úpravy očekávaných výstupů
  - zpracován bez zbytečného odkladu → nejpozději do 1 měsíce ode dne, kdy škola obdržela doporučení a žádost žáka/zákonného zástupce
  - zpracování a provádění zajišťuje škola
  - škola seznámí s IVP všechny vyučující žáka a současně žáka a zákonného zástupce
  - ŠPZ sleduje a nejméně jednou ročně vyhodnocuje naplňování IVP
- **pedagogická intervence**
  - slouží k podpoře vzdělávání žáka se SVP ve vyučovacích předmětech, kde je třeba posílit jeho vzdělávání
  - poskytuje ZŠ, školní družina, školní klub nebo SŠ
  - poskytuje se jako PO 1. stupně
  - souběžně využívá více žáků, je-li to možné a vhodné
- **asistent pedagoga**
  - poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáků se SVP v rozsahu PO (pomáhá při organizaci a realizace vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení se žáka do všech činností)
  - pracuje dle potřeby s žáky třídy, oddělení nebo studijní skupiny dle pokynů jiného pedagogického pracovníka a ve spolupráci s ním
  - zajišťuje:
    - přímou pedagogickou činnost při vzdělávání a výchově podle přesně stanovených postupů a pokynů učitele nebo vychovatele zaměřenou na individuální podporu žáků a práce související s touto přímou pedagogickou činností
    - podporu žáka v dosahování vzdělávacích cílů při výuce a při přípravě na výuku, žák je přitom veden k nejvyšší možné míře samostatnosti

        - výchovné práce zaměřené na vytváření základních pracovních, hygienických a jiných návyků a další činnosti spojené s nácvikem sociálních kompetencí
    - činnosti:
        - pomocné výchovné práce zaměřené na podporu pedagoga zvláště při práci se skupinou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
        - pomocné organizační činnosti při vzdělávání skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
        - pomoc při adaptaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na školní prostředí
        - pomoc při komunikaci se žáky, zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází
        - nezbytnou pomoc žákům při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo školské služby
        - pomocné výchovné práce spojené s nácvikem sociálních kompetencí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
    - jednomu žákovi nelze doporučit současně více než jedno podpůrné opatření spočívající ve využití asistenta pedagoga
    - právo zřídit tuto pozici: ředitel školy, který stanovuje asistentovi i rozsah a hodiny jeho práce
- **poskytování PO žáku používajícímu jiný komunikační systém než mluvenou**
    - škola zajišťuje vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám žáka
    - žákům, kteří jsou vzděláváni v českém znakovém jazyce, poskytuje škola souběžně vzdělávání v psaném českém jazyce
    - výstupy z naukových předmětů jsou u žáků, kteří jsou vzděláváni v českém znakovém jazyce, stanovovány v českém znakovém jazyce a v psané češtině
- **tlumočník ČZJ**
    - upřednostňuje-li žák ČZJ a není ve škole, třídě, studijní skupině, kde by nebyl ČZJ systémem všech studentů → poskytuje škola tlumočníka ČZJ
    - tlumočník provádí přesný překlad obsahu sdělení mezi účastníky komunikace formou, která je jasná a srozumitelná všem zúčastněným, a v komunikačním systému, který si žák zvolil
    - tlumočník je využíván po celou dobu poskytování vzdělávání, je-li to v zájmu naplnění vzdělávacích potřeb žáka
    - využívá-li žák více způsobů komunikace, stanoví ŠPZ rozsah působení tlumočníka při poskytování vzdělávání s ohledem na naplnění vzdělávacích potřeb žáka a komunikační systém, který žák upřednostňuje
    - činnosti tlumočníka může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné
    - činnost tlumočníka je využívána při vzdělávání a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo školské služby
- **přepisovatel pro neslyšící**
    - pokud žák upřednostňuje komunikaci mluveným ČJ s oporou v psaném textu (a neprobíhá výuka tímto systémem běžně), škola zajistí přepisovatele
    - ten v rámci vzdělávání převádí mluvenou řeč do písemné podoby v reálném čase
    - činnost přepisovatele může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné
- **působení dalších osob poskytující podporu**
    - působení dalších osob, které žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami po dobu jeho pobytu ve škole poskytují podporu podle jiných právních předpisů, zejména osobního asistenta, se umožní na základě vyjádření školského poradenského zařízení

POSTUP V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM PO

- **podrobnosti k poskytování PO 1. stupně školou**
    - při obtížích se snaží nejprve učitel zavést a podpořit žáka základní podporou (kdy ještě není nutné přistupovat k PLPP či 1. stupně PO)
    - v případě, že nestačí samotný přístup vyučujícího žáka při vzdělání, škola může zpracovat plán pedagogické podpory (PLPP)
        - zahrnuje popis obtíží a SVP žáka, PO 1. stupně, stanovení cílů podpory a způsobu vyhodnocování naplňování plánu
        - průběžně se také *vyhodnocuje*, a nejpozději po 3 měsících od zahájení poskytování podpůrných opatření na základě plánu pedagogické podpory škola *vyhodnotí, zda vedou k naplnění stanovených cílů* – a pokud ne, doporučí žákovi využití poradenské pomoci ve školském poradenském zařízení
        - s PLPP *seznámí škola* žáka, zákonného zástupce, všechny vyučující žáka a další pedagogické pracovníky podílející se na provádění tohoto plánu – všichni seznámení podepisují (do plánu)
    - zahrnují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání – žák potřebuje pouze mírné úpravy ve vzdělávání nebo podporu při zapojení v kolektivu (př. pomalejší tempo, obtíže v koncentraci pozornosti,…)
    - poskytování může být dočasné či trvalé
    - nemají finanční náročnost
    - není formálně podmíněno stvrzením souhlasu ze stran zákonného zástupce – ale zákonný zástupce je s plánem seznámen
    - případně do doby zahájení vyšších stupňů PO poskytuje škola žákovi 1. stupeň PO

- metody výuky: podporující preferované styly učení žáka; multisenzorický přístup; strukturování a vizualizace složitějších postupů; metody aktivního učení (diskuze, myšlenkové mapy); častější zpětná vazba; metody kooperativního učení; podpora mezi žáky navzájem; snížení množství zadané práce; záměrné umožňování zažití úspěchu žáka
- úprava obsahu a výstupů: obohacování učiva o ty, které žáka zajímají; diferenciace učebních cílů a činností; diferenciace učebních cílů; očekávané výstupy ze vzdělání se neupravují!
- organizace výuky: pravidelné střídání činností; úprava zasedacího pořádku; vytvoření relaxačního místa; minimalizace rušivých elementů; nabídka volnočasových aktivit; zapojení do doučování, reedukačních kroužků
- hodnocení: slovní; formativní; hodnocení toho, co žák stihl; forem hodnocení podporujících motivaci žáka
- PO v oblasti přípravy na výuku: podpora v adaptaci na školní režim; nácvik posloupností činností ve škole; umožnění zapůjčení pomůcek; vypracování úkolu pod dohledem učitele; efektivní komunikace; přiměřená emoční podpora rodiče učitelem
- začlenění v kolektivu: pravidelné mapování vztahů mezi žáky; posilování kladných vztahů; přijímání odlišností; prvky osobnostně sociální výchovy
- pomůcky: mnemotechnické; názorné didaktické; zapojující více smyslů najednou; psychomotorické; rozvíjející dílčí funkce

- **postup před přiznáním PO 2. – 5. stupně**
  - ředitel určí, kdo bude odpovídat za spolupráci se ŠPZ
  - poradenskou pomoc může využít žák/zákonný zástupce také na základě svého rozhodnutí / základě rozhodnutí orgánu veřejné moci
  - při posuzování SVP se vychází:
    - charakteru obtíží žáka, které mají dopad na jeho vzdělávání
    - speciálně-pedagogické, případně psychologické, diagnostiky za účelem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka
    - informací o dosavadním průběhu vzdělávání žáka ve škole, zejména údajů uvedených ve školní matrice
    - informací školy o podpůrných opatřeních prvního stupně poskytovaných žákovi
    - údajů o dosavadní spolupráci žáka se školským poradenským zařízením
    - informací poskytnutých žákem nebo zákonným zástupcem žáka
    - podmínek školy, ve které se žák vzdělává nebo se bude vzdělávat
    - posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb nebo posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem, je-li to třeba
  - přihlíží také k aktuálnímu zdravotnímu stavu
  - v případě nutnosti KP, speciálních učebnic či pomůcek → zařízení nejprve doporučí ty, kterými škola disponuje
  - školské poradenské zařízení projedná před vydáním doporučení návrh doporučených podpůrných opatření se školou, zletilým žákem nebo zákonným zástupcem žáka, a povede-li to k naplňování vzdělávacích potřeb žáka, přihlédne k jejich vyjádření - se školským zařízením projedná školské poradenské zařízení návrh podpůrných opatření v oblasti školských služeb
- **zpráva a doporučení za účelem stanovení PO**
  - zprávu obsahující závěry vyšetření a doporučení obsahující podpůrná opatření pro vzdělávání žáka vydá na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka školské poradenské zařízení
  - při vydání zprávy a doporučení je zletilý žák nebo zákonný zástupce žáka informován o jejich obsahu a poučen o možnosti podat žádost o revizi
  - zpráva a doporučení se vydávají do 30 dnů ode dne ukončení posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka, nejpozději však do 3 měsíců ode dne přijetí žádosti o poskytnutí poradenské pomoci školským poradenským zařízením; tato lhůta se prodlužuje o dobu nezbytnou k obstarání posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem
  - zpráva obsahuje: ID, datum přijetí žádosti, důvod poskytování poradenské pomoci, anamnestické údaje, popis obtíží, průběh dosavadní poradenské péče, informace o podkladech, shrnutí průběhu a výsledků vyšetření, popis speciálních vzdělávacích potřeb, skutečnosti podstatné pro doporučení PO, poučení o možnosti podat žádost o revizi, ID pracovníka ŠPZ
  - doporučení obsahuje: ID, datum přijetí žádosti, shrnutí závěrů vyšetření, popis zpráv SVP, údaje o případném znevýhodnění žáka, doporučené PO a stupeň, návrh postupu při poskytování PO, poučení o možnosti podat žádost o revizi, ID pracovníka ŠPZ, datum vyhotovení doporučení, podpis vedoucího pracoviště ŠPZ
  - ŠPZ stanoví dobu, po kterou jsou PO poskytována (nejdéle 2 roky; v odůvodněných případech max. 4)
  - je možné vydat pouze 1 doporučení – další až před uplynutí doby
- **postup při poskytování PO 2. – 5. stupně**
  - škola poskytuje PO bezodkladně po obdržení doporučení ŠPZ, a poté co udělil žák/zákonný zástupce škole souhlas
  - informovaný souhlas obsahuje:
    - výslovné vyjádření souhlasu s poskytováním podpůrných opatření
    - informace o důsledcích, které vyplývají z poskytování podpůrného opatření, zejména o změnách ve vzdělávání v souvislosti s poskytováním podpůrného opatření
    - informace o organizačních změnách, které v souvislosti s poskytováním podpůrných opatření mohou nastat
    - podpis zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka stvrzující, že informacím uvedeným v písmenech b) a c) porozuměl
  - pokud není možné ze závažných důvodů zabezpečit bezodkladné poskytování doporučeného PO, je možné pro projednání se ŠPZ a na základě informovaného souhlasu zletilého žáka/zákonného zástupce poskytovat po nezbytně nutnou dobu jiné PO stejného stupně
  - škola ve spolupráci se ŠPZ průběžně vyhodnocuje PO, nejpozději 1 rok od vydání doporučení

- pokud nejsou shledány jako dostatečné → doporučení k využití pomoci ŠPZ
- možnost IVP – může být ve 2. stupni, zpravidla se dává u 3. stupně, vždy u 4. stupně a u 5. stupně záleží na potřebách žáka
- 2. stupeň
  - metody výuky – podpora oslabených funkcí, snížení rozsahu činností, systematické kooperativní učení, zvýšení názornosti výuky
  - úprava obsahu a výstupů: obohacování učiva; úprava obsahu v dílčích oblastech
  - prodloužení délky vzdělávání: 1. ročník rozložit do 2 let; na SŠ a VOŠ prodloužení o 1 rok
  - organizování výuky
  - hodnocení: respektující míru vlivu obtíží na školní výkon; cíle žáka a nastavení kritérií; jasná a srozumitelná formulace
  - intervence: pedagogická intervence; předmět speciálně-pedagogické péče; metodická podpora ŠPZ
- 3. stupeň
  - metody výuky: např. u PAS – strukturované učení
  - úprava obsahu a výstupů: modifikace obsahu v dílčích oblastech; úpravy očekávaných výstupů u žáků s LMR
  - personální podpora: asistent pedagoga (0,25 – celý úvazek); další pedagogický pracovník; školní speciální pedagog nebo psycholog
  - organizace výuka
  - intervence: SPP péče 3 hodiny týdně; pedagogická intervence 3 hodiny týdně (1 hodina týdne věnována práci s celým třídním kolektivem)
- 4. stupeň
  - metody výuky: výuka v jazycích, způsobech a prostředcích komunikace, které jsou žákem preferovány (ČZJ, AAK,…)
  - úpravy obsahu a výstupů: úprava; z RVP říká, že v tomto stupni lze snižovat očekávané výstupy a minimální úroveň
  - personální podpora: asistent pedagoga (celý úvazek); tlumočník ČZJ; přepisovatel pro neslyšící; další pedagogický pracovník na 0,5 úvazku; školní speciální pedagog nebo psycholog
  - prodloužení délky vzdělávání: na SŠ a VOŠ o 2 roky; ZŠ s upraveným vzdělávacím programem na 10 let
  - intervence: SPP péče (3 hodiny týdně); pedagog intervence (2 hodiny týdně ve škole A 1 hodina ve ŠPZ); metodická podpora (3 hodiny měsíčně)
- 5. stupeň
  - úpravy obsahu a výstupů: v souladu s RVP pro obor vzdělávání základní školy speciální, oba díly
  - personální podpora: asistent pedagoga (1 úvazek na žáka); tlumočník ČZJ; přepisovatel pro neslyšící; další pedagogický pracovník (celý úvazek); školní speciální pedagog (0,5 úvazku); umožnění působení nepedagogického pracovníka (osobní asistent, zdravotník)
  - intervence: pedagogická (2 hodiny týdně ve škole); SPP péče (3-4 hodiny týdně); metodická podpora ŠPZ (3 hodiny měsíčně)

ORGANIZACE VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S PŘIZNANÝMI PO

- ve třídě, oddělení nebo studijní skupině se může vzdělávat zpravidla nejvýše 5 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s přiznanými podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně, a to s přihlédnutím ke skladbě těchto podpůrných opatření a povaze speciálních vzdělávacích potřeb žáků
- žáci se SVP 2. – 5. stupně PO nesmí přesáhnout 1/3 žáků třídy
- ve třídách, odděleních a studijních skupinách, které nejsou zřízeny podle § 16 odst. 9 zákona, a ve třídách, odděleních a studijních skupinách škol, které nejsou zřízeny podle § 16 odst. 9 zákona, mohou vykonávat přímou pedagogickou činnost souběžně nejvýše 3 pedagogičtí pracovníci
- neuplatňuje se u MŠ a ZŠ, které v jeho plnění brání plnění povinnosti přednostního přijetí dítěte + SŠ, konzervatoře či VOŠ

ČÁST TŘETÍ - ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ O VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ V PARAGRAFU 16 ODSTAVCE 9 ŠKOLSKÉHO ZÁKONA

- třídy, oddělení a studijní skupiny jsou zřizovány dle druhu znevýhodnění, v nichž se mohou vzdělávat žáci i s jiným postižením, avšak nesmí přesáhnout 1/3
- v MŠ, ZŠ, konzervatoři mohou být žáci různých postižení
- ve škole, třídě, oddělení či studijní skupině pro MR se nevzdělávají žáci bez MR
- **zařazování žáků do škol/tříd/oddělení/skupin dle par. 16 odst. 9**
  - na písemnou žádost zletilého žáka či zákonného zástupce či doporučení ŠPZ
  - doporučení je platné po dobu stanovenou, nejvýše 2 roky
  - při podání žádosti a nejpozději do 7 dnů, kdy žák/zák. zástupce projeví zájem o tento způsob vzdělávání, je škola povinna informovat o:
    - organizaci vzdělávání, rozdílech ve srovnání se stávajícím vzděláváním a souvisejících organizačních změnách
    - struktuře školního vzdělávacího programu a skladbě předmětů včetně předmětů speciálně pedagogické péče
    - možnostech školy zabezpečit poskytování podpůrných opatření doporučených pro vzdělávání žáka
    - dopadech vzdělávání ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené podle § 16 odst. 9 zákona na možnosti rozvoje vzdělávacího potenciálu žáka
    - možnostech dalšího vzdělávání a profesního uplatnění
- **převedení žáka do vzdělávacího programu ZŠ speciální**
  - na doporučení ŠPZ
  - je nutné informovat o rozdílech vzdělávání a očekávaných výstupech a dopadech na možnosti dalšího vzdělávání a profesního uplatnění
- **podmínky přezkoumává** ŠPZ, zda je škola/třída vyhovující a naplňuje očekávání
- **počty žáka**
  - má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k věku a SVP

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících

- platná novela: *379/2015* (12.1.2016)
  - → ***stačí říci zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících ve znění pozdějších předpisů***
- **předmět a rozsah úpravy**
  - odchylky při sjednávání doby trvání pracovního poměru na dobu určitou pedagogických pracovníků
  - předpoklady pro výkon činnosti pedagogických pracovníků
  - pracovní dobu pedagogických pracovníků,
  - další vzdělávání a kariérní systém pedagogických pracovníků
  - tento zákon se vztahuje na pedagogické pracovníky škol a školských zařízení, které jsou zapsány do rejstříku škol a školských zařízení1) (dále jen "škola"), a na pedagogické pracovníky v zařízeních sociálních služeb
- **pedagogický pracovník**
  - ten, kdo koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálněpedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu1) (dále jen "přímá pedagogická činnost")
  - je zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy, nebo zaměstnancem státu, nebo ředitelem školy, není-li k právnické osobě vykonávající činnost školy v pracovněprávním vztahu nebo není-li zaměstnancem státu
  - pedagogickým pracovníkem je též zaměstnanec, který vykonává přímou pedagogickou činnost v zařízeních sociálních služeb
  - předpoklady: plně způsobilý, odborná kvalifikace, bezúhonný, zdravotně způsobilý, prokázal znalost ČJ
- **psycholog**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu psychologie
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - psychologickou diagnostiku za účelem stanovení vzdělávacích opatření pro žáka
    - individuální diagnostiku, intervence a poradenské vedení dětí, žáků a studentů se vzdělávacími a výchovnými potížemi, které ovlivňují vzdělávání dětí, žáků a studentů
    - skupinovou a individuální psychologickou diagnostiku jako podklad pro pomoc žákům základních škol a žákům středních škol v případech komplikací při volbě další školy či povolání
    - psychologickou diagnostiku a intervence v případech vzdělávacích a výchovných problémů
    - psychologickou prevenci a reedukaci
    - poradenské vedení žáků s výchovnými nebo vzdělávacími problémy, zejména obtížemi v adaptaci na školní prostředí nebo sociálně-vztahovými problémy
    - poradenské služby pro zákonné zástupce žáků
    - metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům škol v oblasti podpory žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s výchovnými problémy a s rizikovým chováním
    - krizové intervence
    - zpracování zprávy z vyšetření
    - zpracování doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
- **metodik prevence v PPP**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - zajišťuje za poradnu specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem
    - zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence, organizuje pro ně pravidelné pracovní porady a semináře a poskytuje jim individuální odborné konzultace
    - na žádost školy a školského zařízení pomáhá ve spolupráci se školním metodikem prevence a dalšími pedagogickými pracovníky řešit aktuální problémy související s výskytem rizikového chování
    - udržuje pravidelný kontakt se všemi institucemi, organizacemi a subjekty, které se v kraji v prevenci rizikového chování angažují, aktualizuje síť odborných zařízení
    - spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence zejména při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy či jiná hodnocení a při stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje
    - pečuje o svůj odborný rozvoj formou dalšího vzdělávání v problematice specifické prevence
- **speciální pedagog**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd
    - zaměřené na speciální pedagogiku
    - zaměřené na pedagogiku předškolního věku nebo na přípravu učitelů základní školy nebo na přípravu učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy nebo na přípravu vychovatelů a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou
    - studijního oboru pedagogika a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - SPP diagnostika
      - psychoped se zaměřením na práci se žáky s mentálním postižením
      - surdoped se zaměřením na práci se žáky se sluchovým postižením

- logoped se zaměřením na práci se žáky s vadami řeči
- tyfloped se zaměřením na práci se žáky se zrakovým postižením
- somatoped se zaměřením na práci se žáky s tělesným postižením

- SPP poradenství a intervence
- reedukace žáků s potřebou podpůrných opatření, rozvoj dílčích funkcí
- poradenské vedení zákonných zástupců včetně rodinných příslušníků dle odborného zaměření pracovníka
- metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům škol při zajišťování speciálně pedagogické péče o žáky
- zpracování zprávy z vyšetření
- zpracování doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných

- **asistent pedagoga**
  - vykonává přímou pedagogickou činnost ve třídě, ve které se vzdělávají děti nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami18), nebo ve škole zajišťující vzdělávání dětí a žáků formou individuální integrace19), získává odbornou kvalifikaci
    - vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd
    - vysokoškolským vzděláním získaným studiem jiného akreditovaného studijního programu než podle písmene a)
      - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku
      - studiem pedagogiky
      - absolvováním vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného vysokou školou nebo zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků (dále jen „studium pro asistenty pedagoga“)
    - vyšším odborným vzděláním získaným ukončením akreditovaného vzdělávacího programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením
    - vyšším odborným vzděláním získaným ukončením jiného akreditovaného vzdělávacího programu než podle písmene c)
      - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku
      - studiem pedagogiky
      - studiem pro asistenty pedagoga
    - středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením
    - středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením jiného vzdělávacího programu středního vzdělávání než podle písmene e)
      - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku,
      - studiem pedagogiky, nebo
      - studiem pro asistenty pedagoga.
  - vykonává přímou pedagogickou činnost spočívající v pomocných výchovných pracích ve škole, ve školském zařízení pro zájmové vzdělávání, ve školském výchovném a ubytovacím zařízení, ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči, získává odbornou kvalifikaci
    - vzděláním podle odstavce 1
    - středním vzděláním s výučním listem získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání a studiem pedagogiky
    - středním vzděláním získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu asistentů pedagoga
    - středním vzděláním získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání
      - studiem pedagogiky
      - studiem pro asistenty pedagoga
    - základním vzděláním a studiem pro asistenty pedagoga

Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí

- vztahuje na zaměstnance škol a školských zařízení zřízených ministerstvem, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí

Vyhláška 72/2005 S., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

- platná novela: *607/2020* (1.1.2021)
  - → ***stačí říci vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů***
- **poskytování poradenských služeb**
  - poskytovány dětem, žákům, studentům (dále jen "žák"), jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením
  - státem zřizované ŠPZ a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby v rozsahu uvedeném v přílohách č. 1 až 4 k této vyhlášce, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci (soukromé poskytují zdarma pouze základní poradenské služby)
  - podmínkou poskytnutí služby je předání informace a souhlas žáka/zák. zástupce
  - škola či ŠPZ musí srozumitelně informovat žáka/zák. zástupce o:

        - všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech poskytované poradenské služby
        - prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta
        - jeho právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb, včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znovu, práva podat návrh na projednání podle § 16a odst. 5 školského zákona, práva žádat o revizi podle § 16b školského zákona a práva podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 5 školského zákona
        - a to prostřednictvím formuláře, jehož vzor je stanoven v příloze č. 5 k této vyhlášce
    - poskytování služeb by mělo být bez zbytečného odkladu, nejpozději do 3 měsíců ode dne přijetí žádosti
- **poradenské služby směřující k zjišťování SVP nebo mimořádně nadaných dětí**
    - výsledkem je zpráv a doporučení
    - poradenská služba není poskytnuta v případě, je-li platné dříve vydané doporučení
    - zprávu vydává v případě, že poradenská služba spočívá v psychologické či speciálně pedagogické diagnostice / nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci
- **účel poradenských služeb**
    - vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání
    - naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání
    - zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka a mimořádného nadání žáka, doporučování vhodných podpůrných opatření a vyhodnocování poskytování podpůrných opatření žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a žákům mimořádně nadaným
    - prevenci a řešení vzdělávacích a výchovných obtíží, prevenci různých forem rizikového chování a dalších problémů souvisejících se vzděláváním a s motivací k překonávání problémových situací
    - vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 školského zákona,
    - vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky, kteří jsou příslušníky jiných kultur nebo žijí v odlišných životních podmínkách
    - vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky nadané a mimořádně nadané
    - vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění
    - rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních
    - podpoře vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve školách a školských zařízeních, jakož i zmírňování důsledků znevýhodnění a prevenci jeho prohlubování
    - metodické podpoře pedagogů, kteří se podílejí na vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
    - metodické podpoře výchovných poradců a školních metodiků prevence, asistentů pedagoga a dalších pedagogických i nepedagogických pracovníků, kteří se podílejí na zajišťování podpůrných opatření ve vzdělávání žáků
    - posílení kvality poskytovaných poradenských služeb zejména prostřednictvím součinnosti školských poradenských zařízení a školních poradenských pracovišť
    - součinnosti s orgány veřejné moci a s právnickou osobou uvedenou v § 16b odst. 1 školského zákona
- **pravidla poskytování poradenských služeb**
    - dodržují účel poradenských služeb
    - dodržují etické zásady poskytování poradenských služeb
    - vycházejí z individuálních potřeb žáka, podporují jeho samostatnost a přispívají k jeho sociálnímu začleňování
    - poskytují zletilému žákovi nebo zákonnému zástupci žáka zprávu a doporučení, které jsou výsledkem psychologické nebo speciálně pedagogické diagnostiky
    - spolupracují s jinými školami a školskými zařízeními
    - sledují a vyhodnocují poskytování navržených podpůrných opatření žáka
    - informují žáka a zákonného zástupce žáka o poradenských službách poskytovaných školou nebo školským poradenským zařízením
    - poskytují žákovi a zákonnému zástupci žáka podrobné a srozumitelné seznámení s průběhem a výsledkem poskytování poradenských služeb
    - + na základě souhlasu zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka poskytují závěry vyšetření, které jsou podkladem pro doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, dalšímu školskému poradenskému zařízení, které se na péči o žáka podílí
- **psychologická a speciálně pedagogická diagnostika**
    - ŠPZ volí postupy, nástroje a metody odpovídající účelu vyšetření, vycházející z aktuálního stavu poznatků příslušné vědní disciplíny a v souladu s těmito poznatky s nimi pracují; v případě zásadních rozhodnutí z hlediska vzdělávacích potřeb je nutné rozhodnutí založit na využití několika postupů
    - tyto postupy, nástroje a metody musí být standardizované; pokud to není možné, volí ŠPZ takové postupy, které mají prokazatelný přínos pro diagnosticko-intervenční péči
    - je-li potřeba lékařského posouzení, pak se k závěrům tohoto odborníka přihlíží
- **školská poradenská zařízení**
    - typy školských poradenských zařízení jsou:
        - pedagogicko-psychologická poradna (dále jen "poradna")
        - speciálně pedagogické centrum (dále jen "centrum")

- ŠPZ poskytují poradenské služby prostřednictvím pedagogických pracovníků a sociálních pracovníků, jejichž činnost je stanovena v příloze č. 4 k této vyhlášce; ředitel školského poradenského zařízení zajistí průběžné metodické vedení těchto pracovníků
- pedagogickým pracovníkům vykonávajícím pedagogicko-psychologickou činnost ve školách a školských poradenských zařízeních je poskytována odborná podpora za účelem zvýšení kvality poradenských služeb právnickou osobou zřizovanou Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy
- k naplnění vzdělávacích potřeb žáka školská poradenská zařízení při poskytování poradenských služeb spolupracují s dalšími odborníky

- **poradna**
  - poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků
  - uskutečňuje se ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami zaměstnanců právnické osoby vykonávající činnost poradny ve školách a školských zařízeních

  - činnosti:
    - zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní zprávu a doporučení
    - zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka nebo mimořádného nadání žáka
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) k zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
    - provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky mimořádně nadané
    - poskytuje žákům přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci
    - poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji; jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků
    - poskytuje poradenské služby žákům z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami
    - poskytuje metodickou podporu škole a školskému zařízení při poskytování poradenských služeb a podpůrných opatření
    - poskytuje žákům kariérové poradenství
    - poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáka
    - prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci rizikového chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence

- **centrum**
  - poskytuje poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem
  - jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícím jednomu nebo více druhům znevýhodnění
  - žákům škol zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostické péče
  - centrum poskytuje žákům podle věty první přímé speciálně pedagogické a psychologické intervence, nemůže-li tyto služby zajistit škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen
  - uskutečňuje se ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky
  - stručně: vyhledává žáky se ZP, komplexní diagnostika, tvorba plánu a péče o žáka, přímá práce a včasná intervence
  - činnosti:
    - zjišťuje připravenost žáků uvedených na povinnou školní docházku,
    - zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává odborné podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků
    - zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky uvedené v odstavci 1, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona, nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky2)
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) pro zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
    - poskytuje kariérové poradenství žákům
    - vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti

- poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků
- poskytuje metodickou podporu škole
- poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáků

- **škola**
  - zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole školním poradenským pracovištěm, ve kterém působí zpravidla výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli, učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy
  - poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem
  - ve škole jsou zajišťovány poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy zaměřené zejména na:
    - poskytování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami
    - sledování a vyhodnocování účinnosti zvolených podpůrných opatření
    - prevenci školní neúspěšnosti
    - kariérové poradenství spojující vzdělávací, informační a poradenskou podporu k vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšímu profesnímu uplatnění
    - podporu vzdělávání a sociálního začleňování žáků z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami
    - podporu vzdělávání žáků nadaných a mimořádně nadaných
    - průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s výchovnými či vzdělávacími obtížemi a vytváření příznivého sociálního klimatu pro přijímání kulturních a jiných odlišností ve škole a školském zařízení
    - včasnou intervenci při aktuálních problémech u jednotlivých žáků a třídních kolektivů
    - předcházení všem formám rizikového chování včetně různých forem šikany a diskriminace
    - průběžné vyhodnocování účinnosti preventivních programů uskutečňovaných školou
    - metodickou podporu učitelům při použití psychologických a speciálně pedagogických postupů ve vzdělávací činnosti školy
    - spolupráci a komunikaci mezi školou a zákonnými zástupci
    - spolupráci školy při poskytování poradenských služeb se školskými poradenskými zařízeními
  - zpracovává a uskutečňuje program poradenských služeb ve škole, který zahrnuje popis a vymezení rozsahu činností pedagogických pracovníků uvedených v odstavci 1, preventivní program školy včetně strategie předcházení školní neúspěšnosti, šikaně a dalším projevům rizikového chování
  - pedagogičtí pracovníci se podílejí na zajišťování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, poskytují součinnost školským poradenským zařízením a spolupracují s orgány veřejné moci za účelem ochrany práv žáků.
  - škola spolupracuje se ŠPZ také v oblasti dalších služeb zajišťovaných pro žáky
  - **výchovný poradce**
    - získává kvalifikační předpoklady pro výkon své činnosti studiem v rámci programu celoživotního vzdělávání na vysoké škole v rozsahu 250 hodin
    - snižuje se rozsah přímé pedagogické práce v závislosti na počtu žáků (v ZŠ a SŠ) nebo v závislosti na počtu tříd (v ZŠ speciální)
    - za výkon činností výchovného poradce je zodpovědný ředitel školy + rozhoduje rovněž o všech náležitostech týkajících se poskytování vzdělávání a školských služeb – tedy i vzdělávání žáků s SVP
    - činnosti:
      - koordinovat mezi vyučujícími různých předmětů tvorbu a konečnou podobu dokumentů (IVP)
      - kontrolovat, zda vyučující zohlednil ve své části zpracovávaného IVP všechna doporučení ŠPZ
      - dohlížet na realizaci podpůrných opatření doporučených danému žákovi v praxi
      - koordinovat spolupráci školy a školského poradenského zařízení nebo dalších institucí podílejících se na vzdělávání a výchově žáka

- **poskytování poradenských služeb za úplatu**
  - poskytování služeb na žádost
  - výše úplaty za služby = nejvýše součtu všech nákladů prokazatelně a nezbytně vynaložených ŠPZ na poskytnutou službu

ZMĚNY V ZÁKONĚ – DŘÍVE A DNES

ŽÁK SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

- **DŘÍVE** – dítě, žák nebo student se speciálními vzdělávacími potřeba je dítě se zdravotním znevýhodněním nebo postižením, případně v postavení azylanta, nebo sociálně znevýhodněný
- **V SOUČASNOSTI** (od novelizace školského zákona 82/2015 Sb. dle §16 odst. 1) tedy platí, že:
  - nadále používá pojem „speciální vzdělávací potřeby“ (dále i jen SVP)
  - mění však zásadně jeho obsah tak, že opouští dřívější taxativní výčet „druhů“ SVP (zdravotní postižení, zdravotní znevýhodnění, sociální znevýhodnění) a zakotvuje pravidlo, že právo na vzdělání těch osob, které nezbytně potřebují pro jeho naplnění určitou míru podpory, bude řešeno mj. formou poskytnutí podpůrných opatření. Ta budou poskytována všem žákům, kteří je objektivně

(nejen podle svého subjektivního mínění) potřebují k překonání nezaviněných překážek bránících uplatnění svého vzdělávacího potenciálu.
    - „Dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření.
    - Podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta.
    - Děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením."
- *Žáky tak pro vzdělávací účely nečleníme podle původních diagnostických kategorií, ale hodnotíme jen potřebu úpravy podmínek jejich vzdělávání.*

PODPŮRNÁ OPATŘENÍ – POSKYTOVÁNÍ PODPŮRNÝCH OPATŘENÍ

- **DŘÍVE** (v době platnosti vyhlášky č. 73/2005 Sb.) – vyrovnávací a podpůrná opatření
- Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. stálo, že vzdělávání žáků se SVP a žáků nadaných se uskutečňuje s využitím vyrovnávacích a podpůrných opatření; přičemž vyrovnávací opatření se měla využívat při vzdělávání žáků se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, zatímco podpůrná opatření u žáků se zdravotním postižením. V době platnosti vyhlášky to souhlasilo s tehdejší definicí žáka se SVP (žák se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním či sociálním znevýhodněním).
- Mezi vyrovnávací opatření patřilo mj. poskytování individuální podpory v rámci výuky a přípravy na výuku, využívání poradenských služeb školy a školských poradenských zařízení, IVP a služeb asistenta pedagoga. Škola tato opatření poskytovala na základě pedagogického posouzení vzdělávacích potřeb žáka, popřípadě ve spolupráci se školským poradenským zařízením.
- Mezi podpůrná opatření patřilo využití speciálních metod a postupů vzdělávání, různých pomůcek (kompenzačních, rehabilitačních a učebních), speciálních učebnic, zařazení předmětu speciálně pedagogické péče, zajištění služeb asistenta pedagoga, snížení počtu žáků ve třídě. Podpůrná opatření ve staré vyhlášce nebyla dělená do stupňů.

Vyrovnávací opatření (73/2005 Sb.)	**Podpůrná opatření (27/2016 Sb.)**
pro žáky **se zdravotním či sociálním znevýhodněním**, ne pro žáky se zdravotním postižením	změna definice žáka se SVP – již se neškatulkují podle typu postižení, ale podpora se poskytuje na základě speciálních vzdělávacích potřeb; PO jsou poskytována **všem žákům se SVP**
poskytována **školou** (možnost spolupráce se ŠPZ, nikoli podmínka)	podobné podpůrným **opatřením prvního stupně** – poskytována **školou**, není nutné doporučení ŠPZ, **další stupně** musí být **na doporučení ŠPZ**
využívání poradenských služeb školy, IVP, asistent pedagoga	při poskytování PO prvního stupně může škola sepsat plán pedagogické podpory (PLPP), u vyšších stupňů lze i **IVP jako jedno z podpůrných opatření**

- **V SOUČASNOSTI** – v legislativě již vyrovnávací opatření nejsou. Dělení na vyrovnávací a podpůrná opatření již není aktuální, protože se změnila definice žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, a tak zůstal pouze termín podpůrná opatření. Podpůrná opatření jsou rozdělená podle typů SVP v Katalogu podpůrných opatření a podle náročnosti (finanční, organizační,…) ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. do pěti stupňů. První stupeň poskytuje škola sama, nepotřebuje doporučení školského poradenského zařízení – v tom se tento stupeň PO podobá vyrovnávacím opatřením. Nedá se ale říct, že vyrovnávací opatření a PO prvního stupně jsou stejná – PO prvního stupně představují minimální úpravu metod, hodnocení a organizace vzdělávání, zatímco vyrovnávací opatření umožňovala i IVP, asistenta pedagoga – což je dle platné legislativy v podpůrných opatřeních vyšších stupňů. Při PO prvního stupně škola zpracovává plán pedagogické podpory (PLPP).
- Podpůrná opatření měla umožnit „vypořádat se" s nejasným zněním tehdejších pojmů „zdravotní postižení", „zdravotní znevýhodnění" a „sociální znevýhodnění" ve školském zákoně (před novelizací). A to tak, že hovoří o vzdělávacích možnostech a k nim vedoucích podpůrných opatřeních – bez toho, že by taxativně určovala, z jakých příčin budou tato podpůrná opatření poskytována.
- <u>5 stupňů:</u>

- Dle školského zákona mají děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením. Zákon udává, v čem podpůrná opatření spočívají (§16 (2)), v:
  - poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení,
  - úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky,
  - úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání,
  - použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob11a), Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů,
  - úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy,
  - vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu,
  - využití asistenta pedagoga,
  - využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočníka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo
  - poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených.
- Zákon stanovuje jako podmínku poskytování podpůrného opatření druhého až pátého stupně doporučení školského poradenského zařízení a písemný informovaný souhlas zletilého žáka nebo zákonného zástupce.
- Vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných (ve znění pozdějších předpisů) se zabývá podpůrnými opatřeními podrobněji. **V příloze č. 1** k této vyhlášce je členění konkrétních podpůrných opatření do stupňů, pravidla jejich použití a normovaná finanční náročnost podpůrných opatření druhého až pátého stupně. Ve vyhlášce je popsán postup školy při poskytování podpůrných opatření prvního stupně (a zpracování plánu pedagogické podpory), postup před přiznáním podpůrných opatření druhého až pátého stupně, organizace žáků s přiznanými podpůrnými opatřeními.
- Už od roku 2005 platilo, že *„Ředitel spádové školy je povinen přednostně přijmout žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu, …, a to do výše povoleného počtu žáků uvedené ve školském rejstříku“* (§36 školského zákona, o povinné školní docházce), a tak ředitelé museli přijímat žáky se SVP, pokud k nim do školy spádově patřili. Žákům bylo legislativně zajištěné právo na vzdělávání s vyrovnávacími a podpůrnými opatřeními, ale běžným školám chyběly peníze (např. na zaměstnání asistenta pedagoga). Rozdíl oproti minulosti tkví především v tom, že díky nové vyhlášce (27/2016 Sb.) je školám umožněno čerpat na podpůrná opatření peníze od státu.

Katalog podpůrných opatření

- Katalog podpůrných opatření (http://katalogpo.upol.cz/) je ucelený manuál, vnitřně členěný na osm částí, jenž přináší žákům s potřebou podpůrných opatření, jejich vyučujícím, ale i rodičům a dalším zájemcům ucelený přehled možných prostředků podpory ve vzdělávání. Osm částí jsou:
  - obecná část
  - navazující (dílčí) části uvádějící konkrétní formy podpory žákům, kteří ji potřebují z důvodu negativního dopadu jejich zdravotního stavu či sociálního statutu na vzdělávání
    - mentální postižení nebo oslabení kognitivního výkonu
    - tělesná postižení a závažná onemocnění
    - narušení komunikačních schopností
    - poruchy autistického spektra nebo vybraná psychická onemocnění
    - zrakové postižení nebo oslabení zrakového vnímání
    - sluchové postižení nebo oslabení sluchového vnímání
    - sociální znevýhodnění.
- Stupně PO
  - V prvním stupni se předpokládá poskytování podpůrných opatření, která nevyžadují ani zvláštní institucionální podporu, ani navýšení finančních prostředků na činnost školy. Jejich použití není podmíněno doporučením školského poradenského zařízení. Právo žáka (zákonného zástupce) vyžádat

si poradenskou pomoc školského poradenského zařízení není dotčeno. V praxi tak může škola zahájit poskytování PO samostatně, ihned po identifikaci znevýhodnění (či ohrožení, jež ke znevýhodnění může vést nebo vede). Jejich poskytování může doporučit i ŠPZ v případě, kdy se na něj obrátí žák (zákonný zástupce) s požadavkem o stanovení některého z vyšších stupňů PO, a ŠPZ uzná důvod poskytnutí PO v 1. stupni.

- Ve druhém stupni již mohou být zařazena náročnější podpůrná opatření vyžadující i případné navýšení prostředků poskytovaných na činnost školy z veřejných rozpočtů. Směrem k pátému stupni se pak dále zvyšuje náročnost podpůrných opatření. Pozn.: Předpokládá se dopracování Katalogu PO o část věnovanou potřebám dětí, žáků a studentů s vývojovými poruchami učení nebo chování**.**

SPECIÁLNÍ VZDĚLÁVÁNÍ (DLE §16 ODST. 9 ZÁKONA)

- Inkluzivní (společné vzdělávání) má vytvořit podmínky pro vzdělávání některých žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v „běžných" školách, ale současně i nadále umožňuje existenci důležitého článku vzdělávacího systému, a to speciálního vzdělávání.
- **DŘÍVE** – před novelizací zákona a zrušením vyhlášky č. 73/2005 Sb.
  - ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. byly vypsány typy speciálních škol pro účely jejich označování (MŠ pro zrakově postižené, ZŠ pro zrakově postižené, konzervatoř pro zrakově postižené, pro sluchově postižené, pro hluchoslepé, pro tělesně postižené, logopedická, speciální, praktická, odborné učiliště, praktická škola, …)
- **SOUČASNOST**
  - neruší se systém „speciálních škol" jako takový, ten zůstává, protože je ukotven v §16 odstavci 9 školského zákona a následně v prováděcí vyhlášce (viz http://www.msmt.cz/file/36859/), ale již se jim neříká „speciální školy" a nejsou rozděleny dle jednotlivých postižení
  - „speciální škola" jako termín v zákoně již neexistuje a je označena jako „škola zřízená dle §16 odst. 9 školského zákona"
  - zůstává základní škola speciální – pro žáky se středně těžkým a těžkým stupněm mentálního postižení
  - jediná změna je u žáků s lehkým mentálním postižením (LMP), u kterých se rozšiřují možnosti jejich vzdělávání → přitom se u žáků na 2. stupni ZŠ, kteří se vzdělávali v souladu s Přílohou 2 RVP ZV, po dobu čtyř let nic nemění; vzdělávají se dále podle ŠVP, které je v souladu s Přílohou 2 RVP ZV → oproti tomu se žáci na 1. stupni ZŠ budou vzdělávat v souladu s upraveným RVP ZV, ve kterém se upravují pravidla pro vzdělávání žáků s LMP - tito žáci tedy mohou být nově vzděláváni
    - v běžné ZŠ s využitím PO, pokud to podmínky jejich zdravotního stavu umožní, nebo
    - v běžné ZŠ ve třídě podle §16 odst. 9, nebo
    - ve škole (dříve praktické) dnes základní, podle §16 odst. 9
- rodič dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami tak má možnost volby, zda požádá o vzdělávání svého dítěte v běžné škole za pomoci podpůrných opatření, nebo ve třídě zřízené v běžné škole podle §16, odst. 9 (v takovém případě hovoříme o sociální integraci a taková třída může mít minimálně 4-6 a maximálně 14 žáků)
  - charakter vzdělávacích potřeb žáka ovšem může být takový, že není možné jej zařadit do běžné školy, ani do speciální třídy v ní, a pak je žák vzděláván, jak již bylo uvedeno, ve škole zřízené podle §16 odst. 9 (dříve speciální škole)
- → není tak dotčena ani možnost vytvářet v běžných školách třídy pro žáky, kteří mají například závažné poruchy učení nebo chování
- změna školského zákona přináší především zlepšení finančních podmínek pro zajištění vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a dává žákům a jejich zákonným zástupcům možnost zvolit si, kde se bude jejich dítě vzdělávat. Vždy se však k těmto žádostem vyjadřuje školské poradenské zařízení, které má společně s nimi zvážit, co je v zájmu žáka a doporučit vhodnou skladbu podpůrných opatření
- Ve vyhlášce č. 27/2016 Sb. lze jasně vyčíst **inkluzivní trend**:
  - *„Vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 zákona se přednostně uskutečňuje ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 zákona."* – je tedy snaha podpořit podpůrnými opatřeními žáky, kteří mají např. nějaké postižení, aby se mohli vzdělávat ve běžných školách, a je to upřednostňované před vzděláváním ve školách zřízených dle §16 odst. 9. Systém škol zřízených podle §16 odst. 9 školského zákona se neruší, jen už se těmto školám neříká speciální školy.
  - *(pozn. z legislativy hendikepovaných – prof. Michalík říkal, že tahle formulka od ledna 2019 ve vyhlášce možná nebude, což by teoreticky znovu posílilo postavení „speciálního" školství.)*
- Vzdělávání dětí, žáků a studentů, u kterých poskytování podpůrných opatření nestačí k naplňování jejich vzdělávacích možností a k uplatnění jejich práva na vzdělávání, a jsou vzdělávání ve škole, třídě, oddělení

nebo studijní skupině zřízené podle §16 odst. 9 školského zákona. Jedná se o žáky s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem.

- Podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka/studenta nebo zákonného zástupce, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem žáka.
- Přednostně se tedy vzdělávání žáků uvedených v §16 odst. 9 školského zákona uskutečňuje v běžných školách, ale v případě, že by v běžném školství žákovi nestačila poskytnutá podpora v podobě podpůrných opatření, může se vzdělávat ve škole (třídě atd.) podle daného druhu postižení.
- U žáků s lehkým mentálním postižením byl zrušen RVP ZV pro LMP, a RVP ZV byl upraven, aby vyhovoval aktuální legislativě. **Žáci s LMP** se již nevzdělávají v ZŠ praktické jako dřív, ale **v běžné ZŠ**, s možností využití podpůrných opatření (IVP, úprava očekávaných výstupů vzdělávání apod.).
- Co se týká vzdělávání osob se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem, upravuje **je § 48 školského zákona.**
- (1) Žáci se středně těžkým a těžkým mentálním postižením, se souběžným postižením více vadami a s autismem se mohou vzdělávat v základní škole speciální, a to na žádost zákonného zástupce a na základě písemného doporučení školského poradenského zařízení.
- (2) Vzdělávání v základní škole speciální má deset ročníků a člení se na první stupeň a druhý stupeň. První stupeň je tvořen prvním až šestým ročníkem, druhý stupeň sedmým až desátým ročníkem.
- ***formy speciálního vzdělávání***
    - **DŘÍVE**
        - Ve vyhlášce č. 73/2005 Sb. byly popsány formy speciálního vzdělávání žáků se zdravotním postižením; stálo tam, že je zajišťováno:
            a) formou individuální integrace,
            b) formou skupinové integrace,
            c) ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením („speciální škole“), nebo
            d) kombinací forem uvedených pod písmeny a) až c).
        - Individuální integrace mohla probíhat v běžné škole, nebo, v případech hodných zvláštního zřetele, ve speciální škole určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
        - Skupinovou integrací se rozumělo vzdělávání žáka ve třídě, oddělení nebo studijní skupině, která byla zřízená pro žáky se zdravotním postižením v rámci běžné školy, nebo v rámci speciální školy určené pro žáky s jiným druhem zdravotního postižení.
    - **SOUČASNOST**
        - Novela školského zákona stanovuje, že vzdělávání žáků je možné v běžné ZŠ s možností využití podpůrných opatření různého stupně, typu, případně kombinací různých podpůrných opatření; nebo, nestačí-li poskytování podpůrných opatření, tak ve škole zřízené dle paragrafu 16 odstavce 9 školského zákona.
        - Termíny jako individuální, skupinová integrace se již nepoužívají, v současné době je vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v rámci běžné ZŠ ze zákona upřednostňováno a podporováno (i finančně) státem.
        - Žák se speciálními vzdělávacími potřebami může být vzděláván ve
            - běžné škole s poskytnutím podpůrných opatření
            - ve škole, třídě, oddělení či studijní skupině zřízené podle §16 odst. 9 školského zákona, pokud poskytování PO nepostačuje (tím se nám ale překlápí ze žáka se SVP na žáka uvedeného §16 odst. 9)

ZÁKLADNÍ INFORMACE K ÚPRAVÁM RVP ZV (Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání)

- úpravy RVP ZV z roku 2016 vycházejí ze zákona č. 82/2015 Sb., kterým se mění zákon č. 561/2005 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů
- stěžejní pro úpravu RVP ZV byla změna § 16 (16a, 16b) školského zákona, jehož účinnost je od 1. 9. 2016 → tato úprava je legislativním ukotvením tzv. **společného vzdělávání** a zahájením procesu nového způsobu podpory vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných.
- úprava RVP ZV spočívá především v odstranění Přílohy 2 RVP ZV upravující vzdělávání žáků s lehkým mentálním postižením (RVP ZV-LMP) a v úpravách některých kapitol RVP ZV tak, aby byly v souladu s novelou

školského zákona a s Vyhláškou č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

- upravený RVP ZV je součástí Opatření ministryně školství, mládeže a tělovýchovy, kterým se mění Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání č. j. MSMT -28603/2016 ze dne 22. února 2016 → opatření nabývá účinnosti dne 1. března 2016 a upravený RVP ZV nabývá účinnosti 1. 9. 2016.

Jaké jsou rozdíly oproti dřívějšímu stavu integrace žáků se speciálními vzdělávacími potřebami?

a) Žáka se speciální vzdělávací potřebou podporujeme ve vzdělávání podle skutečných potřeb, nemusíme jej tedy zařazovat do některé z diagnostických skupin.
b) Podpora žáků integrovaných do běžných škol je na rozdíl od předchozího období zajištěna tak, aby školy dosahovaly na podporu vzdělávání těchto žáků v rozsahu, který byl dříve možný pouze pro žáky ve speciální škole.
c) Zákon ponechává v odůvodněných případech možnost vzdělávat žáky s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, s vážnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení a chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem ve speciálních školách, třídách (ZŠ), odděleních (konzervatoř) nebo skupinách (střední školy).
d) Předpokládá se, že se vzhledem k posílení podpory vzdělávání žáků se SVP v běžných školách navýší počty žáků, kteří se mohou v těchto školách vzdělávat, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje.

Zeman inkluzi odmítá (prosinec 2017)

- „Kdysi jsem stál sám jako voják v poli, kdy mi všichni nadávali, jak umístění mentálně postižených dětí do normálních tříd je to správné, to multikulturní," pronesl na sjezdu SPD Zeman. Dodal, že nakonec se k němu začali postupně přidávat další.
- Nejhorší je na inkluzi podle Zemana to, že zbavuje postižené dítě nejkrásnějšího životního pocitu – pocitu úspěchu. „Protože ve speciální třídě může zažít úspěch. V normální třídě bude vždycky poslední," uvedl na sobotním sjezdu SPD prezident Zeman.

Zdroje:

- *Listina základních práv a svobod* [online]. [cit. 2018-11-10]. Dostupné z: https://www.psp.cz/docs/laws/listina.html
- *Školský zákon ve znění účinném od 1. 9. 2018* [online]. [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty-3/skolsky-zakon-ve-zneni-ucinnem-od-1-9-2018
- *Vyhlášky ke školskému zákonu: Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných, ve znění účinném od 1. 11. 2018* [online]. [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlasky-ke-skolskemu-zakonu
- *Vyhlášky ke školskému zákonu: Vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních* [online]. [cit. 2018-11-26]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/dokumenty-3/vyhlasky-ke-skolskemu-zakonu
- *Zákon o pedagogických pracovnících* [online]. [cit. 2018-11-17]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/file/38850/
- *Katalog podpůrných opatření* [online]. [cit. 2018-11-24]. Dostupné z: http://katalogpo.upol.cz/
- *Ředitel základní školy a vzdělávání žáků se SVP* [online]. [cit. 2018-12-02]. Dostupné z: www.msmt.cz/file/37096_1_1
- *Metodický portál RVP* [online]. [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: https://digifolio.rvp.cz/view/view.php?id=6433
- *MŠMT: Opatření ministra školství, mládeže a tělovýchovy, kterým se mění Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání od 1. 9. 2017* [online]. [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: http://www.msmt.cz/vzdelavani/zakladni-vzdelavani/opatreni-ministryne-skolstvi-mladeze-a-telovychovy-kterym-se-1-1-1

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ ANDRAGOGIKA

11. Speciálněpedagogická andragogika – vymezení a pojetí, specifika přístupu k dospělé osobě se speciálními potřebami, celoživotní vzdělávání, gerontagogika; zaměstnávání osob s postižením nebo znevýhodněním (legislativní vymezení – zákon č.435/2004 Sb., o zaměstnanosti, podporované zaměstnávání, profesní orientace, pracovní rehabilitace); organizace osob s postižením – ČR, zahraničí.

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ ANDRAGOGIKA

- dílčím cílem SP je vytváření teorie a metodologie podpory kvality života osob dospělého a seniorského věku s postižením či znevýhodněním
- tímto se zabývají její součásti, tedy SP andragogika a gerontagogika
- součást speciální pedagogiky „*se zabývá prevencí a prognostikou zdravotních postižení se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní působení, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci), socializaci či resocializaci a vedení dospělých osob, které jsou z důvodu jejich postižení znevýhodněni ve společenském životě*.“ (Langer)

Definice a předmět

- součást speciální pedagogiky, která se zabývá **dospělými osobami se zdravotním postižením** (MP, TP, smyslovým…), či jinou akceptovatelnou příčinou společenského znevýhodnění (může jít například o potíže vyplývající z příslušnosti k odlišnému kulturnímu, geografickému, etnickému a sociálnímu prostředí) a jejich podporou konanou za účelem udržení žádoucího společenského postavení
- předmět**:** je nejen zdravotní postižení či jiná příčina společenského znevýhodnění, ale především v tomto směru diagnostikovaný klient dospělého věku a jeho enkulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu (tedy dosažení takového společenského postavení, při němž v maximálně možné míře prosperuje díky naučeným sociálním dovednostem)
- v systému obecné speciální pedagogiky je speciálněpedagogická andragogika vymezena:
  - rozdílností cílových skupin spočívající v zaměřenosti na dospívající a dospělou populaci
  - odlišností cílů speciálněpedagogické péče
  - diferenciací východisek a principů speciálněpedagogické péče
- specifika dle typu postižení:
  - psychoandragogika
  - surdoandragogika
  - logoandragogika
  - tyfloandragogika
  - etoandragogika
  - somatoandragogika

Terminologie

- vychází z medicínských klasifikačních systémů
  - *MKN* – 10 (11. revize v roce 2022) Mezinárodní klasifikace nemocí
  - *MKF* – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
    - pojímáme klienty podle funkční schopnosti
    - nabývá významu v andragogice
  - *DSM V* - Diagnostický a statistický manuál duševních poruch
- sekundární terminologie
  - podoblasti, kde pracujeme
  - medicínská terminologie
  - pracovní terminologie
- terminologii je dána legislativou

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ GERONTAGOGIKA

- součást speciální pedagogiky, která se zabývá osobami seniorského věku se speciálněpedagogicky akceptovatelnou příčinou znevýhodnění (ať již způsobenou involučními změnami – tedy změnami danými

přirozeným stárnutím, nebo chorobnými změnami – např. změnami paměti či demencí) a jejich podporou konanou za účelem udržení žádoucího společenského postavení

- složitější v tom, že má na to vliv involuce, **involuční vlivy**
  - jsou komplikovány morbiditou (ve stáří je zvýšená)
- těžké odhadnout, co je vlivem stáří a co nemocí
- nová terminologie nezná demenci, používá se termín neurokognitivní porucha

- předmět**:** je nejen příčina znevýhodnění vyskytující se v období stáří, ale především její „nositel", osoba seniorského věku vyžadující odbornou péči, a jeho enkulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu

SPECIÁLNĚPEDAGOGICKÁ ANDRAGOGIKA A GERONTAGOGIKA

Cíle

- **podpora kvality života jejich klientů**
- kvalita života je dalším ze základních odborných termínů, s nimiž musíme počítat
  - jedná se o jistý subjektivní pohled člověka na jednotlivé stránky jeho žití
  - závisí (a současně je zahrnuje) na:
    - zdravotním stavu
    - věku
    - vlastních přáních
    - životních cílech a očekáváních
    - duchovní úrovni
    - rodinném zázemí
    - ekonomickém zajištění
    - možnosti seberealizace
    - úrovni poskytovaných služeb
    - postojích ostatních lidí
    - kultuře dané společnosti apod.
- je prokázáno, že subjektivní pojetí vlastního života je mnohdy odlišné od objektivních pojetí z okolí dané osoby
  - např. někteří lidé se zdravotním postižením nepovažují kvalitu svého života za horší, než jakou mají jejich „zdraví" vrstevníci

Terminologie DOSPĚLOST x STÁŘÍ

DOSPĚLOST

- = stav, který je velmi variabilní, dynamický a dlouhodobý a lze ho pojímat z různých úhlů pohledu
  - nejednoznačný termín – lze ho pojímat různě
- speciálněandragogické pojetí
  - člověk, který buď ukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému vymezeném příslušnými právními normami, současně převzal sociální role charakteristické pro dospělost a byla mu přiznána odpovídající práva a povinnosti
  - …nebo neukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému (viz dříve praktikovaný pojem „nevzdělavatelnost"), ale převzal některé sociální role charakteristické pro dospělost (jedná se např. o roli zaměstnance, rodiče, manžela, manželky atp.) a byla mu přiznána některá odpovídající práva a povinnosti
- další pohledy na dospělost:
  - biologický - jde o fyzickou zralost = pohlavní zralost
  - právní - jde o nabytí plných práv a povinností (plnoletost, volební právo, právní zodpovědnost, možnost uzavřít sňatek či řídit auto, oblast práce…)
    - je domluvená hranice, která znamená plnoletost
  - sociologický - jde o převzetí nových sociálních rolí (souvisejících s manželstvím a rodinou, pracovním životem…)
    - role v oblasti rodiny a práce
  - psychologický - jde o stabilizaci chování, myšlení, prožívání…
    - psychická zralost
  - ekonomický - jde o schopnost ekonomického zajištění – sám se živit, sám dostávat příjmy
    - dospělost = získání soběstačnosti

- andragogický - dospělý je ten, kdo ukončil vzdělávání ve formálním vzdělávacím systému a současně převzal sociální role charakteristické pro dospělost (souvisí s prací, rodinou, společenským životem…)

- dělení (Vágnerová)
  - **raná** (mladá) **dospělost** – od 20 do 30 až 35 let
    - řeší se tyto vývojové úkoly:
      - získání stálého zaměstnání
      - životního partnera, rodiny
      - ekonomické zajištění
      - zvládnutí hledání mezi profesemi či partnery
      - schopnost samostatného řešení problémů atp.
    - jedná se samozřejmě o ideál – odchylky jsou však časté a přinášejí zátěž pro zúčastněné, člověk se tohoto úkolu může obávat
    - hodně se to posouvá, dříve – manželství 18 let a dnes ani ve 30
    - i lidé postižení mají stejné úkoly (pokud nejsou vážně mentálně nebo tělesně postižení)
  - **střední dospělost** – od 30 až 35 let do 45 let
    - mělo by se jednat o období práce, tvořivosti, péče o děti (péče o děti může mít velký význam pro smysl života)
    - hrozí krize životního středu – představuje nastolení otázky smyslu života (člověk již dosáhl výsledků v zaměstnání i osobním životě a ptá se, co bude dál – riziko problematických cílů: majetek, moc, milenecké vztahy)
      - souvisí s tím, že lidé dosáhli maxima (v práci, osobním životě) a teď se dostali do stádia, že neví, co dál – ztráta programu
      - hledají program, který by jim dával smysl
      - někdo ji nezvládne, někdo ji zvládne
      - mohou se narušit vztahy, užívání si
  - **pozdní** (starší) **dospělost** – od 45 do 60–65 let
    - v tomto období klesá zejména tělesná výkonnost, mění se tělesné funkce, vzrůstá riziko chorob
    - dochází k odchodu dětí z rodiny, prožívání ekonomických, partnerských a jiných problémů
    - blíží se odchod do důchodu, mohou se sečíst předchozí problémy manželství, nastupuje bilancování života, pozitivní může být nová role prarodičů
    - druhé krizové období
      - odchod dětí, syndrom prázdného hnízda - je třeba hledat náhradní program
    - žití vedle sebe – spolu (pozná se v krizi prázdného hnízda)
    - specifické zdravotní a tělesné problémy

- **profesionální chyba**
  - nedívejme se na člověka, jako na to, že má postižení, ale dívat se i na ostatní vlastnosti
  - je to jednostranné

- **dospělost osob se zdravotním postižením**
  - dospívání a dospělost speciálněpedagogických klientů (zejména se zdravotním postižením) se na jedné straně odvíjí od běžných vývojových zákonitostí
    - *vyrovnávání* se s typickými *vývojovými úkoly* - probíhající stejně jako u intaktní populace
  - na straně druhé jsou ovlivněni existujícím reálným postižením
    - např. organicky podmíněné mentální postižení primárně působí na kvalitu CNS a s ní spojených funkcí

        - takový jedinec se pak vykazuje sníženou schopností adaptace, způsobenou nižší výkonností poznávacích procesů, a jeho životní úspěšnost je ovlivněna mírou vstřícnosti (poskytované podpory) okolního společenského prostředí
        - hrozící neúspěch může být provázen negativními prožitky, jež samy o sobě ovlivňují další vývoj
- každá ze skupin dospělých klientů se vyznačuje určitými specifiky
- specifika dospělosti osob s MP
    - skupina osob s mentálním postižením je pravděpodobně nejkomplikovanější
    - tyto osoby nebudou s velkou pravděpodobností schopny v plné míře zvládat úkoly jednotlivých vývojových období (v závislosti na stupni svého postižení)
    - problémy nastanou již při dospívání
    - dále při vstupu na volný trh práce
    - a při naplňování potřeby partnerských vztahů (tedy při získávání stálého zaměstnání, hledání životního partnera, případném zakládání rodiny apod.)
    - platí, že ne u každého dospělého člověka s mentálním postižením se musí objevit potřeba partnerství
        - někdy bývá dostatečně naplňována ze strany matky nebo jiné blízké osoby
        - pokud si najdou partnera, nemusí se jejich vztah nutně vyznačovat charakteristickými znaky běžného vztahu (Vágnerová, 2008)
    - další oblasti, které nemusí být bez komplikací:
        - zajišťování bydlení
        - trávení volného času
        - celoživotní učení a řada dalších, jinak běžných aktivit

STÁŘÍ

- **stárnutí** (senescence) = vývojový proces vedoucí ke stáří
- **stáří** = výsledný stav stárnutí, který je velmi různorodý (navíc není neměnný) a lze ho pojímat z různých úhlů pohledu
    - = výsledek poměrně komplikovaného procesu (stárnutí)
- jedná se o pozdní fázi ontogeneze, o důsledek a projev involučních (funkčních i morfologických) změn
- jeho výsledný obraz je pak ovlivněn:
    - vlivy prostředí
    - zdravotním stavem
    - životním stylem
    - sociálně-ekonomickými vlivy
    - psychickými vlivy (aspirací, sebehodnocením, schopností adaptace, přijetím příslušné sociální role apod.)
- klientela seniorského spektra tvoří (nejen) z hlediska pomáhajících profesí velmi svébytnou cílovou skupinu
    - je to dáno tím, že u jejích zástupců dochází k poměrně komplikovanému překrývání faktorů, jež mohou být příčinou společenského znevýhodnění
    - mnohdy je velmi obtížné určit, zdali se jedná spíše o změny způsobené involucí (stárnutím), nebo o radikální změny způsobené chorobnými procesy
        - obojí determinují podobným způsobem tzv. funkční stav seniora (individuální míru jeho soběstačnosti – viz níže)
- maximální možná délka života dosažitelná v ideálním prostředí se u člověka zřejmě pohybuje kolem 120 let
- dosud nejvyššího věku se dožila Filipínka (124 let, úmrtí 2021 – byla posledním člověkem narozeným v 19. století; její věk se ověřuje → Guinessova kniha r.), druhého nejvyššího pak Francouzka (122 let, úmrtí 1997)

- dělení a kategorizace:
  - **kalendářní stáří**
    - za jeho počátek je obecně považován věk 65 let (dle WHO – 60 let)
    - o vlastním stáří hovoříme kolem 75 let
    - výhodou je, že lze jednoznačně vymezit
      - je pak využitelné při vytyčení různých normativně stanovených kategorií, např. důchodového věku
    - orientační kalendářní členění stáří (Jesenský, 2000)
      - mladí senioři - 65–74 let
        - problematika odchodu do penze a hledání náhradního programu – volného času, aktivit, seberealizace
      - staří senioři - 75–84 let
        - problematika adaptace, tolerance zátěže
        - nástup specifických nemocí
        - velmi často se objevuje osamělost
      - velmi staří senioři - 85 let a více
        - problematika míry soběstačnosti a zabezpečenosti
    - kategorie stáří dle WHO (Bretšnajdrová - gerontologie)
      - rané stáří – 65-74 let – *senescence*
        - dobrá kondice
        - zdravotní intervence ve srovnáním se střední generací
        - využití znalostí, životních zkušeností
        - mají své ambice, plány, chtějí být prospěšní
        - oblast dobrovolnických aktivit
        - edukace, prevence chorob
      - vlastní stáří – 75-89 let – *kmetství*
        - navýšení nemocnosti
        - u jednoho jedince několika chorob
        - zhoršení celkové kondice
        - rozvoj závislosti
      - dlouhověkost – 90 a více – *patriarchium*
  - **sociální stáří**
    - týká se především proměn sociálních rolí a potřeb, životního stylu a ekonomického zajištění
    - počátek – vznik nároku na starobní důchod či skutečné penzionování
    - sociálně pojaté periodizace stáří i nadále používají označení:
      - třetí věk (postproduktivní)
      - čtvrtý věk (období závislosti)
      - tyto termíny jsou stále více podrobovány odborné kritice, neboť veřejnosti „podsouvají“ povědomí jisté neužitečnosti daných osob
    - vhodnější je hovořit o tzv. celoživotním učení (vzdělávání, seberealizaci atp.) – člověk stářím nekončí, dál se rozvíjí
  - **biologické stáří**
    - konkrétní míry involučních změn a jeho stanovení je velmi složité
      - většinou se zjišťují pouze dílčí parametry – např. stav smyslových orgánů
- **specifika seniorského věku**
  - různé dimenze – biologické, sociální, psychologické
  - stáří jako stárnutí je individuální – každý stárne jinak

- rozlišujeme:
  - primární stárnutí
    - fyziologické stárnutí – jak stárne organismus
    - má na něj vliv řada faktorů, především genetika
  - sekundární stárnutí
    - změny, které nesouvisí přímo s fyziologickým
    - např. společenské důsledky toho, že člověk stárne
- oblasti stárnutí:
  - **biologické faktory**
    - tělesné změny, jak se mění tělo člověka
    - rozlišujeme, jak jsou tělesné změny vnímány subjektivně a jak objektivně
    - subjektivně vnímané
      - jak ten člověk prožívá vlastní stárnutí
      - např. jak prožívá, jak se mění jeho vzhled, jak vnímá možnosti svého pohybu, jak vnímá jednotlivé funkce
    - objektivní
      - jak je to objektivně se stárnutím těla
      - obecně nastávají změny v kvalitě pohybu, které jsou dány řadou faktorů
        - mimo jiné atrofie svalů, křehkost kostí, klouby – snížení pohyblivosti, zkracuje se páteř – člověk se objektivně zmenšuje
      - z hlediska tělesného je důležitý pohyb, kvalita pohybu
      - pohyb je ovlivněn nejenom fyziologickým stárnutím, ale také kognitivními změnami
      - člověk ztrácí schopnost vnímat prostor – zhoršování prostorové orientace
      - nástup polymorbidita a organicita nemoci
  - **psychické změny**
    - hlavně proměna kognitivních funkcí
      - zhoršuje se kvalita percepce, vnímání
      - do jisté míry změny intelektu a intelektových schopností
      - rozlišují se dva druhy *inteligence*
        - *fluidní* – vrozená; zhoršuje se se změnami CNS
        - *krystalická* – získaná na základě zkušeností, učení; většinou se nemění
    - u starých lidí mají velký význam vzpomínky
      - cítí se v nich bezpečně, mají v nich určitou jistotu, orientují se v nich
    - rezervní hypotéza
      - u lidí, u kterých probíhá stárnutí stejným způsobem, tak lidé, kteří jsou vzdělanější, tak je u nich větší rezerva a je menší procento vzniku kognitivní poruchy
    - neexistují univerzální vlastnosti ve stárnutí
    - ageismus
      - dáváme lidem určité vlastnosti na základě věku
      - oni mají určitý věk a mají proto takové vlastnosti
    - vlastnosti, které se častěji objevují
      - prohlubují se *osobnostní vlastnosti* – gradují, které byly pro něj typické
        - např. člověk byl šetrný, rád šetřil → ve stáří – lakota

- charakter člověka
  - změna extroverze spíše k introverzi – zejm. u mužů
    - když byl extrovertní, byl otevřený světu, lidem, spíše se uzavírá a nechce se účastnit společenských vztahů, …
  - tendence *konzervatismu* → nechat věci tak, jak jsou
- neuroticismus
  - do jaké míry je člověk neurotický
  - obecně platí, že ve stáří se člověk zklidňuje

- **sociální změny** – změny společenského postavení, ekonomická situace, vzdělávání?

- **funkční stav seniora**
  - jistá míra soběstačnosti, nezávislosti na prostředí, v němž žije
  - tedy, do jaké míry se o sebe dokáže postarat
  - stav je individuální a proměnlivý → závisí na mnoha faktorech – zdraví, životní styl…
  - **ADL** – aktivity denního života – posuzujeme:
    - schopnosti personálních aktivit (ADL/P) → sebeobsluha – hygiena, oblékání, samostatný pohyb, jídlo
    - schopnosti instrumentálních aktivit (ADL/I) → vedení domácnosti, nakládání s financemi, nakupování, telefonování, využívání internetu – souvisí s práci s nějakými předměty
  - nejprve je úbytek instrumentálních a pak základních aktivit
  - klasifikace
    - elitní – schopní ve vysokém věku extrémních výkonů (např. maratónský běh)
    - zdatní – oplývající velmi dobrou tělesnou a duševní kondicí
      - pravidelně se věnující sportovním pohybovým aktivitám, cestují
      - mnohdy se vyznačující lepší výkonností než mladší inaktivní lidé
    - nezávislí – nemající problémy se soběstačností
      - zvládající instrumentální aktivity
      - holdující sedavému způsobu života – už mají určitá omezení např. v pohybu
      - mající omezené kloubní pohyby, nízkou svalovou sílu, špatně zvládající neobvyklé zátěže – onemocnění, kalamity atp.
    - křehcí – nezvládající instrumentální aktivity každodenního života
      - ohrožené až ztrátou samostatnosti
      - mírná, začínající kognitivní porucha
      - obvykle vyhledávající chráněná prostředí
      - alespoň v některých činnostech potřebující pravidelnou pomoc rodiny či pečovatelské služby
      - počínající demence – ztrácí krátkodobou paměť (důležitá pro zvládání některých instrumentálních aktivit)
    - zcela závislí – mající omezený pohyb nebo trvale upoutané na lůžko
      - částečně zvládající či nezvládající základní sebeobsluhu
      - pokročilá demence

- typická polymorbidita:
  - **hypertenze arteriální**
  - **diabetes mellitus**
  - **choroby pohybového aparátu, úrazy, fraktury**
    - např. osteoporóza – změny kostní tkáně – řídnutí kostí a zvýšená lámavost
  - **ICHS** (arytmie, srdeční selhání)
  - **nádorové onemocnění**

- **demence**
  - „mor“, civilizační nemoc, začíná narůstat počet demencí
  - je to společenský problém z hlediska péče a odbornosti
  - 2 typy demencí:
  - atroficko-degenerativní demence
    - demence při Alzheimerově chorobě
    - postupně se zhoršuje
    - klinický obraz demence při ACH:
      - ztráta krátkodobé paměti (nejméně souvisle 6 měsíců)
      - předchází tomu mírná kognitivní porucha – tam jsou výpadky, ale není to úplně jasné, člověk je schopný vlastích činností
      - vypadávají další kognitivní funkce
      - souvisí s tím další problémy:
        - mění se *komunikace* lidí
        - zdánlivě komunikují souvisle, ale nasazují vatu – slovní obraty, které nahrazují slova, co zapomněli
        - slovní stereotypy, opakování stejných slov
        - jak to přejde to střední části ACH, SZ velmi chudá, jednoslovné věty
        - jediná komunikační metoda – *preterapie* (Routy – postavená na tzv. zrcadlení)
        - logoped je s klientem a logoped zrcadlí jak pohyby, které dělá klient a komentuje, co ten klient dělá a komentuje i své činnosti
      - *validace* – princi práce s lidmi s demencí – Naomi Fail
        - způsob práce, kdy terapeut musí maximálně se vcítit do klienta a reflektovat všechno, co ten klient udělá
        - neexistuje direktivnost – Dělej to ..!, To nesmíš dělat!, …
      - největší problém zde jsou poruchy chování a různé psychiatrické syndromy
        - člověk začne být mnohdy agresivní, může začít napadat, objevuje se paranoia
        - nemusí nás poznávat
      - principy péče – co nejvíce zamezit těmto excesům, musíme najít správnou komunikační úroveň, komunikační kanál, komunikační systém
      - roli hraje biografie
      - pomocí biografie zjistíme, v jaké období je člověk zakotvený – funguje u počáteční demence
        - pokud budeme mluvit na určité téma, tak se rozmluví
      - reminiscence
        - u lidí, kteří mají kognitivní poruchu
        - využíváme jakékoliv předměty, které budou u nás evokovat minulost
        - dobré reminiscenční médium - vůně
  - ischemicko-vaskulární
    - vlivem příhod, které naruší příchod ischemicko-vaskulárního systému
    - ucpání cév
    - mění se průběh
  - obě demence jsou fatální – člověk spěje k určitému jasnému konci
- další:
  - **progérie**
    - předčasné, patologické stárnutí
  - **progerické syndromy**
    - typy předčasného stárnutí
    - dílčí způsoby
    - některý člověk pořád vypadá mladě, některý velmi staře
  - **poruchy různých funkcí typické pro stáří**
    - zrak
    - sluch - hypacusis
  - **CMP**

- styly vyrovnávání se se stářím:
  - **konstruktivnost**
    - konstruktivní přístup ke stáří
    - člověk je otevřený, je aktivní, má rád život a je smířen s tím, že stárne
    - nemá problém navazovat vztahy a komunikovat s lidmi
  - **závislost**
    - člověk, který řeší své stáří tímto způsobem rád, spoléhá na pomoc druhých, je spíše pasivní
    - má rád svůj klid a svoje bezpečí

- do jisté míry pozitivní – je spokojený, když se o něj někdo stará a nic moc po něm nechce

- **obrana**
  - obranný přístup – člověk odmítá přijmout to, že stárne
  - snaží se stáří nějakým způsobem ignorovat a dělá všechno proto, ale nedal najevo to, že stárne
  - do jisté míry může být ve vztazích konfliktní
- **hostilita, nepřátelství**
  - člověk se považuje za neúspěšného a svaluje své neúspěchy na své okolí, na lidi kolem sebe
  - je třeba nepřátelský vůči mládí, mladým lidem
  - často mrzutý, agresivní, nepříjemný
- **sebenenávist**
  - člověk vnímá všechno negativně, a to negativní obrací sám proti sobě
  - lidé jsou problematičtí už proto, že propadávají depresím, někdo řeší radikálně, že už nechtějí žít

SPECIFIKA PŘÍSTUPU K DOSPĚLÉ OSOBĚ SE SPECIFICKÝMI POTŘEBAMI

- **přístup zaměřený na osobu**
  - vychází z psychoterapeutického směru Carla Rogerse a humanistického pohledu na člověka
  - zdůrazňuje skutečnost, že každý člověk je zaměřený na růst a sebeaktualizaci a má vlastní schopnost ke změnám a řešení problémů
  - pracovat se zaměřením na osobu znamená brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby nalézali své vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností…
  - empatie, úcta k osobnosti a kongruence (opravdovost – uvědomování si vlastního prožívání a schopnost oddělit je od toho, co prožívá ten druhý)
  - zásady přístupu v praxi:
    - naslouchat všemi smysly, vnímat všechny reakce, pocity a změny u osob s postižením
    - brát osoby s postižením vážně
      - i s jejich zcela vlastním charakterem a způsobem projevu, který může být pro pečující osoby nesrozumitelný
      - je potřeba počítat s tím, že se často nepodaří proniknout za tlustou zeď a porozumět světu člověka s mentálním postižením
      - pro tuto osobu má však dané jednání a prožívání smysl, a to je třeba respektovat
    - vycházet z normální situace – podporovat spojení s realitou
    - nepodléhat předsudkům
      - profesionálové nemají vycházet z představy, že s jistotou vědí, jak bude někdo reagovat (i kdyby to tak u daného člověka stokrát zažili)
    - umožňovat vlastní zkušenosti a zaměřit se na prožitek
      - nesnažit se chránit lidi s postižením před zkušenostmi i s tím rizikem, že budou špatné
      - nebránit jim v učení, jak žít s jejich realitou (s jejich negativními zkušenostmi je následně nenechávat samotné, ale prokazovat jim účast)
    - povzbuzovat
    - neulpívat na symptomu
      - pokusit se porozumět, co dané chování znamená a vyjadřuje
    - podporovat svébytnost, poskytovat opěrné body pro samostatné jednání
    - poskytovat přehledné možnosti volby, podávat jasné informace, být konkrétní
    - popisovat situaci

- popsat situaci znamená uvolnit napětí, situace je tím potvrzena a je prozatím přijata tak, jak je
- rozpoznat vlastní podíl
  - k situaci vždy přispívají svým dílem všechny zúčastněné osoby, tedy i profesionálové
- umět pracovat se svými vlastními emocemi
  - pro lidi s postižením je důležitá zkušenost, že i pečující osoby mají někdy vztek, jsou smutné nebo skleslé a přiznávají se k těmto pocitům

- **respektující přístup**
  - hlavním důrazem je respekt k druhým lidem, úcta
    - chovat se k nim tak, aby to nezraňovalo jejich lidskou důstojnost, nedovolit si k druhým nic, co nechceme, aby si oni dovolili k nám
    - přijmout fakt, že se od nás mohou lišit
      - mají jiný vkus, jiné názory, chování, prožívání a liší se v mnoha dalších věcech, aniž by byli horší než my
  - při „respektující" komunikaci jde tedy o partnerský přístup k lidem, k druhé osobě přistupujeme jako k rovnocennému partnerovi (nezneužíváme svou převahu, moc)
  - cílem podpory a výchovy v rámci tohoto přístupu není vedení k poslušnosti, ale k zodpovědnému jednání
    - podstatou není závislost na tom, co dělá nebo říká autorita
    - ale zvnitřnění hodnot a pravidel, které dávají danému člověku smysl
  - vhodné způsoby komunikace:
    - příjemný tón, zdvořilost
    - úsměv, zrakový kontakt
    - jasná formulace požadavku, vhodné načasování požadavku
    - dostatečný časový prostor
    - stručnost, přiměřené informace,
    - humor
    - rovnocenný vztah, respekt

Rozvoj lidského potenciálu dospělých osob s postižením

- lidský potenciál bývá negativně ovlivněn faktory biologickými, sociálními, psychickými (viz. výše)
- pokud se jedná o **zdravotní postižení**
  - působí primárně na kvalitu organismu a jeho funkcí
  - záleží pak na dalších faktorech – zda se daný jedinec s postižením vyrovná
    - např. na okolním společenském prostředí, vlastním prožívání
- v případě **znevýhodnění** (vlivem kulturních, geografických, etnických a sociálních odlišností)
  - působí primárně míra schopnosti adaptace a prožívání dané situace
- podpora kvality života se děje za pomoci řízeného a cíleného rozvoje jejich potenciálu → možnosti:
  - **výchovně-vzdělávací oblast**
    - běžné školy organizující:
      - celoživotní vzdělávání (postgraduální studium – viz níže)
      - speciální školy (např. večerní školy při základních školách praktických či speciálních)
        - rozvoj lidského potenciálu dospělých osob ve večerních školách je *specifickým programem celoživotního vzdělávání* (určeného většinou pro klienty s mentálním postižením)
        - probíhajícím formou kurzů zaměřených:
          - praktické činnosti

        - udržování a rozšiřování již získaných vědomostí a dovedností a na rozšiřování celkového „rozhledu“
    - na organizování těchto kurzů se většinou podílejí jak školy, tak také neziskové organizace
    - podobná situace je také při pořádání dílčích kurzů, které mohou být organizovány obdobnými institucemi, avšak jejich zaměření je více specifické (např. na umělecké dovednosti)
- vzdělávací kurzy
- individuální doučování atp.
    - povětšinou provádějí speciální pedagogové přímo v rodinách (nebo v chráněném či jiném bydlení)

- legislativa:
    - zákon č. 561/2004 Sb., školský zákon
    - zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících (mezi pedagogické pracovníky je zde zařazen i asistent pedagoga)
    - vyhláška č. 73/2005 Sb. – nové znění: vyhláška 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
    - vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a zařízeních

- **pracovní oblast**
    - např. běžná zaměstnání na volném trhu práce, podporovaná zaměstnání, přechodné pracovní programy, chráněná zaměstnání, denní centra a stacionáře (se speciálními pracovními programy)
    - legislativa:
        - zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
        - zákoník práce
- **sociální oblast**
    - např. chráněná bydlení, podporovaná bydlení, osobní asistenci, komunitní služby, denní centra a stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením atp.
    - legislativa:
        - zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách – nové znění: 328/2021 Sb.
        - vyhláška č. 505/2006 Sb.

- **celoživotní vzdělávání**
    - = kontinuální proces získávání a rozvoje vědomostí, intelektových schopností a praktických dovedností, a to i nad rámec počátečního vzdělávání
    - v České republice je celoživotní vzdělávání (dále CŽV) ustanoveno v paragrafu 60 zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách (aktuální znění 1. 4. 2021):
        - (1) V rámci své vzdělávací činnosti může vysoká škola poskytovat bezplatně nebo za úplatu programy celoživotního vzdělávání orientované na výkon povolání nebo zájmově. Bližší podmínky celoživotního vzdělávání stanoví vnitřní předpis. Účastníci celoživotního vzdělávání s ním musí být seznámeni předem.
        - (2) O absolvování studia v rámci celoživotního vzdělávání vydá vysoká škola jeho účastníkům osvědčení. Úspěšným absolventům celoživotního vzdělávání v rámci akreditovaných studijních programů, pokud se stanou studenty podle tohoto zákona (§ 48 až 50), může vysoká škola uznat kredity, které získali v programu celoživotního vzdělávání až do výše 60 % kreditů potřebných k řádnému ukončení studia.
        - (3) Vzdělávání v programu celoživotního vzdělávání nezakládá jeho účastníkům právní postavení studenta podle tohoto zákona.

- realizace celoživotního vzdělávání je uskutečňována pomocí tří základních druhů:
  - formální vzdělávání – organizovaná forma (školy)
  - neformální vzdělávání – individuální zájmová činnost (kurzy, kroužky, kluby)
  - informální vzdělávání – spontánní, bezděčné
- různé typy:
  - **další profesní vzdělávání**
    - cílem tohoto typu vzdělávání je udržení souladu mezi kvalifikací jedince a nároky na realizaci profese a kvalitu výkonu v rámci dané profese
    - zvyšující se požadavky na pracovní činnosti, které vyplývají z moderních technologií a náročných pracovních operací vyžadují další vzdělávání v každé profesi
    - rozlišujeme:
      - kvalifikační vzdělávání
        - týká se zvyšování kvalifikace, její prohlubování, specializace
      - rekvalifikační vzdělávání
        - má různé formy obnovovací, zaměstnanecké, nespecifické
      - školení a kurzy
        - jsou směrovány jako doprovodné aktivity zaměstnavatelské politiky
        - např. školení k bezpečnosti práce
  - **občanské vzdělávání**
    - základní cíl: kultivace občana
    - cíleně se zaměřuje na vzdělávání, a hlavně uspokojování sociálních potřeb dospělých
    - je to součást vzdělávání dospělých či dalšího vzdělávání, jež vytváří širší předpoklady pro kultivaci člověka jako občana, pro jeho adaptaci na měnící se sociální a politické podmínky, slouží k urychlení a dotváření socializace a občanské hodnotové orientace.
    - zahrnuje širokou problematiku etickou, estetickou, právní, ekologickou, všeobecně vzdělávací, zdravotnickou, tělovýchovnou, filozofickou, náboženskou, politickou, občanskou a sociální
    - občanské vzdělávání na rozdíl od zájmového by mělo být jednoznačně v zájmu státu a státem podporováno
  - **zájmové vzdělávání dospělých**
    - svým zaměřením na konkrétní a často velmi odborné oblasti vědění a svou orientací na uspokojení specifických zájmů se spíše blíží sféře specializovaného a odborného vzdělávání
    - hlavním cílem zájmového vzdělávání je především rozšiřování horizontu nabízených možností, budovat především širší předpoklady pro kultivaci osobnosti, dotvářet její hodnotovou orientaci a umožňovat seberealizaci člověka
    - Co ho odlišuje od ostatních?
      - dobrovolnost
        - jedním z mála druhů učení, které probíhá bez stresu, nervozity a obav
        - výstupem nejsou ani tak testy, jako spíše osvědčení, sloužící především k osobní motivaci či posílení prestiže
      - orientace do sféry volného času
        - změna dosavadního trávení volného času

- **celoživotní vzdělávání osob se zdravotním postižením**
  - = začlenění osob se zdravotním postižením do společnosti je ovlivněno dlouhodobostí a kontinuitou procesu jejich rozvoje a socializace, které může významnou měrou ovlivnit právě celoživotní vzdělávání
  - CV je v současné době skloňováno v mnoha různých souvislostech
    - jednou z oblastí, ve které by nemělo být opomíjeno, protože zde hraje stěžejní roli, je oblast vzdělávání osob se zdravotním postižením
  - systém vzdělávání umožňuje na úrovni základního školství integrovat zdravotně postižené dítě do běžné základní školy nebo zvolit některou ze speciálních škol
  - neřeší ale u osob s handicapem další možnosti rozvoje po ukončení povinné školní docházky, nebo po ukončení profesní přípravy, pokud není prostor pro umístění na trhu práce
  - → touto problematikou se zabývají speciální pedagogové jak v rámci teorie speciální pedagogiky, tak specialisté v rámci praxe
  - *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* na období 2010–2014 vytyčuje mimo jiné i oblast důrazu na vzdělávání dospělých
  - *Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období* 2015–2020
    - pokračovat v prosazování a podpoře integrace osob se zdravotním postižením a prostřednictvím konkrétních opatření naplňovat jednotlivé články Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením
    - jeden z jejich cílů: osoby se zdravotním postižením by měly mít možnost přístupu k obecnému terciárnímu vzdělávání, odborné přípravě na výkon povolání, vzdělávání dospělých a celoživotnímu vzdělávání bez diskriminace a na rovnoprávném základě s ostatními
  - současně: Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021–2025
    - základním *strategickým dokumentem*, který *určuje směřování vládní politiky* ČR v oblasti *vytváření rovných příležitostí* pro osoby se *zdravotním postižením* na následující období
    - od roku 1992, kdy byl schválen první národní plán, se jedná již o sedmý plán
    - cíl: je podporovat integraci osob se zdravotním postižením
    - svou strukturou tak jako předchozí národní plány navazuje na Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením
    - naplňováním doposud realizovaných národních plánů došlo ke zlepšení přístupu státu k osobám se zdravotním postižením, což se pozitivně promítlo v řadě oblastí, které jsou k zajištění podmínek pro kvalitní a důstojný život této skupiny lidí důležité a napomáhají jejich integraci do společnosti
    - pokračování v již nastavených programech a činnostech:
      - odstraňování bariér ve veřejných budovách, komunikacích a dopravě
      - podpora inkluzivního vzdělávání
      - pokračování v podpoře organizací osob se zdravotním postižením
    - obsahuje Národní plán i řadu nových úkolů:
      - např. oblast přístupnost informací a služeb veřejné správy
      - oblast Pečující osoby
  - při vzdělávání dospělých osob se specifickými potřebami je používán pojem lektor, pro jehož pojmenování se používá také pojem tutor
  - případně je možné aplikovat také pojmy trenér, konzultant, facilitátor nebo instruktor, vždy podle konkrétní náplně práce

Specifika vzdělávání dospělých

- výukové metody pro dospělé samozřejmě vycházejí z metod pro děti
- vzdělávání dospělých ale vyžaduje co nejefektivnější vzdělávací programy, proto by nemělo být jejích smyslem pouhé předání informací

- je vyžadován aktivní přístup zúčastněných
- dospělý člověk je vzdělavatelný – každý účastník vzdělávání dospělých má stejné, nebo podobné předpoklady pro vzdělávání, jako jiné věkové kategorie
    - *vnímání* – u dospělého člověka je vyvinutější, díky srovnávání se zkušeností a kritickému hodnocení (použitelnost v praxi)
    - *pozornost* – dospělý člověk má vyšší schopnost soustředit se, a pokud je správně motivován, dokáže studovat i obsáhlý text
    - *myšlení* – u dospělého je jeho přesnost a funkčnost snížena stereotypy
    - *paměť* – dospělý ztrácí mechanickou vlastnost zapamatování si, vyžaduje neustálé memorování, má však lepší schopnost logické paměti a pochopení podstaty věci

Profesní orientace

- = proces, ve kterém jsou zejména mladí lidé zaměřováni volbou povolání na výkon určité profese
- velkou roli zde hraje i poradenství k volbě povolání
- školský zákon č. 561/2004 Sb. vymezuje zajišťování služeb profesního poradenství ve školských poradenských pracovištích, což jsou pedagogicko-psychologické poradny nebo speciálně pedagogická centra
- na všech základních, středních a speciálních školách pracují výchovní poradci, poskytující též pracovní poradenství
- **Informační a poradenská střediska**
    - pro volbu povolání se nachází na každé pobočce Úřadu práce
    - IPS poskytuje v resortu práce a sociálních věcí pracovní poradenství pro volbu povolání
    - IPS provádí individuální i skupinové poradenství pro žáky ZŠ, absolventy škol a další zájemce, související s volbou povolání a jejich následným uplatněním v praxi
- **Job club**
    - poradenský program Úřadu práce, který má za cíl motivovat a aktivizovat účastníky k uplatnění na trhu práce
    - původně byl tento poradenský program zaměřen zejména na uchazeče o zaměstnání, kterým úřad práce věnuje zvýšenou péči při zprostředkování zaměstnání podle ustanovení §33 zákona o zaměstnanosti, mezi nimiž jsou i osoby se zdravotním postižením
    - v současné době je ale Job club otevřen všem uchazečům o zaměstnání
- **MKF: Příprava na povolání**
    - zapojit se do všech aktivit, týkajících se programů povolání a učit se materiály, obsažené ve školních osnovách, připravující na zaměstnání v obchodě, výdělečné práci nebo povolání

ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Postavení práce v životě člověka

- práce je určující substancí lidského života, neboť:
    - poskytuje ekonomickou nezávislost a vyšší životní standard
    - pozitivně ovlivňuje sebeurčení člověka
    - status „být zaměstnán“ pozitivně ovlivňuje postoje společnosti k lidem s postižením obecně
    - je prostředkem pro vytváření a rozvíjení sociálních interakcí
    - je jedním ze způsobů, kterým většina lidí pokračuje v učení a rozvíjení kompetencí
    - zaměstnání je jedním z klíčových aspektů dosažení statusu dospělosti

Pracovně-právní normy

- k zaměstnávání lidí, k jejich pracovním podmínkám, ke vztahům a povinnostem zaměstnanců, popř. zaměstnavatelů se v českém právním systému vztahují dvě základní právní normy:
- **zákon č. 262/2006 Sb., Zákoník práce**
    - nejsou určující, co musí zaměstnavatel plnit ve vztahu k zaměstnavatelovi
    - z obecného hlediska řeší vztahy mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem:
        - upravuje podmínky pro zaměstnavatele, které při zaměstnávání osob se zdravotním postižením musí dodržovat v oblasti pracovně právních vztahů,

- upravuje podmínky, které musí dodržovat zaměstnanec (v obecné rovině) vůči zaměstnavateli

- **zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti**
  - najdeme zde povinný podíl, povinnosti zaměstnavatelů
  - ve své podstatě je zaměřen na vztah státu a zaměstnavatele
  - vzhledem k problematice zaměstnávání osob se ZP:
    - definuje fyzické osoby se zdravotním postižením, kterým je poskytnuta zvýšená ochrana na trhu práce
    - upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro osoby se ZP
    - formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení některých podmínek pro zaměstnávání těchto osob
    - vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek pro zaměstnávání těchto osob, vylučuje kritéria, za kterých je jedinec zařazován do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním
    - stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, jelikož vytváří takové pracovní příležitosti a umožňuje pracovní uplatnění osob se zdravotním postižením
    - upevňuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

- platná novela: *274/2021 Sb.* (2.8.2021 – 31.1.2022)
  - *POZOR! od 1.2.2022 platná 261/2021 Sb.; od 1.4.2022 248/2021 Sb.)*
  - → ***stačí říci zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti ve znění pozdějších předpisů***
- *ČÁST TŘETÍ* se týká zaměstnávání osob se zdravotním postižením
- osobám se zdravotním postižením je poskytována **zvýšená ochrana na trhu práce** (§67)
  - osoby se ZP jsou osoby invalidní v 1., 2. a/nebo 3. stupni či zdravotně znevýhodněni (=má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu)
  - za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tento zákon považuje stav, který dle lékařské vědy má trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti
  - osoba se zdravotním postižením musí dodat doklad – posudek/potvrzení orgánu sociálního zabezpečení (u invalidních stupňů) či potvrzení/rozhodnutí tohoto orgánu (u zdravotního znevýhodnění)
- **evidence** osob se zdravotním postižením (§68)
  - krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se ZP, kterým poskytuje služby dle tohoto zákona
- vymezuje pojem **pracovní rehabilitace** (§69)
  - = souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené
  - zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
  - rekvalifikační kurzy
  - pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajskou pobočka ÚP → sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost jedince
  - na základě doporučení ošetřujícího lékaře mohou být zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními (zařazení nesmí být v rozporu se zdravotním stavem)
  - ÚP je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončen
- **příspěvek** na **zřízení pracovního místa** pro osobu se ZP/**úhradu provozních nákladů** v souvislosti se zaměstnávám osoby se ZP (§75 - §77)

- uvádí *daňové výhody* pro zaměstnavatele při zaměstnání osoby se zdravotním postižením
- *příspěvky na podporu* zaměstnávání zdravotně postižených
- *povinný podíl* a *způsoby* jeho *plnění*, jeho alternativy, anebo případné sankce při neplnění

- **chráněný trh práce a dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce** (§78)
  - tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50% osob se ZP z celkového počtu zaměstnanců
  - ÚP uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání - na dobu 3 let (po splnění náležitých podmínek na dobu neurčitou) (pozn. pojem chráněný trh práce – zaveden 1.1.2018)
  - chráněné pracovní místo
    - je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce
    - chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě
  - chráněná pracovní dílna
    - je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením
  - řadí se sem také příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP (§78 a)
  - pozn. Úřad práce ČR může uzavřít dohodu o zřízení chráněného pracovního místa i s osobou se zdravotním postižením, která se rozhodne vykonávat samostatnou výdělečnou činnost
- vymezuje **práva a povinnosti zaměstnavatelů** (§79 - §84)
  - upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
  - formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení některých podmínek po zaměstnávání těchto osob
  - vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek pro zaměstnávání těchto osob
  - vytyčuje kritéria, ze kterých je jedinec zařazován do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním
  - stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, jestliže vytváří takové pracovní příležitosti a umožňuje pracovní uplatnění osob se ZP
  - upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž záměrem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti
  - zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele; povinný podíl činí 4 %
    - a) zaměstnáváním v pracovním poměru
    - b) odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech (§ 75), kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám
    - c)odvodem do státního rozpočtu
    - nebo vzájemnou kombinací způsobů uvedených v písmenech a) až c)

Podporované zaměstnávání

- podpora na cestě k pracovnímu uplatnění na otevřeném/volném trhu práce k „běžnému“ zaměstnání
- podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí
- jejich schopnost získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce
- první myšlenka vznikla v období války – v továrně – málo lidí na výrobu – zaměstnali osoby postižení z ústavu
- vývoj podporovaného zaměstnávání – 70. léta 20. století v USA
- 1995 – ČR – první agentura podporovaného zaměstnávání Rytmus
  - v současné době jsou agentury podporovaného zaměstnávání (AZP) ve všech krajích
  - tyto agentury slučuje České Unie pro podporované zaměstnávání
- pracovní tým APZ: koordinátor agentury, pracovní konzultant - pracuje s uchazečem v době, kdy práci hledá, pracovní asistenti - dochází do zaměstnávání s klientem, musí umět odhadnout míru podpory, pozor aby ho v

zaměstnání nebrali za zaměstnance místo klienta + třeba: další školící pracovník, psycholog, terénní pracovník

- identifikační znaky:
  - okamžité umístění na pracovní místo – od tradičních služeb v oblasti zaměstnanosti se PZ liší změnou v pořadí trénink – místění na pracoviště
  - trénink pracovníka přímo na pracovišti
  - konkurence schopná práce
    - běžná, určená pro všechny, nejen pro ZP, na běžném pracovním prostředí
  - zaměstnání v běžném pracovním prostředí
  - průběžná podpora – snižující se tendence
  - na míru šitá podpora
    - ne příliš veliká – člověk by se nesnažil
    - na příliš malá – člověk by mohl být frustrovaný
  - aktivní přístup uživatele služeb PZ
- cílové skupiny:
  - určeno lidem, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, kteří potřebují pomoc a podporu při hledání práce, při práci samotné k tomu, aby si práci udrželi a dlouhodobě v celé pracovní kariéře; a pro ty, kteří potřebují podporu v takové míře – před začátkem práce i během ní
  - potřeba podpory plyne z individuálních specifických potřeb jednotlivce
  - vhodná cílová skupina:
    - osoby se zdravotním postižením
    - osoby se závislostmi
    - přímo pro osoby romského etnika
  - určující: najde si práci, ale neudrží si ji – nezvládá to (např. matka na mateřské nikoli → ta si práci poté dokáže udržet)
  - znevýhodňující faktory mohou být způsobeny zdravotním postižením, závislostí na návykových látkách, situace z výkonu trestu, bezdomovectvím a podobně
- cíle
  - co nejkratší podpora
  - aby zájemce o práci, který má minimální šanci zapojit se do běžného pracovního života, získal a byl schopen udržet si skutečnou práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem
- záměrem je, aby míra i délka podpory vedoucí k cíli byla minimální, tedy aby se účastník programu ve svém zaměstnání co nejdříve osamostatnit
- financování
  - na základě grantu
  - funguje podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb. – zákon č. 328/2021 Sb.) – služba sociální rehabilitace
  - může být poskytována i jako služba pracovní rehabilitace
- **Česká unie pro podporované zaměstnávání**
  - vznikla v roce 2000
  - sdružuje všechny organizace v ČR, zastřešuje je: www.unie-pz.cz
  - pracovní tým:
    - vedoucí pracovník – koordinátor agentury
      - těžký úkol
      - zajišťování financí
      - prezentování agentury navenek – aby se vědělo
    - pracovní konzultant
      - většinou pracuje s uchazečem o zaměstnávání v dobu, kdy s ním práci hledá
      - pomáhá vytvořit životopis, připravit se na pohovor, uzavření smlouvy, orientovat se v nabídkách práce
    - ostatní zaměstnanci
      - koordinátor pracovních asistentů, koordinátorů, ekonom, psycholog, personalista
    - pracovní asistenti

- v terénu s člověkem, dochází s ním do zaměstnání – může ho i vyzvedávat, dojde s ním do práce, nejprve je tam s ním po celou dobu práce, pomáhá k osamostatnění se
- najít kompromis, aby podpora nebyla zneužívaná, ale aby nebyla příliš malá
- těžké je udržet si pozici toho asistenta

- **podpora poskytována uživateli**
  - bývá poskytována uživateli
  - 4 základní fáze:
    - dojednání spolupráce mezi uživatelem a poskytovatelem služeb PZ
      - cíl: ujasnit preference v oblasti pracovního uplatnění a aby uživatelé zjistili, zda pro naplnění je služba podpory zaměstnávání
      - ujasnit si, co chce agentura a co chce člověk
      - prevence problémů
      - končí podepsání smlouvy – shrneme, jaká jsou práva a povinnosti
    - plánová kariéry uživatele
      - cíl: aby si uživatel představit, jaké je vhodné pracovní umístění pro něj
      - sestavujeme osobní profil uživatele
      - souhrn všech informací o něm – jaká má přání, schopnosti, dovednosti, …
      - porovnáváme informace o něm a s informacemi na trhu práce
      - co dělat, když okolí jeho představou považují za nepředstavitelnou – pracujeme s okolím nebo přímo zjistit, co má dotyčný na mysli
      - Chci být lékařem? – proč? Protože chci nosit bílý plášť – už přemýšlím, jestli i někde jinde není
      - pokud je představa úzce zaměřená – rozšiřujeme obzory
      - pokud je představa nerealizovaná
      - mluvíme o pracovní kariéře, o postupech a vypracování se
    - zprostředkování vhodného pracovního místa a trénink dovedností, které jsou potřebné pro získání vhodného pracovního místa
      - nácvik získání požadovaných dovedností
      - trénink individuální i skupinový
      - řeší se šikana na pracovišti
      - různé metody nácviku
      - zásady nácviku dovedností
        - aktivity, které jsou dělány formou, které baví uživatele
      - www.infoabsolvent.cz www.doprace.cz
    - podpora poskytována uživatel po uzavření pracovně právní smlouvy
      - cílem této fáze PZ je poskytnout uživateli podporu
      - plánování podpory vedoucí k udržení pracovního místa
        - podpora poskytována uživateli přímo na pracovišti (pracovní asistence)
        - podpora poskytována uživateli mimo pracoviště
      - trénink pracovních, sociálních a dalších dovedností
        - pracovní dovednosti
        - sociální dovednosti
        - dovednosti přímo související s prací
        - dovednosti nepřímo související s prací
      - postupné snižování podpory
      - ukončení poskytování služeb podporovaného zaměstnávání
- zásady poskytování podpory
  - přiměřenost podpory
  - přirozenost podpory
    - nepřirozené – komandování
  - respektování rozhodnutí uživatele

  - individuální přístup
  - snižování podpory
- při nácviku dovedností probíhají zjm. tyto činnosti:
  - plánování postupu vedoucího k nácviku určité dovednosti, plánování podpory
  - trénink konkrétní dovedností (pracovní, sociální apod.)
  - provázení uživatele při nácviku
  - postupné snižování podpory
  - ukončení poskytování podpory
- úrovně výuky činností:
  - asistent konkrétní činnost předvádí a komentuje, uživatel vykonávání dané činnosti sleduje
  - uživatel vykonává danou činnost spolu s asistentem
  - uživatel vykonává činnost samostatně pod pozorem asistenta, v další fázi o dohledu asistenta neví (zásah pouze v případě, pokud se něco stane, je ti bezradný)
- **podpora poskytována zaměstnavateli**
  - pomoc při vytváření vhodné pracovní náplně pro uživatele
  - podpora při vyřizování formalit souvisejících s nástupem uživatele do zaměstnání
  - poskytování poradenství v oblasti legislativy
  - pomoc zaměstnavateli při komunikaci s uživatelem
  - pomoc při řešení problémů se zpracováním uživatele a s jeho začleněním
- **podpora poskytována rodině**
  - poskytování podpory rodině při zvládání změn souvisejících s osamostatňováním uživatele
  - poskytování podpory při zvládání změn

Sociální podnik

- funguje jako běžný podnik, který chce získat zisk, ale rozdílem je, že zisk který získal, vrací na podporu osob se ZP

Tranzitní program

- sociální služba usnadňující žákům se speciálními potřebami přechod ze školy do zaměstnání (na trh práce)
- většinou pomocí praxe, kterou vykonávají v podnicích již během studia
- cílovou skupinou programu jsou žáci praktických škol, kterým má pomoci zapojit se do zaměstnání na otevřeném trhu práce. Jelikož se jedná o jedince obvykle s mentálním či kombinovaným, potřebují zprvu podporu a pomocnou ruku
- cílem je nalézt pro jedinec nejvhodnější místo, a kde by se mohl nejlépe uplatnit
- co se žáci učí:
  - proč je pro dospělého člověka důležité mít práci
  - jaký je rozdíl mezi tím, když někomu pomůžu odvést dříví a když půjdu do práce a udělám, to stejné práce x pomoc
  - co by je bavilo, co by chtěli dělat
  - co je to pracovní smlouva
  - jaké máme druhy pracovišť
  - kolik si mohou vydělat
  - kdo je to zaměstnanec a zaměstnavatel
  - hospodaření s penězi
  - pracovní listy
  - pracovní doba
  - pracovní oblečení
  - pracovní pravidla
  - pracovní nářadí
  - jak je to, když přijdu první den do práce, na pohovor, …
  - co to bude pro mě znamenat, když budu a nebudu chodit do práce
  - kde hledat pomoc a podporu při hledání práce
  - co je to úřad práce
  - testy, tělesné aktivity
- většinou tyto programy poskytují neziskové organizace (SPOLU Olomouc)
- finance z grantů udělených nevládním organizacím, z EU, finanční prostředky na aktivní politiku zaměstnanosti jsou využívány převážně k pokrytí mezd personálu agentur
- Česká unie pro podporované zaměstnávání www.unie-pz.cz

Organizace osob s postižením

- zahraničí: Disabled people international, European Disability Forum, Rehabilitation International, World Association of Persons with Disabilities
- ČR: Organizace tělesně postižených – Helpnet ; Národní rada osob se zdravotním postižením ČR; Asociace poraden pro zdravotně postižené; Asociace organizací neslyšících, nedoslýchavých a jejich přátel; Asociace POLIO – prosazování zájmů osob postižených dětskou obrnou; Centrum paraple; HANDICAP LYCEUM; Svaz tělesně postižených; Liga vozíčkářů

Zdroje:

- 01-04 | Úvod do speciální pedagogiky – kpt. č. 9 (Oldřich Muller) – Dospělost a stáří člověka s postižením či znevýhodněním
- 01-02 | Komplexní péče o jedince s postižením či znevýhodněním – kpt. č. 6 (Oldřich Muller) - Dospělost a stáří člověka s postižením či znevýhodněním
- Zákon o zaměstnanosti: 435/2004
- Zápisy z hodiny Psychopedie (Část – celoživotního vzdělávání)
- https://is.muni.cz/el/med/podzim2015/MNZA071c/um/60359143/Teorie_a_praxe_specialnepedagogicke_andragogiky.pdf

SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

12. Systém sociálních služeb – legislativa – zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a vyhláška č. 505/2006 Sb. v platném znění (druhy služeb, příspěvek na péči, stupně závislosti, smlouva o poskytování sociálních služeb, atp.); charakteristika základních sociálních služeb; standardy kvality v sociálních službách.

SYSTÉM SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- týkají se osob s omezením hybnosti v celém věkovém spektru – dotýkají se například oblastí zaměstnanosti, sociálních služeb, sociálního zabezpečení
- v širším kontextu jde o označení všech služeb, postupů, metod v práci s jedincem se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním s cílem předcházet a řešit možnost sociální exkluze (Votava, 2005)

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách

- platná novela: *47/2019 Sb.* (1.7.2019 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 328/2021 Sb., 363/2021 Sb., 371/2021 Sb.; od 1.2.2022 261/2021 Sb.*
  - → ***stačí říci zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů***
- *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*
  - za takovou osobu je považována i osoba s tělesným či kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby → z toho vyplývá fakt, že osoby s tělesným postižením mohou získat příspěvek (kromě dětí mladších jednoho roku) na péči v případě, že jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby

ČÁST PRVNÍ – ÚVODNÍ USTANOVENÍ

- **předmět úpravy** (§1)
  - upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách
  - upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních
- **základní zásady** (§2)
  - každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení
  - rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob → pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování → sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob
- **formy poskytované pomoci** – charakteristiky:
  - dostupnost – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického
  - efektivita – uzpůsobení služeb tak, aby vyhovovaly potřebě člověka, nikoliv „potřebám“ systému
  - kvalita – má být zajištěna způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti
  - bezpečnost – nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy lidí
  - hospodárnost – systém má být nastaven tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb
- **okruh oprávněných osob** (§4)
  - nárok na příspěvek na péči
    - osoba, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle zvláštního právního předpisu2), jde-li o státního občana České republiky
    - cizinec, který má na území České republiky trvalý pobyt podle zvláštního právního předpisu3)
    - cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropské unii na území jiného členského státu Evropské unie, pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu4)
    - rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu a), pokud mu byla vydána pobytová karta rodinného příslušníka občana Evropské unie podle zvláštního právního předpisu3)
    - rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu b), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu3)
    - cizinec, kterému bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky za účelem vědeckého výzkumu podle zvláštního právního předpisu5)
    - osoba, které byla udělena mezinárodní ochrana formou doplňkové ochrany podle zvláštního právního předpisu6)
    - cizinec, kterému bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky za účelem výkonu zaměstnání vyžadujícího vysokou kvalifikaci podle zvláštního právního předpisu7)

- cizinec bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tento nárok zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu České republiky
- osoba, které nárok vyplývá z přímo použitelných předpisů Evropské unie54), nebo osoba zaměstnaná, samostatně výdělečně činná, osoba ponechávající si takové postavení a její rodinní příslušníci mající právo na rovné zacházení podle předpisu Evropské unie63)
- cizinec, kterému byla vydána zaměstnanecká karta podle zvláštního právního předpisu59)
- cizinec, který je zaměstnán nebo již byl zaměstnán na území České republiky alespoň po dobu 6 měsíců a je v evidenci uchazečů o zaměstnání60), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu61)
- rodinný příslušník62) osob uvedených v písmenech f), h), k) a l), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu61)
- cizinec, kterému bylo vydáno krátkodobé vízum za účelem sezónního zaměstnání65) nebo vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem sezónního zaměstnání66)
- cizinec, kterému byla vydána karta vnitropodnikově převedeného zaměstnance67) nebo karta vnitropodnikově převedeného zaměstnance jiného členského státu Evropské unie68), a je převeden do obchodní korporace nebo odštěpného závodu se sídlem na území České republiky
- rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu o), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu62)
- a to, pokud má bydliště na území České republiky, s výjimkou osob uvedených v písmenech j), n) a o); co se rozumí bydlištěm, stanoví zákon o pomoci v hmotné nouzi

- sociální služby, se při splnění podmínek poskytují
  - osobám uvedeným v odstavci 1, s výjimkou osob uvedených v písmenech n) až p) ; podmínka bydliště na území České republiky zde neplatí
  - občanovi členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu3) po dobu delší než 3 měsíce
  - rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu3) po dobu delší než 3 měsíce

ČÁST DRUHÁ se týká *PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI*

- **podmínky nároku** na příspěvek na péči (§7 -§10)
  - má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti → hodnotí se podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat
  - při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby (10 oblastí): mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost
  - stupně/míra závislost: 1. stupeň - lehká (nezvládá 4 potřeby); 2. stupeň – středně těžká (nezvládá 5-6 potřeb); 3. stupeň – těžká (nezvládá 7-8 potřeb); 4. stupeň – úplná (nezvládá 9-10 potřeb)
  - péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let; navíc se posuzuje rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba jedinci věnovat

Stupeň závislosti	Osoby mladší 18 let: Nezvládnuté životní potřeby	Osoby mladší 18 let: Měsíční výše příspěvku	Osoby starší 18 let: Nezvládnuté životní potřeby	Osoby starší 18 let: Měsíční výše příspěvku
I. (lehká závislost)	3	3300 Kč	3 nebo 4	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4 nebo 5	6600 Kč	5 nebo 6	4400 Kč
III. (těžká závislost)	6 nebo 7	13 900,00 Kč	7 nebo 8	12 800,00 Kč
IV. (úplná závislost)	8 nebo 9	19 200,00 Kč	9 nebo 10	19 200,00 Kč

- **výše příspěvku** (§11)
  - výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc
    - 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
    - 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
    - 13 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
      - *pozn. 9 900 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
    - 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)
      - *pozn. 13 200 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
  - výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc
    - 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
    - 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
    - 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
      - *pozn. 8 800 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
    - 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)
      - *pozn. 13 200 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
- **zvýšení příspěvku** (§12)
  - může být zvýšen o částku 2 000 Kč měsíčně, a to v případě splnění podmínek jednoho ze dvou následujících důvodů: *z důvodu nízkého příjmu oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných*
    - náleží zaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému náleží příspěvek, s výjimkou
      - dítěte, kterému náleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí
      - dítěte, jemuž nenáleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče proto, že požívá důchod z důchodového pojištění, který je stejný nebo vyšší než tento příspěvek
      - dítěte, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti nebo mládež

        - náleží rodiči, kterému náleží příspěvek, a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku, jestliže rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu
    - zvýšení příspěvku náleží v kalendářním měsíci, v němž se vyplácí příspěvek
    - je třeba dokázat výši příjmů
- **nárok na příspěvek a jeho výplatu** (§13 -§17)
    - pojednává o změně nároku, zániků nároku, přechodu nároku, postoupení a srážky
- **výplata příspěvku** (§18 -§20)
    - způsob
        - vyplácí se měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží
        - vyplácí ho krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodování o příspěvku
        - je vyplácen v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem
    - příjemce – je oprávněná osoba, není-li dále stanoveno jinak (může být stanoven zákonný zástupce/opatrovník/jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba svěřena do péče)
    - zvláštní příjemce – je třeba souhlasu od příjemce pro určení zvláštního příjemce; zvláštní příjemce je povinen příspěvek využít ku prospěchu pečované osoby
- **povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku** (§21 -§22)
    - povinnost podrobit se sociálnímu šetření; vyšetření zdravotního stavu lékařem plnícím úkoly okresní správy sociálního zabezpečení či jinému odbornému vyšetření, předložit určenému poskytovateli zdravotních služeb nálezy ošetřujících lékařů; osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek (výše nebo výplata); písemně ohlásit ÚP změny ve skutečnostech v průběhu řízení o příspěvku; písemně ohlásit ÚP, že je mu poskytováno u 1 či více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče; písemně ohlásit ÚP propuštění ze zdravotního zařízení (apod. viz daný zákon)
    - věnuje se také přeplatkům
- **řízení o příspěvku** (§23 - §28)
    - zahajuje se na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Integrovaném portálu MPSV v sekci Elektronické formuláře)
    - žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce
    - příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek
    - krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí
    - následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby
        - při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře
    - na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv
    - proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat
    - odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje MPSV
- **kontrola využívání příspěvku** (§29)
    - kontrola, zda byl využit příspěvek k zajištění pomoci, která je poskytována osobou blízkou/asistentem sociální péče; pomoc je poskytována osobě; způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti; osoba poskytující pomoc je zdravotně způsobilá; byla s poskytovatelem sociální služeb uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb
- **informační systém o příspěvku** (§30)
    - pojednává o údajích o uživatelích, které údaje mohou být poskytování a komu

ČÁST TŘETÍ se věnuje *SOCIÁLNÍM SLUŽBÁM*

- **druhy sociálních služeb** (rozdělení v §32)
  - ***sociální poradenství*** (samostatně v §37)
    - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
    - *základní* – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace (poskytovatelé jsou vždy povinni tuto činnost poskytnout)
    - *odborné* – poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se ZP, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, speciálních lůžkových zdravotnických zařízení hospicového typu
  - služby ***sociální péče*** (samostatně v *§38*)
    - napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení
    - každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí
    - *osobní asistence* (samostatně v §39)
      - terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby *(níže bude uvedeno jen o jaký typ se jedná a* -II- ; tedy *bez pokračování …které mají sníženou soběstačnost,…)*
      - poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje
      - cena za osobní asistenci činí max. 130 Kč/hod
      - základní činnosti – pomoc při: zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně; zajištění stravy; zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - *pečovatelská služby* (samostatně v §40)
      - terénní nebo ambulantní služba -II-
      - poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony
      - základní činnosti – pomoc při: zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; stravy nebo pomoc při zajištění stravy; zajištění chodu domácnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - *tísňová péče* (samostatně v §41)
      - terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností
      - základní činnosti: poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci; sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - *průvodcovské a předčitatelské služby* (samostatně v §42)
      - terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti
      - služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb
      - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenských prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - *podpora samostatného bydlení* (samostatně v §43)
      - terénní služba poskytovaná osobám -II- (včetně duševního onemocnění)
      - základní činnosti: pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - *odlehčovací služby* (samostatně v §44)
      - terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám -II- (+ o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek
      - základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování v případě pobytové služby; zprostředkování kontaktu se společenským

prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti

- pozn. *respitní péče* – v podstatě odlehčující službou pro osoby, které v domácím prostředí trvale pečují o své blízké, ať už z důvodu věku, dlouhodobé nemoci nebo zdravotního postižení. Takováto péče je pro rodinné příslušníky nemocného psychicky i fyzicky velmi náročná, a proto je pro ně důležité mít alespoň občas prostor na oddechnutí a osobní život. Služba nabízí dočasné převzetí veškerých pečovatelských povinností, a tím umožňuje pečujícím osobám a jejich rodinám odpočinout si od nepřetržité zátěže, zařídit si osobní a rodinné záležitosti. Poskytuje se dočasně, vždy jen na omezenou kratší dobu.

- *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§45 - §51)*
- *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče* (samostatně v §52)
  - *pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče* o doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb
  - *základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

- služby ***sociální prevence*** (samostatně v §53)
  - napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby
  - cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů
  - raná péče (samostatně v §54)
    - terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu
    - zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby
    - základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - telefonická krizová pomoc (samostatně v §55)
    - terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami
    - základní činnosti: telefonickou krizovou pomoc; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - tlumočnické služby (samostatně v §56)
    - terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby
    - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§57 - §58)*
  - kontaktní centra (samostatně v §59)
    - nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách
    - cílem je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek
    - základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
  - *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§60 - §64)*
  - sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (samostatně v §65)
    - terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje
    - základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

        - sociální aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (samostatně v §66)
            - ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením
            - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
        - *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§67 - §68)*
        - terénní programy (samostatně v §69)
            - terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy - určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny
            - cílem je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně
            - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
        - *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§70 - §XX)*
- **formy sociálních služeb** (§33)
    - pobytové - jedná se o služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb
    - ambulantní – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena/dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
    - terénní – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí
- **zařízení sociálních služeb** (rozdělení §34)
    - centra denních služeb (samostatně v §45)
        - ambulantní služby -II-
        - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - denní stacionáře (samostatně v §46)
        - ambulantní služby -II-
        - základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - týdenní stacionáře (samostatně v §47)
        - pobytové služby -II-
        - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - domovy pro osoby se zdravotním postižením (samostatně v §48)
        - pobytové služby osobám vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby
        - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
        - nezaopatřeným dětem → se poskytuje osobní vybavení (prádlo, šatstvo a obuv), drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (př. stříhání vlasů, holení, pedikúra)
        - může být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů (práva a povinnosti dětí; právo ředitele zařízení povolit dítěti pobyt mimo zařízení/zakázat/přerušit návštěvu osob zodpovědných za výchovu,…, nárok na kapesné a jeho výši)
    - domovy pro seniory (samostatně v §49)
        - pobytové služby
        - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - domovy se zvláštním režimem (samostatně v §50)
        - pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
        - režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob

- základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- chráněné bydlení (samostatně v §51)
  - pobytová služba
  - chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení
  - základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- azylové domy (samostatně v §57)
  - pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení
  - základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitost
- domy na půl cesty (samostatně v §58)
  - pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby
  - způsob poskytování je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- zařízení pro krizovou pomoc (samostatně v §60)
  - terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitost
- intervenční centra (samostatně v §60 a)
  - pomoc nabídnuta nejpozději do 48hodin osobě ohrožené domácím násilím, kde došlo k vykázání násilníka z domácnosti
  - může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví.
  - služby jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové
  - základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - základní činnosti v případě pobytové služby: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
  - zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy
- nízkoprahová denní centra (samostatně v §61)
  - ambulantní, popřípadě terénní služba pro osoby bez přístřeší
  - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (samostatně v §62)
  - ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jev
  - cílem je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace
  - může být poskytována anonymně
  - základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- noclehárny (samostatně v §63)
  - ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování
  - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí přenocování
- zařízení (služby) následné péče (samostatně v §64)
  - ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují

        - základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
        - základní činnosti v případě pobytové služby: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
    - sociálně terapeutické dílny (samostatně v §67)
        - ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce
        - účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie
        - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností
    - terapeutické komunity (samostatně v §68)
        - pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života
        - základní činnosti: poskytnutí stravy; poskytnutí ubytování; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - centra sociálně rehabilitačních služeb (samostatně v §70)
    - sociální poradny
    - pracoviště rané péče
    - kombinací lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra
- **základní činnosti při poskytování sociálních služeb** (§35 - §36)
    - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
    - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
    - poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
    - poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
    - pomoc při zajištění chodu domácnosti
    - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
    - základní sociální poradenství
    - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - sociálně terapeutické činnosti
    - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - telefonická krizová pomoc
    - nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
    - podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností
    - rozsah úkonů stanoví prováděcí právní předpis
    - základní činnosti u jednotlivých druhů sociálních služeb jsou jejich poskytovatelé povinni zajistit
    - *ošetřovatelská a rehabilitační péče je osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení uvedených v předchozí větě, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu*
- **sociální rehabilitace** (§70)
    - = soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí
    - základním cílem sociální rehabilitace je společenská integrace, podpora soběstačnosti, nezávislosti a ochrana osob se zdravotním postižením, tzn. uplatňování jejich práv, naplňování jejich potřeb a prosazování jejich zájmů
    - poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb
    - základní činnosti (ambulantní a terénní): nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - základní činnosti (pobytové): poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- **úhrada nákladů za sociální služby** (§71 - §77)
    - poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů
    - hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby

  - bez úhrady (§72) - sociální poradenství; raná péče; telefonická krizová pomoc; tlumočnické služby; krizová pomoc; služby následné péče s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 64 odst. 3; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením; terénní programy; sociální rehabilitace s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 70 odst. 3; sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež; služby sociálně terapeutických dílen s výjimkou základní činnosti poskytované podle § 67 odst. 2 písm. b); sociální služby intervenčních center
  - za úhradu (§73) - týdenních stacionářích; domovech pro osoby se zdravotním postižením; domovech pro seniory; domovech se zvláštním režimem; zdravotnických zařízeních lůžkové péče; hradí osoba úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu
  - maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis; po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu
  - při poskytování pobytových služeb uvedených v odstavci 1 písm. b) až e) musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu
  - dále stanovuje v jakém případě a kdo hradí za nezaopatřené dítě v jednotlivých pobytových zařízeních/co a v jaké míře hradí při poskytování dalších služeb
- Standardy kvality sociálních služeb – závazné od 1.1.2007 a jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV ř. 505/2006 Sb.; existuje 15 standardů ve 3 oblastech (procedurální, personální a provozní), které jsou rozděleny do 48 kritérií (viz níže)
- dle dokumentu *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe* (2002) je lze považovat za pravidla a principy poskytování sociálních služeb a zejména za měřítka pro hodnocení jejich naplnění
- pozn. poskytovatel a uživatel sociálních služeb
  - poskytovatel - územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu + právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění
  - uživatel - osoba, která při péči o vlastní osobu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby, osoba v nepříznivé sociální situaci, osoba ohrožená sociálním vyloučením → osoba které jsou poskytovány sociální služby z důvodu její nepříznivé sociální situace
- **podmínky registrace** (§78 - §84)
  - lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování
  - o registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, popřípadě podle umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území České republiky
  - podmínky: podání písemné žádosti obsahující všechny náležitosti; bezúhonnost; odborná způsobilost všech fyzických osob poskytující péči; zajištění hygienických podmínek; vlastnické nebo jiné právo k objektu; zajištění personálních, materiálních a technických podmínek; skutečnost, že na majetek žadatele nebylo zahájeno insolvenční řízení; trestní bezúhonnost (doklad výpisem trestního rejstříku)
  - povinnost uzavřít pojistnou smlouvu před zahájením poskytování služeb
  - nutné schválení registrujícího orgánu
- **registr poskytovatelů** (§85 - §87)
  - vede ho krajský úřad (správcem listinné podoby)
  - v listinné i elektronické podobě
  - ministerstvo je správcem elektronické podoby (zajišťuje na vlastní náklady potřebný software)
    - obsahuje identifikační číslo, číselné označení sociální služby, informaci o výsledku provedené inspekce poskytování sociálních služeb + údaje o kapacitě, materiálním, technickém a personálním zabezpečení, poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb + výše poskytované dotace na příslušný kalendářní rok
  - registr je veřejným seznamem (na požádání z veřejného registru vydá úřední výpis nebo opis)
  - poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytnout veškeré potřebné informace registru
- **povinnosti poskytovatelů sociálních služeb** (§88)
  - zajistit dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jímž péči poskytují; informovat zájemce o všech povinnostech; vytvářet při poskytování vhodné podmínky; zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované služby a pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob; plánovat průběh poskytování sociální služby dle osobních cílů, potřeba a schopností; vést evidenci žadatelů; dodržovat standardy kvality sociálních služeb; uzavřít s osobou smlouvu; neprodleně oznámit úřadům v případě ukončení poskytování pobytové služby
- **opatření omezující pohyb osob** (§89)
  - nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob
  - lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob; poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní

situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání; osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb (zvolit nejmírnější opatření)

- **smlouva o poskytnutí sociálních služeb** (§90 - §91c)
  - osoba může požádat o poskytnutí sociální služby poskytovatele sociálních služeb nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem sociálních služeb
  - o poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb; tato smlouva se neuzavírá v případě poskytnutí sociální služby dítěti na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy, výchovného opatření nebo předběžného opatření
  - povinné náležitosti: označení smluvních stran, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výše úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanované v par. 73-77 a způsob její placení včetně způsobu vyúčtování, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, doba platnosti
  - poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud
    - neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb
    - nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá
    - zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis
    - osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy
  - žadatel je povinen předložit posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu
  - osoba, které dle zdravotního posudku není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce neb opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností dle místa trvalého bydliště (může uzavřít smlouvu v případě)
    - neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo její život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí
    - nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením
  - pokud poskytovatel odmítne přijmout žádost z jiných důvodů než předchozích, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí
  - poskytovatel sociálních služeb vede evidenci o osobách, kterým poskytuje pobytovou sociální službu na základě smlouvy
  - smlouva se sociální službou uzavíratelná alespoň z jedné strany: raná péče; tlumočnické služby; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; sociální rehabilitace
- **působnost při zajišťování sociálních služeb**
  - obecní úřad obce s rozšířenou působností - zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy pomoci, a to v nezbytném rozsahu; koordinuje poskytování sociálních služeb a poskytuje odborné sociální poradenství osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu předchozí ústavní nebo ochranné výchovy nebo výkonu trestu, osobám, jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby, a osobám, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností; přitom spolupracuje se zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, s Vězeňskou službou České republiky, Probační a mediační službou České republiky, správními úřady a územními samosprávnými celky; na základě oznámení poskytovatele zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí (pokud nelze poskytnout – neprodleně sděluje poskytovateli); na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob
  - krajský úřad - zajišťuje ve spolupráci s obecním úřadem poskytnutí sociálních služeb v případě, kdy poskytovatel sociálních služeb ukončil poskytování sociálních služeb z důvodu zrušení jeho registrace, pozbytí její platnosti, popřípadě z jiného důvodu; koordinuje poskytování sociálních služeb; na svém území realizuje a koordinuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob
  - obec - zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb; zajišťuje dostupnost informací; spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb; může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje a zástupci poskytovatelů; spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu; spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb
  - kraj - zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb; zajišťuje dostupnost informací; spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb; zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje a zástupci poskytovatelů; sleduje a vyhodnocuje plnění plánů rozvoje sociálních služeb; informuje ministerstvo, zajišťuje dostupnost poskytování; určuje síť sociálních služeb na území kraje
  - ministerstvo - řídí a kontroluje výkon; zpracovává národní strategii rozvoje sociálních služeb, sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb

ČÁST ČTVRTÁ se týká INSPEKCE POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- (§97)
  - provádí u schválených poskytovatelů sociálních služeb ministerstvo
  - předmětem inspekce: plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb; kvalita poskytovaných služeb; plnění povinnosti vést evidenci
  - poskytovatelé jsou povinni informovat o závažných nedostatcích zjištěných při inspekci osobu, se kterou uzavřela smlouvu o poskytování sociálních služeb či zákonného zástupce/opatrovníka
- (§98)
  - inspekce se provádí v místě poskytování sociálních služeb
  - inspekci provádí inspekční tým, který tvoří nejméně 3 členové (v rámci pobytových služeb) či 3 členové v ostatních případech
  - musí být přizváni specializovaní odborníci
  - inspekce se může dotazovat osob, kterým je sociální služba poskytována
  - ministerstvo je oprávněno ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků
- (§99)
  - kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb
    - měřítka kvality:
      - zásada ochrany lidských práv uživatele: poskytovatel musí bezpodmínečně zajistit dodržování lidských práv uživatele služby.
      - zásada individualizace služby: služba musí vycházet z potřeb uživatele, jsou stanoveny prostředky a cíle k jejich naplnění.
      - zásada odbornosti: musí být stanovena struktura a počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného vzdělávání – vždy odpovídající potřebám cílové skupiny
      - zásada provozního zabezpečení: prostředí poskytované služby je důstojné a musí zajistit možnost přirozeného způsobu života
  - Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami
  - plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů
  - obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanoví prováděcí právní předpis

ČÁST PÁTÁ se týká MLČENLIVOSTI a sdělování údajů orgánů sociálně-právní ochrany dětí

ČÁST ŠESTÁ se týká FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (ze státního rozpočtu, určená dotace ministerstva, EU – vše na požádání)

ČÁST SEDMÁ se týká PŘESTUPKŮ

ČÁST OSMÁ se týká PŘEDPOKLADŮ PRO VÝKON POVOLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

- **sociální pracovník** (§109 - §110)
  - vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb
  - předpokladem k výkonu povolání: plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost (posuzuje lékař) a odborná způsobilost podle tohoto zákona (VOŠ akreditovaný program zaměřený na sociální práci a sociální pedagogiku apod., VŠ ukončený titulem Bc., Mgr. či PhDr. zaměřeném na sociální práci)
- další vzdělávání sociálního pracovníka (§111)
  - povinnost zaměstnavatele zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání
  - formy: specializační vzdělávání, účast na kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školicích akcích, účast na konferencích

ČÁST DEVÁTÁ se týká PŘEDPOKALDŮ PRO VÝKON ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

- **okruh pracovníků** (§115)
  - sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby

- také dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním předpisem

- **pracovník v sociálních službách** (§116) je ten, kdo vykonává
  - přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékaní, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb
  - základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti
  - pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence
  - pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - podmínkou výkonu: plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona
    - odborná způsobilost – vyžadován AKK – kromě ergoterapeutů, ošetřovatelů, sociálních pracovníků
    - obsah AKK stanoví prováděcí právní předpis
    - povinnost splnit AKK do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání (do té doby vykonává činnosti pod dohledem)
    - povinnost zaměstnavatele zajistit další vzdělávání

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

- platná novela: *274/2021 Sb.* (2.8.2021 – 31.1.2022)
  - *POZOR! od 1.2.2022 platná 261/2021 Sb.; od 1.4.2022 248/2021 Sb.)*
  - ***→ stačí říci zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v znění pozdějších předpisů***

ČÁST TŘETÍ se týká ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- osobám se zdravotním postižením je poskytována **zvýšená ochrana na trhu práce** (§67)
  - osoby se ZP jsou osoby invalidní v 1., 2. a/nebo 3. stupni či zdravotně znevýhodněni (=má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu)
  - za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tento zákon považuje stav, který dle lékařské vědy má trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti
  - osoba se zdravotním postižením musí dodat doklad – posudek/potvrzení orgánu sociálního zabezpečení (u invalidních stupňů) či potvrzení/rozhodnutí tohoto orgánu (u zdravotního znevýhodnění)
- **evidence** osob se zdravotním postižením (§68)
  - krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se ZP, kterým poskytuje služby dle tohoto zákona
- vymezuje pojem **pracovní rehabilitace** (§69)
  - = souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené
  - zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti

- rekvalifikační kurzy
- pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajská pobočka ÚP → sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost jedince
- na základě doporučení ošetřujícího lékaře mohou být zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními (zařazení nesmí být v rozporu se zdravotním stavem)
- ÚP je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončen
- dohoda o zabezpečení pracovní rehabilitace mez ÚP a právnickou osobou: identifikační údaje účastníků dohody; identifikační údaje osoby se ZP, pro kterou je pracovní rehabilitace určena; obsah a délka pracovní rehabilitace; místo a způsob provedení; způsob, výše a podmínky úhrady nákladů na zabezpečení PR; způsob kontroly plnění sjednaných podmínek; způsob ověření získaných znalostí a dovedností; podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na zabezpečení; závazek právnické nebo fyzické osoby vrátit poskytnutou úhradu nebo její část (pokud jí byla jejím zaviněním poskytnuta neprávem); ujednání a vypovězení dohody
- teoretická a praktická příprava pro zaměstnání: příprava na budoucí povolání; příprava k práci; specializované rekvalifikační kurzy
- příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců; provádí se na:
  - pracovištích jejího zaměstnavatele individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu
  - na pracovních místech pro osoby se ZP
  - ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, církví a náboženských společností, občanských sdružení
- o přípravě k práci uzavírá Úřad práce s osobou se zdravotním postižením písemnou dohodu, která obsahuje: identifikační údaje účastníků dohody; obsah přípravy k práci; dobu a místo konání přípravy k práci; způsob jejího zabezpečení a způsob ověření získaných znalostí a dovedností; ujednání o vypovězení dohody
- dokladem o absolvování přípravy je osvědčení vydané právnickou nebo fyzickou osobou, u níž byla příprava k práci prováděna
- osobě se zdravotním postižením, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu (plat) nebo náhradu mzdy (platu), náleží po dobu účasti na přípravě k práci na základě rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce podpora při rekvalifikaci → podpora při rekvalifikaci náleží i v případě, že tato osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání

- **příspěvek** na **zřízení pracovního místa** pro osobu se ZP/**úhradu provozních nákladů** v souvislosti se zaměstnávám osoby se ZP (§75 - §77)
  - pracovním místem zřízeným pro osobu se zdravotním postižením se rozumí pracovní místo, které zaměstnavatel zřídil pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody uzavřené s Úřadem práce; na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek; pracovní místo zřízené pro osobu se zdravotním postižením musí být takovou osobou obsazeno po dobu 3 let
  - příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se ZP
    - je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce
    - chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 3 roky ode dne sjednaného v dohodě
    - může činit maximálně 8 násobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně 12 násobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku; zřizuje-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, může příspěvek na zřízení jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek průměrné mzdy podle věty první
    - poskytuje se za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno posečkání daně; příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením se zaměstnavateli neposkytne po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
    - žádost o zřízení pracovního místa obsahuje: identifikační údaje zaměstnavatele; místo a předmět podnikání nebo místo a předmět činnosti zaměstnavatele; charakteristiku pracovního místa pro osobu ze ZP a počet těchto pracovních míst
    - ÚP povinen v dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí příspěvku, jejichž nesplnění není porušením kázně, a podmínky, jejichž nesplnění bude postihováno

- příspěvek na úhradu provozních nákladů
  - příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením může Úřad práce poskytnout na základě písemné dohody uzavřené se zaměstnavatelem, který zaměstnává v pracovním poměru osobu se zdravotním postižením
  - se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno posečkání daně; roční výše příspěvku může činit nejvýše 48000 Kč na jednu osobu se zdravotním postižením + příspěvek se zaměstnavateli neposkytne po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
  - neposkytne se zaměstnavateli: na osobu se zdravotním postižením, která pracuje mimo pracoviště zaměstnavatele; na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou zdravotně znevýhodněnou; na osobu se zdravotním postižením, která je dočasně přidělena k výkonu práce k uživateli, jde-li o zaměstnavatele, který je agenturou práce
  - žádost: je nutné přiložit doklad o účtu zaměstnavatele v peněžním ústavu. Potvrzení o splnění podmínky
  - Úřad práce je povinen v dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí příspěvku, jejichž nesplnění není porušením rozpočtové kázně, a podmínky, jejichž nesplnění bude postihováno odvodem podle jiného právního předpisu
  - Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem charakteristiku pracovního místa pro osobu se ZP a druh provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se ZP

- **chráněný trh práce a dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce** (§78)
  - tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50% osob se ZP z celkového počtu zaměstnanců
  - ÚP uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání (v rámci místní působnosti krajské pobočky ÚP)
  - dohoda o uznání lze uzavřít za podmínky, že:
    - zaměstnává ve čtvrtletním přepočteném počtu za kalendářní čtvrtletí předcházející dni podání žádosti o uzavření této dohody více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců
    - ke dni podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin podvodu podle jiného právního předpisu v souvislosti s poskytováním příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením podle tohoto zákona
    - ke dni podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele není v likvidaci nebo v posledních 5 letech nebylo rozhodnuto o zamítnutí insolvenčního návrhu proto, že jeho majetek nebude postačovat k úhradě nákladů insolvenčního řízení, o zastavení insolvenčního řízení z důvodu, že pro uspokojení věřitelů je jeho majetek zcela nepostačující, nebo o zrušení konkursu z téhož důvodu
    - v období 12 měsíců přede dnem podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele
      - vyplácel nejméně 80 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, mzdu nebo plat bezhotovostně převodem na účet vedený u peněžního ústavu, nebo poštovní poukázkou
      - zaměstnával nadpoloviční většinu zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, na pracovištích, která nejsou jejich bydlištěm
      - neuzavíral se zaměstnanci, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, smlouvy, z nichž by vyplýval závazek těchto zaměstnanců poskytovat zaměstnavateli peněžní prostředky, nebo dohody o srážkách ze mzdy nebo platu v rozporu s dobrými mravy
      - mu nebyla pravomocně uložena pokuta za správní delikt nebo přestupek na úseku zaměstnanosti nebo inspekce práce
  - dohoda o uznání zaměstnavatele se uzavírá na dobu 3 let, pokud opětovně nejpozději do 3 měsíců nepožádal zaměstnavatel o uzavření nové dohody
  - ÚP může dohodu vypovědět, pokud zaměstnavatel přestane splňovat podmínky dohody a pokud výše pokuty přesáhla 50k; nesplnil závazek předložit roční zprávu o činnosti zaměstnavatele
  - výpovědní doba činí 2 měsíce a počíná běžet prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi zaměstnavateli
  - *chráněná pracovní dílna → bylo zrušeno „nahrazeno chráněným pracovním trhem“*
    - ~~*je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením*~~

- **příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP** (§78 a)
  - poskytuje se příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů
  - pro poskytování příspěvku je příslušná krajská pobočka Úřadu práce, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jejímž obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou
  - příspěvkem jsou nahrazovány skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy v měsíční výši 75 % prostředků skutečně vynaložených

- pro účely stanovení výše příspěvku se skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy snižují o částku odpovídající výši
  - poskytnuté naturální mzdy
  - srážek ze mzdy nebo platu určených k uspokojení plnění zaměstnavatele podle občanského zákoníku, s výjimkou srážek provedených k uhrazení škody, za kterou zaměstnanec odpovídá, nebo příspěvku zaměstnance na stravování podle § 236 zákoníku práce
  - náhrady mzdy nebo platu poskytnuté zaměstnanci při překážkách v práci na straně zaměstnavatele
- zaměstnavateli k příspěvku podle odstavce 2 náleží paušální částka 1000 Kč měsíčně na osobu se zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 na náklady vynaložené zaměstnavatelem na zaměstnávání osob se zdravotním postižením v kalendářním čtvrtletí, za které o poskytnutí příspěvku žádá (může uplatnit žádost o zvýšení)
- poskytuje se čtvrtletně zpětně na základě písemné žádosti zaměstnavatele, která musí být krajské pobočce Úřadu práce doručena nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí příslušného kalendářního čtvrtletí
- za podmínky, že k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené příslušným finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění, s výjimkou případů, kdy
  - bylo povoleno splácení ve splátkách a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek nebo bylo povoleno posečkání daně
  - součet nedoplatků zaměstnavatele, s výjimkou nedoplatků podle písmene a), k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí nepřesáhl 10000 Kč a zaměstnavatel tyto nedoplatky uhradil do 15. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním čtvrtletí, za které o poskytnutí příspěvku žádá, nebo je uhradil do 5 pracovních dnů ode dne, kdy se o těchto nedoplatcích od krajské pobočky Úřadu práce dozvěděl v případě, že si údaje o nedoplatcích podle § 147b zjistil Úřad práce sám, pokud mu k tomu dal zaměstnavatel souhlas a za tímto účelem zprostil příslušný finanční nebo celní úřad povinnosti mlčenlivosti vůči Úřadu práce; uhrazení nedoplatku je zaměstnavatel povinen krajské pobočce Úřadu práce doložit
- příspěvek se zaměstnavateli neposkytne:
  - po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
  - po dobu 12 měsíců ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za správní delikt nebo přestupek na úseku zaměstnanosti nebo inspekce práce, pokud výše uložené pokuty přesáhla 50000 Kč, a to na vyšší počet zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, než jaký zaměstnavatel zaměstnával ke dni nabytí právní moci rozhodnutí o uložení této pokuty
- pokud žádají 2 zaměstnavatelé o příspěvek na toho stejného zaměstnance (je zaměstná ve 2 firmách), pak se poskytne příspěvek tomu, u něhož byl zaměstnanec zaměstnán nejdříve
- ÚP vydává rozhodnutí o poskytnutí/neposkytnutí příspěvku a za jakých podmínek
- příspěvek je splatný nejpozději do 14 kalendářních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o poskytnutí příspěvku
- příspěvek či jeho část je zaměstnavatel povinen vrátit, pakli-že mu byl vyplacen neprávem
- nárok na vrácení příspěvku či jeho části zaniká uplynutím 5 let ode dne jeho poskytnutí zaměstnavateli
- <u>další náklady</u>: provozních zaměstnanců a pracovních asistentů; náklady spojené s dopravou zaměstnávaných osob; náklady na přizpůsobení provozovny
- maximální částka příspěvku činí 13 600 Kč

- vymezuje **práva a povinnosti zaměstnavatelů** (§79 - §84)
  - upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
  - formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení některých podmínek po zaměstnávání těchto osob
  - vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek pro zaměstnávání těchto osob
  - vytyčuje kritéria, ze kterých je jedinec zařazován do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním
  - stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, jestliže vytváří takové pracovní příležitosti a umožňuje pracovní uplatnění osob se ZP
  - upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž záměrem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti

  - zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele; povinný podíl činí 4 %
    - zaměstnáváním v pracovním poměru
    - odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech (§ 75), kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám
    - odvodem do státního rozpočtu
    - vzájemnou kombinací způsobů uvedených v písmenech a) až c)
  - plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, včetně způsobů plnění, je zaměstnavatel povinen do 15. února následujícího roku písemně ohlásit krajské pobočce Úřadu práce, v jejímž územním obvodu je sídlo zaměstnavatele, který je právnickou osobou, nebo bydliště zaměstnavatele, který je fyzickou osobou
- **daňové výhody pro zaměstnavatele**
  - může uplatnit slevu na dani z příjmů
  - výše slevy závisí na míře ZP dotyčného zaměstnance a zohledňuje i odpracované hodiny vzhledem k pracovní době stanovené v zákoníku práce
  - 18 000 Kč za každého zaměstnance se zdravotním postižením, případně poměrnou část, dojdeme-li přepočtem na průměrný počet zaměstnanců (viz dále) k desetinnému číslu;
  - 60 000 Kč za každého zaměstnance s těžším zdravotním postižením, nebo opět případně poměrnou část této částky
  - kdy osoby se ZP jsou: invalidní ve 3. stupni, 1. nebo 2. stupni a zdravotně znevýhodnění
- **společensky účelná pracovní místa**
  - pracovní místa, která zaměstnavatel zřizuje nebo vyhrazuje na základě dohody s Úřadem práce a obsazuje je uchazeči o zaměstnání, kterým nelze zajistit pracovní uplatnění jiným způsobem
  - pracovní místo, které zřídil po dohodě s Úřadem práce uchazeč o zaměstnání za účelem výkonu samostatné výdělečné činnosti
  - na společensky účelná pracovní místa může Úřad práce poskytnout příspěvek

MOŽNOSTI ZAMĚSTNÁNÍ

Volný trh práce, běžné zaměstnání

Podporované zaměstnávání

- podpora na cestě k pracovnímu uplatnění na otevřeném/volném trhu práce k „běžnému“ zaměstnání
- podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí
- jejich schopnost získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce
- APZ (agentury podporovaného zaměstnávání) – zajišťují podporované zaměstnávání
- pracovní tým APZ: koordinátor agentury, pracovní konzultant - pracuje s uchazečem v době, kdy práci hledá, pracovní asistenti - dochází do zaměstnávání s klientem, musí umět odhadnout míru podpory, pozor aby ho v zaměstnání nebrali za zaměstnance místo klienta + třeba: další školící pracovník, psycholog, terénní pracovník
- identifikační znaky:
  - okamžité umístění na pracovní místo – od tradičních služeb v oblasti zaměstnanosti se PZ liší změnou v pořadí tréninku – místění na pracoviště
  - učí se přímo na pracovišti, trénink probíhá na pracovišti
  - trénink pracovníka přímo na pracovišti
  - konkurence schopná práce
  - zaměstnání v běžném pracovním prostředí
  - průběžná podpora – snižující se tendence
  - na míru šitá podpora
  - aktivní přístup uživatele služeb PZ

- cílové skupiny:
  - určeno lidem, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, kteří potřebují pomoc a podporu při hledání práce, při práci samotné k tomu, aby si práci udrželi a dlouhodobě v celé pracovní kariéře
  - potřeba podpory plyne z individuálních specifických potřeb jednotlivce
  - určující: najde si práci, ale neudrží si ji – nezvládá to
  - může být drogově závislý, zdravotně postižený, bezdomovec,
  - znevýhodňující faktory mohou být způsobeny zdravotním postižením, závislostí na návykových látkách, situace z výkonu trestu, bezdomovectvím a podobně
- cíle
  - co nejkratší podpora
  - aby zájemce o práci, který má minimální šanci zapojit se do běžného pracovního života, získal a byl schopen udržet si skutečnou práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem
- záměrem je, aby míra i délka podpory vedoucí k cíli byla minimální, tedy aby se účastník programu ve svém zaměstnání co nejdříve osamostatnit
- financování
  - na základě grantu
  - funguje podle zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb. – zákon č. 328/2021 Sb.) – služba sociální rehabilitace
  - může být poskytována i jako služba pracovní rehabilitace
- **Česká unie pro podporované zaměstnávání**
  - vznikla v roce 2000
  - sdružuje všechny organizace v ČR, zastřešuje je: www.unie-pz.cz
  - pracovní tým:
    - vedoucí pracovník – koordinátor agentury
      - těžký úkol
      - zajišťování financí
      - prezentování agentury navenek – aby se vědělo
    - pracovní konzultant
      - většinou pracuje s uchazečem o zaměstnávání v dobu, kdy s ním práci hledá
      - pomáhá vytvořit životopis, připravit se na pohovor, uzavření smlouvy, orientovat se v nabídkách práce
    - ostatní zaměstnanci
      - koordinátor pracovních asistentů, koordinátorů, ekonom, psycholog, personalista
    - pracovní asistenti
      - v terénu s člověkem, dochází s ním do zaměstnání – může ho i vyzvedávat, dojde s ním do práce, nejprve je tam s ním po celou dobu práce, pomáhá k osamostatnění se
      - najít kompromis, aby podpora nebyla zneužívaná, ale aby nebyla příliš malá
      - těžké je udržet si pozici toho asistenta
- **podpora poskytována uživateli**
  - bývá poskytována uživateli
  - 4 základní fáze:
    - dojednání spolupráce mezi uživatelem a poskytovatelem služeb PZ
      - cíl: ujasnit preference v oblasti pracovního uplatnění, a aby uživatelé zjistili, zda pro naplnění je služba podpory zaměstnávání
      - ujasnit si, co chce agentura a co chce člověk
      - prevence problémů
      - končí podepsání smlouvy – shrneme, jaká jsou práva a povinnosti
    - plánová kariéry uživatele
      - cíl: aby si uživatel představil, jaké je vhodné pracovní umístění pro něj
      - sestavujeme osobní profil uživatele
      - souhrn všech informací o něm – jaká má přání, schopnosti, dovednosti, …
      - porovnáváme informace o něm a s informacemi na trhu práce

- co dělat, když okolí jeho představou považují za nepředstavitelnou – pracujeme s okolím nebo přímo zjistit, co má dotyčný na mysli
- Chci být lékařem? – proč? Protože chci nosit bílý plášť – už přemýšlím, jestli i někde jinde není
- pokud je představa úzce zaměřená – rozšiřujeme obzory
- pokud je představa nerealizovaná
- mluvíme o pracovní kariéře, o postupech a vypracování se

▪ zprostředkování vhodného pracovního místa a trénink dovedností, které jsou potřebné pro získání vhodného pracovního místa

- nácvik získání požadovaných dovedností
- trénink individuální i skupinový
- řeší se šikana na pracovišti
- různé metody nácviku
- zásady nácviku dovedností
  - aktivity, které jsou dělány formou, které baví uživatele
- www.infoabsolvent.cz www.doprace.cz

▪ podpora poskytována uživatel po uzavření pracovně právní smlouvy

- cílem této fáze PZ je poskytnout uživateli podporu
- plánování podpory vedoucí k udržení pracovního místa
  - podpora poskytována uživateli přímo na pracovišti (pracovní asistence)
  - podpora poskytována uživateli mimo pracoviště
- trénink pracovních, sociálních a dalších dovedností
  - pracovní dovednosti
  - sociální dovednosti
  - dovednosti přímo související s prací
  - dovednosti nepřímo související s prací
- postupné snižování podpory
- ukončení poskytování služeb podporovaného zaměstnávání

- <u>zásady poskytování podpory</u>
  - přiměřenost podpory
  - přirozenost podpory
    - nepřirozené – komandování
  - respektování rozhodnutí uživatele
  - individuální přístup
  - snižování podpory
- <u>při nácviku dovedností probíhají zjm. tyto činnosti</u>:
  - plánování postupu vedoucího k nácviku určité dovednosti, plánování podpory
  - trénink konkrétní dovedností (pracovní, sociální apod.)
  - provázení uživatele při nácviku
  - postupné snižování podpory
  - ukončení poskytování podpory
- <u>úrovně výuky činností</u>:
  - asistent konkrétní činnost předvádí a komentuje, uživatel vykonávání dané činnosti sleduje
  - uživatel vykonává danou činnost spolu s asistentem
  - uživatel vykonává činnost samostatně pod pozorem asistenta, v další fázi o dohledu asistenta neví (zásah pouze v případě, pokud se něco stane, je ti bezradný)
- **podpora poskytována zaměstnavateli**
  - pomoc při vytváření vhodné pracovní náplně pro uživatele
  - podpora při vyřizování formalit souvisejících s nástupem uživatele do zaměstnání
  - poskytování poradenství v oblasti legislativy
  - pomoc zaměstnavateli při komunikaci s uživatelem
  - pomoc při řešení problémů se zpracováním uživatele a s jeho začleněním

- **podpora poskytována rodině**
    - poskytování podpory rodině při zvládání změn souvisejících s osamostatňováním uživatele
    - poskytování podpory při zvládání změn

Sociální podnik

- funguje jako běžný podnik, který chce získat zisk, ale rozdílem je, že zisk který získal, vrací na podporu osob se ZP

Přechodné zaměstnání - tranzitní program

- sociální služba usnadňující žákům se speciálními potřebami přechod ze školy do zaměstnání (na trh práce)
- většinou pomocí praxe, kterou vykonávají v podnicích již během studia
- cílovou skupinou programu jsou žáci praktických škol, kterým má pomoci zapojit se do zaměstnání na otevřeném trhu práce – jelikož se jedná o jedince obvykle s mentálním či kombinovaným, potřebují zprvu podporu a pomocnou ruku
- cílem je nalézt pro jedinec nejvhodnější místo, a kde by se mohl nejlépe uplatnit
- co se žáci učí:
    - proč je pro dospělého člověka důležité mít práci
    - jaký je rozdíl mezi tím, když někomu pomůžu odvést dříví a když půjdu do práce a udělám, to stejné práce x pomoc
    - co by je bavilo, co by chtěli dělat
    - co je to pracovní smlouva
    - jaké máme druhy pracovišť
    - kolik si mohou vydělat
    - kdo je to zaměstnanec a zaměstnavatel
    - hospodaření s penězi
    - pracovní listy
    - pracovní doba
    - pracovní oblečení
    - pracovní pravidla
    - pracovní nářadí
    - jak je to, když přijdu první den do práce, na pohovor, …
    - co to bude pro mě znamenat, když budu a nebudu chodit do práce
    - kde hledat pomoc a podporu při hledání práce
    - co je to úřad práce
    - testy, tělesné aktivity
- většinou tyto programy poskytují neziskové organizace (SPOLU Olomouc)
- finance z grantů udělených nevládním organizacím, z EU, finanční prostředky na aktivní politiku zaměstnanosti jsou využívány převážně k pokrytí mezd personálu agentur
- Česká unie pro podporované zaměstnávání www.unie-pz.cz

Chráněné dílny – poskytována ve speciálních zařízeních s denním režimem, podstatou je aktivizace, upevnění a rozvoj pracovních dovedností a návyků

Denní centra a stacionáře

Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) – jediný nadační fond v ČR zabývající se výhradně problematikou zaměstnávání osob se ZP

Strategický rámec politiky zaměstnanosti do roku 2030 - Střednědobá strategie přístupu státu

ANALÝZA STAVU osob se ZP na trhu práce

- osoby se zdravotním postižením tvoří dlouhodobě skupinu, jejíž přístup k zaměstnání je znašně omezen
- důvodem obtížnějšího uplatnění se na trhu práce jsou kromě vlastního zdravotního omezení snižujícího pracovní potenciál i další související faktory – zjm. nižší vzdělávání způsobené zhoršeným přístup ke vzdělání, specifické potřeby a omezení
- 2013 – podíl IZP s nejvyšším dosaženým základním vzděláváním 33,7% všech OZP; v celé populaci 18,1%
- → postupně dochází ke zlepšení: v posledních letech pokles zastoupení osob s postižením se ZŠ vzděláním na 23,4% (v celé populaci na 13,7%)
- obtíže nastávají hlavně při získaném postižení, kdy jim nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání (až 38,9% uvádí, že muselo kvůli zdravotnímu stanu změnit zaměstnání)
- limitujícím faktorem je také nedostatek vhodných pracovních příležitostí
- roku 2008 dochází k významnému zlepšení postavení OZP na trhu práce ve smyslu tvorby vhodných pracovních příležitostí a ochoty zaměstnavatelů OZP zaměstnávat
- mezi lety 2015 – 2018 → vzrostla míra zaměstnanosti OZP ze 17% na 25,3% a míra nezaměstnanosti poklesla z 24,8% na 6,7%

Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

- platná novela: *444/2017*. (1.1.2018)
  - → **stačí říci vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 ve znění pozdějších předpisů**
- obsahuje dodatky k pracovní rehabilitaci, příspěvkům na zřízení pracovního místa, chráněný trh práce, výpočet průměrného ročního přepočetného počtu zaměstnanců a výpočet plnění povinného podílu, poradenské činnosti, příspěvkům v rámci aktivní politiky zaměstnanost, sdílenému zprostředkování zaměstnání

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

- platná novela: *323/2021 Sb*. (9.9.2021 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 platná 330/2021 Sb.; od 1.9.2022 323/2021 Sb.)*
  - → **stačí říci zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů**

ČÁST PRVNÍ

- **rozsah působnosti**
  - upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele
  - organizaci a provádění pojištění, povinnosti pojištěných osob, příjemců dávek a zaměstnavatelů a jejich odpovědnost v pojištění a pojistné na pojištění (dále jen "pojistné") upravují zvláštní zákony
  - tento zákon se použije na právní vztahy, které nejsou upraveny přímo použitelným předpisem Evropských společenství v oblasti pojištění
- **účast na pojištění**
  - povinná pro fyzické osoby (dále jen "osoby") pro dané osoby a dobrovolné
  - pojištěncem se pro účely pojištění rozumí osoba, která je nebo byla účastna pojištění
- **způsobilost osob v právních vztazích pojištění**
  - vzniká narozením a zaniká smrtí (příp. prohlášením za mrtvého)
  - svéprávnost → vzniká dosažením zletilosti, přiznáním svéprávnosti nebo uzavřením manželství + způsobilost být účastníkem řízení o přiznání invalidního důchodu [§ 4 odst. 1 písm. b)] vzniká ukončením povinné školní docházky; přiznáním tohoto důchodu vzniká plná svéprávnost podle věty první a trvá až do dosažení zletilosti; o omezení svéprávnosti platí obdobně ustanovení občanského zákoníku
  - osoba, která nemá svéprávnost podle odstavce 2, musí být zastoupena zákonným zástupcem nebo opatrovníkem; kdo je zákonným zástupcem nezletilého nebo opatrovníkem, stanoví občanský zákoník
- **druhy důchodů a jejich výše**
  - starobní / invalidní / vdovský a vdovecký / sirotčí
  - → výše důchodu se skládá ze základní výměry a z procentní výměry
  - základní výměra se stanoví procentní sazbou z průměrné mzdy a procentní výměra se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu, jde-li o důchody uvedené v odstavci 1 písm. a) a b), nebo z procentní výměry důchodu zemřelého, jde-li o důchody vdovské či sirotčí

ČÁST ČTVRTÁ → INVALIDNÍ DŮCHOD

- **podmínky nároku na invalidní důchod**
  - invalidní důchod je pro lidi, kteří nemohou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu částečně nebo zcela vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, příjmem – částečnou či úplnou náhradou výdělku
    - mohou být zaměstnáni a vykonávat samostatnou výdělečnou činnost → omezení výdělečné činnosti existují pouze u nejvyššího, tj. III. stupně invalidity
  - nárok má:
    - jedinec, pokud ještě nedosáhl 65 věku a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod podle § 29, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku,
    - jedinec, který se stal invalidním následkem pracovního úrazu

        - lidé, kterým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pracovní schopnost nejméně o 35 %
    - invalidní důchod je vyplácen osobám invalidním, rozdělených do 3. stupňů (výších) podle míry poklesu pracovní schopnosti
        - I. stupně invalidity - pokles pracovní schopnost jedince nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %
        - II. stupně invalidity - pokles nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %
        - III. stupně invalidity - pokles o nejméně 70 %
    - pokles pracovní schopnosti = „pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“ (tamtéž, § 39, odst. 3); při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází z výsledků funkčních vyšetření zdravotního stavu jedince (zdravotní stav trvale ovlivňující pracovní schopnost / stabilizovaný zdravotní stav / jak je pojištěnec na své ZP adaptován / schopnost rekvalifikace / schopnost využití zachované pracovní schopnosti i v případě poklesu / v případě poklesu nejméně o 70% též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek)
    - potřebná doba pojištění pro nárok:

      do 20 let méně než jeden rok,
      od 20 let do 22 let jeden rok,
      od 22 let do 24 let dva roky,
      od 24 let do 26 let tři roky,
      od 26 let do 28 let čtyři roky a
      nad 28 let pět roků.

- **výše invalidního důchodu**
    - výše základní výměry invalidního důchodu činí 10% průměrné mzdy měsíčně
    - výše procentní výměry invalidního důchodu činí za každý celý rok doby pojištění
        - 0,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně
        - 0,75 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně
        - 1,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně
        - ustanovení § 33 odst. 2 věty druhé a třetí a § 34 odst. 1 věty druhé platí zde obdobně
    - při změně stupně invalidity se nově stanoví výše invalidního důchodu, a to ode dne, od něhož došlo ke změně stupně invalidity; nová výše procentní výměry invalidního důchodu se stanoví jako součin procentní výměry invalidního důchodu, který náležel ke dni, který předchází dni, od něhož došlo ke změně stupně invalidity, a koeficientu, který se vypočte jako podíl procentní sazby výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění uvedené v odstavci 2, která odpovídá novému stupni invalidity, a procentní sazby výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění uvedené v odstavci 2, která odpovídá dosavadnímu stupni invalidity; koeficient podle věty první se stanoví s přesností na 4 platná desetinná místa
    - dopočtená doba se započte:
        - plně, je-li období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod kryto dobou českého pojištění nebo vznikla-li invalidita následkem pracovního úrazu anebo doba, která není kryta dobou českého pojištění, je kratší 1 roku, vznikla-li invalidita před 28. rokem věku pojištěnce, 2 let, vznikla-li invalidita od dosažení věku 28 let do 40. roku věku pojištěnce, nebo 3 let, vznikla-li invalidita od dosažení věku 40 let pojištěnce
        - ve sníženém rozsahu, nejsou-li splněny podmínky uvedené v písmenu a); v tomto případě se krátí dopočtená doba v poměru délky dob pojištění získaných v českém pojištění v období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod k době, která uplynula od dosažení 18 let věku do dne vzniku nároku na invalidní důchod, s tím, že po tomto krácení se počet dnů dopočtené doby zaokrouhluje na celé dny směrem nahoru
        - pro účely stanovení délky dopočtené doby se za dobu pojištění považuje též doba studia na střední nebo vysoké škole v České republice po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let tohoto studia.

- **invalidní důchod a jeho výše v mimořádných případech**
    - na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu (§ 40) → za invaliditu třetího stupně se pro účely věty první považuje též takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění; při posuzování invalidity pro účely nároku na invalidní důchod pro invaliditu

třetího stupně podle věty první se neprovádí srovnání se stavem, který byl u osoby uvedené ve větě první před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (§ 39 odst. 3 věta druhá)

- výše procentní výměry invalidního důchodu osoby uvedené v odstavci 1 činí měsíčně 45 % výpočtového základu; pro účely stanovení výpočtového základu se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ, který o dva roky předchází roku přiznání invalidního důchodu, vynásobený přepočítacím koeficientem (§ 17 odst. 4) pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu
- procentní výměra invalidního důchodu náleží pojištěnci mladšímu 28 let, který splnil podmínky nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, nejméně ve výši stanovené podle odstavce 2, na invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně nejméně ve výši poloviny částky stanovené podle odstavce 2 a na invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně nejméně ve výši třetiny částky stanovené podle odstavce 2, je-li invalidní důchod přiznáván před 18. rokem věku nebo je-li období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod kryto dobou pojištění nebo doba, která není kryta dobou pojištění, je kratší jednoho roku; přitom se pro tyto účely za dobu pojištění považuje i doba studia na střední nebo vysoké škole v České republice po ukončení povinné školní docházky do dosažení věku 18 let a po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let tohoto studia, doba, po kterou byl pojištěnec veden v evidenci krajské pobočky Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, a náhradní doba pojištění, i když doba pojištění netrvala ani jeden rok
- pojištěnci, který ke dni vzniku nároku na invalidní důchod získal aspoň 15 roků doby pojištění uvedené v § 11 a § 13 odst. 1, náleží procentní výměra invalidního důchodu nejméně ve výši stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, nejméně ve výši poloviny částky stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, a nejméně ve výši třetiny částky stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně

- pozn. **přeměna invalidního důchodu na starobní důchod**
  - nárok na invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let; tímto dnem vzniká tomuto poživateli nárok na starobní důchod
  - starobní důchod, na který vznikl nárok podle odstavce 1, náleží ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod
  - nárok na starobní důchod podle odstavce 1 nevylučuje nárok na starobní důchod podle § 29 odst. 1, 2 nebo 3
  - pro účely souběhu nároků na výplatu důchodů podle § 59 odst. 1 se na starobní důchod, na který vznikl nárok podle odstavce 1, hledí jako na dosavadní invalidní důchod

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

- platná novela: *228/2019 Sb*. (1.3.2020 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 platná 252/2021 Sb.; od 1.2.2022 261/2021 Sb.)*
  - → **stačí říci zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů**
- **druhy dávek** (§2)
  - příspěvky na mobilitu
  - příspěvky na zvláštní pomůcku
- **okruh oprávněných osob**
  - nárok na příspěvek k výše zmíněným mají:
    - osoba, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle jiného právního předpisu1) nebo která má na území České republiky trvalý pobyt podle jiného právního předpisu2)
    - osoba, které byla udělena mezinárodní ochrana formou azylu nebo doplňkové ochrany podle jiného právního předpisu
    - cizinec bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tento nárok zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu
    - občan členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - rodinný příslušník občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k dlouhodobému pobytu podle jiného právního předpisu a to, pokud má bydliště na území České republiky; co se rozumí bydlištěm, stanoví zákon o pomoci v hmotné nouzi
- **zvláštní ustavení ve vztahu k dětem** (§4)
  - je-li oprávněnou osobou dítě6), je orgán příslušný k rozhodování o dávkách povinen při rozhodování o nároku na dávku a její výši vždy sledovat dosažení nejlepšího zájmu dítěte
  - při rozhodování o nároku a výši příspěvku na zvláštní pomůcku podle § 9 až 12 v případě, že je jeho příjemcem nezletilé dítě nebo osoba s omezenou svéprávností, se předchozí souhlas soudu podle občanského zákoníku29) nevyžaduje. Předchozí

souhlas soudu se nevyžaduje ani u samotného nákupu zvláštní pomůcky pořízené s využitím příspěvku a všech navazujících a souvisejících řízení před příslušnými úřady

- **příslušnost k rozhodování** (§5)
  - o dávkách a o průkazu osoby se zdravotním postižením podle tohoto zákona rozhoduje Úřad práce České republiky - krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka Úřadu práce"). Krajská pobočka Úřadu práce je dále příslušná k řízení o přestupcích týkajících se průkazu osoby se zdravotním postižením
  - o odvolání proti rozhodnutí podle odstavce 1 rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „ministerstvo")

PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU

- **nárok na příspěvek na mobilitu** (§6)
  - osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP" nebo „ZTP/P", který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče
  - tyto podmínky kromě opakovaného dopravování za úhradu musí být splněny po celý kalendářní měsíc (splněné podmínky opakovaného dopravování za úhradu prokazuje žadatel čestným prohlášením)
  - z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby, pokud splňuje podmínky výše zmíněné
  - nemá nárok: osoba, které jsou poskytovány pobytové služby v domově pro seniory, v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově se zvláštním režimem, ve zdravotnickém zařízení ústavní péče
- **výše příspěvku na mobilitu** (§7)
  - činí 550 Kč za kalendářní měsíc
- společná ustanovení
  - **nárok na dávku** → vzniká dnem splnění podmínek; nárok na výplatu vzniká též splněním podmínek;
    - příspěvek na mobilitu → přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku na mobilitu
  - **výplata dávek**
    - způsob
      - příspěvek na mobilitu → vyplácí se do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží; na základě žádosti příjemce příspěvku na mobilitu může být tento příspěvek vyplácen jednou splátkou vždy za 3 kalendářní měsíce, za které náležel
      - dávky → v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem (do ciziny se nevyplácí)
      - dávka je vyplacená ode dne odepsání příslušné částky z účtu ÚP v ČR
    - příjemce a zvláštní příjemce – oprávněná osoba, není-li stanovena jinak; namísto oprávněné osoby může být zákonný zástupce či pěstoun anebo jiná oprávněná osoba, která má danou osobu svěřenou do péče rozhodnutím příslušného orgánu; příp. krajská pobočka ÚP rozhodne o ustanovení zvláštního příjemce, jestli oprávněný ji nemůže přijímat
  - řízení o dávkách - účastníci, zahájení řízení, náležitosti žádosti, přerušení řízení, odvolání, povinnosti žadatele, povinnosti oprávněné osoby a jiného příjemce, přeplatky (viz výše)
  - posuzování neodůvodnitelné zátěže systému; informační systém (viz výše)
  - povinnosti o oprávnění zaměstnanců státu a povinnosti státních orgánů) stejné jako u příspěvků na péči (viz výše)

PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU

- **podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku** (§9)
  - nárok má osoba, která má:
    - těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
    - těžké sluchové postižení
    - těžké zrakové postižení

- tam, kde je pomůckou motorové vozidlo či speciální zádržný systém, má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu
- okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
- podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:
  - osoba je starší: 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu); 15 let (vodicí pes); 1 roku (všechny ostatní pomůcky)
  - zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím
  - osoba může zvláštní pomůcku využívat
- pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být vozidlem převážena
- pokud je pomůckou svislá zdvihací plošina/šikmá zvedací plošina/schodišťové sedačky/stropní zvedací systém, je podmínkou souhlas vlastníka nemovitosti s povedením instalace tohoto zařízení (případně může být souhlas vyřčen rozhodnutím soudu)
- zvláštní pomůcka NENÍ zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou + také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace
- pomůcky jsou poskytovány vždy v základním provedení (nejedná-li se o motorové vozidlo)
- příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, se opětovně poskytne při splnění podmínek uvedených v odstavcích 2, 5 a 6 nejdříve po uplynutí 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích, počínaje od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém nabylo právní moci předchozí rozhodnutí o tomto příspěvku; to neplatí, jestliže osoba tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátila, popřípadě jí jeho vrácení bylo prominuto.
- prováděcí právní předpis stanoví dovednosti vodicího psa, které musí splňovat
- příspěvek na pořízení vodícího psa se poskytuje pouze na pořízení vodícího psa, který byl vycvičen a předán právnickou/fyzickou osobou, která je členem mezinárodní organizace sdružující výcvikové školy
- seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce --> příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je

- **stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku** (§10)
  - zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda je o pomůcku v ceně do nebo přes 10 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo (např. dříve to bylo 24 000 Kč)
  - <u>nižší než 10 000 Kč</u>
    - osobě, která má příjem (a příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob
    - výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč
    - z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do 10 00 Kč, lze tento příspěvek poskytnout, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima
  - <u>vyšší než 10 000 Kč</u>
    - spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky; maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč (výjimka u zdvihacích plošin/šikmé plošiny, kde je maximální výše 400 000 Kč)
    - jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí nižší míru spoluúčasti (s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných, a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč

        - výše příspěvku na zvláštní pomůcku (motorové vozidlo) se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům (od 1 milionu do 2 milionů)
    - součet vyplácených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000Kč (v případě pořízení zdvihací plošiny/šikmé zvedací plošiny – 850 000 Kč)
- **příjem** (§11)
    - řídí se podle zákona o životním a existenčním minimu
    - rozhodným období, za které se příjem zjišťuje, je kalendářní čtvrtletí předcházející kalendářnímu měsíci, ve kterém byla podána žádost o příspěvek
- **povinnost vrátit příspěvek a zvláštní pomůcku** (§12)
    - osoba, které byl vyplacen příspěvek na zvláštní pomůcku, je povinna tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
        - nepoužila příspěvek do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP na pořízení zvláštní pomůcky
        - nepoužila vyplacený příspěvek v plné výši do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP
        - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla pozbyla vlastnické právo ke zvláštní pomůcce
        - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla přestala zvláštní pomůcku užívat
        - se přestala opakovaně dopravovat nebo přestala být schopna převozu motorovým vozidlem, byl-li vyplacen příspěvek na pořízení motorového vozidla
        - použila příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání nebo
        - se prokáže, že osoba, uvedla v žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku nepravdivé nebo zkreslené údaje
    - osoba není povinna vyplacený příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
        - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne jeho vyplacení přestala užívat zvláštní pomůcku z důvodu změny zdravotního stavu nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla se z důvodu změny zdravotního stavu přestala opakovaně dopravovat nebo pozbyla schopnost být převážena motorovým vozidlem
        - byl vyplacen příspěvek na pořízení vodícího psa a pes v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku zemře nebo ztratí své dovednosti z důvodu onemocnění nebo úrazu, k němuž došlo bez zavinění příjemce dávky
        - osoba zemřela
    - povinnost vrátit poměrnou část příspěvku nevzniká, jestliže tato částka nepřesahuje 100 Kč
    - krajská pobočka Úřadu práce může z důvodů hodných zvláštního zřetele rozhodnout o prominutí povinnosti vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část
- společná ustavení
    - **nárok na dávku** → vzniká dnem splnění podmínek; nárok na výplatu vzniká též splněním podmínek;
        - příspěvek na zvláštní pomůcku lze poskytnout též na zvláštní pomůcku, která byla zakoupena v průběhu 12 kalendářních měsíců předcházejících dni zahájení řízení o poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku podle tohoto zákona
        - (+změna nároku, zánik, přechod, nepřípustnost výkonu rozhodnutí)
    - **výplata dávek**
        - způsob
            - příspěvek na zvláštní pomůcku → vyplatí se do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž rozhodnutí o jeho přiznání nabylo právní moci
            - dávky → v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem (do ciziny se nevyplácí)
            - dávka je vyplacená ode dne odepsání příslušné částky z účtu ÚP v ČR
        - příjemce a zvláštní příjemce – oprávněná osoba, není-li stanovena jinak; namísto oprávněné osoby může být zákonný zástupce či pěstoun anebo jiná oprávněná osoba, která má danou osobu svěřenou do péče rozhodnutím příslušného orgánu; příp. krajská pobočka ÚP rozhodne o ustanovení zvláštního příjemce, jestli oprávněný ji nemůže přijímat

- řízení o dávkách - účastníci, zahájení řízení, náležitosti žádosti, přerušení řízení, odvolání, povinnosti žadatele, povinnosti oprávněné osoby a jiného příjemce, přeplatky (viz výše)
- posuzování neodůvodnitelné zátěže systému; informační systém (viz výše)
- povinnosti o oprávnění zaměstnanců státu a povinnosti státních orgánů) stejné jako u příspěvků na péči (viz výše)

PRŮKAZ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- (§34)
  - nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivost nebo orientace, včetně osobou s poruchou autistického spektra
  - **průkaz TP**
    - osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
    - středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu
    - středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru
    - má nárok: (§36)
      - vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
      - přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních
    - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta úchopové schopnosti, omezení HK; ztráta prstů nebo nohy v nártu po bérec; omezení funkce DK; středně těžké omezení funkce dvou končetin; zkrácení DK přesahující 5 cm; postižení pánve a páteře; poruchy vědomí nebo závratě; omezení pohyblivosti z onkologických postižení; psychické postižení s poruchami komunikace a orientace, mírná PAS se zachovanou komunikací; neurodegenerativní postižení
  - **průkaz ZTP**
    - osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
    - těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti
    - těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže
    - má nárok: (§36)
      - výhody uvedené u TP
      - bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
      - slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
    - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta DK v kolenním kloubu a výše, uživatel protézy; ztráta DK v nártech, nártu nebo bérci; funkční ztráta DK se ztrátou opěrné funkce; ztráta DK a HK v úrovni bérce a předloktí; těžké omezení funkce 2 končetin; postižení pánve a páteře s parézami; těžké postižení pohyblivosti z onkologických postižení; oboustranná, praktická nebo úplná hluchota u osoby starší 18 let (ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci); hluchoslepota (středně těžká nedoslýchavost a silná slabozrakost + ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65%, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena); těžká ztráta zraku (zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60); psychické postižení, středně těžký stupeň PAS; neurodegenerativní postižení

- **průkaz ZTP/P**
  - zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - zvlášť těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku
  - zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru
  - má nárok: (§36)
    - výhody uvedené u kategorií TP a ZTP
    - bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
    - bezplatnou dopravu vodicího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce
  - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta DK v kolenním kloubu a výše, uživatel protézy nebo vozíku; ztráta DK v bércích a výš; ztráta HK od lokte; ztráta DK se ztrátou opěrné funkce a současně ztráta HK; ztráta DK se ztrátou opěrných funkcí; zvlášť těžká porucha pohyblivosti hrudníku, páteře, pánve, končetiny; poruchy růstu (méně než 120 cm); selhání orgánů; oboustranná praktická nebo úplná hluchota u osoby mladší 18 let (ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci); praktická nevidomost obou očí (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace); těžká hluchoslepota (v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65%, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60); střední, těžká, hluboká MR nebo demence (IQ nižší než 50); psychické postižení se ztrátou komunikace, těžký stupeň PAS; neurodegenerativní postižení
- osobám se ZTP či ZTP/P může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce
- další nároky upravují jiné právní předpisy

- (§34a)
  - průkaz osoby se zdravotním postižením obsahuje: jméno/a a příjmení, datum narození, fotografii držitele průkazu, podpis držitele průkazu (nevyžaduje se, pokud je jeho realizace spojena s těžko překonatelnou překážkou), datum vydání průkazů, označení orgánů, který průkaz vydal, označení druhu průkazu (popřípadě doplnění o symbol označení daného zdravotního postižení), ochranné prvky + platnost průkazu
  - žadatel je povinen podrobit se veškerému lékařskému vyšetření, které je pro získání průkazu potřebné a je povinen doložit další požadované náležitosti
  - do 8 dní je povinen hlásit úřadu zisk/vydání nového/odnětí průkazu, ztrátu, krádež, zničení,…
  - neprodleně musí být průkaz odevzdán ÚP po jeho nalezení, či pokud je v držení osoby zemřelé
  - ministerstvo stanovuje vyhláškou vzor a způsob provedení průkazu
- (§34b)
  - posuzování pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu se hodnotí:
    - zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby
    - zda jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
    - zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace a závažnost funkčního postižení
  - prováděcí předpis stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení pohyblivosti a orientace (pokud není uveden, je možné jej porovnat se srovnatelnými důsledky stavu uvedeného)
  - při hodnocení závažnosti funkčního postižení se vychází z MKF
- (§35)
  - řízení se zahajuje na základě písemné žádosti podané na předepsaném tiskopisu či z moci úřední; žádost obsahuje také označení praktického lékaře, který registruje žadatele o průkaz
  - pro účely hodnocení požádá krajská pobočka Úřadu práce příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace
  - nárok vzniká nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jeho přiznání (trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace)
  - vydává krajská pobočka ÚP osobně
  - doba platnosti je nejvýše 5 let u osob do 18 let věku; nejvýše 10 let u osob starších 18 let
  - průkaz končí: uplynutí platnosti; ztrátou; smrtí; rozhodnutí ÚP

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- platná novela: 387/2017 Sb. (1.1.2018)

ZPŮSOB HODNOCENÍ SCHOPNOSTI ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

- (§ 1)
  - schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce **A** v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby
  - hodnotí se tyto oblasti:
    - tělesné struktury
    - tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže, a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností
  - za neschopnost se považuje stav, kdy:
    - porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké
    - i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu
    - stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu
  - přijatelným standardem se rozumí zvládání základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby
- (§ 2)
  - při hodnocení se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládání základní životní potřeby
  - a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby + se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení
  - sledované období rozhodné pro posouzení závislosti trvá zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období
- (§ 2a)
  - pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit → není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu
- (§ 2b)
  - pokud osoba do 18 let věku nemá z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje ještě vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb nebo některou aktivitu, není pro účely posuzování stupně závislosti považována za osobu, která je neschopna základní životní potřebu zvládat
  - → to neplatí, pokud osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při zvládání základní životní potřeby nebo některé aktivity, vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby
- (§ 2c)
  - *Při hodnocení pro účely stanovení stupně závislostí, kdy dojde k zjištění, že daná osoba není schopna zvládat dané aktivity se sčítají*

ROZSAH ÚKONŮ POSKYTOVANÝCH V RÁMCI ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ U JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A MAXIMÁLNÍ VÝŠE ÚHRAD ZA POSKYTOVÁNÍ NĚKTERÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- **základní sociální poradenství** (§ 3)
  - *poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby*

- *poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče*
- *poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě*
- *poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu*

- **odborné sociální poradenství** (§ 4)
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím*
  - *zprostředkování navazujících služeb*
  - *sociálně terapeutické činnosti: poskytnutí poradenství v oblastech orientace v sociálních systémech, práva, psychologie a v oblasti vzdělávání*
  - *→ tato základní činnost může být zajišťována poskytováním poradenství alespoň ve 2 z těchto oblastí*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí,*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
- **osobní asistence** (§ 5)
  - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
    - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
    - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
    - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
  - *pomoc při osobní hygieně:*
    - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
    - *pomoc při použití WC*
  - *pomoc při zajištění stravy: pomoc při přípravě jídla a pití*
  - *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
    - *pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí*
    - *nákupy a běžné pochůzky*
  - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
    - *pomoc a podpora rodině v péči o dítě,*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc s nácvikem a upevňováním motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím: doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů,*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
  - *→ maximální výše úhrady za poskytování osobní asistence činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí*
- **pečovatelská služba** (§ 6)
  - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
    - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
    - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru*
    - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
  - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
    - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
    - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
    - *pomoc při použití WC*
  - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
    - *zajištění stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
    - *dovoz nebo donáška jídla*
    - *pomoc při přípravě jídla a pití*
    - *příprava a podání jídla a pití*
  - *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
    - *běžný úklid a údržba domácnosti*
    - *pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování*
    - *donáška vody*
    - *topení v kamnech včetně donášky a přípravy topiva, údržba topných zařízení*

        - *běžné nákupy a pochůzky*
        - *velký nákup, například týdenní nákup, nákup ošacení a nezbytného vybavení domácnosti*
        - *praní a žehlení ložního prádla, popřípadě jeho drobné opravy*
        - *praní a žehlení osobního prádla, popřípadě jeho drobné opravy*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři a doprovázení zpět*
        - *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování pečovatelské služby činí částky od 30 do 170 Kč*
- **tísňová péče** (§ 7)
    - *poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci:*
        - *poskytování nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace*
        - *v případě akutního ohrožení života nebo zdraví zprostředkování zákroku zdravotnické záchranné služby, policie nebo hasičů*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování tísňové péče se rovná skutečným nákladům na provoz technických komunikačních prostředků*
- **průvodcovské a předčitatelské služby** (§ 8)
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity a doprovázení zpět*
        - *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *předčítání nebo jiný způsob zprostředkování informace osobám s poruchami komunikace*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování průvodcovských a předčitatelských služeb činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí*
- **podpora samostatného bydlení** (§ 9)
    - *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
        - *pomoc s úklidem a údržbou domácnosti a osobních věcí*
        - *podpora při získávání návyků souvisejících se zajištěním chodu domácnosti*
        - *pomoc při údržbě domácích spotřebičů*
        - *pomoc se zajištěním stravy*
        - *pomoc při zajištění velkého úklidu domácnosti, například sezonního úklidu, úklidu po malování*
        - *podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *podpora při zvládání výchovy dětí v rodině*
        - *pracovně výchovná činnost s dětmi*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
        - *podpora v oblasti partnerských vztahů*
        - *podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové a volnočasové aktivity a doprovázení zpět*
        - *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět*
        - *podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*

        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování podpory samostatného bydlení činí 130 Kč za hodinu, podle skutečně spotřebovaného času nezbytného k zajištění úkonů; pokud poskytování služby, včetně času nezbytného k zajištění úkonů, netrvá celou hodinu, výše úhrady se poměrně krátí*
- **odlehčovací služby** (§ 10)
    - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
        - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
        - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,*
        - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
        - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
        - *zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
        - *pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby*
    - *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:*
        - *ubytování*
        - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení do školy, školského zařízení, k lékaři, do zaměstnání, na zájmové a volnočasové aktivity, na orgány veřejné moci, instituce poskytující veřejné služby a jiné navazující sociální služby a doprovázení zpět*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *podpora při zajištění chodu domácnosti*
    - *→ **m**aximální výše úhrady za poskytování odlehčovacích služeb činí od 75 do 210 Kč*
- **centra denních služeb** (§11)
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
        - *zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
        - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do běžného společenského prostředí včetně využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v centrech denních služeb činí 75 – 170 Kč*
- **denní stacionáře** (§ 12)
    - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*

        - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
        - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
        - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním prostoru*
        - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při použití WC*
    - *poskytnutí stravy:*
        - *zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *pracovně výchovná činnost*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v denních stacionářích činí 75-130 Kč*
- **týdenní stacionáře** (§ 13)
    - *poskytnutí ubytování:*
        - *ubytování*
        - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
    - *poskytnutí stravy:*
        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
        - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
        - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
        - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
        - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *pracovně výchovná činnost*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v týdenních stacionářích činí 75-210 Kč*
- **domovy pro osoby se zdravotním postižením** (§ 14)
    - *poskytnutí ubytování:*
        - *ubytování*
        - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*

- *poskytnutí stravy:*
  - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
- *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
  - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
  - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
  - *pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh*
  - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
  - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
- *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
  - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
  - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
  - *pomoc při použití WC*
- *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
  - *pracovně výchovná činnost*
  - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
  - *vytvoření podmínek pro zajišťování přiměřeného vzdělávání nebo pracovního uplatnění*
  - *volnočasové a zájmové aktivity*
- *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
  - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
  - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
- *sociálně terapeutické činnosti:*
  - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
  - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
- *→maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro osoby se zdravotním postižením činí 75-210 Kč*

- **domovy pro seniory** (§ 15)
  - *poskytnutí ubytování:*
    - *ubytování*
    - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
  - *poskytnutí stravy:*
    - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
  - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
    - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
    - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
    - *pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh*
    - *pomoc při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
  - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
    - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
    - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
    - *pomoc při použití WC*
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
    - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů,*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
  - *sociálně terapeutické činnosti:*
    - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
  - *aktivizační činnosti:*
    - *volnočasové a zájmové aktivity*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
    - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
  - *→maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech pro seniory činí: 210 Kč za úkony; 170 Kč denně za celodenní stravu; 75 Kč za oběd, vč. Provozních nákladů souvisejících s přípravou stravy*

- **domovy se zvláštním režimem** (§ 16)
  - *poskytnutí ubytování:*
    - *ubytování*
    - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
  - *poskytnutí stravy:*
    - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
  - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
    - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
    - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
    - *pomoc při použití WC*
  - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
    - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
    - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
    - *pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh*
    - *pomoc při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
    - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
  - *sociálně terapeutické činnosti:*
    - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
  - *aktivizační činnosti:*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
    - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
  - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domovech se zvláštním režimem činí 75-210 Kč*
- **chráněné bydlení** (§ 17)
  - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
    - *pomoc s přípravou stravy*
    - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
  - *poskytnutí ubytování:*
    - *ubytování, které má znaky bydlení v domácnosti*
    - *v případě potřeby praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
  - *pomoc při zajištění chodu domácnosti:*
    - *pomoc při běžném úklidu a údržbě domácnosti*
    - *pomoc při údržbě domácích spotřebičů*
    - *podpora v hospodaření s penězi včetně pomoci s nákupy a běžnými pochůzkami*
  - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
    - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
    - *zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání*
    - *podpora v oblasti partnerských vztahů*
    - *podpora při získávání návyků souvisejících se zařazením do pracovního procesu*
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
    - *doprovázení do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity, na orgány veřejné moci a instituce poskytující veřejné služby a doprovázení zpět*
    - *podporu a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
  - *sociálně terapeutické činnosti:*
    - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
  - *pomoc při osobní hygieně a poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
    - *pomoc při úkonech osobní hygieny*

        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *→maximální výše úhrady za poskytování chráněného bydlení činí 75-210 Kč*
- **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče** (§ 18)
    - *poskytnutí ubytování:*
        - *ubytování*
        - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
    - *poskytnutí stravy:*
        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:*
        - *pomoc a podpora při podávání jídla a pití*
        - *pomoc při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
        - *pomoc při přesunu na lůžko nebo vozík*
        - *pomoc při vstávání z lůžka, uléhání, změna poloh*
        - *pomoc při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *aktivizační činnosti:*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče činí 75-210 Kč*
- **raná péče** (§ 19)
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *zhodnocení schopností a dovedností dítěte i rodičů, zjišťování potřeb rodiny a dítěte s postižením nebo znevýhodněním*
        - *specializované poradenství rodičům a dalším blízkým osobám*
        - *podpora a posilování rodičovských kompetencí*
        - *upevňování a nácvik dovedností rodičů nebo jiných pečujících osob, které napomáhají přiměřenému vývoji dítěte a soudržnosti rodiny*
        - *vzdělávání rodičů, například formou individuálního a skupinového poskytování informací a zdrojů informací, seminářů, půjčování literatury*
        - *nabídka programů a technik podporujících vývoj dítěte*
        - *instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, senzorické, motorické a sociální*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
        - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *psychosociální podpora formou naslouchání*
        - *podpora výměny zkušeností*
        - *pořádání setkání a pobytových kurzů pro rodiny*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci, nácvik dotazování a komunikačních dovedností, podpora svépomocných aktivit rodičů*
    - *→doprovázení rodičů při vyřizování žádostí, na jednání a vyšetření s dítětem, popřípadě jiná obdobná jednání v záležitostech týkajících se vývoje dítěte*
- **telefonická krizová pomoc** (§ 20)
    - *telefonická krizová pomoc:*
        - *krizová práce s osobou spočívající v jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu osoby s pracovištěm telefonické krizové intervence*

- *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
  - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
  - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*

- **tlumočnické služby** (§ 21)
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
    - *tlumočení pomocí znakového jazyka pro sluchově postižené*
    - *tlumočení pomocí Lormovy dotekové abecedy, popřípadě znakování ruku v ruce, nebo obdobných metod pro osoby s kombinovaným zrakovým a sluchovým postižením*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
- **azylové domy** (§ 22)
  - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
    - *vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy*
    - *zajištění nebo poskytnutí stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu 1 úkonu*
  - *poskytnutí ubytování:*
    - *ubytování po dobu zpravidla nepřevyšující 1 rok*
    - *umožnění celkové hygieny těla*
    - *vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, praní a žehlení osobního prádla, výměny ložního prádla*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí vyplývajících z individuálních plánů*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob, včetně uplatňování zákonných nároků a pohledávek*
  - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v azylových domech činí 75-170 Kč*
- **domy na půl cesty** (§ 23)
  - *poskytnutí ubytování:*
    - *ubytování v prostředí, které má znaky bydlení v domácnosti, po dobu zpravidla nepřevyšující 1 rok*
    - *vytvoření podmínek pro zajištění úklidu, praní a žehlení osobního prádla, výměny ložního prádla*
  - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *podpora a pomoc při využívání běžně dostupných služeb a informačních zdrojů*
  - *sociálně terapeutické činnosti:*
    - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *aktivity zaměřené na budování a rozvoj pracovních návyků a dovedností nezbytných pro integraci osob na trh práce*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
    - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
  - *→ maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v domech na půl cesty činí za úkony 130 Kč denně celkem, včetně provozních nákladů souvisejících s poskytnutím ubytování*
- **kontaktní centra** (§ 24)
  - *sociálně terapeutické činnosti:*
    - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *poskytování informací o rizicích spojených se současným způsobem života a jejich snižování prostřednictvím metod založených na přístupu minimalizace škod*
  - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
    - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
    - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
  - *poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
    - *zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny*
    - *zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*
- **krizová pomoc** (§ 25)
  - *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:*
    - *ubytování na omezenou dobu zpravidla nepřesahující 7 dní*
    - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
  - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:*

        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
- **intervenční centra** (§ 25)
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *krizová intervence a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k překonání krizového stavu a zahájení následného terapeutického procesu*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
    - *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:*
        - *ubytování na omezenou dobu zpravidla nepřesahující 7 dní*
        - *vytvoření podmínek pro praní, drobné opravy a žehlení osobního, popřípadě ložního prádla a ošacení*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:*
        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, nebo*
        - *vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy*
- **nízkoprahová denní centra** (§ 26)
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *umožnění celkové hygieny těla*
        - *pomoc při osobní hygieně*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
        - *vytvoření podmínek pro přípravu stravy*
        - *poskytnutí stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování, tato základní činnost může být zajišťována jen v rozsahu 1 úkonu*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
- **nízkoprahová zařízení pro děti a mládež** (§ 27)
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity*
        - *pracovně výchovná činnost s dětmi*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
        - *zajištění podmínek pro přiměřené vzdělávání*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
- **noclehárny** (§ 28)
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *zajištění podmínek pro běžné úkony osobní hygieny*
        - *zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*
    - *poskytnutí přenocování:*
        - *přenocování*
        - *úklid, výměna ložního prádla*
- **služby následné péče** (§ 29)
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*

        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby:*
        - *ubytování*
        - *zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení*
        - *zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, jde-li o pobytovou formu služby:*
        - *vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu stravy, nebo*
        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
    - *→maximální výše úhrady za poskytování následné péče činí 75-180 Kč*
- **sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi** (§ 30)
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *pracovně výchovná činnost s dětmi*
        - *pracovně výchovná činnost s dospělými, například podpora a nácvik rodičovského chování včetně vedení hospodaření a udržování domácnosti, podpora a nácvik sociálních kompetencí v jednání na úřadech, školách, školských zařízeních; přitom alespoň 70 % těchto činností je zajišťováno formou terénní služby*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností dítěte*
        - *zajištění podmínek a poskytnutí podpory pro přiměřené vzdělávání dětí*
        - *zajištění podmínek pro společensky přijatelné volnočasové aktivity*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení dětí do školy, školského zařízení, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
- **sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením** (§ 31)
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *zájmové, vzdělávací a volnočasové aktivity*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při komunikaci vedoucí k uplatňování práv a oprávněných zájmů*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
- **sociálně terapeutické dílny** (§ 32)
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu:*
        - *pomoc při běžných úkonech osobní hygieny*
    - *poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy:*
        - *zajištění stravy přiměřené době poskytování služby a odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
        - *pomoc při přípravě stravy přiměřené době poskytování služby*
    - *nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:*
        - *nácvik oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek*
        - *nácvik přesunu na vozík a z vozíku*
    - *podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností:*
        - *nácvik a upevňování motorických, psychických, sociálních a pracovních schopností a dovedností*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění, zprostředkování kontaktu s přirozeným sociálním prostředím*
    - *→maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v sociálně terapeutických dílnách činí za úkon 75-170 Kč*
- **terapeutické komunity** (§ 33)
    - *poskytnutí stravy:*
        - *vytvoření podmínek pro samostatnou přípravu nebo pomoc s přípravou stravy*
        - *zajištění nebo poskytnutí stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování*
    - *poskytnutí ubytování:*
        - *ubytování*
        - *zajištění podmínek pro úklid, praní ložního prádla a žehlení*
        - *zajištění podmínek pro celkovou hygienu těla*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*

        - *aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí*
    - *sociálně terapeutické činnosti:*
        - *pracovní terapie a další socioterapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k trvalé abstinenci, prevenci relapsu, rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob*
        - *výchovné, vzdělávací, aktivizační a volnočasové aktivity*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
    - *→maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v terapeutických komunitách činí 75-180 Kč*
- **terénní programy** (§ 34)
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *aktivity umožňující lepší orientaci ve vztazích odehrávajících se ve společenském prostředí*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *pomoc při vyřizování běžných záležitostí*
        - *pomoc při obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou a pomoc a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování osob*
        - *sociálně terapeutické činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních sociálních schopností a dovedností, podporujících sociální začleňování osob*
        - *poskytování informací o rizicích, spojených se současným způsobem života a snižování těchto rizik; v případě uživatele návykových nebo omamných a psychotropních látek prostřednictvím metod přístupu minimalizace škod*
- **sociální rehabilitace** (§ 35)
    - *nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začleňování:*
        - *nácvik obsluhy běžných zařízení a spotřebičů*
        - *nácvik péče o domácnost, například péče o oděvy, úklid, drobné údržbářské práce, chod kuchyně, nakupování*
        - *nácvik péče o děti nebo další členy domácnosti*
        - *nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru*
        - *nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, například vlastnoručního podpisu*
    - *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím:*
        - *doprovázení dospělých do školy, školského zařízení, zaměstnání, k lékaři, na zájmové aktivity a doprovázení zpět*
        - *nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky*
        - *nácvik chování v různých společenských situacích*
        - *nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi*
    - *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti:*
        - *upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností*
    - *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí:*
        - *podávání informací o možnostech získávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek*
        - *informační servis a zprostředkovávání služeb*
    - *poskytnutí ubytování, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
        - *ubytování*
        - *úklid, praní a drobné opravy ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení*
    - *poskytnutí stravy, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
        - *zajištění celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietní stravy, minimálně v rozsahu 3 hlavních jídel*
        - *pomoc při podávání jídla a pití*
    - *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, jde-li o pobytovou formu služby v centrech sociálně rehabilitačních služeb:*
        - *pomoc při úkonech osobní hygieny*
        - *pomoc při základní péči o vlasy a nehty*
        - *pomoc při použití WC*
    - *→maximální výše úhrady za poskytování sociálních služeb v centrech sociálně rehabilitačních služeb činí 75-210 Kč*

ZDRAVOTNÍ STAVY VYLUČUJÍCÍ POSKYTOVÁNÍ POBYTOVÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (§ 36)

- *poskytnutí pobytové sociální služby se vylučuje, jestliže*
    - *zdravotní stav osoby vyžaduje poskytnutí ústavní péče ve zdravotnickém zařízení*
    - *osoba není schopna pobytu v zařízení sociálních služeb z důvodu akutní infekční nemoci, nebo*
    - *chování osoby by z důvodu duševní poruchy závažným způsobem narušovalo kolektivní soužití; to neplatí, jde-li o poskytnutí pobytové sociální služby v domově se zvláštním režimem*

HODNOCENÍ PLNĚNÍ STANDARDŮ KVALITY SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A INFORMACE O VÝSLEDKU PROVEDENÉ INSPEKCE (§ 38)

- bodové hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb:
    - *3 body, jestliže kritérium je splněno výborně*

  - *2 body, jestliže kritérium je splněno dobře*
  - *1 bod, jestliže kritérium je splněno částečně, nebo*
  - *0 bodů, jestliže kritérium není splněno.*
- *standardy kvality sociálních služeb jsou uvedeny v příloze č. 2*
- *informace o výsledku provedené inspekce obsahuje:* (§ 38a)
  - *datum zahájení a ukončení inspekce v místě poskytování sociální služby*
  - *název a adresu kontrolního orgánu*
  - *předmět provedené inspekce*
  - *hodnocení plnění povinností poskytovatele sociálních služeb a standardů kvality sociálních služeb*
  - *seznam zjištěných nedostatků, ke kterým byla uložena opatření k jejich odstranění, a datum, kdy tato opatření byla splněna*

NÁLEŽITOSTI PRŮKAZU ZAMĚSTNANCE OBCE A ZAMĚSTNANCE KRAJE OPRÁVNĚNÉHO K VÝKONU ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE (§ 39)

- *jméno, popřípadě jména, příjmení a titul zaměstnance*
- *fotografii zaměstnance*
- *označení „sociální pracovník“*
- *označení příslušného úřadu, který průkaz vydal, otisk úředního razítka a podpis vedoucího zaměstnance*
- *dobu platnosti průkazu*

PODMÍNKY PRO ZPRACOVÁNÍ A STRUKTURA STŘEDNĚDOBÉHO PLÁNU ROZVOJE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB KRAJE (§ 39)

- ***části střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb kraje*** (§ 39a)
- *obsahuje vždy část popisnou, část analytickou, vyhodnocení plnění předchozího střednědobého plánu, část strategickou a způsob zajištění sítě sociálních služeb*
- *popisná část obsahuje:*
  - *způsob informování a zapojení občanů kraje, obcí, poskytovatelů sociálních služeb a osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, do zpracování střednědobého plánu*
  - *způsob zpracování střednědobého plánu včetně vymezení spolupráce s obcemi, poskytovateli sociálních služeb a osobami, kterým jsou sociální služby poskytovány, včetně popisu, jak se potřeby lidí na území obcí kraje promítly do střednědobého plánu*
  - *časový harmonogram přípravy a schválení návrhu střednědobého plánu*
  - *popis vzniku a fungování organizační struktury procesu plánování rozvoje sociálních služeb kraje při zpracování střednědobého plánu, ale také při naplňování a vyhodnocování střednědobého plánu*
  - *popis koordinace činností při zpracování, naplňování a vyhodnocování střednědobého plánu, vymezení cílů a postupů spolupráce s obcemi při plánování rozvoje sociálních služeb kraje*
- *analytická část tvoří východiska pro strategickou část a obsahuje*
  - *informace z analýz, zjištění a strategických dokumentů, které zahrnují*
    - *zhodnocení potřeb a nepříznivých sociálních situací občanů kraje ve vztahu k sociálním službám a zajištění těchto potřeb na území kraje, zejména se zaměřením na dosud nepokryté potřeby, nedostatečné kapacity sociálních služeb, nedostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb v daném území, a to vždy minimálně na území správního obvodu obce s rozšířenou působností*
    - *kvalifikovaný odhad počtu osob, kterým jsou sociální služby poskytovány, a odmítnutých zájemců o jednotlivé druhy sociálních služeb, a to vždy minimálně na území správního obvodu obce s rozšířenou působností*
    - *shrnutí informací z metodických a strategických dokumentů kraje a ministerstva, případně dalších orgánů státní správy a samosprávy, které mají přímý dopad na území kraje a oblast sociálních služeb*
    - *shrnutí výsledků analýz potřeb v oblasti zajištění sociálních služeb ze střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb obcí, případně správních obvodů obcí s rozšířenou působností, svazků obcí, mikroregionů nebo místních akčních skupin v daném kraji, včetně počtu odmítnutých zájemců o jednotlivé druhy sociálních služeb, a dostupnost jednotlivých druhů sociálních služeb na území kraje*
    - *shrnutí informací zpracovaných v souvislosti s výkonem sociální práce na úrovni obcí a kraje*
    - *další informace, které mají dopad na oblast sociálních služeb*
  - *ekonomickou analýzu včetně analýzy možných zdrojů zajištění zjištěných potřeb, která zahrnuje*
    - *shrnutí výsledků analýzy finančních dopadů navržených cílů a opatření minimálně po dobu platnosti střednědobého plánu*
    - *aktuální nákladovost jednotlivých druhů sociálních služeb včetně uvedení obvyklých nákladů*
    - *analýzu struktury zdrojů financování sociálních služeb včetně výhledu na období platnosti střednědobého plánu*
  - *strategická část obsahuje*
    - *popis budoucího žádoucího stavu rozvoje sociálních služeb na území kraje, popis hlavních a dílčích cílů a opatření,*
    - *údaje k zajištění kapacit sociálních služeb na území kraje vycházející ze zjištění z analytické části, a to v členění podle jednotlivých druhů sociálních služeb a dále nejméně podle území jednotlivých obcí vykonávajících rozšířenou působnost*
- *způsob zajištění sítě sociálních služeb obsahuje*
  - *popis sítě sociálních služeb, zejména souhrn jednotlivých kapacit sociálních služeb*
  - *zásady, podmínky a postupy pro stanovení a zajištění sítě sociálních služeb.*
- ***návrh střednědobého plánu*** (§ 39b)
  - *o zahájení zpracování střednědobého plánu spolu s popisem způsobu možnosti zapojení do jeho zpracování kraj informuje občany kraje na své úřední desce způsobem umožňujícím dálkový přístup*
  - *návrh střednědobého plánu je veřejně projednán zpravidla se zástupci poskytovatelů sociálních služeb, obcí a osob, kterým jsou sociální služby poskytovány; o veřejném projednání kraj informuje na své úřední desce způsobem umožňujícím dálkový přístup nejméně 15 dní přede dnem konání veřejného projednání, na kterém bude návrh střednědobého plánu představen*
  - *návrh střednědobého plánu je zveřejněn na úřední desce kraje způsobem umožňujícím dálkový přístup spolu se stanovením lhůty pro podání písemných připomínek a sdělením informací o způsobu vypořádání zaslaných připomínek*

- ***akční plán*** (§ 39c)
  - *reaguje na východiska popsaná v analytické části střednědobého plánu a obsahuje vždy nejméně náležitosti stanovené v § 39a odst.; pokud dochází ke změnám oproti schválenému střednědobému plánu, akční plán obsahuje i ty části, ve kterých ke změnám došlo*
  - *při tvorbě akčního plánu se postupuje podle § 39b.*

Příloha č. 1 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

- **mobilita**
  - *vstávání a usedání*
  - *stoj*
  - *zaujímat a měnit polohy*
  - *pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu*
  - *otevírat a zavírat dveře*
  - *chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů*
  - *nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je*
- **orientace**
  - *poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem*
  - *mít přiměřené duševní kompetence*
  - *orientovat se osobou, časem a místem*
  - *orientovat se v přirozeném sociálním prostředí*
  - *orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat*
- **komunikace**
  - *vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení*
  - *chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv*
  - *vytvářet rukou psanou krátkou zprávu*
  - *porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům*
  - *používat běžné komunikační prostředky*
- **stravování**
  - *vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny*
  - *nalít nápoj*
  - *rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji*
  - *najíst se a napít*
  - *dodržovat stanovený dietní režim*
  - *konzumovat stravu v obvyklém denním režimu*
  - *přemístit nápoj a stravu na místo konzumace*
- ***oblékání a obouvání***
  - *vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem*
  - *rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit*
  - *oblékat se a obouvat se*
  - *svlékat se a zouvat se*
  - *manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem*
- **tělesná hygiena**
  - *použít hygienické zařízení*
  - *dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla*
  - *provádět celkovou hygienu*
  - *česat se, provádět ústní hygienu, holit se*
- **výkon fyziologické potřeby**
  - *včas používat WC*
  - *zaujmout vhodnou polohu*
  - *vyprázdnit se*
  - *provést očistu*
  - *používat hygienické pomůcky*
- **péče o zdraví**
  - *dodržovat stanovený léčebný režim*
  - *provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetřovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky*
  - *rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc*
- **osobní aktivity**
  - *navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami*
  - *plánovat a uspořádat osobní aktivity*
  - *styku se společenským prostředím*

- *stanovit si a dodržet denní program*
- *vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti*

- **péče o domácnost**
  - *nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti*
  - *manipulovat s předměty denní potřeby*
  - *obstarat si běžný nákup*
  - *ovládat běžné domácí spotřebiče*
  - *uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj*
  - *vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádobí*
  - *obsluhovat topení*
  - *udržovat pořádek*

Příloha č. 2 k vyhlášce č. 505/2006 Sb.

Obsah standardů kvality sociálních služeb

1. *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definováno a zveřejněno poslání, cíle a zásady poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena, a to v souladu se zákonem stanovenými základními zásadami poskytování sociálních služeb, druhem sociální služby a individuálně určenými potřebami osob, kterým je sociální služba poskytována; podle tohoto poslání, cílů a zásad poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel vytváří podmínky, aby osoby, kterým poskytuje sociální službu, mohly uplatňovat vlastní vůli při řešení své nepříznivé sociální situace;
c) Poskytovatel má písemně zpracovány pracovní postupy zaručující řádný průběh poskytování sociální služby a podle nich postupuje;
d) Poskytovatel vytváří a uplatňuje vnitřní pravidla pro ochranu osob před předsudky a negativním hodnocením, ke kterému by mohlo dojít v důsledku poskytování sociální služby.

2. *Ochrana práv osob*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro předcházení situacím, v nichž by v souvislosti s poskytováním sociální služby mohlo dojít k porušení základních lidských práv a svobod osob, a pro postup, pokud k porušení těchto práv osob dojde; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, ve kterých vymezuje situace, kdy by mohlo dojít ke střetu jeho zájmů se zájmy osob, kterým poskytuje sociální službu, včetně pravidel pro řešení těchto situací; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání darů; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

3. *Jednání se zájemcem o sociální službu*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla, podle kterých informuje zájemce o sociální službu srozumitelným způsobem o možnostech a podmínkách poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel projednává se zájemcem o sociální službu jeho požadavky, očekávání a osobní cíle, které by vzhledem k jeho možnostem a schopnostem bylo možné realizovat prostřednictvím sociální služby;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro postup při odmítnutí zájemce o sociální službu z důvodů stanovených zákonem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

4. *Smlouva o poskytování sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby s ohledem na druh poskytované sociální služby a okruh osob, kterým je určena; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel při uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby postupuje tak, aby osoba rozuměla obsahu a účelu smlouvy;
c) Poskytovatel sjednává s osobou rozsah a průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíl závislý na možnostech, schopnostech a přání osoby;

5. *Individuální plánování průběhu sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla podle druhu a poslání sociální služby, kterými se řídí plánování a způsob přehodnocování procesu poskytování služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel plánuje společně s osobou průběh poskytování sociální služby s ohledem na osobní cíle a možnosti osoby;
c) Poskytovatel společně s osobou průběžně hodnotí, zda naplňovány její osobní cíle;
d) Poskytovatel má pro postup podle písmene b) a c) pro každou osobu určeného zaměstnance;

e) Poskytovatel vytváří a uplatňuje systém získávání a předávání potřebných informací mezi zaměstnanci o průběhu poskytování sociální služby jednotlivým osobám;

Plnění kritérií uvedených v písmenech d) a e) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

***6.** Dokumentace o poskytování sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, vedení a evidenci dokumentace o osobách, kterým je sociální služba poskytována, včetně pravidel pro nahlížení do dokumentace; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel vede anonymní evidenci jednotlivých osob v případech, kdy to vyžaduje charakter sociální služby nebo na žádost osoby;
c) Poskytovatel má stanovenu dobu pro uchování dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby.

***7.** Stížnosti na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby, a to ve formě srozumitelné osobám; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel informuje osoby o možnosti podat stížnost, jakou formou stížnost podat, na koho je možno se obracet, kdo bude stížnost vyřizovat a jakým způsobem a o možnosti zvolit si zástupce pro podání a vyřizování stížnosti; s těmito postupy jsou rovněž prokazatelně seznámeni zaměstnanci poskytovatele;
c) Poskytovatel stížnosti eviduje a vyřizuje je písemně v přiměřené lhůtě;
d) Poskytovatel informuje osoby o možnosti obrátit se v případě nespokojenosti s vyřízením stížnosti na nadřízený orgán poskytovatele nebo na instituci sledující dodržování lidských práv s podnětem na prošetření postupu při vyřizování stížnosti.

***8.** Návaznost poskytované sociální služby na další dostupné zdroje*

Kritérium
a) Poskytovatel nenahrazuje běžně dostupné veřejné služby a vytváří příležitosti, aby osoba mohla takové služby využívat;
b) Poskytovatel zprostředkovává osobě služby jiných fyzických a právnických osob podle jejích individuálně určených potřeb;
c) Poskytovatel podporuje osoby v kontaktech a vztazích s přirozeným sociálním prostředím; v případě konfliktu osoby v těchto vztazích poskytovatel zachovává neutrální postoj.

***9.** Personální a organizační zajištění sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně stanovenu strukturu a počet pracovních míst, pracovní profily, kvalifikační požadavky a osobnostní předpoklady zaměstnanců uvedených v § 115 zákona o sociálních službách; organizační struktura a počty zaměstnanců jsou přiměřené druhu poskytované sociální služby, její kapacitě a počtu a potřebám osob, kterým je poskytována;
b) Poskytovatel má písemně zpracovánu vnitřní organizační strukturu, ve které jsou stanovena oprávnění a povinnosti jednotlivých zaměstnanců;
c) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro přijímání a zaškolování nových zaměstnanců a fyzických osob, které nejsou v pracovně právním vztahu s poskytovatelem; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
d) Poskytovatel, pro kterého vykonávají činnost fyzické osoby, které nejsou s poskytovatelem v pracovně právním vztahu, má písemně zpracována vnitřní pravidla pro působení těchto osob při poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje.

Plnění kritérií uvedených v písmenech a) až d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

***10.** Profesní rozvoj zaměstnanců*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně zpracován postup pro pravidelné hodnocení zaměstnanců, který obsahuje zejména stanovení, vývoj a naplňování osobních profesních cílů a potřeby další odborné kvalifikace; podle tohoto postupu poskytovatel postupuje;
b) Poskytovatel má písemně zpracován program dalšího vzdělávání zaměstnanců; podle tohoto programu poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel má písemně zpracován systém výměny informací mezi zaměstnanci o poskytované sociální službě; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
d) Poskytovatel má písemně zpracován systém finančního a morálního oceňování zaměstnanců; podle tohoto systému poskytovatel postupuje;
e) Poskytovatel zajišťuje pro zaměstnance, kteří vykonávají přímou práci s osobami, kterým je poskytována sociální služba, podporu nezávislého kvalifikovaného odborníka.

Plnění kritérií uvedených v písmenech c) a d) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance; kritéria uvedená v písmenech a) a b) se na tohoto poskytovatele vztahují přiměřeně.

***11.** Místní a časová dostupnost poskytované sociální služby*

Kritérium
Poskytovatel určuje místo a dobu poskytování sociální služby podle druhu sociální služby, okruhu osob, kterým je poskytována, a podle jejich potřeb.

***12.** Informovanost o poskytované sociální službě*

Kritérium
Poskytovatel má zpracován soubor informací o poskytované sociální službě, a to ve formě srozumitelné okruhu osob, kterým je služba určena.

***13.** Prostředí a podmínky*

Kritérium
a) Poskytovatel zajišťuje materiální, technické a hygienické podmínky přiměřené druhu poskytované sociální služby a její kapacitě, okruhu osob a individuálně určeným potřebám osob;
b) Poskytovatel poskytuje pobytové nebo ambulantní sociální služby v takovém prostředí, které je důstojné a odpovídá okruhu osob a jejich individuálně určeným potřebám.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který neposkytuje sociální služby v zařízení sociálních služeb.

***14.** Nouzové a havarijní situace*

Kritérium
a) Poskytovatel má písemně definovány nouzové a havarijní situace, které mohou nastat v souvislosti s poskytováním sociální služby, a postup při jejich řešení;
b) Poskytovatel prokazatelně seznámí zaměstnance a osoby, kterým poskytuje sociální službu, s postupem při nouzových a havarijních situacích a vytváří podmínky, aby zaměstnanci a osoby byli schopni stanovené postupy použít;
c) Poskytovatel vede dokumentaci o průběhu a řešení nouzových a havarijních situací.

Plnění kritéria uvedeného v písmenu b) se nehodnotí u poskytovatele, který je fyzickou osobou a nemá zaměstnance.

***15.** Zvyšování kvality sociální služby*

Kritérium
a) Poskytovatel průběžně kontroluje a hodnotí, zda je způsob poskytovaní sociální služby v souladu s definovaným posláním, cíly a zásadami sociální služby a osobními cíly jednotlivých osob;
b) Poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zjišťování spokojenosti osob se způsobem poskytování sociální služby; podle těchto pravidel poskytovatel postupuje;
c) Poskytovatel zapojuje do hodnocení poskytované sociální služby také zaměstnance a další zainteresované fyzické a právnické osoby;
d) Poskytovatel využívá stížností na kvalitu nebo způsob poskytování sociální služby jako podnět pro rozvoj a zvyšování kvality sociální služby.

Zdroje:

- Zákon č. 108/2006 o sociálních službách
- Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti
- Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů
- Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách
- Vyhláška č. 518/2005 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti
- Zákon č. 155/1995 Sb., Zákon o důchodovém pojištění
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 8070669411.
- Výpisky z výuk

TERAPEUTICKO-FORMATIVNÍ PŘÍSTUPY

13. Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice – vymezení a charakteristika terapeutických metod užívaných ve SPP (terapie hrou, činnostní terapie, terapie psychomotorická, expresivní, dramaterapie, teatroterapie, psychodrama, muzikoterapie, biblioterapie, arteterapie v užším slova smyslu, zooterapie.)

ZÁKLADNÍ VYMEZENÍ

- **terapie** = napravovat, ošetřovat, léčit
- **terapeutický** = působící na obnovování či zlepšování narušené vnitřní rovnováhy mezi lidským organismem a jeho okolním prostředím (= souhrn opatření prováděných s cílem změnit průběh onemocnění v pozitivním smyslu)
- **formativní** = působící na formování osobnosti – na osobnostní růst
- terapeuticko-formativní přístupy existují jako svébytné mechanismy (opatření, postupy atd.) jež umožňují pomáhajícím profesím (hl. psychologům, psychoterapeutům, speciálním pedagogům) dosahovat u jejich klientů normy (či blížit se k normě) a to využitelné v každodenním životě
- podstata zmíněných přístupů → ve SP se většinou jedná o ty, jež odstraňují či zmírňují deficity v chování, prožívání a sociálních vztazích klientů za pomoci psychologických prostředků

Pro veškeré využívané terapie vždy platí, že:

- probíhají v určitém **prostředí** a v určitém **čase** (např. v denním či týdenním stacionáři, v léčebné komunitě, v ambulanci, ve více či méně pravidelných intervalech, dlouhodobě či krátkodobě atp.)
- mají určitou **organizační formu** (např. individuální, skupinovou, rodinnou, párovou atp.)
- odpovídají určité orientaci terapeuta (jeho terapeutický přístup i metody práce by měly mít předem zvolenou koncepci)
- závisí na **věku**, **příčinách potíží** a **symptomech** klienta (např. zdali jde o děti, dospělé či seniory, zdali bude nasazena léčba kauzální, jež odstraňuje příčiny, nebo symptomatická, jež odstraňuje či zmírňuje doprovodné nevhodné projevy atp.)
- mohou být prvotně zaměřeny na **somatické**, nebo na **psychické** změny u klienta (terapeut může vycházet například z báze fyzioterapeutické, psychoterapeutické atp.)
- bývají zacíleny **léčivě**, ale také **preventivně** a **rehabilitačně** (to znamená, že může být dosahováno nejen prospěšné změny, ale současně i zmenšováno riziko vzniku a rozvoje dalších potíží a napomáháno v úpravě směrem k původnímu stavu)

KLASIFIKACE

Dle bazálních prostředků

- terapie **chirurgická**
- **farmakoterapie**
- **fyzioterapie**
- **psychoterapie**

Dle forem

- **individuální**
  - terapeut pracuje s jedním klientem, přičemž se snaží formou neustálých interakcí a dialogů dosáhnout požadované změny
  - dvojí základní uspořádání (Vymětal 2003):
    - nejčastěji sedí oba proti sobě (face to face) nebo v úhlu přibližně devadesát stupňů
    - klient leží na lůžku (podložce) a terapeut sedí vedle tak, aby byl umožněn zrakový kontakt
- **skupinová**
  - terapeut pracuje nejčastěji s malou terapeutickou skupinou a snaží se přitom využít zejména skupinové dynamiky (čili souhrnu procesů majících vliv na dění ve skupině – např. na společné řešení zadaného úkolu mohou mít vliv: míra koheze skupiny, společně stanovené normy a cíle, způsoby komunikace a řešení konfliktů, rozdělení rolí a postavení členů apod.)
  - výhodou je, že klienti řeší svoje problémy v sociálním kontextu, tedy tak, jak je tomu v běžném životě (dosahují změny nejen směrem k sobě samému, ale i k jiným lidem)
  - další výhody: jejich přirozená aktivita, možnosti projekce předchozích zkušeností do nových vztahů, možnosti vlastního otevření před jinými a sdílení pocitů a prožitků, získání zpětné vazby atp.
  - velikost skupiny záleží na klientele a jejích specificích

- účinné faktory při skupinové psychoterapii:
  - příslušnost ke skupině lidí, kteří mají podobný problém (klient si nepřipadá výlučný a osamělý)
  - možnost pomáhat druhým (klient si připadá užitečný, zvyšuje to jeho sebevědomí)
  - možnost konstruktivně zpracovat minulé zážitky
  - možnost aktivně se učit novým druhům chování
  - příležitost k vytvoření nového zaměření do budoucnosti

- **hromadné**
  - pracuje se s větším množstvím klientů bez nároků na využití skupinové dynamiky
  - méně efektivní a lze ji použít jen jako jakýsi doplněk (či počátek) jiných forem
  - např. o společné setkání konané s cílem sdílení vybraných aktivit
- **rodinné**
  - terapeut pracuje s rodinou jako specifickou (přirozeně vzniklou a mimo terapii existující) skupinou za účelem navození prospěšných změn v narušených rodinných vztazích, vychází přitom z poznatku, že řada poruch vzniká na jejich základě
  - většinou obsahuje tyto základní fáze: 1. zahájení a kontrakt, 2. řešení rodinných konfliktů, 3. navození změn v životě rodiny, 4. ukončení terapie
- **komunitní**
  - terapeut pracuje v rámci komunity, což je společenství, v němž se terapeuti (či další odborníci) společně s klienty vzájemně ovlivňují pomocí pobytového (sociální rehabilitace), pracovního (pracovní rehabilitace) a terapeutického programu, jehož výsledkem má být obnova potřebných sociálních dovedností a příprava k opětovnému začlenění do společnosti
  - výraznou měrou k tomu přispívá tzv. režimový tlak
- **ambulantní**
- **terénní**

Dle aplikovatelných přístupů a interdicsiplinárním zdrojem

- **psychoterapie**
  - psychoterapii lze vymezit jako odbornou, záměrnou a cílevědomou aplikaci psychologických prostředků použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobností struktury společensky i individuálně přijatelným směrem
  - v současnosti existuje velké množství psychoterapeutických škol – ty se liší
  - speciálně pedagogické terapie – hlavně ty, které jsou činnostního charakteru - cíleně využívají specifických lidských činností (herních, uměleckých, motorických) k terapeutickým a formativním účelům
  - tyto přístupy postupují od činnosti ke změně psychického postoje
- **psychologické prostředky**
  - základním psychologickým prostředkem je autentický vztah mezi terapeutem a klientem (vybudovaný na zvýšené pozornosti terapeuta vůči klientovi a na pozitivním očekávání klienta)
  - za dílčí psychologické prostředky se považují jednotlivé mechanismy ovlivňování člověka člověkem
  - v terapeutickém vztahu je důležitá osobnost terapeuta
  - zda bude vývoj klienta optimalizován, zdali klient dosáhne potřebné sebekompetence, zdali budou řešeny případné výchovné problémy, záleží na obecně lidských i odborných znalostech, dovednostech terapeuta
  - rozdílnost v připravenosti k vytváření vztahu k dětským a dospělým klientům:
    - u dětských klientů musí být terapeut připraven:
      - na zvláštnosti jejich vývoje a s ním souvisejícího chování, emocí a myšlení
        - největším rizikem zvoleného terapeutického přístupu totiž může být nesprávný odhad situace, způsobený nerozpoznáním skutečné příčiny neobvyklého chování, prožívání a myšlení
      - na specifické dětské komunikační signály (na neverbální i verbální úrovni)
        - tyto komunikační signály je nutno interpretovat jak v kontextu zjištěného stavu vývoje, tak také v kontextu zjištěné situace
        - je navíc třeba se oněm komunikačním signálům přiblížit
      - na neustále přítomnou potřebu bezpečí a lásky

- nevhodné je, když při vytváření terapeutického vztahu dítě cítí strach (z terapeuta, místa), nebo když terapeut nahrazuje vztah dítě – rodič
- na vliv výchovného prostředí – ten bývá častou příčinou „patologie“ – v souvislosti s tímto zdůrazňujeme, že náprava při výchovných problémech, coby jeden z cílů léčebné pedagogiky, se dotýká rovněž případné nápravy výchovného prostředí dítěte i přípravy dítěte na vliv tohoto prostředí (např. zvyšováním sebedůvěry, zlepšováním adaptačních schopností, vytvářením schopnosti mít dobré mezilidské vztahy)
- na tendence dětí hledat příčiny svých potíží ve svém okolí a ne v sobě

- u dospělých klientů musí být terapeut připraven:
  - na komplex zkušeností dospělého věku – u dospělého čl. znamenají právě jeho předešlé zkušenosti významný „katalyzátor“ v navázání terapeutického vztahu
    - u dospělého člověka je tzv. míra očekávání závažnějším faktorem než u dítěte (dospělý člověk přichází cíleně)
  - na různé sociální role dospělého věku – jde o role, které na základě svých zkušeností klient „hraje“ (př. role ochotně spolupracujícího pacienta, role „oběti“ předešlých intervencí)
  - na výraznou míru vlastní akceptace problému – u dospělého klienta není geneze problému tolik „znepřehledněna“ probíhajícím vývojem, nicméně dospělý může zaujímat k problému různé racionální postoje

- **teorie jednotlivých umění**
- **rituál** = stabilizuje klienta (dodává pocit bezpečí a jistoty)
  - nastartování - hlavní činnost - ukončení - reflexe (klient by měl ošetřit sám sebe, než z terapie odejde, ví, že po terapii něco přijde a může si své pocity probrat, zhodnotit,…)
  - např. v pravěku - kreslily různé obrázky na zeď - když se báli bouřky,…
- význam **neverbální komunikace**
  - jeden z ústředních dílčích psychologických prostředků ve speciálněpedagogických terapiích
  - má ve vztahu k terapeutickým postupům dokonce trojí funkci
  - <u>jde o nástroj:</u>
    - pozorování klienta
    - interpretace jeho chování
    - vyjádření a sdílení
  - signály bezeslovné povahy – klient může hovořit řečí těla, řečí prostoru a řečí času
  - tyto neverbální komunikační možnosti pak vypovídají o jeho autenticitě, sebeakceptaci, o schopnosti vnímat a korigovat vlastní prožívání a chování
  - neverbální komunikace je důležitá pro předmět terapeutického vztahu
  - mezi její vlastnosti patří – větší spontánnost, pravdivost, emocionálnost a menší kontrolovatelnost – a to vše v porovnání s komunikací verbální
  - tyto vlastnosti tak zaručují klientovi zvýšenou míru komunikační svobody
  - ve SP terapiích je nonverbální komunikace <u>využitelná jako:</u>
    - terapeutický prostředek
    - „materiál“ k pozorování klientů
    - jeden z podkladů interpretace jejich chování
    - vyjádření a sdílení

<u>CÍLE</u>

- relaxační
- změna myšlení (otevřít se, změnit směr myšlení a postoj k životu)
- katarze (prožít emoční korektivní zkušenost, dojít k "očistě", znovu odžití situace)
- rozvoj verbální i neverbální komunikace
- rozšíření repertoáru rolí pro život
- dokázat se na problém, který mám z vnitřku i zvnějšku
- přijmout své omezení
- schopnost ovládat se (své pocity, emoce)
- záleží také na druhu terapie (rozvoj pohybových schopností v tanečně pohybové terapii, nácvik rolí v dramaterapii, tvorba v arteterapii,…)

TERAPEUTICKÝ PROCES

- má určitý průběh - **fáze**
  - krátkodobé hledisko:
    - navázání kontaktu, uvolnění, motivace a uvedení hlavní terapeutické práce
    - hlavní terapeutická práce – řešení aktuálních problémů
    - uzavření problémů vyplývající z terapeutické práce
  - dlouhodobé hledisko:
    - indikace stávajících obtíží a možných postupů, motivace klienta k terapii, dohoda o organizaci, průběhu a obsahu terapie
    - naplnění terapeutického vztahu a naplnění dohody o organizaci, průběhu, obsahu terapie
    - zaměření na ukončení terapie včetně nabídky dalších možností
- je zajišťován **terapeutem**
  - vlastnosti: trpělivost, empatie, lidskost, dar slova, obecně lidské a odborné předpoklady (přijetí, autenticita), psychická odolnost, vztah terapeut-klient
  - úspěšnost terapeutického procesu se primárně odvíjí od osobnosti terapeuta
- probíhá v určitém **prostředí**
  - materiální
    - za materiální lze považovat prostory, v nichž terapie probíhá, jejich vnitřní uspořádání a vybavení
    - školní, speciální prostory; vybavení záleží na cílové skupině, vnitřní uspořádání (důležitý je kruh - pocit jistoty bezpečí, všichni jsou si rovni, vidíme si do očí)
  - sociální
    - složení, uspořádání formy součinnosti a formy vztahů a skupiny
    - závisí na:
      - individuální, párovou, skupinovou, rodinnou či hromadnou terapii
      - homogenní či heterogenní skupinu (dle věku, pohlaví, diagnózy…)
      - otevřenou či uzavřenou skupinu (pro nově příchozí)
      - skupinu (či jednotlivce) vedenou direktivně či nedirektivně
      - skupinu více méně individuálních jedinců či skupinu vedenou ke kooperaci
  - psychické
    - za psychickou dimenzi lze považovat součinnosti a vztahy mezi terapeutem a klientem naplněné jejich konkrétními osobnostními vlastnostmi
    - to, co si člověk přináší do terapie (povaha, temperament, věk, životní zkušenosti, …)
- participující se **klient**
- má určitý **obsah** a **cíl**
  - obsah je vždy vytvářen s ohledem na cíle
    - s ohledem k potřebám klientů - odstranění vnitřních a vnějších frustrací, konfliktů, stresu, uvolnění posílení dynamiky osobnosti i skupiny, vytváření smysluplné komunikace, navázání zdravých vztahů, podpora pozitivního sebehodnocení, aspirace, zvládání emocí apod.
    - vzhledem k orientaci a schopnostem terapeuta - jedná se o naplánování použití a zacílení dané metody práce – např. imaginace v arteterapii
    - s ohledem na zaměření instituce, v níž terapie probíhá

Podmínky zajištění terapeutického procesu – všeobecně platí, že:

- počátek procesu se musí „opírat“ o znalost aktuálního psychofyzického stavu klienta (jeho nálady, prožitků, momentálního zdravotního stavu atd.) – toto musí být dodržováno v celém jeho průběhu
- klient musí dostat příležitost (pokud o to stojí) svůj stav vyjevit a sdílet – jeho jakýkoli signál by neměl zůstat bez povšimnutí
- zvolená činnost by měla odpovídat nejen aktuálnímu stavu klienta – měla by být také podpořena vhodným prostorem a pozitivní skupinovou atmosférou
- jednotlivé „oživované“ terapeutické struktury by se měly dotýkat skutečného každodenního života klientů –

jakákoli činnost pokud možno využívá „odkazy“
- každé sezení musí mít dle možností určitý vývoj – od počátečního „lámání ledů“ přes odkrývání a zpravování problémů, až po patřičné uzavření – dobrý terapeut nesmí opustit otevřený problém

Principy vedení terapeutického procesu:
- počátek procesu se musí „opírat“ o kvalifikovanou týmovou diagnostiku a aktuální znalost psychofyzického stavu klienta – to musí být dodržováno v celém jeho průběhu
- v procesu musí být stále utvářen prostor pro klientovy projevy a sdělení – klient by měl prožívat pocit bezpečného prostředí
- zvolená činnost by měla odpovídat jak diagnostice klienta, tak klientova věku a zkušenostem

TERAPEUTICKÉ METODY V SPP

- výstupem společné báze speciálněpedagogických terapií s psychoterapií jsou modifikované terapeutické metody
- **metody** zde chápeme jako skupiny konkrétních a strukturovaných postupů skládajících se např. z dílčích technik
- modifikované proto, že svoji existenci modifikovaně odvozují od psychoterapie a jejích „škol“, ale také proto, že jsou do jisté míry samostatně budovány
- aplikační oblasti těchto metod není jen SP, ale také medicína, psychologie, psychoterapie, atd., s tím se pojí jisté odlišnosti v jejich pojetí (např. ergoterapie v medicínské oblasti znamená jistý druh fyzioterapie (stimulace motorických funkcí, zvětšení svalové síly), v SP pojetí je však pracovní činnosti využíváno formativním způsobem – k žádoucí změně chování a sebepojetí)
- **formy** – mohou být různé
    - z hlediska počtu účastníků - formy individuální, skupinové, hromadné
    - z hlediska časového rozvržení - jednotlivá cvičení, pravidelná sezení, dlouhodobé komplexní programy atd.
- **cíle**
    - obecné X speciální
    - symptomatické X kauzální X paliatické atd.
    - lze však konstatovat, že vždy musí v prvé řadě vycházet z příčin daného problému – zdali jsou v samotném klientovi nebo v jeho prostředí – a měly by zahrnovat dosažení jistých změn přetrvávajících mimo terapeutické prostředí

DEFINOVÁNÍ A KLASIFIKACE SP TERAPIÍ

- SP terapeutické metody jsou dovozeny od psychoterapeutických metod → lze je definovat podobně a současně vymezit za pomoci prostředků, které využívají
- terapeutické přístupy = způsoby odborného a cíleného jednání člověka s člověkem, jež směřují od odstranění jejich příčin, k jisté prospěšné změně (v prožívání, chování, fyzickém výkonu)

Terapie hrou (play therapy)

- odborná, záměrná a cílevědomá **aplikace prostředků hry** použitá za účelem pomoci lidem (hlavně dětem) změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem
- **hra** patří mezi nejdůležitější formativní prostředky ve vývoji člověka
    - může mít jak ráz *výchovný*, tak také ráz *diagnostický* a *terapeutický*
- terapeut při hrové terapii nejen diagnostikuje, ale také odkrývá, sdílí a řeší problém
- často přitom používá i vstupu do rolí jednotlivých předmětů a osob
- v širším slova smyslu jde obecně o terapeutické využití hry v různých formách (např. využití dramatické hry v dramaterapii) a v různých oborech (např. ve speciální pedagogice, klinické psychologii)
- v užším pojetí je terapie hrou aplikována v práci herního specialisty
- v případě terapie hrou jde o významný nástroj přístupu ke klientovi, nástroj komunikace (význam panenky v nemocničním prostředí nebo jako prostředek při diagnostice zneužívání dětí), nástroj přímého zprostředkování terapeutického vztahu
- terapeut vytváří podmínky k realizaci hry, které si dítě za pomoci hraček, loutek, masek a dalších předmětů vytvoří a následně potom pomáhá dítěti jeho přirozeně strukturovaný svět spoluvytvářet a sdílet → často přitom používá i vstupu do rolí jednotlivých předmětů a osob, jež tento symbolický svět zaplňují
- u starších dětí a dospělých je možné využívat her sportovních, společenských, dramatických, psychoher...
- herní terapeut - člověk, který pracuje s dětskou klientelou, ordinace je barevná, je zde hodně hraček, her, knížka, podnětů,… (musí mít výcvik v herní terapii)
- zdravotní klaun - na dětských odděleních, domovech pro seniory (výcvik, pracuje v nemocnici)

- většinou studenti dramaterapie, herectví,… - jsou pod asociací zdravotních klaunů
- mají rozveselit pacienty/klienty --> terapie smíchem, mají odbourat strach z bílých plášťů
- pořádají různé klauniády nebo rozveselují na jednotlivých pokojích

Herní specialista

- musí mát výcvik v herní terapii, je hrazen krajem
- většinou na odděleních se závažnou diagnózou (hematoontologie, traumacentra) --> prostředník mezi rodinou a dítětem, částečně mu nahrazuje pozornost rodičů (je to velmi důležité, aby dítě nešlo zpět ve vývoji, nemělo PPP, problémy se spánkem, močením,…)
- může pomáhat i s rozloučením se s dítětem nebo návratem dítěte domů (aby nemělo pocit, že ho někde rodiče dlouho nechali,…)
- kompetence a činnosti:
  - poskytuje své služby v ambulanci, na standardním lůžkovém oddělení, na JIP (též v dalších zařízeních poskytujících péči dětem a mladistvým), případně v domácnosti – své služby však může poskytovat i zdravým dětem v rámci zvláštních osvětových programů
  - zajišťuje přátelské, bezpečné a pro dítě vhodné nemocniční prostředí – doplňuje a zprostředkovává informace o potřebách dítěte ostatním zdravotníkům
  - navrhuje spolu s rodiči plán herních aktivit, vytváří a eviduje vhodné herní programy, provádí individuální terapeutickou hru
  - pomáhá dítěti porozumět nemoci a léčbě (včetně přípravy na plánované zákroky) – pomáhá dítěti a jeho rodičům přizpůsobit se nemocničnímu prostředí, je pro ně průvodcem i kontaktní osobou
  - věnuje zvláštní pozornost rodinám hůře se adaptujícím, dětem v pre-terminálním stadiu, dětem na JIP, dětem handicapovaným, dětem z ústavů a dětských domovů (včetně jejich blízkých)
  - doprovází děti a jejich rodiče na vyšetření či lékařské zákroky
  - stará se o chod herny a její vybavení
  - připravuje vhodné informační pomůcky a materiály – je řádným členem zdravotnického týmu a podílí se na jednotném, týmovém řešení určitých situací
  - vede a školí dobrovolníky a další herní pracovníky ve výcviku
- činnost herního specialisty je mimo jiné inspirována prací Marie Montessoriové, která klade důraz na:
  - spontaneitu dětského rozvoje - ačkoliv se dítě vyvíjí v kontaktu s prostředím, z něhož čerpá podněty, a ovlivňují ho lidé v blízkém okolí, přesto pouze ono samo určuje, které podněty, jakým způsobem a kdy ovlivní jeho jednání
  - význam strukturovaného prostředí pro motivaci ke hře - pracovní místo, pomůcky, předměty k manipulaci je třeba uspořádat tak, aby umožňovaly osvojení nových poznatků samostatně, bez vnější pomoci
  - význam senzomotoriky - důležité je spojování tělesné a duševní aktivity; je potřeba vycházet z konkrétního poznání a manipulace s věcmi, protože práce rukou je základem pro pochopení jevů, rozvoj myšlení a řeči
- limity práce HS:
  - děti s mentálním postižením (s omezujícími specifiky se u dětí s mentálním postižením setkáváme např. ve způsobu jejich hry odvíjejícímu se od primárních deficitů v psychomotorice a negativních vlivů prostředí)
  - dítě vyrůstající v nevhodném prostředí, CAN (hra nemusí mít normální průběh, dítě „uhýbá“ ke kompenzačním mechanismům – např. k herním stereotypům sloužícím k úniku a k odreagování psychické tenze, k přehnané či silně utlumené aktivitě atp.)

Kategorie herních služeb dle Valenty (fáze léčebného procesu)

- v období před přijetím dítěte do nemocnice
  - *návštěva HS v domácnosti dítěte* – využíváno u těžce nemocných, handicapovaných nebo špatně spolupracujících dětí; HS také radí rodičům, jak s dítětem doma pracovat a dá rodině písemné informační materiály
  - *péče v ambulanci nemocnice* – děti se na příjem k hospitalizaci často nemohou připravit, proto je práce HS již v ambulanci velmi důležitá
    - HS přichází do ambulance ve chvíli, kdy je rodině oznámena nutnost operace
    - pokud má rodina s dítětem prostor odejít ještě domů, podá jim informace a připraví je na hospitalizaci, pokud dítě v nemocnici zůstává ihned, doprovází rodinu až na lůžkové oddělení, seznamuje ji s chodem oddělení a s personálem

        - v ambulanci HS také nabízí hry a program čekajícím sourozencům
    - *osvětové programy pro zdravé děti z regionu* – probíhají formou návštěv v nemocnici na různých odděleních, děti se seznamují s prostředím, pomůckami, personálem → často je zaměřeno na prevenci úrazů
- v období hospitalizace
    - nejdůležitější fáze – dítě i rodina jsou nejvíce zranitelní, v této fázi HS pracuje nejvíce
    - HS po nástupu do nemocnice zjistí, že v této fázi má mnoho úkolů a musí se rozhodnout, které z nich bude preferovat – důležité je věnovat se dětem (např. začít jen u hry a vyplnění volného času), později se zapojit do odbornějších a náročnějších činností)
    - normalizace nemocničního prostředí – spolu s dalšími členy týmu zajišťuje přátelské, bezpečné a vhodné prostředí, snaží se vnést prvky běžného života – barevná výzdoba, herny, vhodný nábytek, telefon, květiny, hudba, nenáročné zvířátko…)
    - podpora komunikace a užší spolupráce rodiny s pracovníky na oddělení
- v období následné péče po propuštění z nemocnice
    - návštěva HS v *domácnosti dítěte*
        - vhodná je zejména u dlouhodobě a těžce nemocných dětí, a u těch, které špatně snášely léčbu
        - HS nabízí aktivity k odžití a zpracování traumatizujících zážitků, posiluje důvěru ke zdravotníkům a připravuje dítě na následnou léčbu
        - nenahrazuje dětského psychologa!!! - pokud obtíže přetrvávají, kontaktuje ho
    - péče v *ambulanci nemocnice*
        - spočívá spíše ve sdělování zážitků dětí, odpovídání na otázky rodičů
        - HS zaměřuje hru na zpracování nepříjemných zážitků

Činnostní a pracovní terapie

- dva vzájemně se překrývající terapeutické postupy
- lze je definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou **aplikaci manipulace s materiálním okolím** (manipulace s předměty, surovinami a materiály) použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem
- rozdíl mezi pojetím ve zdravotnictví a ve speciální pedagogice
- terapeutických cílů se dosahuje hlavně prostřednictvím rukodělných činností (např. s textilem, dřevem a přírodními materiály, papírem, kovem, umělými hmotami) a výcvikem v oblasti praktického života (např. péče o domácnost), u mladších dětí jde o terapie využívající dětské hry (hrou jsou imitovány každodenní práce, profese, ale i sebeobsluha a hygiena)

Ergoterapie

- zdravotnický obor, který se zabývá podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené činnosti
- na rozdíl od pracovní rehabilitace se jedná nejen o cíl, ale především o prostředek léčby
- slouží k zlepšení psychických i somatických funkcí, kvality života i zapojení jedince do společnosti
- prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládání běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (fyzickým, smyslovým, psychickým, mentálním nebo sociálním znevýhodněním)
- podporuje maximální možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti
- pomáhá pacientům řešit praktické otázky související se snížením či ztrátou soběstačnosti v činnostech, které jsou pro život nepostradatelné, čímž podporuje aktivní začlenění do společnosti a přispívá k zachování optimální kvality života
- využívá specifické metody a techniky, nácvik konkrétních dovedností, poradenství či přizpůsobení prostředí
- zaměřuje se na podporu zdraví a celkové pohody jedince prostřednictvím zaměstnávání (zaměstnáním je považována jakákoliv smysluplná činnost, která má pro daného jedince význam)
- primárním cílem ergoterapie je *umožnit lidem účastnit se každodenních aktivit*
- náplň práce:
    - provádí ergoterapeutické vyšetření - zaměřené na analýzu činností pacienta, hodnocení senzomotoriky, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze ADL
    - provádí předpracovní rehabilitaci (trénink tolerance zátěže, vytrvalosti, nácviku pracovních dovedností apod.)
    - provádí hodnocení a nácvik ADL - *personálních* (např. příjem jídla, osobní hygiena, koupání, oblékání, přesuny, použití WC) a *instrumentální* (především příprava jídla, nakupování, běžný úklid, manipulace s penězi, používání dopravního prostředku) pomocí standardizovaných testů a hodnocení v nemocničním i domácím prostředí klienta

- provádí hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí
- na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavuje *krátkodobý* a *dlouhodobý* plán terapie
  - př. krátkodobý plán - zlepšení úchopové funkce, aby se samo napilo/stoupnout si/začít chodit apod.
  - př. dlouhodobý plán - bude zařazen zpět do školního prostředí/udržení kognitivních funkcí
- aplikuje ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii
- poskytuje poradenské služby a instruktáže v otázkách prevence vzniku komplikací a strukturálních změn u imobilních pacientů, spolupracující v tomto směru s ošetřovatelským personálem a rodinnými příslušníky klienta
- ve spolupráci s ostatními odborníky provádí rehabilitaci kognitivních funkcí a nácvik komunikačních a sociálních dovedností
- doporučuje kompenzační a technické pomůcky a učí pacienty, členy rodiny a ošetřovatelský personál tyto pomůcky využívat

Psychomotorická terapie

- široká škála činností s přesahem do ostatních terapeutických aktivit
- oplývá sice specifickými pohybovými technikami, ale vlastní pohyb je často podporován dalšími prostředky (hudebními, dramatickými), její vydělení je někdy vysoce teoretickou záležitostí
- jde o ovlivňování duševních procesů člověka za pomoci tělesné stimulace (tím se liší od fyzioterapie)
- lze ji definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou **aplikaci pohybových prostředků** použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoce či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem
- můžeme zde zařadit:
  - *psychogymnastika*
  - *pantomima*
  - *tanec*
  - *taneční terapie* (*např.Mgr. Petr Veleta, Ph.D. je zakladatelem pohybové a taneční metody EXDASE (EXercise and Dance for SEniors); tuto psychomotorickou terapeutickou metodu používá v mnoha zařízeních dlouhodobé péče pro seniory a osoby se zdravotním postižením)*
  - *relaxace*
  - *pohybové hry*
  - *improvizace s pohybem*
  - *jógová cvičení* apod.
- musí být přizpůsobené věku, úrovni rozumových a dorozumívacích schopností

Expresivní terapie

- expresivní terapii (arteterapii v širším slova smyslu – někteří autoři se termínu „arteterapie“ brání z důvodu kolize názvu s arteterapií ve smyslu výtvarném) lze definovat jako odbornou, záměrnou a cílevědomou **aplikaci uměleckých prostředků** použitou za účelem pomoci lidem změnit jejich chování, myšlení, emoci či osobnostní strukturu společensky i individuálně přijatelným směrem
- ony prostředky se vztahují k jednotlivým druhům umění – umění dramatickému, hudebnímu, literárnímu a výtvarnému – dle toho jsou rozlišovány druhy terapií:

Psychodrama

- nejvíce spojováno se jménem zakladatele psychiatra J. L. Morena (doposud využíváno nejvíce v psychiatrických institucích)
- je to řízená dramatická improvizace zaměřená na terapeutickou práci s modelem konkrétní životní reality daného klienta, která mu pomáhá pochopit a vnitřně "zpracovat" vlastní psychické trauma (jeho vlastní zážitky, přání, postoje i skryté emoce, vnitřní konflikty, afekty či možnosti jejich řešení)
- dramatická improvizace zaměřená k terapeutickým účelům, kdy klient dramatizuje svoje zážitky, přání, postoje a fantazii
- také se používá k proniknutí do minulých traumatických zážitků, k jejich rozkrývání a vyplavování na povrch tak, aby bylo možné je pojmenovat
- hlavní činitelé:
  - klient jako hlavní protagonista - představující sám sebe – cílem není udělat z pacienta herce, nýbrž přivést jej k tomu, aby byl na jevišti tím, čím je ve skutečnosti, a měl možnost to jasně projevit
  - při hraní určité role je významným prvkem *agování* = hra, při níž je herecký výraz podmíněn pacientovým vnitřním prožitkem
  - *terapeut jako režisér* – má být připraven včlenit každý významný náznak, který se u pacienta objeví, do dramatického jednání, vést hru tak, aby umožnovala pacientovi identifikaci, a neztratit kontakt s publikem
  - jeviště – volba prostoru mají odpovídat velikosti skupin; jako rekvizity stačí stůl a židle

  - ostatní členové terapeutické skupiny jako *pomocní herci* – jsou pacientovi k dispozici k vytváření situací, hrají role, které si pacient přeje
  - *publikum* – nejvhodnější je stejně zainteresovaná skupina
- k dispozici má škálu relativně se neměnících technik:
  - hraní vlastní role (zahrnující jednání klienta)
  - monolog (zahrnující vnitřní stav klienta – nahlas komentuje vnitřní stav)
  - "alter ego" (pomocný herec hraje "druhé já" klienta, ztělesňuje vnitřní hlas), popř. alter ego diaboli („moje odvrácená tvář“)
  - výměna rolí (např. klient hraje konfliktní osobu ze svého okolí)
  - zrcadlo ("portrétování" klienta pomocnými herci)
- Kratochvíl (1995) považuje psychodrama za nejvýznačnější pomocnou metodu skupinové psychoterapie a vymezuje nejfrekventovanější oblasti využití psychodramatu v praxi:
  - prostředek k odreagování a získání korektivní zkušenosti
  - prostředek k ujasnění si pacientových skrytých motivů a nepřiznaných přání
  - možnost vyzkoušet si různé formy řešení konfliktových situací
- řízení psychodramatu je v ČR v rukou psychiatra či psychologa
- různé variace psychodramatu:
  - psychomelodrama – forma psychodramatické hry podbarvené hudbou, při níž hraje s pacientem výhradně terapeutický tým
  - satidrama – meditativní uvědomování a zapamatování si dějů v mysli jedince i v jeho vnější realitě
  - kosmodrama – předchůdce satidramatu (sociodrama s buddhistickými meditačními prvky)
  - figurativní psychodrama – skrze výměnu rolí se na jevišti přehrává vnitřní a vnější svět (aplikace figurativní Gestaltterapie) – výměna rolí mezi jednotlivými částmi JÁ
  - pesso terapie – vytváří bezpečný prostor pro to, aby klient externalizoval svůj vnitřní stav, řešil rozpory, problémy a nepříjemné zážitky a souvislosti z dětství, aby iracionální spojil s racionálním

Dramaterapie

- patří mezi léčebně výchovnou disciplínu
- The British Association for Dramatherapists (1979):
  - *Dramaterapie pomáhá uchopit a zmírnit sociální a psychologické problémy, mentální onemocnění i postižení a stává se nástrojem zjednodušeného symbolického vyjadřování, díky němuž poznává jedinec sám sebe, a to prostřednictvím tvořivosti zahrnující verbální i nonverbální složku komunikace.*
- The National Association for Drama Therapy ve Spojených státech (Landy, 1985):
  - *Dramaterapii lze definovat jako záměrné použití dramatických/ divadelních postupů pro dosažení terapeutického cíle symptomatické úlevy, duševní i fyzické integrace a osobního růstu.*
- Integrativní definice dramaterapie (Valenta,M. a kol.,2013).
  - *Dramaterapie je léčebně-výchovná (terapeuticko-formativní) disciplína, v níž převažují skupinové aktivity využívající ve skupinové dynamice divadelních a dramatických prostředků k dosažení symptomatické úlevy, ke zmírnění důsledků psychických poruch i sociálních problémů a k dosažení personálně sociálního růstu a integrace osobnosti.*
- kromě procesu je kladen důraz i na produkt (výsledný divadelní tvar inscenace a na vlastní divadelní představení před publikem)
- veřejná performace přináší pozitiva, jako jsou inkluze, sociální rehabilitace herců, úprava a posílení jejich aspirace, sebehodnocení a sebepojetí, saturování vyšších potřeb (seberealizace, životní cíle atd.)
- na rozdíl od psychodramatu disponuje daleko širším teoretickým i metodologickým zázemím, není primárně zaměřená na reálná psychická traumata jednotlivých klientů a jejich „zviditelňování“ – **zaměřuje se spíše na symptomy či doléčování** – využívá větší škálu metod a technik (hlavně skupinové) práce.
- cílem je hledání alternativních zdrojů, které mohou pomoci při překonání obtíží v běžném životě (např. překonávání komunikačních obtíží)
- klasifikace:
  - dle počtu klientů
    - individuální
    - skupinová
      - ✓ *koedukované* (smíšené pohlaví, používají se častěji a efektivita bývá větší)
      - ✓ *izosexuální* (pouze jedno pohlaví)

- ✓ *homogenní*
- ✓ *heterogenní*

- ✓ *otevřené*
- ✓ *uzavřené*

  - formální pojetí disciplíny
    - speciálně pedagogická (edukativní) dramaterapie - aplikace základních speciálněpedagogických metod reedukace, kompenzace a rehabilitace
    - *psychoterapeutická* (klinická) *dramaterapie* - aplikace katarze, abreakce, korektivní emocionální zkušenosti, terapeutického vztahu a distancování
  - z hlediska přístupu terapeuta
    - dramaterapie vývojových proměn – terapeut vychází z kognitivní a mentální úrovně konkrétního klienta, využívá dramatických prostředků relevantních dosažené či aktuální úrovně vývoje
    - psychodynamicky orientovaná dramaterapie – terapie neurotických poruch a poruch s etiopatogenezí v intrapsychickém konfliktu (psychoanalýza, myšlenky Junga)
    - dramaterapie využívající Gestalt – aktivní uvědomování si klientů, jejich aktuálních potřeb, především ke vztahu ke skupině a její dynamice
    - behaviorálně (popř. kognitivně-behaviorálně) zaměřená dramaterapie – preferuje individuální formu terapie před skupinovou
    - dramaterapie využívající logoterapii – terapeutická změna postojů u osob trpících ztrátou životních hodnot, frustrací, depresemi, úzkostmi (seniorský věk – geriodrama)
    - divadelně-narativní orientace dramaterapie – vychází z přesvědčení, že svobodná tvorba, seberealizace a kreativita mají autosanační charakter (uzdravování sebe sama vlastními možnostmi, silami, postupy, prostředky a mechanismy), přičemž je potřeba poskytnout kreativitě prostor, aby se projevila
    - psychodramaticky orientovaná dramaterapie
    - antroposoficky orientovaná dramaterapie – např. terapie uměním
    - komunikativně zaměřená dramaterapie
    - integrativní (eklektická) dramaterapie – využívá většinu prostředků z výše uvedených – je proto nejfrekventovanější

- prostředky: (3 typy improvizací)
  - plánovaná improvizace – klient se dopředu rozhodne, jaké místo v improvizaci zaujme. Je to silně strukturovaná improvizace
  - neplánovaná improvizace – klient má okamžitou možnost volby, zda vstoupí do role nebo ne
  - nepřipravená improvizace – tato improvizace jde mimo plán a záměr terapeuta a klient dopředu nepředvídá roli ani situaci, ale plynule přechází z jedné scény do druhé
- struktura lekcí: (Valenta, Müller, 2013)
  - úvod (pozdrav terapeuta se skupinou)
  - rozcvičku, zahřívací cvičení (warm-up)
  - otevření hracího prostoru
  - „nastartování“ hry
  - hlavní část sezení
  - uzavření sezení
- klientela:
  - poměrně široká
  - není omezená ani věkem, ani diagnózou, ani pohlavím
  - největší skupinou jsou jedinci s mentálním postižením
  - pak jedinci s psychiatrickou diagnózou (zkušeností)
  - mladí lidí se specifickými vývojovými poruchami učení a chování
  - mládež s jinými poruchami chování či mládež psychosociálně ohrožená
  - jedinci ohrožení či trpící sociálním vyloučením
  - jedinci nacházející se ve výkonu trestu a jedinci v postpeniterciární péči (následná a systematická převážně sociálně pedagogická péče pro osoby propuštěné z výkonu trestu nebo vykonávající alternativní tresty)
  - gerontologičtí klienti

- cíle:
  - velmi variabilní vzhledem ke klientele
  - obecné cíle (Majzlanová, 2004):
    - redukce tenze
    - rozvoj empatie, fantazie, kreativity
    - odblokování komunikačního kanálu
    - rozvoj sebedůvěry
    - vytváření pocitu zodpovědnosti
    - integrace osobnosti
    - úprava reálné aspirace
  - nespecifické cíle (Emunahová, 1994)
    - zvyšování sociální interakce a interpersonální inteligence
    - získání schopnosti uvolnit se
    - zvládání kontroly emocí
    - změna nekonstruktivního chování
    - rozšíření repertoáru rolí pro život
    - získání schopnosti spontánního chování
    - rozvoj představivosti a koncentrace
    - posílení sebedůvěry, sebeúcty
    - získání schopnosti poznat a přijmout svoje omezení i možnosti

Teatroterapie

- dosahuje terapeutických cílů prostřednictvím přípravy (včetně přípravy kulis, kostýmů, technického zařízení) a veřejné realizace divadelního tvaru
- → tím se liší od dramaterapie, která s klasickým divadelním tvarem nepracuje
- jedná se o formu práce jakési specifické divadelní společnosti (socioterapeutické skupiny – např. terapeutická komunita), která vnáší řadu pozitivních prvků (dosažení úspěchu, seberealizace, snížení společenské izolace, tvořivost) do nejistého světa jakkoliv znevýhodněných jedinců
- forma práce se přirovnává k divadelní společnosti
- např. Bohnická divadelní společnost, ve světě Maatwerk, na Slovensku: "Divadlo z pasáže" – Banská Bystrica
  - Maatwerk: Divadelní režisér a výtvarník Koert Dekker pracuje s herci s mentálním postižením (většinou s lidmi s Downovým syndromem) na profesionální úrovni již od roku 1987 a to ve vlastním kamenném divadle zřízeném v centru Rotterdamu Pameijerovou nadací, jednou z největších holandských organizací pečujících o osoby s mentálním postižením. V současnosti je Maatwerk evropským fenoménem, který představuje naprostou špičku divadelního artbrutu. Maatwerk každoročně pořádá divadelní turné po evropských státech s nově nastudovanou hrou, kterou režírují nejen kmenoví režiséři Maatwerku, ale také přední holandští divadelní a filmoví režiséři. Divadlo se pravidelně účastní (také organizuje) evropských i celosvětových festivalů Very Special (Theatre) Art, má svůj pravidelný pořad v holandské televizi, natočilo několik celovečerních filmů (dva byly v minulosti odvysílány i ČT). Herci Maatwerku hrají v celovečerních filmech holandské (i zahraniční) produkce. České publikum mělo v minulosti příležitost několikrát spatřit performance tohoto divadelního fenoménu nejen v Praze (Divadlo Komedie) a v Brně (Divadlo Husa na provázku), ale také v Olomouci (Moravské divadlo, Posádkový dům armády, nádvoří Informačního centra UP v Olomouci a street theatre před radnicí). (http://www.spoluolomouc.cz/projekty/ukoncene-projekty/divadlo-maatwerk)
- specifika teatroterapeutických cílů: (Polínek, 2013)
  - univerzálnost – teatroterapii lze aplikovat na nejrůznější cílové skupiny, onemocnění a postižení
    - nejčastějšími cílovými skupinami teatroterapie jsou například: osoby s mentální retardací, jedinci se smyslovým postižením, lidé s psychickými poruchami, jedinci s poruchami chování, jedinci bez přístřeší trpící odcizením a ztrátou identity, jedinci s problémy se závislostí aj.
  - nespecifičnost – cíle jsou většinou definovány obecněji
    - nezaměřují se ve většině případů na specifický problém, specifickou vadu
  - všestrannost – teatroterapie rozvíjí nejrůznější složky osobnosti jedince
    - činnosti při teatroterapii jsou velmi různorodé, působí: kognitivně (např. rozšiřování slovní zásoby); afektivně (např. vytváření pocitu odpovědnosti vůči kolektivu); psychomotoricky (např. rozvíjení pohybu, trénink mimických svalů)
  - integrativní charakter – cílové skupiny teatroterapie jsou často majoritní společností marginalizovány a velmi obtížně hledají způsoby komunikace s ní
    - prostřednictvím teatroterapie (např. při přípravě divadelního projektu) mohou tito sociálně znevýhodnění jedinci navázat komunikaci s intaktními osobami; ať už jako se spolupracovníky při

přípravě projektu, (Je obvyklé, že se často spolupracuje s profesionálními umělci, kteří jsou přizváni jako odborní poradci, případně účinkují v divadelním představení spolu s klienty teatroterapie.) nebo jako s diváky výsledného divadelního představení

- cílový efekt:
  - je velmi různorodý, závisí na mnoha okolnostech – osobnosti teatroterapeuta, cílové skupině, specifických potřebách klientů atd., přesto můžeme vysledovat jeho určitá specifika:
    - rozvoj komunikace verbální i neverbální
    - zmírnění sociálních fobií
    - snížení sociální izolace
    - zlepšení sebekritiky a sebereflexe
    - zdokonalení sebekázně a smyslu pro povinnost
    - rozvoj kreativity
    - zvýšení adaptability
    - zvýšení sebevědomí
    - zvládnutí kontroly svých emocí
    - získání schopnosti spontánního chování
    - rozšíření repertoáru rolí pro život (Polínek in Müller, 2013)

pozn. Dramaterapie, teatroterapie a psychodrama jsou expresivní terapie, které lze vymezit tím, že používají prostředky dramatického umění např. inscenační prostor, improvizační hru v roli, nonverbální pohybové prostředky, symbolická gesta apod.

Muzikoterapie

- expresivní terapie vymezitelná využíváním základních prvků hudebního umění: melodie, harmonie, rytmu, zvukové barvy, dynamiky, tempa, druhu taktu – tzn. základních prvků hudebního umění
- hudba sama o sobě působí bezprostředně a intenzivně na člověka, na jeho psychiku a její dynamiku
- muzikoterapie má jako jiné expresivní terapie svoji složku:
  - receptivní = *vnímání hudby*
    - se soustřeďuje na práci s projevem vokálním a instrumentálním (ale také projev řečový, pohybový...)
  - aktivní = *vyvíjení hudební aktivity,* přičemž tyto složky tvoří více méně kompatibilní celek
    - se soustřeďuje na poslech živě hrané nebo reprodukované hudby, dochází ke společnému prožitku a následně k podpoře budování vztahu – k uvolnění - k rozšíření vnímavosti apod.
- metody aktivní muzikoterapie:
  - hudební improvizace – založená na spontaneitě lidského hudebního projevu, který umožňuje zejména přirozené vyjadřování a chování klienta
  - hudební interpretace – založená na reprodukci předem známého hudebního materiálu a bezpečnějším, řízeném lidském hudebním projevu, které klientům umožňují zbavit se strachu a úzkosti a dodávají do jejich vyjadřování a chování potřebná pravidla
  - zpěv písní – je vhodný pro společenský kontakt, kultivaci řečového projevu (po obsahové i formální stránce) a dalších funkcí psychiky, odreagování apod.
  - psaní písní a kompozice hudby – mohou být důležitým prostředkem sebeuvědomění, sebevyjádření, seberealizace jednotlivce, ale rovněž sdílení, porozumění a spolupráce skupiny
  - hudební vystoupení – má především značný seberealizační potenciál
  - pohybové, dramatické, výtvarné a další aktivity (např. imaginace, relaxace) při hudbě apod.
- z hlediska našich kulturních podmínek lze uvést čtyři úrovně chápání pojmu muzikoterapie, podle něhož lze tento obor považovat za:
  - specifickou formu psychoterapie
  - skupinové hudební aktivity, cílem je hlavně zlepšení sociálních vazeb
  - součást léčebného a rehabilitačního procesu
  - psychohygienický proces (Kantor in Müller, 2014)

Biblioterapie (a poetoterapie)

- je metodou spíše doplňkovou, je to dáno jejími skutečnými možnostmi, tedy menší dynamikou působení literárního umění
- při biblioterapii využíváme (v různé intenzitě) základních funkcí literárního textu:
  - informační – informace pro řešení běžných situací, problémů

  - výchovnou – podněty pro formování osobnosti (např. změna postojů, zájmů)
  - konfrontační – zpětná vazba k vlastním názorům
  - estetickou – estetický zážitek a podněty pro estetické vnímání
  - katarzní – uvolnění prostřednictvím protikladných prožitků, "očištění" od negativních emocí
  - identifikační – možnost ztotožnění s kladným, podnětným vzorem
  - relaxační – zvolnění činnosti, nahrazení nepříjemné skutečnosti, odreagování
  - prestižní – možnost identifikace s určitými sociálními skupinami
- jejím obsahem je na jedné straně vlastní čtení a předčítání (přednes) daného literárního textu a na druhé straně dokončování či tvorba nového literárního textu
- zvláštní formou může být hledání osobního i společenského významu přísloví, citátů, výroků či otázek někoho z přítomných – terapeuta, klienta
- účastníci mají získat buď přetvářející pozitivní východiska svých problémů, nebo prožitky možného osobního úspěchu
- u dětí působí na jejich emociální vývoj vyprávěné pohádky a příběhy, u dospívajících a dospělých čtená beletrie (s obsahem odpovídajícím vlastním zkušenostem)
- typologické členění:
  - klinickou – jde o sezení (individuální i skupinová, v nemocnicích nebo ambulancích) využívající sebepoznávací literaturu vyvolávající hledání, očištění, projekci apod.
  - institucionální – mající didaktický charakter, používající literaturu popisující daný zdravotní stav klienta; patří sem i relaxační literatura určená pro hospitalizované pacienty
  - vývojovou – určenou pro skupiny nebo individuální klienty (jedná se o jedince, kteří nemají zdravotní problém), pracující s didaktickými a názornými texty podporujícími spíše rozvoj osobnosti a prevenci; v tomto případě se nejedná o terapii v pravém slova smyslu

+ Poetoterapie
- někteří autoři (např. Svoboda) vydělují zvlášť vedle biblioterapie
- v užším slova smyslu je to systematické terapeutické působení na psychicky, somaticky a sociálně narušené jedince prostřednictvím poezie
- **v širším slova** smyslu je to využívání poezie k pozitivnímu ovlivnění prožívání a jednání člověka
- má logický a úzký vztah ke všem expresivním terapiím zejména k biblioterapii
- můžeme ji považovat za součást biblioterapie nebo ji vyčlenit a osamostatnit
- s určitým zjednodušením můžeme říci, že při biblioterapii pracuje terapeut s prózou, u poetoterapie s básní, přičemž využívá hlavně působení zvukomalby, rýmu a rytmu

Arteterapie
- v užším slova smyslu
- ve SP je nejvíce používanou expresivní terapií, je to tím, že využívá velkého terapeutického potenciálu výtvarných činností – hlavně kresby
- arteterapie více a přitom bezpečně než jiné terapie využívá lidské exprese – výrazu → jinými slovy skryté psychické stavy, dojmy, pocity, nálady (a s nimi spjaté zkušenosti a poznatky) zde mohou být přirozeně odhaleny, sdíleny a následně formovány
- **kresba je významný komunikační prostředek a prostředek znalostí o sobě** (jak sám sebe vnímá, prožívá a prožívá vztahy ke svému okolí) → jde o specifický druh jazyka, který dokáže nahradit nedostatky běžně používané řeči, kromě toho má též významný diagnostický prostředek, protože dokáže velmi dobře odhalit nesrovnalosti s normálním vývojem (hlavně u dětí a mládeže)
- k diagnostice se používají zejména:
  - neprojektivní kresebné techniky – například obkreslování předloh
  - projektivní kresebné techniky – například kresba lidské postavy, test stromu, kresba rodiny, kresba začarované rodiny
- výtvarná terapie může být použita samostatně i v kombinaci s ostatním expresivními terapiemi
- arteterapeutické postupy lze použít v individuální, skupinové i rodinné formě prakticky u všech věkových kategorií klientů různých diagnostických skupin (například dětí a adolescentů, dospělých a seniorů, osob s některými psychickými poruchami, mentálním postižením, poruchami učení a chování, poruchami autistického spektra, vězňů, nevyléčitelně nemocných atp.)

- v arteterapii využíváme aktivním nebo receptivním způsobem kresbu, malbu, modelování a další výtvarné prostředky, přičemž práci s nimi cíleně spojujeme s rozvojem představivosti, kreativity a klientovou reflexí vlastního produktu na základě jeho individuálního vývoje, schopností, zájmů a ostatních osobnostních vlastností
- metody arteterapie:
    - volný výtvarný projev – pracuje se spontaneitou vyvolanou např. hrou – techniky čmárání, volné kresby, volné malby, výcviku práce s čarou a linií…
    - tématický výtvarný projev – zaměřen na konfliktní téma – obecně lidská témata např. dosavadní život, manželství, láska, rodina…nebo vztahující se ke konkrétním klientům vztahy v naší skupině či v rodině
    - výtvarný projev při hudbě – využívá specifických vlastností hudby bezprostředně a intenzivně působit na psychomotoriku člověka dělí se na *asociativní výtvarný projev*, ztvárnění asociací vyvolaných hudbou a *muzikomalbu* – ztvárnění hudby
    - skupinové výtvarné činnosti – pracují se skupinovou dynamikou a jsou významné pro svoji sociometrickou hodnotu i jako činitel úpravy sociálních vztahů
    - řízený výtvarný projev – pracuje s přímou intervencí terapeuta do výtvarné činnosti klienta
- cíle různých klasifikací: (M. Liebmann, 2010)
    - cíle individuální
        - tvořivost a spontaneita
        - budování důvěry, sebehodnocení, uskutečňování vlastních možností
        - zvyšování osobní autonomie a motivace, rozvoj jedince
        - svoboda rozhodování, experimentování, ověřování nápadů
        - vyjádření citů, emocí, konfliktů
        - práce s fantazií a nevědomím
        - vhled, uvědomování si sebe samých, reflexe
        - třídění zkušeností vizuálně a slovně
        - relaxace
    - cíle sociální
        - uvědomování si, uznání a ocenění druhých
        - spolupráce, zapojení do skupinové činnosti
        - komunikace
        - sdílení problémů, zkušeností a vhledů
        - objevování univerzality zkušenosti / jedinečnosti jedince
        - vztahování se ke druhým ve skupině, porozumění vlastnímu vlivu na druhé a na vztahy
        - společenská podpora a důvěra
        - skupinová koheze
        - objevování skupinových témat
- pro arteterapeutickou praxi jsou obzvláště významné zejména tyto strategie (Šicková-Fabrici, J., 2016):
    - imaginace = metoda, která umožní sebepochopení, vyjasnění postojů k sobě a k druhým lidem
        - k některým již prožitým situacím se člověk vrací právě prostřednictvím imaginace
        - znovu je prožívá, zpracovává a následně zhmotňuje do výtvarné podoby pod vedením arteterapeuta
        - používá se vědomě nebo nepřímo ve všech terapeutických směrech, pokud pracují se vzpomínkami a očekáváními
        - práce s imaginací navazuje na práci se snovými obrazy
    - animace = rozhovor v třetí osobě
        - využívá se ve fázi rozhovoru o nakresleném
        - terapeut nebo klient se identifikují s věcí či postavou z obrázku klienta (zvířátko, pohádková bytost) a hovoří jejich jménem
        - dojde k překonání zábran, k verbalizaci problému
    - koncentrace – mandala = znamená svatý kruh, střed
        - mandala je tušení středu osobnosti, určitý centrální bod uvnitř duše
        - v arteterapii mandala představuje pomůcku pro koncentraci a meditaci

        - v kresbách malých dětí je kruh, mandala symbolem zrodu jejich identity
        - jedinec se začleňuje do určitého prostoru, času a místa
        - mandala může být i jakási mapa vnitřní reality, díky které si člověk uvědomí, co stojí v jeho centru
    - restrukturalizace má v arteterapii silný potenciál
        - je možné ze starých prvků, vytvořit nový obraz
        - jednotlivé fragmenty je potřeba poskládat do nové struktury, akceptovat ji, najít v ní nový smysl
        - ve výtvarné podobě je to Strom života → nakreslí se, vybarví, rozstříhá, seskládá do nového obrazu
    - transformace = metoda přenesení pocitů z vnímání jednoho druhu uměleckého média do oblasti druhého (text transformován do výtvarné podoby; malba při hudbě; hmatové vjemy a pocity na vizuální výtvarnou reflexi)
        - pro některé jedince je transformace náročnější, ale je zpestřením setkání.
    - rekonstrukce = dotváření různých fragmentů
        - tato technika je zajímavá pro všechny věkové kategorie a typy postižení
        - rekonstruovaná část často zcela splyne a propojí se s výchozím fragmentem
        - ve výtvarné podobě je to dokreslovaná koláž lidské tváře nebo postavy (klient dostane část obrázku a ten dotvoří)

Animoterapie/Zooterapie

- = terapie s účastí zvířete
- výjimečnost mezi ostatními terapiemi – terapeutický prostředek je zde kromě člověka jiný živý tvor
- nejčastějšími terapeutickými prostředky jsou psi =canisterapie, a koně = hipoterapie
- léčebné účinky:
    - psychické stimulaci
    - rozvoji sociální komunikace
    - jistému stupni samostatnosti a nezávislosti – uspokojovat potřeby bezpečí a lásky
    - rozvoj jemné a hrubé motoriky
    - podněcuje verbální i neverbální komunikaci
    - rozvoj orientace v prostoru
    - nácvik koncentrace
    - polohování a relaxace i podnět ke hře a k pohybu
- úskalí:
    - strach ze zvířat
    - hygienická složka, technické problémy
    - alergie
    - finanční problémy (krmení, náklady na veterinární ošetření apod.)
- participující subsystémy:
    - psovod
    - canisterapeutický pes (či jiné zvíře)
    - poskytovatel péče/terapeut
    - klient (a jeho rodina)
- klienti:
    - animoterapie má výborné využití pro tělesně postižené (nejčastěji DMO, LMD, svalová dystrofie, epilepsie), pro mentálně postižené, pro klienty v rehabilitaci a jinak nemocné
    - u lidí a PAS pozvolným a dlouhodobým působením může zvíře plnit roli prostředníka mezi jejich světem a okolím
    - věková škála klientely je opravdu široká od kojenců po seniory v nejrůznějších prostředích - sociální , vzdělávací,…

Klasifikace

- dle typu:
    - **AAA** (animal-assisted activities)
        - aktivity za pomoci zvířat, kde se pomocí přirozeného kontaktu člověka a zvířete zaměřujeme na zlepšení kvality života klienta a obecnou aktivizaci
    - **AAT** (animal-assisted therapy)

        - terapie za pomoci zvířat, která je cíleným kontaktem, kde nasměřování a úkoly určuje odborník (fyzioterapie, psycholog, speciální pedagog apod.) a animoterapie se tak stává podpůrnou metodou celkové rehabilitace klienta
        - osoby často s mozkovou obrnou - v přítomnosti zvířete (které vydává teplo), může dojít k uvolnění stažených svalů
    - **AAE** (animal-assisted education)
        - vzdělávání za pomoci tvířat, kde pedagogové využívají pozitivní vliv zvířat na žáky se specifickými potřebami nebo jako součást zážitkové výuky
        - často je učitelé využívají, aby děti viděli, jak se pejsek chová, jak probíhá jeho den, co musí udělat, aby byl pejsek spokojený,…
    - **AACR** (animal-assisted crisis response)
        - Krizová intervence za pomoci zvířat, kdy kontakt zvířete a člověka v krizové situaci/prostředí působí na odbourání stresu a napomáhá k celkovému zlepšení psychického a/nebo i fyzického stavu klienta
        - např. pes zklidní osobu v krizové situaci a je prostředníkem k navázání nějakého stálého klidného psychického stavu
- dle počtu osob:
    - individuální
    - skupinová
- dle programu:
    - návštěvní program – návštěvy odborníků v zařízeních či domácnosti
    - jednorázová aktivita – krátkodobé nárazové (někdy popularizační) akce
    - pobytový program – pobyty klientů v příslušném prostředí, v němž se zooterapie praktikuje
    - rezidentní program – umístění zvířete v zařízení
    - další specifické formy – např. v rámci asistence vykonávané zvířetem
- dle druhu:
    - canisterapie – využití psa v rámci animoterapie
    - felinotrerapie – využití kočky v rámci animoterapie
    - hiporehabilitace – využití koně v rámci animoterapie
    - delfinoterapie – využití delfína v rámci animoterapie
    - lamaterapie – využití lamy v rámci animoterapie
    - insektoterapie – využití hmyzu v rámci animoterapie
    - ornitoterapie -–využití ptactva v rámci animoterapie
    - malá domácí zvířata
    - hospodářská zvířata
    - volně žijící zvířata
    - exotická zvířata v zoo

Hipoterapie

- součástí tzv. hiporehabilitace (ve smyslu zmírnění až odstranění společenského znevýhodnění pomocí aktivit s koněm)
    - součástí jsou také aktivity s využitím koně (původně pedagogicko-psychologické ježdění), terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků (původně pedagogicko-psychologické ježdění) a parajezdectví (původně sportovní a rekreační ježdění handicapovaných).
- charakter motivační, aktivizační a vzdělávací
- využívá pohybu koně a jeho přenosu na člověka spolu s psychologickým působením jízdy na koni a zaměřuje se na terapii pohybových poruch
- nejúčinnější je v rámci uceleného přístupu léčebné rehabilitace a je indikována pro děti a dospělé
- pro tuto činnost může být doporučen kdokoli s pohybovou poruchou na základě písemného doporučení lékaře po vyloučení možných kontraindikací
- hipoterapii lze zapojit i při ergoterapii, kde lze využít také činností péče o koně
- buď funguje na bázi fyzioterapie (jinými slovy: funguje na základě souladu trojrozměrného pohybu koňského hřbetu a pohybu klienta čili na základě primárního fyzikálně stimulujícího působení směřujícího ke zlepšení pohybových funkcí)
    - vede ji fyzioterapeut

- nebo na bázi psychoterapie (spíše terapie s využitím koní pomocí psychologických prostředků, využívající kontaktu s koněm jako zprostředkovatele k dosažení pozitivních změn v chování, myšlení, prožívání)
    - vede terapeut s příslušným vzděláním

Canisterapie

- klienti:
    - klienti s tělesným postižením (DMO, svalová dystrofie, epilepsie)
    - klienti s MP, autismus
    - klienti v rehabilitaci a jinak nemocní
    - zdraví jedinci v nepříznivé životní situaci (přírodní katastrofa, nehody, azylové domy, apod.) – odbourání stresu
- fyzioterapeutický prostředek k:
    - prohloubení dýchání
    - uvolnění spasmů
    - zahřátí

Felinoterapie

- zvláštností koček je jejich nezávislé chování vázané na prostředí, nikoli na člověka → díky tomu se klienti mohou naučit respektovat a tolerovat zvířata a následně i lidi a jejich pravidla

Terapie za pomoci malých zvířat

- základním principem práce s malými zvířaty je především element přirozené interakce s živým zvířetem
- pro mnohé klienty je takové setkání se zvířetem často jedinečnou možností poznání přírody
- v mnoha případech lze využít možnosti chovu drobných zvířat přímo v zařízení
- při této metodě lze úspěšně zapojit,…

Terapie za pomoci hospodářských zvířat

- prostředek ekologické výchovy a vytváření pracovních návyků
- aspekty pracovní terapie u zdravotně postižených a osob s psychosociálními problémy
- farmingterapie
- speciální terapeutické farmy zaměřené na poznávání hospodářských zvířat a potravinového řetězce
- terapeutické farmy jsou ve světě časté jako prostředí pro návrat lidí k základním lidským hodnotám - přirozenému životnímu prostředí, respektování biorytmů, péči o zvířata i úcty k práci k ostatním..

HRANIČNÍ METODY ZÁKLADNÍCH SPP TERAPIÍ

- SPP využívá i mimo modifikované metody také metody hraniční
- celá škála terapeutických postupů, které pocházejí z jiných domovských oboru – zejm. psychoterapie – a které jsou do jisté míry upraveny pro vlastní léčebně-pedagogické potřeby

Rodinná terapie

- v psychoterapii v širším slova smyslu chápeme jako její oblast, metodu i ucelenou koncepci – když terapii rozdělujeme na individuální a skupinovou, rodinná je třetí forma
- ve středu pozornosti nestojí jedinec, ale celá rodina, včetně zdravých i narušených členů
- předpokladem je, že poruchy dítěte (člena rodiny) úzce souvisí se skupinovou dynamikou celé rodiny – symptomy jsou výrazem narušených interpersonálních vztahů v rodině a terapeut usiluje o změnu těchto vztahů, aniž by se vztahoval výlučně k jednotlivým problémům (Langmeier, 2006)

Terapeutická komunita

- patří mezi léčebná společenství – tj. rozsáhlejší skupiny klientů a pracovníků určitého (často zdravotnického) zařízení
- terapeutický potenciál čerpá z dynamiky vztahů a interakcí v malých strukturovaných skupinách, ale i ze soc. činností a situací vyplývajících ze společného setkávání širší society – tedy z jejích pravidelných všedních zkušeností
- význam zde má vždy některý druh sociálního učení
- spadá do oblasti tzv. socioterapie
- jedním z důležitých znaků je dodržování max. možné ucelenosti a komplexnosti celého léčebného působení. Jako cenné sem spadá i kontakt s okolním světem, s rodinou, volnočasové aktivity apod.
- terapeutická komunita má stejný předmět zájmu jako existující speciálněpedagogická zařízení (např. etopedicky zaměřená)

- ve SPP – předmětem jsou klienti, které v komunitě spojuje skutečnost že:

- podílejí se na vytváření vzájemných vztahů
- participují na spol. podmínkách života
- mají společné zájmy (starosti, radosti)
- sdílejí společný prostor a čas
- sdílejí pocit pospolitosti

Skupinová rozhovorová sezení

- můžou být doplňkem tzv. formativní psychoterapie i léčebně-pedagogických terapeutických metod
- jde o to, aby terapeut cíleně a pravidelně otevíral další komunikační kanál pro sebeprojevení a sebeexploraci klientů
- terapeut používá sebe sama jako terapeutický prostředek (verbálního i neverbálního) a činí tak dvojím způsobem:
  - sezení strukturuje více – postupně se ptá, jednoho klienta po druhém, intervenuje častěji a systematicky, uspořádává intervence klientů, má předem připravená témata
  - sezení strukturuje minimálně – je zdrženlivější, vyčkává na reakce, improvizuje, že důvěřuje skupinové dynamice

Skupiny setkání (encounterové skupiny)

- můžeme tyto metody chápat jako metody psychoterapie, nebo coby inspirativní zdroje, které již dnes obohatily svými dílčími prvky metody léčebně pedagogické (to samé i autogenní trénink, řízená imaginace a psychodrama)
- primárně byly budovány jako skupiny společného prožitku a výcviku v senzitivitě
- spíše výcvikový charakter, zaměřen na komunikační dovednosti, zvyšování sociální citlivosti, osobností růst,…
- to, že se staly významnou součástí proudu činnostních terapií, bylo logickým vyústěním vývoje (užívají technik, které akcentují intimní mezilidské vztahy)

Autogenní trénink a řízená imaginace

- autogenní trénink – založen na relaxaci (cílem je minimalizovat nebo odstranit psychickou tenzi)
- má vést ke zklidnění, odstranění některých nežádoucích symptomů, zvýšení lidské výkonnosti
- v Evropě nejčastěji užívaný je Schulzův autogenní trénink pro dospělé (za pomoci návazných cvičení prohlubuje jakousi obecnou představu psychického klidu), modifikované verze pro děti naopak pracují s konkrétními představami a souvislostmi s dětským světem
- řízená imaginace – založena na řetězení určitých psychických obrazů a tematických fragmentů, do nichž je klient uveden terapeutem a v nich má po jistou dobu setrvat
- cíle imaginace jsou různé a pohybují se od získávání terapeutického materiálu pro psychoanalytické účely až po jednoduchá obrazotvorná cvičení pro děti (jejich účelem je hlavně zklidnění)

Zdroje:

- KANTOR, Jiří, Matěj LIPSKÝ a Jana WEBER. *Základy muzikoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2846-9.
- KRATOCHVÍL, Zdeněk. *Výchova, zřejmost, vědomí*. V Praze: Herrmann & synové, 1995.
- LANGMEIER, Josef a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Vývojová psychologie*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1284-9.
- LIEBMANN, Marian. *Skupinová arteterapie: nápady, témata a cvičení pro skupinovou výtvarnou práci*. Vyd. 2. Přeložil Johana ELISOVÁ. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-729-9.
- MAJZLANOVÁ, Katarína. *Dramatoterapia v liečebnej pedagogike*. 2. vyd. Bratislava: Iris, 2004. ISBN 80-89018-65-3.
- MÜLLER, Oldřich. *Expresivní terapie ve speciální pedagogice*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3686-9.
- MÜLLER, Oldřich. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2014. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
- MÜLLER, O. *Terapeuticko-formativní přístupy ve speciální pedagogice*. In Speciální pedagogika. 2006. 4., Olomouc: Univerzita Palackého, ISBN 80-244-1475-9.
- NERANDŽIČ, Z. *Animoterapie aneb Jak nás zvířata umí léčit*. Praha: Albatros, 2006, s. 34. ISBN 80-00-01809-8.
- ODENDAAL, J. *Zvířata a naše mentální zdraví*. Praha: Nakladatelství Brázda, 2007, s. 56. ISBN 978-80-209-0356-3.
- RŮŽIČKA, Michal a Martin Dominik POLÍNEK. *Úvod do studia dramaterapie, teatroterapie, zážitkové pedagogiky a dramiky: učebnice pro specializované studium pro prevenci sociálně patologických jevů*. Vyd. 1. Olomouc: P-centrum, c2013. ISBN 978-80-905377-1-2.
- ŠICKOVÁ-FABRICI, Jaroslava. *Základy arteterapie*. Rozšířené vydání. Přeložil Jana KŘÍŽOVÁ, přeložil Tereza HUBÁČKOVÁ. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1043-6.
- VALENTA, Milan. *Dramaterapie*. 4., aktualiz. a rozš. vyd., V nakl. Grada 2. Praha: Grada, 2011. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3851-2.
- VALENTA, Milan a Martin Dominik POLÍNEK. *Dramaterapie a teatroterapie*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3685-2.
- VALENTA, Milan. *Herní specialista v somatopedii*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.
- VELEMÍNSKÝ, M. a kol. autorů. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice : Dona, 2007, s. 32. ISBN 978-80- 7322-109-6.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Úvod do psychoterapie*. 2., aktualizované vyd. Praha: Grada, 264 s. ISBN 80-247-0253-3.

TYFLOPEDIE

14. Osoba se zrakovým postižením (klasifikace, příčiny, projevy a důsledky).

Statistika

- svět
  - 37 milionů nevidomých
  - 124 milionů slabozrakých (nezahrnují osoby s refrakčními vadami)
  - 161 milionů s těžkým zrakovým postižením
  - 82% nevidomých starších 50 let
  - 2 ženy na 1 muže
  - nárůst počtu také souvisí s nárůstem počtu obyvatel a zvyšování délky života
- u nás
  - 60 - 100 tisíc zrakově postižených
  - z toho 7 - 12 000 osoby nevidomé
  - 60-65% osob s těžkým zrakovým postižením je starších 60 let

Střípky z historie

- v dřívější době označováni jako slepci → každý, kdo měl závažné zrakové problémy (jež mu znemožňovaly normálně fungovat ve společnosti)
  - nebyly dostatečné diagnostické nástroje, jež by diferencovaly slepotu, zbytky zraku či slabozrakost
  - většinou závislý na pomoci druhých X osoby s mimořádnými schopnostmi a nadáním (např. předvídání budoucnosti)

TERMINOLOGIE

- prošla si velmi složitým vývojem
- z pohledu spec. pedagogiky → spjato s rozvojem, výchovou a vzděláním osob se ZP
  - tyflopedie - *typhlos* (slepý), *paidea* (výchova)
    - není to nejlepší označení - jedná se totiž pouze o osoby slepé/nevidomé
- z pohledu očních lékařů → určovali, co mohou osoby se ZP vykonávat, a co nikoliv (od toho se odvozovala koncepce výchovy a vzdělání)
  - oftalmopedie - ophtalmos (oko), paidea (výchova) → pozor nezaměňovat s oftalmologií
  - další varianty: optopedie, okulopedie
  - je bráno jako synonymum
- 70. léta 20. století - přijat Sovákův koncept rozdělení speciální pedagogiky, jež rozděloval základních 6 oborů (pedií)
- od poloviny 20. století byla realizována řada výzkumů, které se soustředily na specifika edukace dětí se ZP → na základě těchto výzkumů došlo k vytvoření potřebné organizační struktury, náplně edukace apod.
- 90. léta 20. století - zavedení termínu komprehenzivní speciální pedagogika → komprehenzivní tyflopedie (Jesenský)
- nejvhodnější název --> **speciální pedagogika osob se zrakovým postižením**
  - zabývá se všemi kategoriemi postižení
- osoba se zrakovým postižením = jedinec, který trpí oční vadou či chorobou, kdy i po optimální korekci (medikamentózní, chirurgické, brýlové apod.) má problémy v běžném životě se získáváním a zpracováním informací zrakovou cestou (Ludíková)
  - dle WHO: "Osoba se zrakovým postižením je ta, která má postižení zrakových funkcí trvající i po medicínské léčbě anebo po korigování standardní refrakční vady a má zrakovou ostrost horší než 0,3 (6/18) až po světlocit, nebo je zorné pole omezeno pod 10 stupňů při centrální fixaci, přitom tato osoba užívá nebo je potenciálně schopna používat zrak na plánování a vlastní provádění činnosti."
- zraková vada = defekt, projevující se nevyvinutím, snížením nebo ztrátou výkonnosti zrakového analyzátoru, a tím poruchou zrakového vnímání, orientace v prostoru, pracovních činností závislých na výkonnosti zraku a narušením vytváření sociálních vztahů (Flenerová)
  - dle Jesenského: "Ztráta nebo poškození anatomické stavby zrakového analyzátoru a poruchu v jeho funkcích."
  - dle Květoňové-Švecové: „Nedostatky zrakové percepce různé etiologie a rozsahu.“
  - dle WHO: "Nemoci oka a očních adnex" H00- H59
- zrakový analyzátor = oko
  - až 80% informací vnímáme zrakovou cestou

Přehled základních pojmů

- **akomodace** - přizpůsobení optického systému oka vzdálenosti objektu fixace (zastření); mechanismus, jímž oko zesiluje svou lomivost; změna refrakčního stavu je způsobena změnou zakřivení lomivých ploch čočky; dlouhodobě je oko schopno využívat pouze 2/3 akomodační šíře (při překročení vznikají astenopické obtíže)
- **amauróza** - úplná, trvalá ztráta zrakového vnímání; ztráta světlocitu
- **amblyopie** - porucha binokulárního vidění charakteristická pro dětskou populaci, funkční porucha zraku
  - Amblyopie představuje abnormální vývoj vidění, které je klinicky definováno jako snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigováním bez viditelných známek oční nemoci. (Kraus, 1997)
  - Funkční vada zraku, jejímž principem je snížení zrakové ostrosti obvykle jednoho oka, způsobené útlumem zrakového vnímání (Ludíková, 1989)
- **ametropie** - opak emetropie; stav, kdy se paprsky světla sbíhají mimo sítnici; optická mohutnost oka je větší nebo menší než by mělo odpovídat dané délce oka; u ametropického oka se vyskytuje některá z refrakčních vad
  - amoce - amotio retinae; odchlípení sítnice; dloučení neurosenzorické části od pimentového epitelu
    - rhegmatogenní - na sítnici vzniká trhlina umožňující průnik nitrooční tekutiny pod sítnici, v důsledku čehož dochází k jejímu odchlípení
    - nonrhegmatogenní - způsobeno vitreoretinální trakcí (trakční odchlápení sítnice) nebo subretinální exsudací (exsudativní odchlípení sítnice)
- **Amslerova mřížka** - bílá mřížka na černém podkladě nebo černá na bílém ve velikosti 10x10 cm při mřížkování po 5mm sledujeme střed mřížky ze vzdálenosti 30cm každým okem zvlášť
- **anizeikonie** - nestejná velikost sítnicových obrazů v obou očích; arteficiální anizeikonie vznímá při korekci anizometropie; aniseikonie nad 5% znemožňuje binokulární vidění
- **anizometropie** - stav, kdy refrakce obou očí není shodná
- **barvocit** - barevné vidění; schopnost rozlišovat barvy; lidské oko je citlivé na světelné paprsky v oblasti spektra 400-760 nm; orientační vyšetření pomocí pseudoizochromatických tabulek (obr. č. 3, 4 a 5); poruchou barvocitu trpí 8 % mužů a 0,5 % žen; většina (75 %) poruch představuje defekt v zelené fotoreceptorové oblasti, 25 % poruch je v červené fotoreceptorové oblasti; fyziologicky člověk vnímá asi 150 barev v rozsahu viditelného světla, celkově však více než 2000 odstínů
- **bezpečnostní držení** - jeden z prvků prostorové orientace zrakově postižených; 2 druhy, které se zpravidla kombinují:
  - horní bezpečnostní držení – účelem je krytí hlavy, používá se při vyhýbání se překážkám ve výši hlavy nebo při vyhledávání předmětů, pravá ruka je ohnuta v lokti a stočena diagonálně před obličejem hřbetem dlaně směrem k obličeji
  - dolní bezpečnostní držení – účelem je ochrana orgánů v oblasti břicha; levá ruka umístěna diagonálně před oblast břicha, hřbet dlaně směřuje od těla
- **Bílá hůl** - od roku 1930 je označením nevidomých osob (díky D'Herbemontové); vyskytuje se ve dvou základních modifikacích:
  - krátká (standardizovaná) bílá hůl - délka je vždy 90 cm; používá se převážně při chůzi se známým průvodcem, ve známém prostředí a chůzi s vodicím psem; plní především funkci informativní (označující)
  - dlouhá (nestandardizovaná) bílá hůl - délka se odvíjí od výšky postavy člověka - při kolmém postavení by měla dosahovat od podložky ke spodnímu konci sterna; plní všechny funkce hole
- **binokulární vidění** - jednoduché binokulární vidění představuje schopnost vytvořit jednoduchý prostorový vjem, tzn. jeden obraz fixovaného předmětu; předpokladem je senzorická a motorická koordinace obou očí a normální retinální korespondence; probíhá ve třech fázích – simultánní vidění, fúze, stereopse; vývoj probíhá až do cca 6 let věku
- **blízký bod** - punctum proximum; bod, který se zobrazí na sítnici ostře při maximální akomodaci
- **Braillovo písmo** - bodové reliéfní písmo; soustava šesti reliéfních bodů, přičemž jednotlivá písmena jsou tvořena kombinací 1 – 5 bodů; vytvořeno Louisem Braillem v r. 1825; oficiálně přijato v r. 1850; adaptace na český jazyk vytvořena v r. 1922; adaptovatelné na většinu světových jazyků
- **černá komora** - zatemněná místnost, v níž je realizována zraková stimulace
- **daleký bod** - punctum remotum; bod, který se při uvolněné akomodaci zobrazí na sítnici ostře
- **dioptrie** - jednotka optické mohutnosti čočky
- **diplopie** - dvojité vidění
- **dvojmetoda** - využívání reziduí zraku při striktním dodržování adekvátních pravidel zrakové hygieny a současný rozvoj ostatních, kompenzačních smyslů; v edukačním kontextu představuje současnou výuku čtení černotisku i Braillova písma (bez kontroly zrakem)
- **emetropie** - fyziologický refrakční stav oka; paprsky světla paralelní s optickou osou, které prošly zornicí, dopadnou přímo na sítnici do oblasti fovey, tzn., že daleký bod je v nekonečnu a sekundární ohnisko se nachází na sítnici (předpokladem je soulad mezi optickou mohutností rohovky, čočky a délkou oka)
- **etiologie** - příčiny (původ) onemocnění, postižení; nauka o příčinách a determinantách poruch, nemocí, vad a ostatních chorobných stavů
- **fixace** - cílené zaměření pohledu na určitý předmět
- **fotofobie** - světloplachost; nesnášenlivost světla (vyšších světelných intenzit); příznak některých očních chorob
- **fotopické vidění** - vidění při vyšších intenzitách světla v průběhu dne
- **fyziologický skotom** - při velmi nízkých intenzitách světla zajišťují vidění pouze tyčinky, v centrální krajině, která obsahuje pouze čípky vzniká fyziologický „relativní" centrální skotom
- **hemeralopie** - šeroslepost; porucha vidění za sníženého osvětlení; vzniká při nedostatku vitaminu A nebo jako symptom jiné oční choroby
- **incidience** - nemocnost; výskyt onemocnění; ukazatel počtu nových onemocnění v poměru k celkovému počtu obyvatel ve sledované populaci za určité časové období; poukazuje na dynamiku onemocnění v populaci
- **ireverzibilní** - nevratný
- **Jaegerovy tabulky** - tabulky sloužící k diagnostice vizu do blízka; celkem 24 tabulek zjišťujících schopnost práce s jemnými detaily; podoba krátkých textů v různé velikosti písma; J. č. – Jaegrovo číslo reprezentuje úroveň vizu do blízka (např. J. č. 17 odpovídá těžké slabozrakosti)
- **kompenzace** - souhrn speciálněpedagogických postupů, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené (Defektologický slovník, 2000); vyrovnání narušené funkce nebo poruchy zvýšenou činností jiné funkce, orgánu
- **kompenzační činitele** - umožňují kompenzaci omezení nebo ztráty zrakové percepce; 2 druhy kompenzačních činitelů:
  - nižší – hmat, sluch, čich, chuť
  - vyšší – myšlení, řeč, paměť, pozornost, představivost apod.
- **kontrast** - rozdíl jasu dvou současně viděných objektů v zorném poli
- **korekce** - obecně náprava, úprava, oprava; odstranění či zmírnění vady nebo chorobného stavu; v oftalmologii označuje léčebný/terapeutický postup; brýlová, medikamentózní, chirurgická apod.

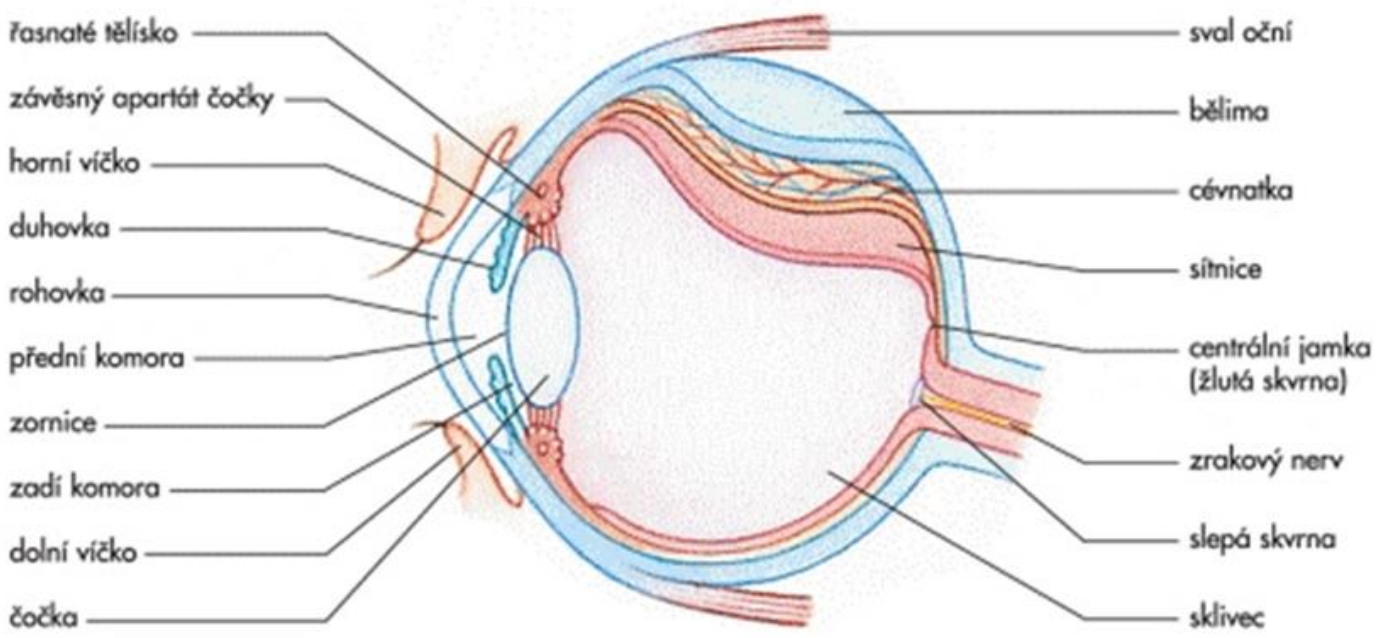
- **létající mušky** - muscae volitantes; jeden z entoptických fenoménů; při pohledu na intenzivně osvětlenou plochu lze vidět drobné skvrnky pohybující se souběžně s pohyby oka; nejčastější příčinou tohoto jevu jsou drobné zákaly ve sklivci (většinou benigního charakteru); pokud jsou spojeny se záblesky, mohou být signálem hrozícího odchlípení sítnice
- **lightbox** - světelný panel z mléčně bílého skla; vytváří optimálně kontrastní pozadí při práci na ploše; využíván v rámci zrakové stimulace
- **metamorfopsie** - deformace viděného obrazu (zvlnění čar, deformace úhlů apod.)
- **mezopeické vidění** - vidění při zhoršených světelných podmínkách
- **motilita oka** - pohyb oka
- **mydriáza** - rozšíření zornice způsobené vyřazením svalu duhovky; arteficiální mydriáza navozena při oftalmoskopickém vyšetření
- **oftalmopedie** - termín využívaný synonymně k označení disciplíny tyflopedie, respektive speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením; etymologicky v sobě více implikuje provázanost s oftalmologií
- **okluzor** - neprůsvitná clona zakrývající vedoucí oko v rámci terapie amblyopie; vyřazuje vedoucí oko z procesu vidění s cílem „donutit“ amblyopické oko k funkci; intervaly nošení určuje oftalmolog; do léčby zaveden v roce 1743
- **okulopedie, optopedie** - starší termíny užívané k označení disciplíny tyflopedie, respektive speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením
- **optická soustava oka** - rohovka, komorová voda, čočka, sklivec
- **optotyp** - obrazec zakreslený do čtvercové sítě 5x5 jednotek; Landoltovy prstence (mezinárodně přijatý základní optotyp), Snellenovy optotypy, Pflügerovy háky; základní prvek optotypových tabulí
- **patogeneze** - vznik a vývoj onemocnění; souhrn procesů, které jsou odpovědí organismu na poškození a které vedou ke vzniku nemoci a jejích projevů; nauka o vzniku a vývoji chorobných změn
- **perimetrie** - vyšetření určené k diagnostice stavu zorného pole; v současnosti je užívanější a přesnější statická perimetrie; pacient v osvětlené polokouli sleduje fixační značku a do plochy koule jsou projikovány světelné body, při spatření bodu pacient stiskne tlačítko, počítač vyhodnotí v závěru absolutní i relativní poruchy i falešně pozitivní a negativní údaje
- **Pichtův stroj** - pomůcka pro psaní Braillova písma; sestrojen O. Pichtem v r. 1899; paralelním stisknutím konkrétní kombinace kláves se vytlačí dané písmeno Braillské abecedy; při psaní tvořen pozitiv (lze jej rovnou číst)
- **pleopticko-ortoptická cvičení** - soubor technik a cvičení určených k reedukaci poruch binokulárního vidění;
  - pleoptika - výcvik slabšího (amblyopického) oka; využívané přístroje – lokalizátor, mnemoskop, korektor, pleoptofor, CAM stimulátor aj.; členěna na aktivní a pasivní;
  - ortoptika - nácvik binokulárního vidění; využívané přístroje – troposkop, cheiroskop, stereoskop, Rémiho separátor, diploskop, stereoprojektor, čtecí mřížka aj.
- **poruchy binokulárního vidění** - funkční poruchy zraku; nevznikají na organickém podkladě; jsou reverzibilní; „Stav, při kterém se na sítnici obou očí nevytváří rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem - zabezpečily stereoskopické hloubkové vidění.“ (Németh, 1999, s. 19)
- **preferenční vidění** - preferential looking; preference stimulu v podobě mřížky definované počtem páru černých a bílých pruhů (cyklů na centimetr) viděných pod úhlem 1 ° před neutrální šedou plochou; měří se fixace oka v závislosti na jemnosti šrafování stimulu
- **pseudoizochromatické tabulky** - tabulky sloužící k orientačnímu vyšetření barvocitu; jejich principem je sestava různých písmen, číslic či tvarů nebo obrázků znázorněných v zaměnitelných barvách rozdílné sytosti nebo v odlišných barvách stejné sytosti; (odkaz na obr. 3, 4, 5)
- **reedukace** - rozvoj v oblasti postižené funkce; speciálněpedagogické metody, které rozvíjejí nevyvinuté nebo upravují porušené funkce v oblasti postiženého analyzátoru, a to se zřetelem k celé osobnosti postiženého (Defektologický slovník, 2000)
- **refrakce** - relace mezi lomivostí a délkou oka
- **sebeobsluha** - nácviku dovedností a znalostí pro zvládnutí běžných situací všedního dne; Wiener uvádí jako synonymní pojem praktická výchova; v anglicky mluvících zemích užíván termín Activities of the Daily Living; v německém prostředí užíván pojem Lebenspraktischenfertigkeiten; zahrnuje oblast osobní hygieny, oblékání, stravování, sebeobsluhy v kuchyni a úklid
- **skotom** - výpadek v zorném poli; může být absolutní, relativní, bloudivý apod.
- **skotopické vidění** - vidění při slabém osvětlení a za šera
- **slepá skvrna** - Mariottův bod; místo výstupu zrakového nervu z oka (terč zrakového nervu – absence světločivných buněk); leží v zorném poli přibližně 12° - 18° temporálně od fixačního bodu
- **stereopse** - prostorové, trojrozměrné, hloubkové vidění
- **strabismus** - porucha binokulárního vidění, narušení rovnovážného postavení obou očí (osy obou očí nejsou rovnoběžné), obrazy z levého a pravého oka nejsou lokalizovány na identických místech sítnice; definice: Stav, kdy při fixaci určitého předmětu se osy vidění neprotínají v témže bodě. (Květoňová-Švecová, 1998)
- **světlocit** - schopnost vnímat světlo; diferencován na 2 kategorie – světlocit se správnou projekcí, světlocit bez projekce
- **šestibod** - základní prvek systému Braillova písma; tvořen dvěma tříbodovými sloupci vedle sebe; plně vyhovuje fyziologii a psychologii hmatového vnímání

1 •	4 •
2 •	5 •
3 •	6 •

- **technika dlouhé hole** - Poučené a cílevědomé užívání bílé hole, které zrakově postiženému poskytuje plnou bezpečnost a jistotu při dodržování základních fyziologických i estetických pravidel pohybu. (Wiener, 2006)
- **tonometrie** - měření nitroočního tlaku; v současnosti je nejpřesnější Goldmanův aplanační tonometr (air puff tonometr) - měří oploštění rohovky vyvolané náhlým nárazem vzduchu
- **trailing** - kluzná prstová technika; využívá se zejména při orientaci v interiéru; umožňuje nalézt dveře, okno, výklenek, překážku na stěně atp.; ruka je zvednuta do výše pasu a předsunuta mírně před tělo, prsty jsou ohnuté vzad, nehty kloužou po podložce (stěně)
- **trichromazie** - normální stav, kdy oko vnímá tři základní barvy; v rámci trichromazie se může vyskytnout protanomálie, deuteranomálie, tritanomálie (poruchy vnímání jednotlivých barev)
- **trubicovité vidění** - koncentrické zúžení zorného pole; zůstává zachováno pouze centrální zorné pole; výrazně limituje oblast prostorové orientace
- **tyflografika** - „představuje grafická znázornění zhotovená nevidomými nebo pro potřeby nevidomých technikami reliéfních čar nebo velmi nízkých reliéfních ploch.“ (Jesenský, 1988, s. 34), grafická znázornění pro potřeby osob se zrakovým postižením a zároveň grafická znázornění vytvářená samotnými zrakově postiženými, souborné označení jakéhokoliv obrázku nebo znázornění třírozměrných, prostorových objektů v ploše a pomocí čar vnímatelných hmatem

- **tyflologie** - vědní obor zabývající se veškerými aspekty života osob se zrakovým postižením; „Vědní obor, který se zabývá zrakově handicapivaným člověkem, jeho dimenzemi a prostředím. Rozpracovává obecné otázky utváření zrakově handicapovaného člověka a kvalit jeho života.“ (Jesenský, 2000, s. 9)
- **tyflotechnika** - soubor přístrojů, zařízení a pomůcek umožňujících nevidomým (respektive všem kategoriím osob se zrakovým postižením) alespoň do jisté míry kompenzovat chybějící zrakovou percepci; tyto kompenzační pomůcky přispívají k integraci osob se zrakovým postižením do společnosti (Defektologický slovník, 2000)
- **verbalismus** - užití pojmu bez přesné znalosti jeho významu; neadekvátní užití pojmu; zpravidla jeden ze specifických rysů rozvoje řeči u dětí s těžkým zrakovým postižením
- **vidění** - „Schopnost rozlišovat zejména světlo, tmu, barvy, tvary, rozměry, polohy a pohyby předmětů, trojrozměrnost, hloubku prostoru.“ (Ludíková, 2003, s. 179)
- **vizus** - centrální zraková ostrost; udává rozlišovací schopnost oka; schopnost identifikovat dva prostorově oddělené objekty jako dva = minimum separabile; při určování vizu zjišťována míra minimálního úhlu rozlišení (MÚR) - vizus je pak reciprokou hodnotou MÚR vyjádřenou v obloukových minutách; k vyšetření užívány optotypové tabule (nejnověji tabule log MÚR); vyjádření vizu Snellenovým zlomkem nebo decimálním převodem; v rámci diagnostiky se zjišťuje vizus do dálky a vizus do blízka
- **zorné pole** - oblast, kterou oko vidí fixující bod; součet všech bodů, které se při nehýbajícím se oku zobrazují na sítnici; oblast viděná při fixaci hlavy a krku; hranici zorného pole tvoří okraj očnice, včetně obočí a nosu, tváře a víček; rozsah zorného pole - 90° temporálně a nazálně, nahoře 60° a dole 70°; zorné pole obou očí se v rozsahu asi 60° kolem fixačního bodu překrývají (předpoklad stereoskopického vidění); centrální zorné pole slouží k ostrému vidění a k vidění barev, periferní k orientaci v prostoru a ve tmě
- **zrak** - jeden z pěti lidských smyslů; dálkový analyzátor; umožňuje přijímání informací z okolí (přibližně 80 % všech informací z prostředí je zrakových); zprostředkovává maximum informací v minimálním časovém úseku; umožňuje vidění
- **zraková hygiena** - soubor zásad, metod, postupů, předpisů a forem práce s účelem zabránit zhoršování zrakových funkcí; zásady se vztahují k intenzitě osvětlení, vybavení nábytkem, intervalů práce do blízka, optimálních parametrů obrazových materiálů apod.
- **zraková stimulace** - metodika rozvoje těžce postiženého zraku dítěte v raném věku a využívání zbylého vidění (Skalická); soubor technik, metod a postupů, kterými se snažíme naučit dítě využívat i sebemenší zbytek zraku, a to nejen vidět, ale i dívat se (Kudelová, Květoňová)
- **zraková terapie** - „Low vision therapy“; podpora rozvoje zraku v souvislosti s využitím rehabilitačních a kompenzačních pomůcek; soubor cvičení, metod a podpory využití rehabilitačních a kompenzačních pomůcek pro zlepšení využití stávajícího zrakového potenciálu (Moravcová, 2004)
- **zraková funkce** - zraková ostrost, okulomotorika, stav zorného pole, zpracování zrakových vjemů, barvocit, adaptace na tmu a oslnění, citlivost na kontrast

Anatomie zrakového analyzátoru

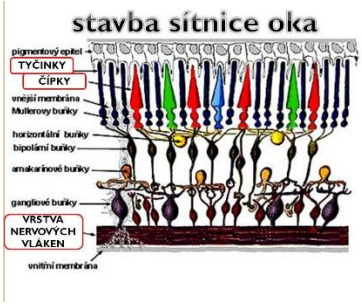


- **bulbus oculi** (oční koule)
  - přibližný tvar koule
  - na bulbu rozlišujeme přední a zadní pól (odděleny ekvátorem), meridiány (linie vedené po povrchu bulbu), spojnice mezi oběma póly - oční osa = anatomická osa
  - <u>rozměry bulbu</u>:
    - sagitálně (mezi předním a zadním pólem) - 24,2 mm
    - transverzálně (od ekvátoru k ekvátoru) - 24,1 mm
    - vertikálně - 23,6 mm
  - bulbus umístěn v orbitě sagitálně (udržován ve své poloze tonusem okohybných svalů)
  - <u>obaly bulbu</u>:
    - tunica fibrosa: rohovka (cornea), bělima (sclera)
    - tunica vasculosa: živnatka (uvea) - cévnatka (choriodea), řasnaté tělísko (corpus ciliare), duhovka (iris)
    - tunica nervea (interna) - pigmentová vrstva (stratum pigmenti retinae), stínice (retina)
    - obsah oka - čočka (lens cristaliana), sklivec (corpus vitreum), komorová voda (humor aquaeus)
  - další rozměry: hmotnost (cca 7 gramů), objem (6,5 cm3)
  - u novorozence je velikost bulbu přibližně třetinová (velmi rychlý růst oka v prvních 5 letech života)

- tonus okohybných svalů udržuje bulbus v jeho poloze - ve spánku se napětí okohybných svalů uvolní a bulby se stočí zevně a nahoru - tzv. Bellův fenomén

- **sclera** (bělima)
  - zaujímá 5/6 pevného očního obalu
  - tvořena svazečky kolagenních vláken
  - obsahuje cca 90% vody
  - barva skléry je matně bílá (v mládí zbarvena více domodra, ve stáří dožluta)
  - do tkáně skléry přecházejí úpony zevních okohybných svalů
  - relativně nízká citlivost (omezený počet nervových vláken)
  - nejtlustší v oblasti zadního pólu (cca 1mm), nejtenčí v oblasti ekvátoru a úponu okohybných svalů (0,3 mm)
  - při poklesu obsahu vody pod 40% a zvýšení nad 90% se skléra stává průhlednou
  - membrána obalující skléru --> Tenonské pouzdro
- **cornea** (rohovka)
  - tvoří pokračování skléry v přední části bulbu
  - průhledná
  - tvořena stejným typem vláken jako skléra
  - tvar horizontálně uložené elipsy
  - rozměry rohovky:
    - horizontálně - 11,5-12 mm (pod 10mm - microcornea, nad 13 megalocornea)
    - vertikálně - 11 mm
  - histologická struktura - 5 vrstev:
    - epitel (dobrá a rychlá regenerační schopnost)
    - Bowmanova membárna (nemá regenerační schopnost)
    - stroma (obsahuje cca 80% vody)
    - Descemetova membrána (elastická, velmi odolná při infekcích a poraněních)
    - Endotel
  - bohaté nervové zásobení - nejcitlivější tkáň v těle (téměř každá buňka epitelu má své nervové vlákno)
  - bezcévná
  - výživu zajišťují: komorová voda (přísun glukózy), slzy (přívod kyslíku nezbytného k získání energie z glukózy), limbální cévní kličky
  - Konečná velikost dosahuje již v 6. měsíci života
  - Poloměr zakřivení (přední plocha - 7,8 mm; zadní plocha - 7 mm)
  - Vertikální meridián je silněji zakřiven - příčina fyziologického rohovkového astigmatismu (způsoben tlakem horního víčka na bulbus)
  - Pokud se zvýší obsah vody ve stromatu nad 80% dojde ke zkalení rohovky
- **uvea** (živnatka)
  - tvoří střední vrstvu oka
  - protkána hustou sítí cév - plní vyživovací funkci
  - obsahuje chromatofory (buňka obsahující pigment)
  - tvořena několika samostatnými tkáněmi:
    - iris (duhovka)
      - tvoří překážku mezi přední a zadní oční komorou
      - uprostřed kulovitý otvor - pupila (zornice) - řídí množství světla vstupujícího do oka
      - 2 druhy pigmentových buněk duhovky - chromatofory (hnědý nebo žlutý pigment) + hrudkovité buňky v oblasti svěrače zornice (tmavohnědý až černý pigment)
      - svaly duhovky: rozvěrač zornice (m. dilatator pupilae), svěrač zornice (m. sfincter pupilae) --> svaly působí antagonisticky, ovládány parasympatikem a sympatikem
      - barva duhovky je závislá na množství pigmentu ve stromatu a skladbě duhovkové tkáně (barva očí se stabilizuje do 10 let věku)
    - corpus ciliare (řasnaté tělísko)
      - leží mezi kořenem duhovky a končí klikatou obloukovitou linií ora serrata
      - umožňuje zakřivení čočky, účastní se akomodace a produkuje komorovou vodu
      - ciliární sval je inervován pomocí sympatiku a parasympatiku
    - chorioidea (cévnatka)
      - zajišťuje výživu vnějších vrstev sítnice, tyčinek a čípků
      - rozprostírá se od ora serrata k papile zrakového nervu
      - zevně hraničí se sklérou, vnitřně s pigmentovým epitelem sítnice
      - mezi sklérou a cévnatkou leží suprachorioidea, pod ní leží stroma cévnatky - nejdůležitější vrstvou stromatu je choriokapilaris (vyživuje pigmentový epitel a smyslové buňky)
      - Hranice mezi cévnatkou a retinálním pimentovým epitelem tvoří Bruchvoa membrána
    - oblast komorového úhlu
      - tzv. duhovkorohovkový úhel
      - tvořen přední plochou duhovky, řasnatým tělískem, rohovkou, sklérou
      - obloukovitě klenut
      - součástí úhlu je trabekulum (elastická mříž s ovýlnými póry) - nejdůležitější tkáň pro odtok komorové vody do Schlemova kanálu
- **stratum pigmentosum** (pigmentový epitel)
  - zajišťuje látkovou výměnu smyslových buněk sítnice
  - leží mezi kapilární sítí cévnatky a smyslovými buňkami
  - obsahuje karotenoidy (mají význam pro regeneraci zrakového purpuru ve vnějších výběžcích tyčinek)
  - obsahuje pigmentové buňky (pigment - fuscin)
- **retina** (sítnice)

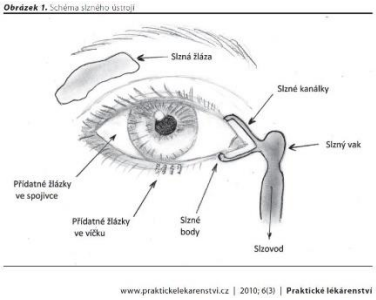
- velmi jemná růžová transparentní blána
- volně přiložena k cévnatce, pevně je fixována pouze v místě papily zrakového nervu a v oblasti ora serrata
- složena ze dvou částí:
  - optická část (pars optica retinae) - rozprostírá se od ora serrata až k papile zrakového nervu
  - slepá část (pars coeca retinae) - rozprostírá se od ora serrata k epitelu řasnatého tělíska a duhovky, neobsahuje smyslové ani nervové elementy
- tloušťka sítnice se pohybuje od 0,1 do 0,3 mm
- úkol sítnice - příjem světelných paprsků, jejich přeměna v elektrické impulzy a jejich vedení dále do mozku
- složena z 10 vrstev
- obsahuje smyslové receptory a nervové buňky
- fotoreceptory (tyčinky, čípky - celkem cca 130 miliónů) - tvoří citlivou vrstvu přijímající světlené impulzy
  - *čípky* - zabezpečují barevné vidění a vidění za světla; největší výskyt v jamce nejostřejšího vidění; celkový počet se pohybuje kolem 6-7 milionů; vnější úsek čípku obsahuje jodopsin (na světlo citlivá substance); vnitřní úsek obsahuje buněčné jádro a čípkové nervové vlákno, které se spojuje s bipolárními buňkami
  - *tyčinky* - umožňují vidění pouze za šera a za tmy; v počtu přibližně 120 milionů; vnější úsek obsahuje rhodopsin (zrakový purpur) - při osvitu dochází k jeho přestavbě a přeměně světelných impulzů na nervové vzruchy; vnitřní úsek obsahuje buněčné jádro a nervové vlákno, které se spojuje s bipolárními buňkami
- další buňky sítnice:
  - *bipolární buňky* - tvoří první neuron zrakové dráhy; jsou zprostředkovateli mezi smyslovými buňkami a gliovými buňkami; spojení smyslových buněk s bipolárními buňkami představuje tzv. ganglion retinae (druhý neuron)
  - *gangliové buňky* - uloženy v nejvnitřnější vrstvě sítnice; tvoří druhý neuron zrakové dráhy; neurit gangliových buněk zasahuje až do primárního zrakového centra v mozku (corpus geniculatium laterale)
  - *asociační buňky* - zahrnují horizontální buňky (jejich přesná úloha není známa) a amakrinní buňky (podpůrné)
  - *podpůrné buňky* - veškeré nervové části sítnice jsou obklopeny podpůrnou tkání s vyživovací funkcí, patří sem Mullerovy podpůrné buňky; neuroglie a astrocyty
- specifické oblasti sítnice:
  - *papila zrakové nervu* (papila nervi optici) - místo výstupu nervových vláken ze sítnice do zrakového nervu, lehké růžové zbarvení; směrem do středu je lehce prohloubena (vykazuje tzv. fyziologickou exkavaci)
  - *fovea centralis* - jamka nejostřejšího vidění; 1,ř mm velká oblast na zadním pólu oka; v jejím centru leží foveola - obsahuje pouze čípky
  - *macula lutea* = centrální krajina - zóna kolem fovey o velikosti 3-5mm; bezcévná, obsahuje žluté barvivo (xantofylin)
  - *ora serrata* - obloukovitá klikatá linie; odděluje optickou a slepou část sítnice; sítnice se zde oplošťuje (redukují se její nervové a smyslové části i podpůrné elementy)
- výživa sítnice - participující 2 cévní systémy - centrální sítnicová arterie (arteria centralis retinae) a choriocapilaris cévnatky:
  - *arteria centralis retinae* - vyživuje první a druhý neuron
    - je větví arteria ophtalmica, která se odštěpuje z arteria carotis internae
  - *choriokapilaris* - zabezpečuje výživu pigmentového epitelu a smyslové vrstvy sítnice



- **humor aquaeus** (komorová voda)
  - čirá bezbarvá tekutina s indexem lomu 1,33
  - skutečně se podobá vodě
  - produkovány výběžky řasnatého tělíska
  - proudí ze zadní oční komory skrz pupilární prostor do přední komory, kde cirkuluje (cirkulace je podmíněna teplotním rozdílem mezi teplou duhovkou a studenou rohovkou)
  - z přední komory je komorová voda odváděna v duhovkorohovkovém úhlu do Schlemmova kanálu
  - vytváří prostředí, ve kterém žije čočka a je nejdůležitější pro její výživu
  - účastní se výživy rohovky
- **lens cristaliana** (čočka)
  - bikonvexní tvar
  - elastická, uzavřena v pouzdře
  - leží za duhovkou v prohloubenině sklivce
  - ve své poloze upevněna vlákny závěsného aparátu (fibrae zonulares, zonula) - účastní se akomodace, vlákna jsou tvořena kolagenními i elastickými fibrilami, stářím se stávají méně elastická a křehčí
  - její tvar se mění tahem vláken závěsného aparátu, závisí na stupni akomodace a mění se s věkem
  - průhlednost čočky s věkem klesá - jádro se stává žlutým, hnědavým až červenohnědným
  - histologicky je čočka tvořena čočkovým pouzdrem (capsula lentis), epitelem a stromatem
  - vyživována pomocí osmózy z komorové vody
- **corpus vitreum** (sklivec)
  - vyplňuje prostor mezi čočkou, řasnatým tělískem a sítnicí
  - tvoří 80% obsahu oka
  - udržuje tvar bulbu pomocí tlaku na bulbární obaly

- tvořen želatinózní bezbarvou hmotou (98% vody, za viskozitu zodpovídá kyselina hyaluronová)
- skladba podobná komorové vodě, ale obsahuje speciální bílkovinu vitrein
- nemá regenerační schopnost (při porušení nahrazován komorovou vodou)

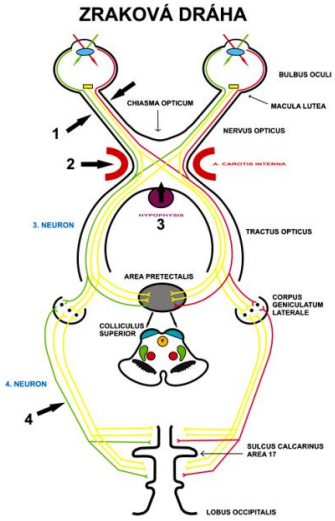
- **pomocné a ochranné orgány oka:**
  - **orbita** (očnice)
    - kostěný otvor lebky
    - tvar čtyřboké pyramidy se zakulaceným vrcholem (směruje do střední jámy lební)
    - objem očnice - cca 30 m3
    - na stavbě očnice se podílí 7 kostí lebky (maxila, jařmová kost, čelní kost, slzná kost, čichová kost, patrová kost, klínová kost)
    - obsah orbity - bulbus, zrakový nerv, orbitální tuk, 6 okohybných svalů, zvedač horního víčka, ciliární ganglion, periorbita
  - **palpabrae** (víčka)
    - kožní řasy uzavírající zepředu orbitu - ochrana oka proti vnějším vlivům
    - mrkáním roztírají po přední straně bulbu slzy - zajištění konstantní hydratace předních vrstev rohovky
    - zevnitř je víčko pokryto víčkovou spojivkou
    - vnitřní okraj víčka je ostrý, vnější okraj je zaoblený s 3-4 řadami řas
    - oporu víček tvoří chrupavčitá tarzální ploténka (kostra víček z kolagenních a elastických vláken)
    - svaly víček - svěrač víček (m. orbicularis oculi), zvedač horního víčka (m. levator palpebrae superioris), Mullerův víčkový sval (m. tarsalis - podporuje činnost zvedače horního víčka)
    - žlázy víček - Meibomské (mazové), Mollovy (potní), Zeissovy (mazové)
  - **conjuctiva** (spojivka)
    - sliznice pokrývající vnitřní stěnu víček a přední stěnu očního bulbu
    - část víčková, přechodní řasa, část bulbární (nejtenčí oddíl spojivky, průhledná)
    - tkáň spojivky tvořena z adenoidního pojiva (obsahuje lymfatické buňky)
    - obsahuje - Wofringovy a Krauseho akcesorní slzné žlázky, Becherovy buňky (produkují mucin), Henleovy a Manzovy žlázky (mazové)
  - **okohybné svaly**
    - upevňují bulbus v orbitě a umožňují pohyb oka ve všech 9 pohledových směrech
    - uloženy v orbitě, upínají se do skléry
    - začínají na šlašitém prstenci (Zinniův prstenec) v hrotu orbity
    - 6 párů okohybných svalů (4 přímé, 2 šikmé)
      - m. rectus superior - horní přímý sval (inervace n. oculomotorius)
      - m. rectus inferior - dolní přímý sval (inervace n. oculomotorius)
      - m. rectus internus - vnitřní přímý sval (inervace n. oculomotorius)
      - m. rectus externus - zevní přímý sval (inervace n. abducens)
      - m. obliquus superior - horní šikmý sval (inervace n. trochlearis)
      - m. obliquus inferior - dolní šikmý sval (inervace n. oculomotorius)
  - **slzné ústrojí**
    - slzotvorná část - slzná žláza (glandula lacrimalis), přídatné slzné žlázky Wolfringovy
    - slzovodná část (odvádí slzy do nosu) - slzné body, slzné kanálky, slzný váček, nosní slzovod
    - funkce slz:omývají přední plochu bulbu; odvádí do spojivkového vaku cizí tělíska; podstatná funkce při látkové výměně rohovky - přivádí k rohovce kyslík; vyrovnávají drobné nerovnosti rohovky; vytvářejí na rohovce slzný film - 3 vrstvy (mukózní vrstva, vodnatá část, olejová vrstva); složení - 99% vody, 1% solí (NaCl, KCl), bílkoviny (globuliny, albuminy), glukóza, aminokyseliny, fermenty
    - slzovodné cesty - slzy jsou roztírány pohybem víček na povrchu bulbu, část se vypaří, část odtéká do vnitřního koutku kde tvoří slzné jezírko; dále pokračují k slzným bodům na okraji horního a dolního víčka ve vnitřním koutku; odtud postupují k slzným kanálkům, které vstupují do slzného váčku, který ústí do nosního slzovodu, který odvádí slzy do nosu (pomocí slzné pumpy - závisí na činnosti víček)



- **zraková dráha**
  - od smyslových buněk až ke zrakovým centrům v mozkové kůře
  - **zraková dráha**: sítnice --> papila --> zrakový nerv --> chiasma --> optické trakty --> corpus geniculatum laterale --> Gratioletův svazek --> Korová zraková centra
    - receptory sítnice mění světelné impulzy v elektrické - přenášeny bipolárními a ganlgiovými buňkami pomocí synapsí ve vnější a vnitřní plexiformní vrstvě ke zrakovému nervu, který začíná na papile a prostopuje do střední jámy lební až k chiasma opticum, kde dochází k částečnému křížení nervových vláken; z chiasmatu vybíhají 2 optické trakty směrem do corpus geniculatum laterale (primární zrakové centrum), kde končí druhý neuron zrakové dráhy; dál vede zraková dráha ve formě vějířovitého rozšíření (Gratioletův svazeček - optická radiace) do korových zrakových center v okcipitálním mozkovém laloku
  - **zrakový nerv**: vlákna zrakového nervu jsou velice tenká; je obklopen mozkovými plenami; délka od 25-55mm; průběh zrakového nervu (intrasklerální, orbitální, intrakanalikulární, intrakraniální úsek); histologicky obsahuje zrakový nerv cca 1 mil. nervových vláken (jsou uspořádána do svazečků, počet svazečků je cca 1000, každý svazeček obsahuje cca 1000 vláken)
  - **chiasma opticum**: místo křížení zrakových nervů; vzhled bílé ploténky s čtyřrohým tvarem (na předních rozích do něj vstupují oba oční nervy, na zadních rozích z něho vystupují optické trakty); umístěno cca 10mm nad hypofýzou pod bází mozku; křížení nervových vláken (vlákna z

temporálních polovin sítnic probíhají nezkříženě X vlákna z nazálních polovin sítnic se kříží X makulární vlákna se před dosažením chiasmatu rozdělují na dva svazečky - dolní s přímo probíhajícími vlákny, horní s křížícími se vlákny)

- **optické trakty**: probíhají od chiasmatu až ke corpus geniculatum laterale (označováno jako ganglion opticum --> třetí neuron); v každém traktu probíhají vlákna z obou očí (vlákna z levých polovin sítnic probíhají v levém traktu, vlákna z pravých polovin sítnic obou očí probíhají v pravém traktu); v oblasti středního mozku vbíhají optické trakty do corpus geniculatum laterale
- **corpus geniculatum laterale**: primární zrakové centrum; přepojovací stanice mezi sítnicí a mozkovými centry; soubor gangliových buněk v mezimozku; končí zde neurity gangliových buněk; hlavní úlohou je přepojení impulsů na třetí neuron zrakové dráhy --> nachází se zde čtvrté neurony (jejich axony probíhají jako tractus genioculocorticalis Gratioli a vedou ke kůře okcipitálního laloku)
- **Gratioletův svazek**: tzv. optická radiace; široký vějířovitý svazek bílé hmoty; tvoří třetí/čtvrtý neuron zrakové dráhy; tvořen neurity buněk vybíhajících z corpus geniculatum laterale
- **mozková zraková centra**: v mozkové kůře okcipitálního laloku; jedná se o area striata (17 - končí zde vlákna Gratioletova svazku, konečná příjímací stanice zrakových impulzů, přijaté impulzy se zde zpracovávají a vyhodnocují jako zrakové počitky), area parastriata a peristriata (18 +19 - zpracování a zhodnocení přijatých impulsů, místo odkud jsou vedeny impulsy k motorickému systému oka); v mozkových zrakových centrech se dále zpracovávají informace z ostatních částí těla - tzv. proprioceptivní vzruchy (informace o jednotlivých tkání a orgánech těla) nebo informace z vestibulárního aparátu



- **nervové zásobení oka**
  - z 12 **hlavových nervů** má pro oko význam 5 z nich
    - III. n. oculomotorius - inervuje okohybné svaly kromě horního šikmého a vnějšího přímého
    - IV. n. trochlearis - inervace horního šikmého svalu
    - V. n. trigeminus - senzitivními vlákny zajišťuje inervaci celé oblasti oka (zejména rohovky a spojivky), 3 hl. kmeny trigeminu:
      - *n. ophtalmicus* - zásobuje oko a orbitu, 3 větve:
        - n. lacrimalis (vede k slzné žláze), n. frontalis (inervuje horní víčko, vnitřní koutek), n. nasociliaris (senzitivní kořen k ciliárnímu gangliu, oběma víčkům, slznému váčku)
      - *n. maxilaris* - inervuje maxilu a spojivky dolního víčka
      - n. mandibularis - nemá význam pro inervaci oka
    - VI. n. abducens - inervuje vnější přímý sval
    - VII. n. facialis - větvička inervuje m. orbicularis oculi
  - **autonomní nervy** (vegetativní nervy) - sympatikus a parasympatikus
    - vlákna sympatiku - vedou k cévám bulbu a orbity, k dilatátoru duhovky, ke svalu řasnatého tělíska, k slzné žláze, k Mullerovým svalům víček a orbity
    - vlákna parasympatiku - probíhají současně ve 3. a 7. hlavovém nervu s motorickými vlákny

CÍL

- maximální rozvoj osobnosti jedince se zrakovým postižením, což znamená dosažení nejvyšší míry socializace, které je tento jedinec schopen, včetně zajištění adekvátních podmínek pro edukaci, ale i pro přípravu na povolání, v kontextu následného pracovního zařazení a plnohodnotného společenského uplatnění

PŘEDMĚT

- pedagogické jevy u osob se zrakovým postižením
- usiluje o poznání specifik procesu učení a socializace osob se ZP a zákonitostí výchovy a vzdělávání těchto osob
- zajišťuje za jakých podmínek, s jakým obsahem, metodami, prostředky a formami dosáhne tyfloped výchovného cíle, a to v souladu s tělesným a duševním vývojem jedince se ZP (Jesenský)
- pozn. tyfloedukace - vzdělávání osob zrakově handicapovaných (jednotlivce/skupiny) - dle Jesenského

STRUKTURA

- obecná: základy SP osob se ZP, historiografie SP osob se ZP, didaktika SP osob se ZP, metodologie SP osob se ZP, oblast srovnávací SP osob se ZP
- dle věku: raný, předškolní, školní věk, andragogika, gerontagogika
- dle míry/stupně: SP osob - nevidomých, se zbytky zraku, s poruchou binokulárního vidění, slabozrakých

POSTAVENÍ V SOUSTAVĚ VĚD

- tyflopedie nemůže existovat izolovaně
- spadá mezi společenskovědní (humanitní) disciplíny
- obory:
  - společenské - filozofie, pedagogika (dialektický vztah), psychologie (obecná, vývojová, pedagogická, patopsychologie, klinická,…), sociologie (socializace, enkulturace, sociální skupiny, status, normy, pozice,…), další pedie (logopedie, surdopedie, etopedie, psychopedie, somatopedie)
  - medicínské - oftalmologie, pediatrie, neurologie, psychiatrie,…
  - přírodovědecké - fyzika (optika, akustika), elektronika, kybernetika
- postavení tyflopedie ve směru k *tyflologie* (hraniční obor): "Vědní obor, který se zabývá zrakově handicapovaným člověkem, jeho dimenzemi a prostředím. Rozpracovává obecné otázky utváření zrakově handicapovaného člověka a kvalit jeho života." (dle Jesenského)
  - obor, který se zabývá vším, co souvisí s životem osob se ZP, tudíž v některých rovinách se speciální pedagogikou osob se zrakovým postižením zcela prolíná a jejich hranice nejsou zcela zřejmé

Komprehenzivní tyflopedie

- komprehenzivní speciální pedagogika – J. Jesenský
- ucelený, vnitřně diferencovaný, logicky strukturovaný systém odborných poznatků o člověku se ZP v situaci výchovy nebo také jevech edukace jedinců se ZP
- charakteristiky KSP ZP – ucelenost, zahrnutí řady disciplín, obsáhlost, komplexnost a generalizovanost pojetí

ETIOLOGIE

- nejčastěji se setkáváme s oftalmologickými diagnózami
- příčiny mohou být různé (diverzita) - jedním z hledisek je doba vzniku, lokalita (chudé země – postižení předního segmentu oka; rozvinuté země – genetická etiologie, zadní segmenty)
- variabilní, multifaktoriální, idiopatický (bez známé příčiny)
- nejrizikovější období – dětství
  - v rozvojových zemích výrazné – zvýšená frekvence recidivujících očních zánětů, poranění rohovky, deficience vitaminu A v důsledku celkových onemocnění
  - v rozvinutých zemích je riziko vzniku těžkého zrakového postižení v dětské populaci podstatně nižší
- **vrozené**
  - hereditární
  - negativní tělesné pochody v těle matky (zánět dělohy, nepravidelné uložení plodu na stěně dělohy, poruchy látkové výměny matky,…)
  - virová onemocnění matky během těhotenství (např. rubeola, toxoplazmóza, kongenitální herpes simplex, varicela zoster,…)
  - pohlavní choroby matky (HIV pozitiva - AIDS, cytomegalovirus, syfilis, chlamydie, gonorea=kapavka,…)
  - toxické vlivy na dítě prostřednictvím matky (nadměrné užívání alkoholu, užívání drog, špatná indikace léků)
  - vlivem faktorů působících z vnějšího prostředí (RTG záření, radioaktivita,…)
  - mechanické poškození plodu (pády matky na břicho, nárazy do břicha, autonehody)
- **získané** (jak peri, tak postnatální)
  - progrese refrakčních vad
  - zákaly (glaukom i katarakta)
  - důsledek jiného onemocnění (např. diabetes, roztroušená skleróza, meningitis, encefalitidy,…)
  - vliv stárnutí organismu na zrakový orgán (makulární degenerace sítnice, katarakta, stařecká vetchozrakost,…)
  - úrazy hlavy či očí (např. triáda perforujících zranění - bodné, sečné a řezné rány, automobilové nehody,…)
  - nádorové onemocnění jak samotných struktur oka, tak také v okolí zrakového nervu, či zrakového centra (např. retinoblastom, jako jediný nádor postihuje jen dětskou populaci, nádory očnice,…)
  - chemické či fyzikální působení na oko (poleptání, popálení oka, vystavení oka záření,…)
  - některé publikace uvádí: kouření, stres matky během těhotenství
- doba a příčina vzniku ZP je důležitým prvkem při počáteční diagnostice
  - protože je zasažena integrita rodiny - rodiče mají pocit že nebyla naplněna jejich biologicky-reprodukční funkce, a proto je prvním předpokladem pro zdravý rozvoj a vývoj dítěte, vyrovnání se se situací

  - u dítěte je pak zhoršené vnímání zrakem či jeho úplná absence normou, a proto se s tímto pro něj přirozeným stavem učí pracovat od útlého věku
  - v dospělosti pak mají již vytvořené a rozvinuté kompenzační činitele a relativně snadno se orientují v podpůrných prostředcích, pomůckách i službách, které jsou jim nabízeny
- získané postižení zasahuje samotného jedince více než jeho okolí --> musí se naučit pracovat a žít bez dosavadních informací získaných zrakovou cestou - na druhou stranu může na dosavadních znalostech stavět

Oftalmologická problematika

- příčiny těžkého ZP: katarakta (47,8%), glaukom (12,3%), věkem podmíněná makulární degenerace (8,7%), opacity rohovky jako následek různých onemocnění (5,1%), diabetická retinopatie (,8%), různá dětská onemocnění (3,9%), trachom (3,6%), říční slepota (0,8%), další postižení zraku související s genetickým vývojem, degenerativní procesy, traumaty a jinými příčinami (13,0%)
- převážná část těchto onemocnění je ovlivnitelná léčbou - až 75% případů nevidomosti lze předejít (v závislosti na typu onemocnění a vyspělosti států)
- v poslední době došlo k výraznému nárůstu chronických s věkem souvisejících onemocnění a současně k poklesu podílu infekčních chorob

FREKVENTOVANÉ ZRAKOVÉ VADY

Katarakta (šedý zákal)

- zkalení oční čočky
- etiologické faktory - dědičnost, infekční onemocnění matky (rubeola, toxoplazmóza, CMV) a teratogenní vlivy v době gravidity, 1/3 etiologických faktorů je neznámá
- dle doby vzniku:
  - vrozená (cataracta *congenitalis*)
    - formy - *totální* (komplexní zákal čočky), *parciální* (cataracta polaris anterior et posterior, cataracta perunuclearis, cataracta fusiformis, cataracta coricalis,…)
  - získaná (cataracta *senilis* - senilní katarakta)
    - postihuje až 70% populace nad 75 let věku
    - dochází k biochemickým změnám ve složení čočky (chemické změny proteinů, změna koncentrace Na a K, vznik pigmentací, zvýšená hydratace čočky)
    - příznaky - zhoršené vidění do blízka nebo naopak do dálky, pohled jakoby přes zamlžené brýle nebo závoj, potřeba vyšší intenzity osvětlení nebo naopak světloplachost)
    - onemocnění se vyvíjí několik měsíců až let
    - formy - zadní subkapsulární, kortikální, nukleární, brunescentní, intumescentní, maturní
- může se rozvinout po dlouhodobém podávání některých léků (kortikosteroidy, miotika), při nadměrném působení záření (ionizující, infračervené, ultrafialové), při poleptání chemickými látkami (hydroxidy), po poranění elektrickým proudem, jako důsledek metabolických poruch (DB, galaktosémie, hypokalcémie, Wilsonova choroba), doprovodný jev chronických dermatitid
- traumatická katarakta - vzniká při poranění bulbu (při subluxaci či luxaci čočky, kontuzi bulbu, perforujícím poranění)
- součástí některých syndromů - Downův, Alportův, Refsumův syndrom a Fabryho choroba
- sekundární katarakta - důsledek nebo průvodní jev některých dalších chorobných stavů oka nebo jako přidružená komplikace očních operativních zákroků
- operativní řešení katarakty:
  - indikací k operaci je taková úroveň zakalení čočky, který omezuje jedince v běžných každodenních činnostech (u kongenitální - neprůhlednost čočky, která způsobuje překážku v optické ose --> může být příčinou těžké deprivační amblyopie)
  - dva způsoby extrakce čočky: *intrakapsulární* (ICCE, vyjmutí celé čočky včetně pouzdra - výjimečně), *extrakapsulární* (ECCE, odsátí jádra a kortextu čočky, zachování převážné části čočkového pouzdra)
    - zavedl roku 1748 francouzský lékař Jacques Daviel
  - po extrakci dochází k *arteficiální afakii* - oko se stává silně hypermetropckým, následuje implantace umělé zadněkomorové měkké čočky (u vrozené katarakty se implantace provádí až ve starším věku v souvislosti s růstem oka - cca od 2 let)
  - pooperační komplikace - sklivcová komplikace, ednoftalmitida, sekundární glaukom, hemoragie, edém rohovky, cystoidní makulární edém

Glaukom (zelený zákal)

- celosvětově jedna z nejčastějších příčin nevidomosti
- český název odvozen od nazelenalé barvy zornice v terminálním stádiu
- charakterizován ireverzibilní, progresivní, chronickou neuropatií terče zrakového nervu a specifickými změnami v zorném poli (vlivem ischemie a útlaku zvýšeným nitroočním tlakem)
- zpravidla bilaterální, asymetrický z hlediska stupně postižení
- bez včasné léčby může vést až k nevidomosti
- postihuje přibližně 2% populace nad 40 let věku, se zvyšujícím se věkem incidence narůstá
- rizikové faktory:
  - zvýšený nitrooční tlak - v 50% případů se rozvine u těchto jedinců zákal
  - věk - se zvyšujícím se věkem narůstá možnost výskytu (60-80 let)
  - rasa - u bělochů a černochů převažuje glaukom s otevřeným úhlem (u černochů nastupuje dříve a v těžší formě), u orientálců častěji angulární glaukom (tedy s uzavřeným úhlem)
  - dědičnost

  - poruchy krevního zásobení
- primární glaukom
  - s *otevřeným úhlem* (s vysokou, nízkou tenzí, oční hypertenzí)
    - ve více než 80%; většinou typické pro vyšší věk
    - přední komora je přiměřeně hluboká, komorový úhel má normální šířku, je otevřený a volný
    - charakteristickým symptomem je vysoký nitrooční tlak, který je způsoben poruchou v odtoku nitrooční tekutiny vlivem mikroskopických změn v trámčině komorového úhlu (norma 10-21 mmHg --> patologie kolem 40 mmHg)
    - vlivem zvýšeného nitroočního tlaku dochází k charakteristickým morfologickým změnám na papile zrakového nervu projevujícími se typickými defekty v zorném poli (glaukomatózní atrofie papily zrakového nervu --> papila šedne a je hluboce exkavována)
    - onemocnění má plíživý charakter, pacient si poruchy v zorném poli dlouhou dobu neuvědomuje a lékařskou pomoc vyhledá až ve chvíli, kdy jsou zrakové funkce devastovány
    - v zorném poli se rozvíjí charakteristický skotom - nejdříve relativní skotomy v temporální části sítnice se postupně prohlubují v absolutní skotom, který s plyne se slepým bodem a obloukovitě shora či zdola obkružuje centrum fixace, nazálně končí ostře na horizontále --> postupně až trubicovité vidění
    - preventivním opatřením jsou prohlídky u oftalmologa po 40. roce věku
    - *glaukom s nízkou tenzí* - nitrooční tlak je trvale v normě, ale na papile jsou změny způsobené ischemií zrakového nervu
    - *oční hypertenze* - nitrooční tlak se pohybuje nad normální hodnotou, ale papila má normální vzhled --> nutné pacienta sledovat
    - léčba: neléčitelný, ale adekvátní léčba může progresi zpomalit až zastavit (pomocí miotik normalizující nitrooční tlak); při neúspěchu konzervativní léčby je indikována trabekuloplastika
  - *angulární* glaukom - s uzavřeným úhlem
    - predisponujícím faktorem může být hypermetropie, kdy je oko malé, přední oční komora mělká a komorový úhel je úzký
    - diferencován na akutní, chronický, intermitentní
    - principem je blokáda komorového úhlu kořenem duhovky - nalehnutí její báze směrem k rohovce
    - *akutní* záchvat přichází zcela náhle, může být vyvolán např. výrazně stresovou situací nebo po aplikaci mydriatik
    - charakteristický bolestí oka a hlavy
    - doprovázen četnými vegetativními příznaky - nauzea, zvracení, které mohou zatlačit oční příznaky do pozadí a pacient může být vyšetřován s podezřením na náhlou příhodu břišní
    - další symptomy: červené oko, překrvené spojivkové a episklerální cévy, matná rohovka, mělká přední oční komora, dekolorace duhovky, rozšířená zornice bez fotoreakce, oko je velmi tvrdé
    - trvalé následky - deformovaná zornice a atrofovaná duhovka, v komorovém úhlu výskyt goniosynechií (=srůsty duhovky a rohovky)
    - při opakovaných záchvatech může dojít až k úplnému uzavření úhlu --> pokud dojde k trvalé obstrukci odtokových cest, vzniká *chronický* glaukom (nitrooční tlak je trvale zvýšen)
    - *intermitentní* glaukom - prozatím nedochází k náhlé blokádě, vznikají abortivní záchvaty s mlhavým viděním a duhovými barvami kolem světelných zdrojů doprovázené bolestmi hlavy, přední oční komora je mělká, v komorovém úhlu jsou goniosynechie; v mezidobí je nitrooční tlak v normě
    - léčba: miotika; po odeznění záchvatu indikována bazální iridektomie laserem
  - *kongenitální* glaukom
    - v komorovém úhlu přetrvává perzistující embryonální mezenchymová tkáň ztěžující odtok komorové vody
    - zvýšení nitroočního tlaku není příliš výrazné díky elasticitě a poddajnosti skléry a rohovky
    - dochází ke zvětšování rohovky (megalocornea) a bulbu jako celku (buphthalmus)
    - buphthalmus je buď vrozený nebo se rozvíjí v prvním roce života
    - časné příznaky - epiphora (nadměrné slzení), fotofóbie (světloplachost) a blepharospasmus (křečovité svírání víček)
    - záhy dochází k atrofii zrakového nervu s rychlou progresí
    - léčba: goniotomie (jehlou se rozřízne embryonální mezenchymová tkáň v komorovém úhlu, čímž se uvolní cesta pro odtok komorové vody)
- sekundární glaukom
  - vzniká v průběhu nebo jako následek jiného očního onemocnní nebo chorobného stavu
  - příčinou může být traumatická (i kongenitální) dislokace nebo subluxace čočky
  - vzniká při zánětech předního uveálního traktu (iridocyklitidy)
  - může doprovázet nitrooční nádory, DB retinopatii, odchlípení sítnice, aniridii, afakii, coloboma iridis a další
  - komplikace po operačních zákrocích a úrazech

Věkem podmíněná makulární degenerace

- degeratio maculae senilis (SMD)
- nezánětlivé degenerativní onemocnění centrální části sítnice - zhoršování centrálního zrakové ostrosti až na vizus počítání prstů před okem
- patologický proces je omezen pouze na makulární krajinu (periferní vidění je v normě)
- zaujímá přední místo mezi příčinami těžkého zrakového postižení u populace nad 60 let ve vyspělých zemích
- incidence a progrese všech forem stoupá s narůstajícím věkem
- symptomy - zhoršující se vidění, zpočátku metamorfopsie (zkreslení, deformace obrazu, např. jeho zvlnění) a mikroskotomy, postupně vzniká absolutní centrální skotom, zhoršování vizu do blízka, postupně také do dálky

- formy:
  - suchá, atrofická forma - u 85% pacientů, atrofie makulární oblasti, pozvolný pokles vizu, zhoršené vidění při práci nablízko, výpadky písmen při čtení, skotomy, deformace obrazu apod.
  - vlhká, exsudativní forma - vzniká v důsledku abnormálního růstu cév pod makulární krajinou, dochází k prosakování krevní plazmy a krevních elementů pod sítnici, rychlý pokles zrakové ostrosti, rozsáhlý centrální skotom, atrofie pigmentového epitelu, neovaskularizace
- dosud neexistuje žádná účinná terapie - cílem léčby je stabilizace onemocnění

Opacity rohovky

- mohou se vyskytovat jako součást různých syndromů (Fabryho, Frynsův, Ehlersův-Danlosův sydnrom VI) a metabolických onemocnění (mukopolysacharidóza)
- vysoká incidence zejména v rozvojových zemích
- vznikají v důsledku avitaminózy A

Diabetická retinopatie

- komplikací onemocnění diabetes mellitus
- změny cévních stěn postihují rovněž cévy sítnice
- zvyšující se incidence tohoto onemocnění souvisí s prodlužující se délkou života diabetiků
- DR vzniká po 3-5 letém trvání diabetu I. typu
- prevalence DR po 20 letém trvání diabetu se blíží 100%
- rozvoj DR urychluje hypertenze, anémie, hyperlipidémie, těhotenství
- fáze:
  - neproliferativní - výskyt mikroaneuryzmat, IRMA (intraretinální mikrovaskulární abnormity), drobné hemoragie, ukládání tuků v podobě voskovitých ložisek, počínající edém makuly
  - preproliferativní - v současné době označována jako těžké stádium DR, množení mikroaneuryzmat, makulární edém, obliterace kapilár sítnice
  - proliferativní - obliterace sítnicových kapilár způsobuje ischemii, díky níž dochází k nadměrné tvorbě VEGF faktoru (vascular ednothelial growth factor), který iniciuje novotvoření cév a vaziva a jejich proliferaci směrem do sklivcové dutiny, vznik fibrózních pruhů kolem cév, tah za proliferace a krvácení do sklivce či sítnice může vést až k odchlípení sítnice
- důležitá role screeningu
- neexistuje spolehlivá konzervativní léčba, efektivní je terapie pomocí laserové fotoagulace (zamezení progresi onemocnění, respektive proliferaci a zabránění odchlípení sítnice), v pokročilejších stádiích indikována pars plana vitrektomie
- dalším komplikujícím faktorem DR může být katarakta

Trachom

- způsoben chlamydia trachomatis
- výskyt - charakteristický pro Afriku, chudé arabské země, jihovýchodní Asii, Indii, chudé oblasti a jižní a střední Ameriky
- úzce souvisí s nedostatkem vody a špatnými hygienickými podmínkami a návyky (přenáší se kontaktem, šatstvem, ručníky apod.)
- vede k jizevnatým změnám spojivky a postupnému ireverzibilnímu zákalu rohovky
- v pokročilém stádiu a při chronickém opakování vede k ireverzibilnímu poškození rohovky a sním spojené nevidomosti
- léčba aplikací antibiotik

Říční slepota

- onchocerkóza (onchocerciasis)
- onemocnění vyvolané hlísticí Onchocerca volvulus
- incidence v oblasti afrických řek jižně od Sahary, zemích Střední a Jižní Ameriky a některých oblastech Arabského poloostrova
- vede k poškození všech tkání oka kromě čočky
- doprovázena velmi intenzivním svěděním

Retinopatie nedonošených (Retinopathy of Prematurity, ROP)

- popsal Theodor L. Therry - 1942 v Bostonu
  - dříve se polemizovalo o kyslíkové teorii - kyslík podávaný v inkubátoru
- čelní postavení mezi příčinami nevidomosti u dětí v rozvinutých a středně rozvinutých zemích světa - až 70% dětské nevidomosti je způsobeno ROP
  - v ČR evidováno kolem 60 dětí s ROP
- vazoproliferativní onemocnění sítnice postihující zejména předčasně narozené děti s nízkou porodní hmotností --> nutný screening
- etiologie má multifaktoriální charakter - klíčovým faktorem je prematurita (nízký gestační věk + nízká porodní hmotnost)
- další rizikové faktory: anémie, RDS (syndrom respirační tísně), krevní transfuze, bronchopulmonární dysplazie, aseptický stav, acidóza, umělá plicní ventilace
- nejrizikovější skupina: velmi nezralí novorozenci (narození před 32. gestačním týdnem s porodní hmotností pod 1500g)
  - v případě předčasného porodu je normální růst retinálních cév zastaven - periferie sítnice nemá dostatek kyslíku a živin - předpokládá se, že tato oblast sítnice vysílá signály od ostatních částí sítnic - ve snaze zvýšit přísun živin a kyslíku dochází k neovaskularizaci (růstu abnormálních cév)
  - vaskularizace sítnice začíná v 16. týdnu gestace - retinální cévy se začínají formovat v oblasti optického disku, plně je dokončena několik týdnu po porodu, nazální oblast sítnice je kompletně vaskularizována ve 32. týdnu gestace, ve vzdálenější temporální dokončen ve 40.-42. týdnu
- patogeneze není zcela objasněna - vznik a rozvoj je podmíněnou změnou koncentrace kyslíku (hypoxií či hyperoxií), v jejímž důsledku dochází k vazokonstrikci vyvíjejících se cév sítnice --> dochází ke snížení průtoku krve cévami, což provokuje zvýšenou produkci

angiogenních faktorů - látek stimulujících novotvorbu cév --> abnormální cévy pak prorůstají do celé sítnice a sklivce --> tento proces vede k odchlípení sítnice (terminální stádium)
  - novotvořené cévy jsou tenké a křehké --> mohou snadno krvácet a vytvářet trhliny na sítnici
- klinický obraz je rozdělen dle stádií:
  - I. stádium - tenká, nízká demarkační linie oddělující vaskulární a avaskulární část sítnice
  - II. stádium - růst demarkační linie do výšky a šířky, vzniká hřebenovitý val mezi vaskulární a avaskulární sítnicí
  - III. stádium - extraretinální fibrovaskulární proliferace (bujení vaziva a abnormálních cév), vzniká tzv. REFP komplex
  - IV. stádium - parciální odchlípení sítnice (exsudativního nebo trakčního původu)
  - V. stádium - totální odchlípení sítnice
  - --> v 90% případů se stádia I. a II. spontánně regredují bez zásadních anatomických změn
  - mohou se vyskytnout atypické formy ROP
- kromě výše uvedených stádií je RP klasifikována rovněž pomocí tří přesně definovaných sítnicových zón - výskyt retinopatických změn v jednotlivých zónách společně se stádiem ROP určují její závažnost
- terapie: účinná konzervativní léčba dosud neexistuje --> nejefektivnější v dnešní době je krykoagulace nebo laserová fotokoagulace indikována v přesně definovaném prahovém stádiu (principem je destrukce bezcévnaté části sítnice ve snaze zastavit nebo zpomalit abnormální neovaskularizaci)
  - v pozdějším stádiu - indikována sklerální cerkláž a pars plana vitrektomie - cílem je zabránit amoci sítnice
- důsledky: nejzávažnější důsledky postihují 10 - 30% dětí s ROP, zrakové funkce se pohybují v rozmezí slabozrakosti až nevidomosti - častější výskyt pozdních očních komplikací (odchlípení sítnice, myopie, strabismus, amblyopie, glaukom)

Aniridie
- vrozená bilaterální vada oka
- způsobena autozomálně dominantně dědičnou odchylkou ektodermálního původu
- hlavní charakteristikou je nedostatečně vyvinutá duhovka - zcela chybí nebo je přítomen rudiment duhovky u jejího kořene
- většinou se jedná o vadu bilaterálně symetrickou a stacionární
- součástí bývá foveální dysplazie
- sekundární komplikace - sekundární glaukom (až v 50% případů) a katarakta různého rozsahu (patologické změny mohou vést až k amoci sítnice - konzultace sportovních a pracovních aktivit s oftalmologem)
- zraková ostrost se pohybuje na úrovni slabozrakosti až praktické nevidomosti
- doprovodnou komplikací bývá nystagmus a výrazná světloplachost (v důsledku absence duhovky)

Nystagmus
- bezděčné rytmické pohyby většinou obou očí vykonávané v jednom nebo několika pohledových směrech
- vzniká poruchou tonické inervace okohybných svalů
- klasifikace
  - dle povahy pohybu - záškubový (pomalý pohyb jedním směrem je střídán rychlým pohybem v opačném směru) a kývavý (obě komponenty jsou zhruba stejně rychlé)
  - dle roviny v níž dochází k pohybu očí - horizontální, vertikální, rotační, diagonální a cirkulární (vzniká kombinací předchozích) - zvláštností je houpačkový nystagmus (see-saw nystagmus, při němž jde jedno oko vzhůru a druhé v opačném směru dolů)
  - dle intenzity:
    - I. stupeň - patrný pouze při pohledu ve směru rychlé složky
    - II. stupeň - zřejmý i při pohledu přímo vpřed, zřetelnější při pohledu ve směru rychlé složky
    - III. stupeň - mírný nystagmus při pohledu ve směru pomalé složky, zřetelnější ve středním postavení, výrazný při pohledu ve směru rychlé složky
  - dle etiologie:
    - okulogenní - očního původu
    - vestibulární - ušního původu
    - neurogenní - nervového původu
- hodnocení intenzity nystagmu na základě frekvence (střední frekvence kolem 250kmitů/m) a amplitudy (do 5° jemný, do 15° střední nad 15°hrubý)
- zpravidla dochází ke kompenzačnímu držení hlavy - stáčení hlavy ve směru rychlé složky
- patologický nystagmus:
  - vrozený - podmíněn senzorickou nebo motorickou poruchou, při senzorické poruše vzniká okulogenní nystagmus, který je neurologickou odpovědí na zhoršenou možnost nebo nemožnost fixace v důsledku překážky v optické ose (př. Zakalená čočka u katarakty, nedostatečná funkce fotoreceptorů u RPnedonošených, achromatopsie, atrofie papil optického nervu,…)
  - latentní - zvláštní forma vrozeného nystagmu, manifestuje se pouze při okluzi jednoho oka, vždy je záškubový, směřuje rychlou složkou k okludovanému oku
  - získaný - neurogenního nebo vestibulárního původu, zpravidla spojen s jiným onemocněním (poruchy CNS, nádorová onemocnění,…)
- fyziologický nystagmus:
  - fixační - patrný v krajním pohledovém směru při delším udržování fixace (min. 30s) nebo při úpravě oka
  - optokinetický - vzniká např. při sledování krajiny z jedoucího vlaku, slouží jako dg. nástroj k potvrzení funkce oka
  - experimentální vestibulární - podnětem pro vznik je změna rychlosti pohybu hlavy
  - kalorický - labyrintového původu, lze jej vyvolat chladnou vodu (cca 25°C) nebo teplou vodou (cca 40°C) vstříknutou do zvukovodu (chladná voda vyvolá nystagmus na straně drážděného labyrintu, teplá voda naopak)

Coloboma iridis

- rozštěp duhovky, kolobomový komplex
- může být jednostranný nebo oboustranný
- porucha vývoje oka v embryonálním stádiu (6. až 7. týden)
- vzniká následkem nedostatečného uzavření embryonální oční štěrbiny - nejčastěji v přední nebo zadní části, tzn. V oblasti duhovky nebo optické nervu
- kolobomový komplex může zahrnovat rozštěp celé uvey až k ciliárnímu tělísku, rozštěp čočky, sítnice a zrakového nerv
- patrný v oblasti duhovky - pupila nemá kruhový tvar, ale deformovaný hruškovitý
- u bilaterální poruchy bývá vizus snížen na úroveň slabozrakosti
- časté přidružené komplikace - katarakta, sekundární glaukom, amoce sítnice

Albinismus

- vrozená, recesivně dědičná vada metabolismu aminokyselin
- příčinou je defekt tyrosinázy v melanocytech - dochází k poruše tvorby melaninu (kožního pigmentu)
- formy:
  - oční albinismus - postihuje pouze oči
  - okulokutánní albinismus (albinismus totalis) - postihuje oči i kůži, častější varianta
- v důsledku poruchy pigmentace může dojít k hypoplazii žluté skvrny
- zrakové funkce se pohybují v pásmu slabozrakosti
- zpravidla přítomen nystagmus a výrazná světloplachost

Atrofie papil zrakového nervu

- degenerace nervové tkáně druhého neuronu zrakové dráhy - dochází k demyelinizaci nervových vláken a jejich nahrazení nefunkční gliovou tkání
- příčinou může být široká škála patologických procesů (pre, peri, postnatálních) - atrofie papil je pouze příznakem onemocněním zrakového nervu (neuritidy, léze, útlak vlivem nádoru, poranění, degenerace)
- atrofie terče zrakového nervu může být vrozená - vzniká z hereditárních příčin (např. hereditární Leberova atrofie zrakového nervu)
- charakteristická je změna barvy papily - atrofovaná papila může být bledá až křídově bílá
- zrakové funkce se pohybují v písmu lehké slabozrakosti až k nevidomosti
- současně se může vyskytovat porucha barvocitu a nystagmus
- atrofie papil může být přítomna u DMO, epilepsie, glaukomu, RS

Centrální poruchy zraku (CVI - cortical visual impairment)

- synonymně užívaná označení - kortikální postižení zraku, mozková slepota, korová slepota, centrální poruchy zraku
- vyskytují se u dětí i dospělých
- nejedná se o poruchu stavby oka ale funkce mozku a zrakových drah (na předním segmentu oka i očním pozadí může být běžný fyziologický nález)
- charakteristické symptomy - osoba s CVI sahá po určitém předmětu a vzápětí nezaregistruje předmět mnohem výraznější, nedokáže rozpoznat viděný objekt, obraz je popisován jako kaleidoskopický nebo roztříštěný, charakteristická je proměnlivá reakce na zrakové podněty
- klinický obraz CVI je značně variabilní – příčina může působit na různých úrovních zrakové dráhy
- etiologické faktory (prenatální, perinatální, postnatální) - nedostatečný přísun kyslíku do mozku, krvácení do mozku, trombóza, zástava srdce nebo dýchání, hydrocefalus, hypoglykemie, poruchy metabolismu, urémie, dehydratace, meningitida, encefalitida, dysgeneze mozku, prenatální infekce (rubeola), úrazy hlavy, epilepsie, nádory mozku apod.
- nezbytná komplexní diferenciální diagnostika
- terapie – stimulace, reedukace a kompenzace zraku

Retinoblastom

- primární hereditární zhoubný tumor sítnice
- vychází z embryonálních retinoblastů
- vrozený nebo se vyvíjí během prvních let života (vznik po 6. Roce věku je vzácný)
- ve třetině případů je bilaterální, jednostranné nádory jsou sporadické
- incidence 1:20000 narozených dětí
- klinický obraz a symptomy – malý bílý až šedavý útvar v počátečním stádiu (oftalmoskopické stádium retinoblastomu), ložisko se může projevit strabismem
- nádor postupně prorůstá do sklivcového prostoru nebo se vzácněji šíří pod sítnici
- u převážné většiny dětí diagnostikován až ve stádiu tzv. amaurotického kočičího oka (Beerův příznak) – nádorová hmota vyplňující sklivcový prostor způsobuje žlutavý reflex v zornici = leukokorie
- pokročilý retinoblastom může vyvolat bolestivý sekundární glaukom
- neléčený retinoblastom prorůstá a metastázuje do očnice, mozku, plic, dalších orgánů a končí letálně (mortalita udávána kolem 8 %)
- léčba – u malých nádorů kryoterapie nebo transpupilární termoterapie laserem, u větších tumorů indikace brachyterapie, u velkých nádorů je nezbytná enukleace

Degenerativní onemocnění sítnice

- Renitopathia pigmentosa (tapetoretinální degenerace, primární pigmentová degenerace, retinitis pigmentosa, RP)
  - nejznámější a nejrozšířenější zástupce sítnicových hetedodegenerací
  - etiologie – dědičnost (autozomálně recesivní dědičnost)
  - příznaky se objevují v 1. nebo 2. dekádě života s postupnou progresí

  - nejdříve jsou postiženy tyčinky ve střední periferii sítnice – prvotním příznakem je hemeralopie, změny v periferii zorného pole a výrazně snížená adaptační schopnost
  - ve střední periferii se vytváří prstencový skotom, který progreduje až ke koncentrickému zúžení na úroveň trubicovitého vidění (5 – 10° kolem fixačního bodu)
  - zpočátku není postižena makula, časem však postupuje degenerace i do centrální krajiny (dochází k poklesu vizu a změnám makulárního pigmentu)
  - dochází k atrofii pigmentového epitelu a choriokapilaris
  - symptomy – ztenčené retinální cévy, pigmentové abnormality (pigmentová ložiska ve tvaru kostních buněk), voskově bledá papila
  - onemocnění zpravidla končí nevidomostí (kolem 40. až 50. roku věku)
  - jednou ze specifických klinických forem je Leberova vrozená slepota – těžká forma RP, charakterizovaná vrozenou nevidomostí
  - RP může být spojena se systémovým onemocněním – např. Usherův syndrom, Refsumův syndrom, Laurencův-Moonův-Bardetův-Biedlův syndrom
- Stargardtova choroba
  - juvenilní makulární degenerace
  - patří k nejčastěji ve vyskytujícím degeneracím nakuly
  - degenerativní proces postihuje senzorický a pigmentový epitel makuly
  - oblast makuly má charakteristický vzhled tepaného bronzu
  - manifestuje se mezi 7.-15. rokem života, ve 2. a 3. dekádě života se změny progredují - zraková ostrost klesá až na úroveň praktické nevidomosti (kolem 30. roku věku se nález stabilizuje)
  - symptomy - pokles zrakové ostrosti (zejména při čtení)
- Bestova viteliformní makulární dystrofie
  - dominantně dědičné oemocnění
  - manifestuje se kolem 10. roku věku oranžovožlutým cystoidním ložiskem v makule (vzhledem připomíná vaječný žloutek) - v počínajícím stádiu nesnižuje zrakovou ostrost
  - vizus je cca do 30 až 40 let v normě
  - atrofie pigmentového epitelu a choriokapilaris v terminálním stádiu vede k výraznému poklesu zrakové ostrosti

Hypoplazie zrakového nervu

- porucha ve vývoji fetální oční štěrbiny, do níž se zanoří mezodermální základ retinálních cév – je narušena diferenciace gangliových buněk, jejichž axony mají vytvořit zrakový nerv
- papila zrakového nervu je zmenšená přibližně na 1/3 až 1/2 normálního průměru a je lemována dvojitým prstencem atrofované cévnatky a pigmentového epitelu, papila může mít bledý vzhled
- příčinou jsou spíše exogenní faktory než hereditární
- vyskytuje se izolovaně nebo jako součást vrozených anomálií CNS
- zrakové funkce se pohybují od pásma slabozrakosti po praktickou nevidomost

Keratokonus

- většinou bilaterální dědičné onemocnění
- vyklenování a současné ztenčování rohovky zpravidla centrálně nebo paracentrálně
- manifestuje se a rozvíjí mezi 20. až 30. rokem věku
- symptomy – postupné zhoršování zrakové ostrosti, dvojité či zkreslené vidění, postupná myopizace oka a rozvoj nepravidelného astigmatismu, při bázi keratokonu bývá přítomen Fleischerův prstenec (hnědé depozitum železa), na vrcholu ztenčení vznikají Vogtovy lišty (mohou vést k ruptuře Descemetovy membrány a edému rohovky)
- může se vyskytovat v souvislosti s Downovým syndromem, osteogenesis imperfekta, retinitis pigmentosa, Marfanovým syndromem

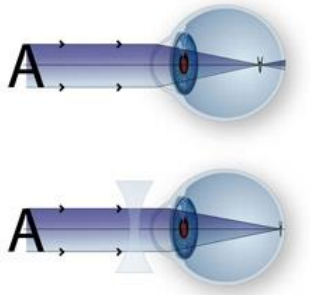
Refrakční vady

- tyto vady jsou korigovatelné (brýlová korekce, refrakční chirurgie) - nejsou považovány za příčinu zrakového postižení

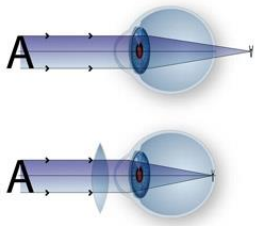


- Myopie (krátkozrakost)
  - nejrozšířenější refrakční vada
  - charakterizována špatnou zrakovou ostrostí do dálky
  - daleký bod se nachází v konečné vzdálenosti před okem (nikoli v nekonečnu), sekundární ohnisko leží před sítnicí – světelné paprsky paralelní s optickou osou se nestřetnou na sítnici, ale před ní (předměty umístěné v nekonečnu oko zobrazuje na sítnici neostře, zachovaná dobrá zraková ostrost do blízka)
  - charakteristická větší axiální délkou bulbu (nad 26 mm) – růst oka v předozadní ose je způsoben zejména oslabením kolagenních vláken skléry (vlivem genetických nebo hormonálních faktorů)
  - klasifikace (dílčí hodnoty se u jednotlivých autorů mohou lišit)
    - do -3 D – lehká myopie
    - do -6 D – střední

        - do -10 D – vysoká (hodnoty nad -10 D charakterizují těžkou progresivní myopii, myopii gravis, s patologickými změnami na sítnici a ve sklivci)
    - *korekce rozptylkou*
    - *myopia gravis* – těžká degenerativní myopie
        - rychle progredující myopie (až -4 D za rok)
        - dochází k vyklenutí oka v oblasti zadního pólu (v místě terče zrakového nervu a v oblasti makuly) = zadní stafylom (vyklenutí a ztenčení skléry, choroidey a pigmentového epitelu) – vede k poruchám cirkulace krve v choriokapilaris
        - degenerativní změny v důsledku útlaku vedou v pokročilých stádiích k pigmentovému zjizvení v oblasti makuly, ke zvýšení rizika amoce sítnice a patologickým změnám ve sklivci
        - vlivem druhotných změn na sítnici a ve sklivci již nelze dosáhnout fyziologických hodnot vizu;
        - kontraindikace – aktivity při nichž dochází k překrvení hlavy (těžká fyzická námaha, otřesy a údery do hlavy, stoje na hlavě, hluboké předklony)
    - *myopia congenitalis* - vrozená myopie
        - vrozená myopie na úrovni -10 D a více, je však stacionární

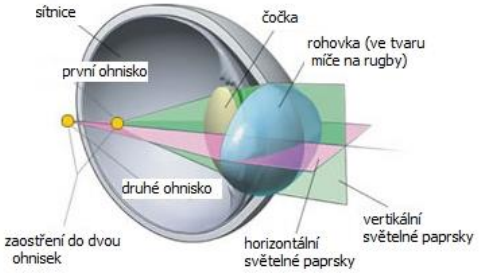


- Hypermetropie (dalekozrakost)
    - daleký bod se nachází v konečné vzdálenosti za okem (mimo nekonečno), sekundární ohnisko se nachází za sítnicí – paprsky paralelní s optickou osou se sbíhají až za sítnicí
    - částečně lze vadu kompenzovat zvýšeným akomodačním úsilím - trvalý tonus akomodačního aparátu (akomodační kompenzace může působit astenopické obtíže) – tato složka označována jako latentní hypermetropie
    - obraz na sítnici je mlhavý, nejasný
    - příčinou je menší předozadní průměr oka – *axiální hypermetropie*
    - *indexová hypermetropie* – vyvolána sníženým indexem lomu čočkové tkáně (příčina fyziologické hypermetropie staršího věku)
    - <u>symptomy</u> – astenopické obtíže při delším čtení, frontální bolesti hlavy, pocit zamlženého vidění do blízka, později následuje zamlžené vidění do dálky
    - <u>klasifikace</u>
        - do +3 D – lehká hypermetropie
        - do +7 D – střední hypermetropie
        - nad +7 D – vysoká hypermetropie
    - *fyziologická hypermetropie* se vyskytuje po narození (+2 až +3 D), ještě v pěti letech věku je 90 % očí hypermetropických
    - hypermetropické oko je predisponováno ke vzniku angulárního glaukomu
    - bez včasné adekvátní korekce je u hypermetropů prokázán předčasný nástup presbyopie
    - *korekce spojkou*



- Astigmatismus
    - osově nesymetrická refrakční vada oka
    - změna zakřivení rohovky nebo také čočky
    - vrozený nebo získaný v důsledku vleklých onemocnění rohovky
    - refrakce oka je v různých rovinách různá (optický aparát oka nemá ve všech meridiánech stejnou optickou mohutnost)

- optické paprsky světla se nelámou v jednom bodě – výsledkem je neostrý obraz na sítnici (bod v nekonečnu je zobrazen jako dvojice kolmých, navzájem se neprotínajících úseček)
- symptomy – neostré vidění, deformace vjemu (např. jeho protažení), metamorfopsie (např. čtvercová síť nepůsobí jako pravoúhlá), astenopické obtíže (bolesti hlavy a očí), tendence přivírat víčka
- *korekce cylindrickými nebo sférocylindrickými čočkami*
- přirozený astigmatismus se vyskytuje u 95 % populace (pouze asi 3 – 10 % populace má astigmatismus nad 2 D s nutností korekce)
- klasifikace
  - pravidelný astigmatismus (*astigmatismus regularis*) – optické osy jsou na sebe kolmé
    - astigmatismus podle pravidla – větší poloměr zakřivení v rovině vertikální než horizontální
    - astigmatismus proti pravidlu – větší poloměr zakřivení v rovině horizontální než vertikální
    - přímý astigmatismus – meridiány se nacházejí v 90° a 0°
    - šikmý astigmatismus – hlavní meridiány se odchylují od horizontály a vertikály o více než 20°
    - jednoduchý astigmatismus (astigmatismus simplex) – v jedné rovině je přítomna emetropie, ve druhé myopie nebo hypermetropie
    - složený astigmatismus (astigmatismus compositus) – ani v jedné rovině není přítomna emetropie, v jedné rovině bývá vždy větší myopie nebo hypermetropie než v rovině druhé
    - smíšený astigmatismus (astigmatismus mixtus) – v obou, na sebe kolmých, rovinách je různá refrakční vada, tzn. v jedné rovině je přítomna myopie, v druhé rovině hypermetropie
    - nepravidelný astigmatismus (astigmatismus irregularis) – na rohovce je přítomno několik nepravidelně orientovaných rovin s různým poloměrem zakřivení; vzniká v důsledku chorobných změn nebo úrazů rohovky, k deformaci pravidelného zakřivení rohovky může dojít a priori úrazem nebo v důsledku hojivých procesů



- Presbyopie (vetchozrakost)
  - navozena stárnutím oka
  - fyziologický věkem podmíněný proces
  - vzniká v důsledku omezení až úplné ztráty akomodační schopnosti - snižující se elasticita a plasticita čočky a snížení akceschopnosti ciliárního svalu (úplná ztráta akomodace se předpokládá v 70 letech)
  - symptomy – prodlužující se pracovní vzdálenost na blízko, pokles zrakové ostrosti na blízko při špatném osvětlení, neschopnost zaostřit na krátkou vzdálenost, astenopické obtíže, zhoršující se obtíže v průběhu dne, zamlžené vidění při pohledu z blízka do dálky
  - korekce
    - kontaktní čočky na dálku + brýle na blízko s adiční hodnotou adekvátně zvolenou k čočkám
    - bifokální brýle - umožňují vidění do dálky a současně do blízka v jedné čočce, konstrukce čočky je na dálku se segmentem na blízko v dolní periferii
    - metoda „monovision“ - jedno oko korigováno do dálky a druhé do blízka

KLASIFIKACE

- z pohledu dnešní doby nelze klasifikovat osoby se ZP jednotnou formou
- kritéria: klasifikace z medicínského pohledu, ze speciálně-pedagogického pohledu a další…
- **MEDICÍNSKÁ**
  - oftalmologická hlediska klasifikací: centrální zraková ostrost do dálky A stav zorného pole

Kategorie zhoršení zraku	Ostrost zraku oběma očima při použití optimální korekce	
	Horní hranice	Dolní hranice
Slabozrakost lehká až střední	6/18 = 0,3	6/10 = 0,1
Slabozrakost těžká	6/60 = 0,1	3/60= 0,05
Těžce slabý zrak	3/60 = 0,05	1/60 = 0,02
Praktická nevidomost	1/60 = 0,02	Světlocit se správnou projekcí
Úplná nevidomost obou očí	Světlocit s chybnou projekcí	Úplná ztráta světlocitu

- podle WHO (dle oblasti postižení zrakového analyzátoru – Nemoci oka a oční adnex)
  - H00-H06 - nemoci očního víčka, slzného ústrojí a očnice
  - H10-H13 - onemocnění spojivek
  - H15-H22 - nemoci skléry, rohovky, duhovky a řasnatého tělesa
  - H25-H28 - onemocnění čočky
  - H30-H36 - onemocnění cévnatky a sítnice
  - H40-H42 - glaukom
  - H43-H45 - onemocnění sklivce a očního bulbu
  - H46-H48 - nemoci zrakového nervu a zrakových drah
  - H49-H52 - poruchy očních svalů, binokulárního pohybu, akomodace a refrakce
  - H53-H54 - poruchy vidění a slepota
  - H55-H59 - jiné nemoci a oční adnex
- MKF – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví
  - neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností, vztahujících se ke zdraví – nejde pouze o osoby s disabilitami, ale o všechny lidi
  - rozdělena do částí: funkční schopnosti a překážky (tělesné funkce a struktury + aktivity a participace) a spolupůsobící faktory (faktory prostředí + faktory osobní)
- podle lékařské literatury
  - dle Krause (definuje ztrátu zraku jako pokles centrální zrakové ostrosti pod 6(vzdálenost z jaké vidí osoba s postižením)/18 (vzdálenost z jaké vidí osoba zdravá) na lepším oku s optimální korekcí)
    - slabozrakost (pokles ZO 6/18-3/60)
      - *lehká* - 6/18 - 6/60 včetně
      - *těžká* - 6/60 - 3/60 včetně
    - nevidomost (ireverzibilní pokles centrální zrakové ostrosti pod 3/60 - světlocit)
      - *praktická* - pod 3/60 - 1/60 včetně, binokulární zorné pole menší než 10o, ale větší než 5o kolem centrální fixace
      - *skutečná* - pod 1/60 - světlocit, bin. ZP 5o a méně i bez porušení centrální fixace
      - *plná slepota* - světlocit s chybnou světelnou projekcí až do ztráty světlocitu
    - poruchy binokulárního vidění (předpokladem je rovnovážné postavení očí a jejich dokonalá souhra)
      - *strabismus* - porucha vzájemné spolupráce očí (svalové a senzorické), též heterotropie
      - *amblyopie* - abnormální vývoj vidění definován jako snížení zrakové ostrosti při optimálním vykorigování bez viditelných známek oční nemoci
  - dle Kuchynky (zrakové postižení dle zrakové ostrosti)
    - normální zrak - větší než 6/18
    - zrakové postižení - interval 6/18 - 6/60
    - vážné zrakové postižení - interval 6/60 - 3/60
    - slepota - menší než 3/60
  - dle Hycla, Valešové
    - slabozrakost - vizus lepšího oka 6/18 - 3/60
    - nevidomost - zraková ostrost 3/60 - světlocit
    - praktická nevidomost - pokles vizu 3/60 - 1/6é včetně, binokulární ZP menší než 10o, větší než 5o
    - skutečná nevidomost - vizus pod 1/60 - světlocit, oboustranné ZP pod 5o
    - plná slepota - světlocit s chybnou projekcí světla po ztrátu světlocitu
- podle posudkového lékařství
  - klasifikace využívána pro posouzení míry poklesu schopnosti soustavné výdělečné činnosti, stanovuje se podle dosažené zrakové ostrosti s korekcí do blízka i do dálky, zorného pole a případných potíží s přihlédnutím k intelektovým schopnostem a postižení sluchu
  - střední slabozrakost - vizus s nejlepší možnou korekcí 6/18 - 6/60
  - silná slabozrakost - 6/60 - 3/60
  - těžce slabý zrak - 3/60 - 1/60; zúžení zorného pole obou očí pod 20o nebo jediného funkčně zdatného oka pod 45o
  - praktická nevidomost - 1/60 - světlocit nebo omezení zorného pole do 5o kolem centrální fixace

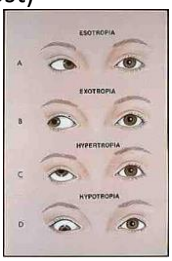
- úplná nevidomost - ztráta zraku se zachování světlocitu s chybnou světelnou projekcí až naprostá ztráta světlocitu
- vady zorného pole - defekty zorného pole sektorové, omezení zorného pole pod 45o, oboustranné centrální skotomy (výpadek zorného pole)
- ztráta jednoho oka - úrazová nebo jiná etiologie nebo ztráta vidění na jednom oku
- obrna horního víčka - s úplným uzávěrem oční štěrbiny, nebo např. lagophtalmus
- obrny očních svalů na jednom oku - kdy oko je vyloučeno z vidění
- jiné poruchy vidění - př. ztráta binokulárního vidění, trvalá diplopie
- jiné poruchy a nemoci oka - vleklé nebo ustálené formy částečně poškozující funkci oka (jedno i obou -stranné)
- stavy po nitroočních operacích, stavy po implantaci čočky
- nádory oka

- **SPECIÁLNĚPDAGOGICKÁ**
  - je důležitá lékařská diagnóza, na základě které potom staví i výchovně vzdělávací proces, je také východiskem pro práci s osobami se ZP v různém věku
  - dle stupně zrakového postižení
    - osoby nevidomé
      - "kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem děti, mládež a dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty)" (Ludíková)
      - "ztráta funkce zrakového analyzátoru , tj. sítnici, nervových drah nebo mozkového centra" (Keblová)
    - osoby se zbytky zraku
      - "mezi slabozrakostí a nevidomostí je hraniční oblast zbytků zraku, která bývá oftalmology definována v mezích zrakové ostrosti 3/60-0,5/60" (Ludíková)
      - "souhrnné označení pro stupeň poškození vidění, které umožňuje hrubou orientaci v osvětleném prostoru; částečně vidění se může v průběhu života měnit - ke zlepšení i zhoršení" (Záškodná)
    - osoby slabozraké
      - "skupina dětí, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání na úrovni slabozrakosti" (Ludíková)
      - "souhrnné označení pro snížení zrakové ostrosti různého původu" (Keblová)
    - osoby s poruchami binokulárního vidění
      - "*Strabismus* je stav, kdy při fixaci určitého předmětu na blízko nebo do dálky se osy vidění neprotínají v témže bodě." A "*Amblyopie* je funkční porucha, kterou představuje snížení zrakové ostrosti různého stupně při normálním anatomickém nálezu na oku." (Květoňová, Švecová)
      - "*Šilhavost* je porucha rovnovážného postavení očí - osy nejsou rovnoběžné, obrázky v pravém a levém oku nevznikají na stejné místě na sítnici a nedochází ke spojení obrázků, naopak vzniká dvojitý obraz." A "*Tupozrakost* je podstatné snížení zrakové ostrosti jednoho oka. Důsledkem je nedostatečný rozvoj binokulárního vidění." (Keblová)
  - dle skupin poruch zraku (základ vychází z ophtalmologie)
    - ztráta zrakové ostrosti
    - postižení zorného pole
    - okulomotorické problémy
    - obtíže se zpracováním zrakových informací
    - poruchy barvocitu
  - školská klasifikace (vychází z medicínské diagnostika a přizpůsobuje se v jistém slova smyslu vzdělávací proces danému postižení s ohledem na individuální potřeby žáka)
    - skupina I - žáci se ZP různé etiologie, nemají potíže (nebo jen mírné) se čtením běžného textu a jejich písemný projev není důsledky postižení ovlivněn, pracují se zkušební dokumentací bez úprav
    - skupina II - žáci se ZP různé etiologie, mající vážnější obtíže se čtením běžného textu a se psaním (jako fyzickou aktivitou), pracují s upravenou zkušební dokumentací ve zvětšeném písmu (14b., 16b., 20b., 26b.) nebo v Braillově písmu
    - skupina III - žáci s těžkým zrakovým a/nebo souběžným postižením více vadami různé etiologie, kteří mají vážnější obtíže se čtením běžného textu a se psaním --> vzhledem k funkčním důsledkům svého postižení potřebují ke čtení, psaní nebo k dalším činnostem souvisejícím s maturitní zkouškou upravenou zkušební dokumentaci a služby asistenta
  - pro speciálně-pedagogickou praxi
    - dle doby vzniku
      - postižení *vrozené (kongenitální, prenatální, perinatální)*

        - postižení *získané (postnatální, juvenilní, senilní)*
    - dle etiologie
        - vady *funkční*
        - vady *orgánové*
    - dle délky trvání zrakového postižení
        - postižení *akutní* (krátkodobé)
        - postižení *chronické* (dlouhodobé, trvalé, progresivní)
        - postižení *recidivující*
- **PRO ÚČELY SPORTU**
    - nutná k zařazení sportovců do skupin
    - vyšetření provádí oční lékaři (klasifikátoři) určení ČSZPS (Českým svazem zrakově postižených sportovců) - klasifikace prováděna u lepšího oka s pomůckami, které musí sportovec, pokud je má (např. brýle, kontaktní čočky), pro účely klasifikace používat --> výsledek zaznamenán do registračního průkazu ČSZPS a evidenční karty registrované sekretariátem ČSZPS, nutno dodat "formulář pro klasifikaci" vyplněný a potvrzený obvodním oftalmologem sportovce
    - rozdělení do 3 skupin:
        - třída B1 - bez světlocitu obou očí až po světlocit, ale neschopnost rozeznat tvar ruky z jakékoliv vzdálenosti
        - třída B2 - od schopnosti rozeznat tvar ruky až po zrakovou ostrost 2/60 a nebo zorné pole menší než 5o
        - třída B3 - od zrakové ostrosti 2/60 do 6/60 nebo zorné pole větší než 5o a menší než 20o

SYMPTOMATOLOGIE

- čím dříve se vada objeví, diagnostikuje a začne se s rehabilitací, či kompenzací, čím lépe pro další rozvoj dítěte (je tedy důležité znát základní projevy)
- jakákoliv odchylka proti normě, může, ale nemusí znamenat závažně ZP
- **vzhled oka**/očí (odchylka proti normě):
    - zakalené oči (jinak než bíle zbarvené bělmo)
    - zastření, zamlžení zornice, či rohovky
    - chybějící, nebo nerovnoměrně zbarvená duhovka
    - zorince zbarvená jinak, než černě
    - asymetrie očí (jinak velké oko)
    - zarudlost oka, nebo víčka
    - bělavý, či žlutý povlak na rohovce, nebo víčku
    - pokles víčka, či naopak neschopnost zavřít oční štěrbinu
    - absence řas
    - nepravidelný pohyb očí, nebo dokonce nehybnost jednoho z očí
    - slzení oka
    - jiné postavení oka (strabismus = šilhavost)



- **chování jedince** (může nás na ZP upozornit chování dítěte)
    - mžourání, mrkání či zavření očí na světle
    - tření si očí, nebo tlačení prsty či dlaněmi na oko
    - nadměrné mrkání
    - neschopnost udržení očního kontaktu
    - pouze krátkodobé udržení pozornosti, neodpovídající věku
    - špatná vizuomotorická koordinace
    - natáčení hlavy jen na jednu stranu
    - narážení do předmětů / překážek

  - zakopávání o překážky
  - špatný odhad hloubky (zakopávání o schůdky a výčnělky, pády ze schodů)
  - → je nutné rozlišit, zda se jedná o ZP či o nešikovnost eventuálně neobratnost pozorované osoby
- **subjektivně pozorovatelné poruchy** (příznaky, které mohou znamenat ZP)
  - slzení oka
  - červené oko
  - časté ječné zrno
  - rozmazané, eventuelně dvojité vidění
  - bolesti hlavy
  - šeroslepost, nebo naopak světloplachost
  - tupá bolest vystřelující za okem
  - změny v barvě oka, jeho tvaru či velikosti
  - neustávající světelné záblesky, které nemají nic společného s hrou světla
  - pocit padajících sazí
- **chování dítěte během výchovně-vzdělávacího procesu** (učitel může zpozorovat)
  - zakrývání jednoho oka
  - neschopnost delšího soustředění u zrakové práce
  - špatná vizuomotorická koordinace
  - zaměňování písmen, neforemnost písmen, nedodržení řádků (samozřejmě může znamenat i SPU, či jiné poruchy)
  - neobratnost při pohybu venku
- je důležité reagovat na všechny příznaky a zajít k lékaři

DIAGNOSTIKA

- proces, který směřuj k zjištění diagnózy, ke zmapování projevů a příznaků choroby s cílem odhalit její příčiny a následně stanovit způsob terapie a prognózu vývoje
- dva způsoby realizace:
  - klinickými metodami - nejsou direktivně vázány na dodržování pravidel a připouštějí jistou míru flexibility
  - testované metody - standardizované testy - pevně stanovené postupy a podmínky (mohou většinou provádět psychologové)
- je nezbytné vyžívat **komplexní diagnostické činnosti** → výstupem tohoto procesu je komplexní diagnostika
  - vycházíme z medicínské diagnostiky (oftalmologické vyšetření + další) + psychologická dg. a nakonec spec-ped. dg (zkoumáme vizuální úkony, možnost využívání funkčního zraku, zapojení kompenzačních činitelů,…)
  - lékařská diagnostika
    - východiskem: patologické symptomy a syndromy
    - opomíjíme: fakt chování dítěte a jeho individuální faktory
    - závěry: formulovány tak, aby se daly zařadit do struktury nemocí
  - speciálně pedagogická diagnostika
    - východiskem: možnosti jedince, silné i slabé stránky, důležitost, co klient ví a neví
    - bereme v potaz: celkovou strukturu osobnosti
    - závěry: vždy opsané
- specifický proces kdy musíme brát v potaz všechny individuální zvláštnosti dané osobnosti
- **Oftalmologické vyšetření** (základem dg) - zkoumané složky:
  - zraková ostrost (visus centralis)
    - schopnost oka vnímat předměty a jejich detaily (principem je základní rozlišovací schopnost sítnice oka rozpoznat dva body, za předpokladu, že jejich obraz při dopadu podráždí dva čípky, mezi nimiž zůstává jeden nepodrážděný)
    - Snellenovy písmena (vždy probíhá monokulárně) → spolehlivější a přesnější tabule logMÚR (14 řádků s rozsahem zrakové ostrosti 0,1 po 2; umožňuje přepočítat počet správně přečtených optotypů na z posledního řádku), Jaegrovy tabulky (texty ve velikosti 1 až 24 - u dětí čtení symbolů), Pflugerovy háky (E), Landoltovy prstence
    - především pro děti: obrázkové pro předškolní děti, počítání prstů před obličejem, Preferential looping PL(test preference vidění), Teller Card a Lea Grating (pro kojence); Replacement Flash Cards a Replacement Response Key (obrázkové optotypy na kartičkách)

        - zraková ostrost se uvádí ve zlomku (X/Y → X - vzdálenost, ze které vidí osoba se zrakovým postižením, Y - vzdálenost, ze které vidí osoba bez zrakového postižení)
        - zraková ostrost do blízka - optotypové tabule log MÚR (Obolus, Weiss, Rosenbaum, Colenbrander) → schopnost číst a vykonávat práci s jemnými detaily
    - barvocit
        - schopnost vnímat barvy
        - testuje se v rozmezí 380-760nm, přičemž rozhodující úlohu hrají tři faktory: sytost barvy, barevný tón, jas
            - fyziologický stav je nazývaná *trichromazie*
        - pseudoizochromatické tabulky (tabulky obsahují body různých barev a jasu, přičemž barevné body vytvářejí určité číslice, písmena či geometrické tvary), Worthovy světla (rozlišování barevných světelných signálů - červená, zelená, bílá), Holmgrenovy bavlnky (třídění), u dětí - výběr kostek určité barvy ze skupiny jiných
        - testy, které jsou schopny odhalit míru narušení: anomaloskop či Farnsworthův a Munselův 100-hue-test
    - zorné pole
        - důležitý údaj pro práci speciální pedagogiky
        - zorné pole je oblast, kterou oko vidí určitý fixující bod
        - normálně dosahuje zorné pole 90° temporálně, nazálně nahoře 60°a dole 70° (zorné pole obou očí se v rozsahu asi 60° kolem fixačního bodu překrývají)
        - orientační vyšetření zorného pole se dá realizovat tzv. *konfrontační zkouškou*, kdy se oftalmolog posadí proti vyšetřovanému do vzdálenosti 1m a při zakrytí jednoho oka se dívá do oka vyšetřovaného; prstem pohybuje oftalmolog od periferie do centra a srovnává údaje o zahlédnutí prstu
        - přesné vyšetření - perimetrie: ruční perimetr, Maggioreův perimetr, Kulový perimetr, Goldmanův perimetr
    - dále se vyšetřuje stav:
        - *okulomotoriky* - před oko pacienta dáme předmět a necháme ho sledovat monokulárně i binokulárně ve všech devíti pohledových směrech
        - *citlivosti* - na kontrast, tmu a oslnění (adaptace oka na úroveň okolního osvětlení - schopnost oka měnit práh citlivosti na světlo) → adaptometr
- **Psychologické vyšetření**
    - důležitou součástí pro komplexní diagnostický pohled je psychologické vyšetření; přičemž u dětí se ZP je třeba, aby psycholog s nástroji, které psychodiagnostika nabízí, pracoval obezřetně a nesmírně citlivě hodnotil získané výsledky, na které by měl nahlížet spíše z kvalitativního hlediska → některé znaky postižených dětí jsou společné, ale zároveň vždy individuálně variabilní!!
    - vyšetření by mělo navazovat na aktuální diagnózu provedenou oftalmologem (jiným lékařem) neb je nutné přesně znát druh, stupeň, délku trvání, etiologii a další faktory postižení, také zda se jedná o reverzibilní či ireverzibilní prognózu
    - velmi důležitými informace: rodinná a osobní anamnéza
    - metody vyšetření: rozhovor (zjišťujeme projevy dítěte v běžných aktivitách v různých prostředích, jak na ně reaguje, jak se v nich cítí,…), pozorování (u malých dětí se ZP) a může využívat různé testy či běžné testy modifikovat (Stanford-Binetův test na rozumové schopnosti, škála Reynellová zaměřena na 6 oblastí - orientace, reakce na zvukové podněty, porozumění mluvené řeči,…)
    - další testy: Ravenův test "Barevné progresivní matice", Kohsových, resp. Weschlerových kostek, kresebné zkoušky (výrazně odlišné hodnocení - spíše pro kvalitativní hodnocení)
    - testy nejsou nikdy zcela standardní v závislosti na postižení dítěte a jeho zvláštnostech (musíme být opatrní při hodnocení testu a respektovat odlišnosti) --> <u>modifikujeme</u> běžné testy
    - diagnosticky významné je posouzení úrovně verbální komunikace (aktivní řečový projev nevidomých má specifické znaky - perseverace, echolálie), ale postižena je i neverbální komunikace (oční kontakt, mimika, nápodoba,..) → Weschlerův inteligenční test, neverbální části testu jsou spíše orientační a doplňkové
    - období školní docházky - je třeba zhodnotit všechny stránky dítěte pro vstup do školy! po vstupu se mohou objevit rozličné problémy a potíže, kdy může dojít až k neurotizaci, dramaticky se mění

sebehodnocení (podceňování,…) --> JEPI a SPAS - tyto dotazníky je nutné administrovat takovým způsobem, aby bylo pro osobu se ZP zvládnutelné
    - pro pedagogika, rodiče, spolužáky i pro jedince samotného je velmi důležité, aby fungovaly vztahy mezi vrstevníky
- **Speciálně pedagogické vyšetření**
    - vedle posouzení stavu zrakového analyzátoru, jeho funkčnosti a psychiky dítěte se ZP potřebuje zjistit do jaké míry je jedinec schopný využívat reziduí v rámci jednotlivých aktivit, jaké má možnosti v oblasti prostorové orientaci, samostatného pohybu, samostatnosti v rámci sebeobslužných aktivit, jak jsou rozvinuty a v praktických činnostech upotřebitelné kompenzační činitele a jak je jedinec připraven k práci s rozličnými reedukačními i kompenzačními pomůckami, které běžně používá, a jaké úrovni jsou jeho školní znalosti,….
    - speciální pedagog tyto informace získává z vlastní diagnostické činnosti - komplexnost, etiologické hledisko, longitudinální princip, princip dynamiky, individuálnost
    - klinické (nestandardizované) postupy: anamnéza, longitudinální pozorování, explorativní dotazník, rozhovor, analýza produktů činnosti, kazuistika
    - testové (standardizované) postupy: didaktické testy, sociometrické testy a některé psychodiagnostické testy
    - speciální pedagog tedy posuzuje funkční vidění (do jaké míry osoba vidí - nejčastěji formou pozorování)
        - *reakce zorniček* (adaptace na světlo)
        - *svalová nerovnováha* (zda se světlo odráží stejně)
        - *mhouřící reflex* (náhlé přiblížení ruky k obličeji)
        - *rozdílné zrakové chování* (reakce na různé podněty)
        - *oční preference* (které oko dítě preferuje)
        - *centrální pole* (do jaké míry je přítomna centrální fixace při různých polohách)
        - *periferní vidění* (reakce na podněty z vnější části tváře)
        - *preference zorného pole* (kterou oblast dítě preferuje při současném podněcování dvěma podněty)
        - *sledování* (do jaké míry dítě sleduje předmět - oblasti zorného pole, pohyby hlavy)
        - *přenášení pozornosti* (nakolik dokáže přenášet)
        - *scanování* (jak dítě dokáže hledat předmět a přenášet zrakovou pozornost)
        - *sahání nebo pohyb za světlem nebo předmětem* (schopnost dítěte natahovat se za předmětem v různých polohách na různé vzdálenosti a úroveň)
    - speciální pedagog by si měl vést podrobnou dokumentaci o všech dg. postupech a výsledcích v kartě klienta (objektivní pohled na jedince a současně mít k dispozici chronologický vývoj)
        - aktualizace záznamů - u malých dětí jednou za čtvrt roku
    - při posuzování stavu nutné ověřovat: funkční možnost sluchu, aktuální vývojová stupeň, úroveň komunikační schopnosti, zapojení do společnosti
    - závěrem dg. procesu nesmí být interpretován jako dogmatický (*nepružný, neústupný*) výstup pro následnou péči, ale nahlížíme na něj jako výchozí hodnocení, které se bude pod vlivem strategie přístupu k jedinci vyvíjet a proměňovat

DŮSLEDKY

- každý stupeň i typ zrakového postižení jsou spojeny s různě závažnými důsledky → ovlivňují každodenní život, školní úspěšnost, pracovní uplatnění a uplatnění ve společnosti
- **postižení zrakových funkcí**
    - jeden z nejzávažnějších důsledků
    - může dojít k narušení, omezení či absenci:
        - hloubkového a prostorového vidění
        - lokalizace
        - analýza a syntézy
        - vizuomotorické koordinaci
    - v případě, že dojde k nápravě zrakové vady (např. u amblyopie a strabismu), dochází ve velké míře k odstranění důsledků
    - náprava je však možná pouze u funkčních/léčitelných poruch - u ostatních vad se snažíme alespoň o minimalizaci, rehabilitaci a reedukaci zbylého vidění

- **obtíže při prostorové orientaci a samostatném pohybu**
  - specifické potřeby ve sféře mobility (nejen nevidomí, ale všechny osoby se ZP)
    - u nevidomých či těžce zrakově postižených jsou důsledky nejmarkantnější
  - k orientaci v prostředí využívají jedinci se ZP vedle průvodcovských služeb vidících i speciální techniky (zejména chůze s bílou holí, prvků ozvučení prostředí či hmatového popisu trasy), k doprovodu mohou využít i speciálně vycvičené vodící psi
  - nutné tuto schopnost kompenzovat a eliminovat důsledky ve všech oblastech
- **kompenzační činitelé**
  - potřeba rozvíjet i ostatní smysly, tak aby byly schopny kompenzovat nedostatky zapříčiněné nemožností vizuálního vnímání
    - již od útlého věku či od doby zjištění vady
  - každá skupina ZP využívá kompenzační činitelé v různě vysoké míře v závislosti na úrovni zrakové ztráty
  - kompenzace = souhrn speciálně pedagogických postupů, jimiž se zlepšuje a zdokonaluje výkonnost jiných funkcí než funkce postižené
    - kompenzační metody se tedy zaměřují nikoli jenom na poruchu té činnosti, která je příčinou defektivity, ale náhradní výkonnost funkcí jiných
    - postupné rozvíjení a zbystřování jiných smyslů v průběhu kompenzační činnosti se promítá do celé psychiky postiženého člověka
    - rozšiřují si tím pohotovost i bohatství asociační, zvyšuje se aktivita nervově duševní, čímž se zpětně ovlivňuje výkonnost duševní, smyslová i pohybová
    - tímto způsobem se daří zmírňovat, ba i překonávat nedostatky té činnosti, jež byla příčinou defektu
  - nižší kompenzační činitelé
    - zbývající smysly - tedy sluch, čich, chuť, hmat (každý ze smyslů má jiný význam a je třeba na něj takto myslet)
      - neznamená to, že by se děti s vrozeným postižením rodili se zlepšenými smysly, je nutné je procvičovat
    - *hmat*
      - velmi důležitý nejen vzhledem ke snadnější orientaci v prostoru, ale také pro každodenní činnosti --> zvláště pak pro čtení Braillova písma
        - s každou činností, kterou dítě koná, proto hmat rozvíjíme
        - učíme si činnost uvědomovat a vnímat různorodost materiálů, tvarů povrchů, hmotností apod. (tyto vlastnosti můžeme určit jinak zrakem)
      - hmatové vnímání je parciální --> od jednotlivých částí k celku (syntéza)
      - zrakovým vnímáním můžeme vnímat 8 kategorií, hmatovým 11
      - hmat plní u nevidomého funkci: hodnotící, prováděcí a kontrolní
      - pasivní: umožňuje vnímat jednotlivé vlastnosti; děje se za klidu jak předmětu, tak hmatového receptoru
      - aktivní (haptika): získá představu o jednotlivých vlastnostech, ale také o celkové podobě a jeho umístění v prostoru
      - instrumentální: využívá nějakého předmětu k poznávání okolí (slepecká hůl, pro malé děti hračka,…)
      - citlivost rukou je možné rozvíjet pomocí hmatového pexesa, hmatových desek, pískovničkou a dalšími
      - stejně tak je důležité rozvíjet hmat i na nohou (pomáhá při orientaci v prostoru)
    - *sluch*
      - dálkový receptor (telereceptor) - proto má společně s vyšším kompenzačním činitelem (řečí), nezastupitelné první místo při kompenzaci ztráty nebo omezení zrakového vnímání
      - rozvíjíme pomocí her, hraček, specifických postupů (hledání budíku, tichá pošta, rozeznávání zvuků z okolí)
    - *čich* a *chuť*
      - chemické smysly, který má člověk vyvinuty slabě
      - čich je první smyslem pomocí kterého poznává dítě svou matku
      - ačkoliv jsou tyto smysly využívány v relativně malé míře, mají zcela nezastupitelnou roli v upozorňování na nebezpečí --> osoby se ZP by se měli snažit je co nejvíce rozvíjet
  - vyšší kompenzační činitelé
    - schopnosti, dovednosti a znalosti osoby se ZP
    - myšlení a řeč
      - pomocí řeči udržuje osoba se ZP kontakt s okolím, ale zároveň rozvíjí další kompenzační činitele (myšlení)
      - následkem ZP dochází k nižší aktivaci CNS, proto by se mělo setkávat s co největším množstvím různých druhů podnětů, které by mu alespoň částečně nahradily nedostatky ve zrakovém vnímání
    - paměť
      - sehrává v lidském životě velice důležitou roli a stejně je tomu i u osob se ZP
      - zapamatování, vybavování i zapomínání informací a dějů patří neoddělitelně do tzv. koloběhu lidského života
        - pro každého mají informace jiný význam a na jeho základě se zařazuje svého podvědomí

        - pozornost a koncentrace
            - vzhledem k nemožnosti kontrolovat okolí či udržovat kontakt pomocí zraku vzrůstá u osob se ZP potřeba využívat pozornost a koncentraci ve vyšší míře
        - další - fantazie, obrazotvornost, pohotovost a mnohé další, které pomáhají osobě se ZP reagovat na signály a podněty z okolí
- **nutnost využívat kompenzační pomůcky**
    - problematikou kompenzačních pomůcek se zabývá tyflotechnika → pomocí technických pomůcek, přístrojů a zařízení pomáhá zrakově postiženým kompenzovat ztrátu zrakového vnímání, a to v nejvyšší možné míře
    - optické pomůcky: lupy (stojánkové - bez a s osvětlení; s ohebným stojánkem, do ruky - s a bez osvětlení; hlavové, závěsné,…), optické systémy, monokulár, posuvný systém, filtrové brýle, řádkové lupy
    - optoelektronické pomůcky: kamerové lupy nepřenosné i přenosné, Tvi Color/OPTi/Color Mouse USB ,…
    - výpočetní techniky: Braillská tiskárna, Zy-fuser (tiskárna pro tyflografiku), hlasové syntézy, odečítače obrazovky, speciální software, speciální zápisníky, počítače pro nevidomé a slabozraké, digitální čtecí zařízení, digitální zvětšovací lupy, ntb
    - mobilní telefony: s ozvučení, se softwarovou lupy, pro slabozraké uživatele a seniory
    - pomůcky pro usnadnění mobility: bílá hůl (orientační a signalizační, opěrné a doplňky), elektronické orientační pomůcky (povelové vysílačky (VPN01, VPN03), orientační majáčky pro nevidomé), vodicí pes
    - další: pomůcky do kuchyně, pro ruční práce, hmatové oznamovače, rozlišovače, hodinky s hmatovým či hlasovým výstupem, školní pomůcky,…
- **pomalejší pracovní tempo a rychlejší unavitelnost**
    - kvůli využívání kompenzačních činitelů, pomůcek či alternativní techniky jsou rychle unavitelní
- **specifika při výběru školní docházky a pracovního uplatnění**
    - je třeba zohlednit stupeň a typ zrakové vady při výběru školského zařízení i pozdějšího pracovního uplatnění
    - pečlivě se musí volit mezi integrací a školou určenou pro žáky se ZP
    - neexistuje možnost konzultace s úřady práce, záleží pouze na úsudku rodičů
    - při výběru pracovního uplatnění musí všechny skupiny osob se ZP myslet v první řadě na svá omezení a až poté na své záliby, zájmy a dovednosti
- **obtíže při hledání a navazování partnerských vztahů**
    - nemožnosti či ztížená možnost navázat zrakový kontakt neznamená jen obtíže při komunikaci, ale také absenci vnímání pohledů okolí
    - tento důsledek je možné do jisté míry kompenzovat pomocí informačních technologií (internet, výukové kazety "Když očí nevidí", "je těžké nahradit čarovný pohled z očí do očí")
- **pro osoby nevidomé**
    - patří mezi nejznámější skupinu osob se ZP, médii nejvíce probíranou
    - kromě výše zmíněných můžeme zařadit i další důsledky:
        - ztížený nácvik sebeobsluhy - nemožnost odezírat děje kolem sebe a zároveň vyřazení zrakové kontroly při nácviku složitějších aktivit vede k nutnosti vše vysvětlovat pomocí slovního doprovodu a podpořit N i V KČ
        - neschopnost číst černotisk → zapříčiňuje obtížnější získávání informací
            - skupina osob nevidomých je velmi rozmanitá a někteří stále na zrak a čtení pomocí něj spoléhají
        - informační deficit - ani moderní technologie nedokáže zcela nahradit zrak, ale může nevidomých pomoci při vyhledávání informací (internet, digitalizace, knihy speciálně upravené pro nevidomé,…)
        - obtíže při navazování kontaktů
- **pro osoby se zbytky zraku**
    - specifická skupina - především díky postavení na hranici mezi osobami nevidomými a slabozrakými --> nutnost využití dvojmetody
    - dvojmetoda - žáci se učí číst a psát jak metodou černotisku, tak také Braillovým písmem
    - jsou nejhůře integrovatelnou skupinou mezi žáky se ZP
- **pro osoby slabozraké**
    - nejméně rozpoznatelná od intaktní populace (a i v rodinách je často vychováváno bez ohledu na důsledku)
    - zvýšená unavitelnost - vydrží individuálně 5 - 15 minut, poté je nutná zraková relaxace (možnou dobu stanovuje oftalmolog)
    - zásady zrakové hygieny:
        - střídání optimální práce do blízka a do dálky
        - správná a adekvátní korekce vady
        - využití vhodného osvětlení (šeroslepý 500-700 luxů, zbytky zraku až 1500 luxů) - může být doplněno centrálním světlem
        - intenzita světla - světloplaší (snížení)
        - nutné prostřídání přirozené a umělé světlo (velká okna bez zbytečností)
        - dodržování kontrastu figury a pozadí (např. u sešitu také)

        - figura ohraničena černou konturou, vybarvena výraznými barvami bez stínování
    - rozesazení žáků vždy s ohledem na vadu
    - materiální vybavení místnosti (tmavší barva nábytku, tmavé i pozadí
  - možná je progrese vady s ním spojené omezení ve sportu i v běžném životě --> třeba dbát na rizikové faktory (nitrooční tlak, glaukom, riziko odchlípení sítnice,…)
- **pro osoby s poruchou binokulárního vidění**
  - nejpočetnější skupina mezi dětmi se ZP v předškolním věku --> ve školním období většina dětí se strabismem a amblyopií měla mít vadu vyléčenou nebo minimálně alespoň léčenou
  - porucha barvocitu
  - špatný odhad vzdálenosti
  - problémy s hloubkovým viděním
  - problémy s lokalizací
  - obtíže se zrakovou pamětí
  - obtíže s prostorovou orientací - orientací v prostoru
  - nepřesně vytváření zrakových představ
  - problémy se senzomotorickou koordinací
  - důsledky mohou být díky pleopticko-ortoptickým cvičením zmírněny či zcela eliminovány (když je vada včas objevena)
    - patří do systému náprav poruch binokulárního vidění (některá může provádět jen vycvičená zdravotní sestra, jiná je možno začleňovat do denního programu dítěte)
    - př. Spojování teček do obrázku, dokreslování obrázku dle vzoru, rozeznávání geometrických tvarů, omalovánky, stříhání na čáře, navlékání korálků, přikládání daných tvarů na šablonu, vypichování obrysu obrázku
    - *pleoptika* - rozcvičování tupozrakého oka při zakrytí oka zdravého (okluzor, kontaktní čočky, rozkapání)
    - *ortoptika* - náprava či obnovení binokulárního vidění

Osoby nevidomé

- pojem *slepota* se dá využít v *lékařské terminologii* - ve speciální pedagogice využíváme správné terminologie → osoby nevidomé

Historie

- první skupina zrakově postižených, na kterou se díky její specifičnosti začal upínat zájem nejširší společnosti → první skupina, které byl věnován zájem
- **Starověk**
  - represivní přístup
  - hlavní lokace: Čína, Japonsko
  - rok 207 př.n.l. - 1. organizace nevidomých hudebníků (Peking)
  - rok 754 n.l. - pozornost v závislosti na vliv Budhismu → šířena nevidomým knězem Gajin Wajo ZO
  - rok 850 n.l. - podpora zaměstnanosti → zvláštní privilegia (hudebníci a maséři)
    - masérství - 9 let (3 roky masérství, 3 roky akupunktura, 3 roky práce pod vedením učitele)
- **Středověk**
  - charitativní přístup → rozvoj křesťanství → vznik klášterů, špitálů, kde mohly být osoby se zrakovým postižním
  - Ludvík IX. - založil hospic pro osleplé křižáky (zaopatřovací charakter - poskytnut azyl - jídlo, spánek,…)
- **Renesance**
  - hodně nevidomých
  - skupiny nevidomých hudebníků (Francesco Landiny)
- **Novověk**
  - humanitní přístup
  - rozvoj techniky, vznik knih → rozvoj čtení, psaní
  - Francesco Lucas (Španěl) → jako první přišel s myšlenkou učit nevidomé číst --> vyřezávání písmen do dřeva
  - Rampazetto (Ital) → podobný nápad
  - Francesco Lan Terzi → navrhl psaní písmen do tří řad a tří sloupců s přesně ohraničenými body
    - vychází z něho Charles Barbier a Lous Braille (dva tříbodové sloupce)
- **Další osobnosti**
  - Melanie von Salignac - mapy pro nevidomé (provázky, dráty,…)
    - Inspirace pro Valentina Hayuho → 1. ústav pro nevidomé v Paříži
  - roku 1760 - tiskař Praut → 1. čítanka pro nevidomé
  - Johann Wilhelm …..
- **Česko - osobnosti**
  - Alois Klár - 1. ústav pro nevidomé v Praze na Hradčanech (1807) + MŠ pro nevidomé
  - Pavel Klár - ústav pro nevidomé dospělé + možnost zaměstnání

- Jan Deyl - Deylův ústav

Nevidomost

- těžké postižené (nejtěžší postižení ze zrakových postižení)
- Ludíková: *„Osoby nevidomé jsou chápany jako kategorie osob s nejtěžším stupněm zrakového postižení a patří sem děti, mládež a dospělí, kteří mají zrakové vnímání narušeno na stupni nevidomosti (slepoty).“*
- Jesenský: *„Defekt obou očí, při kterém nevznikají zrakové počitky.“*
- z oftlamologického hlediska → *ztráta funkce zrakového analyzátoru* (sítnice, nervových drah, mozkového centra)
- vychází z medicínské diagnostiky → o toho se odvíjí klasifikace
- pracujeme dle věku → spadají sem všechny věkové kategorie
- sousta nevidomých je schopna vnímat světlo a tmu
- dělíme
  - vrozenou
  - získanou
- příčiny
  - prenatální období
    - onemocnění matky (toxoplazmóza, rubeola = zarděnky)
    - drogová závislost, alkoholismus
    - nádorová onemocnění
    - syfilis
    - užívání některých léků
  - perinatální období
    - předčasný porod + nízká porodní hmotnost (pod 1500g, před 28 gestačním týdnem)
      - retinopatie nedonošených --> nemá vyvinuté všechny tkáně v oku, tím pádem nemůže krev proudit tak, jak by měla - oko se neokysličuje --> vede k nevidomosti
  - postnatální období
    - nádory, úrazy, operace, léky,…
- problémy
  - získávání informací zrakovou cestou
  - využití kompenzačních činitelů (nižší - čich, chuť, hmat…; vyšší - kognice,…)
  - analyticko-syntetické vnímání (nejdříve vnímají detaily → až poté si tvoří celkový obrázek)
  - v oblasti POSP a sebeobslužných činností - využívání tyflopomůcek (bílá hůl, červeno bílá hůl, vodící pes,…)
  - výchovně-vzdělávací proces - nutná úprava
  - neschopnost číst černotisk
    - s vrozeným postižením - učí se číst šestibod již ve školce
    - se získaným postižením - Braillovo písmo využívá pouze 10% osob
  - obtíže při navazování kontaktů a komunikaci
- specifika komunikace s osobou nevidomou
  - první krok je na nás (pozdravit, představit se) → nehrají zde roli běžné společenské konvence (věk,…)
  - vhodné je doplnit pozdrav o lehký dotyk → vždy však nejdříve pozdravíme
  - upozornit na odchod
  - doporučeno stát k dotyčnému čelem - mluvit napřímo, neotáčet se zády
  - informovat o všem podstatném, co se odehrává v okolí + doplnit detailní popis
  - nevidomý s doprovodem asistenta → obracíme pozornost na nevidomého, nikoliv na asistenta!
  - můžeme nenásilně nabídnout pomoc - zeptáme se, jestli chce nevidomý pomoc - pokud ano, zaklesne se do nás, dám nám ruku na rameno a my mu pomůžeme ve vhodné rychlosti
  - vyjadřování by mělo být jasné, srozumitelné, přesné, jednoznačné (ne dvojsmysly)
  - odstranění nebezpečných překážek nebo včasné upozornění
  - při chůzi můžeme nevidomému nabídnout lehké zavěšení do paže
  - konverzace by měla být přirozený, neměla by být křečovitá, násilná nebo příliš soucitná

Slabozrakost

- Ludíková: *„Na poli speciální pedagogiky představují kategorii osob slabozrakých skupinu děti, mládeže a dospělých, kteří mají zrakové vnímání na úrovni slabozrakosti.“*
- Keblová: *„Slabozrakost je souhrnné označení pro snížení zrakové ostrosti různého původu.“*
- diverzivní poškození obou očí, které při optimální korekci bude činit problémy při zvládání ADL
- nevidomost X slabozrakost → primárně slabozraký využívá ke všemu zrak, než mu to bude činit nepřekonatelné problémy
- narušení ostrosti, ale i zorného pole (pole, které vidíme při fixaci zraku a krku)
  - pohledové pole - krk stojí, jen to, kam dohlédneme očima
  - obhledové pole - využíváme pohybů krku i pohledu

- problém bývá i v prostorové orientaci (opět záleží na stupni)
  - hmatání ploskou nohy
  - nešvar: zvedání nohou a ztuhlé ruce → snažíme se učit klasické chůzi
  - hůl můžeme dát jako podporu těžce slabozrakému (musíme mu vysvětlit, že to není tak, že ho bereme jako nevidomého, ale aby ostatní byli vstřícnější, nestrkali do něj, brali ohled)
- etiologie:
  - podobné jako u nevidomosti
- stupně:
  - lehká
  - střední
  - těžká
- korekce:
  - používají řadu korekčních pomůcek, aby byla ostrost co nejoptimálnější
    - brýlová korekce dle stupně postižení → nezlepšuje natolik, aby osoba viděla normálně (někdy se ani nepředepisuje, protože by neměla význam)
    - lupy
      - kulaté i hranaté
      - stránkové (pozor, nemůže číst od kraje do kraje, protože na krajích není čočka, která by ostřila text pod ním)
      - stolní
      - televizní (velikost písma, barevnost! - důležitý parametr u slabozrakých, protože jsou citlivější/jinak citliví na barvy; kontrast)
        - nikoliv k soustavné práci
      - podsvícená - se světélkem zabudované v lupě
    - počítač - různé zvětšovací programy
      - můžeme podpořit zvukem → usnadnění práce (ale musí pracovat i očima)
- diagnostika:
  - Snellovy optotypy - na dálku
  - w optotypy - na blízko
- zraková hygiena:
  - využívání zraku za dodržování zrakové hygieny
  - optimální nasvícení
    - pro slabozraké je intenzita vyšší, 750 luxů do 1200; centrální nasvícení
    - děti slabozraké mají tendenci ke koukání se do světla --> světlo zezadu
    - pozor na osvícení: zrcadlové plochy, náhrdelníky, při slunečném dni - žaluzie s dokonalým efektem
  - pracovní plocha
    - kontrastnost mezi prostředním (nábytkem)
    - pracovní deska nikdy ne lesklá → odráží to světlo a oslňuje to (vždy např. dřevo - jednobarevné - když je více barevné či s obrázky, tak rozbíjí prostor)
  - obrazový materiál (Lada, Zmatlíková)
    - dostatečně veliký
    - jednoduchá struktura
    - černá kontura
    - nikdy stínované
  - rozmístění slabozrakých v prostoru (dle stupně)
    - pokud má trubicové vidění - posadit ho tak, aby nebyla přetěžována krční páteř
    - skotomy (výpadky zorného pole v určitých partiích) - dítě se může jevit jako hyperaktivní
    - výpadek zorného pole - např. pravostranný - posadíme dítě doprava
  - musíme velikost písma přizpůsobit tomu, jež má nejhorší stupeň vady (max. 20x10)
    - 1. - 3. třída dáváme velké písmo (bezpatkové)
    - později se snažíme, aby se seznamovali s klasickou velikostí a stylem
  - časový interval
    - slabozraký může aktivity do blízka (čtení apod.) může dělat určitou dobu (sdělí oftalmolog) --> poté musí následovat zraková relaxace
- důsledky:
  - komunikace
    - méně komunikují, protože je vidět, že hledí jinak
  - sociální sféra
    - jsou více uzavření

- korekce - viditelná
- pracovní začlenění
  - stav se může zhoršovat (progrese), takže musíme brát ohled i na toto (nošení těžkých předmětů, nesmí dělat kotrmelce, skákat → může se zvýšit nitrooční tlak, sítnice se může odchlípit apod.)
  - nesmí pracovat v dopravě
  - spíše: ekonomika, prodavač/ka, učitel/ka, tlumočník,…
  - nedůvěra v tyto osoby zaměstnavatelem, protože nevěří, že svou práci kvůli handicapu zvládne
- partnerský život a rodina
  - komplikace pouze v době gravidity a porodu (při vysokém nitroočním tlaku, glaukomu, odchlipování sítnice) → sledování matky + císařský řez
  - u dítěte se mohou dělat genetické testy

Zbytky zraku

- Záškodná: *„Zbytky zraku jsou souhrnné označení pro stupeň poškození vidění, které umožňuje hrubou orientaci v osvětleném prostoru. Částečně vidění se v průběhu života může měnit jak ve směru zlepšení, tak i zhoršení.“*
- Ludíková: *„Mezi slabozrakostí a nevidomostí je hraniční oblast zbytků zraku, která bývá oftalmology definována v mezích zrakové ostrosti 3/60 – 0,5/60.“*
- zrak je ve velmi malé míře využitelný
- nezíská tolik zrakových informací, aby žil plnohodnotným životem
- nutno pracovat se všema smysly
- primárně využívá stále zrak
- tím že stále chtějí využívat zrak→ zrak namáhají→ progrese postižení → až do fáze slepoty
- vedeme dvojmetodou
  - přísnější zraková hygiena
  - vedeme však zároveň jako osoby nevidomé
    - to se jim nelíbí… oni přece "vidí"
  - těžké pro obě strany (my i klient)
  - jedinci stále ve střehu
    - tlak psychicky - podráždění, nechtějí přijmout nové "dobré" rady/informace
  - nutno rozlišit, kdy využívat ostatní smysly a kdy opravdu zrak
  - jedna z cest
    - zapáskování
      - zavážeme oči, situujeme do role slepce
    - dokola opakující "zvedni hlavu, koukej sem, nekoukej na to"
      - postupně to zautomatizují
      - velmi zdlouhavé avšak po té lépe využitelné
  - černotisk, kratší časové úseky, lepší osvětlení ---> zároveň však učit Braillovo písmo
- musejí mít hůl, kterou ovšem odmítají, nechtějí se vymezit do nevidomých
- komplikovaný skupina-- mají určitý zrak avšak ne natolik aby byli vidomými
- jedná se o velmi malou skupinu
  - jedná se o "mezi" skupinu

Funkční poruchy zraku - binokulární vidění

- Ludíková: *„Poruchy binokulárního vidění vznikají na základě částečného omezení zrakové funkce jednoho oka.“*
- Jesenský: *„Porušení fyziologické spolupráce pravého a levého oka.“*
- Neméth: *„Stav, při kterém se na sítnici obou očí nevytváří rovnocenné obrazy, které by po splynutí vytvořily prostorový vjem – zabezpečily stereoskopického hluboké vidění.“*
- binokulární vidění
  - součinnost obou očí, vidění oběma očima, vznik prostorového obrazu
  - 3 fáze
    - fúze = obraz okolí je vnímán oběma očima jako jeden vjem
    - simultánní vidění = každé oko vnímá svůj obraz okolí
    - stereopse = schopnost vytvořit hluboký vjem - vznik trojrozměrného obrazu (dokonalý spoj obrázku--> vznik dokonalého prostorového vjemu obrázku)
- **Strabismus** (šilhání)
  - způsoben tím, že oči nejsou rovnoběžné, osy očí jsou sbíhavé nebo rozbíhavé → obraz nevzniká na stejném místě na sítnici→ problém s fůzí
  - příčinou mohou být zkrácené okohybné svaly - ukotvené oko
  - nedokonalá inervace svalů → oko se stáčí nepřirozeně

- několik typů
  - divergentní apod.
  - paralytické - paralyzovaný sval
- odstranitelný v době vývoje oka (do 7 let)
- řešení strabismus několik metod
  - cvičení
  - okluze
    - přes jedno oko
      - nejdříve na zdravé oko - aby se postižené posílilo
    - při brýlové okluzi bacha na podhled! Lepší náplasťová okluze
  - chirurgický zákrok
    - na několik fází--> postupné měnění poloh

- **Amblyopie** (tupozrakost)
  - postihuje jedno oko
  - snížená zraková ostrost není způsobena orgánovým postižením, a pokud je, tak neodpovídá snížené funkčnosti oka
  - nebezpečná, jelikož není na první pohled vidět
  - řešení
    - okluze
    - cvičení
  - po ukončení vývoje oka již NELZE napravit
    - při úrazu zdravého oka by se pak stal osobou s praktickou slepotou

KOMPLEXNÍ SLUŽBY PRO OSOBY SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

15. Komplexní služby pro osoby se zrakovým postižením.

- dříve **komplexní péče** = systém podpory, který osobě se zrakovým postižením kontinuálně po celý život poskytoval nějakou podporu
  - osoba byla v odborné péči (upravené skupiny, prostředí) - odborné vedení a příprava
  - nevýhodou bylo, že skupina osob se ZP byla izolována od intaktní společnosti → nepřipravoval vstup do intaktní společnosti a ani intaktní společnost neměla základní informace o těchto osobách

SYSTÉM KOMPLEXNÍCH SLUŽEB

- systém variabilní a otevřený (osoba si volí z široké nabídky služeb - tyflocentra, podpora doma, pomůcky, škola,…)
- osoba vyrůstá v intaktní společnosti
- NEINFORMOVANOST
  - tento systém vyžaduje, aby klient a zástupce měli informace, co tyto služby nabízí, jaké to má výhody a nevýhody
  - největší problém u dospělých a seniorů → nevyhledávají si tolik informací o to, na co mají nárok apod. (nejdůležitější je v první fázi naučit se prostorovou orientaci)
  - neinformovanost řidičů - měli by vědět, jak osoba se ZP přechází přes silnici (3 klepne - zvedne hůl a vyjde)
- vertikální členění (od narození/zjištění nemoci až po odstranění/konec života)
- horizontální členění (podle sektorů, které se podílejí - MZČR, MŠMT, MPSV, MS (spravedlnosti), MF (financí), MV (vnitra), neziskový sektor (tyflocentra, tyflokabinety apod.)

MZČR – zdravotnictví rezort

- provází osoby již od samého narození (postaveno na prevenci)
- prenatální prevence:
  - genetické poradenství (při hereditární zatíženosti, ale i u idiopatické etiologie) - Praha, Centrum zrakových poruch
  - v případě těhotenství je možno tohoto pracoviště využít taktéž
  - preventivní péče v těhotenství je na velmi vysoké úrovni (gyn. prohlídky, nutriční poradenství,…)
  - sledování rizikových těhotenství (z různých příčin)
- perinatální prevence:
  - sledování matky i dítěte v době okolo porodu
  - ihned po porodu je dítě měřeno, váženo, jsou mu vyčištěny dutiny a prochází základním komplexním vyšetřením (včetně zrakového)
    - např. vypláchnutí očí kvůli ohrožení zánětu
  - hlavně jsou sledovány děti předčasně narozené (před 28. gestačním týdnem) - nejčastější poruchy: ROP syndrom
    - postnatálně pak častější kontroly zraku (aby se předešlo retinopatie)
- postnatální prevence:
  - pravidelné prohlídky u pediatra (preventivní vyšetření zraku)
    - 1 rok (podchycení možnosti rizika ZP)
    - 3 roky (poruchy binokulárního vidění; ostrost - Snellenovy obrazce, Pffugelovy háky, Landeltovy kruhy → myopie, hypermetrie, astigmatismus)
    - 6 let - důležité roky pro tyflopeda - podchycení poruch zraku vzhledem k nástupu do školy
  - oftalmologická péče u dítěte se ZP → sklon desky stolu, intenzita osvětlení,… (šetření zraku, vhodnost zaměstnání)
  - osoby se ZP přes 40 let --> dochází k tyflopedovi s konkrétní vadou, postižením,…
- rizikové skupiny - alkoholičky, drogové závislosti
- *spádové oblasti* --> potřeba odborníků, kteří vědí, jak s nimi zacházet; přístroje
- pediatr, genetik, ale i neurolog, psychiatr, pediatr
- existuje spousta typů korekce - čočky, brýle (musí správně sedět, správná velikost,…)
- Centrum zrakový vad při 2. LF v Motole – široká škála služeb (genetické vyšetření, chirurgické zákroky, medikamentózní léčba, kompenzační pomůcky, zraková terapie) pro klient celého věkového spektra

K. Červinková, D. Laníková, K. Janýšková

MPSV – sociální rezort

- řídí se zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách
  - vymezuje pojem sociální služba: "pro účely zákona se rozumí sociální službou činnosti nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení" - za takovou osobu je považována osoba se smyslovým či kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na jiné osoby + platí i pro rodiče dětí s postižením, kteří se o dítě celodenně starají
- týká se osob se ZP v celém věkovém spektru
- dotýkají se oblastí zaměstnanosti, sociálních služeb, sociální zabezpečení, raná péče, atd.
  - např. nárok na dávky při jejich zažádání (s doloženým stavem o funkci zrakového analyzátoru)
- *sociální poradenství*; *služba sociální péče* (osobní asistence, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení); *služba sociální prevence* (Střediska rané péče)
- zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti
  - zaměstnávání osob se zdravotním postižením (3 část)
  - je zde poskytována zvýšená ochrana na trhu práce
    - osoby invalidní ve 3. stupni (plně invalidní)
    - osoby invalidní v 1. a 2. stupni (částečně invalidní)
    - osoby zdravotně znevýhodněny
      - osoba se zachovanou schopností vykonávat soustavně zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikace nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (i smyslové postižení)
  - vymezuje pojem pracovní rehabilitace; hrazení nákladů spojené se vznikem chráněných pracovních míst a dílen; vymezuje práva a povinnosti zaměstnavatelů; vymezuje chráněné pracovní místo a dílnu; uvádí daňové výhody pro zaměstnavatele při zaměstnání osoby se zdravotním postižením; příspěvky na podporu zaměstnávání zdravotně postižených; povinný podíl a způsoby jeho plnění, jeho alternativy a nebo případné sankce při neplnění; rekvalifikační kurzy; služby podporovaného zaměstnávání,…
  - na základě tohoto zákona mohou potencionální zaměstnavatelé osob se zdravotním postižením získat určité dotace například na zřízení chráněného pracovního místa, či na vytvoření chráněné pracovní dílny, případně na částečnou úhradu provozních nákladů chráněné dílny --> stále je však počet zaměstnaných osob se ZP velmi nízký
- vyhláška č. 182/1991 Sb. o sociálním zabezpečení (ve znění pozdějších předpisů)
  - osobám starším jednoho roku s těžkým ZP, které podstatně omezuje jejich pohybovou či orientační schopnost, jsou podle druhu a stupně poskytovány mimořádné výhody I. až III. stupně
  - **§31 -** slabozrakým udělován II. st. (ZTP); nevidomým III. st. (ZTP/P)
  - **§33 -** možnost poskytnutí jednorázových příspěvků na zvláštní pomůcky potřebné k odstranění, zmírnění nebo překonání následků svých postižení -> do výše 50 - 100% z celkové částky na pomůcku
    - Pichtův stroj, digitální čtecí zařízení, kalkulačka s hlasovým výstupem, braillský řádek apod.)
  - **§34 -** možnost získat příspěvek na úpravu bytu při úplné či praktické nevidomosti); zvuková signalizace, vybudování tel. vedení, úprava kuchyňské linky (výše příspěvků bere ohled na majetkové poměry občana --> do výše 70% prokázaných nákladů, nejvýše do výše 50 000 u osob se ZP)
  - **§35 -** možnost poskytnutí příspěvku na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla (umožňuje příspěvek rodiči nezaopatřeného dítěte, staršího 3 let, které je nevidomé) - na zakoupení vozidla do výše až 100 000 korun + při opravě do výše 60 000
  - **§36** - možnost získání příspěvku na provoz motorového vozidla na období kalendářního roku (osobám, kterým byli uznány výhody II. a III. Stupně; příp. rodičům na pravidelnou přepravu dítěte/manželky); výše příspěvku 6 000 - 9 000 s možností zvýšení
  - **§45 -** příspěvek na úhradu bezbariérového bytu nebo garáže (nevidomým ve výši 500Kč/měsíčně)
  - **§46 -** příspěvek nevidomým občanům vlastnícím vodícího psa (příspěvek a ve výši 800Kč/měsíčně na krmivo pro tohoto psa)
- <u>nevýhody</u>:
  - není tak velká flexibilita, vzhledem k vývoji pomůcek
  - práce na odvodech sociální péče apod. --> přístup pracovníků (neznají, jak přistupovat ke klientům s tímto postižením)
    - např. když přijde klient s průvodcem, často pracovnice mluví na průvodce, jakoby klient byl nesvéprávný!
    - papír k podpis --> úředník musí přečíst vše, co je na konkrétním papíru napsáno + musí být okénko na podpis

Neziskový sektor

- měl by doplňovat služby státu - jsou to tedy takové služby, které nemohou státní sektory zahrnout
- jsou založeny na poptávce osob se ZP a jejich rodin
- organizace jsou vesměs financovány částečně ze státního rozpočtu, částečně ze získaných grantů, případně ze sponzorských darů a dalších zdrojů

- *Středisko rané péče* - terénní (popř. ambulantní) služba pro děti od 0 - 7 let a jejich rodiny
  - zřízené roku 1997; v současnosti již 7 středisek (včetně metodického centra pro ranou péči)
  - hlavním cílem je eliminace či zmírnění důsledků postižení a podpora rodiny a dítěte v sociální interakci
  - volba využívat centra je dobrovolná
  - čistá (zraková) porucha - využívají služby do 4 let
  - kombinovaná porucha - využívají služby do 7 let
  - poradenský tým: speciální pedagog, rodič, fyzioterapeut, sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, neonatolog, pediatr, neurolog,…
  - služby: terénní, rehabilitační pobyty, ambulantní péče, odborné semináře, půjčování hraček, pomůcek a literatury, základní sociálně-právní poradenství
  - na činnosti rané péče by měly navazovat statní služby (především školský poradenských zařízení - SPC,…)
- *SONAS* - Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých
  - vzniklo 16.6.1996 sloučením České unie nevidomých a slabozrakých a Společnosti nevidomých a slabozrakých v ČR
  - služby jsou určeny dospělým osobám se ZP
  - posláním organizace je sdružovat a hájit zájmy nevidomých a jinak těžce ZP občanů a poskytovat konkrétní služby vedoucí k integraci takto postižených
  - ve spolupráci s dalšími poskytovateli služeb usiluje o to, aby síť služeb, jejich návaznost, kvalita a dostupnost, byla co nejlepší a nejširší
  - specifické oblasti nabídky služeb: (velmi široká nabídka)
  - Středisko integračních aktivit - asistentské služby, sociálně-právní poradenství, podpora pracovního uplatnění, poradenství v oblasti odstraňování architektonických bariér
  - Metodické centrum sociální-právní poradenství - nabízí sociálně právní a pracovně právní poradenství, oblast ochrany práv nevidomých a slabozrakých osob; vydává metodické studijní a popularizační materiály
  - Tyflokabinet (Metodické centrum tyflotechnických pomůcek) - poradenství a optimalizace výběru pomůcek pro klienta se zaměřením na výpočetní techniku, umožňuje školení v nácviku obsluhy výpočetní techniky, pomůcky zapůjčuje, proškoluje a metodicky řídí školitele
  - Tyflocentrum - služby v oblasti odborně technického poradenství při výběru výpočetní techniky dalších kompenzačních pomůcek, nácvik práce s výpočetní technikou, s internetem, možnost digitalizace textů, osobní asistence a především sociální poradenství (setkávání klientů, zájmová činnost)
  - Metodické centrum přístupného webu - realizuje projekt s názvem Blind Friendly Web - zabývá se poradenstvím pro užívání informačních a komunikačních technologií; tvorba metodických materiálů, které souvisí s internetem
  - Tyfloservis - práce s konkrétními osobami na základě potřeby v oblasti nácviku sebeobsluhy, prostorové orientace a samostatného pohybu, výuka čtení a psaní a Braillova písma, nácvik podpisu, reedukace zrak a zraková terapie, pomáhá klientům s výběrem vhodných pomůcek
  - Tyflopomůcky - zaměřuje se na prodej tyflopomůcek a tyflotechniky v celém svém rozsahu, realizuje i zásilkovou službu pro klienty se ZP
  - Středisko pro odstraňování architektonických bariér - zaměřuje se na oblast tvorby metodik odstraňování architektonických bariér; proškoluje a metodicky řídí školitele obsluhy výpočetní techniky pro ZP
  - Výcvikové středisko vodicích psů - zaměřuje se na kvalitní výběr vodicích psů vhodných k výcviku, organizuje jejich předání do tzv. předvýchovy, přes intenzivní výcvik až po předání vodicího psa klientovi (pomoc při prvních dnech při získání vodícího psa, kontroluje kvalitu práce)
  - Pobytové, rehabilitační a rekvalifikační středisko Dědina - toto středisko je jediné svého druhu v ČR --> umožňuje nevidomým a těžce ZP absolvovat intenzivní kurzy pracovní rehabilitace, na které navazuje rekvalifikace s následným pracovním uplatněním

MŠMT – rezort školství

- zaměřeno především na děti, žáky a studenty; období od 3 do 26 let (do ukončení vysoké školy)
- služby jsou zaměřeny na různé skupiny osob se zdravotním postižením, včetně intaktní populace → rovný přístup
- zákon č. 561/2004 Sb. o předškolním, základním středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)
  - zákon upravuje předškolní, základní, střední a vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízení, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství
  - vzdělávací soustavu tvoří školy a školská zařízení → uskutečňují vzdělávání na základě vzdělávacích programů
  - **§16** - vzdělávání dětí se speciálními vzdělávacími potřebami
    - za zdravotní postižení je považováno i zrakové postižení nebo kombinované postižení

- SVP zajišťuje školské poradenské zařízení → tyto osoby mají právo na vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem
- vymezuje práno na bezplatné užívání speciálních učebnic a didaktických a kompenzačních pomůcek poskytovaných školou
- zajišťuje právo na vzdělávání Braillovým písmem
- právo na vzdělávání v základní škole speciální → mohou volit formu integrace, která je podporována
- stanovuje vzdělávání na základě IVP
- připouští zřízení i možnost přípravného ročníku
- věnuje se problematice odkladu povinné školní docházky

- vyhláška č. 27/2016 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných
  - vzdělávání je poskytováno žákům, u kterých byly na základě spec.-ped. či psychologického vyšetření zjištěny speciální potřeby
  - **§2** – co jsou to podpůrná opatření
  - **§3** – možnost individuálního vzdělávacího plánu (kdo ho vytváří, na jakém podkladě, kdo za něj zodpovídá, co by měl obsahovat)
  - **§5** – uvádí možnost asistenta pedagogika (jeho hlavní činnosti)
  - **§25** - upravuje počty žáků ve třídách (6-14 žáků) u žáků s těžkým zdravotním postižením (4-6 žáků)
- vzdělávání formou integrace
  - dle Jesenského: "je to dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterým dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně-vzdělávacích situací"
  - dle Keblové vychází vzdělávání intaktních dětí s postižnými z předpokladu, že dítě s postižením, které žije od raného věku mezi intaktními, nebude mít v budoucnu velké potíže začlenit se do společnosti
  - individuální i skupinová forma, dá se i kombinovat
  - pro ČR je charakteristická spíše *individuální* integrace - možno realizovat v rámci MŠ, ZŠ, SŠ i VOŠ při současném zajištění odpovídajících vzdělávacích podmínek a nezbytné spec.-ped. a psychologické péče
  - můžeme se setkat i se *skupinovou* - vznik samostatných tříd/skupin/oddělení v rámci běžné školy - při některých vyučovacích hodinách je možné žáky intaktní s postiženými vyučovat společně
  - výhody:
    - dítě zůstává v rodinném prostředí (integrace uskutečněna v místě bydliště, dítě do školy dopravují rodiče)
    - udržuje kontakt s rodinou a kamarády
    - dítě bývá samostatnější
    - má možnost poznat své přednosti a nedostatky ve srovnání s ostatními
    - intaktní děti ztrácejí předsudky, učí se akceptovat děti s postižením
    - větší pravděpodobnost bezproblémového začlenění do společnosti
  - nevýhody:
    - učitelé často nejsou připraveni na fakt, co práce s žákem se ZP obnáší
    - potíže potom může způsobovat např. neznalost podobného písma, neznalost práce se speciálními pomůckami
    - vysoký počet dětí ve třídě s nemožností individuálního přístupu k dítěti se ZP
    - nutnost částečně speciální péče o dítě ve smyslu nutnosti rozvoje smyslů, nácviku prostorové orientace, nácviku práce s pomůckami a v pozdější době s PC --> pomáhá SPC
    - u některých dětí potřeba výuky dvojmetodou (těžce slabozrací, zbytky zraku)
  - 2002 - *Směrnice MŠMT k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení* → vzdělávání integrovaného dítěte má být uskutečňováno dle IVP
    - v rámci IVP musí být jmenovitě určen pracovník poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka (nejčastěji spolupracují s SPC pro ZP)
  - důležité je rozhodnutí rodičů, zda bude žák integrován či nikoliv - záleží na jednotlivci a typu a stupni postižení
- vzdělávání v rámci speciálního školství
  - tuto možnost většinou volí rodiče na základe spec.-ped. či psychologického vyšetření SPC (pro některé je vhodnější než integrace)
  - školský zákon neuvádí termín speciální škola v rámci oficiálního označování, taktéž v souvislosti s narovnáním příležitostí těchto dětí
  - *MŠ pro ZP*
    - je vhodné, aby alespoň rok před nástupem školní docházky do MŠ nastoupilo
    - plní základní funkce: výchovná, vzdělávací, propedeutická, sociální a diagnostická
    - pracuje dle Rámcového vzdělávacího programu pro MŠ --> Dítě a: jeho tělo, jeho psychika, ten druhý, společnost, svět
    - mimo běžné věci se také učí zvládat obtíže spojené s jejich zrakovou vadou ve všech oblastech života
    - výhody docházky: dítě se učí akceptovat i jiné autority než rodiče; učí se určitému režimu dne; je součástí kolektivu vrstevníků; rozvíjí kompenzační činitelů v max. možné míře; učí se sebeobsluze; nacvičuje prostorovou orientaci a samostatného pohybu; rozvíjí zrakové funkci (stimulace); logopedická péče,…
    - některé MŠ se zaměřují na osoby s poruchami binokulárního vidění, některé mají žáky v celé šíři zrakových postižení
  - *ZŠ pro ZP*
    - některé děti nastupují až do základní školy (bez předchozího absolvování MŠ)

- hranice nástupu je s možností odkladu školní docházky (poté nastupují v 7)
- pracuje dle Rámcového vzdělávacího programu pro MŠ --> náplň je tedy stejná jako u běžných škol s případnými modifikacemi
- §8 vyhlášky č.73/2005 říká, že forma a obsah speciálního vzdělávání žáka a míra podpůrných opatření se stanoví podle rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáka. Je tedy možné určitým způsobem upravit obsahové a časové rozvržení učiva, volit odlišné pedagogické postupy, způsoby zadávání, plnění a hodnocení úkolů, metody a formy výuky
- do rozvrhu jsou zařazovány specifické předměty (prostorová orientace a samostatný pohyb, individuální logopedická péče, specifická péče - nácvik podpisu, čtení tyflografických obrázků,…)
- je dávána přednost pro integrovanou formu vzdělávání, přesto některých žákům vyhovuje spíše ZŠ pro ZP

- *SŠ pro ZP* - SOŠ pro ZP, OU pro ZP, G pro ZP, SOŠ pro ZP)
  - většina žáků se ZP se hlásí na některou ze středních škol (opět mají možnost integrace či SŠ pro ZP)
  - při výběru je nutno brát ohled na spoustu faktorů:
    - výběr školy/oboru bude mít vliv na celý profesní život, zda je v budoucnu reálné uplatnění
    - potřeba zohledňovat zrakovou vadu jako takovou a s ní spojená omezení
    - potřeba zohledňovat i jiná postižení či omezení žáka, která by mohla ovlivňovat výkon povolání
    - potřeba zohlednit nadání žáka, jeho dovednosti, vědomosti a vztah kdy k danému oboru
    - zohledňovány jsou zkušenosti školy
    - důležitá je poloha školy v rámci ČR
  - s výběrem střední školy pomáhá také SPC, které může SŠ kontaktovat a zkonzultovat možnost studia --> poté záleží na žákovi a rodině
  - po úspěšném absolvování se může hlásit na VŠ --> jedinou možností je integrace
    - vznikla však na univerzitách speciální podpůrná centra pro osoby s postižením (nejsou na všem univerzitách ---> nutné zvážit)
- forma a obsah speciálního vzdělávání a míra PO je stanovována v rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb
- <u>výhody</u>:
  - učí zde VŠ vzdělaní pedagogové se zaměřením na specku - tyflopedii
  - pedagogové mají zkušenosti se speciálními metodickými postupy
  - dobrá vybavenost škol speciálními pomůckami určenými pro ZP
  - existuje možnost zřízení místa asistenta pedagoga
  - vyhovující je i snížený počet žáků na studijní skupiny či třídu (6-14 žáků), v případě těžkého postižení (4-6 žáků)
  - možnosti rozvoje žáka v rámci prostorové orientace a samostatného pohybu v rámci výuky
  - možnost zaměřit se na oblast sebeobsluhy žáka
  - celým výchovně vzdělávacím procesem prostupuje cílený výcvik kompenzačních činitelů
- <u>nevýhody</u>:
  - jistá segregace žáků se ZP vzhledem k intaktní populaci - skoro celý týden tráví na intru a pouze víkendech a prázdninách doma
  - omezený počet těchto speciálních škol (v ČR 6)
  - možné potíže, které mohou nastat, při začlenění do společnosti intaktních osob v období dospělosti, případně při začleňování do pracovního procesu

- speciálně pedagogická centra (SPC)
  - jsou jedním ze školských poradenských zařízení, jejichž činnost upravuje vyhláška č. 72/2005 Sb. o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních
  - služby jsou poskytovány dětem, žáků, studentům, jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením
  - §6 - vymezuje činnost SPC --> poskytuje poradenské služby žáků s postižením a žákům se zdravotním znevýhodněním, kteří jsou vzděláváni formou integrace/skupinách či třídách s upravenými vzdělávacími programy a také ZŠ speciálních
  - SPC funguje formou návštěv pracovníků centra na školách a ambulantně
  - obvykle zřizována při MŠ či ZŠ pro žáky se ZP (nejčastěji tedy pro žáky 3 - 15 let)
  - v rámci vyhlášky je uvedena příloha č.2, která je zaměřena na činnosti SPC specializující se na různá postižení; také které služby smí poskytovat:
    - výcvik specifických činností u ZP, smyslová výchova zrakově postiženého žáka, propedeutika čtení a psaní bodového písma, metodická činnost a příprava ke čtení a psaní zvětšeného černotisku, rozvoj matematických představ, práce se speciálními pomůckami, nácvik orientace samostatného pohybu metodické vedení asistenta pedagoga
  - SPC hrají v životě dětí, žáků, jejich rodičů a škol nezastupitelnou roli --> mohou se obrátit vždy, když je třeba pro pomoc
  - cílem --> maximální a bezproblémové začlenění dítěte, žáka do výchovně-vzdělávacího procesu, nastolení rovných příležitostí ve vzdělávání a maximální samostatnost žáka

PŘÍSTUP K OSOBÁM SE ZRAKOVÝM POSTIŽENÍM

16. Přístup k osobám se zrakovým postižením v rámci interpersonální komunikace.

- má určitá specifika → odlišnost je vždy vysoce individuální, nicméně některé charakteristiky jsou všeobecně platné
- určujícími faktory ovlivňující míru odlišnosti:
  - stupeň
  - typ zrakové vady (úroveň zachovaných zrakových fcí od lehké slabozrakosti až po hranici mezi těžkou slabozrakostí a praktickou nevidomostí = zbytky zraku)
  - doba vzniku (osoba s vrozenou nevidomostí může mít menší sociální zkušenost v některých situacích a sociálních rolích)
  - přidružené oční komplikace (světloplachost či nystagmus)
  - způsob manifestace oční vady

ORÁLNÍ (ústní) KOMUNIKACE

- téměř vždy doprovázena neverbálními projevy, které jsou velmi důležité
- nonverbální komunikace má mnoho vyjadřovacích schopností
  - vyjádřit myšlenky, pocity, přání i úmysly, i když člověk říká něco jiného
  - znalci psychologie se shodují, že více než polovina informací, které při ústní komunikaci získáme, nepochází ze slov
  - osoby se zrakovým postižením o možnost využití mimoslovních signálů přicházejí již od raného věku
  - kvůli zrakovému postižení přicházejí už malé děti o velmi důležité navazování očního kontaktu s blízkou osobou
  - Lechta (1991) - zrakový kontakt v běžné komunikaci umožňuje modifikovat formu i obsah výpovědi
- v kontaktu s osobami s postižením zraku by se intaktní populace měla chovat přirozeně a dodržovat běžné konvence společenského chování
- existují však určité zásady, které je dobré pro hladký průběh konverzace s osobou se zrakovým postižením dodržovat

Zásady komunikace s nevidomou osobou

- vždy pozdravíme jako první, nevidomý nemusí zaznamenat naší přítomnost
- představíme se – nevidomý nás nemusí po hlase poznat (poznávají lidi z každodenního kontaktu)
- při rozhovoru se vždy díváme do očí - může si myslet, že hovoříme k někomu jinému
- nevidomého nepodceňujeme ani nepřeceňujeme
- automaticky netykáme
- musíme počítat s delším časem – je možné, že budeme muset něco dovysvětlit
- pokud chceme nevidomému pomoci, udělejme to – nevnucuj se
- pokud přijde nevidomý s průvodcem, i přesto komunikujeme přímo s nevidomým
- při příchodu do místnosti se vždy představíme
- vždy hlásíme nevidomému svůj odchod z místnosti a svůj návrat
- nezdráháme se pojmů: podívej se, viděl jsi… vyvarujeme se slov: tam, támhle, tudy

Další specifika

- nepřemisťovat jeho věci, ani věci, které jsou užívány společně (stálé místo uložení), rovněž je nevhodné přemisťovat bez informace věci na stole v průběhu společného jídla
- popisy – nové prostředí, okolí (během cesty)
- seznámení s každým novým spotřebičem v domácnosti – je velmi žádoucí výběr každého přístroje konzultovat se ZP člověkem, pokud jej má používat
- „zrcadlo“ – okamžitá a automatická pozitivní i negativní zpětná vazba (hlavně je třeba hlásit každý event. nedostatek), ale i ocenění vzhledu (kromě „kontrolní“ funkce) mají tyto informace důležitou psychickou, motivační roli pro ZP)
- nemanipulovat zrakově postiženým člověkem, ale vždy slovně informovat

Specifika komunikace osob slabozrakých a se zbytky zraku

- ústní komunikace má nezastupitelnou roli nejen v interpersonálním kontaktu, ale i jako významný kompenzační činitel – pomáhá vyrovnávat nedostatky zrakové percepce
- identifikace komunikující osoby
  - pro usnadnění orientace se vždy na začátku komunikace představíme

  - součástí představení by mělo být podání ruky, což absentuje nedostačující zrakový kontakt
- svéprávnost osoby se zrakovým postižením
  - i když je osoba se ZP doprovázena, je důležité komunikovat přímo s ní
- faux pas v kontextu zrakového postižení
  - nemusíme se obávat potencionálně nemístných otázek týkajících se zdravotního postižení
  - neostýchejme se zeptat, co nás zajímá či co potřebujeme vědět
- slova primárně vázaná na vizuální vnímání
  - v komunikaci můžeme běžně používat slova: koukni se, prohlédni si, mrkni na…
  - jsou vhodnější, než osahej si…
- verbalizace směrových pokynů
  - v případě popisu je nutné popisovat věci či místa více detailněji
  - gestikulace a obecně neverbální složka komunikace je nedostačující
- manipulace versus nezávislost a svoboda
  - nemanipulujeme s člověkem se ZP ani s jeho věci – ztrácí orientaci a ponětí o svých osobních věcech
- situační kontext
  - vždy při příchodu či odchodu do/z místnosti to osobě se ZP oznámíme. Komentujeme také svůj pohyb po místnosti či manipulaci s věcmi.
- absence neverbální informace
  - u osob se ZP dochází ke snížení kvality či absenci neverbální komunikace, což způsobuje absenci či deficit zpětné vazby od komunikačního partnera
  - omezují zpětnou vazbu pomocí neverbální komunikace k osobě se ZP
  - zpětná vazba by vždy měla být verbálního charakteru či neverbální, ale doprovázená slovem
- absence zrakového kontaktu
  - zrakový kontakt u osob se ZP je limitovaný
  - komunikační partner proto může nahradit iniciální fázi komunikace verbální či taktilní cestou (pozdrav, pozdravená, podání ruky)
  - u osob slabozrakých možný a žádoucí
  - udržení zrakového kontaktu může být někdy nepříjemné či náročné
    - u osob se ZP může být znemožněn světloplachostí
    - u komunikačního partnera může být nepříjemný projevy ZP (nystagmus, naklánění hlavy…)
  - je nutné dodržovat individuální potřeby komunikačního partnera
- poskytnutí adekvátního času na samostatné jednání
  - dát člověku s ZP prostor zmapovat si prostor samostatně př. pomocí hmatu
  - neurychlujeme situace a činnosti, které člověk s ZP zvládá sám
    - tím bychom jej mohli přivést do stresové situace či navodit pocit neschopnosti a zbytečnosti

PÍSEMNÁ KOMUNIKACE

- jako v běžných podmínkách i u nevidomých je písmo jedním z důležitých pramenů, které umožňují poznávat svět
- potřeba umožnit písemnou komunikaci lidem se zrakovým postižením a začlenit je tak do sociálních vztahů s intaktní populací se dle Monatové (1998) datuje již na počátek našeho letopočtu, kdy Marcus Fabius Quintilianus upozorňoval na to, že ryté písmo mohou hmatem číst i nevidomí - v průběhu historie vznikaly četné pokusy o vytvoření ideálního písma pro lidi se zrakovým postižením → jednalo se zpravidla o písmo reliéfní - používaly se znaky vyřezávané ze dřeva, uzlové písmo, či písmena utvořená z drátu
- zřejmě největší zlom v oblasti vzniku písma pro nevidomé je zjednodušení Barbierova dvanáctibodového písma Louisem Braillem
  - kolem data vzniku **Braillova písma** – nejasnosti – uvádí se rok 1825
  - dva sloupce o třech bodech
  - umožňuje vynecháním jednoho až pěti bodů vytvoření 63 kombinací
  - tato soustava tvoří plnohodnotnou abecedu, včetně rozlišování malých a velkých písmen, diakritických znamének, číslic, aritmetických i matematických znaků, římských číslic, chemických značek i vzorců, ale i hudební notopis
  - rozměry písmen přibližně odpovídají rozměrům ukazováku, kterým se toto písmo čte
  - uspořádání do tvaru obdélníku je ideální i z morfologického hlediska

- další výhody - poměrně snadné rozmnožování tiskem i ručním psaním, schopnost adaptace na jiné jazyky, včetně těch, které nepoužívají latinku
- pražská tabulka, která nahradila dřívější nedokonalé pomůcky a racionalizovala psaní Braillova písma - dvoulistová kovová šablona, do které se vkládá list papíru - horní plát je opatřený obdélníkovými otvory s polokulatými výřezy pro šest bodů - do spodního plátu jsou vylisovány všechny potřebné dolíky, které tuto pomůcku charakterizují
  - při psaní do tabulky musíme brát v potaz otočení papíru o 180° při čtení

- další forma - **jehlové písmo** vytvořené Janem Vilémem Kleinem
  - vzniká vypichováním běžné velké abecedy, kdy jsou na jednom konci kovové hranolky a na druhém znaky Braillova písma
  - výhoda - umožnění komunikace mezi lidmi se zrakovým postižením a běžnou populací
- koncem 19. století sestrojil Oskar Picht (Německo) stroj pro zápis Braillova písma, který se používá dodnes
  - Pichtův stroj je opatřen šesti klávesami pro zápis šesti bodů Braillova písma a sedmou klávesou uprostřed, která slouží jako mezerník
  - je možné ho ovládat jednou rukou, takže druhou je nevidomý schopen kontrolovat, co napsal. Vynalezení tohoto stroje umožnilo osobám se zrakovým postižením snadnější zápis bodového písma, protože již nebylo potřeba vybodávat jednotlivé tečky zvlášť
  - nevýhoda - zápis není přístupný intaktní společnosti
- **dymokleště**
  - nápisy v Braillově písmu na lepicí pásce, které se umísťují vedle názvů na veřejných místech
- **počítač se speciálním vybavením**
  - počítač je doplněný hlasovým nebo hmatovým zařízením, skenerem a tiskárnou
  - jedinec si může nechat přečíst všechny ovládací prvky pomocí kurzoru
  - hmatový displej = braillský řádek – umožňuje zobrazení textu z monitoru v bodovém písmu
  - zvětšovací program (softwarovou lupu)
  - hlasový či hmatový výstup zprostředkující informace na monitoru
  - software pro zpracování tištěného textu, snímaného skenerem a jeho rozpoznání do digitální podoby
  - odečítač obrazovky
- **Braillský řádek**
  - hmatové výstupní zařízení, přenosný braillský zobrazovač
  - dokáže nahradit PC obrazovku
- **Aria**
  - elektronický zápisník pro osoby se ZP
  - obsahuje textový editor, hodiny, kalendář, kalkulátor, tel. Seznam
  - lze propojit s PC
- lidé se zrakovým postižením mají obtíže nejen v zápisu textu, ale samozřejmě i v jeho čtení → toto se projevuje v jejich každodenním životě (nemožnost číst noviny, knihy, dopisy apod.)
- nejjednodušší a nejrychlejší formou pomoci může být hlasité předčítání textu druhou osobo --> toto předčítání probíhá v reálném čase, kdy je nevidomému přečten článek, dopis či část knihy
- choulostivou záležitostí může být např. čtení osobních dopisů nebo finančních dokladů
- v České republice existují organizace, které napomáhají osobám se zrakovým postižením získávat informace textového charakteru
  - mnoho nevidomých využívá služeb Knihovny a tiskárny pro nevidomé K. E. Macana
    - pomocí poslání KTN - zpřístupňovat nevidomým a občanům s těžkým zrakovým postižením informace i umělecké hodnoty, a to prostřednictvím Braillova slepeckého písma, zvukových záznamů, reliéfní grafiky a digitálních textů
    - knižní tituly se zde realizují také ve formě zvukových nahrávek - tato forma je hojně využívána převážně klienty, kteří přišli o zrak v pozdějším věku a čtení a psaní Braillova písma jim působí problémy
  - knihovní a vydavatelské oddělení má také **Středisko Teiresiás**, plným názvem Středisko pro pomoc studentům se specifickými nároky, které v roce 2000 zřídila Masarykova univerzita v Brně - rediguje, tiskne a váže hmatové studijní materiály
    - Středisko Teiresiás zajišťuje také tvorbu tyflografiky s pomocí fuseru a termoformu

        - Fuser je přístroj na výrobu hmatových map, schémat, plánku, geometrických nákresů, grafů funkcí apod.
        - pomocí termoformu vzniká metodou tvoření tepla ve vakuu víceúrovňový střední a vysoký reliéf, který je oproti reliéfu vytvořeném fuserem trvanlivější a výraznější
    - obdobné služby jako Teiresiás zajišťuje centrum podpory samostatného studia osob se zrakovým postižením **Tereza** (1992, ČVUT, Praha)
        - kromě jiného mají možnost vyhledat a stáhnout řadu digitalizovaných materiálů, případně si pomocí skeneru nechat digitalizovat standardní studijní materiály, které v nabídce nejsou
        - mohou si také zapůjčit hybridní knihy, což jsou multimediální publikace kombinující elektronický text s jeho zvukovou nahrávkou, doplněné komplexním navigačním aparátem

PRŮVODCOVSTVÍ

- **průvodci stálí**
    - pro osobu s těžkým zrakovým postižením oporou, které mohou důvěřovat, neboť ví jak vést, co popisovat, jaké tempo udržovat, jak reagovat a upozorňovat na podněty z okolí, atp.
    - osoby s těžkým zrakovým postižením se na svého průvodce většinou bezpodmínečně spolehnou a bílou hůl použijí jako označující prostředek
- **průvodci náhodní**
    - pro osobu s těžkým zrakovým postižením neznámí, případně nevodí danou osobu často, a tedy jim osoba s těžkým zrakovým postižením nedůvěřuje
    - průvodce náhodný nemusí vědět nic o průvodcovství, neboť je na samotné osobě se zrakovým postižením, aby si svého průvodce nainstruovala a dala mu pokyny, jak vést, kam dovést, na co upozornit atp.
    - v případě tohoto vedení se osoba s těžkým zrakovým postižením musí více soustředit na mimoslovní signály svého průvodce, aby zareagovala i ve chvíli, kdy průvodce zapomene na něco upozornit
- základní informace
    - průvodce jde vždy první
        - toto důležité pravidlo vychází především ze zřejmého faktu, že průvodce vidí a může okamžitě reagovat na vyvstalé nebezpečí
    - osoba se zrakovým postižením se drží svého průvodce (jinak by bylo popřeno, že průvodce jde jako první); možné úchopy:
        - nad loktem průvodce
        - za rámě
        - držení za loket (ruka průvodce je ohnutá a osoba se zrakovým postižením se drží přímo za loket jedince)
        - držení za rameno (pokud je osoba se zrakovým postižením příliš vysoká)
        - za předloktí
        - držení za hřbet ruky
        - u dětí se využívá držení za ruku
    - průvodce by se měl postavit k ruce, ve které osoba se zrakovým postižením nemá hůl
        - v případě, že osoba se zrakovým postižením nemá hůl v žádné ruce, platí pravidlo č. 4, případně domluva mezi průvodcem a vedeným
    - osoba se ZP by měla jít vždy na bezpečnější straně
    - osoba se zrakovým postižením jde mírně v zákrytu za osobou průvodce a tím pádem i cca půl kroku – krok za ním
    - tempo se přizpůsobuje osobě, která jde pomaleji – vše záleží na vzájemné dohodě
    - popisujeme okolí, ale informacemi nezahlcujeme
    - v případě, že někde necháme osobu se ZP stát (mělo by to být u nějakého pevného bodu, ne v prostoru), řekneme jí proč, co je v okolí a případně, kdy se vrátíme.
    - osoba se zrakovým postižením by měla reagovat na pokyny – a to jak dávané ústně, tak případně i pohybem (je na domluvě mezi průvodcem a osobou se ZP, které si zvolí pro co – většinou je pohyb nutné / vhodné doplnit gestem)
- V rámci průvodcovství mohou nastat následující situace:
    - **chůze zúženým prostorem** - průvodce (dále jen P) dá ruku, za kterou vede osobu se ZP (dále jen OZP) za sebe a natáhne ji tak, že OZP sjede k jeho zápěstí a jde za ním zcela v zákrytu

- **chůze po schodech** - P upozorňuje o tom, jestli jsou schody nahoru či dolů (počet schodů je jen do počtu dvou či tří), P jde vždy první, upozorňuje na první a poslední schod s tím, že na první, když na něm stojí, aby OZP věděla jak je vysoký
  - při chůzi po schodech je potřeba se držet vpravo!
  - je třeba si dát pozor na fakt, že i obrubník je schod a pokud se jedná o zvýšený práh, který není mezi dveřmi, tak upozornit i na něj.)
- **ukázání na místo, předmět, kliku** – P položí ruku, za kterou vede OZP na daný předmět, opěradlo židle, nebo kliku u dveří – OZP sjede volnou rukou na ukazované místo, ale stále se může držet / drží průvodce
- **otvírání dveří** - OZP jde na straně, kde jsou panty, ruku za kterou je vedena položí P na kliku, OZP si dveře otvírá i zavírá, ale stále se drží P (v případě, že se dveře otevírají směrem k nám)
  - pokud jde OZP na opačné straně, než jsou panty, jen se dá heslo na přejití – „přejdi na druhou stranu“ a OZP přejde tak, že se stále lehce dotýká zad P
- **návštěva toalety** – v případě, že P doprovází OZP relativně dlouho, do místa neznámého, případně např. do restaurace, divadla, atp. je možné, že nastane chvíle, kdy bude muset vyhledat toaletu a doprovodit OZP na ni
  - v rámci návštěvy toalety upozorňuje P, na to jak to na toaletě vypadá, kolik je tam kabinek, kde je umyvadlo (zda přímo v kabince, nebo před ní), v kabince poté upozorní na to jak se zavírají dveře, kam je otočená mísa, kde je prkénko, zda je toaleta přikrytá či ne, jaká je čistota mísy i celé kabiny, kde je splachovadlo a jak se splachuje (na zdi, na nádobce, na šňůře seshora, atp.), kde je toaletní papír a odpadkový koš
  - v případě umyvadla poté upozorní, kde je (pokud je přímo v kabince, pokud je před ní ukáže na něj) na to jak se pouští voda, kde je mýdlo či ručník
  - může se stát, že P doprovází osobu opačného pohlaví, v tomto případě je možné dovést OZP na toaletu pro handicapované, případně ji doprovodí na toaletu „svou“, neboť zde se cítí „dobře“, zná to tady a jednoduše jednou větou rychle vysvětlí, že doprovází osobu nevidomou
  - kdyby šel na toaletu opačného pohlaví, mohl by se cítit nepříjemně a vysvětlování proč zde stojí a na koho čeká, by již bylo obtížnější
- **návštěva restaurace / cukrárny / hospody / kavárny** – V případě, že je OZP doprovázena P i do výše jmenovaných zařízení předpokládá se, že bude průvodcem, ale ne číšníkem – tzn., že na co se dá zeptat obsluhy, zeptá se OZP nebo P obsluhy
  - popsat prostředí, uvést do obrazu, kde OZP s P sedí, kde je bar, toaleta, vchod, atp.
  - upřesnit, jak vypadá stůl, u kterého sedí, jestli u něj sedí ještě někdo jiný, co je na stole (např. upozornit na vázu s vodou, aby nedošlo k převržení, atd.)
  - objednání z jídelního lístku (pokud není v Braillově písmu) - P přečte – není nutné číst celé menu, ale zeptat se OZP na co má chuť a poté již čteme dané položky z výběru, u kterých uvedeme gramáž a cenu
- **nástup do dopravních prostředků**
  - automobil - při nástupu do automobilu je postup stejný, jako při otevírání dveří – sám dveře otevírá, kontroluje druhou rukou výšku auta i volnost sedačky v autě, poté se podsune pod ruku, která je položena na kapotu a dveře za sebou zavírá
    - při výstupu je postup opačný, zde je nutné zkontrolovat, zda je automobil zastaven bezpečně, a proto dveře otevírá průvodce, čímž se zabrání také zdlouhavému hledání kličky uvnitř auta
  - autobus / tramvaj / metro / trolejbus / vlak - při nástupu průvodce jde vždy první a OZP jej následuje (není tedy do schodů tlačena či postrkována). Ve většině případů se OZP průvodce drží, v případě, že je jednodušší se držet, např. vzhledem k šíři schodiště, zábradlí, tak P položí ruku na zábradlí či tyč a počká, až OZP nastoupí a poté ji následuje a nad schody se opět ujímá role průvodce
    - vyhledání místa k sezení je ve většině dopravních prostředků relativně snadnou záležitostí, buď je místo rezervováno přímo na jízdence, nebo existují místa vyhrazená pro držitele karet ZTP, což však neznamená, že by P „vyhodil“ osobu, která zde sedí
    - v některých případech dokonce i OZP rády stojí a to tak, aby měly přehled o tom, kde je východ

Zdroje:

- FINKOVÁ, D. LUDÍKOVÁ, L. RŮŽIČKOVÁ, V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2007. ISBN 978-80-244-1857-5.
- FINKOVÁ, D. *Základy tyflopedie – předmět, cíle, techniky prostorové orientace a komunikace.*Olomouc: Univerzita Palackého, 2010. ISBN 978-80-244-2627-3.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Úvod do speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2009. ISBN 978-80-244-2517-7.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Dítě se zrakovým postižením v raném a předškolním věku (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2743-0.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Edukační proces u osob se zrakovým postižením (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2745-4.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v dospělém a seniorském věku (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2011. ISBN 978-80-244-2744-7.
- FINKOVÁ, D., MITRYCHOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, K. *Terapeutické působení na osoby se zrakovým postižením (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3081-2.
- FINKOVÁ, D., MITRYCHOVÁ, L., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Osoby se zrakovým postižením v procesu komunikace (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc, Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3082-9.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Mimoškolní aktivity a speciálněpedagogické působení na osoby se zrakovým postižením (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3083-6.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., STEJSKALOVÁ, K. *Otázky rehabilitace osob později osleplých (multimediální studijní opora)* [CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-3084-3.
- FINKOVÁ, D., RŮŽIČKOVÁ, V., REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K. *Speciální pedagogika se zaměřením na možnosti rozvoje a podpory osob se zrakovým postižením (multimediální studijní opora)*[CD]. Olomouc: Univerzita Palackého, 2012. ISBN 978-80-244-30825-0.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, K. *Teoretická východiska speciální pedagogiky osob se zrakovým postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením v raném a předškolním věku.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L., STEJSKALOVÁ, K. *Specifika edukace žáků se zrakovým postižením na ZŠ a SŠ.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ, L. *Specifika komunikace s osobami se zrakovým postižením.* Olomouc: Univerzita Palackého, 2013.
- MORAVCOVÁ, D. Zraková terapie slabozrakých a pacientů s nízkým vizem. Praha: Triton, 2004.
- RŮŽIČKOVÁ, V. KROUPOVÁ, K. Pohled na samostatný pohyb a prostorovou orientaci osob se zrakovým postižením. Olomouc: UP, 2017.

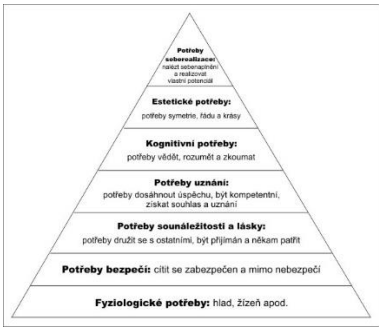
ETOPEDIE

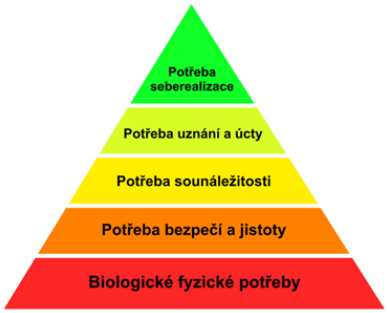
Základní psychické potřeby

Etoped

- pracuje s celou osobností člověka (ne jen pouze s problémem) --> využití celostního přístupu (od bazálu postupujeme výš)
- zajímá nás, co se v člověku děje, proč, kde je příčina
- nejprve musíme pracovat s tělem, abychom mohly pracovat s psychikou
- uvědomění si vlastního těla, přijetí, ovládání a rozumění funkcí těla

- vychází z potřeb --> **Maslovowa pyramida**
  - Proč se to kreslí do pyramidy? --> spodek pyramidy je základ a na něj navazují další potřeby, pokud není splněna nižší etáž, nikdy nemůže být v pořádku ta vyšší





  - fyziologické potřeby
    - spánek (čtvrťák - 8 - 10 hodin) - využití světla v pokoji (bílé světlo dává mozku signál, že je den); příjem potravy (množství cukru např.)
  - BEZPEČÍ
    - Jak udělat, aby se člověk cítil v bezpečí? Nastavení struktury, pravidel, času a opakování! - tento systém má velký význam a smysl
    - velmi důležité!! bez pocitu bezpečí nenaváže vztah s nikým, nebude mít sociálno, bude se bát, nemají na čem stavět
      - př. Polínek nám říká, jak stojíme na pískovci a kus této budovy už spadl na paní --> holky se pousmívají --> nejsem vyděšeni, protože máme zkušenost, že už jsme tu byly a všechno bylo v pořádku (etopedické dítě by bylo vyděšené a nikdy by sem nepřišlo, nemá na čem stavět, není v bezpečí, nemá žádnou jistotu)
      - př. Polínek měl klienta - rodiče mu platili 500/hod po celý rok, aby se snažil vybudovat bezpečí - každý týden se pozdravili, vytáhl ty stejné hračky a hrály si --> až po roce se chlapec cítil v bezpečí
      - dítě vycítí pocity rodičů - když se zeptá, jestli se něco děje a rodiče odpoví nic - je to špatně - dítě má dvě protichůdné informace (chaos) --> tělo se chová jinak, než rodič říká (i např. mimika)
  - vztah (potřeba sounáležitosti, lásky)
    - zkušenost a naplněnost hlubokého sociální vztahu ve všech úrovních a dimenzích
    - např. ti, co nemají plně nasycené tyto potřeby často dělají adrenalinové věci (bungeejumping, jízda na skatebordu za tramvají, pozice moci - vlastnění, …)
    - vztah - vždy se něco děje (je špatné mít někoho, který bude jen souhlasit) --> pořád probíhají procesy, je to živý vztah (hádky, diskuze, horší a lepší chvíle --> posouvá to vztah na vyšší úroveň)
      - na vztahu musíme neustále pracovat
    - př. chlapec, měl už 7 "tatínků" - vztah pro něj znamená ohrožení --> když už to vypadá, že se vztah matky a někoho ustálil - dítě nerado vztah navazuje, bojí se --> tyto děti v takovou chvíli se ohromně zhorší (jsou protivné) --> zkouší, jestli to vztah vydrží, i když se takto chová, a jestli tedy stojí za to! (úkolem rodiče/etopeda je vydržet tyto stavy dítěte, ale nenechat si na druhou stranu skákat po hlavě)
      - vnitřně to musíme vydržet, nemůžeme je nechat, ať si dělají, co chtějí --> tím bychom jim narušili bezpečí a vznikl by u nich opět chaos
    - při vztahu musíme sdílet kus sebe, kus naší intimity!
  - úcta, sebevědomí
    - pokud není spodek pyramidy v pořádku (jsou v chaosu, nemají naplnění fyziologické potřeby) --> bude mít člověk menší sebevědomí, budou útočit
    - potřeba *identifikace* - často se dají dohromady s nějakou partou
    - sebeúcta/sebevědomí - důležitá zpětná vazba od blízkých, později si buduje dítě pozitivní vztah sám sobě (pokud měl pozitivní zpětné vazby, podporu, lásku)
  - sebeaktualizace/seberealizace
    - potřeba *otevřené budoucnosti* - víme a doufáme, že se budeme nějak vyvíjet, že nás něco čeká, že máme budoucnost
    - *motivace* dítěte
      - pokud mají naplněné potřeby, tak děti tvoří, jsou kreativní, aktivní
      - pokud nemají naplněné potřeby, tak je jim to jedno (Že budeš tlustý? Že máš špatné známky? Že budeš sám --> hmmm, ano)
- <u>struktura pyramidy nefunguje vždycky !</u>
  - např. básníci --> nemá naplněné základní potřeby, ale dokáže psát a vymyslet krásnou báseň
  - Proč? --> protože to, co může naplňovat pyramidu potřeb i z druhé strany (z vrchu) je **tvořivost** a kreativita
    - Jak poznáme, že jsem tvořivý? --> vymyslíme jinou cestu, než je obvyklá a běžná, jak něčeho dosáhnout - přestáváme vnímat čas
  - dosycení pyramidy může jít např. přes hudbu
    - rytmus - struktura, melodie - nese emoce, harmonie - vzniká vztah mezi melodií a rytmem
  - stačí i jeden naplňující okamžik v životě, který naplní pyramidu a tímto získá člověk smysl života
- než se zaměřit na problém --> zaměřujeme se na naplnění potřeb

K. Červinková, D. Laníková, K. Janýšková

PORUCHY CHOVÁNÍ A EMOCÍ, AGRESIVNÍ A NEAGRESIVNÍ

17. Poruchy chování a emocí - terminologie a diagnostika. Agresivní a neagresivní poruchy chování - etiologie, symptomatologie, možnosti intervence a prevence.

TERMINOLOGIE

- **poruchy chování** = opakující se a trvalý (nejméně 6 měsíců) vzorec disociálního, agresivního a vzdorovitého chování, které porušuje sociální normy a očekávání přiměřená věku dítěte (eventuelně rozumovým schopnostem)
  - předpokladem je skutečnost, že jedinec normy chápe a rozumí jim, ale nerespektuje je
  - tyto předpoklady nesplňují:
    - nižší úroveň rozumových schopností (př. osoba s mentálním postižením)
    - odlišné sociokulturní prostředí
    - nízký vývojový stupeň – děti předškolního věku (typické magické myšlení, bohatá fantazie, egocentrismus, nezralá autoregulace chování a emocí, nepochopení pojmu vlastnictví)
    - + prvním období vzdoru (2-3 roky) a druhém období vzdoru (puberta)
  - důležité je vnímat normy dané společnosti! (např. v severských zemích je první pohlavní styk ženy s vlastním otcem)
  - každé dítě se občas tímto způsobem projevuje, vždy však záleží na době trvání problému, charakteru a intenzitě
- učíme se diferencovat žádoucí/nežádoucí chování a kdy je vhodné ho použít
- **rizikové chování** = konkrétní chování, které poškozuje ostatní (může být ojedinělé) – PPP,…
  - poukazuje na takové vzorce chování jedince, které nemusejí být jednoznačně vymezeny a jejichž důsledkem může docházet k nárůstu zdravotních, sociálních, psychických, edukačních a dalších ohrožení pro jedince a společnost
  - projevy: záškoláctví, šikana a projevy agrese, rizikové sporty a rizikové chování v dopravě, rasismus a xenofobie, negativní působení sekt, sexuální rizikové chování, prevence v adiktologii
- **syndrom problémového chování** = tendence jedince chovat se rizikově ve všech oblastech = propojenost jednotlivých projevů rizikového chování - tvoří problémové chování
  - projevy: nadměrné upoutávání pozornosti, negativismus (přetrvává období vzdoru, nerovnoměrnost duševního vývoje, neschopnost akceptovat, normy a autority), lhaní, krádeže, čachrování, útěky, toulání, projevy fyzické a verbální agrese

ETIOLOGIE

- incidence: 10-15% dětí a adolescentů; výskyt je vyšší u mužů
- nejasné – **multifaktoriální**!
  - záleží na:
    - diagnostickém kritériu
    - kultuře (př. Jiné normy romové,….)
    - vývojové úrovni (často vázáno k určitému věku)
- nedědí se chování, ale predispozice (transpozice dopaminu)
- **bio-psycho-sociální model** → všechny oblasti ovlivňují mozek
- biologická podmíněnost poruch chování
  - *temperament* – dráždivost, impulzivita, vyhledávání vzrušení, nízká frustrační tolerance, …
  - *narušení struktury CNS* (porucha/oslabení) – pre/perinatální poškození, úrazy hlavy, epilepsie, ADHD (příčinou je zvýšení koncentrace dopaminu v mozkomíšním moku), narušen rozvoj frontálního kortexu, chápou normy, ale nemůžou si pomoct (horší sebeovládání, odbrzděnost)
  - *genetické predispozice* - bývá disponován jeden z rodičů, krom genetiky špatné vzory, bez citlivosti na zpětnou vazbu, vlastní pravidla, potřeba
  - inteligence - nemá vliv, častěji děti s nižším IQ, ale jde spíše o vliv výchovný (asociální jednání u lidí s vyšším IQ), horší prospěch – odmítání norem
- psychologická podmíněnost poruch chování
  - *projev náhradního uspokojování* (např. substituční krádeže – nahrazujeme si zdroj uspokojení někde jinde; hypersexualita – nemá vztah, tak si to kompenzuje sexem, ale plně ho to nenaplňuje)

- sociální podmíněnost poruch chování (rodina)
  - rodinná atmosféra
    - *nevhodné a nepodnětné prostředí* (neúplná rodina, subdeprivační působení rodiny, životní prostředí, subkultury a určité sociální skupiny)
      - nedostatečně osvojené morální normy rodičů
      - rodiče jako anomální osobnosti (neplní rodičovskou roli, závislosti, deprivace)
      - neúplná rodina (náročná role samoživitelů, kriminalita, nedůslednost vs. tvrdé tresty)
      - subdeprivační působení rodiny (nedává pocit jistoty, hranice) a nuda, nedostatek životního smyslu, neadekvátní cíle (společný čas jen pasivně, nic neučí)
      - rodiče selhávají v dané životní situaci
      - určité subkultury a sociální skupiny (toto chování je tolerování nebo dokonce vyžadováno, nápodoba dospělých př. kapsáři)
      - určitá životní prostředí (anonymita sídlišť – není sociální kontrola)
    - *dítě je obětním beránkem v rodině* (např. rozvedení rodiče → odnáší to děti, a ještě je obviňují rodiče, že kdyby nezlobily (přitom jen volá o pomoc), tak se rodiče tolik nehádají)
  - *vrstevníci* - asociální party (vliv nasedá na nefunkční rodinné zázemí), vliv skupiny
  - *vliv médií*
- predispozice k disharmonickému vývoji → SPU, drobné poškození CNS

KLASIFIKACE

- různá klasifikace dle oboru (speciální-pedagogové, pedagogové, psychologové, zdravotnictví)
- **speciálně-pedagogický pohled** (od nejlehčí po nejtěžší formu)
  - **disociální**
    - představují krátkodobé projevy chování charakteristické pro určitá věková období (např. dětský vzdor) – nepřiměřené a nepřizpůsobivé chování
    - nevznikají patologicky, neškodí okolí a jsou většinou na hranici normy, omezitelné a odstranitelné při využití běžných pedagogických postupů (neposlušnost, vzdorovitost, toulky, lživost atd.)
  - **asociální**
    - takové projevy chování, které jsou již spojeny s patologickým obrazem (neodpovídají mravním normám společnosti), ale ještě nezpůsobují destrukci mimo osobnost postiženého
    - člověk se svým chováním vyčleňuje ze svého prostředí, většinou s ním aktivně nebojuje a škodí sám sobě (např. krádeže, útěky, záškoláctví, autoagrese, závislost) → nepřekračuje právní předpisy
  - **antisociální**
    - takové projevy chování, které narušují všechny morální, sociální i právní normy společnosti
    - toto chování zásadně poškozuje okolí – přitom nositelem bývá často pozitivně prožíváno a schvalováno a bývá spojováno s prospěchem (loupež, vandalství, sexuální delikty atd.)
  - delikvenční – vedlejší kategorie
    - překračuje sociální, morální a právní normy škodící společnosti i jedince, řadíme sem juvenilní delikvenci dospívajících (od přestupků po trestné činy)
- **+ sociologie**
  - prosociální chování – společensky žádoucí
  - asociální chování – nedbá na normy
  - antisociální chování - zaměřené proti skupině nebo společnosti
- **pedagogický pohled**
  - dochází k nabývání adaptační kompetence → znalost norem a schopnost se jimi řídit
  - regulace chování a potlačení aktuálních impulzů
  - kritéria posuzování poruch chování ve škole:
    - odchylka od aktuálně přijímané normy
    - interpretace projevů žáka (motivace, zavinění) – ovlivněno př. osobností učitele a dalšími
  - teorie **nálepkování**
    - stigmatizující charakter

- značí určitý stereotyp, který je většinou dosti rigidní a odolávající změně
- zabývá se procesem interakce mezi těmi, kdo normy porušují, a těmi, kteří je hodnotí – někteří jedinci se stávají problémovými jen proto, že je tak někdo označil → sebenaplňující proroctví (self-fulfilling prophecy)

- **psychologický pohled** (dle symptomů)
  - **neagresivní**
    - lhaní
      - únik z osobně nepříjemné situace
      - můžeme tolerovat v předškolním věku 3 – 6 let (magické myšlení, fantazie, pokud něco chtějí, doplnění si informací, které neví), před vstupem do školy by se to nemělo vyskytovat
      - vycházíme z hodnocení intelektové vyspělosti dítěte ve vztahu k nárokům školy a rodiny, hodnocení jeho povahových rysů a odolnosti nervového systému ve vztahu k ambicím a očekávání dospělých, základní otázka je, proč to dítě potřebuje (otázku trestu odsouváme do pozadí)
      - *pravá lež* – je charakteristická úmyslem a vědomím nepravdivosti, cílem je získat výhodu či se vyhnout potížím
      - *lži na poškození jiné osoby* – není to obrana z nouze; mohou se spojovat i s dalšími negativními projevy a typickými osobnostními vlastnostmi
      - *bájivá/bájná lhavost*
        - nejedná se o typickou poruchu chování – pseudologika, fantastika
        - uspokojuje alespoň na symbolické úrovni ty potřeby, které nejsou uspokojeny; nepřináší jedinci zisk, nemá ani účel
        - konfabulace – časté u dětí; nelžou schválně → skálopevné přesvědčení o nějaké věci
    - čachrování – různé formy vyměňování věcí (podvádění, směňování, nepřehledné půjčování, drobné podvody, šmelináři; např. vymění telefon za „úplně skvělou“ kartičku hokejisty) – dítě podléhá, chce se zalíbit, vytáhnout před ostatními, příp. jako kompenzace neuspokojených potřeb
    - krádeže
      - jsou charakteristické záměrností jednání (mluvíme o ní až tehdy, kdy je dítě na takovém stupni rozumové vyspělosti, kdy je schopno pochopit pojem vlastnictví a chápe normu chování vymezující odlišný vztah k vlastním a cizím věcem); mohou být spjaty s projevy násilí
      - *příležitostná* – impulzivní reakce **X** *předem promyšlená* - závažnější
      - krade *pro sebe* – cílem je získat něco, co nelze získat jiným, sociálně přijatelnějším způsobem
      - krade *pro druhé* – motiv → neuspokojená potřeba výt či akceptace mezi vrstevníky
      - krade *pro partu* – je to norma v partě (špatná norma v partě vytlačuje sociálně přijatelnou normu)
      - patologické kradení (*kleptomanie*) - osoba opakovaně nemůže odolat impulzům ukrást předměty, které nejsou získávány pro osobní použití nebo finanční zisk
    - útěky a toulání
      - *záškoláctví* – negativní postoj ve škole, snaha uniknout problému, roli hraje četnost, plánovitost, motiv (pozn. nutné odlišit od silné separační úzkosti či školní fóbie)
        - *impulzivní* – jednorázové, nápad na poslední chvíli
        - *plánované* – čin je úmyslný, promyšlený (typické omluvenky od lékaře, rodinné důvody, nevolnost apod.)
        - možnost nápravy:
          - *okamžita* – pozitivní motivace, průvodce (který jde s dítětem do školy), připravení půdy ve třídě (stalo se, ale můžeme začít znovu)
          - *perspektivní* – motivace, porozumění dítěti, posilování odolnosti

- *reaktivní útěky* – zkratkovitá reakce, útěk před trestem, signál zoufalství; chce se vrátit zpět
- *chronické útěky* – dlouhodobé problémy; nechce se vrátit zpět (většinou signalizují problémy v rodině)
- *útěky z DD, DVÚ, VÚ* – reakce na omezení svobody, vytržení z prostředí
- *toulání* – dlouhotrvající opuštění domova; většinou navazuje na útěky (často spojeno s dalším patologickým chováním)
    - signálem nedostatečné vazby na rodinu (nedostatečná citová vazba k lidem a k zázemí) → nejsou schopni zapojit se a fungovat ve společnosti
    - často spojeno s krádežemi, prostitucí, zneužívání drog nebo alkoholu
        - projevem náhradního uspokojování (místo vztahu, seberealizace)
        - potom začarovaný kruh → pije – stydí se – na kocovinku si dá, aby vyrovnal hladinku – zase se stydí – dá si znovu → už ani neví, kdo je a zapomněl, proč začal pít (něco jako pijan v Malém princi)
    - u dospívajících riziko návyku na tento způsobu života => bezdomovectví
        - po 2 měsících na ulici/ubytovně/azylu už podle výzkumu nejsou schopni jedinci se znovu začlenit do společnosti
        - často jsou to ryzí lidé, kteří mají rodiny – zajímavé životní příběhy
        - stydí se žebrat
    - může být jedním ze symptomů disociální poruchy osobnosti (35-45% potvrzeno)

- **agresivní** *viz níže (agresivita, agrese, šikana)
    - patří sem: vandalismus, násilné chování vůči lidem, zvířatům nebo věcem, přepadávání, šikana)
    - *mobbing* – na stejné úrovni; *bossing* – vedoucí-zaměstnance i zaměstnanec-vedoucí
    - první typ – vykazují nadměrné agresivní chování z hlediska intenzity a četnosti a bývá zpravidla neschopný empatie, emoční oploštělost, lhostejnost, sobeckost
    - druhý typ – agrese spojena s impulzivitou a nezralostí autoregulace svého chování; zpravidla chybí úmysl, chování je nepředvídatelné, prožívá pocity viny nad svými činy → méně závažný typ

- **psychopatologický pohled**
    - chování dítěte se vyznačuje konzistentním vykazováním agrese či hostility a opakovaným porušováním pravidel
    - vystihující kritéria (Vágnerová, 2004):
        - nerespektování sociálních norem
        - neschopnost navázat a udržet přijatelné sociální vztahy
        - agresivita či závažné náznaky ohrožení lidí nebo zvířat
- **lékařský pohled**
    - dle DSM-V
    - **Disruptivní poruchy, poruchy ovládání impulzů a poruchy chování**
        - nerespektování sociální normy
            - normy chápe, ale nechce nebo se jimi nedokáže řídit
            - důvod: různé hodnoty, neovládá se atd.
        - neschopnost navázat a udržet přijatelné sociální vztahy
            - malá empatie, egoismus, nerozvinuté svědomí, není pocit viny, chybí kladné vzory, objektivizace lidí - hodnotu vztahu udává jen současný osobní užitek
            - agresivita či závažné náznaky ohrožení lidí nebo zvířat
        - poruchy obvykle převažují u mužů a začínají v dětství a adolescenci (pouze vzácně se poprvé vyskytne v dospělosti
        - existuje vývojová souvislost mezi poruchou opozičního vzdoru a poruchou chování - v dětském věku může mít přechodný charakter, ale je to spíše signál rozvíjející se poruchy osobnosti

- patří sem:
  - porucha opozičního vzdoru
  - porucha chování s nástupem v dětském věku
  - porucha chování s nástupem v adolescenci
  - porucha chování s nespecifickým začátkem
  - jiné specifikované disruptivní poruchy, poruchy ovládání a poruchy impulzů a poruchy chování
  - nespecifikované disruptivní poruchy, poruchy ovládání a poruchy impulzů a poruchy chování
- součástí také:
  - antisociální porucha osobnosti – pyrománie, kleptománie
  - intermitnentní explozivní porucha

- dle MKN-10 → nejvíce nám řekne
- F91 - **Poruchy chování**
  - F91.0 Porucha chování ve vztahu k rodině
    - abnormální chování omezené na domov a interakce se členy nukleární rodiny
    - krádeže doma
    - úmyslné destrukční jednání zacílené na člena rodiny (ničení šatů, bot nábytku)
    - násilí vůči členu rodiny
    - zakládání ohně omezené na domov
    - --> dítě dává pouze najevo nějaký problém v rodině - reaguje výše zmíněnými reakcemi
    - vztahy mimo rodinu víceméně v normě (dítě dává jen trochu najevo, že je něco špatně)
    - důsledek narušení vztahu dítěte ke členu rodiny
    - dobrá prognóza
    - systematická rodinná terapie → nutná práce s celou rodinou
      - posílení systému → např. jak to vidíte z vaší strany, táta je naštvaný, ale jak to cítíte vy → často pak je nepřítelem terapeut/etoped → pak můžeme říci: konečně vidím, že jste se na tom shodli
      - v některých případech stačí pracovat s rodiči
  - F91.1 Nesocializovaná porucha chování
    - navenek je mírnější, ale je jako porucha je horší
    - rozsáhlé narušení vztahů k ostatním dětem - pokud vztah naváže, tak je to ze zisku, nikoliv z přátelství
    - izolace od ostatních
    - nedostatek blízkých přátel, někdy dobré vztahy k určitým dospělým
    - často místo vztahu využívá moc (tyran) → často kápo skupiny
    - necitlivost, není empatický
    - často se projevuje ve škole, ale i jinde
    - přestupky páchá samostatně
    - výbuchy vzteku
    - krutost k lidem i zvířatům
    - při diagnóze je povaha přestupku méně důležitá než kvalita vztahů
    - z této Dg. se může vyvinout → *disociální porucha osobnosti* (velmi mnoho lidí je v procesu odnětí svobody → znaky: sebestřednost, bez emocí, soudnosti, chybí vztah k sobě,…)
      - s touto diagnózou se nedá moc co dělat → represe, trestní právo
  - F91.2 Socializovaná porucha chování
    - navenek vypadá hůř než nesocializovaná
    - agresivní dítě, jde proti autoritám, vzdorovitý
    - jedinci dobře zapojeni do skupiny (např. gangy)

- jedinec má schopnost vytvořit hluboký osobní stav - navázat trvalé přátelství s vrstevníky, kteří jsou také často zapojeni do delikventní činnosti (nezradí kamarády, i když jde proti autoritám a dospělým)
- porucha nejčastěji mimo rodinu

▪ F91.3 Porucha pozičního vzdoru
- diagnóza do 9-10 let věku (častěji u chlapců)
- výrazné vzdorovité, neposlušné, provokativní chování mimo rámec normálu
- *fyziologické období vzdoru* je důležité → období kdy si uvědomujeme své já, uvědomujeme si hranice (dítě zkouší, co si může dovolit - když se cítí bezpečně)
  - rodiče musí vymezit hranice → pokud nevymezí, vzniká porucha
  - deprivované děti nezlobí, protože se necítí bezpečně, tak nezkouší hranice
- nízká frustrační tolerance, špatná zvladatelnost dítěte, nekooperativnost, hrubost
- odpor k autoritě, negativismus
- projevuje se spíše u dospělých, které dítě zná (např. při pohovoru s psychologem nemusí být patrná)
- nenarušuje zákon ani práva jiných
- méně závažný typ poruchy chování
- bezhraniční výchova
  - *např. matka zakáže, otec povolí - ambivalentní reakce, nebo nic dítě nedělá a dostane vyhubováno či něco dělá a nepřijde žádná reakce*
  - *nebo rodiče nevymezují vůbec hranice*
- časté je přidružení ADHD
- pracujeme s hranicemi, s tělem i duší
- v 80% se rozvine jiná závažnější porucha chování

▪ F91.8 Jiné poruchy chování
▪ F91.9 Porucha chování nespecifikovaná

- F92 - Smíšené poruchy chování a emocí
  - F 92.2 Depresivní porucha chování
  - F 92.8 Jiné smíšené poruchy chování a emocí
  - F 92.9 Smíšená porucha chování a emocí nespecifikovaná
- F93 - Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství
  - F 93.0 Separační úzkostná porucha v dětství
- F94 - Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání
  - F 94.2 Porucha desinhibovaných vtahů u dětí

DIAGNOSTIKA A DIAGNÓZY

- charakterizovány opakujícím se obrazem disociálního, agresivního a vzdorovitého chování. Je-li takové chování u daného jedince extrémní, mělo by porušovat sociální očekávání přiměřené věku, a proto být závažnější než obyčejná dětská nezbednost nebo rebelantství v adolescenci
- o poruchu chování se nejedná: (viz výše)
  - nižší úroveň rozumových schopností – nechápe význam norem
  - odlišné kulturní prostředí – chápe, ale nezná je
  - vývojové hledisko – specifika dětí předškolního věku
- diagnóza je fajn, ale více méně jsou to pouze hypotézy → ale je nutné brát člověka komplexně - nemít pouze úzké zaměření kvůli diagnóze
- kritéria: nadměrné rvačky, tyranizování slabších, krutost k lidem nebo zvířatům, ničení majetku, zakládání ohně, krádeže, opakované lhaní, záškoláctví, útěky z domova, časté a intenzivní výbuchy zlosti, vzdorovitost a provokace, trvalá silná neposlušnost
- délka trvání: 6 měsíců
- mohou být symptomatické také pro jiné psychiatrické stavy → musí být stanovena primární diagnóza
- mohou vést k disociální poruše osobnosti
- často se sdružuje s nepříznivým psychosociálním prostředím, včetně neuspokojivých vztahů v rodině a selhávání ve škole
- diferenciální diagnostika:
  - odlišení od emoční poruchy je jasné

- odlišení od hyperaktivity je méně jasné a porucha se s ní často překrývá

SYMPTOMATOLOGIE

Závažné faktory vývoje poruch chování

- manifestace od raného dětství
- chování je stabilní, navzdory změnám prostředí
- špatné vztahy s vrstevníky
- přidružené poruchy (ADHD)
- narušené rodinné prostředí
- prostředí ohrožené sociálním vyloučením

Psychologická charakteristika poruchového chování

- **emoční prožívání**
  - odlišné citové prožívání (negativní emoční ladění, pocit neštěstí a deprese – vrozené/získané)
  - nepřiměřené reakce, podrážděnost, mrzutost (nepřiměřené reakce a chování v běžných podmínkách)
  - neschopnost odložit uspokojení, dosažení svého bez ohledu na následek
  - impulzivita, horší sebeovládání
  - neschopnost navazovat spokojivé sociální vztahy s vrstevníky a učiteli
- **kognitivní funkce**
  - odlišný způsob uvažování (situace hodnotí a interpretuje jinak)
  - neschopnost se učit (kterou nelze vysvětlit intelektovými, smyslovými nebo zdravotními problémy)
  - narušení orientace v sociální oblasti
  - nepoučí se ze zkušenosti (rezistentní na zpětnou vazbu)
  - narušení biologické (prefrontál) nebo výchova (bez násilí se nic neprosadí)
  - pocity nadřazenost vs. méněcennosti (obranné reakce, není objektivní hodnocení vlastního chování)

Motivace nežádoucího chování

- **potřeba stimulace**
  - nuda, neznají nic jiného, nebo jde o disociální poruchu (potřeba vzrušení vyšší)
- **potřeba citové jistota a bezpečí**
  - upoutání pozornosti, špatná autorita (parta nahrazuje rodinu, zázemí, přejímá jejich normy)
- **potřeba seberealizace**
  - nedosáhnou ocenění a uznání jinde, prestiž od skupiny, dávají mu hodnotu (ocenění za delikvenci)
- **potřeba úniku z tíživé, ohrožující situace**
  - volání o pomoc, neuvědomělé
- **potřeba získat žádoucí materiální prostředky**
  - žít jak chci, vyšší sociální prestiž, drogy atd.

Psychologicky podmíněné poruchy chování

- **projev náhradního uspokojování** při ztrátě nebo opakované frustraci
  - vyjádření potřeb dítěte, které nemůže sdělit jiným, přímým způsobem, a tak má potřebu po pozornosti a uznání
- **emoční deprivace**
  - dlouhodobá deprivace dítěte v rodině nebo v ústavním prostředí
- **disharmonický vývoj osobnosti**
  - chybí schopnost navázat vřelé vztahy, neprožívají lásku ani pocit viny, impulzivita, agresivní tendence, okamžité uspokojení vlastních potřeb, neschopnost učit se ze zkušeností, výkyvy nálady aj.
- **volání o pomoc**
  - často v akutní tíživé situaci, dítě je často silně úzkostné či depresivní
- jako **projev** jiné **psychické poruchy** (schizofrenie, deprese,…)

Odlišnost socializace

- narušeny vztahy k druhým lidem
  - primární osobnostní porucha
  - negativní zkušenost v dětství
- nechápou, neakceptují nutnost přizpůsobení se druhým a vně normám

- špatné vztahy s celou rodinou, okolí je nemá rádo
    - chybí empatie
    - egoismus
- bezohlednost, hrubost
- vše dále utvrzováno reakcemi okolí
- až polovina mladistvých v Dětských diagnostických ústavech patřila k řadovým členům party

Vývojově podmíněné změny

- musíme brát v potaz i vývojové hledisko, někdy jsou jen přechodné výkyvy v chování právě v rámci vývoje
- **předškolní věk** – výbuchy vzteku, negativismus, často proti rodičům, porucha opozičního vzdoru,…
- **raný školní věk** – lhavost – neodlišení fantazie, vzpomínek a reality, někdy nechápou osobní vlastnictví
- **střední školní věk** – roste vliv vrstevnické skupiny, snaha o lepší pozici, pokud se odlišuje → šikana
- **období dospívání** – přestává nekriticky přijímat názory dospělých, kritičnost k normám, pubertální negativismus, odpoutání od rodiny, experimentální hledání hranic, hledání nové identity, zkoušení tabuizovaných věcí
    - **u dysfunkčních rodin**- dítě dost silné, aby odešlo, neovlivní je ani škola, potřeba být uznán (je unikátní, nebo zcela ztracen, nic mezi) → vznik nové sociální identity díky vrstevnické skupině

Rizikové faktory

- osobnost dítěte (neschopnost prožívat štěstí, obtížný temperament, impulzivita,…)
- rodina (systém rodiny, fungování, chování rodičů, výchovný styl,…)
- společnost (diskriminace, konflikty, nedostatek podpůrných služeb, násilí, životní podmínky,…)
- škola (neúspěch, pozice „outsidera“, slabá vazba na školu, škodlivá vrstevnická skupina, šikana,…)
- koncept „*At-risk Youth*“ – zaměřen na děti, které mají rizikový nebo blokovaný rozvoj socializace; sleduje rizika, vymezuje jejich dopady, snaží se o minimalizaci negativních vlivů

INTERVENCE

- koncept intervence: (Vojtová, 2008)
    - zaměřit se na problémy v chování ještě předtím, než chování dítěte přesáhne hranici tolerance
    - přistupovat k dítěti v celém jeho kontextu
    - dialogicko-kooperativní vztah = zprostředkovat dítěti jeho vnitřní svět, aby si mohl budovat své vlastní životní postoje a perspektivy
    - interdisciplinarita
- možné terapeutické metody:
    - **expresivní terapie** – arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie, dramaterapie, teatroterapie, terapie pohybem
    - **sneozelen**
    - **ergoterapie** – rozvoj exekutivních funkcí, upevnění norem, řád, zpětná vazba
    - **psychoterapie, relaxační terapie** (terapie spánková, terapie menších zatížení, terapie minimální aktivity)
    - **PPP, SPC –** rozvoj efektivní komunikace, strategie zvládání nežádoucího chování, reedukační techniky, podpora správného chování, řešení sociálních vztahů, apod.
    - **farmakoterapie** – často v případě přidruženého dalšího onemocnění (ADHD)
        - pozn. psychofarmaka poruchy chování neeliminují, pouze zmírní projevy (vhodná konzultace s psychiatrem)
    - **behaviorální techniky**
        - pozitivní posílení (tokeny, známky, pochvala, smajlíky atd.) – i negativní posílení (odstranění negativního podnětu)
        - trest (nejčastěji negativní, může být i pozitivní trest)
        - vyhasínání (odstranění posílení v situacích, kdy bylo přítomno)
        - behaviorální plány, měření, kombinace programů
- cílem:
    - nácvik žádoucích vzorců chování
    - posílení správného sociálního modelu
    - orientace jedince ve vlastním chování, v reakcích okolí
    - podpora aktivity dítěte obecně

  - schopnost organizace volného času dítěte
  - pomoc dítěti v přípravě do školy, spolupracovat s třídním učitelem, pomoci vypracovat IVP, neustále dítě ke školnímu výkonu motivovat
  - posílení ochranných faktorů
  - podpora vrstevníků a učitelů
  - vytvořit nový systém hodnot, sebeúcta, sebedůvěra
- důraz kladen také na prevenci a včasné podchycení s nápravou
- cíle by měly být reálné, jasně definované a spíše méně náročné
- pedagogové
  - měly by řešit problémy ihned, jak se objeví → měly by jasně ukázat dětem co je správně
  - podchycení a motivace „problémových" dětí
  - augodiagnostika – učitel si uvědomuje, zda se k nějakému dítku nechová arogantně, neponižuje, nesnižuje jeho sebeúctu
- práce s rodinou
  - podpora adekvátního fungování rodiny → mohou poskytovat PPP, výchovní poradci, SVP (střediska výchovné péče)
  - s dysfunkční rodinou je třeba začít pracovat co nejdříve
- práce s problémovými dětmi
  - diagnostickou, poradenskou a terapeutickou pomoc mohou na žádost školy či rodičů poskytovat PPP či oddělení dětské psychiatrie → pokud vyšetření navrhuje škola, musí s ním rodiče dítěte souhlasit.
  - pracovníci poradny či psychiatrie mohou pro práci s problematickými dětmi použít i některou z metod individuální či skupinové psychoterapie, především kognitivně-behaviorální
  - vytváření potřebných příležitostí pro různé aktivity volného času, organizování letních táborů → takovou činnost může vyvíjet oddělení sociální prevence při magistrátech, ale i soukromé či církevní nadace
  - nízkoprahová zařízení pomáhají naplit volný čas dětí a pomáhají jim i s přípravou do školy - rizikovým dětem mohou pomoc poskytnout i dobrovolníci (program PětP nebo LATA)
  - střediska výchovné péče jsou zařízení na hranici denního a dlouhodobého pobytu, nabízejí ambulantní a internátní péči, nebo jednorázovou pomoc v akutní krizové situaci (útěky z domova)
    - dětem poskytují preventivě výchovnou péči, rodičům či učitelům nabízejí konzultace a odborné vedení, zajišťují prevenci i terapii; pobyt ve středisku je dobrovolný
  - o děti a mládež s výchovnými problémy se starají kurátoři pro mládež
    - zabývají se dětmi či mladistvými s opakovanými poruchami chování závažného rázu nebo těmi, které se dopustily přestupku nebo trestného činu
    - po zjištění všech okolností doporučí kurátor vhodné řešení, např. vyšetření na psychiatrii či pobyt v diagnostickém ústavu
  - pokud jsou výchovné problémy tak závažné, že je nelze řešit ambulantně, je další možností represivní opatření ve formě ústavní či ochranné výchovy, kterou nařizuje či ukládá soud → může tak učinit na návrh kurátora, nebo rodičů
  - dítě nejprve prochází diagnostickým ústavem, jehož úkolem je jeho posouzení na základě výsledku doporučení dalšího postupu
    - obyt v diagnostickém ústavu trvá obvykle 2 měsíce
    - poté je dítě umístěno do dětského domova nebo do dětského výchovného ústavu, resp. Výchovného ústavu pro mládež
  - ústavní výchovu nařizuje soud, pokud by výchova dítěte byla z nějakého důvodu vážně ohrožena
  - ochrannou výchovu nařizuje soud tehdy, když dítě či mladistvý spáchal nějaký trestný čin

PREVENCE

- z latinského *preavenire* = předejít, zabránit – zabránění vzniku nežádoucích jevů
- represe = již není možné nežádoucímu jevu zabránit, avšak je nutno jej potlačit
- <u>rozdělení dle WHO</u>:
  - primární – předcházení u populace, která ještě není s problémem v kontaktu
    - *specifická* – programy a aktivity zaměřeny na konkrétní formu rizikového chování
    - *nespecifická* – není konkrétní zaměření
  - sekundární – předcházení u osob, které jsou již zasaženy (včasná diagnostika, intervence,…)

  - terciární – předcházení vážnému a trvalému zdravotnímu či sociálnímu poškození problémového chování

  - všeobecná – zaměřuje se na celou populaci
  - selektivní – určité skupiny populace (např. děti, které mají problémy s chováním)
  - indikovaná – jedinci, u nichž se předpokládá riziko rozvoje
- zásady efektivní prevence:
  - komplexnost a kombinace strategií
  - kontinuita a systematičnost
  - cílenost a adekvátnost
  - včasný začátek prevence
  - pozitivní orientace prevence
  - demonstrace konkrétních alternativ
  - důraz na interakci a aktivní zapojení
  - využití KAB modelu = Knowledge, Attitudes, Behavior - poznatky, postoje, chování - informovanost, vlastní postoj, zvnitřnění postoje
  - využití peer programu = využití předem připravených vrstevníků, se kterými se mladiství ztotožňují
  - denormalizace (= normy a hodnoty společenství se mění tak, aby rizikové chování nepřipadalo lidem žádoucí nebo neutrální)
  - podpora protektivních faktorů ve společnosti
  - nepoužívání neúčinných faktorů

PROGNÓZA

- práce s dítětem s PCH je obtížná a komplikovaná
- čím dříve se s dítětem začne pracovat, tím je prognóza příznivější
- poruchy chování, které se vztahují pouze k rodině mívají dobrý vývoj
- socializované poruchy mají také lepší prognózu (oproti nesocializovaným)

AGRESE A ŠIKANA

TERMINOLOGIE

- agrese (chování, nějaký projev)
  - záměrné chování, jehož cílem je poškodit jinou osobu, zvíře, věc
  - někteří autoři přidávají i *autoagresi* (agrese zaměřená na sebe samu - na vlastní osobu)
  - také lze považovat za nástroj, pomocí něhož se jedinec vyrovnává se zátěžovou situací (stres, konflikt, deprivace, frustrace)
- agresivita (vlastnost)
  - stabilní vzorec chování nebo vlastnost osobnosti, kdy jedinec reaguje nadměrně agresivně na podněty z okolí
- hostilita
  - zjevně nepřátelský postoj k lidem, nemusí být doprovázena agresí (např. pasivní agresivita - neverbální chování)
- agrese na pokyn - policista, bodyguard, voják,…)
  - musíme znát všechny okolnosti, abychom dokázali rozlišit, co je už přes hranici
- pozitivní aspekty
  - agresivní chování jako *forma sebeobrany*
  - hraje velkou roli ve vývoji dítěte - dodává pocit *motivace*, *energie*, které je potřebné k *sebepřekonávání*; podněcuje úspěch - pokud zůstane v mezích
  - socializovaná varianta agrese je *součástí asertivity*, schopnosti sebeprosazení a realizování svých plánů v rámci platných norem
- přesun agrese - např. něco nás naštve a my si to vybijeme na někom/něčem jiném (např. matka je naštvaná z práce, přenáší to na děti doma)
- Zajímavost - jedinci, kteří mají psychickou poruchu mohou mít agresivní chování, ale nemusí páchat delikventní činy (častěji tyto činy páchají lidé bez psychické poruchy)

AGRESE

- druhy agrese z širšího úhlu
  - podle užité formy agrese
  - podle objektu, který je napaden
  - podle subjektů agrese (muži x ženy jedinec x skupina apod.)
  - podle příčin agrese
- konkrétní druhy agrese
  - fyzická agrese - využívá k agresivnímu chování buď části těla (ruce, nohy zuby) nebo nástroje všeho druhu
  - verbální agrese - využívá verbální projevy různých variant (nadávky, vyhrožování, manipulace apod.)
  - neverbální agrese - zahrnuje různá agresivní gesta, výrazy tváře, křik apod.
  - přímá agrese - je napaden
  - nepřímá agrese - působí na osobu/věc/zvíře nepřímo, např. skrze prostředníka (v rodině při rozvodu přes dítě)
  - aktivní agrese - agresor projevuje aktivní agresivní chování (např. udeří spolužáka)
  - pasivní agrese - agresor projevuje pasivně agresivní chování (napustí např. žáka do třídy)
  - reaktivní agrese - základem je afekt vzteku, zlosti, agrese je nepromyšlená, okamžitá
  - instrumentální agrese - je plánovaná, promyšlená, bez afektu a vzteku
  - vyprovokovaná agrese - jedinec je nějakým podnětem nebo situací nucen použít agresi (sebeobrana)
  - nevyprovokovaná agrese - jedinec reaguje spontánně agresivně, bez zjevného nebo intenzivního podnětu (např. pro radost)
  - užitková agrese - nutné usmrcování hospodářských zvířat nebo lovení potravy
  - rodičovská agrese - rodič brání své potomky nebo příbuzné proti útoku
  - vandalismus - jsou poškozovány hmotné statky (lavice, učebnice apod.)
  - sadistická agrese - většinou zahrnuje kruté formy sexuálního násilí (znásilnění, vraždy)
  - symbolická agrese - agrese realizovaná např. pomocí kresby, literárního díla apod.
  - epizodická X trvalá agrese -vymezuje se podle četnosti výskytu
  - mobbing - agrese na pracovišti mezi podřízenými
  - bossing - agrese vedoucího vůči podřízeným
  - nemotivované násilí - agrese bez zjevné příčiny, oběť a agresor se setkávají poprvé, neznají se, oběť neprovokuje agresora
  - skupinová agrese - skupinové agrese bývají nejbrutálnější (znásilnění, šikana, mučení apod.) --> celá psychologie davu - člověk koná brutální věci, protože není tak lehko pozorován v davu
  - agrese na pokyn - týká se zejména příslušníků armády, policie, vězeňské služby může však být i součástí šikany
- původ agrese
  - jsou dva tábory názorů - jeden zastává *vrozenost*, druhý *získanost* - *naučené chování*
  - zastáváme dnes takového názoru, že je součástí z lidské přirozenosti, vychází z pudového základu, ale je i výslednicí vnějších vlivů a procesů učení (naučený vzorec chování) → dědičnost (60%) v kombinaci s vnějšími vlivy (40%)
  - do vnějších vlivů můžeme zařadit **rizikové rodiny**
    - neúplné rodiny - agresi tvrdě trestá (tvrdá výchova - tendence napodobovat agresora v rodině) nebo si těchto projevů vůbec nevšímá
      - např. i když matka jedná jinak neverbálně a verbálně → chaos, dítě neví, co je správně
    - rodina nevšímající si agresivního chování a zároveň neposilující prosociální chování
    - rodina posilující prosociální chování, ale nepotlačují agresivní jednání
    - rodina s despotickým tvrdě trestajícím otcem a benevolentní matkou
    - další faktory v rodině
      - rodinné neshody
      - početnost rodiny (když máme malou rodinu a poté jsme někde v davu --> stres --> může se rozvinout agresivní chování)
      - ztráta nebo odloučení od jednoho nebo obou rodičů
      - delikvence rodičů (pokud vykazuje delikventní chování rodič --> dítě to vidí a chová se ve většině případů stejně či velmi podobně)

- dědičné predispozice k určitému druhu onemocnění
- nízká socioekonomická úroveň
- nezaměstnanost, kriminalita,…

- faktory zvyšující tendenci agrese:
  - nadměrná stimulace - omezující náš osobní prostor ("přesycenost lidmi")
  - zdroj ohrožení, nebezpečí - mohou představovat cizinci
  - chování v davu a skupině → anonymizace (zbavuje jedince mravní zodpovědnosti a on tak ztrácí své zábrany)
  - hledání viníka - nutkání hledat v zátěžové situaci viník a potrestat jej (obranný mechanismus)
- postupy zvládání agresivního chování
  - hledání příčin agrese
  - technika pozitivního posílení by měla být technikou první volby (forma této techniky → upevňování pozitivního vztahu mezi učitelem a žákem)
  - zvyšování náhledu dítěte
  - vyhasínání - měla by být aplikována v kombinaci s technikou pozitivního posílení - pouze u mírné agrese! (výkřiky, vyrušování,…) → neměli bychom si toho všímat (bude platit cca do 12 let; nejvíce je to platné u dětí předškolního věku)
  - rozvíjení sociální dovednosti - asertivita - schopnost vyjednávat, můžeme poukázat na jiná řešení konfliktů
  - izolace (time-out) - vykážeme dítě z kolektivu (v případech, když je agresivní chování časté a s vyšší intenzitou), kde dítě nemá přístup k aktivitám/dětem ("běž na hanbu/do kouta/za dveře") (cca do 12 let)
  - bodování - nejzazší techniky, pokud nezabírají předchozí techniky (náročné na přípravu i samotnou realizaci); plán, kdy jsou nějaké povinnosti, za které se dostávají body (musí splnit za měsíc určitý počet) --> pokud to splní --> kapesné/věc, kterou dítě chtělo po nějaké době (u mladších dětí - hračka, zoo,…)
    - nutné, aby to bylo perfektně promyšlené, ještě motivační (např. když nesplnila za měsíc vše, mohla si na konci měsíce ještě něčím dopomoci alespoň, i když nesplní úplně vše)
    - chyba: ztráta důslednosti v dodržování pravidel ze strany rodiče --> dítě okamžitě přestane plán dodržovat
  - redukce agresivní modelů - omezení TV, PC her,…
  - tresty - nepůsobí dobře na vztahy mezi dítětem a rodičem --> lepší pozitivní posilování
    - když už trest, tak by měl být ihned
    - fyzické tresty zastaví agresi, ale vyvolají hostilitu
    - Pozor! "počkej, až se táta vrátí, ten ti dá" --> pro dítě je trest, že se bojí, má strach než otec přijde --> ale když poté přijde trest, pro dítě je to úleva
  - posilování altruismu - pomoc ostatním a oceňování chování
  - kooperativní styl výuky - ve skupinkách --> vytvoření vazby
  - učení a vyjednávání - metoda řešení konfliktů mezi žáky prostřednictvím vyjednávání
  - logické důsledky - zdůraznění logických následků agrese
  - odložit řešení - v případě, že je učitel zaskočen --> pomůcky proti agresivnímu chování - nevíme, co bychom měli hned udělat - můžeme na krátkou dobu odložit řešení
    - u agresivních klientů --> dobré, protože se agresor zklidní (odložíme řešení -mluvíme klidně: "moment, posaďte se", "chviličku, já jen si pro něco odběhnu", "zavolám kolegyni, ať se můžeme soustředit na to, co potřebujete" --> většinou to opravdu funguje)
    - *přesun agrese* - př. U bankomatu muži nešly vybrat peníze, paní stála za ním --> pán se otočil a říká: "to není možné, vy mi snad rovnou lezete na záda" --> paní perfektně zareagovala: "no máte pravdu, kdyby tady namalovali čáru, abych vám na záda lézt nemusela"
  - odstranit agresora
  - př. dítě v obchodě, když chce hračku/něco koupit - nejúčinnější je čapnout dítě a odejít ven z obchodu za roh - říci "to mi dělat nebudeš" (důrazně, rázně, naštvaně) - jít zpět do obchodu, stále naštvaně a nakoupit ("už tě příště nikam nevezmu" --> nevyužívat!) - dítě musí vědět, že si stojíme za svým a nepovolíme
  - nutná je vytrvalost v chování rodiče a snaze nápravy !!!
- zásady

- láska, jistota, bezpečí (dítě musí mít jistotu, že ho milujeme a je u nás v bezpečí) + důslednost (když to řeknu, tak to dodržím)
- kořeny (zázemí) a křídla (vědět, kdy dítě vypustit - dát mu možnosti, být zodpovědné samo za sebe)
- bezpodmínečná láska = dítě vždy budeme milovat, i když udělá něco špatného (ale nepokládáme to za správné chování - vysvětlíme to dítěti, že to nebylo správné)
  - Když dítě řekne "nemám tě rád/a" --> rodič by neměl nikdy říci, že taky nemá dítě rádo --> ale: "tak to mě mrzí, já tě mám moc ráda, ale nelíbí se mi jak si se choval - myslela jsem, že když uděláš toto, tak uděláš i toto" (návod, jak se tedy chovat)
- je nutné, aby dítě vědělo, co se nám nelíbí a měly bychom mu to říci a navést ho ke správnému postupu

ŠIKANA

- *"cílené, násilné a agresivní chování jednotlivce či skupiny vůči slabšímu jedinci, případně skupině jedinců, kteří nemohou ze situace uniknout či nejsou schopni se účinně bránit"*
- je projevem zneužití postavení a moci nad slabším jedincem - jedná se o závažnou agresivní poruchu chování
- obzvláště v dětské skupině existuje silný tlak a potřeba konformity - kdo je jiný, vymyká se z přijatelné normy a nebývá tolerován
- zejména chlapci mají tendenci potvrzovat si fyzickou sílou svůj status ve skupině
- stupně šikanování *(Kolář Michal - doporučení si přečíst nějakou publikaci)*
  - **ostrakismy** (střepiny)
    - objevují se všude *(vytrhnutí stránky s úkolem, počmárání sešitu,…)*
    - mírné projevy, verbální, existuje žák na psychosociálním chvostu ve třídě - necítí se dobře v kolektivu (legrácky, intriky, pomluvy)
    - učitelé musí neustále své žáky kontrolovat *(při potyčkách nemá smysl použít tresty, v tomto případě stačí napomenutí --> když děti přesáhnout určitou mez, je nutné zasáhnout a potrestat)*
      - počítají se sem i nepěkné přezdívky, které snižují lidskou důstojnost dítěte
      - učitel nesmí používat přezdívky, když oslovuje, musí všechny stejně
  - **zvýšení agrese**
    - fyzická agrese a přitvrzování manipulace
    - tenze skupiny = neoblíbený žák se stává katalizátorem - hromosvodem
    - tehdy, když spolu děti tráví většinu času - školy v přírodě, letní tábory, dětské domovy, internáty, přetažení dětí ve škole (víceletá gymnázia, uzavírání známek, mnoho testů)
    - pokud je ve skupině pouze jeden agresor, nehrozí, že by se šikana přesunula do třetího stupně
  - **vznik jádra**
    - pokud má agresor alespoň jednoho příznivce, častokrát se šikana přesune právě do tohoto třetího stupně *(agresor chce získat prestiž, pozornost, aby ho ostatní uznávali --> jádro útočí na oběť, ostatní pozorují a povzbuzují ho, tím pádem agresor získává vyšší sociální status) --> stabilní skupina agresorů*
    - je cílená --> role agresoři X oběti
    - poslední stupeň šikany, kdy je učitel schopen zasáhnout a něco udělat - měl by využívat sociometrie --> učitel musí být vnímavý
  - **vítězství agresorů**
    - většina přijímá normy skupiny
    - normy agresorů se stávají nepsaným zákonem, i mírní žáci se začínají chovat krutě - tlak na konformitu se skupinovou dynamikou
    - neexistují bonzáctví, u ostatních dětí dojde též k touze po moci jako má agresor a přidávají se k němu *(šikana je jako "virus")*
    - učitel je nerespektován, ztrácí autoritu --> většinou nemůže nic dělat
  - **totalita**
    - = dokonalá šikana
    - násilí = norma celé skupiny
    - skupinový program - žáci jsou rozděleni na otrokáře a otroky, existuje hierarchie s přesným vymezením pravomocí
    - oběť je ohrožena na životě (např. nacistické sklony / rozdělení třídy na vůdce, poddané,…)

- Proč se slušné děti nakonec přidají k agresorům?

- pokud se šikana neřeší již od počátku a šikana dojde na čtvrtý stupeň - ostatní děti se stávají agresory
- kognitivní disonance *(nevhodný, neodpovídající vztah mezi poznáními - zahrnuty veškeré postoje, názory, přesvědčení, vědomosti a víra daného jedince)*
  - označení pro výchozí stav, který vede aktivity orientované na snížení tohoto nesouladu
  - člověk se snaží z tohoto nesouladu dostat
- imitace - malý kluk přijde do třídy a vidí, že ostatní kopají oběť - kluk se nezastane oběti --> změní své chování a přidá se k agresorům, přijdou ale silné emoce a kluk má pocity viny --> snaží si to rozumově vysvětlit - asi si to oběť zasloužila, dělají to všichni --> změní své chování, emoce a racio

- varianty šikany:
  - **skrytá šikana** = ostrakizace - projevuje se sociální izolací a vyloučením oběti ze skupiny
  - **zjevná šikana**
    - fyzické násilí a ponižování - strkání, bití, skákání po oběti, zavírání do popelnice apod.
    - psychické ponižování a vydírání - nucení ke svlékání, k posluze, nadávání, zesměšňování apod.
    - destruktivní aktivity zaměřené na majetek oběti - braní a ničení věcí, trhání sešitů, braní učebnic, polití oblečení apod.
- **agresor** - nejčastěji jedinec, který je fyzicky a psychicky silný, s potřebou se předvádět, je necitlivý, bezohledný a nepociťuje za své chování vinu
  - často s nedostatkem empatie, nezralou autoregulací svých fyzických projevů a pocitů moci
  - jedinci zakomplexovaní, nejistí, hostilně ladění, s nízkým sebehodnocením ve vztahu ke školním výsledkům
  - nižší úroveň prosociálních tendencí a horší komunikační dovednosti s výraznou potřebou prosazení se
  - jsou odmítání skupinou, ale zároveň jsou velmi vlivní
  - svůj negativní vliv na třídu využívají a morálně ji rozvracejí
  - typy:
    - "hrubián"
      - často popudlivý, primitivní, užívá spíše fyzickou sílu, neuznává autority, mívá výchovné problémy, někdy bývá členem party, jež páchá trestnou činnosti
      - ubližuje ostatním tvrdě bez projevů lítosti, striktně vyžaduje poslušnost, zastrašuje ostatní
      - typická existence agresivního chování v rodině - především u rodičů
    - "slušňák"
      - ubližuje nejčastěji tajně, beze svědků ("šedá eminence") a bývá přitom vynalézavý
      - většinou neubližuje oběti sám, ale má své pomahače
      - na první pohled se jedná o slušné dítě, někdy může být až úzkostné
      - takové dítě bylo vychováváno přísně - vojenským způsobem bez odpovídající saturace emočních potřeb
    - "srandista"
      - typickými znaky jsou optimismus, sebevědomí, výřečnost, oblíbenost, zábavnost
      - druhým ubližuje proto, aby si zajistil pozornost kolektivu, šikanuje pro zábavu
      - většinou jde o verbální šikanu, zesměšňování, ponižování
    - "agresor ekonomické šikany"
      - poměrně nový typ šikany a vznikl důsledkem změn ve společnosti
      - jedinec pocházející z ekonomicky silných rodin, kde jsou zahrnováni materiálním blahobytem
      - toto materiálno slouží jako kompenzace nedostatečné saturace potřeb
      - dítě přijme tento "nadstandard" jako normu a jestliže někdo tuto normu nesplňuje, může se stát objektem šikany a posměchu
- **zdrojem** může být citová deprivace - neuspokojení potřeby bezpečí, jistoty, lásky, opory a ochrany
  - často nahrazují prostřednictvím návykových látek

ADHD

18. ADHD - terminologie, etiologie, symptomatologie, možnosti intervence a prevence.

- řadí do skupiny - specifické poruchy chování
- soubor symptomů (příznaků)
- starší názvy: malá mozková dysfunkce (MMD), lehká dětská encefalopatie (LDE), lehká mozková dysfunkce (LMD)
    - z pohledu neurologie: projev časného, obvykle méně závažného, neprogresivního poškození mozku, které se klinicky manifestuje mnohem mírnějšími příznaky než DMO (mají však stejnou etiologii a patogenezi)
        - 1. Porucha pozornosti v důsledku hyperaktivity (ADHD) – zhoršená schopnost koncentrace a udržení pozornosti (proto selhávají ve škole), inteligence v mezích normy nebo i nadprůměrná; poruchy chování spočívají v neklidu, „neposednosti“, hyperaktivitě a impulzivitě
        - 2. Vývojové poruchy spojené s SPU – dysfázie, dyslexie, dysgrafie, dyskalkulie
        - 3. Porucha motorické koordinace – postižení systémů související s vývojem hybnosti (mozeček, bazální ganglia, primární a sekundární motorická kůra); děti jsou neobratné (např. nesvedou kotoul) nebo jsou nešikovné (nezavážou si tkaničku apod.)
    - z pohledu psychologie/speciální pedagogiky:
        - v dnešní době zastaralý výraz, od kterého se upouští (dříve také LME – lehká mozková encefalopatie)
        - v zahraničí MMD (1962, Oxford) – minimal mental disorder – prokázání faktického organického poškození mozku ve smyslu strukturálního poškození (přímé poškození mozkové tkáně) se na dané úrovni rozvoje metodik zdaleka vždy nedařilo (a nedaří)
        - znamená příčinu – drobné difuzní poškození mozku -> zastřešující pojem – patří tam i ADHD
- dnes rozlišujeme: **ADHD** (syndrom poruchy pozornosti spojený s hyperaktivitou – Attention deficit hyperactivity disorder) a **ADD** (syndrom poruchy pozornosti bez hyperaktivity)
- celosvětově se tento syndrom vyskytuje u 5 – 10% dětí, častěji u chlapců než u dívek → jedná se o děti s průměrnou až nadprůměrnou inteligencí

DEFINICE

- LMD (1966, Clements in Říčan, Krejčířová 2006) – Syndrom lehké mozkové dysfunkce se vztahuje na děti téměř průměrné, průměrné nebo nadprůměrné obecné inteligence s určitými poruchami učení či chování, v rozsahu od mírných po těžké, které jsou spojeny s odchylkami funkce centrálního nervového systému. Tyto odchylky se mohou projevit různými kombinacemi oslabení (poškození, impairment) ve vnímání, tvoření pojmů (konceptualizaci), řeči, paměti a v kontrole popudů nebo motoriky. Podobné příznaky mohou nebo nemusí komplikovat problematiku dětí s DMO, MR, slepotou a hluchotou. Tyto odchylky mohou vznikat z genetických variací, biochemických nepravidelností, perinatálních poškození mozku či jiných onemocnění nebo poškození prodělaných v průběhu let, jež jsou kritická pro rozvoj a zrání centrálního nervového systému, anebo z příčin neznámých.
- LMD (2007, Slowík) je označení pro řadu projevů dítěte na bázi strukturálních změn CNS, jež se odchylují od běžné normy. Jeví se jako nezvyklé, nápadné a zvláštní (nápadně nerovnoměrný vývoj intelektových schopností, nápadností a poruchy v dynamice psychických procesů, hyperaktivita nebo hypoaktivita, nesoustředěnost, malá vytrvalost, impulzivita, překotnost, výkyvy nálad a duševní výkonnosti, tělesná neobratnost, poruchy vnímání apod.)
- ADHD (1990, Barkley in Zelinková, 2009) – ADHD je vývojová porucha charakteristická věku dítěte nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity. Potíže jsou chronické a nelze je vysvětlit na základě neurologických, senzorických nebo motorických postižení, mentální retardace nebo závažných emočních problémů. Deficity jsou evidentní v časném dětství a jsou pravděpodobně chronické. Ačkoli se mohou zmírňovat s dozráváním CNS, přetrvávají v porovnání s jedinci běžné populace téhož věku, protože i jejich chování se vlivem dozrávání mění. Obtíže jsou často spojené s neschopností dodržovat tyto pravidla chování a provádět opakovaně po delší dobu určité pracovní výkony. Tyto evidentně biologické deficity ovlivňují interakci dítěte s rodinou, školou a společností.
- ADHD (2012, Šauerová, Špačková, Nechlebová) je chápáno jako vývojové chronické postižení se silným biologickým a hereditárním zatížením, jehož důsledkem je zhoršený školní a sociální výkon. Je to vývojová porucha charakteristická vývojově nepřiměřeným stupněm pozornosti, hyperaktivity a impulzivity.
- Hyperaktivita je porucha aktivační úrovně, která bývá často kombinovaná s poruchami pozornosti

ETIOLOGIE

- **biologické příčiny**
    - významná role dědičnosti – polygenní (mutace více genů); častěji od otce přenášené
    - předpokládají se *změny ve struktuře a fungován mozku*, inhibice chování – funkce frontálního laloku
        - *na úrovni neurotransmiterů* – zejm. dopamin (vyvolává aktivizaci organismu) – zvýšení počtu aktivních receptorů nebo zpomalení jeho odbourávání (pozn. naučení závislosti na odměně)

K. Červinková, D. Laníková, K. Janýšková

        - strukturálně-funkční změny – postižení fronto-striatového funkčního systému, asymetrie v oblasti bazálních ganglií, kůry čelního mozkového laloku a mozečku (značný význam má funkční stav frontální mozkové kůry – Koukolík)
        - vyšší dráždivost nervové soustavy (stále vyšší nervosvalové napětí), narušena i funkce přenašečů signálů mezi neurony – odchylky rozpoznatelné na EEG
    - role toxinů z vnějšího prostředí – aditiva v potravinách, nikotin (nikotin zvyšuje uvolňování dopaminu v mozku a způsobuje hyperaktivitu)
    - **prenatální**
        - komplikace v těhotenství (gestózy, krvácení do děložní sliznice, nemoci rodidel, infekční onemocnění matky, spalničky, zarděnky, infekční hepatitida, příušnice, neštovice, streptokokové a stafylokokové infekce, chřipky a další…)
        - užívání alkoholu a drog v těhotenství
        - vysoký věk matky (i otce)
        - psychická zátěž matky (těžká životní situace z důvodu socioekonomických, matka samoživitelka, manželská disharmonie,…)
    - **perinatální**
        - komplikace kolem porodu (asfyxie, následky vzniklé mechanickým poškozením hlavičky při klešťovém porodu,…)
        - nedonošenost
        - nízká porodní hmotnost
        - předčasný porod i prodlužované těhotenství
    - **postnatální**
        - úrazy
        - operace dítěte po narození s možnými důsledky
- **psychologické faktory**
    - spojení dispozice k tomuto chování a způsob výchovy
    - dispozice k nadměrné aktivitě, pohyblivosti, náladovosti, stresování, netrpělivými a nedůtklivým rodičem → nemohou se vytvářet správné vzory chování, komunikace
    - negativní působení rodinného prostředí → přispívá k prohloubení potíží v oblasti pozornosti
- hyperaktivita v **ontogenetickém vývoji** – nejednoznačně řešitelná otázka
    - některé děti vykazují řadu problémů charakteristických pro ADHD od útlého věku, v mnoha případech projevy vymizí, jindy přetrvávají celý školní věk až do dospělosti; nelze předpokládat prosté vymizení symptomů
- Goldberg E. – popírá existenci tohoto onemocnění, podle něj jde o sociální jev

Nevhodné výchovné postupy

- výchova rodičů je jednou ze složek, která může také ovlivnit vývoj dítěte s poruchou pozornosti (může veškerou snahu všech „zainteresovaných“ zmařit)
- správné postupy totiž dokáží zmírnit nežádoucí projevy dítěte na minimum
- <u>nevhodné výchovné postupy</u>:
    - nejednotná výchova
        - rodiče se vzájemně nebo s prarodiči nedohodnou na jednom stejném výchovném opatření
        - rozpory ve výchově důsledkem rodičovských sporů a schválností (např. oddělené domácnosti)
    - perfekcionistická výchova
        - příliš náročná, autoritativní, přísná výchova zahrnující tvrdé rozkazy, příkazy, zákazy a tresty
        - výchova dítěte s ADHD vyžaduje důslednost systém a řád, ale ne necitlivá přístup a extrémně tvrdé zásahy
        - v rovnováze má být láska k dítěti, cit a pochopení pro jeho problémy a také diplomacii
    - příliš liberální, uvolněná výchova nebo úzkostná, ochraňující, rozmazlující
        - výchova, kdy je vše povoleno – dítě si může dělat, co chce – to, co provede, se přehlíží nebo je bráno na lehkou váhu či dokonce obdivováno
        - chybí řád, dítě neví, co smí a co ne → subjektivní pocit zmatku
    - nedůsledná výchova, nevyvážená
        - podobná nejednotné výchově – jeden vychovatel není důsledný ve svých výchovných požadavcích

- chybí řád, systém, dítě je zmatené a neví, co je správně není kontrolováno – využívá velmi brzy situace ke svému prospěchu

SYMPTOMATOLOGIE

- primární symptomy:
  - porucha pozornosti
    - *slabá koncentrace pozornosti* (narušení různými vnějšími i vnitřními podněty)
    - *tenacita pozornosti* (délka soustředění; krátká, neudrží pozornost žádoucím směrem po určitou dobu, přebíhá od nedokončených činností)
    - *distribuce pozornosti* (rozsah; příliš malý, schopnost vnímat jen malé množství informací, nedovede se soustředit na komplexnější situaci)
    - *vigilita pozornosti* (pružnost; není rozvinuta dostatečně, není adaptabilní, nelze přenášet pozornost dle potřeby)
    - *selektivita* (pozornost často nevýběrová, nedovede se zaměřit na podstatné znaky)
  - hyperaktivita
    - nadměrná nutkání k pohybu, k aktivitě, která je neúčelná, nesmyslná; nemotornost, potíže v jemné motorice, špatná úprava písemných prací, rychlá unavitelnost => nemají více energie než ostatní
    - projevy: vrtí se, pohrává si s rukama, pohybují nohama, hovoří rychle a překotně, neschopný koordinovat a ovládat energetický výdej
  - impulzivita
    - tendence reagovat bez rozmyšlení, náhle – zbrklé/unáhlené reakce
    - špatná schopnost plánování, kontroly svého jednání (neschopnost odhadnout následky svého jednání)
    - vázanost na aktuální podněty a neschopnost korigovat vlastní reakce
    - kolísání výkonu
  - hyperexcitabilita
    - nadměrná vzrušivost, emoční dráždivost, sklon k extrémním citovým reakcím, poruchy sebeovládání a agresivní sklony, emoční labilita -> chová se jako mladší dítě
- další symptomy:
  - porucha vnímání – problémy v diferenciaci sluchových i zrakových podnětů, artikulační neobratnost
  - intelekt – nebývá snížen, ale potenciál nebývá využit
  - specifické poruchy učení apod.
- sociální důsledky:
  - negativní reakce okolí upevňují negativní sebehodnocení
  - zažívají častější kritiku a bývají hodnoceny jako neúspěšné
  - hyperaktivita nepříznivě ovlivňuje školní adaptaci
  - nebývají školsky úspěšní, mají horší prospěch, než jsou jejich schopnosti – riziko part

Projevy v různých obdobích

- **kojenecký věk**
  - neklidnější než ostatní, poruchy biorytmu (ve dne spí, v noci bdí), poměrně záhy odmítají odpolední spánek
  - dále: pláč bez příčiny, podrážděnost, neklid, i když všechny potřeby jsou uspokojeny
  - → matka se může cítit bezmocná, nedaří se jí dítě uklidnit – negativní vliv na formování vztahové vazby
- **batolecí věk**
  - zvýšená pohyblivost, bez zábran, mívají více úrazů, vydrží dlouho bez spánku, nedokáží se pořádně soustředit na hru
  - dále: zvýšená neobratnost a neohrabanost, první afektivní výbuchy, reakce zlostné až agresivní, negativismus a vzdor je sice obvyklý pro toto období, u dětí s ADHD se projevuje nezvykle silně
- **předškolní věk**
  - rozpoznatelné již v tomto období
  - nerovnoměrný vývoj, hyperaktivita, hypoaktivita, zvýšená afektivita, opožděný vývoj (řeči, motoriky), déle se učí novým věcem, sociálním návykům – ztěžuje adaptaci, problémy se sebeobsluhou

  - před nástupem do školy poruchy obvykle: motorického vývoje, emočních poruch a poruch chování, poruch koncentrace pozornosti a paměti, poruch řeči, vnímání a myšlení → často odložení o rok
- **školní věk**
  - nejnápadnější právě ve školním období (8 – 10 letech)
  - porucha pozornosti, hyperaktivita, impulzivita, psychomotorický neklid, rušivost, neschopnost zorganizovat si věci kolem sebe, problémové, nepředvídatelné chování, snadná unavitelnost, problémy se sociálním začleněním, neschopnost samostatné práce, sociální nevyzrálost a infantilita, ochota pomáhat
- <u>další projevy:</u>
  - pocity vnitřní nejistoty, nedostačivost, trapnosti, vnitřní chvění a chaos, trémy a stavy úzkosti, nerovnoměrnost a nevyrovnanost v pracovním výkonu, kolísavost ve škole
  - neurotické návyky, tiky (dumlání palce, žmoulání prstů, stereotypní pohyby), bojácnost, poruchy spánku, poruchy chuti k jídlu, zvýšený výskyt koktavosti oproti ostatním, poruchy řeči a sluchového vnímání – pomalý nebo opožděný vývoj řeči, snížená kvalita sluchu a nepravidelnost řeči, poruchy motorických funkcí – opožděný vývoj, grimasování, špatná jemná motorika, nízká schopnost abstraktního myšlení, slabá krátkodobá i dlouhodobá paměť, častější výskyt enuréz a enkopréz
  - častější výskyt specifických poruch učení (SVPU) – dyslexie (porucha čtení), dysgrafie (porucha psaní), dysortografie (porucha pravopisu), dyskalkulie (porucha matematických schopností), aj.
- <u>projevy v kresbě:</u>
  - disproporce jednotlivých částí těla, připojení jednotlivých částí na špatném místě, chybění podstatných detailů, primitivní zpracování jednotlivých částí těla, nezralost kresby, stereotypie a opakování stejných prvků, kresba složená z geometrických tvarů, obliba vyčmárávání detailů, poloha posty v prostoru, obtíže s členěním plochy papíru, šikmý sklon postavy
  - mohou být zapříčiněny obtížemi s pozorností

Zelinková

- <u>hlavní obtíže</u>: hyperaktivita, porucha pozornosti, impulzivita
- jedinci s ADHD – riziková skupina z hlediska antisociálního chování, větší riziko přetrvání obtíží v adolescenci a dospělosti, snížené výkony ve škole, agresivita, problémy při navazování vztahů s vrstevníky, nesnášenlivost, neschopnost přizpůsobit se autoritě a obecně uznávaným pravidlům, agresivní řešení interpersonálních problémů
- jedinci s ADD – neobjevuje se impulzivita a hyperaktivita, více je problémů v pozornosti a percepčně-motorických úkolech, tzv. denní snění, pomalost při provádění kognitivních operací, obtíže v navazování sociálních kontaktů, úzkostné rysy, neschopnost zaměřit pozornost na určitou činnost
- jedinci s ADHD s agresivitou – blíží se opozičnímu chování, nesnášenlivost, hádavost, nedostatek sebeovládání, antisociální chování (krádeže, rvačky), často dysfunkční rodinné prostředí, vyžadují intenzivní péči i medikamentózní léčbu

KLASIFIKACE

<u>dle MKN 10</u>

- **F 90 Hyperkinetické poruchy**
  - charakterizované časným nástupem (obvykle v prvních pěti letech života), nedostatečnou vytrvalostí v činnostech, vyžadujících poznávací schopnosti, a tendencí přebíhat od jedné činnosti ke druhé, aniž by byla jedna dokončena, spolu s dezorganizovanou, špatně regulovanou a nadměrnou aktivitou
  - může být přítomna řada dalších abnormalit
  - tyto děti jsou často neukázněné a impulzivní, náchylné k úrazům a dostávají se snadno do konfliktů s disciplínou pro bezmyšlenkovité porušování pravidel spíše, než by úmyslně vzdorovaly
  - vztah k dospělým je často sociálně dezinhibován pro nedostatek normální opatrnosti a odstupu
  - mezi ostatními dětmi nejsou příliš populární a mohou se stát izolovanými
  - poznávací schopnosti jsou běžně porušené a specifické opoždění v motorickém a jazykovém vývoji je disproporciálně časté
  - sekundárními komplikacemi jsou disociální chování a nízké sebehodnocení

  - nepatří sem:
    - anxiózní poruchy (F41.–)
    - (afektivní) poruchy nálady (F30–F39)

        - pervazivní vývojové poruchy (F84.–)
        - schizofrenie (F20.–)
- F 90. 0 Porucha aktivity a pozornosti
    - nedostatek pozornosti s hyperaktivitou
    - syndrom poruchy pozornosti s hyperaktivitou
    - nepatří sem:
        - hyperkinetická porucha s poruchou chování (F90.1)
- F90. 1 Hyperkinetická porucha chování
    - hyperkinetická porucha sdružená s poruchou chování (F91.-)
- F90. 8 Jiné hyperkinetické poruchy
- F90. 9 Hyperkinetická porucha NS
    - hyperkinetická reakce v dětství nebo v dospívání NS
    - hyperkinetický syndrom NS

dle DSM-V

- ADHD s převažující poruchou pozornosti (jinde též ADD)
- ADHD s převažující motorickou hyperaktivitou a impulzivitou
- kombinovaný typ

dle Davidsona a Neala

- prostá porucha pozornosti (ADD) - diagnostikujeme ji u dětí s poruchami pozornosti, ale s normální úrovní aktivizace; tito jedinci mají problémy především v zaměření pozornosti na informační proces
- hyperaktivita a impulzivita
- spojením obou typů obtíží vzniká porucha pozornosti spojená s hyperaktivitou a impulzivitou – do této kategorie patří nejvíce dětí

dle Barkleyho

- ADHD s agresivitou
- ADHD bez agresivity
- Opoziční chování – ODD (Oppositional Defiant Disorders)

DIAGNOSTIKA

Zelinková

- A. Nejméně 6 z následujících symptomů musí přetrvávat nejméně po dobu 6 měsíců a to v takové intenzitě, která je nepřiměřená pro daný stupeň vývoje dítěte:
    - často věnuje bedlivou pozornost detailům nebo dělá chyby z nedbalosti ve školních úkolech a při dalších aktivitách
    - často má obtíže v koncentraci pozornosti na úkoly nebo hry
    - často vypadá, že neposlouchá, co se mu/ jí říká
    - často nepracuje podle instrukcí, nedokončuje práci, má nepořádek na svém místě, ve svých věcech, přičemž tyto projevy nejsou projevy opozičního chování, vzdoru nebo nepochopení instrukcí
    - často má obtíže v organizování svých úkolů a aktivit
    - často oddaluje plnění školních a domácích úkolů, které vyžadují intenzivní mentální úsilí
    - často ztrácí věci nezbytné pro školu a zájmové aktivity
    - často se nechá rozptýlit cizími podněty (nepatřícími k věci)
    - často je zapomnětlivý/ zapomnětlivá v denních činnostech
- B. Alespoň 4 z následujících symptomů hyperaktivity/ impulzivity přetrvávají alespoň 6 měsíců v takovém stupni, který je neslučitelný s vývojovou úrovní dítěte
    - často třepe rukama a nohama, vrtí se na židli
    - často opouští místo ve třídě nebo v situaci, v níž se očekává, že zůstane sedět
    - často běhá kolem v situacích, kdy je to nevhodné
    - často není schopen/ schopna si klidně hrát, nebo provádět klidnější činnosti ve volném čase
    - často vyhrkne odpověď, aniž si poslechne celou otázku
    - často má obtíže při stání v řadě, při hrách nebo skupinových činnostech
- uvedené projevy se musí vyskytovat ve škole i doma, popř. při jiných činnostech a na jiných místech
- významným zdrojem informací jsou rodiče a učitelé – informace poskytují formou dotazníku a rozhovoru

DSM-V – nová diagnostická kritéria

- snížený počet požadovaných symptomů a zvyšuje věkovou hranici ze 7 na 12 let
- změna: Z „symptomy musí prokazatelně snižovat kvalitu jedincova života“ NA „symptomy narušující jedincův život“

TERAPIE

- vhodná režimová a výchovná opatření
  - výživa (omezení sacharidů), volný čas (netrávit tolik času na PC hrách)
- často postupujeme metodou → pokus-omyl
  - farmakoterapie
    - není nutné, aby každé dítě s ADHD bylo léčeno léky – je to velmi individuální
    - možnost využití stimulancií i nestimulačních preparátů
    - farmaka změní jednotlivé projevy ADHD, ale nezmění povahu dítěte
    - např. zlepší schopnost soustředit se, pozitivní účinek na ovlivnění krátkodobé paměti, zlepšení pozornosti, pamatovat si více informací, dokončení činností do konce
    - do měsíce by se měly nějaké změny dostavit
    - farmaka jsou vždy s určitým rizikem
  - psychoterapie
    - nezbytná součást komplexní péče → osvědčila se *kognitivně-behaviorální psychoterapie*
      - odměny a tresty – lepší motivovat odměnou → zvnitřní si správné chování
      - monitoring pocitů a chování v určitých situacích, identifikování chování, vysvětlit žádoucí chování a ocenit, přesně ukázat dítěti, co je nežádoucí a naopak ukázat, jak to má vypadat
    - děti se učí řídit své chování, rodiče se učí, jak k dítěti přistupovat a jak mu pomoci se zvládáním běžných denních situací
    - individuální i rodinná
    - kombinace farmakoterapie a behaviorální terapie se ukazuje jako nejúčinnější léčebný postup
  - edukace rodičů
    - mělo by být v PPP, aby rodiče projevy pochopili
    - pozitivní posilování žádoucího chování a ignorace nežádoucích jen do určité meze
  - alternativní léčba
    - diety, vitaminy přírodní léky (ženšen, ginko biloba,…), homeopatie, čínská medicína – doplňky uklidňující, tak povzbuzující
    - je třeba vždy se o alternativní léčbě poradit s lékařem
    - vhodnost přípravku, nežádoucí účinky,…
  - biofeedback (EEG trénink)
    - specifická metoda pro posílení žádoucí aktivizace nervové soustavy
    - určena především pro trénink pozornosti, soustředění, sebeovládání a sebekázně

INTERVENCE

Rief a O’Dell, Cook

A) úprava režimu a prostředí za podpory rodinných příslušníků a školy

- umožnit během vyučování častější přestávky, ale současně ne úlevy v podobě ubrání učiva
- umožnit během vyučování více pohybu – např. donést třídní knihu jinému pedagogovi apod.
- upravit prostředí ve třídě tak, aby dítě moc nerozptylovalo (zdi ve třídě jsou značně přeplácané obrázky, výukovými tabulemi – násobilka, vyjmenovaná slova apod.), aby mělo možnost se soustředit pouze na výuku
- doma regulovat volný čas dítěte (netrávit celý čas u PC her apod.)

B) pozitivní posilování žádoucího chování (výchovný přístup vycházející z behaviorální terapie) → nejlepší strategie jak dosáhnout změny v chování žáka a přitom budovat sebeúctu a respekt

- „Mám radost, že xxx…“, „Chválím xxx za to, že…“, „ XXX, cením si toho, že…“, „Líbí se mi, že xxx…“
- zasloužená pochvala a uznání
- odměňovat určitými výsadami, příp. hmatatelné odměny (samolepky, dobroty,…)

OBECNÉ RADY

A) Obecné úlevy vedoucí k pocitu pohodlí a zvýšení rozsahu pozornosti

- umožnit volnost při držení těla, dovolit sezení v různých pozicích, vstávání, ležení, občasné lezení a nahoru a dolů, běhání se vzkazy a chvilkovou chůzi
- možnost „posuvných lavic“, výměna „chodících dětí“ za „stále mluvící děti“ mezi učiteli
- kreativita a otevřenost vůči novým myšlenkám

- umožnit přestávku, i když není v plánu

B) Obecné úlevy ve škole

- volnost při zaujímání tělesné polohy (ne potenciálně nebezpečné tělesné pozice!)
- méně psaní, kratší písemné úlohy (několik kratších lepší než jedna dlouhá)
- více času na psaní
- dovolit psací stroj nebo počítač
- umožnit psát na tabuli jako alternativu k psaní na papír
- známkovat spíše obsah než kvalitu (nebo každé zvlášť)
- rozstříhat papír se zadáním úloh na čtyři části a dávat po jedné
- nepoužívat úlohy ze psaní a matematiky jako trest
- být milý a trpělivý

C) Obecné úlevy doma

- volnost při držení těla
- krátké aktivity s přestávkami
- odpočinek před obtížnou aktivitou
- výživné svačiny
- uspořádat sezení u stolu – dítě by mělo sedět tam, kde je dostatek místa k pobytu a může měnit pozice
- být milý a trpělivý

D) Obecné úlevy pro situace na veřejnosti

- volnost při držení těla dle bezpečnosti a společenské situace
- dostatek místa pro volný pohyb
- krátké aktivity (delší s častějšími přestávkami)
- omezit dobu čekání na minimum (procházení se během čekání)
- během čekání hrát tiché hry, hrát si s hračkami nebo dělat aktivity, na kterých se spolu s dítětem podílí i ostatní
- pozměnit nebo se vyhnout problémovým činnostem a aktivitám

Zelinková

- východiskem rozbor všech dostupných informací vyplývajících z diagnostiky
- účastníci reedukačního procesu: dospělí (rodina i škola), vrstevníci, samo dítě

A) Základní postupy

- pozitivní posilování s mírnými tresty – následuje ihned po splnění úkolu, pochvaly se vztahují i na úkoly, které jsou pro mladší děti
- častá zpětná vazba – vede k optimalizaci chování, pochvala – posílení žádoucího chování, zpětná vazba nesmí rušit při vykonávání úkolu
- pokud zpětnou vazbou upozorňujeme na chybu, měli bychom dát doporučení, jak se chyb vyvarovat
- zachováváme klid, mluvíme klidným hlasem, preferujeme kontakt z očí do očí
- instrukce a pokyny – obsahovat by měly pouze několik kroků, klademe větší důraz na dokončování úkolů než na chování
- úkoly jednoduché, splnitelné a krátké – možné rozdělit delší úkol na více kroků, které zadáváme postupně
- nediskutujeme o vhodnosti chování – dospělý stanovuje mantinely, které se musí dodržovat, dítě musí pochopit, že mu dospělí rozumějí a chtějí mu pomoci
- spolužákům, kamarádům sdělit přijatelnou formou podstatu obtíží – dítě se musí cítit součástí kolektivu
- respektování stylu učení – zahrnuje charakteristické kognitivní, afektivní a fyziologické způsoby chování, většinou je typický globální styl učení (vnímá především celek):
    - předkládat úkol jako celek
    - nechat sbírat informace různými cestami, nepředpokládat systematičnost
    - personalizace obsahu
    - dát problému strukturu
    - utváření automatismů
    - sledujeme, co dítě dělá a co si myslí
    - skupinová práce s výměnou názorů, nápadů
    - pomůcky – příliš mnoho pestrosti, podnětů a pomůcek dítě rozptyluje
- nácvik metakognitivních strategií – učení se o vlastním stylu učení (jak a proč se učím)
    - řízení sebe samého, pozorování svých pracovních postupů, sebehodnocení
- sebekontrola a sebehodnocení – vedeme dítě k uvědomování si svého chování, hodnotilo je, snažilo se nejdříve přemýšlet a potom jednat
- optimismus a pevné nervy dospělých
- pravidelný denní režim – dostatek spánku, strava, příprava na vyučování

Reedukace v USA a Anglii

- USA - časté spojení farmakoterapie s behaviorálními metodami, zejm. operativní podmiňování
- Anglie – modifikace chování
- medikamentózní léčba – v 75% zlepšení koncentrace, cílenosti aktivit, zlepšení sociálního chování, redukce agresivity a impulzivity
- vedlejší účinky: nechutenství, problémy se spaním
- psychologické postupy – trénink rodičů a úprava prostředí třídy

PŘÍSTUPY

Přístup k dítěti s ADHD

- přístup k dítěti není jednoduchý – měli by se podílet všichni, kteří dítě vychovávají nebo s ním mají blízký vztah
- obecně je třeba vytvořit atmosféru porozumění a spolupráce
- zásady dle Matějčka:
    - trpělivost, klid
    - povzbuzovat, chválit, nejen za dobrý výkon, ale hlavně za projevenou snahu
    - pravidelný režim
    - spolupracovat s dítětem – vychovatelé by měli zabránit nevhodnému chování a nebezpečí vzniku chyb
    - málo a často – vyplácí se pracovat více nárazově než dlouhodobě a soustavně
    - využít zájem – pokud se objeví nějaká záliba dítěte, využijeme toho
    - zabránit pocitům méněcennosti – vychovatelé by měli chránit před opakovanými neúspěchy
    - vytvořit ovzduší spolupráce v rodinném prostředí – dávat dítěti lásku, ukazovat ochotu pomáhat a brát ho takového, jaký je
    - spolupracovat se školou, s učiteli – jestliže dítě nerozumí svému chování, trpělivě mu ho vysvětlit
    - vhodná volba povolání – nesmí být stereotypní na stejném místě; vhodná jsou zaměstnání závislá na přírodě, počasí, roční době, střídání pracovišť, se zvířaty, potravinářské řemeslo, rukodělná řemesla

Přístup k dítěti ve škole

- aby seděl v blízkosti učitele (posazení od oken k místu učitele)
    - pokud máme pocit vyčlenění ADHD dítěte, tak posazení pojmem jako soutěž např.
- důležitý je pro žáka dotyk - povrchová (hlazení --> sociální komunikace); tlaková (důležitý, jistý dotyk)
- často to souvisí také se změnou stravy (cukr např.) --> je dobré omega 3
- dítě s ADHD jinak pracuje se smysly, tělesně a využije více energie
- komunikace: volit kratší věty, klidný, zpomalený hlas, hlubší, jednoduché komentování akce
- často je ADHD pro učitelky nakažlivé :D jednat vždy v klidu, nikdy nevyvádět, postarat se o sebe (snažit se myslet na naše tělo - nohy, ruce, záda,…) a až poté o dítě
    - dítě s ADHD je velmi citlivé - dítě začíná přebírat náš postoj (zrcadlové neuro…..)
- hyperkinetická porucha je postižení --> s ADHD nelze udělat nic, musí pracovat se sebou, prostředím a působit takto na dítě nepřímo + postupně stanovovat hranice (i když si dlouho musí vyzkoušet, že tam ta hranice opravdu je, až později si zvykne na hranici a zvykne si, že jedná strukturovaně)
- zapojovat rodiče do terapie!!

DŮSLEDKY ADHD V DOSPĚLOSTI

- příznaky a projevy ADHD se během vývoje mění
- někteří z této poruchy „vyrostou“
- často ustupuje hyperaktivita a zůstávají spíše problémy s pozorností, labilitou, dráždivostí a impulzivitou
- může také přetrvávat vnitřní neklid ventilovaný neurotickými návyky – pohrávání si s prsty, tužkou
- často tito lidé ztrácejí věci – mobilní telefon, diář, peněženku, klíče,…
- mají problémy udržet si ve věcech pořádek, rádi se vrhají do nových věcí a často se jim jich pak nakupí tolik, že nestíhají
- obtížně dokončují započaté úkoly, nemají přehled o své finanční situaci
- střídají partnery nebo mají problém soustředit se na cokoliv včetně sexuálního života
- v horších případech se rizikově přejídají nebo jsou náchylní k jinému rizikovému chování
- dospělí s ADHD mohou cítit, že jejich výkon neodpovídá jejich schopnostem, mohou opakovaně selhávat jak ve vztazích, zaměstnání, tak studiu
- často podléhají depresím, únavovému syndromu, snadněji sahají po návykových látkách
- v nejhorších případech se vyskytují pokusy o sebevraždu, sebepoškozování → žít ve světě, který není při tyto lidi srozumitelný – zejména po stránce sociální

- odborníci poukazují na:
  - včasnou diagnózu – tedy již v dětství, aby měl jedinec možnost naučit se s poruchou pracovat
    - v současné době se na diagnostice podílí psycholog z PPP, psychiatr, neurolog nebo klinický psycholog
  - špatná diagnóza – ADHD má více projevů a stává se, že je diagnostikováno jiné onemocnění (úzkosti, deprese)
    - ADHD tak není včas léčeno, je léčena jiná porucha (která se ve své podstatě ani jako taková nevyskytuje)
- oblasti, ve kterých se dá zjistit, jak se jedinec s poruchou vypořádal:
  - profesní kariéra – protože ve škole se těmto lidem tolik nedařilo – snaží školy zbavit
  - osobní vztahy – od dětství tito lidé zažívají nezájem vrstevníků – prudkost, sociální nevyzrálost → často jsou méně přijatelnými partnery pro život
  - začlenění se do společnosti – sklon k asociálnímu chování nebo k sebedestrukci, mohou reagovat ve stresových situacích nepřiměřeně

Vyhláška č. 27/2016 Sb.; o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

- **žák se speciálními vzdělávacími potřebami**

Zdroje:

- BOWLBY, J. 2010. *Vazba.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-7367-4.
- BOWLBY, J. 2012. *Odloučení.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0076-5..
- BOWLBY, J. 2012. *Ztráta.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0355-1.
- ČAPEK, R. 2011. *Třídní klima a školní klima.* Praha: Grada Publishing.. ISBN 978-80-247-2472-4.
- ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. *Dětská klinická psychologie.* 2006. Praha: Grada Publishing.. ISBN 978-80-247-1049-5.
- OLWEUS, D. 2005. *Bullying at School. What we know and What we can do.* Oxford: Blackwell Publishing. ISBN 063-11924-17.
- JUCOVIČOVÁ, D., ŽÁČKOVÁ, H. 2010. *Neklidné a nesoustředěné dítě ve škole a v rodině.* Praha: Grada Publishing.. ISBN 978-80-247-2697-7.
- KOLÁŘ, M. 2011. *Nová cesta k léčbě šikany.* Praha: Portál. ISBN 978-7667-871-5.
- MATĚJČEK, Z. 2011. *Praxe dětského psychologického poradenství.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0000-0.
- MILGRAM, S. 2017. *Poslušnost vůči autoritě.* Praha: Portál. ISBN 978-262-1238-6.
- ŠKOVIERA, A. 2007. *Dilemata náhradní výchovy.* Praha: Portál. ISBN 978-80-73-67-318-5.
- HORT, V. a kol. 2008. *Dětská a adolescentní psychiatrie.* Praha: Portál. ISBN 80-7178-472-9.
- PACLT, I. a kol. 2007. *Hyperkinetická porucha a porucha chování.* Praha: Grada Publishing., 2007. ISBN 978-80-247-1426-4.
- MIOVSKÝ, M.; SKÁCELOVÁ, L.; ZAPLETALOVÁ, J.; NOVÁK, P. (eds.) 2015. *Prevence rizikového chování ve školství.* 2. vyd. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga.
- POTHE, P. 2013. *Emoční poruchy v dětství a dospívání.* Praha: Grada Publishing..
- PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. 2016. *Přehled poruch psychického vývoje.* Praha: Grada Publishing.
- SVOBODA, M. (ed.) 2015. *Psychopatologie a psychiatrie.* Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0976-8.
- O'DELL, Nancy E. a Patricia A. COOK. *Neposedné dítě: Jak pomoci hyperaktivním dětem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o., 1999. ISBN 80-7169-899-1.
- RIEF, Sandra F. *Nesoustředěné a neklidné dítě ve škole: praktické postupy pro vyučování a výchovu dětí s ADHD*. 3. vydání. Praha: Portál, s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7367-257-7.

OSOBY S OMEZENÍM HYBNOSTI

19. Osoby s omezením hybnosti – kategorie omezení hybnosti. Centrální obrny, epilepsie, diabetes a další příklady tělesných postižení a onemocnění z hlediska etiologie, symptomatologie a intervence v pojetí interdisciplinární péče.

OMEZENÍ HYBNOSTI

- tělesné postižení, nemoc a zdravotní oslabení představují tři základní kategorie, kterými se somatoped zabývá (Kábele)
- v rámci těchto tří kategorií se využívá souhrnného označení: *porucha hybnosti/mobility* → v současné době zastáváme pojem omezení hybnosti (nejpřesnější a nejméně pejorativní pojem)
- má vliv na celou osobnost člověka - tedy i na kognitivní, emocionální a sociální oblast
- přidružené může (ale nemusí) být postižení sluchové, zrakové, mentální, NKS a také obtíže v oblasti emotivity, vnímání, pozornosti
- všechny tyto okolnosti se odráží v sebepojetí a sebevědomí jedince a v předpokladech jeho individuálního rozvoje

Terminologie

- **polymorbidita** – výskyt většího počtu onemocnění (mnohočetné; vyjadřujeme opravdu vysoký počet)
- **komorbidita –** výskyt více onemocnění současně (souběžné)
- **trauma** = úraz; polytrauma = zasahuje 2 a více tělesných systémů
- **nozologická jednotka** – nemoc s konkrétní příčinou, průběhem
- **kauzální terapie** – terapie zaměřená na příčinu daného onemocnění (př. ATB – zaměření se na bakterie)
- **symptomatická terapie** – terapie zaměřená na příznaky
- **paliativní péče** – úlevová; člověk se neuzdraví, ale ulehčí se mu
- **prevalence** – souhrnný výskyt
- **incidence** – výskyt nových případů onemocnění k aktuálnímu kalendářnímu roku
- **illness** – onemocnění, psychologický náhled, individuální prožitek + speciální pedagogika - oba hledí spíše na kvalitativní pojetí
- **disease** – nemoc, medicínský náhled (pokrok, výzkumy)
- **sickness**, sociologický náhled – člověk přijímá roli nemocného

Etiologie

- prenatální období (9. měsíců těhotenství)
  - anoxie, infekční nemoci matky, toxické vlivy, úrazy matky, psychická traumata, dědičnost, nedonošenost, zarděnky, toxoplazmóza, žloutenka, spalničky, neštovice, AIDS, RTG, životospráva apod.
- perinatální období (porod + 28 dní)
  - dlouhotrvající porod, asfyxie, novorozenecká žloutenka, porod překotný, porod klešťový, pánevním koncem, úrazy, užití anestetik apod.
- postnatální období (postnatální do 1. roku)
  - do 1. roku – infekční onemocnění, zánětlivá onemocnění CNS, těžká průjmová onemocnění s toxickými následky, hnisavé záněty, úrazy, retinopatie nedonošených apod.
  - od 1. roku – po nemoci, po úraze

Klasifikace

- dle doby vzniku:
  - **vrozené**
    - v prenatálním a perinatálním vývoji (např. DMO, spina bifida)
    - z této skupiny lze dále vyčlenit genetická postižení
  - **získané** v dalším průběhu život
    - získané po úrazu, např. amputace, obrny po úrazech páteře a mozku
    - získané po nemoci, např. TP v důsledku roztroušené sklerózy, svalové dystrofie, artritidy

- dle způsobu: (Vítková)
  - **primární**
    - přímé omezení/postižení pohybové schopnosti člověka, ke kterému dochází v důsledku narušení svalů, kostí, šlach, kloubů nebo nervové soustavy (v důsledku tělesného postižení)
    - *„přímé postižení vlastního hybného ústrojí nebo postižení centrální či periferní nervové soustavy, kdy v periferní části je postiženo vlastní hybné ústrojí, např. amputací, deformací, vývojovými vadami apod.“*
  - **sekundární**
    - nepřímé omezení pohybové schopnosti člověka, ke kterému dochází v důsledku onemocnění nebo zdravotního oslabení
    - *„centrální i periferní nervová soustava a vlastní pohybové ústrojí bez patologických změn, hybnost je však omezena z jiných příčin; projevují se tu důsledky srdečních chorob, kostních apod., které omezují pohyb nemocného“*
- dle hybnosti:
  - **mobilní jedinec** - je schopen samostatného pohybu (chůze)
  - **částečně mobilní jedinec** - je při chůzi odkázán na pomoc další osoby, případně na různé typy ortopedických a technických pomůcek (hole, berle, chodítka aj.)
  - **imobilní jedinec** - není schopen pohybu ani s dopomocí, někteří částečně mobilní a imobilní jsou schopni zvládnout řízení invalidních vozíků různého typu
- dle charakteru:
  - **orgánové** - postihují orgány nebo jejich části (vývojové vady, následky nemoci, poúrazové stavy)
  - **funkční** - porucha funkce orgánu, aniž by byla poškozena tkáň
- dle stupně:
  - lehká
  - střední
  - těžká

Kategorie omezení hybnosti

- dle druhu postižení:
  - **tělesné postižení**
    - vady pohybového (svalového), nosného (kosterního) nebo nervového ústrojí, jestliže se projevuje narušenou hybností, a jestliže člověka omezuje v účasti na jeho přirozených životních aktivitách (Kantor; Renotiérová, Ludíková, 2004)
    - etiologie:
      - vrozené (např. DMO, spina bifida = rozštěp páteře)
      - získané
        - po *úrazu* - amputace, obrna po úrazech páteře
        - po *nemoci* - svalová dystrofie, roztroušená skleróza (Renoriérová, 2002)
    - klasifikace tělesného postižení: (německé pojetí - Vítková)
      - centrální a periferní obrny
      - deformace (získané vady – progresivní svalová dystrofie, skoliózy)
      - amputace a malformace (vrozené deformace - amélie, kongenitální dysplazie kyčelního kloubu)
    - další klasifikace: (americké pojetí – Bigge, Best, Heller, 2001)
      - ortopedické (osteoporóza, Perthesova choroba)
      - neurologické (DMO, amyotrofická laterální skleróza)
  - **zdravotní oslabení/postižení**
    - snížená odolnost vůči chorobám a sklon k jejich opakování
    - zdraví je ohroženo nevhodným prostředím, životním stylem, nedostatečnou nebo nesprávnou životosprávou (Kábele, 1992)
    - např. alergie, astma, rekonvalescence
    - pro nemoc a zdravotní oslabení někdy používáme termín zdravotní postižení v užším významu (zdravotní postižení v širším významu zahrnuje všechny typy postižení) (Kantor)

- **nemoc**
  - porucha rovnováhy organismu s prostředím, přičemž vznikají anatomické a funkční změny v organismu (Jonášková in Müller, 2001)
  - nemoc není považována pouze za biologickou odchylku, ale také za typ sociálního znevýhodnění (Bendová, Renotiérová)
  - WHO nedefinuje nemoc, oficiálně definuje pouze zdraví jako stav plné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoli jen jako nepřítomnost nemoci či vady (WHO, 1946)
  - klasifikace dle doby trvání: (Kantor; Renotiérová, Ludíková, 2004)
    - krátkodobá - akutní
    - dlouhodobá
      - *chronická* - organické a funkční změny v organismu s předpokládaným průběhem minimálně 3 roky (diabetes, srdeční vady)
      - *recidivující* - opakující se nejméně 3x ročně, v mezidobích v organismu nenalézáme anatomické ani funkční změny (alergie, astma)
      - *progresivní* (progredující) - se zhoršujícím se stavem, některé mohou mít i letální charakter (progresivní svalová dystrofie, maligní nádorová onemocnění)
      - *stacionární* - neočekáváme postupné a dlouhodobé zhoršování (benigní nádory)

- **!!!!** se současnou situací ale více koresponduje členění na kategorie:
  - **tělesné postižení** (viz výše)
  - **kombinované postižení**
    - anglicky – *multiple disability*
    - ve školské legislativě se používá termín souběžné postižení více vadami
    - pro vývoj definic kombinovaného postižení platí taktéž posun od medicínského k biopsychosociálnímu modelu
    - *„Osoby s kombinovaným postižením mají více než jednu vadu a jejich kombinace ústí v edukační potřeby takového stupně, že na ně nelze reagovat speciálněpedagogickými programy určenými pouze pro jednu z těchto vad.“ (Bigge, Best, Heller, 2010)*
    - typický je synergický efekt působení jednotlivých postižení ve vztahu k výkonnosti a možnostem jedince
    - terminologie - rozmanitá, v dřívějších publikacích se objevují termíny kombinované vady, multihandicap a další
  - **onemocnění** (popř. také zdravotní oslabení)
    - velké množství definic, které reflektují různé koncepce zdraví a nemoci (klasickým příkladem je Antonovského patogenní a salutogenní pojetí zdraví)
    - ve speciální pedagogice dáváme přednost termínu **onemocnění** před nemocí (termínem onemocnění se rozumí nejen medicínské, ale také psychosociální aspekty nemoci)
    - Valenta (2008) rozlišuje 4 zdravotní skupiny:
      - nadprůměrná
      - základní
      - oslabená
      - nemocní
    - *zdravotní oslabení* **-** v současné době je diskutabilní, zda tento termín i nadále používat (zahrnuje jej obsahově širší termín onemocnění)

- **podle věku**:
  - pedagogika raného věku
  - pedagogika předškolního věku
  - pedagogika školního věku
  - pedagogika dospělých

Symptomatologie

- příznaky jsou různé, typické, projevují se dle typu postižení, nemoci nebo oslabení (viz jednotlivé onemocnění)

Intervence z hlediska ucelené rehabilitační péče

- rehabilitace: „*znamená způsob, jakým postupujeme při výchově, vedení či školení jedince, aby se stal schopným, způsobilým, připraveným, vycvičeným pro vykonávání činností důležitých pro život*"
- z roku 1994: *„proces, který osobám s disabilitou pomáhá rozvinout nebo posílit fyzické, mentální a sociální dovednosti"* (Jankovský, 2006, s. 20)
- odvozeno z latinského slova „habilis" (tj. způsobilost, schopnost) a předpony „re" (znovu, opět)
- systém komplexní rehabilitační péče – především ve smyslu rehabilitace (co nejmenší důsledky postižení ve společenském životě)
- ucelené rehabilitace = současné pojetí rehabilitace chápané interdisciplinárně → zahrnuje péči zdravotnickou, sociálně právní, pedagogicko psychologickou a pracovní
- cíl: pokud možno co nejúplnější začlenění lidí se ZP do aktivního života s očekávanou kvalitou => rehabilitace dlouhodobá
- u lidí s postižením vrozením či raně získaným – vhodnější termín habilitace (příliš se ale nepoužívá)
- ucelenost znamená hlavně včasnost, návaznost jednotlivých složek a také všestrannost
- předpokládá se aktivní účast rehabilitovaného člověka, hledají se a budují možnosti postiženého, vychází se z pozitivních vlastností hodnot nikoli z negativních stránek a důsledku postižení
- výčet:
    - **alimentace** (výživa) – může docházet k obtížím příjmu potravy, orofaciální oblasti
        - nadměrná extenze čelisti (čelist je vysunuta dolů, ústa jakoby uvíznou v otevřené pozici)
        - retrakce rtu/tváře (rty a tváře se silně stáhnou zpět, takže ústa vytvoří úzkou linku a neumožní dostatečný retný uzávěr)
        - retrakce/protrakce jazyka (silné stažení jazyka směrem dozadu/jeho abnormální vysunutí vpřed) – silná protrakce jazyka znemožní vytvoření retného uzávěru a značná část jídla nebo pití skončí mimo ústa
        - tonické kousání (abnormálně silný stisk čelistí vyvolaný stimulací dásní nebo zubů, pokusy o otevření úst vyvolají ještě větší kontrakci)
        - malá kontrola při polykání tekutiny s častým kašláním
        - hypersalivaci
        - mezi základní intervenční techniky se řadí polohování, výběr vhodných pomůcek, určení vhodné konzistence potravin, normalizaci orální senzitivity (desenzibilizaci orální dutiny) a techniky orální kontroly (Kantor, 2012)
    - **orofaciální stimulace**
        - anatomické části podílející se na tvorbě hlasu a řeči nebo svou funkcí k tomuto procesu přispívají (nos, nosní dutiny, ústní dutina, rty, jazyk, měkké a tvrdé patro, hrtan a jeho anatomické části); bukofaciální oblast (obličejové svaly, tváře, líce)
        - cílem: lepší orientace jazyka v ústech, aktivizace polykání, snížení salivace, úprava dýchání, normalizace svalového napětí, vytvoření retného uzávěru, podpora preverbálních a verbálních schopností a další
        - bylo by vhodnější mluvit spíše o rehabilitaci orofaciální oblasti, což je termín, který v tomto významu uvádí Gangale (2004)
        - úzce se termín orofaciální stimulace spojuje zejména s označením terapeutického konceptu Castilla-Moralese, který se oficiálně nazývá Orofaciální regulační terapie
    - **alternativní a augmentativní komunikace**
        - náhradní a doplňková komunikace
        - způsob nácviku – funkční komunikace
        - AKK bez pomůcek – orální řeč, znak do řeči, znakový jazyk, další prostředy neverbální komunikace
        - aided communication – netechnické pomůcky (VOKS, předměty, obrázky, grafické symboly, fotografie, piktogramy, komunikační knihy, tabulky); technické pomůcky
        - vizuální forma komunikace (3D – 2D zobrazení, fotografie X piktogram)
        - komunikační rám – ETRAN (orientace podle očních pohybů, orientace dle signálů ANOxNE)
    - **polohování**
        - poloha vsedě
        - poloha vleže

- **bazální stimulace**
  - Andreas Fröhlich - v 70. letech 20. století - práce s jedinci s těžkým mentálním a kombinovaným postižením v RHC v Německu
  - tělesná a smyslová zkušenost se v bazální stimulaci stává prostředkem interakce žáka s druhým člověkem a zároveň prostředníkem pro ovlivnění psychiky
  - vyzdvihuje koncept celistvosti (neoddělitelnost tělesné zkušenosti od psychické) a zaměření na „tady a teď", které odpovídá specifickým možnostem vnímání osob při těžkém postižení mentálních funkcí
  - odvolává se k třem teoretickým konceptům – neurovývojovému modelu J. Pechsteina (týká se rizika deprivace podnětů na vývoj neuroplasticity v raném věku), vývojově-genetickému modelu Jeana Piageta a fyzioterapeutickému modelu podle Karla Bobatha (Vítková, 2014)
  - Karolína Friedlová (2007) uvádí jednotlivé oblasti bazální stimulace
    - podněty somatické (dotekové) - Specifickou technikou je tzv. *iniciální dotek*, kterým dáváme žákovi najevo začátek a konec naší přítomnosti.
    - vibrační – vibrátory, hudební nástroje, technické předměty, vlastní hlas
    - vestibulární – změna polohy části těla, pozice těla – např. houpačky
    - olfaktorické
    - orální – chuťové podněty, stimulace celé dutiny ústní (masáže)
    - auditivní – ticho/zvuk, zvuky s různými barvami
    - optické – světlo, tma, dětské obrázky
    - taktilně-haptické – předměty, které stimulují paměťovou stopu
- **snoezelen MSE**
  - 70. léta 20. století - osoby s těžkou mentální a kombinovanou disabilitou v Holandsku - Ad Verheul a Jan Hulsegge
  - zvláštní senzorické místnosti, které se měly radikálně lišit od prostředí, ve kterém uživatelé běžně žili (O´Neal a Velde, 2006)
  - hlavní znaky: speciální prostředí, multismyslová stimulace, speciální pomůcky a efekty, přizpůsobení se individuálním potřebám žáků a otevřený přístup k uživateli Snoezelenu (bez očekávání výkonu)
  - otevřenost a multifunkčnost (odlišnost od jiných konceptů) – integrace prvků např. Bílého pokoje, Zvukové místnosti, Interaktivní místnosti, Vodního prostředí, Tmavého pokoje atd.
  - typickým znakem: nabídka zajímavých zrakových, sluchových, kinestetických, hmatových a jiných podnětů, doplněných speciálními pomůckami a efekty (stroboskopické světelné efekty, různé látky, vodní sloupce, zrcadla, aromatické oleje, hudební nástroje a pomůcky vydávající netradiční zvuky atd.)
  - efektivní forma terapie u osob s těžkou tělesnou, mentální, smyslovou a kombinovanou disabilitou, u duševních poruch (schizofrenie, deprese), poúrazových stavů, u chronické bolesti, demencí, poruch chování, ADHD, u stavů senzorické deprivace způsobených imobilitou a u mnoha dalších (Klages, Zecevic, Orange a Hobson, 2011)
  - v současnosti můžeme mluvit o těchto pozitivních výsledcích využití Snoezelenu:
    - zlepšení pozornosti a koncentrace, nálady a komunikace
    - rozvoj seberegulace a harmonizace osobnosti
    - změny v pozornosti a koncentraci
    - pokles agresivního a autoagresivního chování
    - posilování rovnováhy mezi uvolněním a aktivací jedince
    - pozitivní socializace a integrace v sociálních strukturách (Janků, 2010)
- **strukturované učení**
  - vzdělávací program pro žáky s poruchami autistického spektra, který byl s úspěchy realizován také u žáků s těžkým tělesným a vícečetným postižením
  - základní podoba, která je dnes rozšířená i v ČR, byla vytvořena v USA, v Severní Karolíně jako součást TEACH programu
  - strukturalizace znamená *„vnesení jasných pravidel, zprůhlednění posloupnosti činností a jednoznačné uspořádání prostředí, ve kterém se žák pohybuje."* (Thorová, 2007, s. 384)
  - podle Stokes (2001) se samotná struktura týká času (vizuální rozvrhy), prostoru nebo edukačních metod

- důležitým prvkem strukturovaného učení je vizualizace a konkretizace, která umožňuje žákům se sníženou schopností orientace v čase a prostoru adaptaci na prostředí školy
- při aplikaci principů strukturovaného učení je třeba přihlížet k individuálním percepčním a kognitivním schopnostem žákům

- **kognitivní trénink – rozvoj myšlení**
  - Feuersteinovo Instrumentální obohacování (základní, standardní)
- další terapie: fyzioterapie, fyzikální terapie, ergoterapie, zooterapie, expresivní terapie, psychomotorická a psychorelaxační terapie, ortopedická protetika, psychoterapie, psychologie

MODELY POSTIŽENÍ

- definování jednotlivých kategorií OH se měnilo v průběhu času a odráželo proměny postoje společnosti k této problematice
- tyto proměny byly popsány jako tzv. modely postižení – WHO uvádí model medicínský, sociální a biopsychosociální

Medicínský model postižení

- na počátku svého vývoje byla speciální pedagogika silně ovlivněna medicínskými obory
- používala se medicínská terminologie (vada, porucha…)
  - termín vada (*impairment*) v této době obsahově splýval s termínem postižení
- změna byla požadována po samotném jedinci s postižením, který se měl adaptovat na podmínky okolní společnosti
- přirozenou reakcí na toto pojetí bylo vybudování silného systému rehabilitačních a kompenzačních intervencí
- příklad definice → termín tělesné postižení se *„…rozumí vady pohybového a nosného ústrojí, tj. kostí, kloubů, šlach i svalů a cévního zásobení, jakož i poškození nebo poruchy nervového ústrojí, jestliže se projevují porušenou hybností.“* (Kraus, Šandera, 1975)

Sociální model postižení

- vychází z kritiky medicínského modelu, který nepřikládá dostatek pozornosti sociálním, psychologickým a behaviorálním aspektům onemocnění a postižení (Bigge, Best, Heller, 2010)
- říká, že postižení nevznikají pouze v důsledku deficitů jedince, ale především bariérami ve společnosti (postoje okolí, fyzické bariéry v prostředí atd.), tedy interakcí mezi jedincem a jeho okolím (WHO, 2001)
- jasné definování sociálního modelu postižení je na mezinárodní úrovni charakteristické pro konec 70. let, v době, kdy WHO vydává ICIDH (International Clasiffication of Impairments, Disabilities and Handicaps)
- bylo nutné znovu definovat terminologii – ICIDH rozlišuje mezi termínem *impairment* (vada, porucha), *disability* (omezení plynoucí z vady) a *handicap* (postižení, sociální dimenze disability)
- více viz Vítková (2006) nebo WHO (1976): http://www.aihw.gov.au/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=6442455478

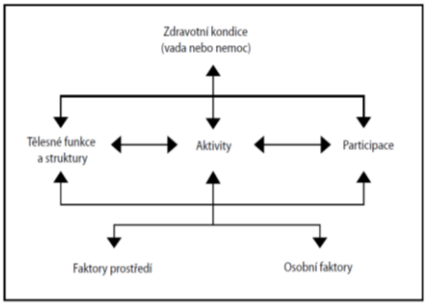
Biopsychosociální model postižení

- bylo evidentní, že je potřeba oba modely – medicínský i sociální – integrovat
- vznikl biopsychosociální model postižení, který zohledňuje při vzniku postižení faktory na straně jedince i okolí
- tento model byl použit při tvorbě MKF (ICF) – Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disabilit a zdraví (WHO, 2001) a její verze pro děti a mládež z roku 2006 (ICF-Children and Youth) file:///C:/Users/NTB_28/Downloads/mkf_cz.pdf http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43737/1/9789241547321_eng.pdf

MKF

- definice postižení dle MKF:
  - postižení (dle terminologie MKF disabilita) je definováno jako snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti; postižení vzniká, když se zdravotní stav setkává s bariérami v prostředí
  - tělesné postižení bychom na základě konceptu funkční schopnosti mohli definovat jako *„vady pohybového a nosného ústrojí, které v součinnosti s ostatními faktory (prostředí, osobnost) snižují míru participace na aktivitách jedince.“*
- snaha o zohlednění všech možných faktorů, které působí restriktivně na vykonávání aktivit jedince s postižením a které zahrnují omezení způsobené narušení tělesných struktur a funkcí (zahrnují se i psychické funkce), faktory prostředí, ale také faktory na straně jedince

- výsledný konstrukt je pojmenován jako **funkční schopnost** – souhrn všech (výše uvedených) faktorů, které se podílejí na vzniku postižení
- na základě konceptu funkční schopnosti lze tělesné postižení považovat za poruchy pohybového a nosného ústrojí, které spolu s dalšími faktory omezují participaci na aktivitách jedince
- MKF se podstatně liší od verze z r. l980 ICIDH tím, že zdůrazňuje interakce mezi výkonem a disabilitou → jakýkoliv diagram je vždy nedokonalý a náchylný ke špatným představám, poněvadž jde o složité, vzájemné interakce v multidimenzionálním modelu
- model je nakreslen tak, aby ilustroval mnohočetnost interakcí
- zdůraznění i dalších důležitých pohledů je jistě možné
- interpretace interakcí mezi různými komponentami a konstrukcemi se může lišit (například vliv faktorů prostředí na tělesné funkce bude jistě jiný, než vliv na participaci)
- podle tohoto schématu je funkční schopnost jedince ve specifické doméně interakcí nebo komplexem vztahů mezi zdravotním problémem a spolupůsobícími faktory, tj. faktory prostředí (= jsou vnější vzhledem k dané osobě -tj. postoje společnosti, charakter architektury, právní systém) a osobními faktory (=nejsou klasifikovány v běžné verzi MKF



- mohou obsahovat pohlaví, rasu, věk, jiné zdravotní problémy, zdatnost, způsob života, zvyklosti, výchovu a jiné takové faktory, sociální zázemí, povolání, minulé a současné zkušenosti (životní zážitky z minulosti i současnosti), celkové vzory chování a charakter, psychické bohatství a jiné charakteristiky, které dohromady nebo jednotlivě mohou hrát roli ve zdravotním postižení na kterémkoliv stupni)
- tyto interakce jsou specifické, a ne vždy předvídatelné
- působí ve dvou směrech; přítomnost zdravotního postižení může současně vytvářet zdravotní problém
- důležité shromažďovat data nezávisle na těchto situacích a konstrukcích a potom využít asociací a příčinných spojení mezi nimi.
- definice:
    - aktivita je provádění úkolu (úkonu) nebo činu člověka.
    - participace je zapojení se do životní situace.
    - aktivita snížená (limitovaná) jsou obtíže, které člověk může mít, při provádění aktivit.
    - participace omezená (restringovaná) jsou problémy, které člověk může prožívat, při zapojení do životních situací.
- k popsání zážitku plného zdraví, jsou užitečné všechny komponenty
- člověk například:
    - může mít zdravotní postižení bez snížení kapacity (zohyzdění u lepry nemusí mít vliv na kapacitu uvedené osoby)
    - může mít problémy s provedením výkonu a současně snížení kapacity bez evidentních zdravotních poruch (omezený výkon při denních činnostech, způsobený řadou nemocí)
    - může mít problémy při provádění výkonu bez zdravotního postižení nebo omezení kapacity (HIV-pozitivní člověk nebo bývalý pacient, který překonal psychické onemocnění, je stigmatizován v interpersonálních vztazích)
    - může mít snížení kapacity bez asistence (bez pomoci druhé osoby) a nemá problémy s prováděním výkonů v běžném prostředí (tj. člověk s limitní pohyblivostí může být vybaven asistivními pomůckami, které mu umožní pohyb z místa na místo);
    - může mít zkušenost určitého stupně vlivu opačným směrem (nedostatečné zatěžování končetin může způsobit svalovou atrofii; umístění do ústavu může vyústit ve ztrátu společenských dovedností)..
- v době přijetí MKF vznikla mezinárodní domluva, že termín handicap již nebude používaný a nahradí se termínem disabilita (neujalo se), využívá se řada termínů, ale nejrozšířenější je termín tělesné postižení (nalezneme ho i v legislativních normách)
- vznikl terminologický úzus, že v odborné literatuře a nejen tam se bude dávat přednost označení osoba s tělesným postižením před spojením tělesně postižený člověk

NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY

CENTRÁLNÍ OBRNA /dětská mozková obrna

- pozn. neurovývojové poruchy – onemocnění a syndromy vzniklé na základě postižení nezralého mozku v raných stádiích vývoje, tj. prenatálně, perinatálně nebo časně postnatálně; důsledkem je narušení dalšího vývoje mozku a neuropsychického vývoje
- *pozn. obrna - senzomotorické poškozením držení a pohybů těla (dochází nejen k postižení pohyblivosti, ale také citlivosti postižených částí)*
    - *centrální (poškození mozku nebo míchy)*
        - *etiologie - důsledky některých nemocí, nádorů, embolií, infekcí, perinatálních komplikací (hypoxie), ale také dopravní nehody, úrazy nebo otravy*
        - *mohou vzniknout v různém věku*
            - *rané vzniklé – cca do 1 roku – termín Dětská mozková obrna*
            - *vzniklé v pozdějším věku – tzv. obrny při základním onemocnění (např. při CMP, degenerativní onemocnění CNS – ALS, progresivní heredoataxie, Parkinsonova choroba, spinální muskulární atrofie; poliomyelitidy, mozkové infekce - encefalitidy)*
    - *periferní (poškození periferního nervstva)*
- = neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje dítěte vzniklé na podkladě proběhlého (a ukončeného) prenatálně, perinatálně či časně postnatálního poškození mozku (Kolář)
- omezení hybnosti na organickém podkladě
- diagnóza G 80

- můžeme se setkat s řadou dalších souhrnných termínů
  - ICP (infantilní cerebrální paréza)
  - CKP (centrální koordinační porucha)
  - CTP (centrální tonusová porucha)
  - RMO (raná mozková obrna)
- mozková léze se dále nerozšiřuje → primární poškození mozku zůstává
- obraz postižení se vyvíjí spolu se zráním CNS a růstem organismu – vlivem rehabilitace může dojít ke zlepšení
- dochází k proměnám svalového tonu a vzniku deformit
- připadá na 2-3 z 1000 narozených dětí

Výskyt

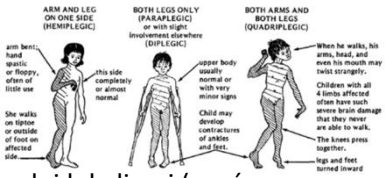
- přibližně 0,5% dětské populace
- dědičná dispozice určuje stupeň zranitelnosti CNS, který ovlivňuje riziko, že další nepříznivý faktor způsobí poškození mozku
- zvýšenou citlivost mohou způsobit i vnější faktory jako infekce, otravy, předčasný porod, nízká porodní hmotnost atd.
- prevalence – 2-3/1000 narozených (Kraus, 2011)

Etiologie

- 20% prenatální (onemocnění, záření, chromozomální a metabolické poruchy, toxické vlivy, infekce, úrazy matky apod.)
- 60% perinatální (postižení mozku z nedostatku kyslíku při porodu (asfyxie, hypoxie) – přidušení dítěte, omotaná pupeční šňůra, překotný porod, protrahovaný porod, krvácení, velký plod a malé porodní cesty; nezralý plod – předčasný porod
- 20% raně postnatální (do 1 roku dítěte – kdy je poškozená hlavička, nejčastěji nitrolební krvácení po pádu, infekce CNS – encefalitida, meningitida, úrazy, meningitida, sepse) u 1/3 nevíme příčinu

Klasifikace

- stupeň: plegie (úplné ochrnutí), paréza (částečné ochrnutí)
  - NEBO lehké (schopni samostatné lokomoce), středně těžké (chůze za pomoci kompenzačních pomůcek), těžké (imobilita)
- lokalizace: kvadruparéza (všechny 4 končetiny), hemiparéza (polovina těla), diparéza (dvě končetiny), monoparéza (jedna končetina), triparéza (tři končetiny)
- stav svalového tonu:
  - **formy spastické** (pyramidové)
    - nejčastější, 60-70% všech DMO
    - základním příznakem je trvale zvýšené svalové napětí
    - pohybové postižení, které je dáno obrnou, může mít různý rozsah i lokalizaci (paréza – částečná obrna, plegie – úplná obrna)



  diparetická
    - Littleova nemoc
    - patrná obvykle od 6. měsíce (patologické otáčení a vzpřimování)
    - poškození mozkového kmene (motorické nervové dráhy z obou hemisfér jsou již pohromadě vedle sebe)
    - mentální schopnosti nebývají poškození, neboť mozková kůra zpravidla zasažena není
    - symetrické postižení obou dolních končetin, zasahující různě vysoko nad pás, postižení HK není nápadné
    - diparéza s levostrannou či pravostrannou orientací
    - svislá noha (pes equinus) nebo kososvislá noha (pes equinovarus) - patologickým tahem Achillovy šlachy
    - počátek chůze – mezi 3. a 5. rokem
      - v chůzi – předklon pánve a trupu
      - chůze po špičkách nebo po hřbetní a zevní ploše nártu (digitigrádní typ)
      - chůze po špičkách s ohnutými koleny a kymácením do stran (flekční typ)
        - *flekční* typ - v koleno trvale pokrčení až i ohnutí
        - *extenční* typ - v kolenou přímé držení
      - nejlehčí forma - dítě našlapuje jen na mírně na špičky

diparetická paukospastická
- malá spasticita
- méně častá
- přitahovače stehen jsou zkráceny - překřížení stehen ale nevzniká
- drobné mozečkové příznaky (nedostatečná motorická koordinace poruchy cílení pohybům jejich přesnost)

hemiparetická (vázána na jednu polovinu těla)
- nejčastější forma
- obrna horní i dolní končetiny jedné poloviny těla
- vzniká poškozením mozku v oblasti mozkové hemisféry, která je druhostranná vzhledem k postiženým končetinám
  - postižená *pravé hemisféry* - kognitivní kapacita dětí lehce subnormální (IQ 90) s převahou verbální složky
  - postižení *levé hemisféry* - polovina děti s lehkou MR bez rozdílu mezi verbální a názorovou složkou
- končetiny
  - častěji výrazněji postižená *horní končetin*
    - ohnuta v lokti (trvale), abdukce/addukce paže + vnitřní rotace; předloktí v pronaci; zápěstí ve flexi, palec většinou schován ve flexi pod zbylými prsty
    - nejlehčí případy - váznou jen jemné pohyby prstů
  - *dolní končetina*
    - napjatá tak, že postižený došlapuje na špičky
    - na různém stupni je vytvořena svislá nebo kososvislá noha (pes equinus nebo pes equinovarus)
- postižené končetiny - slabší i kratší, menší bývá i příslušná polovina obličeje
- šikmé postavení pánve
- upřednostňována zdravá strana, postižená strana je vytěsňována mimo vědomí (rozpůlené vnímání) a nezapojuje se do motorických aktivit (např. při otáčení, plazení) - postižení často narušuje přirozenou dominanci

oboustranně hemiparetická
- rozsáhlé poškozená mozku v obou hemisférách
- postižené všechny čtyři končetiny s nerovnoměrnou intenzitou
- většinou postižený nechodí - výrazně omezená hybnost také horních končetin
- většinou výrazněji snížené kognitivní schopnosti
- epileptické záchvaty

kvadruparetická
- těžší forma diparetická – vzniká také na základě poškození v oblasti mozkového kmene
- postiženy všechny čtyři končetiny
- převaha postižení dolních končetin - zdvojení formy diparetické
- převaha postižení horních končetin - zdvojení formy hemiparetické
- ze spastických forem prognóza nejméně příznivá
- motorický vývoj velmi omezen kvůli silnému hypertonu, opistotonickému prohnutí trupu, přetrvávání tonicko-šíjových a dalších reflexů (Moro, uchopovací reflexy aj.) → dokud tyto reflexy přetrvávají, nelze dosáhnout volní hybnosti a fixují se patologické pohybové vzory
- narušena hybnost také svalů úst, jazyka, měkkého patra → ovlivnění úrovně řeči
- kombinace s poruchami inteligence
- epileptické záchvaty

- **formy nespastické**

dyskineticko-dystonická forma (extrapyramidová)
- poškození gangliových buněk
- vzácnější, asi u 20%
- IQ v normě
- přítomnost mimovolných, bezděčných, nechtěných a nepotlačitelných pohybů
- *atetonické* - pomalé, červovité, vlnité
- *choreatické* - prudké, nečekané, obvykle drobné
- *balistické* - prudké, obvykle celou končetinou a o velikém pohybovém rozsahu
- *myoklonické* - drobné pohyby jednotlivých svalů nebo svalových skupin

- *lordotická dystonie* - projevuje se při chůzi kroucením trupu jednak kolem vertikální osy, jednak směrem dozadu, takže vzniká nápadná lordóza, a to vše při současném stáčení hlavy
- zmnožení při chtěných pohybech, které doprovázejí, ruší jejich provedení a někdy je zcela znemožňují - mohou znemožnit chůzi (nebo chodí velmi pomalu a nejistě) - nápadnější při zátěži a napětí
- svalová ztuhlost
- postihují i svalstvo obličejové, žvýkací, polykací i svalstvo zúčastněné na tvorbě hlasu a řeči
  - záškuby v obličeji vytvářejí různé grimasy, které napodobují zlost, smích, pláč (neodpovídají psychickému stavu člověka - pseudoaefktivní fyziognomie) a postižený má chudou mimiku
  - nesrozumitelná řeč, pomalá s vyrážením slabik či slov, monotónní
  - nepravidelné dýchání
- u některých případů dyskinetické formy DMO nejsou mimovolní pohyby přítomny

hypotonická, ataktická (mozečková)

- relativně vzácná, 5-10%
- snížení svalového tonu
- postižena pohybová koordinace
- typické bývají obtíže v udržení rovnováhy a při rychlejším pohybu
- kolem 3. roku se obvykle mění na některou formu spastickou nebo dyskinetickou
- pokud zůstává - často kombinovaná s poruchou inteligence (psychomotorická retardace)
- zvýšený rozsah pohybu v kloubech
- svinout do klubíčka („pásovec“)
- překlopit roztažení nůžky dozadu („kružítko“)
- horní končetiny ovinout kolem krku („šála)
- nejistý stoj o široké bázi
- chůze vrávoravá a nejistá

- **smíšené formy**
  - často spojeny s postižením smyslů a mentální retardací

Symptomatologie

- kombinované postižení
- v prvních měsících života má DMO podobu hypotonického syndromu → čím déle trvá, tím závažnější postižení lze očekávat
- rozdíl ve vývoji jemné a hrubé motoriky, psychický vývoj dětí s DMO v batolecím a předškolním věku je ovlivněn určitým omezením v oblasti poznávání (omezena motorika, nemají tolik stimulů) a tím dochází k nerovnoměrnému rozvoji poznávacích procesů
- postižení hybnosti různého stupně (viz výše)
  - **atetóza**
    - generalizované, nekoordinované, přehnané, mimovolní hyperkinetické pohyby, normální nebo snížený svalový tonus
  - **ataxie**
    - narušení koordinace pohybů - dysmetrie nebo intenční tremor (třes) horních končetin, typické přestřelování (hypermetrie)
    - postižení dolních končetin a trupu (stoj a chůze o široké bázi - chodila daleko od sebe, kolíbavá chůze - tzv. opilecká chůze)
    - vzniká podobně jako hypotonie postižením mozečkových funkcí
    - poškozuje vnímání rovnováhy a propriocepci (citlivost)
    - přítomný nystagmus (kmitavý pohyb očí) a často mentální retardace
    - vyskytuje se většinou v komunikaci s jinými centrálními poruchami (ataxie se spasticitou aj.)
- narušení tonu
  - **spasticita**
    - abnormálně zvýšený svalový tonus, zvýšené svalové reflexy
    - abnormální pohyby a držení (pes equinus, vnitřní rotace a addukce v kyčlích, pronace a flexe předloktí), vznik kontraktur

  - **dystonie**
    - přetrvávající svalové stahy, které způsobují kroucení a opakované pohyby či abnormální postavení postižených částí
- poruchy vnímání a senzitivity
- mentální retardace – uvádí se v 50 % i více
- poruchy psychomotoriky
  - ADHD
  - specifické vývojové poruchy učení
  - poruchy chování
- smyslové poruchy
  - především poruchy zraku - strabismus, hemianopie u hemiparéz
  - poruchy sluchu
- nerovnoměrný vývoj
  - poruchy růstu
  - tělesné deformity (skoliózy, zkrácení Achillových a kolenních šlach, luxace kyčelních kloubů)
- psychické charakteristiky
  - emocionální instabilita - výkyvy psychické výkonnosti
  - nápadné emoční prožívání – čím je intenzivnější citový prožitek, tím je nápadnější motorická reakce, nedokážou to koordinovat, bývají infantilnější, labilní, dráždiví
  - poznávací schopnosti – u kvadruparetické formy spastické poruchy a u mozečkové formy se projevuje snížená inteligence, pohybové postižení zvyšuje riziko deprivace v oblasti stimulace, učení a sociálních zkušeností
  - poruchy percepce – často projevem specifického poškození zraku, sluchu atd., obecně problémy s vizuomotorikou, fonematickým sluchem, sluchové analýzy a syntézy
  - pozornost, paměť a poruchy učení – problémy s koncentrací, pozornost (ulpívavá, krátkodobá, velká unavitelnost), paměť nepříznivé ovlivněna unavitelností a horší pozorností, poruchy učení
  - poruchy řeči – poruchy artikulace, dysartrie apod. (viz níže)
  - nápadnosti v chování – způsobeno nedostatečnou sociální zkušeností, nevědí jak se chovat v daných situacích
  - osobnostní změny – ovlivněno především menší samostatností, závislosti na druhých, neadekvátní očekávání; bývají uzavření, infantilnější, pasivnější, méně empatičtí; mohou mít negativní sebepojetí, prožitky bezmocnosti všechny tyto důsledky vznikají převážně jako reakce na jejich životní situaci
- epilepsie
- ***narušení komunikační schopnosti***
  - **vývoj řeči**
    - v kojeneckém věku potíže s dýcháním a sáním
    - nápadný pláč, křik, smích (např. zvýšená nosovost)
    - nevýbavné broukání a pudové žvatlání
    - chybí hra s mluvidly
    - orální reflexy nevýbavné nebo přetrvávají
    - obtíže s příjmem a zpracováním potravy
    - hypo/hypersenzitivita orofaciální oblasti
    - vývoj řeči opožděný/omezený (toho si rodiče velmi často nevšimnou, mají jiné starosti)
    - foneticko-fonologická jazyková rovina
      - nejvýraznější narušení
      - hlásková řeč + souhyby
      - mimovolní pohyby, spasticita brání v artikulaci
      - problémy spojovat hlásky, slabiky – koartikulace
    - pragmatická jazyková rovina
      - motoricky narušena realizace komunikačního záměru
      - lexikálně-sémantická jazyková rovina
      - přidružená postižení
      - relativně dobré porozumění
      - verbalismus – nadměrné užívání bezobsažných slov

- ochuzená tvorba pojmů, nemohou zapojit všechny smysly
- rozvíjet sémantickou stránku řeči!!!

▪ morfologicko-syntaktická jazyková rovina

- narušení zvláště u MR
- vývojová větná dysfázie (Lesný) – narušena stavba vět (ne slov)

○ **poruchy dýchání**

▪ výskyt u spastických i nespastických forem DMO
▪ spastické - dýchání křečovité a mělké, výdechový proud je nedostatečný, nevytváří se znělá řeč – výdech nestačí k vytvoření delších mluvních celků
▪ dyskinetická - narušena koordinace dýchacích svalů, dýchání je narušeno mimovolními pohyby – dítě je schopno jen krátkých prudkých výdechů

○ **poruchy tvorby hlasu**

▪ u většiny těžších forem DMO
▪ hlas je tichý, nevýrazný (dysfonický až afonický), při větším úsilí může být tlačený a nadměrně hlasitý
▪ časté stahy hrtanového a hltanového svalstva způsobují změnu zvuku hlasu, může znít huhňavě

○ **poruchy modulačních faktorů**, poruchy **artikulace**

▪ různě narušené tempo, síla a výška, přízvuk, výrazně snižující srozumitelnost řeči
▪ v důsledku poškození hybných funkcí svalstva mluvidel

○ nejčastější logopedické diagnózy:

○ **vývojová dysartrie**

▪ poruchy vzniklé od počátku vývoje organismu na základě organického poškození CNS dítěte (Neubauer 2003)
▪ poškozena respirace, fonace, rezonance a artikulace
▪ *anartrie* = praktická ztráta verbální komunikace s okolím (afonie = ztráta hlasu)
▪ *spastická dysartrie (pyramidová)*

- porucha centrálního motorického neuronu
- u spastické formy DMO
- řeč je narušena v oblasti cílené kontroly dýchání a VF uzávěru
- narušený rytmus mluvy a činnosti rtů a jazyka, tvrdé křečovité tvoření řeči se zvýšenou nazalitou
- mluvidla jsou spastická, těžkopádná a hypertonická se zpomalenou a nedokončenou kontrakcí např. patrohltanového uzávěru

▪ *atetoidní, hyperkinetický či hypokinetický typ (extrapyramidová)*

- porucha jader podkorových oblastí
- u dyskinetické formy DMO
- artikulace může být nezřetelná pro žmoulavé (atetoidní) pohyby jazyka, některé hlásky jsou silně vyráženy, jiné jsou naopak slabé a nezřetelné
- při hyperkinetických pohybech je řeč až nesrozumitelná kvůli mimovolním pohybům mluvidel

▪ *ataktický typ (cerebrální)*

- poškození mozečku a jeho drah
- následek nádorového poškození mozečku, může se vyskytovat i u DMO
- mluva je tvořena explozivně až sakadovaně, jednotlivé slabiky a slova jsou zdůrazňována
- dalšími příznaky jsou neobratnost jazyka, časté zarážky v projevu a ulpívání v jednotlivých artikulačních postaveních

▪ *bulbární dysartrie*

- poškození motorických jader prodloužené míchy a hlavových nervů, které inervují řečové orgány
- častěji po úrazech a operačních zákrocích v těchto oblastech než vývojově
- porucha typu chabé obrny může být jednostranná či oboustranná
- při oboustranné poruše je často porušeno polykání a žvýkání
- řeč je narušena z důvodu poruchy realizace artikulačních pohybů

▪ *smíšený typ*

- spojuje projevy výše uvedených typů vývojových dysartrií
- vzniká při rozsáhlejších lézích či degenerativních onemocněních CNS

○ **dysfagie**

▪ častá, kvůli narušenému polykacímu reflexu
▪ s tím úzce souvisí zvýšený slinotok

        - hypersalivace může mít několik příčin, např. nesprávný ústní uzávěr, jazyk vysunutý vpřed, neschopnost udržet hlavu ve správném postavení apod.
    - **opožděný či omezený vývoj řeči**
        - záleží na celkovém motorickém vývoji dítěte
        - omezená možnost nápodoby, a to zejména v motorické oblasti
        - i v případech, kdy dítě správně zvuky rozliší, je pro něj velmi obtížné zvuk napodobit, neboť nemá dostatečně osvojené příslušné pohyby mluvidel
        - obsahová stránka řeči bývá u dětí lépe zachována
    - **balbuties** *(koktavost)*
        - někteří autoři uvádí, že koktavost se u dětí se spastickou formou dětské mozkové obrny objevuje častěji než u zdravých dětí
        - je těžké odlišit spasmy způsobené DMO od spasmů, které jsou typické pro koktavost
    - **tumultus sermonis** *(breptavost)*
    - **rhinolalia** *(huhňavost)*
        - nejčastěji aperta (otevřená)
        - zvláště u pyramidové a bulbární formy DMO
        - je způsobena velofaryngeální insuficiencí v důsledku nedostatečné inervace vela
    - **narušené koverbální chování**
        - je dáno celkovým stavem motoriky
        - v komunikaci většinou působí rušivě
        - chudá mimika, zvýšený slinotok, dyskinézy...
        - při atetózách se výrazy v obličeji (smích, pláč, hněv, údiv) střídají bez vnějšího podnětu
        - při hypokinetické formě jsou mimické svaly naopak bez výrazného pohybu
    - **mutismus** *(nemluvnost)*
    - **poruchy řeči způsobené orgánovými odchylkami** *(rozštěpy, anomálie skusu,…)*

Diagnostika

- nutná spolupráce mnoha odborníků (viz níže)
- u vyhraněných forem DMO je zřejmá z klinického obrazu
- postup:
    - **anamnéza** – významná je přítomnost pre-, peri- i časně postnatálních rizik
    - využívají se **screeningová neurologická vyšetření** a následně další diagnostická vyšetření, která umožní přesnější odhad úrovně motorických funkcí (klinický obraz se vyvíjí po několik měsíců a je nutná včasná rehabilitace)
        - screening podle Vlacha (rozboj úrovně psychomotorického vývoje – podezření na riziko rozvoje DMO)
        - podrobné neurologické vyšetření – polohové testy doporučené Vojtou
    - **psychologická diagnostika** psychických a kognitivních schopností dítěte
    - další strukturální přešetření **zobrazovacími metodami** (CT, MR, EMG, EEG)
- zvýšenou pozornost věnujeme nedonošeným dětem, dětem s peri- riziky, kde je pravděpodobnost vzniku vyšší
- diagnostické postupy u dětí s podezřením na DMO by kromě zmíněných vyšetření měly vždy zahrnovat:
    - základní zobrazovací metodu u kojenců (ultrasonografické vyšetření mozku) – nejčastější záchyt
    - v nejasných případech je třeba doplnit CT nebo MRI
    - vždy doplňujeme vyšetřením zraku a sluchu
- nutné bývá i metabolické vyšetření zejména u forem nedostatečně reagujících na terapii nebo s mírnou progresí či další symptomatologií atypickou pro DMO

Multidisciplinární tým

- základem je **interdisciplinární přístup** rehabilitačního týmu - neurolog, fyzioterapeut, ortoped, neurochirurg, ergoterapeut, logoped, psycholog, protetik, speciální pedagog, sociální pracovník
- klíčovými členy týmu jsou klienti s DMO, rodinný příslušníci, pečující osoby
- důležitost komplexní rehabilitační péče (včetně lázeňské), dobré soc. zázemí s potřebnou úrovní motorické a psychické stimulace

Rehabilitace

- vyžaduje především dlouhodobou péči fyzioterapeuta (Vojtova metoda, Bobath koncept, zabránění vzniku kontraktur), ergoterapeuta (primárně ADL a podpora narušených funkcí), logopeda (výstavba mluvené řeči, AAK, podpora zvládání salivace, alimentace) a dalších členů rehabilitačního týmu a speciální pedagog (základ vzdělání, předprofesní příprava, zácvik používání kompenzačních pomůcek, sebeobsluha, rozvoj motoriky, nácvik AAK, rozvoj řeči, podpůrné terapie,…)
- využíváme také těchto podpůrných terapeutických přístupů
    - metody fyzikální terapie (elektroterapie, vodoléčba, masáže atd.), rehabilitační plavání, míčkování, bazální stimulace, hipoterapie, canisterapie, expresivní terapie, expresivní terapie, akupunktura, akupresura, kranio-sakrální terapie, chirurgické terapie, farmakoterapie, logopedie, rehabilitace a kompenzační pomůcky, lázeňská léčba atd.
- medikamentózní léčba je pouze symptomatická (nootropika, antiepileptika, sedativa, vitamíny)
- chirurgická léčba kontraktur (plastiky Achillovy šlachy, uvolnění svalů stehen) je nutno zvažovat individuálně
- součástí terapie by měla být rovněž rodinná psychoterapie, sociální výpomoc, respitní péče, vždy je užitečný pobyt dítěte s matkou v lázních
- u dětí s výraznou spasticitou:
    - je třeba spolupracovat včas s ortopedy a zvážit operační zákrok (ještě v předškolním věku)
    - aplikace botulotoxinu v kombinaci s intenzivní rehabilitací

Zásady práce s dětmi s DMO (František Kábele)

- zásada vývojovosti – respektování ontogenetického vývoje; při nácviku hlásek – přípravné období (rozvíjení primární motoriky mluvidel, masáže – aktivní cvičení), vyvozování hlásek, fixace a automatizace
- zásada reflexnosti - reflexně-inhibiční polohy, při které se navozuje správné postavení hlavy i končetin
- zásada rytmizace – napomáhá ke snížení spasticity a dyskinéz
- zásada komplexnosti – multisenzorické působení
- zásada kolektivnosti
- zásada individuálního přístupu

Stigmatizace

- bývají podceňování nebo přeceňování, společnost je nepřijímá příliš dobře je to dáno nápadností tělesného vzhledu a odlišností chování, které laická veřejnost nerozumí a vše čemu nerozumí se i bojí
- při postižení svalů obličeje a mluvidel, bývají nemocní ve větší míře sociálně stigmatizovaní – jejich řeč bývá těžko srozumitelná a to jim působí značné problémy v komunikaci i uplatnění rozumových schopností (za MP jsou považováni i ti, kteří vůbec nejsou)
- tyto všechny věci mohou mít negativní vliv na jejich psychiku

EPILEPSIE

- epilepsii vymezujeme jako chronické onemocnění CNS, v rámci kterého dochází k opakovaným, pravidelným záchvatům
- tato přechodná mozková dysfunkce je podmíněna excesivními (nadměrnými/intenzivními) výboji mozkových neuronů
- Vágnerová (1999) upozorňuje na spojitost epilepsie se změnou v oblasti prožívání, chování a často i poruchami vědomí (ale také chuťové, čichové, svalové změny)

Etiologie

- výskyt v populaci: 3 -5% u dospělých, u dětí 0,5 - 1 %
- idiopatická (primární) - není prokázaná příčina, předpokládá se vliv genetických faktorů
- symptomatická (sekundární) - příčinou bývají úrazy hlavy, nádory CNS, infekce, narušení vývoje mozku v prenatálním období (vliv alkoholu, intoxikace, infekce,…)
- kryptogenní - na jejím vzniku se různou měrou podílejí faktory genetické i vnější

Faktory vzniku

- **epileptické ohnisko** je místo v mozku, odkud se šíří paroxysmální aktivita - může mít podobu jizvy, která vznikne v důsledku působení škodlivých příčin
- **záchvatovitá pohotovost** – může vzniknout i ve zdravém mozku, ale riziko je větší u patologických změn, např. u DMO nebo po úrazech hlavy, v dětství a v období dospívání
- **přítomnost spouštějícího podnětu**, který záchvat vyvolává, např. silné rytmické zrakové a sluchové podněty, přerušované světlo, záření z televizní obrazovky, nadměrný hluk, menstruace atd.

Klasifikace

- mnoho rozdělení; nejčastější:
- **parciální** (fokální, ložiskové)
  - u parciálních záchvatů se epileptická aktivita nešíří z ložiska dále do mozku
  - projevy jsou determinovány lokalizací epileptického ložiska
  - při parciálním simplexním záchvatu bývá zachováno vědomí, projevuje se motorickými, senzorickými (pseudohalucinace, parestézie, bolest), autoimunitními (nauzea, zčervenání) i psychickými symptomy (depersonalizace)
  - vznikají náhle
  - mohou trvat několik sekund i minut
  - mohou přechodně vymizet a pak se navrátit
  - mohou přecházet do záchvatů generalizovaných, kdy abnormální elektrická aktivita postihne celý mozek, člověk upadá do bezvědomí a ve většině případů má oboustranné křeče
  - pokud je při záchvatu člověk při plném vědomí, uvědomuje (a pamatuje) si průběh záchvatu, je schopen komunikovat, pak se jedná o parciální záchvat simplexní čili jednoduchý:
    - mohou tak vznikat samovolné záškuby obličeje, končetiny nebo jedné poloviny těla, přechodné pocity brnění jedné poloviny těla, záblesky před očima, vnímání různých pachů nebo divná chuť v ústech
    - původ záchvatů bývá zejména v zadní části čelního laloku, laloku temenním, týlním někdy i spánkovém
- **komplexní parciální záchvat**
  - záchvaty, kdy člověk neupadá do bezvědomí, ale chová se "zvláštně“ a na příhodu si nepamatuje
  - ten se může projevit neúčelnou gestikulací, pošklebováním, pomlaskáváním, automatickým zpravováním se, přecházením po bytě s bezmyšlenkovitým prohlížením věcí, křikem, takto postižený člověk nereaguje na oslovení, nekomunikuje
  - záchvaty mohou provázet i nepřiměřené emoce, člověk se válí po zemi a provádí bizarní pohyby
  - původ těchto záchvatů bývá buď v oblasti čelního nebo spánkového laloku, kde jsou centra pro paměť, chování a složitější aktivity člověka, tyto oblasti kontrolují např. chování, pomáhají při orientaci
- **generalizovaný epileptický záchvat**
  - charakteristické jsou výpadky vědomí
  - typický průběh generalizovaného epileptického záchvatu má tři fáze: období před záchvatem (aura - může chybět), samotný záchvat trvající několik minut, následný spánek
  - trochu by nás mohla zmást podobnost s komplexními parciálními záchvaty - tam však bývá elektrická aktivita omezená pouze na určitou oblast mozku, což se dá prokázat EEG, postižený člověk vědomí neztrácí, má spíše jeho poruchu - je schopen automaticky jednat a konat, takže okolní lidé nemusejí vůbec zaznamenat, že by se mohlo jednat o epileptický záchvat → člověk si dokáže říci, dokáže se dostat na bezpečné místo nebo upozornit okolí, že záchvat přichází
  - před záchvatem může vzniknout tzv. aura, která je charakterizována několika rysy:
    - vzniká bezprostředně před záchvatem, trvá krátce, několik vteřin
    - projeví se různými pocity brnění, zápachu atd.
    - může pacienta upozornit na blížící se záchvat s bezvědomím, takže je schopen například zaujmout takovou polohu, aby se neporanil
    - přítomnost aury však nemusí být pravidlem, někdy vzniká generalizovaný záchvat náhle a bez varování, což bývá pro postiženého závažnější, varování chybí
- NEBO rozlišujeme:
  - absence (petit mal) - záraz (zakoukání se, záškuby víček), zblednutí nebo zčervenání
  - myoklonický záchvat - rychle muskulární záškuby, chybí ztráta vědomí
  - klonický záchvat - svalové záškuby mají nižší frekvenci než u myoklonického záchvatu, ztráta vědomí, chybí ztuhnutí
  - tonický záchvat - přítomné spazmy trupu a flexe HK, extenze DK, pády, chybí záškuby
  - tonicko-klonický záchvat (grand mal) - ztráta vědomí, pád, salivace, cyanóza, následné ochabnutí svalů a inkontinence, po probuzení bývá člověk zmatený, následuje únava a spánek

  - atonický (astatický) záchvat - absence tonu posturálních svalů, náhlý pád, porucha vědomí není nutná
  - neklasifikované záchvaty - všechny záchvaty, které nemáme možnost zařadit do výše uvedených kategorií z důvodu neúplných informací
  - status epilepticus - nastává v případě, kdy záchvat trvá déle než 30 minut nebo dochází k jejich opakování ve velmi krátkých intervalech → hrozí nebezpečí poškození CNS, vyčerpání organismu až smrt
- **provokované**
  - k epileptickému záchvatu dojde zejména po požití velkého množství alkoholu, ne vyspání, dehydrataci/nedostatku tekutin/, enormního stresu nebo při onemocnění cukrovkou při poklesu hladiny krevního cukru, při hormonálních změnách a nadměrné únavě
- **neprovokované**
  - pokud dochází k záchvatům opakovaně i bez provokujícího faktoru, jedná se o onemocnění epilepsií; mohou se vyskytnout i případy ojedinělých záchvatů bez jasného provokujícího faktoru - pokud se jedná o jediný záchvat bez nalezené příčiny nelze mluvit ještě o onemocnění epilepsie
- **záchvaty v libovolný čas**
  - po probuzení, dopoledne, po obědě, večer, v noci (ve spánku mozek pracuje zvláštním způsobem, což může vést ke vzniku nočních záchvatů)

Jak záchvat probíhá?

- bezprostředně před záchvatem po dobu několika vteřin může (ale nemusí) u postiženého člověka předcházet aura, tedy pocity neskutečna, brnění, vnímaní pachů, záškub končetin apod.
- postižený člověk vykřikne a kácí se na zem, ztrácí vědomí
- objevuje se tonická fáze, pacient je v křeči, celé tělo napnuté, objevuje se pěna u úst, pacient modrá (křeč dýchacích svalů), toto trvá necelou minutu
- následuje klonická fáze, pacient s sebou hází, má škubané křeče všech končetin, může si pokousat jazyk, pomočit se nebo může dojít k zapadnutí jazyka a následnému dušení → trvá 2 - 4 minuty, je nebezpečí poranění

První pomoc

- zachovat klid
- položit nemocného na bok, aby mu nezapadl jazyk
- zbytečně s člověkem nehýbat, abychom ho neomezovali v pohybu
- odstranit předměty, o které by se člověk s epilepsií mohl zranit (okolo člověka v nějakém okruhu)
- nepodávat nic k jídlu a k pití, než e probere z bezvědomí
- dostat člověka z bezprostředního nebezpečí (ze silnice, pokud se to stane na silnici) → přesunout ho na měkké, bezpečné prostředí
- podložit hlavu
- hlídat čas - délka záchvatu
- kontrola dýchacích cest (při náhradních zubech, pozvracení,…)
- volat sanitku - když člověka neznám, když je to první epileptický záchvat člověka, při zranění člověka (a my se necítím být kompetentní na to zranění vyřešit), v případě, že se jedná o dlouhotrvající záchvat → mohl by nastat *status epileptikus* (grand mal záchvaty nepřetržitě za sebou → hrozí smrt)

Důsledky

- epilepsie je determinantem omezujícím člověka v řadě běžných každodenních činností (důsledné dodržování životosprávy, abstinence, vliv dlouhodobé medikace, pracovní omezení zákaz řízení motorových vozidel, apod.)
- ojedinělé nejsou také obavy z pro nás běžných situací (přecházení křižovatky, pohybu na vyvýšených místech)
- potřebná je úprava bydlení, z důvodu prevence úrazů - oblé hrany nábytku, sprchový kout místo vany, apod.
- vyskytnout se mohou také obavy z navazování partnerských vztahů (strach z dědičného zatížení, potíže při partnerském soužití) a společenský stres (xenofobní postoje společnosti, laické reakce mohou u člověka s epilepsií vyvolávat pocity nejistoty a méněcennosti)
- nezanedbatelné jsou také změny v emocionální oblasti (tendence k depresivním stavům, impulzivita a labilita, zvýšená dráždivost) a častější únavu

Diagnostika

- anamnéza - zda se vyskytuje v rodině epilepsie
- EEG – elektroencefalografie
- CT - počítačová tomografie
- MR - magnetická rezonance
- interní vyšetření - vady srdce, dehydratace, stres, ortostatický kolaps (náhlá změna polohy těla)… --> něco se může zdát jako epilepsie, ale nakonec není

Terapie

- medikamentózní léčba (antiepileptika) - u 50% pacientů zcela eliminuje výskyt záchvatů, u 25% snižuje jejich frekvenci
- úprava jídelníčku - vyloučení alkoholu, návykových látek, omezení konzumace kávy, čokolády a látek stimulujících mozkovou aktivitu
- celková úprava životosprávy - snížit napětí a stres, pravidelná a dostatečný spánek
- epileptochirurgické zákroky - provádí se především u farmakorezistentních pacientů (když nezabírá medikace) - u parciální epilepsie se odstraňuje epileptické ložisko, v případě generalizovaných záchvatů je jednou z možností protětí corpus callosum
- nezanedbatelná je také psychologická podpora - život člověka s epilepsií provází nejistota a úzkost v očekávání dalšího záchvatu - navíc se musí vyrovnat s omezením aktivit a změnou životního stylu

Co není epilepsie:

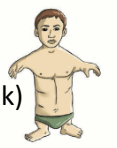
- **kolaps**
  - mnoho stavů může epilepsii nebo epileptické záchvaty napodobit, jedná se zejména o křeče způsobené krátkodobou poruchou prokrvení mozku jako celku
  - příčina bývá různá, každý z vás asi zažil situaci, kdy po prudkém napřímení se Vám zatmí před očima a kolabujete, mozku se přechodně nedostává kyslíku, taková situace může vést ke kolapsu
  - příčinami jsou dlouhé stání, nedostatek tekutin - dochází k pádům s chvilkovým bezvědomím, ze kterého se však člověk rychle probírá, pokud je porucha prokrvení delší, mohou se výjimečně objevit i křečové záškuby končetin
- **synkopa**
  - je velmi podobný stav, který bývá většinou navozen srdeční poruchou, např. poruchou pravidelnosti tepu, u některých srdečních vad atd.
  - podobné stavy však zřídkakdy vedou k delším stavům zmatenosti, probrání bývá okamžité a nedochází k pokousání jazyka či pomočení, které je u epileptických záchvatů časté
  - proto je třeba každého člověka vyšetřit i po interní stránce (poslech srdce a plic, elektrokardiogram případně delší sledování srdečního rytmu)
- **febrilní křeče dětí**
  - zvláštním typem záchvatů, které však nejsou epileptického charakteru, mohou být tzv. febrilní křeče
  - slovo "febris" znamená latinsky horečka, jedná se o záchvaty křečí malých dětí do 5 let při horečce
  - důvodem je odpověď nevyvinutého mozku na rychlý vzestup teploty
  - důležité je dítě ochlazovat a případně podávat léky tlumící záchvatovou aktivitu
  - febrilní křeče nebývají nebezpečné, pokud netrvají příliš dlouho
  - mohou být kombinované i s pravými epileptickými záchvaty
  - není pravda, že děti které trpěly febrilními křečemi, mají větší tendenci, že se u nich epilepsie vyvine

VROZENÉ VÝVOJOVÉ VADY (VVV)

- vrozené vývojové vady (VVV) vznikají během prenatálního vývoje
- variace - menší odchylky od normálu a z medicínského hlediska nejsou považovány za projevy patologie
- anomálie - odchylky závažnějšího stupně, které mění tvar i funkci pohybového orgánu
- o vrozených vývojových vadách se v somatopedické literatuře mluví jako o malformacích (zatímco deformace vyjadřuje získanou anomálii)
- prevalence těžkých vývojových anomálií je 2 na 1000 novorozenců
- vznikají během prenatálního období působením nebezpečných faktorů během kritických fází vývoje plodu
- nebezpečné faktory jsou genetické faktory a mutantní geny (např. polydaktylie, a syndaktylie mají silnou dědičnou predispozici a setkáváme se s nimi prakticky v celé rodové linii)
- dále faktory prostředí tzv. teratogeny (např. léky Contergaan, Thallidomid) a kombinace genetických a vnějších příčin

Vývojové vady KONČETIN

- etiologickým specifikem jsou stavy po zaškrcení končetiny pupeční šňůrou
- nejkritičtější období pro vývoj končetin je interval mezi 4. - 7. týdnem po oplození
- většina těžkých defektů se objevovala po masovém užívání léků, u kterých nebyly dostatečně známé účinky na vývoj
- prevalence je 1 z 20 000 narozených dětí
- amélie - vrozené úplné nevyvinutí končetiny
- meromélie - částečný defekt končetin
- další termíny:
  - dysmélie - vrozená tvarová vývojová odchylka končetin
  - fokomélie - chybějící paže a předloktí, takže ruce vyrůstají přímo z trupu (viz obrázek)
  - peromélie - paže částečně chybí



- VVV samotné ruky představuje např. radiální aplazie (nevyvinutý základ vřetenní kosti a částečně vyvinutý nebo chybějící palec), arachnodaktylie (mimořádně dlouhé a tenké prsty při Marfanově syndromu), syndaktylie (srůsty prstů), polydaktylie (zmnožení prstů), nadměrný nebo minimální růst prstů
- VVV dolních končetin:
  - luxace - vymknutí, vykloubení - hlavice kloubní je trvale mimo jamku
    - lehčí stupeň postižení (subluxace) je posunutí kloubní hlavice vůči jamce, které se alespoň dotýká
  - kongenitální dysplazie kyčelního kloubu - nedostatečný vývoj kyčelních kloubů, který způsobuje luxaci nebo subluxaci kyčelní hlavice
    - postižení může být jednostranné i oboustranné
  - polohové vady (např. *pes calcaneovalgus* - *noha hákovitá*) - vznikají špatnou polohou nohy intrauterinně
    - lze je rozcvičit, proto pro jejich léčbu využíváme fyzioterapii
  - vady strukturální - jsou závažnější, neboť vznikají na základě patologicko-anatomického defektu.
    - příčinou je defekt svalů, inervace, špatná poloha plodu v děloze, kostní dysplazie atd.
    - nejčastější je *noha kososvislá* (pes equinovarus), popř. *noha svislá* (pes equinus)
    - při terapii převládají různé operační postupy



- rehabilitace osob s VVV končetin:
  - akutní péče u VVV spadají do kompetence ortopedů nebo traumatologů
  - většina vrozených vývojových vad ruky se operuje chirurgicky v dětském věku
  - dle typu vady je různě zasažena funkčnost a estetická stránka ruky
  - základ pro rehabilitaci poskytuje oblast ortopedické protetiky
  - možnosti terapie a rehabilitace spočívají v protézování končetin, nácviku strategií kompenzujících pohybů (např. alternativní metody psaní) a využití různých technických a kompenzačních pomůcek (ortopedické vozíky, berle, úpravy okolního prostředí, auta, apod.)
  - léčba kongenitální dysplazie spočívá ve fixaci dolních končetin tak, aby se hlavička stehenní kosti pomalu a nenásilně dostala do jamky kloubu → tím se umožní dobrý vývoj jamky i hlavičky kyčle
    - většina dětí se vyléčí (cca 98%)
    - u komplikovaných a těžkých případů, kdy nedošlo k plnému uzdravení, je nutno přihlížet na omezení pohybu při předprofesní přípravě i sportu

Vývojové vady PÁTEŘE

- rozštěpy vznikají nedokonalým uzavřením obratlů, nejčastěji v bederní krajině
- mícha je uložena v míšních obalech (uvnitř proudí mozkomíšní mok) a teprve tyto obaly, které mají ochrannou funkci, se nacházejí v páteřním kanále
- spina bifida (oculta) - je porucha uzávěru obratlů, jedná se o rozštěp bez postižení míchy nebo jejich plen
  - při včasné operaci bez následků
- meningokéla - těžší stupeň rozštěpu páteře i plen, kdy dochází k protruzi (výhřezu) membrány, která obaluje míchu
  - prognóza méně příznivá
- meningomyelokéla - nejtěžší stupeň rozštěpu páteře, plen i míchy, kdy dochází k nezvratnému narušení hybnosti



- rozštěp způsobuje:
    - chabou obrnu dolních končetin, která se projevuje narušením hybnosti různého stupně a poruchami senzitivity dolních končetin, jež jsou zpravidla zevně vytočené v kyčlích, špatně prokrvené cyanotické - často se přidružují další deformity nohou
    - ztrátu kontroly nad močovým měchýřem a svěrače, která se projevuje inkontinentní moče a stolice (u dětí po rozštěpech páteře je zvýšené riziko infekce močových cest)
    - hydrocefalus - Bigge uvádí v 80 - 95% - neléčený hydrocefalus může být příčinou mentální retardace, v ostatních případech nebývá intelekt postižen
    - deformity kloubů a páteře - dolní končetiny bývají zpravidla zevně vytočené v kyčlích, jsou špatně prokrvené, promodralé (cyanotické), kůže na hýždích je méně odolná a necitlivá (často se přidružují další vrozené deformity nohou; horní polovina těla bývá normálně vyvinuta)
    - SPU - potíže s vizuomotorikou percepcí, plánováním pohybu, uvědomováním tělesného schématu, se zrakovou i sluchovou diskriminaci
- rehabilitace osob s rozštěpy páteře:
    - identifikace VVV se provádí prostřednictvím screeningu ultrazvukem během prenatálního vývoje - díky včasnému záchytu ubývá v poslední době postižení tohoto druhu
    - terapeutická péče:
        - neurochirurgické operace - provádí se hned po porodu
        - ortopedická péče - prevence deformit a kontraktur, používají se např. dlahy …
        - fyzioterapie a ergoterapie - nácvik chůze a používání kompenzačních pomůcek pro lokomoci
        - ošetřovatelská péče - zahrnuje polohování a ošetřování dekubitů (dítě kvůli hypostezii nebo anestezii na určitých místech necítí, že vznikají proleženiny), zvýšená péče vzhledem k inkontinenci a cévkování, péče o pokožku
        - z pedagogického hlediska bude žák po rozštěpu páteře omezen především v lokomoci a při sportovních aktivitách - potíže při učení se mohou projevovat kvůli SPU
            - zároveň musíme zvážit také důsledky plynoucí z používání kompenzačních pomůcek (ortopedický vozík), z nutné ošetřovatelské péče a ze zvýšených hygienických nároků
            - vzhledem k tomu, že intelekt není postižen, nebývá obtížné u většiny dospívajících nalézt vhodné studijní zaměření které výhledově umožní pracovní začlenění

Vývojové vady LEBKY

- poruchy velikosti lebky:
    - makrocefalus - nadměrná velikost lebky v oblasti mozkovny
    - mikrocefalus - výrazně malá velikost lebky v oblasti mozkovny
    - kraniostenóza - předčasný srůst lebečních švů, v jejímž důsledku dochází k různým deformacím lebky
    - anencefalus - kdy není vyvinutý koncový mozek a kosti mozkovny (přežívají max. do jednoho roku)
- rozštěpy: rtů, čelisti, patra
- při opoždění operačního zákroku mohou mít děti obtíže při rozvoji řeči
- postižení, které se vyskytuje často ve spojení s vrozenými vývojovými vadami lebky, ale také u DMO nebo samostatně, představuje hydrocefalus (snížení průtoku mozkomíšního moku mezi mozkomíšními plenami, jenž se hromadí v mozkových komorách a utlačuje mozek)
- neléčený hydrocefalus má za následek MR a OH
- operativně se zavádí tzv. shunt - trubička, která odvádí mozkomíšní mok z mozku zpět do těla (žaludku), takže se nemusí projevit žádné sekundární důsledky hydrocefalu
- rizikem shuntu je obstrukce nebo infekce, jež při pozdním odhalení může mít i letální následky

Amputace

- amputace je umělé (chirurgické nebo traumatické) odnětí končetiny nebo její části od trupu
- traumatické (následek úrazu)
- chirurgické (v důsledku nádorů, těžkých infekcí - kostní TBC, choroba Burger-Winiwarterova, gangrén končetin, ireverzibilního poškození velkých cév, po těžkých popáleninách a omrzlinách
- amputace se provádějí také u vrozených vývojových vad v případě, že malformovaná končetina handicapuje vzhledem a nesplňuje svou funkci
- mezi hlavní indikace k chirurgické amputaci patří:
    - není-li možné zachovat život nemocného bez amputace
    - není-li možné udržet celistvou končetinu

  - je-li končetina zohavená, neupotřebitelná, zhoršuje-li svému nositeli život a snižuje podstatně jeho pracovní schopnost
- amputace prstů ruky - amputované části prstů se nahrazují kosmeticky
- amputace záprstních kostí - defekt se kryje kosmeticky se současným cílem umožnit uchopovací schopnost ruky
- exartikulace zápěstí - amputací zkrácená celá ruka (amputační pahýl je zde příliš dlouhý, nelze aplikovat vyhovující protézu, proto se tento typ amputace provádí zřídka) → úchopová schopnost je ztracena
- amputace předloktí - nejvýhodnější je dvoutřetinový pahýl, rovněž krátké pahýly jsou ještě funkčně využitelné při aplikaci speciální konstrukční protézy, poněvadž bývá zachována hybnost v loketním kloubu (funkčně výhodný pro vybavení myolelektrické protézy)
- úprava předloketního amputačního pahýlu - operační rozdělení obou kostí předloktí od sebe a rozdělením svalů předloktí se rozdělí na dvě skupiny podle jejich funkčního vztahu k té nebo oné kosti (každá část svalstva se kryje vlastním kožním lalokem - tím je na předloktí vytvořeno klepeto ovládané svaly → vykonává střídavý pohyb svým ramen, umožňuje úchop)
- exatrikulace v lokti - operačně se odstraňují obě kosti předloktí přímo v loketním kloubu, pahýl je dlouhý, ale z hlediska protetické náhrady opět nevýhodný
- amputace paže - nejvýhodnější jsou dvoutřetinové pahýly s dobře zachovanou svalovinou (ideální k myoprotézování), pahýl kratší než jedna třetina je funkčně nevyužitelný
- exatrikualce v ramenním kloubu - operačně se vyjímá celá pažní kost v ramenním kloubu, zachována zůstává pouze lopatka a klíční kost → pahýl nevyužitelný (protézování má pouze kosmetický význam bez náhrady funkce)
- <u>rehabilitace osob po amputacích:</u>
  - vlastní chirurgický zákrok
  - korektivní postupy pro zlepšení funkce zbývající části končetiny
  - příprava pahýlu končetiny pro **protetickou násadu**
  - doporučuje se, aby protézování bylo provedeno co nejdříve po chirurgickém odnětí končetiny - dnešní protézy mohou kompenzovat mnoho funkcí horních i dolních končetin (nejdokonalejší forma funkční náhrady → *myoelektrická protéza*)
  - velké procento pacientů však z různých důvodů kompenzuje chybějící tělesné funkce prostřednictvím úst, nohou a speciálních pomůcek (důvodem může být psychické nepřijetí protéz, menší rychlost při provádění s protézou, necitlivost protézy, nemožnost protézování)
  - u dětí je možné protézovat končetinu obvykle nejdříve ve věku tří let
  - osoby po amputacích horních končetin využívají řadu kompenzačních pomůcek (např. pomůcka na zapínání knoflíků, pomůcka pro nasazování ponožek), důležitá je také adaptace okolního prostředí (bytu, auta, apod.)
  - po amputacích dolních končetin se indikují ortopedické vozíky a další technické pomůcky pro usnadnění lokomoce - nácvik běžných denních činností u těchto klientů je součástí práce ergoterapeutů i speciálních pedagogů
  - u osob s amputacemi i mnohými VVV je významná také **psychologická rovina** postižení, která se projevuje v narušení estetického vzhledu. - tzv. estetický handicap může být značnou překážkou narušující komunikaci, a to nejen ze strany člověka s postižením (ti jsou na to obvykle zvyklí), ale především ze strany intaktní populace
  - je to vzhled člověka, nikoliv jeho osobnost, která přitahuje pozornost okolí a vyvolává u mnoha lidí směs nepříjemných pocitů (soucit, lítost, ale také odpor nebo úzkost

Deformace

- **<u>vadné držení těla</u>**
  - dle roviny zakřivení páteře: hyperlordóza (zvětšená krční lordóza), bederní lordóza**,** plochá záda**,** hyperkyfóza (kulatá záda) a gibbus (hrb); nejčastější vadou je skolióza **–** boční vychýlení páteře
  - příčiny skoliózy mohou být:
    - vnitřní**,** fyziologické (např. růstové, dědičné vlivy, konstituce, výživa, nerovnoměrnost ve vývoji a růstu dítěte)

        - vnější (např. nedostatek pohybu, předčasné posazování kojence, dlouhotrvající sedavá poloha, obezita, jednostranný pohyb, předčasná sportovní specializace, spaní na měkkém lůžku s vysokým podhlavníkem, nesprávná výška nábytku neodpovídající proporcím dítěte)
    - se skoliózami se setkáváme u řady onemocnění, kdy je oslabené svalstvo páteře nebo opěrný systém (DMO, myopatie, osteoporóza)
    - idiopatická skolióza má neznámou příčinu
    - pokud vzniká v dětství, je těžce mrzačící (až letální následky)
    - při léčbě se dle závažnosti uplatňuje fyzioterapie, nošení korzetu a chirurgická operace
- **poruchy růstu**
    - **akromegalie** – zvětšují se pouze okrajové části těla, tedy ruce, chodidla, obličej atd.
    - **gigantismus** – nadměrný vzrůst
    - **nanismus** – růstová retardace, z uvedených poruch růstu nejvíce komplikuje praktický život; lidé s nanismem využívají různé kompenzační pomůcky, např. pomůcky pro lokomoci (berle, elektrické vozíky), podavače předmětů apod.
    - **achondroplázie** (dysproporciální trpaslictví) je nejčastější kostní dysplázie (nedokonalé vyvinutí kostní tkáně), jehož důsledkem je malý vzrůst
    - žáci s poruchami vzrůstu vyžadují adaptaci okolního prostředí, zvláště interiéru (ve škole, doma); využívají se také různé kompenzační pomůcky – podavače předmětů, jízdní kola atd.
    - **osteoporóza** je metabolická kostní choroba, která se projevuje řídnutím kostní tkáně (kosti se stávají křehčími); musíme dbát na prevenci zlomeniny; nedoporučují se např. cviky s doskokem a míčové hry, naopak jsou vhodná silová cvičení
    - **progresivní svalová dystrofie** patří do skupiny svalových onemocnění, tzv. **myopatií** (ne všechny myopatie jsou však progresivní); jedná se o geneticky podmíněnou skupinu nemocí projevující se zpravidla svalovou slabostí a atrofií, přičemž průběh nemoci je u každého jedince různorodý; nejzávažnější je Düchennova forma, která postihuje pouze chlapce a končí letálně; pacienti umírají přibližně ve věku 30. let na zástavu dýchání; méně závažnou formou (s pomalejším průběhem) je Beckerova forma

CYSTICKÁ FIBRÓZA

- = slané děti
- starší název mukoviscidóza
- letální dědičné onemocnění postihující dýchací a trávicí soustavu
- autozomálně recesivní vrozené onemocnění
    - mutace genu produkujícího protein CFRT (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator)
- 1:2500 až 3000 dětí
- polovina nemocných se dnes v ČR dožívá alespoň 32 let
- každý 25. člověk je pouze přenašečem postiženého genu, ale jelikož má jednu kopii poškozenou a druhou v pořádku, onemocnění se u něj neprojevuje

Diagnostika

- obtíže nemocných cystickou fibrózou jsou způsobeny porušenou výměnou iontů chloru, sodíku a vody mezi vnitřním a vnějším prostředím buňky
    - v těle se vytváří hleny, které ucpávají buňky
        - dýchací soustava (častější odkašlávání hlenu,…)
        - trávicí soustava - zahuštění hlenu vede k ucpání vývodů slinivky břišní, která produkuje enzymy nezbytné pro trávení potravy
            - v důsledku CF tak dochází k neprospívání člověka, který neroste, hubne, protože nestrávené živiny odchází těla bez využití --> farmakoterapie - před jídlem prášek pro lepší trávení
            - obtíže se střevní motilitou

- i při nadýmání, nevolnost, nechutenství, návaly na zvracení se musí dítě donutit nějakým šetrným způsobem, že je potřeba jíst --> pro dostatek živin, apod.

- jednoznačná diagnóza onemocnění je proto založena na zjištění vysokého obsahu chloridů v potu (*potní test*) a na genetickém vyšetření mutací genu pro CF
- pozitivně testovaní rodiče mají možnost oplodnění in vitro ("ve zkumavce")
    - embryo je před tím, než se umístí do dělohy testováno na přítomnost genů způsobující cystickou fibrózu
    - pokud je přítomnost obou genů prokázána, je vyřazeno a celá procedura se opakuje
    - čeká se pak na kombinaci genů, kdy jeden nebo oba rodiče přenesou "zdravé" varianty genu
- vyšší výskyt diabetes, onemocnění jater a žlučníku, u mužů se vyskytuje neplodnost, často onemocnění jako angína, chřipka, častý kašel

Symptomatologie

- vysoká koncentrace soli v potu - jejich pot je až 5x slanější než pot člověka bez CF
- sůl se v organismu ukládá, tím se zahušťují hleny ve vnitřních orgánech a vytváří se tak živná půda pro bakterie
- lidé s CF proto trpí častými (a často chronickými) záněty těchto orgánů (játra a žlučník --> vede a k cirhóze)
- nejčastěji se záněty týkají orgánů dýchací soustavy
- pacienti s CF trpí trvalým kašlem, pro lepší možnost dýchání - není pro ostatní nakažlivý
- obtíže se střevní motilitou
- typické je také zrychlené dýchání
- záněty průdušek a plic
- to vše vede postupně k respiračnímu selhání
- **důsledky**:
    - neprospívání dětí
    - výška i váha jsou oproti běžné populaci v podprůměru
    - objemná mastná páchnoucí stolice
    - děti jsou výrazně unavené
    - nechutenství, bolesti břicha, nauzea nafouklé bříško
    - u novorozenců častá neprůchodnost střev
    - projevy jsou u každého jiné --> průběh nemoci mohou ovlivnit nejrůznější komplikace, které mohou téměř všechny systémy
    - inteligence zůstává v normě
- nutný je **režim, relaxace a nepřetěžování organismu** pro co nejdelší délku života
    - je dobré dbát na pořádek a co nejnižší možnost nákazy (čisté prostředí)
    - co nejméně stojaté vody, čistička vzduchu kvůli prachu a částečkám ve vzduchu

Terapie

- CF je léčitelná, ale nevyléčitelná
- cílem nejmodernější léčby je především zmenšení obtíží, které s sebou toto celoživotní onemocnění přináší, zmírnění symptomů a zlepšení kvality života lidí s CF
- respirační fyzioterapie - série tělesných cvičení, s cílem vyčištění dýchacích cest od hustého hlenu
- farmakoterapie - léčba infekce dýchacích cest vysokými dávkami antibiotik, zpravidla podávaných do žíly po dobu minimálně 14 dní
    - antibiotická léčba se opakuje asi v tříměsíčních intervalech - hospitalizace člověka
- inhalace - zřeďování hlenu v dýchacích cestách - následuje respirační fyzioterapie
- preventivní očkování
- enzymy - jejich umělé dodání před jídlem
- úprava stravovacích návyků - potraviny s vysokou energetickou hodnotou, o 20 - 40% více energie, než obsahuje strava stejně starých, intaktních jedinců
- díky chronickému nechutenství a problémům s přijímáním stravy je tento dietní požadavek problematický - především u dětí a teenagerů
- nazogastrická sonda nebo perkutánní gastronomie

Statistiky

- projevy CF mají negativní dopad nejenom na zdravotní stav jedince, ale také na jeho sociální vztahy psychiku a emocionální prožívání

- délka a kvalita života jedinců s CF stále stoupá - v současné době se zhruba 50% pacientů dožívá 20 - 30 let
- tento nízký věk je způsoben právě postupně se zvětšujícím poškozením plicní tkáně chronickým zánětem - proto je v poslední době velkou nadějí pro nemocné s CF transplantace plic
- začíná se transplantovat plicní laloky od žijících příbuzných (2 dárci - vždy půl plíce od každého)
- 70 - 80% přežívá první rok po transplantaci, 50 - 55% přežívá 5 let, většině pacientů se po transplantaci výrazně zlepší kvalitu života

SVALOVÁ ONEMOCNĚNÍ

- při poruše nervosvalové ploténky dochází k narušení rovnováhy acetylcholinu a enzymu cholinesterázy
- na převodu nervového impulsu se podílí několik mediátorů (velkou měrou právě zmiňovaný acetylcholin) jejichž hladina a tím také aktivita je regulována enzymem cholinesterázou
- nerovnováha těchto látek tedy negativně determinuje převod nervových impulsů a tedy hybnosti člověka
- mezi poruchy nervosvalové ploténky řadíme myastenii a myotonii

Myotonie

- v důsledku přemíry acetylcholinu dojde ke zpomalení pohybu
- opakováním pohybu se stav zlepšuje, proto by mimo farmakoterapii (chinin, mexiletin, hydantoináty, karbamazepiny) neměla při rehabilitaci chybět fyzioterapie
- symptomy onemocnění se projeví nejrazantněji v oblasti obličeje, na rukou a dolních končetinách
- vlivem chladného prostředí a emocionálního vypětí se projevy zhoršují
- pro člověka (častěji muže) je obtížné pustit se madla v tramvaji, uvolnit ruku po stisku, ale třeba také dochází k tuhnutí jazyka a poruše výslovnosti nebo tuhnutím svalů (pomalý verbální projev)
- v rámci rehabilitace se proto člověk učí žít se svým onemocněním a hledá strategie k překonávání kritických situací

Myastenie

- způsobena nedostatkem acetylcholinu či jiného z mediátorů
- důsledkem je svalová únava
- z počátku je provedení pohybu v pořádku, postupně však dochází ke svalové únavě (rychleji, než je obvyklé) a v konečném důsledku může dojít k dočasné obrně a neschopnosti pohyb provést
- mimoto můžeme sledovat také iradiaci únavy - tedy její přenos na jinou část těla, pokud tedy provedeme pohyb levou rukou, výsledkem může být dočasné ochrnutí ruky pravé
- jako další symptomy uveďme neschopnost udržet oči otevřené, dvojité vidění nebo narušení komunikační schopnosti, symptomy se zhorší po svalové námaze a večer po celodenní vypětí sil
- při myastenické krizi (akutní záchvat) může dojít k ochrnutí dýchacího svalstva
- pro budoucí i stávající pedagogy je přínosná informace, že onemocnění nenarušuje intelektové schopnosti ani čití není bolestivé
- nejčastěji se setkáme s myastenií gravis, autoimunitním onemocněním s protilátkami proti svalovému přenosu
- jako další etiologické činitele myastenie uveďme hypertyreózu, nádor nebo infekce
- náchylnější jsou ženy v produktivním věku, jen vzácně děti
- v rámci rehabilitace využíváme farmakoterapii, fyzioterapii a výměnu plazmy

Myopatie

- můžeme charakterizovat jako nezánětlivé svalové onemocnění, jehož podstata tkví v poruše svalu samotného - na rozdíl od myastenie či myotonie, kdy je narušen nervový přenos v oblasti nervosvalové ploténky
- druhy svalových myopatií:
  - **progresivní svalová dystrofie**
    - *"Jde o geneticky podmíněnou myopatii charakterizovanou progredující svalovou atrofií (ochabování) a slabostí a s typickým histologickým obrazem, který prokazuje kolísání velikosti svalových vláken, jejich nekrózu a v pokročilém stádiu náhradu svalových vláken fibrózní (vazivová) a tukovou tkání*
    - v rámci diagnostiky využíváme svalová biopsie (odebere se svalová hmota - na struktuře svalu lze poznat problém), krevní testy, testy DNA a svalového proteinu
    - v důsledku onemocnění člověk ztrácí schopnost pohybu (sval se nedokáže smrštit a povolit)
    - etiologie a prevalence není zcela vyřešena

- charakteristika a postup nemoci:
  - lze všimnout v nejranějším věku dítěte - většinou u chlapců (už 2-3 roky)
  - hlavně pozorujeme na nižší výkonosti a snížení svalové síly
  - poruchy rovnováhy (pády bez zjevné příčiny, vstávání - myopatické šplhání, kdy využívá jako oporu věci kolem sebe)
  - mění se postoj a změna chůze (podsazená pánev a nohy od sebe) --> kolébavá chůze
  - ve věku 12 let je chůze natolik snížená, že tuto schopnost ztrácí - musí tak využívat vozík (není to ze dne na den, je to postupné); např. část dne na vozíku a část dne chodí - také záleží jestli mají lepší či horší den
    - v přechodné fázi je možné využít i jiných kompenzačních pomůcek, avšak nejsou tolik využívané (důvodem je překážení při chůzi)
    - vždy je *tendence vydržet u chůze co nejdéle*, aby se člověk snažil pohybovat
  - vznik skolióz, borcení posedu člověka na vozíku
  - snížená míra soběstačnosti klienta
  - snížená schopnost hybnosti přechází postupně i na horní končetiny -> sebeobsluha je v tomto případě velmi obtížná až nemožná (nemožnost udělat si culík, učesat se, namazat si chleba, ovládání výtahu,…)
- léčba:
  - symptomatická, nikoliv kauzální → nemoc nelze zastavit
  - v budoucnu se možná podaří genová léčba → vypadá to velmi slibně
  - medikamentózní intervence - potravinové doplňky na podporu výstavby svalové hmoty (koenzym Q10), kortikoidy, kreatin, koenzym,…
  - psychologická intervence - podpora psychologa
  - fyzikální intervence - fyzioterapie, hiporehabilitace, plavání, Vojtova metoda reflexní terapie, posilování a protahování - Achillovy šlachy, podkolenní šlachy, pasivní cvičení
  - chirurgická intervence - eliminují negativní dopady svalové dystrofie (především řešení skoliózy a zkrácení Achillových šlach)
  - speciálně-pedagogická péče - hledání možnosti zapojení do budoucna, plnohodnotný život, rozvoj schopností, volba povolání, zakládání rodiny, …

- **myotonická dystrofie**
- **kongenitální myopatie**
- **zánětlivá myopatie**
- **toxická myopatie**

Choroby žláz s vnitřní sekrecí

DIABETES MELLITUS

- neboli cukrovka
- označuje skupinu chronických onemocnění, které se projevují poruchou metabolismu sacharidy
- hormon inzulin - podílí se na metabolismu sacharidů, tuků a bílkovin
  - jeho klíčová úloha spočívá především v umožnění vstupu glukózy do buněk a udržování správné hladiny cukru v krvi
- prevalence - diabetiků v ČR se uvádí téměř 750 000 osob, z toho cca 52 800 diabetiků 1. typu a 692 000 diabetiků 2. typu
- incidence a prevalence diabetu celosvětově roste
- dva typy:
  - **diabetes 1. typu**
    - juvenilní nebo na inzulinu závislý
    - vzniká autoimunitním procesem a ničí většinu buněk tvořící inzulín
    - bývá diagnostikován v okamžiku, kdy dojde ke zničení přibližně 80% B-buněk a organismus není schopen zabezpečit spotřebu inzulinu v těle
    - nejčastěji kolem 15. roku a jeho důsledkem je doživotní závislost na inzulínu

        - hladina inzulinu může klesnout až téměř na nulu --> důsledkem této akutní komplikace je tzv. *diabetické kóma*
    - **diabetes 2. typu**
        - častější forma, kdy tělo nemocného sice inzulín vytváří, ale nedokáže jej efektivně použít (tzv. inzulinová rezistence)
        - inzulinu bývá dokonce v krvi nadbytek, v důsledku čehož vznikají chronické komplikace
        - nemocní nejsou životně závislí na podávání inzulinu, ačkoliv často inzulin léčebně užívají ke zlepšení kontroly glykémie
        - léčí se perorálními antidiabetiky, které zvyšují citlivost k inzulinu
        - etiologie: genetické faktory, nesprávný životní styl, stres, obezita, kouření, výživa, nedostatek pohybu a další civilizační faktory
        - diabetes dospělých - stále se však zvyšuje procento výskytu u dětí
        - důsledkem dlouhodobě změněného metabolismu a hyperglykémie vznikají chronické komplikace, např. poškození ledvin, sítnice, nervů, cév atd.
    - **gestační diabetes**
        - vzniká v druhé polovině těhotenství u některých žen nediabetiček
        - "Jde o závažnou komplikaci v těhotenství, protože zvyšuje riziko vzniku těžkých vrozených vývojových vad plodu a je rizikem i pro samotnou matku."
        - po ukončení těhotenství vymizí, ale je třeba ženu sledovat, neboť pozdější vznik diabetu není vyloučen
- obecné příznaky diabetu:
    - hyperglykémie
    - žízeň, časté a vydatné močení
    - hubnutí a únava
    - neostré vidění
    - pocit mravenčení v různých částech těla
- chronické komplikace:
    - poškození ledvin (diabetické nefropatie) - může vést k nutnosti dialýzy
    - poškození sítnice (diabetické retinopatie) - může vést ke ztrátě ostrosti vidění až k nevidomosti
    - poškození nervů (diabetická neuropatie) - vede k řadě příznaků podle lokalizace poškozených nervů, např. nepříjemným pocitům chvění, pálení, mravenčení i bolesti v nohou nebo rukou, v pokročilejších stádiích k obrně končetin, poruchám vyprazdňování močového měchýře, poruchám erekce apod.
    - diabetická noha - syndrom se závažným narušením tkání nohy - mohou vzniknout vředy, záněty (osteomyelitida) i gangrény
    - arteroskleróza velkých cév - může vést k ischemické chorobě srdeční, cévním mozkovým příhodám a ischemickým chorobám dolních končetin
        - tyto komplikace jsou nejčastější příčinou nemocnosti a úmrtnosti pacientů s diabetem
        - závažnějšími následky mohou být gangrény (sněti) s nutností amputace postižené končetiny
        - více než 2/3 diabetiků 2. typu umírají na kardiovaskulární onemocnění
- akutní komplikace:
    - hypoglykémie (diabetický šok)
        - vzniká předávkováním inzulinem, příliš vyčerpávajícím tělesným cvičením nebo vynecháním jídla
        - stav se upraví podáním jakékoliv formy koncentrovaného cukru (nejlépe 3 kostky nebo 3 čajové lžičky), sprej tri-hypo
        - pokud se cukr nedodá, hrozí vznik bezvědomí
        - mezi příznaky patří pocení, nervozita, narušení koncentrace, barevné či zdvojené vidění, bušení srdce nauzea, závratě atd.
        - nemocný se může zdát podrážděný nebo s výrazně změněnou osobností

- hyperglykémie (diabetické kóma)
  - nejčastěji způsobena opomenutím užití pravidelné dávky inzulinu, vyskytuje se také u osob s nerozpoznaným diabetem
  - je nutné okamžitě podat inzulín a vodu
  - příznaky jsou hlad, suchá a horká pokožka, hluboké, namáhavé dýchání, nadměrné vylučování moči a dech páchnoucí po ovoci

Diagnostika

- pacienta mohou dovést k lékaři výše uvedené příznaky
- často je cukrovka diagnostikována náhodně z krevních odběrů nebo vyšetření moč
- hlavním ukazatelem je stanovení hladiny cukru v krvi - tzv. glykémie
- k ověření diagnózy se někdy používá tzv. GTT test (glukotoleranční test) při němž je hodnocena glykémie po podání roztoku glukózy ústy

Terapie

- nezbytná je úprava stravování, denního režimu, pohybové aktivity a u diabetu 1. typu také pravidelné injekce inzulinu
- úspěšná terapie musí vyvážit poměr mezi jídlem a fyzickou aktivitou, popř. uměle dodávaným inzulinem
- u diabetu 2. typu je poměrně přísná dieta vylučující veškeré sladké
- u diabetu 1. typu je možné zakomponovat do diety i malé množství sladkého jídla, neboť úměrně zvýšenou hladinu cukru v krvi je možné vykompenzovat uměle dodávaným inzulinem - v dietě je nutné dodržet správné rozložení nutričních hodnot
- fyzická aktivita může přinést komplikace pouze u špatně kompenzovaného diabetu
- před každou namáhavější fyzickou aktivitou je nutné změřit glykémii a podle její hladiny se dojíst, případně ubrat inzulin, aby během pohybu nedošlo k hypoglykémii
- mezi nejčastěji používané technické pomůcky patří glukometr, inzulinové pero a inzulinová pumpa
- před každým vpichem je nutné změřit hladinu cukru v krvi - k tomu se používá glukometr (k měření se používají jednorázové diagnostické proužky, zatímco přímo pro aplikaci inzulinu slouží tzv. inzulinové pero
- nepohodlnějším řešením pro mnoho lidí s diabetem je inzulinová pumpa - pacienti ji nosí stále při sobě a jsou na ni napojeni, přičemž pumpa provádí 24 hodin denně monitorování stavu cukru v jejich krvi a hladiny inzulinu
- léčba kontinuální podkožní infúzi inzulinu inzulinovou pumpou nejvíce napodobuje přirozenou sekreci inzulinu a proto je dosud nejlepší variantou diabetické léčby

HYPERTHYREÓZA, STRUMA

Onemocnění dýchacích orgánů

ASTMA BRONCHIALE

- průduškové astma
- = záchvaty dušnosti expiračního typu
- hlavním projevem je reverzibilní obstrukce dýchacích cest, tzv. bronchospasmus
- porucha dýchání se projevuje nejvíce při výdechu
- astmatik dýchá zrychleně a mělce, lapá po dechu a jeho dech je provázen dlouhým pískotem
- status asthmaticus = silný astmatický záchvat, při kterém dochází k ohrožení života; mezi jeho typické příznaky patří zpocení, dehydratace, vyčerpání, strach

Etiologie

- polyfaktoriální - kombinuje psychické a somatické faktory

Terapie

- aplikace léků je stěžejní pro zastavení záchvatu (aerosoly ve formě sprejů)
- ortopnoická poloha – sedíme na kraji židle, dlaně se opírají o kolena, hlava a ramena jsou skrčené a ohnuté dolů; astmatika během záchvatu nesmíme nutit lehat
- měříme čas – pokud záchvat nastupuje velmi rychle nebo přetrvává ve stejné intenzitě více než pět minut, doporučuje se volat záchrannou službu (riziko *statu asthmaticu*)
- dodání tekutin – při astmatu dochází k silné dehydrataci

- odpočinek – po záchvatu přichází únava, astmatik může být vyčerpaný

ALERGIE

- patří do oblasti autoimunitních onemocnění, u kterých je narušena tolerance cizorodých neškodných látek z okolního prostředí – organismus se k alergenu chová jako k látce, která je pro tělo škodlivá
- nejčastější alergeny: pyl, prach, peří, zvířecí srst, roztoči, bodnutí včelím jedem, chemikálie v pracích a čisticích prostředcích, v potravinách či kosmetice, léky a potraviny (mléko, vajíčka, jahody, rajčata, citrusové plody atd.) (Bystroň, 1997)
- příklady alergických reakcí: dýchací potíže, ucpaný nos, kýchání, svědění očí a pokožky, slzení, zánět sliznice nosu, očí a dýchacích cest, kožní vyrážka, bolesti hlavy, průjmy, zvracení, bolesti břicha, horečka, únava
- komplikace: dušnost, astma nebo atopické kožní projevy
- **anafylaktický šok** = života ohrožující alergická reakce (vzniká otok na mozku, který ohrožuje základní životní funkce)
    - příznaky: zrychlené dýchání a tep, výrazná bledost, opocená, vlhká pokožka, dušnost, zvracení, ztráta vědomí → je nezbytné přivolat okamžitě záchrannou službu a poskytnout první pomoc (Špičák, 1994)

Terapie

- **kauzální léčba** - ke kauzální léčbě, jejímž cílem je předejít alergickým projevům, patří: desenzibilizace (pravidelná aplikace malého množství alergenu do krve mimo alergickou sezónu), vyhnutí se kontaktu s alergenem, úprava denního režimu, lázeňská léčba a klimatoterapie (přímořské léčebné pobyty, speleoterapie), psychoterapie a různé metody alternativní léčby, např. akupunktura, akupresura, jóga, čínská medicína a další (Gamlin, 2003)
- **symptomatická léčba** - má za úkol potlačit alergickou reakci a spočívá v léčbě farmaky (*antihistaminika*); u některých alergiků je žádoucí minimalizovat pobyty venku během alergické sezóny a vyhýbat se prostředí s příslušným alergenem (např. prašné prostředí u dětí alergických na prach)

Důsledky

- zvýšená unavitelnost (také jako nežádoucí vedlejší účinek některých antihistaminik)
- v dospělém věku mohou být alergie příčinou různých pracovních omezení (opět v závislosti na druhu alergenu)

PNEUMONIE

TUBERKULÓZA

Onemocnění krve a krevního oběhu

CHUDOKREVNOST (anémie) - z nedostatku železa, vitamínu B12 aj.

NEMOCI BÍLÉ KREVNÍ ŘADY

PORUCHY KREVNÍCH DESTIČEK

ZVÝČENÝ KREVNÍ TLAK (hypertenze)

Onemocnění trávicího traktu

- příznaky jsou bolesti břicha, nadýmání, průjmy, nechutenství
- bývají postiženy: dutina ústní, hltan, jícen, žaludek, dvanáctník, tenké střevo (Crohnova nemoc), tlusté střevo (vředy)

APPENDICITIS (zánět slepého střeva)

IKTERUS – žloutenka

ŽLUČOVÉ KAMENY

AKUTNÍ PANKREATITIS

Onemocnění ledvin a močových cest

Zdroje:

- OPATŘILOVÁ, Dagmar a Dana ZÁMEČNÍKOVÁ. Somatopedie: texty k distančnímu vzdělávání. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-137-9.
- VALENTA, Milan. Herní specialista v somatopedii. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2008. ISBN 978-80-244-2137-7.
- ČADOVÁ, Eva. Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodů tělesného postižení nebo závažného onemocnění: dílčí část. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4615-8.
- FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.
- JAKOBOVÁ, Anna. Komplexní péče o děti s tělesným a kombinovaným postižením. 2. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2011. ISBN 978-80-7368-945-2.
- VALENTA, Milan. Přehled speciální pedagogiky: rámcové kompendium oboru. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0602-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie. Somatopedické minimum. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0532-6.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003, 290 s. Učebnice. ISBN 80-244-0646-2.
- JANKOVSKÝ, Jiří. Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením: somatopedická a psychologická hlediska. 2. vyd. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
- KANTOR, Jiří. Medicínské aspekty omezení hybnosti. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, 156 s. Studijní opory. ISBN 978-80-244-3709-5.
- RENOTIÉROVÁ, Marie a Libuše LUDÍKOVÁ. Speciální pedagogika. 2. vyd., dopl. a aktualiz. Olomouc: Univerzita Palackého, 2004, 313 s. ISBN 80-244-0873-2.
- BROŽ, J. 2007. Sportování s inzulínem. Praha: Sauvuitalia. 46 s. ISBN 80-239-6415.
- BYSTROŇ, J. 1997. Průvodce alergickými nemocemi. Ostrava: Mirago. 228 s. ISBN 80-85922-46-0.
- GAMLIN, L. 2003. Příčiny obtíží, diagnostika, léčba alergií a intolerancí. 1.vyd. Praha: Reader´s Digest Výběr. 256 s. ISBN 80-86196-44-5.
- JONÁŠKOVÁ, V. 2001. Dítě s poruchou mobility. In MÜLLER, O. et al. Dítě se speciálními vzdělávacími potřebami v běžné škole. 1. vyd. Olomouc: UP. 87-122 s. ISBN 80-244-0231-9.
- KOLUCHOVÁ, J. et al. 1989. Přehled patopsychologie dítěte. I. díl. 1. vyd. Praha: SPN. 157 s.
- KOLUCHOVÁ, J. et al. 1989. Přehled patopsychologie dítěte. II. díl. 1. vyd. Praha: SPN. 107 s.
- KRAUS, J. et al. 2005. Dětská mozková obrna. 2. vydání. Praha: Grada. 344 s. ISBN 80-247-1018-8.
- PEŤHOVÁ, P. – ŠTECHOVÁ, K. 2009. Léčba inzulínovou pumpou pro praxi. 1.vyd. Praha: Geum. 190 s. ISBN-13: 978-80-86256-64-1.
- PFEIFFER, J. 2007. Neurologie v rehabilitaci. 1.vyd. Praha: Grada. 351 s. ISBN 978-80-247-1135-5.
- RYBKA, J. et al. 2006. Diabetologie pro sestry. 1.vyd. Praha, Grada. 288 s. ISBN 80-247-1612-7.
- ŠKRHA, J. 2001. Hypoglykemický syndrom. 1.vyd. Praha, Grada. 112 s. ISBN 80-7169-992-6.
- ŠPIČÁK, V. 1994. Alergie: čím více o ní budete vědět, tím méně vás bude trápit. 1.vyd. Praha: Institut pro UCB alergii. 64 s.
- VÁGNEROVÁ, M. 1999. Patopsychologie pro pomáhající profese. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9.
- VÍTKOVÁ, M. 1998. Paradigma somatopedie. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. 140 s. ISBN 80-210-1953-0.
- VÍTKOVÁ, M. 1999. Somatopedické aspekty. 1. vyd. Brno: Paido, 1999. 144 s. ISBN-80-85931-69-9.
- Otázky vypracované od předchozích ročníků, zápisky od Valenty, Urbanovské a Ka
- ŠKODOVÁ, JELIČKA. Klinická logopedie. Vyd. 2. Praha: Portál. s. 307-359.
- KLENKOVÁ, J. 2006. Logopedie. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing. 228 s. KRAUS, J. 2005. Úvod. KRAUS, J. a kol.
- Detská mozková obrna. Praha: Grada. s. 21-32.
- LECHTA, V. 2005. Terapie narušené komunikacní schopnosti. Vyd. 1. Praha: Portál.
- LECHTA, V. 2002. Symptomatické poruchy reci u detí. Vyd. 1. Praha:Portál. 192 s.
- NEUBAUER, K. 2007. Narušení článkování reci. ŠKODOVÁ, E., JEDLICKA, I. a kol.
- NOVÁKOVÁ, E. Logopedická intervence u jedinců s diagnózou DMO. Olomouc, 2013. diplomová práce (Mgr.). UP v Olomouci. Pedagogická fakulta
- VRÁBLOVÁ, L. Poruchy řečové komunikace u dětí se syndromem DMO. Hradec Králové, 2016. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta (převzaté ze zápisů od Rychetské - DMO)
- KRAUS, Josef. *Dětská mozková obrna*. 1. vyd. Praha: GradaPublishing, 2005. ISBN 8024710188. VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012, 870 s. ISBN 978-80-262-0225-

INSTITUCE POSKYTUJÍCÍ PÉČI OSOBÁM S OM. HYBNOSTI

20. Instituce poskytující péči osobám s omezením hybnosti v rezortu zdravotnickém, školském a sociálním (včetně aktuálně platné legislativy), charakteristika těchto institucí a role speciálního pedagoga v interdisciplinárním týmu.

KOMPLEXNÍ SLUŽBY

- charakteristické znaky soudobého pojetí → *variabilní, otevřená nabídka opatření, která jsou pro jedince s omezením hybnosti připravena, a to jak ze strany státem řízených institucí, tak i prostřednictvím soukromého a neziskového sektoru*
- veškerá nabídka služeb a opatření má **pomoci při maximální možné socializaci** osob s omezením hybnosti, a to při akceptaci jejich individuálních specifik a potřeb
- dvojí pohled na komplexní služby:
  - **vertikální třídění**
    - zahrnuje nabídky všech služeb bez rozdílu resortu, které může klient využít od okamžiku zjištění svého zdravotního postižení až po okamžik odstranění postižení či jeho následků, popř. až po konec života, čerpat
    - může se podílet více institucí z různých resortů zároveň
    - možné dělení také na: dětská / dospělá
  - **horizontální třídění**
    - z pohledu institucionálního či resortního
    - hlavní 3 rezorty: Ministerstvo zdravotnictví / Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy / Ministerstvo práce a sociálních věcí
    - dále můžeme uvést: Ministerstvo financí (tok finančních prostředků), Ministerstvo spravedlnosti (legislativa)

Koncepce systému rehabilitace

- = působení všech služeb, které osoby s omezením hybnosti potřebují – léčebné (často rehabilitace vnímána pouze ve smyslu léčebné rehabilitace), pedagogické, sociální a pracovní prostředky ale i sféra polická, ekonomická, kulturní a legislativní
- **rehabilitace** (habilis = schopný + re = znovu)
  - = optimální výsledek rehabilitace, kterým je odstranění všech důsledků nemoci nebo úrazu a navrácení člověka do původního stavu (= dříve návratná péče)
  - dříve také termíny komplexní rehabilitace, ucelená rehabilitace, koordinovaná rehabilitace – nyní se spíše užívá zase jenom termín rehabilitace (rehabilitation), který by měl být chápán v širším slova smyslu a za multidisciplinárně orientovaný přístup
  - vztahuje se také na osoby, u kterých ztracené funkce obnovit nelze, nebo pouze do určité míry → např. u dětí s vrozeným postižením a onemocněním, které nikdy zdravý stav nezažily (tudíž není co obnovovat) i u osob s terminálním či progresivním onemocněním
- **habilitace**
  - rehabilitace osob s vrozeným postižením
  - pojem, který je využíván ve spojitosti s dětskou klientelou
  - = program pro děti, jejichž cílem je podporovat co nejnormálnější vývoj dítěte
  - povědomí o tomto málo využívaném pojmu se mírně zvýšilo od schválení Mezinárodní úmluvy o právech OZP, 2006
  - rozumným kompromisem --> chápání pojmu, ale pro zjednodušení využívání pojmu rehabilitace
- *„Rehabilitace osob s disabilitou (zdravotním postižením) je proces, jehož cílem je pomoci dosáhnout a udržet jejich optimální funkční úroveň v oblasti fyzické, senzorické, intelektuální, psychologické a sociální. Rehabilitace poskytuje osobám s disabilitou (zdravotním postižením) nástroje, který potřebují pro získání nezávislosti a sebeurčení“* (WHO, cit. 25. 8. 2012)
- základní znaky rehabilitace:
  - vyhodnocení (*evaluation*) – posouzení funkčních schopností omezených, dobře zachovaných i některých nadprůměrně dobrých
  - motivace (*motivation*) – práce rehabilitačního týmu, samotného rehabilitanta, ale i celé společnosti
  - integrace (*integration*) – správně řízená politika rehabilitace, legislativa, postoj nejbližších osob, postoj společnosti a sociální příležitosti

- principy: např. včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost, dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost jednotlivých poskytovatelů rehabilitace

Klasifikace rehabilitace

- dle délky: *(vertikální dělení)*
  - **krátkodobá**/ **dlouhodobá**
  - **přechodná** - vede k obnovení zdravotního stavu a normální kvality života
  - **permanentní** - vyskytuje se u osob s dlouhodobým nebo trvalým postižením
- dle hlediska institucionalizace na složky: *(horizontálnímu dělení)*
  - **léčebná** (rehabilitace ve zdravotnictví)
  - **sociální**
  - **pedagogická**
  - **pracovní** (Jesenský, 1995)
  - \+ **psychologickou**, **technickou**, **právní** a **ekonomickou** dodává Kábele (1992)

Střípky z historie

- rehabilitace orientovaná na společnost = multisektorová strategie, jejímž účelem je přispět k vyrovnávání příležitostí a sociálního začlenění osob se zdravotním postižením a zároveň bojovat proti setrvačným cyklům chudoby a zdravotního postižení (WHO, cit. 5.2.2018) – počátky 70. léta, WHO
- vývoj rehabilitace
  - počátky v USA, když se zranění vojáci vraceli z fronty za 1. světové války a potřebovali se znovu zapojit do aktivního života
  - V ČR byly první programy rehabilitace ve svém uceleném pojetí realizovány v Jedličkově ústavu (Rudolf Jedlička, 1913), jehož služby se během obou světových válek rozšířily i na pomoc zraněným vojákům
- okolnosti, které pomohly rozvoji rehabilitace:
  - založení WHO a dalších významných organizací po druhé světové válce
  - výskyt populačních onemocnění – obrna, tuberkulóza
  - objevení a rozšíření některých léků - např. penicilinu
  - pokrok v různých odvětvích medicíny (traumatologie, kardiochirurgie, neonatologie a další)
  - relativní stárnutí populace – skupina seniorů představuje v současnosti početně nejsilnější skupinu, která vyžaduje rehabilitaci
  - vývoj v oblasti funkční diagnostiky, která se do ČR dostala zvláště díky stážím lékařů Ivana Lesného a Jana Pfeiffera u významného představitele tohoto konceptu, Marca Tardieu ve Francii
  - rozvoj funkční diagnostiky byl podstatný krok pro vznik MKF
- významné osobnosti v ČR:
  - **Rudolf Jedlička** – zaměřen na oblast chirurgie a RTG, založení Vojenské nemocnice v Praze a v Českých Budějovicích, Jedličkova ústavu (1. Ústav pro tělesně postižené děti v Praze 1913), zastánce podpory léčby, výchovy a vzdělání osob s postižením; položil základy komplexní rehabilitace osob s tělesným postižením
  - **František Bakule** – v JÚ uplatňoval principy volné výchovy a volné kázně, důraz na sebeobsluhu, hygienu a pracovní náplň, neřídil se osnovami, ale vycházel z aktuálních potřeb a zájmu žáků – po odchodu z JÚ – Bakulův ústav pro výchovu životem a prací
  - **Augustin Bartoš** – hledal názorné pomůcky, působilv HK v ústavu pro slabomyslné, po Bakulovi vedl JÚ, důraz na aktivitu a tvořivost dětí, základem výchovné práce byla fyzická aktivita, přednášel na mezinárodních konferencích, zaměřoval se na specifika výchovy dětí s TP, metodiky, lektorem defektologie na PdF UK
  - **Jan chlup** – ředitelem „Ústavu pro děti zmrzačelé“ v Brně, poznatky uplatňoval v praci, spolupráce s JÚ, evidence TP dětí a mládeže, vybudoval školní třídu při nemocničních odd., doporučoval vybudování sítě poradenských zařízení, potřeba protetické péče jako součást komplexní rehabilitace, „moravský Jedlička“
  - **František Kábele** – působil na škole pro nedoslýchavé v Praze, absolvoval logopedický kurz v Luži-Košumberku, jmenován univerzitním profesorem, vedoucím katedry SP, mezinárodně uznáván v oblasti somatopedie, logopedie a kombinovaných vad; publikační činnost: Brousek pro tvůj jazýček, Rozvíjení hybnosti a řeči dětí s DMO, Speciální pedagogika, Pohybová výchova dětí postižených MO
  - Kamil Henner - získal zkušenosti s rehabilitací v roce 1946 na neurologických klinikách v USA
  - Vladimír Novák - přednosta úrazové nemocnice v Brně, který se zabýval rehabilitací poúrazových stavů
  - Vladimír Janda - v 60. letech založil první rehabilitační oddělení v FU v Praze na Vinohradech a významný představitel myoskeletální medicíny
  - Vlasta Jonášková – vzdělávání jedinců se SP potřebami – oblast dorozumívacích dovedností (AAK – Makaton, Bliss, piktogramy, aj.)

- Marie Renotiérová – využití speciálních psychomotorických rehabilitačních metod v SP + jógové techniky
- Karel Obrda - dlouhodobý předseda Rehabilitační společnosti
- **Václav Vojta** (zemřel 2000) – *„Já jsem to nevynalezl, já jsem to jenom vynašel.“*, lékař (dětský neurolog), autorem Vojtovy metody reflexní lokomoce; 1998 – Mezinárodní Vojtova společnost se sídlem v Mnichově
- **Jan Pfeiffer** (zemřel 2019) - dlouholetý přednosta Kliniky rehabilitačního lékařství VFN (komplexní ergodiagnostika, ergoterapie, pracovní rehabilitace), mezinárodně významná osobnost v oblasti rehabilitace (oblast neurologie), předseda Rehabilitační společnosti (podporoval vznik reha-center), podílel se na překladu MKN, rozvoj výuky fyzioterapie, ergoterapie, rehabilitačního lékařství
- PdF MU – Dagmar Opatřilová (edukace žáků se SPP, reedukace DMO, grafomotorika, profesní poradenství), Marie Vítková (inkluzivní vzdělávání, edukace žáků s TP), Dana Zámečníková (vzdělávání žáku se ZP, předprofesní a profesní příprava ZP)
- **Jiří Votava** – lékař (neurolog), spolupráce s J. Pfeiffrem, organizoval kurzy manipulační terapie (pro žadatele o atestaci v rehabilitačním lékařství), spolupracuje s mezinárodní organizací Rehabilitaion Internationl, vyučuje a zaštiťuje obor ergoterapie na univerzitě Jana Evangelisty Purkyně v ÚL
- **Jiří Jankovský** – ošetřovatel v psychiatrické léčebně v Bohnicích – poté 9 let v dětské psychiatrické léčebně – nakonec v PPP; ředitelem dětského centra Arpida v ČB, vyučuje na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity – katedra psychologie a speciální pedagogiky

- rehabilitační organizace v ČR:
  - Národní Rada Zdravotně postižených ČR, Komisi pro fyzikální medicínu a rehabilitaci (vznikla v Praze v roce 1962), Rehabilitační společnost Československé Lékařské Společnosti J. E. Purkyně, Český svaz tělesně postižených sportovců, Svaz tělesně postižených v ČR, Asociace vozíčkářů a zdravotně i mentálně postižených v ČR, Rehabilitation International (členem je Svaz invalidů)
  - *Život bez bariér*, *Centrum Paraple*, Česká federace Spastic Handicap, *Liga vozíčkářů*, Somatopedická společnost, *Spolek TREND vozíčkářů Olomouc*, Asociace muskulárních dystrofiků ČR, Cerebrum, Asociace Polio, *Klub Bechtěreviků*, Parent Project

KOMPLEXNÍ SLUŽBY V RÁMCI ZDRAVOTNICTVÍ

Zdravotní pojišťovny

- mají ze zákona povinnost hradit všichni občané s trvalým pobytem na území ČR (podrobněji viz zákon č. 48/1997 Sb.)
  - hradí se „zdravotní péče poskytnutá pojištěnci s cílem zachovat nebo zlepšit jeho zdravotní stav“ (§ 13, odst. 1, zákon č. 48/1997 Sb.)
  - „Zdravotní péče je hrazena v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem“ (§ 13, odst. 2, zákon č. 48/1997 Sb.)
  - tento zákon v § 15 a v příloze č. 1 uvádí také zdravotní úkony, které nejsou hrazeny ze zdravotního pojištění nebo z něj jsou hrazeny pouze za zvláštních podmínek
  - za některé skupiny lidí povinnost hradit zdravotní pojištění plní stát, jsou tzv. státními pojištěnci → o nezaopatřené děti, občany pobírající důchod (starobní, invalidní a vdovský), ženy na mateřské či rodičovské dovolené, příjemce rodičovského příspěvku, uchazeče o práci, osoby závislé na péči jiné osoby v II. až IV. stupni a lidi pečující o tyto osoby – pečující osoba i v případě, že závislá osoba je v I. stupni závislosti a je současně mladší 10 let, apod. (zákon č. 48/1997 Sb.)
- o většině lidí pobírajících invalidní důchod a o osobách závislých na péči (především ve II. až IV. stupni závislosti) můžeme konstatovat, že se jedná o jedince se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním
- péče a podpora poskytovaná těmto jedincům z resortu zdravotnictví je většinou mnohem obsáhlejší a specializovanější než péče u osob intaktních
- **reformní snahy** – od roku 2012 vešlo v platnost rozlišování tzv. standardní a nadstandardní zdravotní péče, tj. základní varianty, jež je plně hrazena ze zdravotního pojištění, a ekonomicky náročnější varianty, která je hrazena pouze částečně
  - 2012 je rokem „testovacím“, proto MZ ČR a zdravotní pojišťovny vybraly pouze 18 ekonomicky náročnějších variant zdravotní péče, a to v oblastech lehkých sáder, nitroočních čoček a některých očkovacích vakcín

- tendence směřují k většímu podílu přímých plateb za zdravotní péči pojištěnci (nad rámec již hrazeného zdravotního pojištění), za druhé, že je trend nevyjímat z těchto pravidel žádné skupiny obyvatel
    - tyto skupiny jsou z hrazení mnohdy vyjmuty na základě „veřejného tlaku“
- článek 31 Listiny základních práv a svobod dává **právo získat zdravotní pomůcky na základě zdravotního pojištění**
    - podmínky poskytování zdravotních pomůcek upravují příslušné zákony
    - obecně platí, že odborní lékaři (ortopedi, neurologové, chirurgové, internisté apod.) mohou předepisovat svým pacientům (mnohdy lidem se zdravotním postižením či zdravotním znevýhodněním), někdy však až po schválení revizního lékaře, různé pomůcky
    - pomůcky jsou buď plně hrazeny zdravotní pojišťovnou, nebo částečně hrazeny zdravotní pojišťovnou s doplatkem pacienta, případně si pomůcku hradí pacient sám
    - některé pomůcky zdravotní pojišťovny nehradí, ale o jejich úhradu může být zažádáno u sociálního odboru místních úřadů – jedná se o jednorázové příspěvky na zvláštní pomůcky hrazené z resortu MPSV ČR

Poskytování zdravotní péče

- služby v rámci resortu Ministerstva zdravotnictví každou osobu provázejí již od samého narození, lékaři a zdravotnický personál jsou v podstatě prvními lidmi, se kterými se právě narozené dítě setkává, tedy kromě matky
- zdravotní péče = soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob za účelem
    - předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu
    - udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu
    - udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení
    - posuzování zdravotního stavu
- zdravotnické prostředky se dle Zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích rozumí „*nástroj, přístroj, zařízení, programové vybavení … materiál nebo jiný předmět, určené výrobcem pro použití u člověka za účelem …* b) *stanovení diagnózy, monitorování, léčby, mírnění nebo kompenzace poranění nebo zdravotního postižení*.“
- 3 roviny zajišťující péče:
    - **preventivní**
    - **aktuální**
    - **následná**
- v rámci poskytování služeb se řídíme dle **zákona č. 372/2011** Sb. v aktuálním znění (verze 26 - 1.4.2021-31.12.2021) ***o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování***
    - upravuje zdravotní služby a podmínky jejich poskytování a s tím spojený výkon státní správy, druhy a formy zdravotní péče, práva a povinnosti pacientů a osob pacientům blízkých, poskytovatelů zdravotních služeb, zdravotnických pracovníků, jiných odborných, pracovníků podmínky, hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb ad.

KLASIFIKACE

ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ

- **prvního styku** (praktický lékař pro dospělé, stomatologická ambulance, praktický lékař pro děti a dorost, lékařská služba první pomoci)
- **ambulantní** (oční lékař, ortopedie, psychiatrie, neurologie, dermatologie, rehabilitace, urologie, klinická psychologie, klinická logopedie, ORL, alergologie, dermatovenerologie, zdravotní rehabilitace)
- **hospitalizační** (nemocnice – malá nemocnice, velká nemocnice, porodnice, nemocnice následné péče, fakultní nemocnice; léčebna dlouhodobě nemocných, odborný léčebný ústav – psychiatrická léčebna)
- **lékárny a výdejny PZT** (lékárna, oční optika a optometrie, výdejna PZT)
- **laboratoře** (cytologie, klinická biochemie a hematologická laboratoř, mikrobiologie)
- **zdravotní doprava** (dopravní zdravotní služba – sanitka; zdravotní záchranná služba – letecká záchranná služba)
- **ostatní** (lázeňské zdravotnické zařízení, lékařská zobrazovací technologie, hygienická služba, domácí péče, porodní asistentka a dětská sestra)

DRUHY ZDRAVOTNÍ PÉČE

Dle **účelu** jejího poskytnutí

- **PREVENTIVNÍ** péče
  - časné vyhledávání faktorů, které jsou v příčinné souvislosti se vznikem nemoci nebo zhoršením zdravotního stavu, a provádění opatření směřujících k odstraňování nebo minimalizaci vlivu těchto faktorů a předcházení jejich vzniku
  - ze speciálně-pedagogického hlediska:
    - genetické poradenství pro rodiče
    - péče o matku v těhotenství
    - sledování rizikových těhotenství
    - péče o matku a dítě během porodu
    - sledování rizikových dětí (např. děti předčasně narozené do dvou let věku)
    - preventivní prohlídky u pediatra v 1 roce, ve 3 letech a před nástupem do školy
  - období prenatálního vývoje (prevence na genetické úrovni)
    - v případě zdravotního postižení, kterým je rodina dědičně zatížena, či se v rodině objevilo s neobjasněnou etiologií, se matka setkává s lékaři (genetiky) většinou již v období, kdy se rozhodne mít v budoucnosti dítě
    - v každém těhotenství existuje riziko asi 3-5%, že plod může mít nějakou vrozenou vývojovou vadu (VVV) -> toto riziko platí i pro rodičovské páry zcela zdravé, bez genetické zátěže v rodině
    - prenatální vyšetření VVV u plodu:
      - neinvazivní metody
        - *biochemické* – Biochemický screening I. trimestru (prvotrimestriální screening – oděr krve + ultrazvuk- odhalení Downova s – trizomie 21, Edwardsův s. – trizomie 18, Patauův s. – trizomie 13, spina bifida – otevřený rozštěp páteře, rozštěp přední stěny břišní, defekt neurální trubice) či screening II. trimestru (krev matky); ultrazvuk (USG), příp. v indikovaných případech MRI plodu
        - *neinvazivní testování nejčastějších chromozomových aneuploidií* (nová metoda, zatím nehrazena v ČR ze zdravotního pojištění)
      - invazivní metody (riziko potratu, pouze ve vážných případech)
        - *amniocentéza* (16.–17. týden) - odběr plodové vody, jedná se o test diagnostický, který dokáže vady jednoznačně potvrdit nebo vyloučit
        - *biopsie choria* (CVS) (od 11. týdne) – odběr vzorku tkáně z placenty
        - *odběr fetální krve* – kordocentéza (cca od 20. týdne)
  - období perinatálním
    - ihned po porodu je dítě měřeno a váženo, jsou mu vyčištěny dutiny, a prochází základním komplexním vyšetřením, které by mělo odhalit viditelné vrozené vady
    - po narození se u dítěte hodnotí tzv. Apgar skóre -> v 1., 5., 10. minutě se posuzuje u dítěte srdeční ozvy, dýchání, napětí svalů, reakce dítěte na podráždění při odsávání a barva kůže
  - období postnatálním
    - novorozenecký screening (NS) = aktivní a celoplošné (= celostátní) vyhledávání chorob v jejich časném, preklinickém stadiu tak, aby se tyto choroby diagnostikovaly a léčily dříve, než se stačí projevit a způsobit novorozenci nevratné poškození zdraví
    - založen na analýze suché kapky krve na filtračním papírku - krev se odebírá za definovaných podmínek všem novorozencům narozeným na území České republiky
    - v ČR se vyšetřuje 18 onemocnění: (1.6.2016**)**
      - vrozená snížená funkce štítné žlázy
      - vrozená nedostatečnost tvorby hormonů v nadledvinách
      - vrozená porucha tvorby hlenu (cystická fibróza)
      - dědičné poruchy látkové výměny aminokyselin
      - dědičné poruchy látkové výměny mastných kyselin
      - dědičná porucha přeměny vitamínů

        - v širším slova smyslu lze zahrnout i pravidelná klinická vyšetření dětským lékařem při pátrání po VVV různých orgánů či vrozených infekcích (prvotní prohlídka novorozence ve 14 dnech, v 6 týdnech, ve 3 měsících, ve 4 - 5 měsících, v 6 měsících, v 8 měsících, v 10 - 11 měsících, ve 12 měsících, v 18 měsících), dále:
            - vyšetření ortopedem při vyhledávání vrozené poruchy vývoje kyčlí (dysplazie)
            - vyšetření očním lékařem při vyhledávání vrozeného očního zákalu (katarakty)
            - vyšetření sluchu při vyhledávání vrozené hluchoty
            - ultrazvukové vyšetření ledvin k časnému záchytu vrozených vývojových vad močového ústrojí
    - dále se s lékaři setkáváme v rámci prevence při potřebě lékařského ošetření (v rámci akutního, chronického či recidivujícího onemocnění)
- **diagnostická** péče
    - účelem je zjišťování zdravotního stavu pacienta a okolností, jež mají na zdravotní stav pacienta vliv, informací nutných ke zjištění nemoci, jejího stavu a závažnosti, dalších informací potřebných ke stanovení diagnózy, individuálního léčebného postupu a informací o účinku léčby
- **dispenzární** péče
    - účelem je aktivní a dlouhodobé sledování zdravotního stavu pacienta ohroženého nebo trpícího nemocí nebo zhoršením zdravotního stavu, u kterého lze podle vývoje nemoci důvodně předpokládat takovou změnu zdravotního stavu, jejíž včasné zjištění může zásadním způsobem ovlivnit další léčbu a vývoj nemoci
- **léčebná** péče
    - účelem je příznivé ovlivnění zdravotního stavu na základě realizace individuálního léčebného postupu, s cílem vyléčení nebo zmírnění důsledků nemoci a zabránění vzniku invalidity nebo nesoběstačnosti nebo zmírnění jejich rozsahu
- **posudková** péče
    - zjištění zda: nebude stabilizovaný zdravotní stav pacienta negativně ovlivněn nároky, které na ně klade výkon práce/služby/povolání/jiné činnosti NEBO zda je v souladu s předpoklady nebo požadavky stanovenými pro výkon práce/služby/povolání/jiných činností
- **léčebně rehabilitační** péče
    - účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace jeho zdravotního stavu; v případě, že jsou při jejím poskytování využívány přírodní léčivé zdroje nebo klimatické podmínky příznivé k léčení podle lázeňského zákona
- **ošetřovatelská** péče
    - účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti
- **paliativní** péče
    - účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevyléčitelnou nemocí
- **lékarenská** a klinickofarmaceutická péče
    - účelem je zajišťování, příprava, úprava, uchovávání, kontrola a výdej léčiv, s výjimkou transfuzních přípravků a surovin pro výrobu krevních derivátů podle zákona o léčivech, laboratorních chemikálií, zkoumadel, dezinfekčních přípravků, a dále zajišťování, uchovávání, výdej a prodej zdravotnických prostředků podle zákona o zdravotnických prostředcích

Dle **časové naléhavosti** jejího poskytnutí

- **neodkladná**
    - účelem je zamezit nebo omezit vznik náhlých stavů, které bezprostředně ohrožují život nebo by mohly vést k náhlé smrti nebo vážnému ohrožení zdraví, nebo způsobují náhlou nebo intenzivní bolest nebo náhlé změny chování pacienta, který ohrožuje sebe nebo své okolí
    - nemůžeme odmítnout pacienta, který potřebuje neodkladnou péči
- **akutní**
    - účelem je odvrácení vážného zhoršení zdravotního stavu nebo snížení rizika vážného zhoršení zdravotního stavu tak, aby byly včas zjištěny skutečnosti nutné pro stanovení nebo změnu individuálního léčebného postupu nebo aby se pacient nedostal do stavu, ve kterém by ohrozil sebe nebo své okolí
- **nezbytná** (zahraniční pojištěnce)
    - poskytování zdravotnických služeb v zahraničí (v rámci UNIE) - jak v jiných zemích, tak i u nás u zahraničních pacientů
    - poskytnutí takové péče, abychom nemuseli předčasně opustit danou zemi

- **plánovaná** (ostatní péče)

FORMY ZDRAVOTNÍ PÉČE

- okresní hygienické stanice
- **ambulantní péče**
  - nevyžaduje se hospitalizace ani přijetí pacienta na lůžko jednodenní péče
  - primární (prevence, diagnostika, léčba, posudky, konzultace, koordinace - pediatr, praktický lékař, stomatolog a gynekolog) – součástí i návštěvní služba pediatrů a praktik
  - sekundární (více specializovaná péče, např. ambulance fyzioterapeutů, klinických psychologů, klinických logopedů, alergologů, neurologů, kardiologů atd.)
  - stacionární péče - poskytování zdravotní péče pacientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje opakované denní poskytování ambulantní péče
- **jednodenní péče**
  - vyžaduje pobyt pacienta na lůžku po dobu kratší než 24 hodin, a to s ohledem na charakter a délku poskytovaných zdravotních výkonů
  - musí být zajištěna nepřetržitá dostupnost akutní lůžkové péče intenzivní
- **lůžková péče**
  - nelze poskytnout ambulantně a pro její poskytnutí je nezbytná hospitalizace pacienta
  - musí být poskytována v rámci nepřetržitého provozu
  - NEMOCNICE - fakultní, krajské, okresní, oblastní, soukromé
    - *mají ambulantní a lůžkovou část a systém diferencované péče – emergenční péče (příjem), intenzivní péče (JIP, ARO), intermediární péče, standardní péče, následná péče, oddělení nemocnice dle nemoci*
    - akutní lůžková péče intenzivní - poskytována pacientovi v případech náhlého selhávání nebo náhlého ohrožení základních životních funkcí nebo v případech, kdy lze tyto stavy důvodně předpokládat
    - akutní lůžková péče standardní - poskytována pacientovi s náhlým onemocněním nebo náhlým zhoršením chronické nemoci, které vážně ohrožují jeho zdraví, ale nevedou bezprostředně k selhávání životních funkcí, nebo za účelem provedení zdravotních výkonů, které nelze provést ambulantně; v rámci akutní lůžkové péče je poskytována též včasná léčebná rehabilitace
    - následná lůžková péče - poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče
    - dlouhodobá lůžková péče - poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje
    - při rehabilitačním oddělení může být zřízen rehabilitační stacionář, který poskytuje celodenní rehabilitaci; jako součást poliklinik byla dříve zřizována také ambulantní rehabilitační oddělení (dnes jsou to často soukromá pracoviště) = FYZIOTERAPIE
    - při fakultních nemocnicích jsou zřizovány rehabilitační kliniky specializované na rehabilitační medicínu, které zajišťují ambulantní péči, lůžková oddělení i rehabilitaci na ostatních odděleních nemocnice - na rehabilitačních klinikách působí celý rehabilitační tým
    - pro zajištění léčebné rehabilitace v nemocnicích má velký význam ambulantní i lůžková část rehabilitačních oddělení; na nich se provádí subakutní rehabilitace – ve vybraných nemocnicích jsou tato oddělení specializovaná na léčbu určitého typu postižení, např. tzv. spinální jednotky na doléčování osob po poranění míchy
  - ODBORNÉ LÉČEBNÉ ÚSTAVY
    - zajišťována lékařskou, ošetřovatelská a odborná rehabilitační péče
    - při nemocnicích, psychiatrické léčebny, odborné léčebné ústavy, sanatoria, rehabilitační ústav, lázně, specializované léčebny (např. léčebna zrakových vad, léčebna pohybových poruch, dětská léčebna se speleoterapií, gerontologické centrum, rehabilitační ústav pro cévní choroby aj.)
    - Olomoucký kraj: Odborný léčebný ústav Paseka, Léčebna TRN; Psychiatrická léčebna, Šternberk; Lázně Slatinice, a.s., Lázně Teplice nad Bečvou a.s. (dospělí); Sanatorium Edel, s.r.o., Zlaté Hory (děti)

- Moravskoslezský kraj: Psychiatrická léčebna, Opava; Rehabilitační ústav, Hrabyně; Beskydské rehabilitační centrum s.r.o., Čeladná (dospělí); OLÚ Metylovice-Moravskoslezské sanatorium p.o. (děti)
- Ostatní: Psychiatrická léčebna v Kroměříži; Odborný léčebný ústav, Jevíčko – Pardubice (dospělí); Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé, Luže-Košumberk; Dětská léčebna pohybových poruch, p.o., Boskovice
- dle zaměření se dělí: psychiatrické léčebny, léčebny respiračních onemocnění, rehabilitační ústavy (neurologie + ortopedie), sanatoria
- léčebný pro dlouhodobě nemocné (LDN neboli následná péče)
    - zařízení určené pro poskytování specializované ústavní péče zaměřené především na ošetřovatelskou a rehabilitační péči o osoby trpící déletrvajícími nemocemi
    - navazují na péči nemocnic
    - pacienti jsou hospitalizováni většinou na základě doporučení praktického nebo odborného lékaře a splnění kritérií (tj. např. potřeba minimálně tří hodin ošetřovatelské péče denně)
    - Olomoucký kraj: Jesenická nemocnice, spol. s r.o.; Vojenská nemocnice Olomouc; Středomoravská nemocniční a.s., Prostějov a Přerov
    - Moravskoslezský kraj: Bohumínská městská nemocnice a.s.; Gaudium Frýdek-Místek s.r.o.; Sanatorium Jablunkov, a.s.; Dům Kochova, s.r.o., Sanatorium Kochova, Havířov-Šumbark; Městská nemocnice Odry; Slezská nemocnice v Opavě, p.o.; NsP Karviná-Ráj, p.o., Orlová; Městská nemocnice Ostrava, p.o.; NsP v Novém Jičíně, p.o., Vítkov; FN Ostrava, Vítkov-Klokočov
- lázeňské léčebny
    - Olomoucký kraj: Priessnitzovy léčebné lázně, a.s., Jeseník; Lázně Slatinice, a.s.; Státní léčebné lázně, Bludov, s.p.; Lázně Velké Losiny, s.r.o.
    - Moravskoslezský kraj: Karlova Studánka s.p.; Lázně Darkov, a.s.; AquaKlim, s.r.o., Sanatoria Klimkovice
- hospice
    - samostatně stojící lůžkové zařízení poskytující specializovanou paliativní péči především pacientům v preterminální a terminální fázi nevyléčitelného onemocnění
    - hospicová péče se nesnaží o vyléčení nemocí (x LDN)
    - důraz je kladen na individuální potřeby a přání každého nemocného, na vytvoření prostředí, v němž by pacient mohl zůstat až do konce života v intenzivních vztazích se svými blízkými
    - snaha o osobitou a domácí atmosféru, maximální soukromí pacientů, volný režim návštěv, dobrá dopravní dostupnost
    - Olomoucký kraj: Hospic na Svatém Kopečku, Olomouc
    - Moravskoslezský kraj: Centrum zdravotních a sociálních služeb, Frýdek-Místek, Charita Ostrava, Hospic sv. Lukáše
- kojenecké ústavy a dětské domovy
    - dětské domovy (DD) pro děti do 3 let věku - spadají pod MZ ČR
    - poskytují se zde zdravotní služby a zaopatření (tj. stravování, ubytování, ošacení a výchovná činnost) dětem, které nemohou vyrůstat v rodinném prostředí (týrané, zanedbávané či zneužívané, ohrožené ve vývoji nevhodným sociálním prostředím, zdravotně postižené)
    - také pro těhotné ženy, je-li ohroženo jejich zdraví z důvodu nepříznivé životní situace
    - Olomoucký kraj: Dětské centrum Pavučinka Šumperk, p.o., Kojenecký ústav a Dětský domov; Sdružená zařízení pro péči o dítě v Olomouci, p.o., Dětský domov a Kojenecký ústav
    - Moravskoslezský kraj: Dětské centrum Čtyřlístek, p.o., Havířov-Suchá a Opava; Dětské centrum Domeček, Dětský domov, Ostrava Zábřeh
- péči v odborných zařízeních upravuje zákon č. ***200/2015 Sb***. v aktuálním znění ***o veřejném zdravotním pojištění (ozdravovny)***
    - péče v odborných dětských léčebnách a ozdravovnách
        - dětem od tří do 15 let zdravotně oslabeným vlivem nepříznivého životního prostředí, dětem se zdravotními problémy spojenými s nesprávným životním stylem a dětem v rekonvalescenci, jejichž zdravotní stav nevyžaduje specializovanou léčbu ve zdravotnickém zařízení lázeňské léčebně rehabilitační péče nebo v dětské odborné léčebně, se poskytuje na návrh

ošetřujícího lékaře potvrzený revizním lékařem zdravotní pojišťovny péče v ozdravovně – zpravidla na 21 dnů
    - poskytují léčebně preventivní péči v příznivých klimatických podmínkách
    - využívány léčebné prostředky, léčebná rehabilitace, vhodná výživa a upravená celková životospráva a speciální výchovně vzdělávací péče
    - do ozdravoven jsou přijímány děti, které netrpí akutní ani chronickou chorobou, ale jsou vážně oslabené → jsou natolik mobilní, že nemusí zůstávat na lůžku, potřebují ale zdravotnickou a pedagogickou péči (např. děti se slabou tělesnou konstitucí, s oslabeným posturálním svalstvem, vadným držením těla, oslabených dýchacím ústrojím; nejsou přijímány např. děti s těžkou MR, s infekční nemocí aj. V rámci pobytu zde probíhá školní výuka (zřizovány MŠ a ZŠ, příp. speciální oddělení MŠ a ZŠ)
    - horské ozdravovny (vhodné pro děti s chronickými chorobami dýchacích cest, rekonvalescenti po těžkých nebo dlouhotrvajících nemocích a děti s těžší anémií)
    - podhorské a nížinné ozdravovny (pro děti s častými záněty dýchacích cest, rekonvalescenti po akutních nemocích a po operacích, u kterých došlo k oslabení organismu a ke snížení odolnosti)
    - Olomoucký kraj: Čs. speleologická společnost, Dětská ozdravovna, Hvozd-Vojtěchov; dále například Dětská ozdravovna Špindlerův mlýn či Pec pod Sněžkou
    - na doporučení ošetřujícího lékaře platí zdravotní pojišťovna – návrh podává PL nebo ošetřující lékař na formulář zdravotní pojišťovny – návrh potvrzuje revizní lékař zdravotní pojišťovny
    - délka pobytu se řídí zdravotním stavem nemocných a rozhoduje o ní vedoucí lékař léčebny
- lázně
    - zvláštní zdravotnická pracoviště, která taktéž spadají mezi odborné léčebné ústavy a vznikají od počátku 90. let, jsou *rehabilitační centra*
    - cílem je zajištění návaznosti léčebné rehabilitace na ostatní složky ucelené rehabilitace
    - od běžných lůžkových rehabilitačních oddělení se liší širším personálním obsazením (pracuje zde celý rehabilitační tým), věcným vybavením i náplní práce, do které spadá diagnostika, léčba, vyšetření psychosenzomotorického potenciálu, zácvik a poskytnutí zdravotnické techniky, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, poradenství v oblasti zdravotní, psychologické, sociální a v oblasti vzdělávání

- **zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta**
    - návštěvní služba
    - domácí péče, kterou je ošetřovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče
        - zabezpečovaná zdravotními sestrami, které poskytují komplexní ošetřovatelskou péči v domácím prostředí (v ČR od roku 1990)
        - v současné době nabízí domácí péče také služby fyzioterapeutů a ergoterapeutů
    - lze vykonávat pouze takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení, ale lze provádět umělou plicní ventilaci a dialýzu

K další legislativě v oblasti zdravotnictví patří

- č. 20/1966 Sb. Zákon o péči o zdraví lidu
- 394/1991 Sb. Vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR o postavení, organizaci a činnosti fakultních nemocnic a dalších nemocnic, vybraných odborných léčebných ústavů a krajských hygienických stanic…,
- **č. 160/1992 Sb. Zákon o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních**
- **č. 245/2006 Sb. Zákon o veřejných neziskových ústavních zdravotnických zařízeních**
- **zákon č. 372/2011 Sb.** v aktuálním znění **o zdravotních službách** a podmínkách jejich poskytování

Léčebná rehabilitace a **rehabilitační tým**

- realizována především ve zdravotnických a částečně také v nezdravotnických zařízeních (např. centrum Arpida v Českých Budějovicích, Centrum Svazu paraplegiků v Praze, mnohé domovy pro osoby se zdravotním postižením, seniory apod.)
- = *„nedílnou součástí zdravotní péče a zahrnuje soubor rehabilitačních, diagnostických, terapeutických a organizačních opatření směřujících k maximální funkční zdatnosti jedince a vytvoření podmínek pro její dosažení“* (Kolář)
- časově i obsahově souvisí s léčbou pacienta a uskutečňuje se převážně ve zdravotnických institucích
- cílem → optimalizovat funkčnost pacienta v domácím, pracovním a sociálním prostředí (Cameron, Monroe, 2007)
- *Rehabilitační a fyzikální medicína* (RFM) → návaznost léčebné rehabilitace, pracovní, pedagogické a sociální
  - považována za samostatný interdisciplinární obor, na jehož počátku v ČR stál lékař Karel Lewit
- léčebnou rehabilitaci zajišťuje **rehabilitační tým**, který se skládá z řady profesí (viz níže)
  - zdravotnické profese:
    - lékařské profese **-** nejdůležitější rehabilitační lékař (s nadstavbovou atestací v oboru fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace ortoped, neurolog, traumatolog
    - nelékařské zdravotnické profese - např. fyzioterapeuta, ergoterapeuta, ošetřovatelů (zdravotních sester a bratrů), protetika, klinického psychologa, klinického logopeda a dalších specializovaných profesí dle potřeby pacienta (Votava a kol., 2005).
  - nezdravotnické profese:
    - odborníci podílející se na léčebné rehabilitaci - sociální pracovník a speciální pedagog (např. v MŠ nebo ZŠ při zdravotnickém zařízení)
    - začlenění speciálních pedagogů přímo do rehabilitačních týmů zdravotnických institucí není dle současné legislativy možné (speciálně pedagogickou intervenci nelze financovat ze zdravotního pojištění)

Nástroje léčebné rehabilitace

- **radikální nástroje** - spektrum invazivních zákroků (operace) – součástí ortopedie, neurochirurgie, traumatologie,…
- **konzervativní nástroje** - zahrnují oblast farmakoterapie. (např. botulotoxin – zmírnění spasticity DMO, diazepam a antiepileptika – epilepsie, inzulin - diabetes)
- **dietetické nástroje** - úpravy stravovacích návyků a složení stravy - problémy s nadváhou, metabolická onemocnění, využití léčebného potenciálu určitých složek stravy či potravinových diet atd.
- **psychologická léčba** - kliničtí psychologové využívají k léčbě primárně psychologické prostředky, např. rozhovor, terapeutický vztah, využití neverbálních prostředků (např. imaginace, kresby, hraní rolí atd.)
- **rehabilitace kognitivních funkcí** (v praxi je však prováděna nejen psychology, ale také řadou dalších odborníků, včetně speciálních pedagogů) - nyní rozmach techniky, nepoužívají se už pouze metody tužka – papír
- **logopedická léčba** – dysartrie, afázie, anartrie nebo symptomatické poruchy řeči
  - součástí logopedické intervence u těchto diagnóz jsou často fyzioterapeutické postupy, např. využití reflexně inhibičních poloh a různých inhibičních a facilitačních technik
  - podpora v oblasti alimentace, nácvik alternativní a augmentativní komunikace nebo trénink hybnosti v orofaciální oblasti (např. prostřednictvím orofaciální regulační terapie nebo myofunkční terapie)
  - některým typům postižení (např. anartrie nebo těžký stupeň dysfázie) nabízí efektivní pomoc spíše klinická lingvistika (Majerová - Praze)
- **fyzioterapie** –“*využití dynamických a statických sil, které působí mechanickým účinkem na organismus zvnějšku nebo jsou produktem jeho aktivní činnosti, případně kombinací obou. Můžeme ji chápat jako cílený pokus ovlivnit pohybovou soustavu, uspořádaný na základě znalosti její fyziologie a kineziologie tak, aby pohyb vyvolal žádoucí efekt*” (Dvořák, 2007, s. 5)
  - terapie jednotlivých tělesných funkcí (např. trénink chůze), ale i využívání kompenzačních mechanismů na úrovni postiženého orgánu nebo celého těla (ortézy, ortopedický vozík) + na optimalizaci tělesné kondice
  - např. svalový test Vladimíra Jandy, goniometrie (vyšetření rozsahu hybnosti v kloubech), polohové reakce z Vojtovy metody
  - spolupráce s fyzioterapeutem může být pro speciálního pedagoga přínosná v oblasti polohování, nácviku používání kompenzačních a zdravotnických pomůcek (např. vertikalizačních stojanů), při

přesunech a handlingu, pro normalizaci svalového tonu (např. rozcvičení horní končetiny), pro vytváření adaptivních pohybových stereotypů, při diagnostice a evaluaci pohybových funkcí atd.

- **ergoterapie** – zdravotnický obor zabývající se podporou zdraví a duševní pohody prostřednictvím vhodně zvolené činnosti (Jelínková, Krivošíková, Šajtarová, 2009)
  - *= prostřednictvím smysluplného zaměstnávání podporuje maximálně možnou participaci jedince v běžném životě, přičemž respektuje plně jeho osobnost a možnosti (ČAE)*
  - u dětí mají tyto činnosti obvykle podobu hry (Krivošíková, 2011)
  - čtyři základní oblasti:
    - zaměřená na výchovu k soběstačnosti – tzv. běžné denní aktivity
    - cílená na postiženou oblast, např. na rozvoj funkcí pohybových, kognitivních, percepčních atd.
    - zaměřená na pracovní začlenění - zahrnuje tzv. ergodiagnostiku (multidisciplinární zhodnocení zbytkového pracovního potenciálu) a předpracovní rehabilitaci
    - kondiční ergoterapie usiluje především o psychickou rovnováhu osoby s postižením, vyplnění volného času a zlepšení celkové kondice
  - oblasti výkonu zaměstnávání:
    - všední denní činnosti
    - práce a produktivní činnosti
    - hra a volný čas
  - každou oblast výkonu tvoří složky výkonu:
    - senzomotorická složka
    - kognitivní složka
    - psychosociální/psychologická složka
- **fyzikální terapie** (odpovídá lékařskému oboru fyziatrie) - léčba prostřednictvím fyzikálních podnětů, které vyvolávají žádoucí změny v organismu
  - jde převážně o pasivní procedury, jejichž cílem je redukce bolesti, zlepšení trofických a podpora protizánětlivých pochodů, modulace napětí kontraktilních tkání, reflexní ošetření atd.
  - dělení: (Dagmra Komačeková, 2006)
    - mechanoterapie, např. klasická masáž, reflexní masáž nebo manuální lymfodrenáž
    - hydroterapie neboli vodoléčba, při které se aplikuje na povrch těla voda různé teploty a v různém skupenství
    - termoterapie léčba využívá termické podněty, které mohou být pozitivní (teplé), negativní (chladné) i s indiferentní teplotou; nosičem tepelného podnětu může být voda, vzduch, plyn, parafín a peloidy (přírodní kašovitá látka, která vznikla při geologických procesech); negativní termoterapie s extrémně nízkými teplotami se označuje jako kryoterapie
    - elektroterapie využívá elektrický proud nebo elektrické impulsy různé frekvence; může být kontaktní (prostřednictvím elektrod) nebo bezkontaktní (vystavení pacienta v elektromagnetickém poli bez vodivého kontaktu s pokožkou)
    - fototerapie využívá elektromagnetické záření v rozsahu viditelné i neviditelné části spektra (ultrafialové a infračervené světlo)
    - balneoterapie - aplikace přírodních prostředků, které jsou vázány na určité místo, především léčivé vody a léčivé peloidy (bahno, rašelina…)
    - klimatoterapie – aplikace účinných faktorů klimatu, a to čerstvého vzduchu (aeroterapie), slunečního záření (helioterapie), mořského klimatu (talasoterapie) nebo jeskyně (speleoterapie)
- **protetika**
  - ortopedická protetika = oblast protetiky specializovaná na podporu osob s tělesným postižením
  - dělení: (Jiří Votava, 2005)
    - vlastní protetika - výroba funkčních náhrad horních nebo dolních končetin
    - ortotika - zabývá se výrobou podpůrných pomůcek - ortéz, dlah, fixačních límců, měkkých bandáží apod. → cílem je korekce nesprávné polohy, kompenzace ochrnutí, na DK přebírání nosné funkce
    - kalceotika - ortopedická obuv včetně vložek do bot a dalších korekčních prvků

- epitetika - zabývá se náhradou těch ztracených částí těla, kde na prvním místě je náhrada kosmetická (př. prs, prsty Hk, lýtko DK, ucho, nos)
- protetometrie - nauka o měření lidského těla pro účely individuální výroby jednotlivých protetických pomůcek
- adjuvatika - původně zahrnuty drobné doplňkové kompenzační pomůcky (pro přesuny, běžné denní činnosti, osobní hygienu) --> v současnosti nevnímáme jako součást protetiky, ale řadíme je do samostatné kategorie pomáhající techniky

- **rehabilitační inženýrství** - svým záběrem přesahuje možnosti ortopedické protetiky, neboť vyžaduje spolupráci inženýrů z různých oblastí, např. při řešení bezbariérovosti prostředí, úpravy dopravních prostředků, pokročilých počítačových technologií atd.
- **umělecké terapie** – mezi základní směry patří v ČR arteterapie, muzikoterapie, dramaterapie a tanečně-pohybová terapie (mezi další specializace patří psychodrama, *psychogymnastika*, *biblioterapie* atd.)
  - významný vliv mají na terapeutickou praxi také tzv. expresivní terapie založené na intermodální integraci různých uměleckých prostředků v terapeutickém procesu (pojmy umělecké a expresivní terapie se však u nás často používají jako synonyma)
- **na tělo orientované přístupy** – jsou orientovány psychomotoricky/senzomotoricky a jsou zaměřeny na tělesný prožitek
  - např. bazální stimulace A. Fröhlicha, Snoezelen, psychomotorika Ernsta J. Kipharda, senzomotorická integrace Jean Ayresové atd. (Pavlů, 2003)
- **zooterapie** – terapie s účastí zvířete
  - v ČR má tradiční postavení *hiporehabilitace* (terapeutickým prostředkem je kůň) a poslední době také *canisterapie* (terapeutickým prostředkem je pes)
  - aktivity za pomoci zvířat – využívají přirozený kontakt člověka a psa zaměřený na zlepšení kvality života nebo přirozený rozvoj sociálních dovedností
  - terapie za pomoci zvířat – zde se využívá psa k terapeutickým záměrům, konkrétně k podpoře kognitivních, tělesných, emocionálních a sociálních schopností člověka
  - vzdělávání za pomoci zvířat – pes je začleněn do aktivit, které slouží ke vzdělávání, výchově a rozvoji sociálních dovedností člověka; tato metoda canisterapie využívá psa jako prostředníka výuky pro předávání informací zábavnou formou a názornou formou
  - krizová intervence za pomoci zvířat – canisterapie v rámci krizové intervence je zaměřena na odbourávání stresu a celkové zlepšení psychického nebo i fyzického stavu osob při katastrofách, násilných činech apod. Hlavním cílem je stabilizace těchto osob

KOMPLEXNÍ SLUŽBY V RÁMCI MPSV

- týkají se osob s omezením hybnosti v celém věkovém spektru – dotýkají se například oblastí zaměstnanosti, sociálních služeb, sociálního zabezpečení
- v širším kontextu jde o označení všech služeb, postupů, metod v práci s jedincem se zdravotním postižením a zdravotním či sociálním znevýhodněním s cílem předcházet a řešit možnost sociální exkluze (Votava, 2005)

Zákon č. 108/2006 o sociálních službách

- platná novela: *47/2019 Sb.* (1.7.2019 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 328/2021 Sb., 363/2021 Sb., 371/2021 Sb.; od 1.2.2022 261/2021 Sb.*
  - → ***stačí říci zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů***
- *„činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“*
  - za takovou osobu je považována i osoba s tělesným či kombinovaným postižením, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby → z toho vyplývá fakt, že osoby s tělesným postižením mohou získat příspěvek (kromě dětí mladších jednoho roku) na péči v případě, že jsou závislé na pomoci jiné fyzické osoby

ČÁST PRVNÍ – ÚVODNÍ USTANOVENÍ

- **předmět úpravy** (§1)
  - upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (dále jen "osoba") prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách

- upravuje předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách nebo podle zvláštních právních předpisů při pomoci v hmotné nouzi, v sociálně-právní ochraně dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích, v zařízeních pro zajištění cizinců a v azylových zařízeních

- **základní zásady** (§2)
  - každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství (§ 37 odst. 2) o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení
  - rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob → pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování → sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob
- **formy poskytované pomoci** – charakteristiky:
  - dostupnost – z hlediska typu pomoci, územní dostupnosti, informační dostupnosti a v neposlední řadě také z hlediska ekonomického
  - efektivita – uzpůsobení služeb tak, aby vyhovovaly potřebě člověka, nikoliv „potřebám" systému
  - kvalita – má být zajištěna způsobem a v rozsahu, který odpovídá současnému poznání a možnostem společnosti
  - bezpečnost – nesmí omezovat oprávněná práva a zájmy lidí
  - hospodárnost – systém má být nastaven tak, aby veřejné i osobní výdaje používané na poskytnutí pomoci v maximálně možné míře pokrývaly objektivizovaný rozsah potřeb
- **okruh oprávněných osob** (§4)
  - nárok na příspěvek na péči
    - osoba, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle zvláštního právního předpisu2), jde-li o státního občana České republiky
    - cizinec, který má na území České republiky trvalý pobyt podle zvláštního právního předpisu3)
    - cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropské unii na území jiného členského státu Evropské unie, pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu4)
    - rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu a), pokud mu byla vydána pobytová karta rodinného příslušníka občana Evropské unie podle zvláštního právního předpisu3)
    - rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu b), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu3)
    - cizinec, kterému bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky za účelem vědeckého výzkumu podle zvláštního právního předpisu5)
    - osoba, které byla udělena mezinárodní ochrana formou doplňkové ochrany podle zvláštního právního předpisu6)
    - cizinec, kterému bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky za účelem výkonu zaměstnání vyžadujícího vysokou kvalifikaci podle zvláštního právního předpisu7)
    - cizinec bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tento nárok zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu České republiky
    - osoba, které nárok vyplývá z přímo použitelných předpisů Evropské unie54), nebo osoba zaměstnaná, samostatně výdělečně činná, osoba ponechávající si takové postavení a její rodinní příslušníci mající právo na rovné zacházení podle předpisu Evropské unie63)
    - cizinec, kterému byla vydána zaměstnanecká karta podle zvláštního právního předpisu59)
    - cizinec, který je zaměstnán nebo již byl zaměstnán na území České republiky alespoň po dobu 6 měsíců a je v evidenci uchazečů o zaměstnání60), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu61)
    - rodinný příslušník62) osob uvedených v písmenech f), h), k) a l), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu61)
    - cizinec, kterému bylo vydáno krátkodobé vízum za účelem sezónního zaměstnání65) nebo vízum k pobytu nad 90 dnů za účelem sezónního zaměstnání66)
    - cizinec, kterému byla vydána karta vnitropodnikově převedeného zaměstnance67) nebo karta vnitropodnikově převedeného zaměstnance jiného členského státu Evropské unie68), a je převeden do obchodní korporace nebo odštěpného závodu se sídlem na území České republiky
    - rodinný příslušník osoby uvedené v písmenu o), pokud mu bylo vydáno povolení k dlouhodobému pobytu na území České republiky podle zvláštního právního předpisu62)
    - a to, pokud má bydliště na území České republiky, s výjimkou osob uvedených v písmenech j), n) a o); co se rozumí bydlištěm, stanoví zákon o pomoci v hmotné nouzi
  - sociální služby, se při splnění podmínek poskytují
    - osobám uvedeným v odstavci 1, s výjimkou osob uvedených v písmenech n) až p) ; podmínka bydliště na území České republiky zde neplatí
    - občanovi členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu3) po dobu delší než 3 měsíce
    - rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle zvláštního právního předpisu3) po dobu delší než 3 měsíce

ČÁST DRUHÁ se týká *PŘÍSPĚVKŮ NA PÉČI*

- **podmínky nároku** na příspěvek na péči (§7 -§10)
  - má osoba starší 1 roku, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti → hodnotí se podle počtu základních životních potřeb, které tato osoba není schopna bez cizí pomoci zvládat
  - při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto základní životní potřeby (10 oblastí): mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost
  - stupně/míra závislost: 1. stupeň - lehká (nezvládá 4 potřeby); 2. stupeň – středně těžká (nezvládá 5-6 potřeb); 3. stupeň – těžká (nezvládá 7-8 potřeb); 4. stupeň – úplná (nezvládá 9-10 potřeb)

- péče o domácnost se neposuzuje u osob do 18 let; navíc se posuzuje rozsah, intenzita a náročnost péče, kterou je třeba jedinci věnovat

Stupeň závislosti	Osoby mladší 18 let Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku	Osoby starší 18 let Nezvládnuté životní potřeby	Měsíční výše příspěvku
I. (lehká závislost)	3	3300 Kč	3 nebo 4	880 Kč
II. (středně těžká závislost)	4 nebo 5	6600 Kč	5 nebo 6	4400 Kč
III. (těžká závislost)	6 nebo 7	13 900,00 Kč	7 nebo 8	12 800,00 Kč
IV. (úplná závislost)	8 nebo 9	19 200,00 Kč	9 nebo 10	19 200,00 Kč

- **výše příspěvku** (§11)
  - výše příspěvku na péči pro osoby do 18 let věku činí za kalendářní měsíc
    - 3 300 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
    - 6 600 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
    - 13 900 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
      - *pozn. 9 900 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
    - 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)
      - *pozn. 13 200 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
  - výše příspěvku na péči pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc
    - 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost)
    - 4 400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost)
    - 12 800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost)
      - *pozn. 8 800 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
    - 19 200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost)
      - *pozn. 13 200 Kč, pokud služby poskytuje poskytovatel pobytových sociálních služeb*
- **zvýšení příspěvku** (§12)
  - může být zvýšen o částku 2 000 Kč měsíčně, a to v případě splnění podmínek jednoho ze dvou následujících důvodů: *z důvodu nízkého příjmu oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných*
    - náleží zaopatřenému dítěti do 18 let věku, kterému náleží příspěvek, s výjimkou
      - dítěte, kterému náleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče podle zákona o sociálně-právní ochraně dětí
      - dítěte, jemuž nenáleží příspěvek na úhradu potřeb dítěte ze systému dávek pěstounské péče proto, že požívá důchod z důchodového pojištění, který je stejný nebo vyšší než tento příspěvek
      - dítěte, které je v plném přímém zaopatření zařízení pro péči o děti nebo mládež
    - náleží rodiči, kterému náleží příspěvek, a který pečuje o nezaopatřené dítě do 18 let věku, jestliže rozhodný příjem oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných je nižší než dvojnásobek částky životního minima oprávněné osoby a osob s ní společně posuzovaných podle zákona o životním a existenčním minimu
  - zvýšení příspěvku náleží v kalendářním měsíci, v němž se vyplácí příspěvek
  - je třeba dokázat výši příjmů
- **nárok na příspěvek a jeho výplatu** (§13 -§17)
  - pojednává o změně nároku, zániků nároku, přechodu nároku, postoupení a srážky
- **výplata příspěvku** (§18 -§20)
  - způsob
    - vyplácí se měsíčně, a to v kalendářním měsíci, za který náleží
    - vyplácí ho krajská pobočka Úřadu práce, která je příslušná k rozhodování o příspěvku
    - je vyplácen v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem
  - příjemce – je oprávněná osoba, není-li dále stanoveno jinak (může být stanoven zákonný zástupce/opatrovník/jiná fyzická osoba, které byla nezletilá osoba svěřena do péče)
  - zvláštní příjemce – je třeba souhlasu od příjemce pro určení zvláštního příjemce; zvláštní příjemce je povinen příspěvek využít ku prospěchu pečované osoby
- **povinnosti žadatele o příspěvek, oprávněné osoby a jiného příjemce příspěvku** (§21 -§22)
  - povinnost podrobit se sociální šetření; vyšetření zdravotního stavu lékařem plnícím úkoly okresní správy sociálního zabezpečení či jinému odbornému vyšetření, předložit určenému poskytovateli zdravotních služeb nálezy ošetřujících lékařů; osvědčit skutečnosti rozhodné pro nárok na příspěvek (výše nebo výplata); písemně ohlásit ÚP změny ve skutečnostech v průběhu řízení o příspěvku; písemně ohlásit ÚP, že je mu poskytováno u 1 či více poskytovatelů zdravotních služeb následná nebo dlouhodobá lůžková péče; písemně ohlásit ÚP propuštění ze zdravotního zařízení (apod. viz daný zákon)
  - věnuje se také přeplatkům

- **řízení o příspěvku** (§23 - §28)
  - zahajuje se na základě písemné žádosti podané na tiskopisu předepsaném ministerstvem (žádosti jsou k dispozici na kontaktních pracovištích krajských poboček Úřadu práce nebo na Integrovaném portálu MPSV v sekci Elektronické formuláře)
  - žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky Úřadu práce
  - příslušnost se určuje dle místa trvalého pobytu žadatele o příspěvek
  - krajská pobočka Úřadu práce (sociální pracovník) provádí pro účely rozhodování o příspěvku nejprve sociální šetření, při kterém se zjišťuje schopnost samostatného života osoby v jejím přirozeném sociálním prostředí
  - následně krajská pobočka Úřadu práce zašle příslušné okresní správě sociálního zabezpečení žádost o posouzení stupně závislosti osoby
    - při posuzování stupně závislosti osoby vychází okresní správa sociálního zabezpečení ze zdravotního stavu osoby doloženého nálezem vydaným poskytovatelem zdravotních služeb, z výsledku sociálního šetření a zjištění potřeb osoby, popřípadě z výsledků funkčních vyšetření a z výsledku vlastního vyšetření posuzujícího lékaře
  - na základě tohoto posudku pak krajská pobočka Úřadu práce vydá rozhodnutí o tom, zda se příspěvek na péči přiznává či nikoliv
  - proti tomuto rozhodnutí se lze odvolat
  - odvolání se podává k úřadu, který napadené rozhodnutí vydal, o odvolání pak rozhoduje MPSV
- **kontrola využívání příspěvku** (§29)
  - kontrola, zda byl využit příspěvek k zajištění pomoci, která je poskytována osobou blízkou/asistentem sociální péče; pomoc je poskytována osobě; způsob poskytované pomoci a její rozsah odpovídá stanovenému stupni závislosti; osoba poskytující pomoc je zdravotně způsobilá; byla s poskytovatelem sociální služeb uzavřena smlouva o poskytování sociálních služeb
- **informační systém o příspěvku** (§30)
  - pojednává o údajích o uživatelích, které údaje mohou být poskytování a komu

ČÁST TŘETÍ se věnuje *SOCIÁLNÍM SLUŽBÁM*

- **druhy sociálních služeb** (rozdělení v §32)
  - ***sociální poradenství*** (samostatně v §37)
    - základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
    - *základní* – poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace (poskytovatelé jsou vždy povinni tuto činnost poskytnout)
    - *odborné* – poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se ZP, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, speciálních lůžkových zdravotnických zařízení hospicového typu
  - služby ***sociální péče*** (samostatně v *§38*)
    - napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem podpořit život v jejich přirozeném sociálním prostředí a umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení
    - každý má právo na poskytování služeb sociální péče v nejméně omezujícím prostředí
    - *osobní asistence* (samostatně v §39)
      - terénní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby *(níže bude uvedeno jen o jaký typ se jedná a* -II- ; tedy *bez pokračování …které mají sníženou soběstačnost,…)*
      - poskytována bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob a při činnostech, které osoba potřebuje
      - cena za osobní asistenci činí max. 130 Kč/hod
      - základní činnosti – pomoc při: zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně; zajištění stravy; zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - *pečovatelská služby* (samostatně v §40)
      - terénní nebo ambulantní služba -II-

- poskytována ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony
- základní činnosti – pomoc při: zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; stravy nebo pomoc při zajištění stravy; zajištění chodu domácnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím

▪ *tísňová péče* (samostatně v §41)
- terénní služba, kterou se poskytuje nepřetržitá distanční hlasová a elektronická komunikace s osobami vystavenými stálému vysokému riziku ohrožení zdraví nebo života v případě náhlého zhoršení jejich zdravotního stavu nebo schopností
- základní činnosti: poskytnutí nebo zprostředkování neodkladné pomoci při krizové situaci; sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *průvodcovské a předčitatelské služby* (samostatně v §42)
- terénní nebo ambulantní služby poskytované osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu věku nebo zdravotního postižení v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti
- služby mohou být poskytovány též jako součást jiných služeb
- základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenských prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *podpora samostatného bydlení* (samostatně v §43)
- terénní služba poskytovaná osobám -II- (včetně duševního onemocnění)
- základní činnosti: pomoc při zajištění chodu domácnosti; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *odlehčovací služby* (samostatně v §44)
- terénní, ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám -II- (+ o které je jinak pečováno v jejich přirozeném sociálním prostředí; cílem služby je umožnit pečující fyzické osobě nezbytný odpočinek
- základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování v případě pobytové služby; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
- pozn. respitní péče - hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo školských službách a zapojení v kolektivu. Podpůrná opatření prvního stupně nemají normovanou finanční náročnost.

▪ *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§45 - §51)*

▪ *sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče* (samostatně v §52)
- *pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče* o doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb
- *základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí*

○ služby ***sociální prevence*** (samostatně v §53)

▪ napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby

▪ cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů

▪ raná péče (samostatně v §54)
- terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu
- zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby
- základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ telefonická krizová pomoc (samostatně v §55)

- terénní služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života nebo v jiné obtížné životní situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami
- základní činnosti: telefonickou krizovou pomoc; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ tlumočnické služby (samostatně v §56)
- terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby
- základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§57 - §58)*

▪ kontaktní centra (samostatně v §59)
- nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách
- cílem je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek
- základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí; poskytnutí podmínek pro osobní hygienu

▪ *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§60 - §64)*

▪ sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi (samostatně v §65)
- terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje
- základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ sociální aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením (samostatně v §66)
- ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením ohroženým sociálním vyloučením
- základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§67 - §68)*

▪ terénní programy (samostatně v §69)
- terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy
- určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny
- cílem je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba může být osobám poskytována anonymně
- základní činnosti: zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

▪ *další služby viz níže v zařízení sociálních služeb (§70 - §XX)*

- **formy sociálních služeb** (§33)
  - pobytové - jedná se o služby spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb
  - ambulantní – služby, za kterými osoba dochází nebo je doprovázena/dopravována do zařízení sociálních služeb a součástí služby není ubytování
  - terénní – služby, které jsou osobě poskytovány v jejím přirozeném prostředí
- **zařízení sociálních služeb** (rozdělení §34)
  - centra denních služeb (samostatně v §45)
    - ambulantní služby -II-
    - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - denní stacionáře (samostatně v §46)
    - ambulantní služby -II-
    - základní činnosti: pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - týdenní stacionáře (samostatně v §47)
    - pobytové služby -II-

- základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

- domovy pro osoby se zdravotním postižením (samostatně v §48)
  - pobytové služby osobám vyžadující pravidelnou pomoc jiné osoby
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - nezaopatřeným dětem → se poskytuje osobní vybavení (prádlo, šatstvo a obuv), drobné předměty běžné osobní potřeby a některé služby s přihlédnutím k jejich potřebám (př. stříhání vlasů, holení, pedikúra)
  - může být vykonávána ústavní výchova, výchovná opatření nebo předběžné opatření podle zvláštních právních předpisů (práva a povinnosti dětí; právo ředitele zařízení povolit dítěti pobyt mimo zařízení/zakázat/přerušit návštěvu osob zodpovědných za výchovu,…, nárok na kapesné a jeho výši)
- domovy pro seniory (samostatně v §49)
  - pobytové služby
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- domovy se zvláštním režimem (samostatně v §50)
  - pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, a osobám se stařeckou, Alzheimerovou demencí a ostatními typy demencí, které mají sníženou soběstačnost z důvodu těchto onemocnění, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby
  - režim v těchto zařízeních při poskytování sociálních služeb je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- chráněné bydlení (samostatně v §51)
  - pobytová služba
  - chráněné bydlení má formu skupinového, popřípadě individuálního bydlení
  - základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při zajištění chodu domácnosti; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
- azylové domy (samostatně v §57)
  - pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení
  - základní činnosti: poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; poskytnutí ubytování; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitost
- domy na půl cesty (samostatně v §58)
  - pobytové služby zpravidla pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež, a pro osoby, které jsou propuštěny z výkonu trestu odnětí svobody nebo ochranné léčby
  - způsob poskytování je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
- zařízení pro krizovou pomoc (samostatně v §60)
  - terénní, ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svoji nepříznivou sociální situaci vlastními silami
  - základní činnosti: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitost
- intervenční centra (samostatně v §60 a)
  - pomoc nabídnuta nejpozději do 48hodin osobě ohrožené domácím násilím, kde došlo k vykázání násilníka z domácnosti
  - může být poskytnuta rovněž na základě žádosti osoby ohrožené násilným chováním jiné osoby obývající s ní společné obydlí nebo i bez takového podnětu, a to bezodkladně poté, co se intervenční centrum o ohrožení osoby násilným chováním dozví.
  - služby jsou poskytovány jako služby ambulantní, terénní nebo pobytové
  - základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí

        - základní činnosti v případě pobytové služby: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
        - zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi intervenčními centry, poskytovateli jiných sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, útvary Policie České republiky a obecní policie, jakož i ostatními orgány veřejné správy
    - nízkoprahová denní centra (samostatně v §61)
        - ambulantní, popřípadě terénní služba pro osoby bez přístřeší
        - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
    - nízkoprahová zařízení pro děti a mládež (samostatně v §62)
        - ambulantní, popřípadě terénní služby dětem ve věku od 6 do 26 let ohroženým společensky nežádoucími jev
        - cílem je zlepšit kvalitu jejich života předcházením nebo snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících se způsobem jejich života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky k řešení jejich nepříznivé sociální situace
        - může být poskytována anonymně
        - základní činnosti: výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - noclehárny (samostatně v §63)
        - ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování
        - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí přenocování
    - zařízení (služby) následné péče (samostatně v §64)
        - ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují
        - základní činnosti: sociálně terapeutické činnosti; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; pomoc při uplatňování práv, oprávěných zájmů a obstarávání osobních záležitostí
        - základní činnosti v případě pobytové služby: poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
    - sociálně terapeutické dílny (samostatně v §67)
        - ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nejsou z tohoto důvodu umístitelné na otevřeném ani chráněném trhu práce
        - účelem je dlouhodobá a pravidelná podpora zdokonalování pracovních návyků a dovedností prostřednictvím sociálně pracovní terapie
        - základní činnosti: pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu; poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy; nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností
    - terapeutické komunity (samostatně v §68)
        - pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života
        - základní činnosti: poskytnutí stravy; poskytnutí ubytování; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; sociálně terapeutické činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - centra sociálně rehabilitačních služeb (samostatně v §70)
    - sociální poradny
    - pracoviště rané péče
    - kombinací lze zřizovat mezigenerační a integrovaná centra
- **základní činnosti při poskytování sociálních služeb** (§35 - §36)
    - pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu
    - pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
    - poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy
    - poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování
    - pomoc při zajištění chodu domácnosti
    - výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti
    - základní sociální poradenství
    - zprostředkování kontaktu se společenským prostředím
    - sociálně terapeutické činnosti
    - pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
    - telefonická krizová pomoc
    - nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění
    - podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností

  - rozsah úkonů stanoví prováděcí právní předpis
  - základní činnosti u jednotlivých druhů sociálních služeb jsou jejich poskytovatelé povinni zajistit
  - *ošetřovatelská a rehabilitační péče je osobám poskytována především prostřednictvím zaměstnanců zařízení uvedených v předchozí větě, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu*
- **sociální rehabilitace** (§70)
  - = soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí
  - základním cílem sociální rehabilitace je společenská integrace, podpora soběstačnosti, nezávislosti a ochrana osob se zdravotním postižením, tzn. uplatňování jejich práv, naplňování jejich potřeb a prosazování jejich zájmů
  - poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb
  - základní činnosti (ambulantní a terénní): nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění; zprostředkování kontaktu se společenským prostředím; výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti; pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - základní činnosti (pobytové): poskytnutí ubytování; poskytnutí stravy; pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu
- **úhrada nákladů za sociální služby** (§71 - §77)
  - poskytovány bez úhrady nákladů nebo za částečnou nebo plnou úhradu nákladů
  - hradí osoba ve výši sjednané ve smlouvě uzavřené s poskytovatelem služby
  - bez úhrady (§72) - sociální poradenství; raná péče; telefonická krizová pomoc; tlumočnické služby; krizová pomoc; služby následné péče s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 64 odst. 3; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením; terénní programy; sociální rehabilitace s výjimkou základních činností poskytovaných podle § 70 odst. 3; sociální služby v kontaktních centrech a nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež; služby sociálně terapeutických dílen s výjimkou základní činnosti poskytované podle § 67 odst. 2 písm. b); sociální služby intervenčních center
  - za úhradu (§73) - týdenních stacionářích; domovech pro osoby se zdravotním postižením; domovech pro seniory; domovech se zvláštním režimem; zdravotnických zařízeních lůžkové péče; hradí osoba úhradu za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu
  - maximální výši úhrady za ubytování a stravu stanoví prováděcí právní předpis; po úhradě za ubytování a stravu při poskytování pobytových služeb v týdenních stacionářích musí osobě zůstat alespoň 25 % jejího příjmu
  - při poskytování pobytových služeb uvedených v odstavci 1 písm. b) až e) musí osobě zůstat alespoň 15 % jejího příjmu
  - dále stanovuje v jakém případě a kdo hradí za nezaopatřené dítě v jednotlivých pobytových zařízeních/co a v jaké míře hradí při poskytování dalších služeb
- Standardy kvality sociálních služeb – závazné od 1.1.2007 a jsou obsahem přílohy č. 2 vyhlášky MPSV ř. 505/2006 Sb.; existuje 15 standardů ve 3 oblastech (procedurální, personální a provozní), které jsou rozděleny do 48 kritérií (viz níže)
- dle dokumentu *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe* (2002) je lze považovat za pravidla a principy poskytování sociálních služeb a zejména za měřítka pro hodnocení jejich naplnění
- pozn. poskytovatel a uživatel sociálních služeb
  - poskytovatel - územní samosprávné celky a jimi zřizované právnické osoby, další právnické osoby, fyzické osoby a ministerstvo a jím zřízené organizační složky státu + právnická nebo fyzická osoba, která má k této činnosti oprávnění
  - uživatel - osoba, která při péči o vlastní osobu potřebuje pomoc jiné fyzické osoby, osoba v nepříznivé sociální situaci, osoba ohrožená sociálním vyloučením → osoba které jsou poskytovány sociální služby z důvodu její nepříznivé sociální situace
- **podmínky registrace** (§78 - §84)
  - lze poskytovat jen na základě oprávnění k poskytování
  - o registraci rozhoduje krajský úřad příslušný podle místa trvalého nebo hlášeného pobytu fyzické osoby nebo sídla právnické osoby, popřípadě podle umístění organizační složky zahraniční právnické osoby na území České republiky
  - podmínky: podání písemné žádosti obsahující všechny náležitosti; bezúhonnost; odborná způsobilost všech fyzických osob poskytující péči; zajištění hygienických podmínek; vlastnické nebo jiné právo k objektu; zajištění personálních, materiálních

a technických podmínek; skutečnost, že na majetek žadatele nebylo zahájeno insolvenční řízení; trestní bezúhonnost (doklad výpisem trestního rejstříku)
  - povinnost uzavřít pojistnou smlouvu před zahájením poskytování služeb
  - nutné schválení registrujícího orgánu
- **registr poskytovatelů** (§85 - §87)
  - vede ho krajský úřad (správcem listinné podoby)
  - v listinné i elektronické podobě
  - ministerstvo je správcem elektronické podoby (zajišťuje na vlastní náklady potřebný software)
    - obsahuje identifikační číslo, číselné označení sociální služby, informaci o výsledku provedené inspekce poskytování sociálních služeb + údaje o kapacitě, materiálním, technickém a personálním zabezpečení, poskytování základních a fakultativních činností a financování jednotlivých sociálních služeb + výše poskytované dotace na příslušný kalendářní rok
  - registr je veřejným seznamem (na požádání z veřejného registru vydá úřední výpis nebo opis)
  - poskytovatel sociálních služeb je povinen poskytnout veškeré potřebné informace registru
- **povinnosti poskytovatelů sociálních služeb** (§88)
  - zajistit dostupnost informací o druhu, místě, okruhu osob, jímž péči poskytují; informovat zájemce o všech povinnostech; vytvářet při poskytování vhodné podmínky; zpracovat vnitřní pravidla zajištění poskytované služby a pravidla pro podávání a vyřizování stížností osob; plánovat průběh poskytování sociální služby dle osobních cílů, potřeba a schopností; vést evidenci žadatelů; dodržovat standardy kvality sociálních služeb; uzavřít s osobou smlouvu; neprodleně oznámit úřadům v případě ukončení poskytování pobytové služby
- **opatření omezující pohyb osob** (§89)
  - nelze používat opatření omezující pohyb osob, jimž jsou sociální služby poskytovány, s výjimkou případů přímého ohrožení jejich zdraví a života nebo zdraví a života jiných fyzických osob, a to za dále stanovených podmínek pouze po dobu nezbytně nutnou, která postačuje k odstranění přímého ohrožení jejich zdraví a života a života jiných fyzických osob
  - lze použít pouze tehdy, pokud byla neúspěšně použita jiná opatření pro zabránění takového jednání osoby, které ohrožuje její zdraví a život nebo zdraví a život jiných fyzických osob; poskytovatel sociálních služeb je proto povinen podle konkrétní situace nejdříve využít možnosti slovního zklidnění situace a jiné způsoby pro zklidnění situace, například odvrácení pozornosti, rozptýlení, aktivní naslouchání; osoba musí být vhodným způsobem informována, že může být vůči ní použito opatření omezující její pohyb (zvolit nejmírnější opatření)
- **smlouva o poskytnutí sociálních služeb** (§90 - §91c)
  - osoba může požádat o poskytnutí sociální služby poskytovatele sociálních služeb nebo může požádat obec, ve které má trvalý nebo hlášený pobyt, o zprostředkování možnosti poskytnutí sociální služby anebo o zprostředkování kontaktu s poskytovatelem sociálních služeb
  - o poskytnutí sociální služby uzavírá osoba smlouvu s poskytovatelem sociálních služeb; tato smlouva se neuzavírá v případě poskytnutí sociální služby dítěti na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavní výchovy, výchovného opatření nebo předběžného opatření
  - povinné náležitosti: označení smluvních stra, druh sociální služby, rozsah poskytování sociální služby, místo a čas poskytování sociální služby, výše úhrady za sociální služby sjednanou v rámci výše úhrady stanované v par. 73-77 a způsob její placení včetně způsobu vyúčtování, ujednání o dodržování vnitřních pravidel stanovených poskytovatelem pro poskytování sociálních služeb, výpovědní důvody a výpovědní lhůty, doba platnosti
  - poskytovatel sociálních služeb může odmítnout uzavřít smlouvu o poskytování sociálních služeb pouze, pokud
    - neposkytuje sociální službu, o kterou osoba žádá, a to i s ohledem na vymezení okruhu osob v registru poskytovatelů sociálních služeb
    - nemá dostatečnou kapacitu k poskytnutí sociální služby, o kterou osoba žádá
    - zdravotní stav osoby, která žádá o poskytnutí pobytové sociální služby, vylučuje poskytnutí takové sociální služby; tyto zdravotní stavy stanoví prováděcí právní předpis
    - osobě, která žádá o poskytnutí sociální služby, vypověděl v době kratší než 6 měsíců před touto žádostí smlouvu o poskytnutí téže sociální služby z důvodu porušování povinností vyplývajících ze smlouvy
  - žadatel je povinen předložit posudek registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru všeobecné praktické lékařství o zdravotním stavu
  - osoba, které dle zdravotního posudku není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce neb opatrovníka, zastupuje při uzavírání smlouvy obecní úřad obce s rozšířenou působností dle místa trvalého bydliště (může uzavřít smlouvu v případě)
    - neposkytnutí okamžité pomoci při řešení nepříznivé sociální situace by v důsledku oslabení nebo ztráty schopnosti z důvodu nepříznivého zdravotního stavu způsobeného duševní poruchou ohrozilo její život nebo by jí hrozilo vážné poškození zdraví anebo by totéž hrozilo osobám v jejím okolí
    - nezbytnou podporu a pomoc jí nelze zajistit mírnějším a méně omezujícím opatřením
  - pokud poskytovatel odmítne přijmout žádost z jiných důvodů než předchozích, vydá o tom osobě na její žádost písemné oznámení s uvedením důvodu odmítnutí
  - poskytovatel sociálních služeb vede evidenci o osobách, kterým poskytuje pobytovou sociální službu na základě smlouvy
  - smlouva se sociální službou uzavíratelná alespoň z jedné strany: raná péče; tlumočnické služby; sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi; sociální rehabilitace
- **působnost při zajišťování sociálních služeb**
  - obecní úřad obce s rozšířenou působností - zajišťuje osobě, které není poskytována sociální služba, a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, poskytnutí sociální služby nebo jiné formy

pomoci, a to v nezbytném rozsahu; koordinuje poskytování sociálních služeb a poskytuje odborné sociální poradenství osobám ohroženým sociálním vyloučením z důvodu předchozí ústavní nebo ochranné výchovy nebo výkonu trestu, osobám, jejichž práva a zájmy jsou ohroženy trestnou činností jiné osoby, a osobám, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností; přitom spolupracuje se zařízeními pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, s Vězeňskou službou České republiky, Probační a mediační službou České republiky, správními úřady a územními samosprávnými celky; na základě oznámení poskytovatele zjišťuje, zda je nezbytné poskytnout osobě umístěné ve zdravotnickém zařízení služby sociální péče a zprostředkovává možnost jejich poskytnutí (pokud nelze poskytnout – neprodleně sděluje poskytovateli); na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob

- krajský úřad - zajišťuje ve spolupráci s obecním úřadem poskytnutí sociálních služeb v případě, kdy poskytovatel sociálních služeb ukončil poskytování sociálních služeb z důvodu zrušení jeho registrace, pozbytí její platnosti, popřípadě z jiného důvodu; koordinuje poskytování sociálních služeb; na svém území realizuje a koordinuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob
- obec - zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb; zajišťuje dostupnost informací; spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb; může zpracovat střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje a zástupci poskytovatelů; spolupracuje s krajem při přípravě a realizaci střednědobého plánu; spolupracuje s krajem při určování sítě sociálních služeb
- kraj - zjišťuje potřeby poskytování sociálních služeb; zajišťuje dostupnost informací; spolupracuje s obcemi, s dalšími kraji a s poskytovateli sociálních služeb; zpracovává střednědobý plán rozvoje sociálních služeb ve spolupráci s obcemi na území kraje a zástupci poskytovatelů; sleduje a vyhodnocuje plnění plánů rozvoje sociálních služeb; informuje ministerstvo, zajišťuje dostupnost poskytování; určuje síť sociálních služeb na území kraje
- ministerstvo - řídí a kontroluje výkon; zpracovává národní strategii rozvoje sociálních služeb, sleduje a vyhodnocuje její plnění a ve spolupráci s kraji určuje parametry dostupnosti sociálních služeb

ČÁST ČTVRTÁ se týká INSPEKCE POSKYTOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- (§97)
  - provádí u schválených poskytovatelů sociálních služeb ministerstvo
  - předmětem inspekce: plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb; kvalita poskytovaných služeb; plnění povinnosti vést evidenci
  - poskytovatelé jsou povinni informovat o závažných nedostatcích zjištěných při inspekci osobu, se kterou uzavřela smlouvu o poskytování sociálních služeb či zákonného zástupce/opatrovníka
- (§98)
  - inspekce se provádí v místě poskytování sociálních služeb
  - inspekci provádí inspekční tým, který tvoří nejméně 3 členové (v rámci pobytových služeb) či 3 členové v ostatních případech
  - musí být přizváni specializovaní odborníci
  - inspekce se může dotazovat osob, kterým je sociální služba poskytována
  - ministerstvo je oprávněno ukládat poskytovateli sociálních služeb opatření k odstranění nedostatků
- (§99)
  - kvalita sociálních služeb se při výkonu inspekce ověřuje pomocí standardů kvality sociálních služeb
    - měřítka kvality:
      - zásada ochrany lidských práv uživatele: poskytovatel musí bezpodmínečně zajistit dodržování lidských práv uživatele služby.
      - zásada individualizace služby: služba musí vycházet z potřeb uživatele, jsou stanoveny prostředky a cíle k jejich naplnění.
      - zásada odbornosti: musí být stanovena struktura a počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného vzdělávání – vždy odpovídající potřebám cílové skupiny
      - zásada provozního zabezpečení: prostředí poskytované služby je důstojné a musí zajistit možnost přirozeného způsobu života
  - Standardy kvality sociálních služeb jsou souborem kritérií, jejichž prostřednictvím je definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami
  - plnění standardů kvality se hodnotí systémem bodů
  - obsah jednotlivých standardů kvality a bodové hodnocení stanoví prováděcí právní předpis

ČÁST PÁTÁ se týká MLČENLIVOSTI a sdělování údajů orgánů sociálně-právní ochrany dětí

ČÁST ŠESTÁ se týká FINANCOVÁNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB (ze státního rozpočtu, určená dotace ministerstva, EU – vše na požádání)

ČÁST SEDMÁ se týká PŘESTUPKŮ

ČÁST OSMÁ se týká PŘEDPOKLADŮ PRO VÝKON POVOLÁNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

- **sociální pracovník** (§109 - §110)
  - vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb
  - předpokladem k výkonu povolání: plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost (posuzuje lékař) a odborná způsobilost podle tohoto zákona (VOŠ akreditovaný program zaměřený na sociální práci a sociální pedagogiku apod., VŠ ukončený titulem Bc., Mgr. či PhDr. zaměřeném na sociální práci)
- další vzdělávání sociálního pracovníka (§111)
  - povinnost zaměstnavatele zabezpečit sociálnímu pracovníku další vzdělávání
  - formy: specializační vzdělávání, účast na kurzech s akreditovaným programem, odborné stáže, účast na školicích akcích, účast na konferencích

ČÁST DEVÁTÁ se týká PŘEDPOKLADŮ PRO VÝKON ČINNOSTÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

- **okruh pracovníků** (§115)
  - sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, manželští a rodinní poradci a další odborní pracovníci, kteří přímo poskytují sociální služby
  - také dobrovolníci za podmínek stanovených zvláštním předpisem
- **pracovník v sociálních službách** (§116) je ten, kdo vykonává
  - přímou obslužnou péči o osoby v ambulantních nebo pobytových zařízeních sociálních služeb spočívající v nácviku jednoduchých denních činností, pomoci při osobní hygieně a oblékaní, manipulaci s přístroji, pomůckami, prádlem, udržování čistoty a osobní hygieny, podporu soběstačnosti, posilování životní aktivizace, vytváření základních sociálních a společenských kontaktů a uspokojování psychosociálních potřeb
  - základní výchovnou nepedagogickou činnost spočívající v prohlubování a upevňování základních hygienických a společenských návyků, působení na vytváření a rozvíjení pracovních návyků, manuální zručnosti a pracovní aktivity, provádění volnočasových aktivit zaměřených na rozvíjení osobnosti, zájmů, znalostí a tvořivých schopností formou výtvarné, hudební a pohybové výchovy, zabezpečování zájmové a kulturní činnosti
  - pečovatelskou činnost v domácnosti osoby spočívající ve vykonávání prací spojených s přímým stykem s osobami s fyzickými a psychickými obtížemi, komplexní péči o jejich domácnost, zajišťování sociální pomoci, provádění sociálních depistáží pod vedením sociálního pracovníka, poskytování pomoci při vytváření sociálních a společenských kontaktů a psychické aktivizaci, organizační zabezpečování a komplexní koordinování pečovatelské činnosti a provádění osobní asistence
  - pod dohledem sociálního pracovníka činnosti při základním sociálním poradenství, depistážní činnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, činnosti při zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, činnosti při poskytování pomoci při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí
  - podmínkou výkonu: plná svéprávnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost podle tohoto zákona
    - odborná způsobilost – vyžadován AKK – kromě ergoterapeutů, ošetřovatelů, sociálních pracovníků
    - obsah AKK stanoví prováděcí právní předpis
    - povinnost splnit AKK do 18 měsíců ode dne nástupu do zaměstnání (do té doby vykonává činnosti pod dohledem)
    - povinnost zaměstnavatele zajistit další vzdělávání

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti

- platná novela: *274/2021 Sb.* (2.8.2021 – 31.1.2022)
  - *POZOR! od 1.2.2022 platná 261/2021 Sb.; od 1.4.2022 248/2021 Sb.)*
  - → ***stačí říci zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti v znění pozdějších předpisů***

ČÁST TŘETÍ se týká ZAMĚSTNÁVÁNÍ OSOB SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- osobám se zdravotním postižením je poskytována **zvýšená ochrana na trhu práce** (§67)
  - osoby se ZP jsou osoby invalidní v 1., 2. a/nebo 3. stupni či zdravotně znevýhodněni (=má zachovánu schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu)
  - za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav tento zákon považuje stav, který dle lékařské vědy má trvat déle než 1 rok a podstatně omezuje tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti
  - osoba se zdravotním postižením musí dodat doklad – posudek/potvrzení orgánu sociálního zabezpečení (u invalidních stupňů) či potvrzení/rozhodnutí tohoto orgánu (u zdravotního znevýhodnění)
- **evidence** osob se zdravotním postižením (§68)
  - krajská pobočka Úřadu práce vede evidenci osob se ZP, kterým poskytuje služby dle tohoto zákona
- vymezuje pojem **pracovní rehabilitace** (§69)
  - = souvislá činnost zaměřená na získání a udržení vhodného zaměstnání osoby se zdravotním postižením, kterou na základě její žádosti zabezpečují krajské pobočky Úřadu práce a hradí náklady s ní spojené
  - zahrnuje poradenskou činnost zaměřenou na volbu povolání, volbu zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti, teoretickou a praktickou přípravu pro zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, zprostředkování, udržení a změnu zaměstnání, změnu povolání a vytváření vhodných podmínek pro výkon zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti
  - rekvalifikační kurzy
  - pracovní rehabilitaci zabezpečuje krajskou pobočka ÚP → sestavuje individuální plán pracovní rehabilitace s ohledem na zdravotní způsobilost jedince
  - na základě doporučení ošetřujícího lékaře mohou být zařazeny fyzické osoby, které jsou uznány za dočasně neschopné práce, a na základě doporučení okresní správy sociálního zabezpečení vydaného v rámci kontrolní lékařské prohlídky též fyzické osoby, které přestaly být invalidními (zařazení nesmí být v rozporu se zdravotním stavem)
  - ÚP je povinna zařazení písemně oznámit příslušné okresní správě sociálního zabezpečení s uvedením data zahájení, místa výkonu, denního rozsahu a celkové délky trvání pracovní rehabilitace, a do 5 kalendářních dnů písemně oznámit její ukončen
  - dohoda o zabezpečení pracovní rehabilitace mez ÚP a právnickou osobou: identifikační údaje účastníků dohody; identifikační údaje osoby se ZP, pro kterou je pracovní rehabilitace určena; obsah a délka pracovní rehabilitace; místo a způsob provedení; způsob, výše a podmínky úhrady nákladů na zabezpečení PR; způsob kontroly plnění sjednaných podmínek; způsob ověření získaných znalostí a dovedností; podmínky a termín zúčtování poskytnuté úhrady nákladů na zabezpečení; závazek právnické nebo fyzické osoby vrátit poskytnutou úhradu nebo její část (pokud jí byla jejím zaviněním poskytnuta neprávem); ujednání a vypovězení dohody
  - teoretická a praktická příprava pro zaměstnání: příprava na budoucí povolání; příprava k práci; specializované rekvalifikační kurzy
  - příprava k práci je cílená činnost směřující k zapracování osoby se zdravotním postižením na vhodné pracovní místo a k získání znalostí, dovedností a návyků nutných pro výkon zvoleného zaměstnání nebo jiné výdělečné činnosti. Tato příprava trvá nejdéle 24 měsíců; provádí se na:
    - pracovištích jejího zaměstnavatele individuálně přizpůsobených zdravotnímu stavu
    - na pracovních místech pro osoby se ZP
    - ve vzdělávacích zařízeních státu, územních samosprávných celků, církví a náboženských společností, občanských sdružení
  - o přípravě k práci uzavírá Úřad práce s osobou se zdravotním postižením písemnou dohodu, která obsahuje: identifikační údaje účastníků dohody; obsah přípravy k práci; dobu a místo konání přípravy k práci; způsob jejího zabezpečení a způsob ověření získaných znalostí a dovedností; ujednání o vypovězení dohody
  - dokladem o absolvování přípravy je osvědčení vydané právnickou nebo fyzickou osobou, u níž byla příprava k práci prováděna
  - osobě se zdravotním postižením, která nepobírá dávky nemocenského pojištění, starobní důchod nebo mzdu (plat) nebo náhradu mzdy (platu), náleží po dobu účasti na přípravě k práci na základě rozhodnutí krajské pobočky Úřadu práce podpora při rekvalifikaci → podpora při rekvalifikaci náleží i v případě, že tato osoba není vedena v evidenci uchazečů o zaměstnání
- **příspěvek** na **zřízení pracovního místa** pro osobu se ZP/**úhradu provozních nákladů** v souvislosti se zaměstnávám osoby se ZP (§75 - §77)
  - pracovním místem zřízeným pro osobu se zdravotním postižením se rozumí pracovní místo, které zaměstnavatel zřídil pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody uzavřené s Úřadem práce; na zřízení pracovního místa pro

osobu se zdravotním postižením poskytuje Úřad práce zaměstnavateli příspěvek; pracovní místo zřízené pro osobu se zdravotním postižením musí být takovou osobou obsazeno po dobu 3 let

- příspěvek na zřízení pracovního místa
  - může činit maximálně osminásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně dvanáctinásobek průměrné mzdy v národním hospodářství za první až třetí čtvrtletí předchozího kalendářního roku; zřizuje-li zaměstnavatel na základě jedné dohody s Úřadem práce 10 a více pracovních míst pro osoby se zdravotním postižením, může příspěvek na zřízení jednoho pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením činit maximálně desetinásobek a pro osobu s těžším zdravotním postižením maximálně čtrnáctinásobek průměrné mzdy podle věty první
  - poskytuje se za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno posečkání daně; příspěvek na zřízení pracovního místa pro osobu se zdravotním postižením se zaměstnavateli neposkytne po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
  - žádost o zřízení pracovního místa obsahuje: identifikační údaje zaměstnavatele; místo a předmět podnikání nebo místo a předmět činnosti zaměstnavatele; charakteristiku pracovního místa pro osobu ze ZP a počet těchto pracovních míst
  - ÚP povinen v dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí přísvěpku, jejichž nesplnění není porušením kázně, a podmínky, jejichž nesplnění bude postihováno
- příspěvek na úhradu provozních nákladů
  - příspěvek na úhradu provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se zdravotním postižením může Úřad práce poskytnout na základě písemné dohody uzavřené se zaměstnavatelem, který zaměstnává v pracovním poměru osobu se zdravotním postižením
  - se poskytuje za podmínky, že zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění nebo na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti, s výjimkou případů, kdy bylo povoleno splácení ve splátkách a není v prodlení se splácením splátek nebo povoleno posečkání daně; roční výše příspěvku může činit nejvýše 48000 Kč na jednu osobu se zdravotním postižením + příspěvek se zaměstnavateli neposkytne po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
  - neposkytne se zaměstnavateli: na osobu se zdravotním postižením, která pracuje mimo pracoviště zaměstnavatele; na zaměstnance v pracovním poměru, který je osobou zdravotně znevýhodněnou; na osobu se zdravotním postižením, která je dočasně přidělena k výkonu práce k uživateli, jde-li o zaměstnavatele, který je agenturou práce
  - žádost: je nutné přiložit doklad o účtu zaměstnavatele v peněžním ústavu. Potvrzení o splnění podmínky
  - Úřad práce je povinen v dohodě rozlišit podmínky pro poskytnutí příspěvku, jejichž nesplnění není porušením rozpočtové kázně, a podmínky, jejichž nesplnění bude postihováno odvodem podle jiného právního předpisu
  - Ministerstvo stanoví prováděcím předpisem charakteristiku pracovního místa pro osobu se ZP a druh provozních nákladů vynaložených v souvislosti se zaměstnáváním osoby se ZP

- **chráněný trh práce a dohoda o uznání zaměstnavatele za zaměstnavatele na chráněném trhu práce** (§78)
  - tvořen zaměstnavateli, kteří zaměstnávají více než 50% osob se ZP z celkového počtu zaměstnanců
  - ÚP uzavřel písemnou dohodu o jejich uznání (v rámci místní působnosti krajské pobočky ÚP)
  - dohoda o uznání lze uzavřít za podmínky, že:
    - zaměstnává ve čtvrtletním přepočteném počtu za kalendářní čtvrtletí předcházející dni podání žádosti o uzavření této dohody více než 50 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu svých zaměstnanců
    - ke dni podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele nebyl pravomocně odsouzen pro trestný čin podvodu podle jiného právního předpisu v souvislosti s poskytováním příspěvku na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením podle tohoto zákona
    - ke dni podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele není v likvidaci nebo v posledních 5 letech nebylo rozhodnuto o zamítnutí insolvenčního návrhu proto, že jeho majetek nebude postačovat k úhradě nákladů insolvenčního řízení, o zastavení insolvenčního řízení z důvodu, že pro uspokojení věřitelů je jeho majetek zcela nepostačující, nebo o zrušení konkursu z téhož důvodu
    - v období 12 měsíců přede dnem podání žádosti o uzavření dohody o uznání zaměstnavatele
      - vyplácel nejméně 80 % zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, mzdu nebo plat bezhotovostně převodem na účet vedený u peněžního ústavu, nebo poštovní poukázkou
      - zaměstnával nadpoloviční většinu zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, na pracovištích, která nejsou jejich bydlištěm
      - neuzavíral se zaměstnanci, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, smlouvy, z nichž by vyplýval závazek těchto zaměstnanců poskytovat zaměstnavateli peněžní prostředky, nebo dohody o srážkách ze mzdy nebo platu v rozporu s dobrými mravy
      - mu nebyla pravomocně uložena pokuta za správní delikt nebo přestupek na úseku zaměstnanosti nebo inspekce práce

- dohoda o uznání zaměstnavatele se uzavírá na dobu 3 let, pokud opětovně nejpozději do 3 měsíců nepožádal zaměstnavatel o uzavření nové dohody
- ÚP může dohodu vypovědět, pokud zaměstnavatel přestane splňovat podmínky dohody a pokud výše pokuty přesáhla 50k; nesplnil závazek předložit roční zprávu o činnosti zaměstnavatele
- výpovědní doba činí 2 měsíce a počíná běže prvním dnem kalendářního měsíce následujícího po doručení výpovědi zaměstnavateli
- příspěvky: u lehkého postižení – 8 násobek průměrné mzdy; u těžkého - 12 násobek průměrné mzdy
- chráněné pracovní místo
  - je pracovní místo vytvořené zaměstnavatelem pro osobu se zdravotním postižením na základě písemné dohody s úřadem práce
  - chráněné pracovní místo musí být provozováno po dobu nejméně 2 let ode dne sjednaného v dohodě
- chráněná pracovní dílna
  - je pracoviště zaměstnavatele, kde je zaměstnáno nejméně 60 % zaměstnanců se zdravotním postižením

- **příspěvek na podporu zaměstnávání osob se ZP** (§78 a)
  - poskytuje se příspěvek na podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením formou částečné úhrady vynaložených prostředků na mzdy nebo platy a dalších nákladů
  - pro poskytování příspěvku je příslušná krajská pobočka Úřadu práce, v jejímž obvodu má sídlo zaměstnavatel, který je právnickou osobou, nebo v jejímž obvodu má bydliště zaměstnavatel, který je fyzickou osobou
  - příspěvkem jsou nahrazovány skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy v měsíční výši 75 % prostředků skutečně vynaložených
  - pro účely stanovení výše příspěvku se skutečně vynaložené prostředky na mzdy nebo platy snižují o částku odpovídající výši
    - poskytnuté naturální mzdy
    - srážek ze mzdy nebo platu určených k uspokojení plnění zaměstnavatele podle občanského zákoníku, s výjimkou srážek provedených k uhrazení škody, za kterou zaměstnanec odpovídá, nebo příspěvku zaměstnance na stravování podle § 236 zákoníku práce
    - náhrady mzdy nebo platu poskytnuté zaměstnanci při překážkách v práci na straně zaměstnavatele
  - zaměstnavateli k příspěvku podle odstavce 2 náleží paušální částka 1000 Kč měsíčně na osobu se zdravotním postižením podle § 67 odst. 2 na náklady vynaložené zaměstnavatelem na zaměstnávání osob se zdravotním postižením v kalendářním čtvrtletí, za které o poskytnutí příspěvku žádá (může uplatnit žádost o zvýšení)
  - poskytuje se čtvrtletně zpětně na základě písemné žádosti zaměstnavatele, která musí být krajské pobočce Úřadu práce doručena nejpozději do konce kalendářního měsíce následujícího po uplynutí příslušného kalendářního čtvrtletí
  - za podmínky, že k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí zaměstnavatel nemá v evidenci daní zachyceny daňové nedoplatky vedené příslušným finančním nebo celním úřadem, nemá nedoplatek na pojistném a na penále na sociální zabezpečení a příspěvku na státní politiku zaměstnanosti a na pojistném a na penále na veřejné zdravotní pojištění, s výjimkou případů, kdy
    - bylo povoleno splácení ve splátkách a zaměstnavatel není v prodlení se splácením splátek nebo bylo povoleno posečkání daně
    - součet nedoplatků zaměstnavatele, s výjimkou nedoplatků podle písmene a), k poslednímu dni příslušného kalendářního čtvrtletí nepřesáhl 10000 Kč a zaměstnavatel tyto nedoplatky uhradil do 15. dne kalendářního měsíce následujícího po kalendářním čtvrtletí, za které o poskytnutí příspěvku žádá, nebo je uhradil do 5 pracovních dnů ode dne, kdy se o těchto nedoplatcích od krajské pobočky Úřadu práce dozvěděl v případě, že si údaje o nedoplatcích podle § 147b zjistil Úřad práce sám, pokud mu k tomu dal zaměstnavatel souhlas a za tímto účelem zprostil příslušný finanční nebo celní úřad povinnosti mlčenlivosti vůči Úřadu práce; uhrazení nedoplatku je zaměstnavatel povinen krajské pobočce Úřadu práce doložit
  - příspěvek se zaměstnavateli neposkytne:
    - po dobu 3 let ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za umožnění výkonu nelegální práce
    - po dobu 12 měsíců ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o uložení pokuty za správní delikt nebo přestupek na úseku zaměstnanosti nebo inspekce práce, pokud výše uložené pokuty přesáhla 50000 Kč, a to na vyšší počet zaměstnanců, kteří jsou osobami se zdravotním postižením, než jaký zaměstnavatel zaměstnával ke dni nabytí právní moci rozhodnutí o uložení této pokuty

- pokud žádají 2 zaměstnavatelé o příspěvek na toho stejného zaměstnance (je zaměstná ve 2 firmách), pak se poskytne příspěvek tomu, u něhož byl zaměstnanec zaměstnán nejdříve
- ÚP vydává rozhodnutí o poskytnutí/neposkytnutí příspěvku a za jakých podmínek
- příspěvek je splatný nejpozději do 14 kalendářních dnů ode dne nabytí právní moci rozhodnutí o poskytnutí příspěvku
- příspěvek či jeho část je zaměstnavatel povinen vrátit, pakli-že mu byl vyplacen neprávem
- nárok na vrácení příspěvku či jeho části zaniká uplynutím 5 let ode dne jeho poskytnutí zaměstnavateli
- další náklady: provozních zaměstnanců a pracovních asistentů; náklady spojené s dopravou zaměstnávaných osob; náklady na přizpůsobení provozovny
- maximální částka příspěvku činí 13 600 Kč

- vymezuje **práva a povinnosti zaměstnavatelů** (§79 - §84)
  - upravuje povinnosti zaměstnavatele při vytváření pracovních příležitostí pro osoby se zdravotním postižením
  - formuluje sankce vůči zaměstnavatelům při nedodržení některých podmínek po zaměstnávání těchto osob
  - vymezuje pravidla alternativních způsobů naplňování podmínek pro zaměstnávání těchto osob
  - vytyčuje kritéria, ze kterých je jedinec zařazován do skupiny osob se zdravotním znevýhodněním
  - stanovuje závazky státu vůči zaměstnavateli, jestliže vytváří takové pracovní příležitosti a umožňuje pracovní uplatnění osob se ZP
  - upravuje zabezpečování státní politiky zaměstnanosti, jejímž záměrem je dosažení plné zaměstnanosti a ochrana proti nezaměstnanosti
  - zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci v pracovním poměru jsou povinni zaměstnávat osoby se zdravotním postižením ve výši povinného podílu těchto osob na celkovém počtu zaměstnanců zaměstnavatele; povinný podíl činí 4 %
    - zaměstnáváním v pracovním poměru
    - odebíráním výrobků nebo služeb od zaměstnavatelů zaměstnávajících více než 50 % zaměstnanců na zřízených nebo vymezených chráněných pracovních místech (§ 75), kteří jsou osobami se zdravotním postižením, nebo zadáváním zakázek těmto zaměstnavatelům nebo odebíráním výrobků nebo služeb od osob se zdravotním postižením, které jsou osobami samostatně výdělečně činnými a nezaměstnávají žádné zaměstnance, nebo zadáváním zakázek těmto osobám
    - odvodem do státního rozpočtu
    - vzájemnou kombinací způsobů uvedených v písmenech a) až c)
  - plnění povinného podílu zaměstnávání osob se zdravotním postižením, včetně způsobů plnění, je zaměstnavatel povinen do 15. února následujícího roku písemně ohlásit krajské pobočce Úřadu práce, v jejímž územním obvodu je sídlo zaměstnavatele, který je právnickou osobou, nebo bydliště zaměstnavatele, který je fyzickou osobou

- **daňové výhody pro zaměstnavatele**
  - může uplatnit slevu na dani z příjmů
  - výše slevy závisí na míře ZP dotyčného zaměstnance a zohledňuje i odpracované hodiny vzhledem k pracovní době stanovené v zákoníku práce
  - 18 000 Kč za každého zaměstnance se zdravotním postižením, případně poměrnou část, dojdeme-li přepočtem na průměrný počet zaměstnanců (viz dále) k desetinnému číslu;
  - 60 000 Kč za každého zaměstnance s těžším zdravotním postižením, nebo opět případně poměrnou část této částky
  - kdy osoby se ZP jsou: invalidní ve 3. stupni, 1. nebo 2. stupni a zdravotně znevýhodnění

- **společensky účelná pracovní místa**
  - pracovní místa, která zaměstnavatel zřizuje nebo vyhrazuje na základě dohody s Úřadem práce a obsazuje je uchazeči o zaměstnání, kterým nelze zajistit pracovní uplatnění jiným způsobem
  - pracovní místo, které zřídil po dohodě s Úřadem práce uchazeč o zaměstnání za účelem výkonu samostatné výdělečné činnosti

- na společensky účelná pracovní místa může Úřad práce poskytnout příspěvek

MOŽNOSTI ZAMĚSTNÁNÍ *(detailněji viz otázka 11, 12)*

Volný trh práce, běžné zaměstnání

Podporované zaměstnávání

- podpora na cestě k pracovnímu uplatnění na otevřeném/volném trhu práce k „běžnému" zaměstnání
- podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí
- jejich schopnost získat a udržet si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce
- APZ (agentury podporovaného zaměstnávání) – zajišťují podporované zaměstnávání
- pracovní tým APZ: koordinátor agentury, pracovní konzultant - pracuje s uchazečem v době, kdy práci hledá, pracovní asistenti - dochází do zaměstnávání s klientem, musí umět odhadnout míru podpory, pozor aby ho v zaměstnání nebrali za zaměstnance místo klienta + třeba: další školící pracovník, psycholog, terénní pracovník
- identifikační znaky:
  - okamžité umístění na pracovní místo – od tradičních služeb v oblasti zaměstnanosti se PZ liší změnou v pořadí trénink – místění na pracoviště
  - učí se přímo na pracovišti, trénink probíhá na pracovišti
  - trénink pracovníka přímo na pracovišti
  - konkurence schopná práce
  - zaměstnání v běžném pracovním prostředí
  - průběžná podpora – snižující se tendence
  - na míru šitá podpora
  - aktivní přístup uživatele služeb PZ
- cílové skupiny:
  - určeno lidem, kteří chtějí pracovat na otevřeném trhu práce, kteří potřebují pomoc a podporu při hledání práce, při práci samotné k tomu, aby si práci udrželi a dlouhodobě v celé pracovní kariéře
  - potřeba podpory plyne z individuálních specifických potřeb jednotlivce
  - určující: najde si práci, ale neudrží si ji – nezvládá to
  - může být drogově závislý, zdravotně postižený, bezdomovec,
  - znevýhodňující faktory mohou být způsobeny zdravotním postižením, závislostí na návykových látkách, situace z výkonu trestu, bezdomovectvím a podobně
- cílem co nejkratší podpora
- cílem programu je, aby zájemce o práci, který má minimální šanci zapojit se do běžného pracovního života, získal a byl schopen udržet si skutečnou práci, která odpovídá jeho požadavkům a možnostem
- záměrem je, aby míra i délka podpory vedoucí k cíli byla minimální, tedy aby se účastník programu ve svém zaměstnání co nejdříve osamostatnit
- vznik a vývoj podporovaného zaměstnávání – 70. léta 20. století v USA

Sociální podnik

- funguje jako běžný podnik, který chce získat zisk, ale rozdílem je, že zisk který získal, vrací na podporu osob se ZP

Přechodné zaměstnání - tranzitní program

- sociální služba usnadňující žáků se speciálními potřebami přechod ze školy do zaměstnání (na trh práce)
- většinou pomocí praxe, kterou vykonávají v podnicích již během studia
- cílovou skupinou programu jsou žáci praktických škol, kterým má pomoci zapojit se do zaměstnání na otevřeném trhu práce. Jelikož se jedná o jedince obvykle s mentálním či kombinovaným, potřebují zprvu podporu a pomocnou ruku
- cílem je nalézt pro jedinec nejvhodnější místo, a kde by se mohl nejlépe uplatnit
- většinou to poskytují neziskové organizace (SPOLU Olomouc)
- finance z grantů udělených nevládním organizacím, z EU, finanční prostředky na aktivní politiku zaměstnanosti jsou využívány převážně k pokrytí mezd personálu agentur
- Česká unie pro podporované zaměstnávání www.unie-pz.cz

Chráněné dílny – poskytována ve speciálních zařízeních s denním režimem, podstatou je aktivizace, upevnění a rozvoj pracovních dovedností a návyků

Denní centra a stacionáře

Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) – jediný nadační fond v ČR zabývající se výhradně problematikou zaměstnávání osob se ZP

Strategický rámec politiky zaměstnanosti do roku 2030 - Střednědobá strategie přístupu státu

ANALÝZA STAVU osob se ZP na trhu práce

- osoby se zdravotním postižením tvoří dlouhodobě skupinu, jejíž přístup k zaměstnání je znašně omezen
- důvodem obtížnějšího uplatnění se na trhu práce jsou kromě vlastního zdravotního omezení snižujícího pracovní potenciál i další související faktory – zjm. nižší vzdělávání způsobené zhoršeným přístup ke vzdělání, specifické potřeby a omezení
- 2013 – podíl IZP s nejvyšším dosaženým základním vzděláváním 33,7% všech OZP; v celé populaci 18,1%
- → postupně dochází ke zlepšení: v posledních letech pokles zastoupení osob s postižením se ZŠ vzděláním na 23,4% (v celé populaci na 13,7%)
- obtíže nastávají hlavně při získaném postižení, kdy jim nedovoluje vykonávat dosavadní zaměstnání (až 38,9% uvádí, že muselo kvůli zdravotnímu stanu změnit zaměstnání)
- limitujícím faktorem je také nedostatek vhodných pracovních příležitostí
- roku 2008 dochází k významnému zlepšení postavení OZP na trhu práce ve smyslu tvorby vhodných pracovních příležitostí a ochoty zaměstnavatelů OZP zaměstnávat
- mezi lety 2015 – 2018 → vzrostla míra zaměstnanosti OZP ze 17% na 25,3% a míra nezaměstnanosti poklesla z 24,8% na 6,7%

Vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti

- platná novela: *444/2017*. (1.1.2018)
  - → **stačí říci vyhláška č. 518/2004 Sb., kterou se provádí zákon č. 435/2004 ve znění pozdějších předpisů**
- obsahuje dodatky k pracovní rehabilitaci, příspěvkům na zřízení pracovního místa, chráněný trh práce, výpočet průměrného ročního přepočetného počtu zaměstnanců a výpočet plnění povinného podílu, poradenské činnosti, příspěvkům v rámci aktivní politiky zaměstnanost, sdílenému zprostředkování zaměstnání

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění

- platná novela: *323/2021 Sb*. (9.9.2021 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 platná 330/2021 Sb.; od 1.9.2022 323/2021 Sb.)*
  - → **stačí říci zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění ve znění pozdějších předpisů**

ČÁST PRVNÍ

- **rozsah působnosti**
  - upravuje důchodové pojištění pro případ stáří, invalidity a úmrtí živitele
  - organizaci a provádění pojištění, povinnosti pojištěných osob, příjemců dávek a zaměstnavatelů a jejich odpovědnost v pojištění a pojistné na pojištění (dále jen "pojistné") upravují zvláštní zákony
  - tento zákon se použije na právní vztahy, které nejsou upraveny přímo použitelným předpisem Evropských společenství v oblasti pojištění
- **účast na pojištění**
  - povinná pro fyzické osoby (dále jen "osoby") pro dané osoby a dobrovolné
  - pojištěncem se pro účely pojištění rozumí osoba, která je nebo byla účastna pojištění
- **způsobilost osob v právních vztazích pojištění**
  - vzniká narozením a zaniká smrtí (příp. prohlášením za mrtvého)
  - svéprávnost → vzniká dosažením zletilosti, přiznáním svéprávnosti nebo uzavřením manželství + způsobilost být účastníkem řízení o přiznání invalidního důchodu [§ 4 odst. 1 písm. b)] vzniká ukončením povinné školní docházky; přiznáním tohoto důchodu vzniká plná svéprávnost podle věty první a trvá až do dosažení zletilosti; o omezení svéprávnosti platí obdobně ustanovení občanského zákoníku

- osoba, která nemá svéprávnost podle odstavce 2, musí být zastoupena zákonným zástupcem nebo opatrovníkem; kdo je zákonným zástupcem nezletilého nebo opatrovníkem, stanoví občanský zákoník

- **druhy důchodů a jejich výše**
  - starobní / invalidní / vdovský a vdovecký / sirotčí
  - → výše důchodu se skládá ze základní výměry a z procentní výměry
  - základní výměra se stanoví procentní sazbou z průměrné mzdy a procentní výměra se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu, jde-li o důchody uvedené v odstavci 1 písm. a) a b), nebo z procentní výměry důchodu zemřelého, jde-li o důchody vdovské či sirotčí

ČÁST ČTVRTÁ → INVALIDNÍ DŮCHOD

- **podmínky nároku na invalidní důchod**
  - invalidní důchod je pro lidi, kteří nemohou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu částečně nebo zcela vykonávat soustavnou výdělečnou činnost, příjmem – částečnou či úplnou náhradou výdělku
    - mohou být zaměstnáni a vykonávat samostatnou výdělečnou činnost → omezení výdělečné činnosti existují pouze u nejvyššího, tj. III. stupně invalidity
  - nárok má:
    - jedinec, pokud ještě nedosáhl 65 věku a stal se invalidním a získal potřebnou dobu pojištění, pokud nesplnil ke dni vzniku invalidity podmínky nároku na starobní důchod podle § 29, popřípadě, byl-li přiznán starobní důchod podle § 31, pokud nedosáhl důchodového věku,
    - jedinec, který se stal invalidním následkem pracovního úrazu
    - lidé, kterým z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu poklesla pracovní schopnost nejméně o 35 %
  - invalidní důchod je vyplácen osobám invalidním, rozdělených do 3. stupňů (výších) podle míry poklesu pracovní schopnosti
    - I. stupně invalidity - pokles pracovní schopnost jedince nejméně o 35 % a nejvíce o 49 %
    - II. stupně invalidity - pokles nejméně o 50 % a nejvíce o 69 %
    - III. stupně invalidity - pokles o nejméně 70 %
  - pokles pracovní schopnosti = „pokles schopnosti vykonávat výdělečnou činnost v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu“ (tamtéž, § 39, odst. 3); při určování poklesu pracovní schopnosti se vychází z výsledků funkčních vyšetření zdravotního stavu jedince (zdravotní stav trvale ovlivňující pracovní schopnost / stabilizovaný zdravotní stav / jak je pojištěnec na své ZP adaptován / schopnost rekvalifikace / schopnost využití zachované pracovní schopnosti i v případě poklesu / v případě poklesu nejméně o 70% též to, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek)
  - potřebná doba pojištění pro nárok:

    do 20 let méně než jeden rok,
    od 20 let do 22 let jeden rok,
    od 22 let do 24 let dva roky,
    od 24 let do 26 let tři roky,
    od 26 let do 28 let čtyři roky a
    nad 28 let pět roků.

- **výše invalidního důchodu**
  - výše základní výměry invalidního důchodu činí 10% průměrné mzdy měsíčně
  - výše procentní výměry invalidního důchodu činí za každý celý rok doby pojištění
    - 0,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně
    - 0,75 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně

- 1,5 % výpočtového základu měsíčně, jedná-li se o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně
- ustanovení § 33 odst. 2 věty druhé a třetí a § 34 odst. 1 věty druhé platí zde obdobně

- při změně stupně invalidity se nově stanoví výše invalidního důchodu, a to ode dne, od něhož došlo ke změně stupně invalidity; nová výše procentní výměry invalidního důchodu se stanoví jako součin procentní výměry invalidního důchodu, který náležel ke dni, který předchází dni, od něhož došlo ke změně stupně invalidity, a koeficientu, který se vypočte jako podíl procentní sazby výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění uvedené v odstavci 2, která odpovídá novému stupni invalidity, a procentní sazby výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění uvedené v odstavci 2, která odpovídá dosavadnímu stupni invalidity; koeficient podle věty první se stanoví s přesností na 4 platná desetinná místa
- dopočtená doba se započte:
  - plně, je-li období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod kryto dobou českého pojištění nebo vznikla-li invalidita následkem pracovního úrazu anebo doba, která není kryta dobou českého pojištění, je kratší 1 roku, vznikla-li invalidita před 28. rokem věku pojištěnce, 2 let, vznikla-li invalidita od dosažení věku 28 let do 40. roku věku pojištěnce, nebo 3 let, vznikla-li invalidita od dosažení věku 40 let pojištěnce
  - ve sníženém rozsahu, nejsou-li splněny podmínky uvedené v písmenu a); v tomto případě se krátí dopočtená doba v poměru délky dob pojištění získaných v českém pojištění v období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod k době, která uplynula od dosažení 18 let věku do dne vzniku nároku na invalidní důchod, s tím, že po tomto krácení se počet dnů dopočtené doby zaokrouhluje na celé dny směrem nahoru
  - pro účely stanovení délky dopočtené doby se za dobu pojištění považuje též doba studia na střední nebo vysoké škole v České republice po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let tohoto studia.

- **invalidní důchod a jeho výše v mimořádných případech**
  - na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně má nárok též osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území České republiky a je invalidní pro invaliditu třetího stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku a tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu (§ 40) → za invaliditu třetího stupně se pro účely věty první považuje též takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavné přípravy k pracovnímu uplatnění; při posuzování invalidity pro účely nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně podle věty první se neprovádí srovnání se stavem, který byl u osoby uvedené ve větě první před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (§ 39 odst. 3 věta druhá)
  - výše procentní výměry invalidního důchodu osoby uvedené v odstavci 1 činí měsíčně 45 % výpočtového základu; pro účely stanovení výpočtového základu se za osobní vyměřovací základ považuje všeobecný vyměřovací základ, který o dva roky předchází roku přiznání invalidního důchodu, vynásobený přepočítacím koeficientem (§ 17 odst. 4) pro úpravu tohoto všeobecného vyměřovacího základu
  - procentní výměra invalidního důchodu náleží pojištěnci mladšímu 28 let, který splnil podmínky nároku na invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, nejméně ve výši stanovené podle odstavce 2, na invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně nejméně ve výši poloviny částky stanovené podle odstavce 2 a na invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně nejméně ve výši třetiny částky stanovené podle odstavce 2, je-li invalidní důchod přiznáván před 18. rokem věku nebo je-li období od 18 let věku do vzniku nároku na invalidní důchod kryto dobou pojištění nebo doba, která není kryta dobou pojištění, je kratší jednoho roku; přitom se pro tyto účely za dobu pojištění považuje i doba studia na střední nebo vysoké škole v České republice po ukončení povinné školní docházky do dosažení věku 18 let a po dosažení věku 18 let po dobu prvních 6 let tohoto studia, doba, po kterou byl pojištěnec veden v evidenci krajské pobočky Úřadu práce jako uchazeč o zaměstnání, a náhradní doba pojištění, i když doba pojištění netrvala ani jeden rok
  - pojištěnci, který ke dni vzniku nároku na invalidní důchod získal aspoň 15 roků doby pojištění uvedené v § 11 a § 13 odst. 1, náleží procentní výměra invalidního důchodu nejméně ve výši stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, nejméně ve výši poloviny částky stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, a nejméně ve výši třetiny částky stanovené podle odstavce 2, jde-li o invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně

- pozn. **přeměna invalidního důchodu na starobní důchod**
  - nárok na invalidní důchod zaniká dnem, kterým jeho poživatel dosáhl věku 65 let; tímto dnem vzniká tomuto poživateli nárok na starobní důchod
  - starobní důchod, na který vznikl nárok podle odstavce 1, náleží ve výši, v jaké náležel dosavadní invalidní důchod
  - nárok na starobní důchod podle odstavce 1 nevylučuje nárok na starobní důchod podle § 29 odst. 1, 2 nebo 3
  - pro účely souběhu nároků na výplatu důchodů podle § 59 odst. 1 se na starobní důchod, na který vznikl nárok podle odstavce 1, hledí jako na dosavadní invalidní důchod

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů

- platná novela: *228/2019 Sb*. (1.3.2020 – 31.12.2021)
  - *POZOR! od 1.1.2022 platná 252/2021 Sb.; od 1.2.2022 261/2021 Sb.)*
  - → **stačí říci zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů ve znění pozdějších předpisů**

- **druhy dávek** (§2)
  - příspěvky na mobilitu
  - příspěvky na zvláštní pomůcku
- **okruh oprávněných osob**
  - nárok na příspěvek k výše zmíněným mají:
    - osoba, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu podle jiného právního předpisu1) nebo která má na území České republiky trvalý pobyt podle jiného právního předpisu2)
    - osoba, které byla udělena mezinárodní ochrana formou azylu nebo doplňkové ochrany podle jiného právního předpisu
    - cizinec bez trvalého pobytu na území České republiky, kterému tento nárok zaručuje mezinárodní smlouva, která je součástí právního řádu
    - občan členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - rodinný příslušník občana členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k pobytu podle jiného právního předpisu po dobu delší než 3 měsíce, nevyplývá-li mu nárok na sociální výhody z přímo použitelného předpisu Evropské unie
    - cizinec, který je držitelem povolení k trvalému pobytu s přiznaným právním postavením dlouhodobě pobývajícího rezidenta v Evropském společenství na území jiného členského státu Evropské unie, pokud je hlášen na území České republiky k dlouhodobému pobytu podle jiného právního předpisu a to, pokud má bydliště na území České republiky; co se rozumí bydlištěm, stanoví zákon o pomoci v hmotné nouzi
- **zvláštní ustavení ve vztahu k dětem** (§4)
  - je-li oprávněnou osobou dítě6), je orgán příslušný k rozhodování o dávkách povinen při rozhodování o nároku na dávku a její výši vždy sledovat dosažení nejlepšího zájmu dítěte
  - při rozhodování o nároku a výši příspěvku na zvláštní pomůcku podle § 9 až 12 v případě, že je jeho příjemcem nezletilé dítě nebo osoba s omezenou svéprávností, se předchozí souhlas soudu podle občanského zákoníku29) nevyžaduje. Předchozí souhlas soudu se nevyžaduje ani u samotného nákupu zvláštní pomůcky pořízené s využitím příspěvku a všech navazujících a souvisejících řízení před příslušnými úřady
- **příslušnost k rozhodování** (§5)
  - o dávkách a o průkazu osoby se zdravotním postižením podle tohoto zákona rozhoduje Úřad práce České republiky - krajské pobočky a pobočka pro hlavní město Prahu (dále jen „krajská pobočka Úřadu práce“). Krajská pobočka Úřadu práce je dále příslušná k řízení o přestupcích týkajících se průkazu osoby se zdravotním postižením
  - o odvolání proti rozhodnutí podle odstavce 1 rozhoduje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále jen „ministerstvo“)

PŘÍSPĚVEK NA MOBILITU

- **nárok na příspěvek na mobilitu** (§6)
  - osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, který byl přiznán podle předpisů účinných od 1. ledna 2014, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče
  - tyto podmínky kromě opakovaného dopravování za úhradu musí být splněny po celý kalendářní měsíc (splněné podmínky opakovaného dopravování za úhradu prokazuje žadatel čestným prohlášením)
  - z důvodů hodných zvláštního zřetele může být příspěvek na mobilitu přiznán i osobě, které jsou poskytovány pobytové sociální služby, pokud splňuje podmínky výše zmíněné
  - nemá nárok: osoba, které jsou poskytovány pobytové služby v domově pro seniory, v domově pro osoby se zdravotním postižením, v domově se zvláštním režimem, ve zdravotnickém zařízení ústavní péče
- **výše příspěvku na mobilitu** (§7)
  - činí 550 Kč za kalendářní měsíc
- společná ustanovení
  - **nárok na dávku** → vzniká dnem splnění podmínek; nárok na výplatu vzniká též splněním podmínek;
    - příspěvek na mobilitu → přiznán a vyplácen nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o přiznání příspěvku na mobilitu
  - **výplata dávek**
    - způsob

- příspěvek na mobilitu → vyplácí se do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, za který náleží; na základě žádosti příjemce příspěvku na mobilitu může být tento příspěvek vyplácen jednou splátkou vždy za 3 kalendářní měsíce, za které náležel
- dávky → v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem (do ciziny se nevyplácí)
- dávka je vyplacená ode dne odepsání příslušné částky z účtu ÚP v ČR

▪ příjemce a zvláštní příjemce – oprávněná osoba, není-li stanovena jinak; namísto oprávněné osoby může být zákonný zástupce či pěstoun anebo jiná oprávněná osoba, která má danou osobu svěřenou do péče rozhodnutím příslušného orgánu; příp. krajská pobočka ÚP rozhodne o ustanovení zvláštního příjemce, jestli oprávněný ji nemůže přijímat

- řízení o dávkách - účastníci, zahájení řízení, náležitosti žádosti, přerušení řízení, odvolání, povinnosti žadatele, povinnosti oprávněné osoby a jiného příjemce, přeplatky (viz výše)
- posuzování neodůvodnitelné zátěže systému; informační systém (viz výše)
- povinnosti o oprávnění zaměstnanců státu a povinnosti státních orgánů) stejné jako u příspěvků na péči (viz výše)

PŘÍSPĚVEK NA ZVLÁŠTNÍ POMŮCKU

- **podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku** (§9)
  - nárok má osoba, která má:
    - těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí
    - těžké sluchové postižení
    - těžké zrakové postižení
  - tam, kde je pomůckou motorové vozidlo či speciální zádržný systém, má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba, která má těžkou vadu nosného nebo pohybového ústrojí anebo těžkou nebo hlubokou mentální retardaci charakteru dlouhodobě nepříznivého stavu
  - okruh zdravotních postižení odůvodňujících přiznání příspěvku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k zákonu o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením
  - podmínkou pro poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku dále je, že:
    - osoba je starší: 3 let (motorové vozidlo, úprava bytu); 15 let (vodicí pes); 1 roku (všechny ostatní pomůcky)
    - zvláštní pomůcka umožní osobě sebeobsluhu nebo ji potřebuje k realizaci pracovního uplatnění, k přípravě na budoucí povolání, k získávání informací, vzdělávání anebo ke styku s okolím
    - osoba může zvláštní pomůcku využívat
  - pokud je pomůckou motorové vozidlo, je také podmínkou, že se osoba opakovaně v kalendářním měsíci dopravuje a že je schopna řídit motorové vozidlo nebo je schopna být vozidlem převážena
  - pokud je pomůckou svislá zdvihací plošina/šikmá zvedací plošina/schodišťové sedačky/stropní zvedací systém, je podmínkou souhlas vlastníka nemovitosti s povedením instalace tohoto zařízení (případně může být souhlas vyřčen rozhodnutím soudu)
  - zvláštní pomůcka NENÍ zdravotnickým prostředkem, který je plně hrazen z veřejného zdravotního pojištění anebo je osobě zapůjčen příslušnou zdravotní pojišťovnou + také nesmí jít o zdravotnický prostředek, který nebyl osobě uhrazen z veřejného zdravotního pojištění nebo zapůjčen zdravotní pojišťovnou z důvodu nedostatečné zdravotní indikace
  - pomůcky jsou poskytovány vždy v základním provedení (nejedná-li se o motorové vozidlo)
  - příspěvek poskytován na pořízení motorového vozidla, se opětovně poskytne při splnění podmínek uvedených v odstavcích 2, 5 a 6 nejdříve po uplynutí 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích, počínaje od kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, ve kterém nabylo právní moci předchozí rozhodnutí o tomto příspěvku; to neplatí, jestliže osoba tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátila, popřípadě jí jeho vrácení bylo prominuto.
  - prováděcí právní předpis stanoví dovednosti vodicího psa, které musí splňovat
  - příspěvek na pořízení vodícího psa se poskytuje pouze na pořízení vodícího psa, který byl vycvičen a předán právnickou/fyzickou osobou, která je členem mezinárodní organizace sdružující výcvikové školy

- seznam druhů a typů zvláštních pomůcek, na které je dávka určena, je obsažen ve vyhlášce --> příspěvek se poskytuje i na pomůcku, která ve vyhlášce uvedena není, a to za podmínky, že jí krajská pobočka ÚP považuje za srovnatelnou s některou z pomůcek, která ve vyhlášce uvedena je

- **stanovení výše příspěvku na zvláštní pomůcku** (§10)
  - zákon o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením rozlišuje, zda je o pomůcku v ceně do nebo přes 10 000 Kč a speciální úpravu má pro motorové vozidlo (např. dříve to bylo 24 000 Kč)
  - nižší než 10 000 Kč
    - osobě, která má příjem (a příjem s ní společně posuzovaných osob) nižší než 8násobek životního minima jednotlivce nebo životního minima společně posuzovaných osob
    - výše příspěvku na zvláštní pomůcku se stanoví tak, že spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky, nejméně však 1 000 Kč
    - z důvodů hodných zvláštního zřetele, zejména žádá-li osoba opakovaně o příspěvek na různé zvláštní pomůcky v ceně do 10 00 Kč, lze tento příspěvek poskytnout, i když příjem osoby a příjem osob s ní společně posuzovaných přesahuje výše uvedený násobek životního minima
  - vyšší než 10 000 Kč
    - spoluúčast osoby činí 10 % z předpokládané nebo již zaplacené ceny zvláštní pomůcky; maximální výše příspěvku na zvláštní pomůcku činí 350 000 Kč (výjimka u zdvihacích plošin/šikmé plošiny, kde je maximální výše 400 000 Kč)
    - jestliže osoba nemá dostatek finančních prostředků ke spoluúčasti, krajská pobočka ÚP určí nižší míru spoluúčasti (s přihlédnutím k míře využívání zvláštní pomůcky, k příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných, a k celkovým sociálním a majetkovým poměrům), minimálně však 1 000 Kč
    - výše příspěvku na zvláštní pomůcku (motorové vozidlo) se stanoví s přihlédnutím k četnosti a důvodu dopravy, příjmu osoby a příjmu osob s ní společně posuzovaných a celkovým sociálním a majetkovým poměrům (od 1 milionu do 2 milionů)
  - součet vyplácených příspěvků nesmí v 60 kalendářních měsících po sobě jdoucích přesáhnout částku 800 000Kč (v případě pořízení zdvihací plošiny/šikmé zvedací plošiny – 850 000 Kč)
- **příjem** (§11)
  - řídí se podle zákona o životním a existenčním minimu
  - rozhodným období, za které se příjem zjišťuje, je kalendářní čtvrtletí přecházející kalendářnímu měsíci, ve kterém byla podána žádost o příspěvek
- **povinnost vrátit příspěvek a zvláštní pomůcku** (§12)
  - osoba, které byl vyplacen příspěvek na zvláštní pomůcku, je povinna tento příspěvek nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
    - nepoužila příspěvek do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP na pořízení zvláštní pomůcky
    - nepoužila vyplacený příspěvek v plné výši do 3 měsíců ode dne jeho vyplacení nebo ve lhůtě stanovené krajskou pobočkou ÚP
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla pozbyla vlastnické právo ke zvláštní pomůcce
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla přestala zvláštní pomůcku užívat
    - se přestala opakovaně dopravovat nebo přestala být schopna převozu motorovým vozidlem, byl-li vyplacen příspěvek na pořízení motorového vozidla
    - použila příspěvek v rozporu s rozhodnutím o jeho přiznání nebo
    - se prokáže, že osoba, uvedla v žádosti o příspěvek na zvláštní pomůcku nepravdivé nebo zkreslené údaje
  - osoba není povinna vyplacený příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část vrátit, jestliže:
    - v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne jeho vyplacení přestala užívat zvláštní pomůcku z důvodu změny zdravotního stavu nebo v období před uplynutím 84 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku poskytnutého na pořízení motorového vozidla se z důvodu změny zdravotního stavu přestala opakovaně dopravovat nebo pozbyla schopnost být převážena motorovým vozidlem

        - byl vyplacen příspěvek na pořízení vodícího psa a pes v období před uplynutím 60 kalendářních měsíců po sobě jdoucích ode dne vyplacení příspěvku zemře nebo ztratí své dovednosti z důvodu onemocnění nebo úrazu, k němuž došlo bez zavinění příjemce dávky
        - osoba zemřela
    - povinnost vrátit poměrnou část příspěvku nevzniká, jestliže tato částka nepřesahuje 100 Kč
    - krajská pobočka Úřadu práce může z důvodů hodných zvláštního zřetele rozhodnout o prominutí povinnosti vrátit příspěvek na zvláštní pomůcku nebo jeho poměrnou část
- společná ustavení
    - **nárok na dávku** → vzniká dnem splnění podmínek; nárok na výplatu vzniká též splněním podmínek;
        - příspěvek na zvláštní pomůcku lze poskytnout též na zvláštní pomůcku, která byla zakoupena v průběhu 12 kalendářních měsíců předcházejících dni zahájení řízení o poskytnutí příspěvku na zvláštní pomůcku podle tohoto zákona
        - (+změna nároku, zánik, přechod, nepřípustnost výkonu rozhodnutí)
    - **výplata dávek**
        - způsob
            - příspěvek na zvláštní pomůcku → vyplatí se do konce kalendářního měsíce následujícího po kalendářním měsíci, v němž rozhodnutí o jeho přiznání nabylo právní moci
            - dávky → v české měně převodem na platební účet určený příjemcem nebo poštovním poukazem (do ciziny se nevyplácí)
            - dávka je vyplacená ode dne odepsání příslušné částky z účtu ÚP v ČR
        - příjemce a zvláštní příjemce – oprávněná osoba, není-li stanovena jinak; namísto oprávněné osoby může být zákonný zástupce či pěstoun anebo jiná oprávněná osoba, která má danou osobu svěřenou do péče rozhodnutím příslušného orgánu; příp. krajská pobočka ÚP rozhodne o ustanovení zvláštního příjemce, jestli oprávněný ji nemůže přijímat
    - řízení o dávkách - účastníci, zahájení řízení, náležitosti žádosti, přerušení řízení, odvolání, povinnosti žadatele, povinnosti oprávněné osoby a jiného příjemce, přeplatky (viz výše)
    - posuzování neodůvodnitelné zátěže systému; informační systém (viz výše)
    - povinnosti o oprávnění zaměstnanců státu a povinnosti státních orgánů) stejné jako u příspěvků na péči (viz výše)

PRŮKAZ OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

- (§34)
    - nárok má osoba starší 1 roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivost nebo orientace, včetně osobou s poruchou autistického spektra
    - **průkaz TP**
        - osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
        - středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu
        - středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru
        - má nárok: (§36)
            - vyhrazené místo k sedění ve veřejných dopravních prostředcích pro pravidelnou hromadnou dopravu osob, s výjimkou dopravních prostředků, v nichž je místo k sedění vázáno na zakoupení místenky
            - přednost při osobním projednávání své záležitosti, vyžaduje-li toto jednání delší čekání, zejména stání; za osobní projednávání záležitostí se nepovažuje nákup v obchodech ani obstarávání placených služeb ani ošetření a vyšetření ve zdravotnických zařízeních
        - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta úchopové schopnosti, omezení HK; ztráta prstů nebo nohy v nártu po bérec; omezení funkce DK; středně těžké omezení funkce dvou končetin; zkrácení DK přesahující 5 cm; postižení pánve a páteře; poruchy vědomí nebo závratě;

omezení pohyblivosti z onkologických postižení; psychické postižení s poruchami komunikace a orientace, mírná PAS se zachovanou komunikací; neurodegenerativní postižení

- **průkaz ZTP**
  - osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí a v exteriéru je schopna chůze se značnými obtížemi a jen na krátké vzdálenosti
  - těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a v exteriéru má značné obtíže
  - má nárok: (§36)
    - výhody uvedené u TP
    - bezplatnou dopravu pravidelnými spoji místní veřejné hromadné dopravy osob (tramvajemi, trolejbusy, autobusy, metrem)
    - slevu 75 % jízdného ve druhé vozové třídě osobního vlaku a rychlíku ve vnitrostátní přepravě a slevu 75 % v pravidelných vnitrostátních spojích autobusové dopravy
  - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta DK v kolenním kloubu a výše, uživatel protézy; ztráta DK v nártech, nártu nebo bérci; funkční ztráta DK se ztrátou opěrné funkce; ztráta DK a HK v úrovni bérce a předloktí; těžké omezení funkce 2 končetin; postižení pánve a páteře s parézami; těžké postižení pohyblivosti z onkologických postižení; oboustranná, praktická nebo úplná hluchota u osoby starší 18 let (ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci); hluchoslepota (středně těžká nedoslýchavost a silná slabozrakost + ztráta sluchu podle Fowlera 40 až 65%, a oboustranné silné slabozrakosti, kterou se rozumí zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí na lepším oku, kdy maximum je menší než 6/60 a minimum rovné nebo lepší než 3/60, nebo oboustranné koncentrické zúžení zorného pole v rozsahu 30 až 10 stupňů, i když centrální ostrost není postižena); těžká ztráta zraku (zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60); psychické postižení, středně těžký stupeň PAS; neurodegenerativní postižení
- **průkaz ZTP/P**
  - zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra
  - zvlášť těžkým funkčním postižením pohyblivosti a úplným postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna chůze v domácím prostředí se značnými obtížemi, popřípadě není schopna chůze, v exteriéru není schopna samostatné chůze a pohyb je možný zpravidla jen na invalidním vozíku
  - zvlášť těžkým funkčním postižením orientace a úplným postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu není schopna samostatné orientace v exteriéru
  - má nárok: (§36)
    - výhody uvedené u kategorií TP a ZTP
    - bezplatnou dopravu průvodce veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě,
    - bezplatnou dopravu vodicího psa, je-li úplně nebo prakticky nevidomá, pokud ji nedoprovází průvodce
  - vyhláška č. 388/2011 stanovuje zdravotní stavy: ztráta DK v kolenním kloubu a výše, uživatel protézy nebo vozíku; ztráta DK v bércích a výš; ztráta HK od lokte; ztráta DK se ztrátou opěrné funkce a současně ztráta HK; ztráta DK se ztrátou opěrných funkcí; zvlášť těžká porucha pohyblivosti hrudníku, páteře, pánve, končetiny; poruchy růstu (méně než 120 cm); selhání orgánů; oboustranná praktická nebo úplná hluchota u osoby mladší 18 let (ztráta sluchu podle Fowlera 85% a více s neschopností slyšet zvuky a rozumět řeči i přes nejlepší korekci); praktická nevidomost obou očí (zraková ostrost s nejlepší možnou korekcí 1/60, 1/50 až světlocit se správnou světelnou projekcí nebo omezení zorného pole do 5 stupňů kolem centrální fixace); těžká hluchoslepota (v rozsahu oboustranné těžké nedoslýchavosti až hluchoty, kterou se rozumí ztráta sluchu podle Fowlera horší než 65%, a oboustranná těžká ztráta zraku, kterou se rozumí zraková ostrost s korekcí, kdy maximum je menší než 3/60, minimum lepší než 1/60); střední, těžká, hluboká MR nebo demence (IQ nižší než 50); psychické postižení se ztrátou komunikace, těžký stupeň PAS; neurodegenerativní postižení
- osobám se ZTP či ZTP/P může být poskytnuta sleva ze vstupného na divadelní a filmová představení, koncerty a jiné kulturní a sportovní akce
- další nároky upravují jiné právní předpisy

- (§34a)

- průkaz osoby se zdravotním postižením obsahuje: jméno/a a příjmení, datum narození, fotografii držitele průkazu, podpis držitele průkazu (nevyžaduje se, pokud je jeho realizace spojena s těžko překonatelnou překážkou), datum vydání průkazů, označení orgánů, který průkaz vydal, označení druhu průkazu (popřípadě doplnění o symbol označení daného zdravotního postižení), ochranné prvky + platnost průkazu
- žadatel je povinen podrobit se veškerému lékařskému vyšetření, které je pro získání průkazu potřebné a je povinen doložit další požadované náležitosti
- do 8 dní je povinen hlásit úřadu zisk/vydání nového/odnětí průkazu, ztrátu, krádež, zničení,…
- neprodleně musí být průkaz odevzdán ÚP po jeho nalezení, či pokud je v držení osoby zemřelé
- ministerstvo stanovuje vyhláškou vzor a způsob provedení průkazu

- (§34b)
  - posuzování pohyblivosti a orientace pro účely přiznání průkazu se hodnotí:
    - zdravotní stav a funkční schopnosti fyzické osoby
    - zda jde o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav
    - zda jde o podstatné omezení schopnosti pohyblivosti nebo orientace a závažnost funkčního postižení
  - prováděcí předpis stanoví, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení pohyblivosti a orientace (pokud není uveden, je možné jej porovnat se srovnatelnými důsledky stavu uvedeného)
  - při hodnocení závažnosti funkčního postižení se vychází z MKF
- (§35)
  - řízení se zahajuje na základě písemné žádosti podané na předepsaném tiskopisu či z moci úřední; žádost obsahuje také označení praktického lékaře, který registruje žadatele o průkaz
  - pro účely hodnocení požádá krajská pobočka Úřadu práce příslušnou okresní správu sociálního zabezpečení o posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace
  - nárok vzniká nejdříve od počátku kalendářního měsíce, ve kterém bylo zahájeno řízení o jeho přiznání (trvá po dobu platnosti výsledku posouzení schopnosti pohyblivosti a orientace)
  - vydává krajská pobočka ÚP osobně
  - doba platnosti je nejvýše 5 let u osob do 18 let věku; nejvýše 10 let u osob starších 18 let
  - průkaz končí: uplynutí platnosti; ztrátou; smrtí; rozhodnutí ÚP

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách

- platná novela: 387/2017 Sb. (1.1.2018)

ZPŮSOB HODNOCENÍ SCHOPNOSTI ZVLÁDAT ZÁKLADNÍ ŽIVOTNÍ POTŘEBY

- (§ 1)
  - schopnost osoby zvládat základní životní potřeby se pro účely stanovení stupně závislosti hodnotí podle aktivit, které jsou pro jednotlivé základní životní potřeby vymezeny v příloze č. 1 k této vyhlášce **A** v přirozeném sociálním prostředí a s ohledem na věk fyzické osoby
  - hodnotí se tyto oblasti:
    - tělesné struktury
    - tělesné funkce duševní, mentální, smyslové, oběhové, dechové, hematologické, imunologické, endokrinologické, metabolické, zažívací, vylučovací, neuromuskuloskeletální, včetně hrubé a jemné motoriky, a funkce hlasu, řeči a kůže, a to ve vztahu k rozsahu a tíži poruchy funkčních schopností
  - za neschopnost se považuje stav, kdy:
    - porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké
    - i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu
    - stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu
  - přijatelným standardem se rozumí zvládání základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby
- (§ 2)
  - při hodnocení se posuzuje, zda z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu je rozsah duševních, mentálních, tělesných a smyslových funkčních schopností dostatečný k pravidelnému zvládání základní životní potřeby

- a zda je fyzická osoba schopna rozpoznat, provést a zkontrolovat správnost zvládnutí základní životní potřeby + se přihlíží k tomu, zda dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav trvale ovlivňuje funkční schopnosti, k výsledku rehabilitace a k adaptaci na zdravotní postižení
- sledované období rozhodné pro posouzení závislosti trvá zpravidla jeden rok; funkční schopnost zvládat základní životní potřebu se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období

- (§ 2a)
  - pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit → není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu
- (§ 2b)
  - pokud osoba do 18 let věku nemá z důvodu nízkého věku a tomu odpovídajícímu stupni biopsychosociálního vývoje ještě vyvinutou schopnost zvládat některou ze základních životních potřeb nebo některou aktivitu, není pro účely posuzování stupně závislosti považována za osobu, která je neschopna základní životní potřebu zvládat
  - → to neplatí, pokud osoba z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu při zvládání základní životní potřeby nebo některé aktivity, vyžaduje každodenní mimořádnou péči jiné fyzické osoby
- (§ 2c)
  - *Při hodnocení pro účely stanovení stupně závislostí, kdy dojde k zjištění, že daná osoba není schopna zvládat dané aktivity se sčítají*

ROZSAH ÚKONŮ POSKYTOVANÝCH V RÁMCI ZÁKLADNÍCH ČINNOSTÍ U JEDNOTLIVÝCH DRUHŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB A MAXIMÁLNÍ VÝŠE ÚHRAD ZA POSKYTOVÁNÍ NĚKTERÝCH SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

- *viz otázka č. 12*

KOMPLEXNÍ SLUŽBY V RÁMCI MŠMT

- komplexní služby v rámci tohoto resortu jsou zaměřeny především na děti, žáky a studenty **v období od tří let věku až po ukončení vysoké školy**
- základem je rovný přístup ke všem osobám se zdravotním postižením.

PRÁVO NA VZDĚLÁVÁNÍ

- právo na vzdělání je zakotveno jako základní právo v **Listině základních práv a svobod 2/1993 Sb.** (poslední změna zákona 1.1.1999)
- je nezadatelné, nezcizitelné, nepromlčitelné a nezrušitelné
- lidé jsou svobodní a rovní v důstojnosti i v právech.
- jedno ze základních sociálních práv
- *HLAVA ČTVRTÁ* – Hospodářská, sociální a kulturní práva → **čl. 33**
  - (1) Každý má právo na vzdělání. Školní docházka je povinná po dobu, kterou stanoví zákon.
  - (2) Občané mají právo na bezplatné vzdělání v základních a středních školách, podle schopností občana a možností společnosti též na vysokých školách.
  - (3) Zřizovat jiné školy než státní a vyučovat na nich lze jen za podmínek stanovených zákonem; na takových školách se může vzdělání poskytovat za úplatu.
  - (4) Zákon stanoví, za jakých podmínek mají občané při studiu právo na pomoc státu.

LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SVP V SOUČASNOSTI

Zákon č. 561/2004 Sb. o předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání

- platná novela: *94/2021*(27.2.2021 – 31.1.2022)
  - *POZOR! od 1.2.2022 261/2021*
  - → ***stačí říci zákon č. 561/2004 Sb., o předškolní, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání ve znění pozdějších předpisů***

ČÁST PRVNÍ

- **předmět úpravy** (§ 1)
  - zákon upravuje předškolní, základní, střední, vyšší odborné a některé jiné vzdělávání ve školách a školských zařízeních, stanoví podmínky, za nichž se vzdělávání a výchova (dále jen "vzdělávání")

uskutečňuje, vymezuje práva a povinnosti fyzických a právnických osob při vzdělávání a stanoví působnost orgánů vykonávajících státní správu a samosprávu ve školství

- **zásady a cíle vzdělávání** (§ 2)
  - zásady
    - rovného přístupu každého státního občana České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ke vzdělávání bez jakékoli diskriminace z důvodu rasy, barvy pleti, pohlaví, jazyka, víry a náboženství, národnosti, etnického nebo sociálního původu, majetku, rodu a zdravotního stavu nebo jiného postavení občana
    - zohledňování vzdělávacích potřeb jednotlivce
    - vzájemné úcty, respektu, názorové snášenlivosti, solidarity a důstojnosti všech účastníků vzdělávání
    - bezplatného základního a středního vzdělávání státních občanů České republiky nebo jiného členského státu Evropské unie ve školách, které zřizuje stát, kraj, obec nebo svazek obcí
    - svobodného šíření poznatků, které vyplývají z výsledků soudobého stavu poznání světa a jsou v souladu s obecnými cíli vzdělávání
    - zdokonalování procesu vzdělávání na základě výsledků dosažených ve vědě, výzkumu a vývoji a co nejširšího uplatňování účinných moderních pedagogických přístupů a metod
    - hodnocení výsledků vzdělávání vzhledem k dosahování cílů vzdělávání stanovených tímto zákonem a vzdělávacími programy
    - možnosti každého vzdělávat se po dobu celého života při vědomí spoluodpovědnosti za své vzdělávání
  - cíle
    - rozvoj osobnosti člověka, který bude vybaven poznávacími a sociálními způsobilostmi, mravními a duchovními hodnotami pro osobní a občanský život, výkon povolání nebo pracovní činnosti, získávání informací a učení se v průběhu celého života
    - získání všeobecného vzdělání nebo všeobecného a odborného vzdělání
    - pochopení a uplatňování zásad demokracie a právního státu, základních lidských práv a svobod spolu s odpovědností a smyslem pro sociální soudržnost
    - pochopení a uplatňování principu rovnosti žen a mužů ve společnosti
    - utváření vědomí národní a státní příslušnosti a respektu k etnické, národnostní, kulturní, jazykové a náboženské identitě každého
    - poznání světových a evropských kulturních hodnot a tradic, pochopení a osvojení zásad a pravidel vycházejících z evropské integrace jako základu pro soužití v národním a mezinárodním měřítku
    - získání a uplatňování znalostí o životním prostředí a jeho ochraně vycházející ze zásad trvale udržitelného rozvoje a o bezpečnosti a ochraně zdraví
- **vzdělávání dětí žáků a studentů se SVP a dětí, žáků a studentů nadaných** (§ 16)
  - dítětem, žákem a studentem se speciálními vzdělávacími potřebami se rozumí osoba, která k naplnění svých vzdělávacích možností nebo k uplatnění nebo užívání svých práv na rovnoprávném základě s ostatními potřebuje poskytnutí podpůrných opatření
    - podpůrnými opatřeními se rozumí nezbytné úpravy ve vzdělávání a školských službách odpovídající zdravotnímu stavu, kulturnímu prostředí nebo jiným životním podmínkám dítěte, žáka nebo studenta
    - děti, žáci a studenti se speciálními vzdělávacími potřebami mají právo na bezplatné poskytování podpůrných opatření školou a školským zařízením
  - <u>podpůrná opatření spočívají v</u>
    - poradenské pomoci školy a školského poradenského zařízení
    - úpravě organizace, obsahu, hodnocení, forem a metod vzdělávání a školských služeb, včetně zabezpečení výuky předmětů speciálně pedagogické péče a včetně prodloužení délky středního nebo vyššího odborného vzdělávání až o dva roky
    - úpravě podmínek přijímání ke vzdělávání a ukončování vzdělávání
    - použití kompenzačních pomůcek, speciálních učebnic a speciálních učebních pomůcek, využívání komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob11a), Braillova písma a podpůrných nebo náhradních komunikačních systémů
    - úpravě očekávaných výstupů vzdělávání v mezích stanovených rámcovými vzdělávacími programy a akreditovanými vzdělávacími programy
    - vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
    - využití asistenta pedagoga
    - využití dalšího pedagogického pracovníka, tlumočníka českého znakového jazyka, přepisovatele pro neslyšící nebo možnosti působení osob poskytujících dítěti, žákovi nebo studentovi po dobu jeho pobytu ve škole nebo školském zařízení podporu podle zvláštních právních předpisů, nebo
    - poskytování vzdělávání nebo školských služeb v prostorách stavebně nebo technicky upravených
  - <u>podpůrná opatření</u> se člení do pěti stupňů podle organizační, pedagogické a finanční náročnosti - podpůrná opatření různých druhů nebo stupňů lze kombinovat → podpůrná opatření vyššího stupně lze použít, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům poskytování dosavadních podpůrných opatření by podpůrná opatření nižšího stupně nepostačovala k naplňování vzdělávacích možností dítěte, žáka nebo studenta a k uplatnění jeho práva na vzdělávání; začlenění podpůrných opatření do jednotlivých stupňů stanoví prováděcí právní předpis
    - prvního stupně - uplatňuje škola nebo školské zařízení i bez doporučení školského poradenského zařízení
    - druhého až pátého stupně - lze uplatnit pouze s doporučením školského poradenského zařízení

- škola nebo školské zařízení může místo doporučeného podpůrného opatření přijmout po projednání s příslušným školským poradenským zařízením a s předchozím písemným informovaným souhlasem zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka jiné opatření stejného stupně, pokud to neodporuje zájmu dítěte, žáka nebo studenta

- podmínkou poskytování je vždy předchozí písemný informovaný souhlas zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka
- PO 2.-5. stupně přestane škola nebo školské zařízení po projednání se zletilým žákem, studentem nebo zákonným zástupcem dítěte nebo žáka poskytovat, pokud z doporučení školského poradenského zařízení vyplývá, že podpůrné opatření již není nezbytné
- PO při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který nemůže vnímat řeč sluchem, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému neslyšících a hluchoslepých osob, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta
  - žákům a studentům vzdělávaným v českém znakovém jazyce se souběžně poskytuje vzdělávání také v psaném českém jazyce, přičemž znalost českého jazyka si tito žáci a studenti osvojují metodami používanými při výuce českého jazyka jako cizího jazyka
  - využívá-li škola nebo školské zařízení tlumočníka českého znakového jazyka, zajistí, aby jeho činnost vykonávala osoba, která prokáže vzdělání, nebo praxi a vzdělání, jimiž získala znalost českého znakového jazyka na úrovni rodilého mluvčího a tlumočnické dovednosti na úrovni umožňující plnohodnotné vzdělávání dítěte, žáka nebo studenta
- PO při vzdělávání dítěte, žáka a studenta, který při komunikaci využívá prostředků alternativní nebo augmentativní komunikace, se volí tak, aby bylo zajištěno vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám dítěte, žáka nebo studenta
- pro děti, žáky a studenty s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, závažnými vadami řeči, závažnými vývojovými poruchami učení, závažnými vývojovými poruchami chování, souběžným postižením více vadami nebo autismem lze zřizovat školy nebo ve školách třídy, oddělení a studijní skupiny - zařadit do takové třídy, studijní skupiny nebo oddělení nebo přijmout do takové školy lze pouze dítě, žáka nebo studenta uvedené ve větě první, shledá-li školské poradenské zařízení, že vzhledem k povaze speciálních vzdělávacích potřeb dítěte, žáka nebo studenta nebo k průběhu a výsledkům dosavadního poskytování podpůrných opatření by samotná podpůrná opatření podle odstavce 2 nepostačovala k naplňování jeho vzdělávacích možností a k uplatnění jeho práva na vzdělávání - podmínkou pro zařazení je písemná žádost zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka, doporučení školského poradenského zařízení a soulad tohoto postupu se zájmem dítěte, žáka nebo studenta
- ke zřízení třídy, oddělení nebo studijní skupiny podle odstavce 9 je v případě škol zřizovaných ministerstvem nebo registrovanými církvemi nebo náboženskými společnostmi, kterým bylo přiznáno oprávnění k výkonu zvláštního práva zřizovat církevní školy, nezbytný souhlas ministerstva, v případě ostatních škol souhlas krajského úřadu

- **poradenská pomoc školského poradenského zařízení** (§ 16a)
  - školské poradenské zařízení poskytne poradenskou pomoc dítěti, žákovi, studentovi nebo zákonnému zástupci dítěte nebo žáka na základě jeho žádosti nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci podle jiného právního předpisu
  - vyžaduje-li to zájem dítěte nebo nezletilého žáka, doporučí škola nebo školské zařízení jeho zákonnému zástupci, aby vyhledal pomoc školského poradenského zařízení - škola nebo školské zařízení spolupracuje před přiznáním podpůrného opatření dítěti, žákovi nebo studentovi zejména se školským poradenským zařízením, se zřizovatelem, lékařem a orgánem sociálně-právní ochrany dětí.
  - výsledkem poradenské pomoci školského poradenského zařízení → zpráva a doporučení
    - ve zprávě školské poradenské zařízení uvede skutečnosti podstatné pro doporučení podpůrných opatření
    - v doporučení uvede závěry vyšetření a podpůrná opatření prvního až pátého stupně, která odpovídají zjištěným speciálním vzdělávacím potřebám a možnostem dítěte, žáka nebo studenta, a to včetně možných kombinací a variant podpůrných opatření a způsobu a pravidel jejich použití při vzdělávání
  - školské poradenské zařízení poskytuje zprávu a doporučení tomu, komu je poskytována poradenská pomoc + škole nebo školskému zařízení, v němž se dítě, žák nebo student vzdělává, poskytuje pouze doporučení
    - školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení
    - nejedná-li se o případ podle věty druhé, školské poradenské zařízení poskytne vydané doporučení také orgánu sociálně-právní ochrany dětí, pokud je o to orgán sociálně-právní ochrany dětí písemně požádá
  - pokud má zletilý žák, student nebo zákonný zástupce dítěte nebo žáka pochybnosti o tom, že škola nebo školské zařízení postupuje v souladu s doporučením školského poradenského zařízení, může řediteli školy nebo školského zařízení navrhnout, aby s ním případ projednal za účasti pověřeného zaměstnance příslušného školského poradenského zařízení, a ředitel je povinen jednání bez zbytečného odkladu svolat
  - projednáním podle odstavce 5 není dotčeno právo zletilého žáka, studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 6 (a pokud ani tehdy není spokojen, tak k soudu – pozn. od Michalíka)
- **revize** (§ 16b)
  - dítě, žák, student nebo zákonný zástupce může do 30 dnů ode dne, kdy obdržel zprávu nebo doporučení školského poradenského zařízení, požádat právnickou osobu zřízenou a pověřenou ministerstvem prováděním revizí o jejich revizi - o revizi doporučení může požádat také škola, školské zařízení nebo orgán veřejné moci, který svým rozhodnutím uložil zákonnému zástupci dítěte nebo žáka, dítěti, žákovi nebo studentovi povinnost využít odbornou poradenskou pomoc ve školském poradenském zařízení, do 30 dnů ode dne, kdy doporučení obdržely, a Česká školní inspekce

- právnická osoba posoudí žádost o revizi a zprávu nebo doporučení, a je-li to nezbytné k naplnění účelu revize, prověří se souhlasem zletilého žáka nebo studenta nebo zákonného zástupce dítěte nebo žáka vzdělávací potřeby a možnosti dítěte, žáka nebo studenta - a zajistí, aby prověřování bylo prováděno v místě sídla školského poradenského zařízení, které vydalo zprávu nebo doporučení - toto školské poradenské zařízení je povinno poskytnout součinnost při prověřování vzdělávacích potřeb a možností podle věty první
- o výsledku posouzení vydá právnická osoba do 60 dnů od obdržení žádosti revizní zprávu, která může obsahovat i novou zprávu nebo doporučení podpůrných opatření a v takovém případě nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení - revizní zpráva se zasílá dítěti, žáku, studentovi nebo zákonnému zástupci, příslušnému školskému poradenskému zařízení, a s vyloučením údajů, které jsou pouze obsahem zprávy podle § 16a odst. 3, také škole nebo školskému zařízení - v případě, že orgán sociálně-právní ochrany dětí žádal školské poradenské zařízení podle § 16a odst. 4 o poskytnutí doporučení, zašle školské poradenské zařízení tomuto orgánu také revizní zprávu v rozsahu týkajícím se poskytnutého doporučení
- do vydání revizní zprávy, která nahrazuje revidovanou zprávu nebo doporučení, se postupuje podle původního doporučení a zprávy vydaných školským poradenským zařízením

- **vzdělávání nadaných dětí, žáků a studentů** (§ 17)
  - školy a školská zařízení vytvářejí podmínky pro rozvoj nadání dětí, žáků a studentů
  - k rozvoji nadání dětí, žáků a studentů lze uskutečňovat rozšířenou výuku některých předmětů nebo skupin předmětů
  - třídám se sportovním zaměřením nebo žákům a studentům vykonávajícím sportovní přípravu může ředitel školy odlišně upravit organizaci vzdělávání
  - ředitel školy může mimořádně nadaného nezletilého žáka na žádost jeho zákonného zástupce, a mimořádně nadaného zletilého žáka nebo studenta na jeho žádost přeřadit do vyššího ročníku bez absolvování předchozího ročníku
  - součástí žádosti žáka, který plní povinnou školní docházku, je vyjádření školského poradenského zařízení a registrujícího poskytovatele zdravotních služeb v oboru praktické lékařství pro děti a dorost (dále jen „registrující lékař“) - podmínkou přeřazení je vykonání zkoušek z učiva nebo části učiva ročníku, který žák nebo student nebude absolvovat - obsah a rozsah zkoušek stanoví ředitel školy
- **individuální vzdělávací plán** (§ 18)
  - ředitel školy může s písemným doporučením školského poradenského zařízení povolit nezletilému žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na žádost jeho zákonného zástupce a zletilému žákovi nebo studentovi se speciálními vzdělávacími potřebami nebo s mimořádným nadáním na jeho žádost vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu
  - ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání může ředitel školy povolit vzdělávání podle individuálního vzdělávacího plánu i z jiných závažných důvodů
  - ve středním vzdělávání nebo vyšším odborném vzdělávání povolí ředitel školy individuální vzdělávací plán žákovi nebo studentovi na základě potvrzení, že žák nebo student je sportovním reprezentantem České republiky ve sportovním odvětví, vydaného sportovní organizací zastupující toto sportovní odvětví v České republice, a to v souvislosti s touto skutečností
- **práva žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých** (§ 21)
  - na vzdělávání a školské služby podle tohoto zákona
  - na informace o průběhu a výsledcích svého vzdělávání
  - volit a být voleni do školské rady, jsou-li zletilí
  - zakládat v rámci školy samosprávné orgány žáků a studentů, volit a být do nich voleni, pracovat v nich a jejich prostřednictvím se obracet na ředitele školy nebo školskou radu s tím, že ředitel školy nebo školská rada jsou povinni se stanovisky a vyjádřeními těchto samosprávných orgánů zabývat a své stanovisko k nim odůvodnit
  - vyjadřovat se ke všem rozhodnutím týkajícím se podstatných záležitostí jejich vzdělávání, přičemž jejich vyjádřením musí být věnována pozornost odpovídající jejich věku a stupni vývoje
  - na informace a poradenskou pomoc školy nebo školského poradenského zařízení v záležitostech týkajících se vzdělávání podle tohoto zákona
  - na bod 1 a 4 mají právo i zákonní zástupci dětí a nezletilých žáků
  - na bod 2 mají právo také rodiče zletilých žáků
- **povinnosti žáků, studentů a zákonných zástupců dětí a nezletilých žáků** (§ 22)
  - **žáci jsou povinni**
    - řádně docházet do školy nebo školského zařízení a řádně se vzdělávat
    - dodržovat školní a vnitřní řád a předpisy a pokyny školy a školského zařízení k ochraně zdraví a bezpečnosti, s nimiž byli seznámeni
    - plnit pokyny pedagogických pracovníků škol a školských zařízení vydané v souladu s právními předpisy a školním nebo vnitřním řádem
  - **zletilí žáci jsou dále povinni**
    - informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání
    - dokládat důvody své nepřítomnosti ve vyučování v souladu s podmínkami stanovenými školním řádem
    - oznamovat škole a školskému zařízení údaje podle § 28 odst. 2 a 3 a další údaje, které jsou podstatné pro průběh vzdělávání nebo bezpečnost žáka a studenta, a změny v těchto údajích
  - **zákonní zástupci dětí jsou povinni**
    - zajistit, aby dítě a žák docházel řádně do školy nebo školského zařízení
    - na vyzvání ředitele školy nebo školského zařízení se osobně zúčastnit projednání závažných otázek týkajících se vzdělávání dítěte nebo žáka

- informovat školu a školské zařízení o změně zdravotní způsobilosti, zdravotních obtížích dítěte nebo žáka nebo jiných závažných skutečnostech, které by mohly mít vliv na průběh vzdělávání
- dokládat důvody nepřítomnosti dítěte a žáka ve vyučování v souladu s podmínkami stanovenými školním řádem
- oznamovat škole a školskému zařízení údaje podle § 28 odst. 2 a 3 a další údaje, které jsou podstatné pro průběh vzdělávání nebo bezpečnost dítěte a žáka, a změny v těchto údajích

- **formy vzdělávání** (§ 25)
  - základní vzdělávání se uskutečňuje v denní formě vzdělávání. Střední a vyšší odborné vzdělávání se uskutečňuje v denní, večerní, dálkové, distanční a kombinované formě vzdělávání; vzdělání dosažené ve všech formách vzdělávání je rovnocenné.
  - denní formou vzdělávání výuka organizovaná pravidelně každý den v pětidenním vyučovacím týdnu v průběhu školního roku
  - večerní formou vzdělávání výuka organizovaná pravidelně několikrát v týdnu v rozsahu 10 až 18 hodin týdně v průběhu školního roku zpravidla v odpoledních a večerních hodinách
  - dálkovou formou vzdělávání samostatné studium spojené s konzultacemi v rozsahu 200 až 220 konzultačních hodin ve školním roce
  - distanční formou vzdělávání samostatné studium uskutečňované převážně nebo zcela prostřednictvím informačních technologií, popřípadě spojené s individuálními konzultacemi
  - kombinovanou formou vzdělávání střídání denní a jiné formy vzdělávání stanovené tímto zákonem
  - délka dálkového, večerního, distančního nebo kombinovaného vzdělávání je nejvýše o 1 rok delší než doba vzdělávání v denní formě

ČÁST TŘETÍ se týká POVINNOSTI ŠKOLNÍ DOCHÁZKY A ZÁKLADNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ

- **plnění povinnosti školní docházky** (§ 36)
  - povinná po dobu 9 školních roků, nejvýše však do konce školního roku, v němž žák dosáhne 17 roku věku (dále jen "povinná školní docházka")
  - vztahuje se na státní občany České republiky a na občany jiného členského státu Evropské unie, kteří na území České republiky pobývají déle než 90 dnů; dále se povinná školní docházka vztahuje na jiné cizince, kteří jsou oprávněni pobývat na území České republiky trvale nebo přechodně po dobu delší než 90 dnů, a na účastníky řízení o udělení mezinárodní ochrany
  - začíná počátkem školního roku, který následuje po dni, kdy dítě dosáhne 6. roku, pokud mu není povolen odklad
    - dítě, které dosáhne šestého roku věku v době od září do konce června příslušného školního roku, může být přijato k plnění povinné školní docházky již v tomto školním roce, je-li přiměřeně tělesně i duševně vyspělé a požádá-li o to jeho zákonný zástupce → podmínkou přijetí dítěte narozeného v období od září do konce prosince k plnění povinné školní docházky podle věty druhé je také doporučující vyjádření školského poradenského zařízení
    - podmínkou přijetí dítěte narozeného od ledna do konce června doporučující vyjádření školského poradenského zařízení a odborného lékaře, která k žádosti přiloží zákonný zástupce
  - zákonný zástupce je povinen přihlásit dítě k zápisu k povinné školní docházce, a to v době 1.4. – 30.4. kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku
  - žák plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem ve školském obvodu (§ 178 odst. 2), v němž má žák místo trvalého pobytu, v případě cizince místo pobytu žáka (dále jen "spádová škola"), pokud zákonný zástupce nezvolí pro žáka jinou než spádovou školu - pokud je dítě přijato na jinou než spádovou školu, oznámí ředitel této školy tuto skutečnost řediteli školy spádové, a to nejpozději do konce května kalendářního roku, v němž má dítě zahájit povinnou školní docházku.
  - žák umístěný ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči plní povinnou školní docházku v základní škole zřízené při tomto školském zařízení nebo v základní škole zřízené obcí nebo svazkem obcí se sídlem ve školském obvodu, v němž má sídlo příslušné školské zařízení, popřípadě v jiné škole zřizované státem, krajem, obcí nebo svazkem obcí
  - ředitel spádové školy je povinen přednostně přijmout žáky s místem trvalého pobytu v příslušném školském obvodu a žáky umístěné v tomto obvodu ve školském zařízení pro výkon ústavní výchovy, ochranné výchovy nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči, a to do výše povoleného počtu žáků uvedené ve školském rejstříku
  - obecní úřad obce, na jejímž území je školský obvod základní školy, poskytuje této škole s dostatečným předstihem před termínem zápisu k povinné školní docházce seznam dětí, pro které je tato škola spádová a jichž se týká povinnost podle odstavce 4 - seznam obsahuje vždy jméno, popřípadě jména, a příjmení, datum narození a adresu místa trvalého pobytu dítěte, v případě cizince místo pobytu dítěte

- **odklad povinné školní docházky** (§ 37)
  - není-li dítě tělesně nebo duševně přiměřeně vyspělé a požádá-li o to písemně zákonný zástupce dítěte v době zápisu dítěte k povinné školní docházce podle § 36 odst. 4, odloží ředitel školy začátek povinné školní docházky o jeden školní rok, pokud je žádost doložena doporučujícím posouzením příslušného školského poradenského zařízení, a odborného lékaře nebo klinického psychologa - začátek povinné školní docházky lze odložit nejdéle do zahájení školního roku, v němž dítě dovrší osmý rok věku
  - při zápisu do prvního ročníku základní škola informuje zákonného zástupce dítěte o možnosti odkladu povinné školní docházky
  - pokud se u žáka v prvním roce plnění povinné školní docházky projeví nedostatečná tělesná nebo duševní vyspělost k plnění povinné školní docházky, může ředitel školy se souhlasem zákonného zástupce žákovi dodatečně v průběhu prvního pololetí školního roku odložit začátek plnění povinné školní docházky na následující školní rok

- pokud ředitel školy rozhodne o odkladu povinné školní docházky podle odstavce 1 nebo 3, informuje zákonného zástupce o povinnosti předškolního vzdělávání dítěte a možných způsobech jejího plnění

- **plnění povinné školní docházky ve střední škole** (§ 39)
  - žák, který byl v průběhu plnění povinné školní docházky přijat ke střednímu vzdělávání, pokračuje v plnění povinné školní docházky ve střední škole
  - na žádost zákonného zástupce žáka nebo po dohodě s ním převede ředitel střední školy žáka, který plní povinnou školní docházku ve střední škole, do odpovídajícího ročníku spádové základní školy, popřípadě do jiné základní školy, kterou zvolil zákonný zástupce, a to se souhlasem ředitele této školy
- jiný způsob plnění → **druhy jiného způsobu plnění PŠD** (§ 40)
  - jiným způsobem plnění povinné školní docházky se rozumí
    - individuální vzdělávání žáka, které se uskutečňuje bez pravidelné účasti ve vyučování ve škole
    - vzdělávání žáků s hlubokým mentálním postižením
- **individuální vzdělávání žáka** (§ 41)
  - o povolení individuálního vzdělávání žáka rozhoduje ředitel školy, kam byl žák přijat k plnění povinné školní docházky, na základě písemné žádosti zákonného zástupce žáka
  - žádost: jméno, uvedení období/ročníků/pololetí po které má být žák individuálně vzděláván, důvody pro IV, popis prostorového a materiálně technického zabezpečení vzdělávání a podmínek ochrany zdraví IV, doklady osvědčující splnění vzdělání osoby, jež bude žáka individuálně vzdělávat, seznam učebnic a učebních textů, další skutečnosti, vyjádření ŠPZ
  - ředitel IV povolí: závažné důvody pro IV, zajištěny dostatečné podmínky pro IV, osoba vzdělávající žáka má potřebné vzdělání (středí s maturitou), jsou zajištěny vhodné učebnice a učební texty
  - po dobu IV odpovídá za vzdělávání žáka jeho zákonný zástupce
  - individuálně vzdělávaný žák koná za každé pololetí zkoušky z příslušného učiva, a to ve škole, do níž byl přijat k plnění povinné školní docházky
  - nelze-li individuálně vzdělávaného žáka hodnotit na konci příslušného pololetí, určí ředitel školy pro jeho hodnocení náhradní termín, a to tak, aby hodnocení bylo provedeno nejpozději do dvou měsíců po skončení pololetí
  - pokud má zákonný zástupce pochybnosti o správnosti hodnocení žáka, může do 8 dnů od konání zkoušek písemně požádat ředitele školy o přezkoušení žáka; byl-li zkoušejícím žáka ředitel školy, krajský úřad - pokud ředitel školy nebo krajský úřad žádosti vyhoví, nařídí komisionální přezkoušení žáka
  - ředitel může ukončit IV: nejsou-li zajištěny dostatečné podmínky; zákonný zástupce neplní podmínky IV; žák na konci druhého pololetí neprospěl; na žádost zákonného zástupce
  - pokud ředitel IV ukončí – zařadí žáka do příslušného ročníku
  - výdaje spojené s IV hradí zákonný zástupce

Vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných

- platná novela: *606/2020* (1.1.2021)
  - → ***stačí říci vyhláška č. 27/2016 Sb., o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných***
- práva žáků se SVP:
  - vzdělávání, jehož obsah, formy a metody odpovídají jejich vzdělávacím potřebám a možnostem
  - vytvoření nezbytných podmínek, které toto vzdělávání umožní
  - poradenskou pomoc školy a školského poradenského zařízení
  - stanovení vhodných podmínek při přijímání ke vzdělávání a při jeho ukončování odpovídajících jejich potřebám
  - přihlédnutí k povaze postižení nebo znevýhodnění při hodnocení
  - bezplatně užívat při vzdělávání speciální učebnice a speciální didaktické a kompenzační učební pomůcky poskytované školou
  - žáci neslyšící a hluchoslepí – právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím komunikačních systémů neslyšících a hluchoslepých osob podle jiného právního předpisu
  - žáci, kteří nemohou číst běžné písmo zrakem – právo na vzdělávání s použitím Braillova hmatového písma
  - žáci, kteří se nemohou dorozumívat mluvenou řečí – právo na bezplatné vzdělávání pomocí nebo prostřednictvím náhradních způsobů dorozumívání
  - žáci se zdravotním postižením – mohou se vzdělávat podle upravených vzdělávacích programů ve školách či třídách

ČÁST DRUHÁ se týká VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ SE SPECIÁLNÍMI VZDĚLÁVACÍMI POTŘEBAMI

- **podpůrná opatření** (§ 2)
  - 1. stupně – minimální úprava metod, organizace, hodnocení vzdělávání a jsou poskytována žákovi, u kterého se projevuje potřeba úprav ve vzdělávání nebo školských službách a zapojení v kolektivu (nemají normovanou finanční náročnost)
  - pokud by tato opatření nestačila → doporučí škola nebo školské zařízení žákovi využití poradenské pomoci školského poradenského zařízení za účelem posouzení jeho SVP
  - 2. – 5. stupeň – na základě doporučení ŠPZ a s informovaným souhlasem zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka

- poskytují se samostatně nebo v kombinaci různých druhů a stupňů v souladu se zjištěnými vzdělávacími potřebami (konkrétní druh PO lze poskytovat pouze v jednom stupni)

- **individuální vzdělávací plán žáka se SVP**
  - zpracovává škola na základě doporučení ŠPZ
  - je závazným dokumentem pro zajištění SVP
  - obsahuje údaje o skladbě druhů a stupňů PO poskytovaných v kombinaci s tímto plánem, identifikační údaje žáka a údaje o pedagogických pracovnících podílející se na vzdělávání → úprava obsahu vzdělávání; časovém a obsahovém rozvržením; úpravách metod a forem výuky; případné úpravy očekávaných výstupů
  - zpracován bez zbytečného odkladu → nejpozději do 1 měsíce ode dne, kdy škola obdržela doporučení a žádost žáka/zákonného zástupce
  - zpracování a provádění zajišťuje škola
  - škola seznámí s IVP všechny vyučující žáka a současně žáka a zákonného zástupce
  - ŠPZ sleduje a nejméně jednou ročně vyhodnocuje naplňování IVP
- **pedagogická intervence**
  - slouží k podpoře vzdělávání žáka se SVP ve vyučovacích předmětech, kde je třeba posílit jeho vzdělávání
  - poskytuje ZŠ, školní družina, školní klub nebo SŠ
  - poskytuje se jako PO 1. stupně
  - souběžně využívá více žáků, je-li to možné a vhodné
- **asistent pedagoga**
  - poskytuje podporu jinému pedagogickému pracovníkovi při vzdělávání žáků se SVP v rozsahu PO (pomáhá při organizaci a realizace vzdělávání, podporuje samostatnost a aktivní zapojení se žáka do všech činností)
  - pracuje dle potřeby s žáky třídy, oddělení nebo studijní skupiny dle pokynů jiného pedagogického pracovníka a ve spolupráci s ním
  - zajišťuje:
    - přímou pedagogickou činnost při vzdělávání a výchově podle přesně stanovených postupů a pokynů učitele nebo vychovatele zaměřenou na individuální podporu žáků a práce související s touto přímou pedagogickou činností
    - podporu žáka v dosahování vzdělávacích cílů při výuce a při přípravě na výuku, žák je přitom veden k nejvyšší možné míře samostatnosti
    - výchovné práce zaměřené na vytváření základních pracovních, hygienických a jiných návyků a další činnosti spojené s nácvikem sociálních kompetencí
  - činnosti:
    - pomocné výchovné práce zaměřené na podporu pedagoga zvláště při práci se skupinou žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
    - pomocné organizační činnosti při vzdělávání skupiny žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
    - pomoc při adaptaci žáků se speciálními vzdělávacími potřebami na školní prostředí
    - pomoc při komunikaci se žáky, zákonnými zástupci žáků a komunitou, ze které žák pochází
    - nezbytnou pomoc žákům při sebeobsluze a pohybu během vyučování a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo školské služby
    - pomocné výchovné práce spojené s nácvikem sociálních kompetencí žáků se speciálními vzdělávacími potřebami
  - jednomu žákovi nelze doporučit současně více než jedno podpůrné opatření spočívající ve využití asistenta pedagoga
  - právo zřídit tuto pozici: ředitel školy, který stanovuje asistentovi i rozsah a hodiny jeho práce
- **poskytování PO žáku používajícímu jiný komunikační systém než mluvenou**
  - škola zajišťuje vzdělávání v komunikačním systému, který odpovídá potřebám žáka
  - žákům, kteří jsou vzděláváni v českém znakovém jazyce, poskytuje škola souběžně vzdělávání v psaném českém jazyce
  - výstupy z naukových předmětů jsou u žáků, kteří jsou vzděláváni v českém znakovém jazyce, stanovovány v českém znakovém jazyce a v psané češtině
- **tlumočník ČZJ**
  - upřednostňuje-li žák ČZJ a není ve škole, třídě, studijní skupině, kde by nebyl ČZJ systémem všech studentů → poskytuje škola tlumočníka ČZJ
  - tlumočník provádí přesný překlad obsahu sdělení mezi účastníky komunikace formou, která je jasná a srozumitelná všem zúčastněným, a v komunikačním systému, který si žák zvolil
  - tlumočník je využíván po celou dobu poskytování vzdělávání, je-li to v zájmu naplnění vzdělávacích potřeb žáka

- využívá-li žák více způsobů komunikace, stanoví ŠPZ rozsah působení tlumočníka při poskytování vzdělávání s ohledem na naplnění vzdělávacích potřeb žáka a komunikační systém, který žák upřednostňuje
- činnosti tlumočníka může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné
- činnost tlumočníka je využívána při vzdělávání a při akcích pořádaných školou mimo místo, kde škola v souladu se zápisem do školského rejstříku uskutečňuje vzdělávání nebo školské služby

- **přepisovatel pro neslyšící**
  - pokud žák upřednostňuje komunikaci mluveným ČJ s oporou v psaném textu (a neprobíhá výuka tímto systémem běžně), škola zajistí přepisovatele
  - ten v rámci vzdělávání převádí mluvenou řeč do písemné podoby v reálném čase
  - činnost přepisovatele může souběžně využívat více žáků, je-li to možné a vhodné
- **působení dalších osob poskytující podporu**
  - působení dalších osob, které žákovi se speciálními vzdělávacími potřebami po dobu jeho pobytu ve škole poskytují podporu podle jiných právních předpisů, zejména osobního asistenta, se umožní na základě vyjádření školského poradenského zařízení

POSTUP V SOUVISLOSTI S POSKYTOVÁNÍM PO

- **podrobnosti k poskytování PO 1. stupně školou**
  - při obtížích se snaží nejprve učitel zavést a podpořit žáka základní podporou (kdy ještě není nutné přistupovat k PLPP či 1. stupně PO)
  - v případě, že nestačí samotný přístup vyučujícího žáka při vzdělání, škola může zpracovat plán pedagogické podpory (PLPP)
    - zahrnuje popis obtíží a SVP žáka, PO 1. stupně, stanovení cílů podpory a způsobu vyhodnocování naplňování plánu
    - průběžně se také *vyhodnocuje*, a nejpozději po 3 měsících od zahájení poskytování podpůrných opatření na základě plánu pedagogické podpory škola *vyhodnotí, zda vedou k naplnění stanovených cílů* – a pokud ne, doporučí žákovi využití poradenské pomoci ve školském poradenském zařízení
    - s PLPP *seznámí škola* žáka, zákonného zástupce, všechny vyučující žáka a další pedagogické pracovníky podílející se na provádění tohoto plánu – všichni seznámení podepisují (do plánu)
  - zahrnují minimální úpravu metod, organizace a hodnocení vzdělávání – žák potřebuje pouze mírné úpravy ve vzdělávání nebo podporu při zapojení v kolektivu (př. pomalejší tempo, obtíže v koncentraci pozornosti,…)
  - poskytování může být dočasné či trvalé
  - nemají finanční náročnost
  - není formálně podmíněno stvrzením souhlasu ze stran zákonného zástupce – ale zákonný zástupce je s plánem seznámen
  - případně do doby zahájení vyšších stupňů PO poskytuje škola žákovi 1. stupeň PO
  - metody výuky: podporující preferované styly učení žáka; multisenzorický přístup; strukturování a vizualizace složitějších postupů; metody aktivního učení (diskuze, myšlenkové mapy); častější zpětná vazba; metody kooperativního učení; podpora mezi žáky navzájem; snížení množství zadané práce; záměrné umožňování zažití úspěchu žáka
  - úprava obsahu a výstupů: obohacování učiva o ty, které žáka zajímají; diferenciace učebních cílů a činností; diferenciace učebních cílů; očekávané výstupy ze vzdělání se neupravují!
  - organizace výuky: pravidelné střídání činností; úprava zasedacího pořádku; vytvoření relaxačního místa; minimalizace rušivých elementů; nabídka volnočasových aktivit; zapojení do doučování, reedukačních kroužků
  - hodnocení: slovní; formativní; hodnocení toho, co žák stihl; forem hodnocení podporujících motivaci žáka
  - PO v oblasti přípravy na výuku: podpora v adaptaci na školní režim; nácvik posloupností činností ve škole; umožnění zapůjčení pomůcek; vypracování úkolu pod dohledem učitele; efektivní komunikace; přiměřená emoční podpora rodiče učitelem
  - začlenění v kolektivu: pravidelné mapování vztahů mezi žáky; posilování kladných vztahů; přijímání odlišností; prvky osobnostně sociální výchovy
  - pomůcky: mnemotechnické; názorné didaktické; zapojující více smyslů najednou; psychomotorické; rozvíjející dílčí funkce
- **postup před přiznáním PO 2. – 5. stupně**
  - ředitel určí, kdo bude odpovídat za spolupráci se ŠPZ
  - poradenskou pomoc může využít žák/zákonný zástupce také na základě svého rozhodnutí / základě rozhodnutí orgánu veřejné moci
  - při posuzování SVP se vychází:
    - charakteru obtíží žáka, které mají dopad na jeho vzdělávání
    - speciálně-pedagogické, případně psychologické, diagnostiky za účelem posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka
    - informací o dosavadním průběhu vzdělávání žáka ve škole, zejména údajů uvedených ve školní matrice
    - informací školy o podpůrných opatřeních prvního stupně poskytovaných žákovi
    - údajů o dosavadní spolupráci žáka se školským poradenským zařízením
    - informací poskytnutých žákem nebo zákonným zástupcem žáka
    - podmínek školy, ve které se žák vzdělává nebo se bude vzdělávat
    - posouzení zdravotního stavu poskytovatelem zdravotních služeb nebo posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem, je-li to třeba
  - přihlíží také k aktuálnímu zdravotnímu stavu
  - v případě nutnosti KP, speciálních učebnic či pomůcek → zařízení nejprve doporučí ty, kterými škola disponuje
  - školské poradenské zařízení projedná před vydáním doporučení návrh doporučených podpůrných opatření se školou, zletilým žákem nebo zákonným zástupcem žáka, a povede-li to k naplňování vzdělávacích potřeb žáka, přihlédne k jejich

vyjádření - se školským zařízením projedná školské poradenské zařízení návrh podpůrných opatření v oblasti školských služeb

- **zpráva a doporučení za účelem stanovení PO**
  - zprávu obsahující závěry vyšetření a doporučení obsahující podpůrná opatření pro vzdělávání žáka vydá na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka školské poradenské zařízení
  - při vydání zprávy a doporučení je zletilý žák nebo zákonný zástupce žáka informován o jejich obsahu a poučen o možnosti podat žádost o revizi
  - zpráva a doporučení se vydávají do 30 dnů ode dne ukončení posuzování speciálních vzdělávacích potřeb žáka, nejpozději však do 3 měsíců ode dne přijetí žádosti o poskytnutí poradenské pomoci školským poradenským zařízením; tato lhůta se prodlužuje o dobu nezbytnou k obstarání posouzení podstatných skutečností ke stanovení podpůrných opatření jiným odborníkem
  - zpráva obsahuje: ID, datum přijetí žádosti, důvod poskytování poradenské pomoci, anamnestické údaje, popis obtíží, průběh dosavadní poradenské péče, informace o podkladech, shrnutí průběhu a výsledků vyšetření, popis speciálních vzdělávacích potřeb, skutečnosti podstatné pro doporučení PO, poučení o možnosti podat žádost o revizi, ID pracovníka ŠPZ
  - doporučení obsahuje: ID, datum přijetí žádosti, shrnutí závěrů vyšetření, popis zpráv SVP, údaje o případném znevýhodnění žáka, doporučené PO a stupeň, návrh postupu při poskytování PO, poučení o možnosti podat žádost o revizi, ID pracovníka ŠPZ, datum vyhotovení doporučení, podpis vedoucího pracoviště ŠPZ
  - ŠPZ stanoví dobu, po kterou jsou PO poskytována (nejdéle 2 roky; v odůvodněných případech max. 4)
  - je možné vydat pouze 1 doporučení – další až před uplynutí doby
- **postup při poskytování PO 2. – 5. stupně**
  - škola poskytuje PO bezodkladně po obdržení doporučení ŠPZ, a poté co udělil žák/zákonný zástupce škole souhlas
  - informovaný souhlas obsahuje:
    - výslovné vyjádření souhlasu s poskytováním podpůrných opatření
    - informace o důsledcích, které vyplývají z poskytování podpůrného opatření, zejména o změnách ve vzdělávání v souvislosti s poskytováním podpůrného opatření
    - informace o organizačních změnách, které v souvislosti s poskytováním podpůrných opatření mohou nastat
    - podpis zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka stvrzující, že informacím uvedeným v písmenech b) a c) porozuměl
  - pokud není možné ze závažných důvodů zabezpečit bezodkladné poskytování doporučeného PO, je možné pro projednání se ŠPZ a na základě informovaného souhlasu zletilého žáka/zákonného zástupce poskytovat po nezbytně nutnou dobu jiné PO stejného stupně
  - škola ve spolupráci se ŠPZ průběžně vyhodnocuje PO, nejpozději 1 rok od vydání doporučení
  - pokud nejsou shledány jako dostatečné → doporučení k využití pomoci ŠPZ
  - možnost IVP – může být ve 2. stupni, zpravidla se dává u 3. stupně, vždy u 4. stupně a u 5. stupně záleží na potřebách žáka
  - 2. stupeň
    - metody výuky – podpora oslabených funkcí, snížení rozsahu činností, systematické kooperativní učení, zvýšení názornosti výuky
    - úprava obsahu a výstupů: obohacování učiva; úprava obsahu v dílčích oblastech
    - prodloužení délky vzdělávání: 1. ročník rozložit do 2 let; na SŠ a VOŠ prodloužení o 1 rok
    - organizování výuky
    - hodnocení: respektující míru vlivu obtíží na školní výkon; cíle žáka a nastavení kritérií; jasná a srozumitelná formulace
    - intervence: pedagogická intervence; předmět speciálně-pedagogické péče; metodická podpora ŠPZ
  - 3. stupeň
    - metody výuky: např. u PAS – strukturované učení
    - úprava obsahu a výstupů: modifikace obsahu v dílčích oblastech; úpravy očekávaných výstupů u žáků s LMR
    - personální podpora: asistent pedagoga (0,25 – celý úvazek); další pedagogický pracovník; školní speciální pedagog nebo psycholog
    - organizace výuka
    - intervence: SPP péče 3 hodiny týdně; pedagogická intervence 3 hodiny týdně (1 hodina týdne věnována práci s celým třídním kolektivem)
  - 4. stupeň
    - metody výuky: výuka v jazycích, způsobech a prostředcích komunikace, které jsou žákem preferovány (ČZJ, AAK,…)
    - úpravy obsahu a výstupů: úprava; z RVP říká, že v tomto stupni lze snižovat očekávané výstupy a minimální úroveň
    - personální podpora: asistent pedagoga (celý úvazek); tlumočník ČZJ; přepisovatel pro neslyšící; další pedagogický pracovník na 0,5 úvazku; školní speciální pedagog nebo psycholog
    - prodloužení délky vzdělávání: na SŠ a VOŠ o 2 roky; ZŠ s upraveným vzdělávacím programem na 10 let
    - intervence: SPP péče (3 hodiny týdně); pedagog intervence (2 hodiny týdně ve škole A 1 hodina ve ŠPZ); metodická podpora (3 hodiny měsíčně)
  - 5. stupeň
    - úpravy obsahu a výstupů: v souladu s RVP pro obor vzdělávání základní školy speciální, oba díly

- personální podpora: asistent pedagoga (1 úvazek na žáka); tlumočník ČZJ; přepisovatel pro neslyšící; další pedagogický pracovník (celý úvazek); školní speciální pedagog (0,5 úvazku); umožnění působení nepedagogického pracovníka (osobní asistent, zdravotník)
- intervence: pedagogická (2 hodiny týdně ve škole); SPP péče (3-4 hodiny týdně); metodická podpora ŠPZ (3 hodiny měsíčně)

ORGANIZACE VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S PŘIZNANÝMI PO

- ve třídě, oddělení nebo studijní skupině se může vzdělávat zpravidla nejvýše 5 žáků se speciálními vzdělávacími potřebami s přiznanými podpůrnými opatřeními druhého až pátého stupně, a to s přihlédnutím ke skladbě těchto podpůrných opatření a povaze speciálních vzdělávacích potřeb žáků
- žáci se SVP 2. – 5. stupně PO nesmí přesáhnout 1/3 žáků třídy
- ve třídách, odděleních a studijních skupinách, které nejsou zřízeny podle § 16 odst. 9 zákona, a ve třídách, odděleních a studijních skupinách škol, které nejsou zřízeny podle § 16 odst. 9 zákona, mohou vykonávat přímou pedagogickou činnost souběžně nejvýše 3 pedagogičtí pracovníci
- neuplatňuje se u MŠ a ZŠ, které v jeho plnění brání plnění povinnosti přednostního přijetí dítěte + SŠ, konzervatoře či VOŠ

ČÁST TŘETÍ - ZVLÁŠTNÍ USTANOVENÍ O VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ V PARAGRAFU 16 ODSTAVCE 9 ŠKOLSKÉHO ZÁKONA

- třídy, oddělení a studijní skupiny jsou zřizovány dle druhu znevýhodnění, v nichž se mohou vzdělávat žáci i s jiným postižením, avšak nesmí přesáhnout 1/3
- v MŠ, ZŠ, konzervatoři mohou být žáci různých postižení
- ve škole, třídě, oddělení či studijní skupině pro MR se nevzdělávají žáci bez MR
- **zařazování žáků do škol/tříd/oddělení/skupin dle par. 16 odst. 9**
  - na písemnou žádost zletilého žáka či zákonného zástupce či doporučení ŠPZ
  - doporučení je platné po dobu stanovenou, nejvýše 2 roky
  - při podání žádosti a nejpozději do 7 dnů, kdy žák/zák. zástupce projeví zájem o tento způsob vzdělávání, je škola povinna informovat o:
    - organizaci vzdělávání, rozdílech ve srovnání se stávajícím vzděláváním a souvisejících organizačních změnách
    - struktuře školního vzdělávacího programu a skladbě předmětů včetně předmětů speciálně pedagogické péče
    - možnostech školy zabezpečit poskytování podpůrných opatření doporučených pro vzdělávání žáka
    - dopadech vzdělávání ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině zřízené podle § 16 odst. 9 zákona na možnosti rozvoje vzdělávacího potenciálu žáka
    - možnostech dalšího vzdělávání a profesního uplatnění
- **převedení žáka do vzdělávacího programu ZŠ speciální**
  - na doporučení ŠPZ
  - je nutné informovat o rozdílech vzdělávání a očekávaných výstupech a dopadech na možnosti dalšího vzdělávání a profesního uplatnění
- **podmínky přezkoumává** ŠPZ, zda je škola/třída vyhovující a naplňuje očekávání
- **počty žáka**
  - má nejméně 6 a nejvíce 14 žáků s přihlédnutím k věku a SVP

Zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících

- platná novela: *379/2015* (12.1.2016)
  - → ***stačí říci zákon č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících ve znění pozdějších předpisů***
- **předmět a rozsah úpravy**
  - odchylky při sjednávání doby trvání pracovního poměru na dobu určitou pedagogických pracovníků
  - předpoklady pro výkon činnosti pedagogických pracovníků
  - pracovní dobu pedagogických pracovníků,
  - další vzdělávání a kariérní systém pedagogických pracovníků
  - tento zákon se vztahuje na pedagogické pracovníky škol a školských zařízení, které jsou zapsány do rejstříku škol a školských zařízení1) (dále jen "škola"), a na pedagogické pracovníky v zařízeních sociálních služeb
- **pedagogický pracovník**
  - ten, kdo koná přímou vyučovací, přímou výchovnou, přímou speciálněpedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost přímým působením na vzdělávaného, kterým uskutečňuje výchovu a vzdělávání na základě zvláštního právního předpisu1) (dále jen "přímá pedagogická činnost")
  - je zaměstnancem právnické osoby, která vykonává činnost školy, nebo zaměstnancem státu, nebo ředitelem školy, není-li k právnické osobě vykonávající činnost školy v pracovněprávním vztahu nebo není-li zaměstnancem státu
  - pedagogickým pracovníkem je též zaměstnanec, který vykonává přímou pedagogickou činnost v zařízeních sociálních služeb
  - předpoklady: plně způsobilý, odborná kvalifikace, bezúhonný, zdravotně způsobilý, prokázal znalost ČJ
- **psycholog**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu psychologie
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - psychologickou diagnostiku za účelem stanovení vzdělávacích opatření pro žáka
    - individuální diagnostiku, intervence a poradenské vedení dětí, žáků a studentů se vzdělávacími a výchovnými potížemi, které ovlivňují vzdělávání dětí, žáků a studentů
    - skupinovou a individuální psychologickou diagnostiku jako podklad pro pomoc žákům základních škol a žákům středních škol v případech komplikací při volbě další školy či povolání

- psychologickou diagnostiku a intervence v případech vzdělávacích a výchovných problémů
- psychologickou prevenci a reedukaci
- poradenské vedení žáků s výchovnými nebo vzdělávacími problémy, zejména obtížemi v adaptaci na školní prostředí nebo sociálně-vztahovými problémy
- poradenské služby pro zákonné zástupce žáků
- metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům škol v oblasti podpory žáků se speciálními vzdělávacími potřebami, s výchovnými problémy a s rizikovým chováním
- krizové intervence
- zpracování zprávy z vyšetření
- zpracování doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami

- **metodik prevence v PPP**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - zajišťuje za poradnu specifickou prevenci rizikového chování a realizaci preventivních opatření v oblasti územní působnosti vymezené krajským úřadem
    - zajišťuje koordinaci a metodickou podporu školních metodiků prevence, organizuje pro ně pravidelné pracovní porady a semináře a poskytuje jim individuální odborné konzultace
    - na žádost školy a školského zařízení pomáhá ve spolupráci se školním metodikem prevence a dalšími pedagogickými pracovníky řešit aktuální problémy související s výskytem rizikového chování
    - udržuje pravidelný kontakt se všemi institucemi, organizacemi a subjekty, které se v kraji v prevenci rizikového chování angažují, aktualizuje síť odborných zařízení
    - spolupracuje s krajským školským koordinátorem prevence zejména při vypracovávání podkladů pro výroční zprávy či jiná hodnocení a při stanovování priorit v koncepci preventivní práce ve školství na úrovni kraje
    - pečuje o svůj odborný rozvoj formou dalšího vzdělávání v problematice specifické prevence
- **speciální pedagog**
  - získává odbornou kvalifikaci vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném magisterském studijním programu v oblasti pedagogických věd
    - zaměřené na speciální pedagogiku
    - zaměřené na pedagogiku předškolního věku nebo na přípravu učitelů základní školy nebo na přípravu učitelů všeobecně-vzdělávacích předmětů střední školy nebo na přípravu vychovatelů a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou
    - studijního oboru pedagogika a doplňujícím studiem k rozšíření odborné kvalifikace uskutečňovaném vysokou školou
  - činnosti: (vyhl. č. 72/2005)
    - SPP diagnostika
      - psychoped se zaměřením na práci se žáky s mentálním postižením
      - surdoped se zaměřením na práci se žáky se sluchovým postižením
      - logoped se zaměřením na práci se žáky s vadami řeči
      - tyfloped se zaměřením na práci se žáky se zrakovým postižením
      - somatoped se zaměřením na práci se žáky s tělesným postižením
    - SPP poradenství a intervence
    - reedukace žáků s potřebou podpůrných opatření, rozvoj dílčích funkcí
    - poradenské vedení zákonných zástupců včetně rodinných příslušníků dle odborného zaměření pracovníka
    - metodickou pomoc pedagogickým pracovníkům škol při zajišťování speciálně pedagogické péče o žáky
    - zpracování zprávy z vyšetření
    - zpracování doporučení ke vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků mimořádně nadaných
- **asistent pedagoga**
  - vykonává přímou pedagogickou činnost ve třídě, ve které se vzdělávají děti nebo žáci se speciálními vzdělávacími potřebami18), nebo ve škole zajišťující vzdělávání dětí a žáků formou individuální integrace19), získává odbornou kvalifikaci
    - vysokoškolským vzděláním získaným studiem v akreditovaném studijním programu v oblasti pedagogických věd
    - vysokoškolským vzděláním získaným studiem jiného akreditovaného studijního programu než podle písmene a)
      - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku
      - studiem pedagogiky
      - absolvováním vzdělávacího programu pro asistenty pedagoga uskutečňovaného vysokou školou nebo zařízením pro další vzdělávání pedagogických pracovníků (dále jen „studium pro asistenty pedagoga“)
    - vyšším odborným vzděláním získaným ukončením akreditovaného vzdělávacího programu vyšší odborné školy v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením
    - vyšším odborným vzděláním získaným ukončením jiného akreditovaného vzdělávacího programu než podle písmene c)
      - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku
      - studiem pedagogiky
      - studiem pro asistenty pedagoga

- středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání s pedagogickým zaměřením
- středním vzděláním s maturitní zkouškou získaným ukončením jiného vzdělávacího programu středního vzdělávání než podle písmene e)
  - vzděláním v programu celoživotního vzdělávání uskutečňovaném vysokou školou a zaměřeném na pedagogiku,
  - studiem pedagogiky, nebo
  - studiem pro asistenty pedagoga.

- vykonává přímou pedagogickou činnost spočívající v pomocných výchovných pracích ve škole, ve školském zařízení pro zájmové vzdělávání, ve školském výchovném a ubytovacím zařízení, ve školském zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, nebo ve školském zařízení pro preventivně výchovnou péči, získává odbornou kvalifikaci
  - vzděláním podle odstavce 1
  - středním vzděláním s výučním listem získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání a studiem pedagogiky
  - středním vzděláním získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání v oboru vzdělání zaměřeném na přípravu asistentů pedagoga
  - středním vzděláním získaným ukončením vzdělávacího programu středního vzdělávání
    - studiem pedagogiky
    - studiem pro asistenty pedagoga
  - základním vzděláním a studiem pro asistenty pedagoga

Vyhláška č. 263/2007 Sb., kterou se stanoví pracovní řád pro zaměstnance škol a školských zařízení zřízených Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí

- vztahuje na zaměstnance škol a školských zařízení zřízených ministerstvem, krajem, obcí nebo dobrovolným svazkem obcí

Vyhláška 72/2005 S., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních

- platná novela: *607/2020* (1.1.2021)
  - → ***stačí říci vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních ve znění pozdějších předpisů***
- **poskytování poradenských služeb**
  - poskytovány dětem, žákům, studentům (dále jen "žák"), jejich zákonným zástupcům, školám a školským zařízením
  - státem zřizované ŠPZ a školy poskytují bezplatně standardní poradenské služby v rozsahu uvedeném v přílohách č. 1 až 4 k této vyhlášce, a to na žádost žáků, jejich zákonných zástupců, škol nebo školských zařízení nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci (soukromé poskytují zdarma pouze základní poradenské služby)
  - podmínkou poskytnutí služby je předání informace a souhlas žáka/zák. zástupce
  - škola či ŠPZ musí srozumitelně informovat žáka/zák. zástupce o:
    - všech podstatných náležitostech poskytované poradenské služby, zejména o povaze, rozsahu, trvání, cílech a postupech poskytované poradenské služby
    - prospěchu, který je možné očekávat, a o všech předvídatelných důsledcích, které mohou vyplynout z poskytování poradenské služby, i možných následcích, pokud tato služba nebude poskytnuta
    - jeho právech a povinnostech spojených s poskytováním poradenských služeb, včetně práva žádat kdykoli poskytnutí poradenské služby znovu, práva podat návrh na projednání podle § 16a odst. 5 školského zákona, práva žádat o revizi podle § 16b školského zákona a práva podat podnět České školní inspekci podle § 174 odst. 5 školského zákona
    - a to prostřednictvím formuláře, jehož vzor je stanoven v příloze č. 5 k této vyhlášce
  - poskytování služeb by mělo být bez zbytečného odkladu, nejpozději do 3 měsíců ode dne přijetí žádosti
- **poradenské služby směřující k zjišťování SVP nebo mimořádně nadaných dětí**
  - výsledkem je zpráv a doporučení
  - poradenská služba není poskytnuta v případě, je-li platné dříve vydané doporučení
  - zprávu vydává v případě, že poradenská služba spočívá v psychologické či speciálně pedagogické diagnostice / nebo na základě rozhodnutí orgánu veřejné moci
- **účel poradenských služeb**
  - vytváření vhodných podmínek pro zdravý tělesný a psychický vývoj žáků, pro jejich sociální vývoj, pro rozvoj jejich osobnosti před zahájením vzdělávání a v průběhu vzdělávání
  - naplňování vzdělávacích potřeb a rozvíjení schopností, dovedností a zájmů před zahájením a v průběhu vzdělávání
  - zjišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka a mimořádného nadání žáka, doporučování vhodných podpůrných opatření a vyhodnocování poskytování podpůrných opatření žákům se speciálními vzdělávacími potřebami a žákům mimořádně nadaným
  - prevenci a řešení vzdělávacích a výchovných obtíží, prevenci různých forem rizikového chování a dalších problémů souvisejících se vzděláváním a s motivací k překonávání problémových situací
  - vytváření vhodných podmínek pro vzdělávání žáků uvedených v § 16 odst. 9 školského zákona,
  - vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky, kteří jsou příslušníky jiných kultur nebo žijí v odlišných životních podmínkách
  - vytváření vhodných podmínek, forem a způsobů práce pro žáky nadané a mimořádně nadané

- vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšího profesního uplatnění
- rozvíjení pedagogicko-psychologických a speciálně pedagogických znalostí a profesních dovedností pedagogických pracovníků ve školách a školských zařízeních
- podpoře vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných ve školách a školských zařízeních, jakož i zmírňování důsledků znevýhodnění a prevenci jeho prohlubování
- metodické podpoře pedagogů, kteří se podílejí na vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a žáků nadaných
- metodické podpoře výchovných poradců a školních metodiků prevence, asistentů pedagoga a dalších pedagogických i nepedagogických pracovníků, kteří se podílejí na zajišťování podpůrných opatření ve vzdělávání žáků
- posílení kvality poskytovaných poradenských služeb zejména prostřednictvím součinnosti školských poradenských zařízení a školních poradenských pracovišť
- součinnosti s orgány veřejné moci a s právnickou osobou uvedenou v § 16b odst. 1 školského zákona

- **pravidla poskytování poradenských služeb**
  - dodržují účel poradenských služeb
  - dodržují etické zásady poskytování poradenských služeb
  - vycházejí z individuálních potřeb žáka, podporují jeho samostatnost a přispívají k jeho sociálnímu začleňování
  - poskytují zletilému žákovi nebo zákonnému zástupci žáka zprávu a doporučení, které jsou výsledkem psychologické nebo speciálně pedagogické diagnostiky
  - spolupracují s jinými školami a školskými zařízeními
  - sledují a vyhodnocují poskytování navržených podpůrných opatření žáka
  - informují žáka a zákonného zástupce žáka o poradenských službách poskytovaných školou nebo školským poradenským zařízením
  - poskytují žákovi a zákonnému zástupci žáka podrobné a srozumitelné seznámení s průběhem a výsledkem poskytování poradenských služeb
  - + na základě souhlasu zletilého žáka nebo zákonného zástupce žáka poskytují závěry vyšetření, které jsou podkladem pro doporučení ke vzdělávání žáka se speciálními vzdělávacími potřebami, dalšímu školskému poradenskému zařízení, které se na péči o žáka podílí
- **psychologická a speciálně pedagogická diagnostika**
  - ŠPZ volí postupy, nástroje a metody odpovídající účelu vyšetření, vycházející z aktuálního stavu poznatků příslušné vědní disciplíny a v souladu s těmito poznatky s nimi pracují; v případě zásadních rozhodnutí z hlediska vzdělávacích potřeb je nutné rozhodnutí založit na využití několika postupů
  - tyto postupy, nástroje a metody musí být standardizované; pokud to není možné, volí ŠPZ takové postupy, které mají prokazatelný přínos pro diagnosticko-intervenční péči
  - je-li potřeba lékařského posouzení, pak se k závěrům tohoto odborníka přihlíží
- **školská poradenská zařízení**
  - typy školských poradenských zařízení jsou:
    - pedagogicko-psychologická poradna (dále jen "poradna")
    - speciálně pedagogické centrum (dále jen "centrum")
  - ŠPZ poskytují poradenské služby prostřednictvím pedagogických pracovníků a sociálních pracovníků, jejichž činnost je stanovena v příloze č. 4 k této vyhlášce; ředitel školského poradenského zařízení zajistí průběžné metodické vedení těchto pracovníků
  - pedagogickým pracovníkům vykonávajícím pedagogicko-psychologickou činnost ve školách a školských poradenských zařízeních je poskytována odborná podpora za účelem zvýšení kvality poradenských služeb právnickou osobou zřizovanou Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy
  - k naplnění vzdělávacích potřeb žáka školská poradenská zařízení při poskytování poradenských služeb spolupracují s dalšími odborníky
- **poradna**
  - poskytuje služby pedagogicko-psychologického a speciálně pedagogického poradenství a pedagogicko-psychologickou a speciálně pedagogickou pomoc při výchově a vzdělávání žáků
  - uskutečňuje se ambulantně na pracovišti poradny a návštěvami zaměstnanců právnické osoby vykonávající činnost poradny ve školách a školských zařízeních

  - činnosti:
    - zjišťuje pedagogicko-psychologickou připravenost žáků na povinnou školní docházku a vydává o ní zprávu a doporučení
    - zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků škol a na základě výsledků psychologické a speciálně pedagogické diagnostiky vypracovává doporučení s návrhy podpůrných opatření pro žáka
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka nebo mimořádného nadání žáka
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) k zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
    - provádí psychologická a speciálně pedagogická vyšetření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami a žáky mimořádně nadané
    - poskytuje žákům přímou speciálně pedagogickou a psychologickou intervenci

- poskytuje poradenské služby žákům se zvýšeným rizikem školní neúspěšnosti nebo vzniku problémů v osobnostním a sociálním vývoji; jejich zákonným zástupcům a pedagogickým pracovníkům vzdělávajícím tyto žáky poskytuje poradenské služby zaměřené na vyjasňování osobních perspektiv žáků
- poskytuje poradenské služby žákům z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami
- poskytuje metodickou podporu škole a školskému zařízení při poskytování poradenských služeb a podpůrných opatření
- poskytuje žákům kariérové poradenství
- poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáka
- prostřednictvím metodika prevence zajišťuje prevenci rizikového chování, realizaci preventivních opatření a koordinaci školních metodiků prevence

- **centrum**
  - poskytuje poradenské služby zejména při výchově a vzdělávání žáků s mentálním, tělesným, zrakovým nebo sluchovým postižením, vadami řeči, souběžným postižením více vadami nebo autismem
  - jedno centrum poskytuje poradenské služby v rozsahu odpovídajícím jednomu nebo více druhům znevýhodnění
  - žákům škol zřízených podle § 16 odst. 9 školského zákona a školských zařízení jsou poradenské služby centra poskytovány pouze v rámci diagnostické péče
  - centrum poskytuje žákům podle věty první přímé speciálně pedagogické a psychologické intervence, nemůže-li tyto služby zajistit škola nebo školské zařízení, kde je žák zařazen
  - uskutečňuje se ambulantně na pracovišti centra a návštěvami pedagogických pracovníků centra ve školách a školských zařízeních, případně v rodinách, v zařízeních pečujících o žáky
  - stručně: vyhledává žáky se ZP, komplexní diagnostika, tvorba plánu a péče o žáka, přímá práce a včasná intervence
  - činnosti:
    - zjišťuje připravenost žáků uvedených na povinnou školní docházku,
    - zjišťuje speciální vzdělávací potřeby žáků a přihlíží přitom k lékařskému posouzení zdravotního stavu nebo posouzení jiným odborníkem, zpracovává odborné podklady pro nastavení podpůrných opatření pro tyto žáky a pro jejich zařazení nebo přeřazení do škol a školských zařízení a pro další vzdělávací opatření, vypracovává zprávy z vyšetření a doporučení ke vzdělávání žáků
    - zajišťuje speciálně pedagogickou péči a speciálně pedagogické vzdělávání pro žáky uvedené v odstavci 1, kteří jsou vzděláváni ve škole, třídě, oddělení nebo studijní skupině, která není zřízena podle § 16 odst. 9 školského zákona, nebo kterým je stanoven jiný způsob plnění povinné školní docházky2)
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) za účelem stanovení podpůrných opatření na základě posouzení speciálních vzdělávacích potřeb žáka,
    - vydává zprávu a doporučení podle jiného právního předpisu4) pro zařazení žáka do školy, třídy, oddělení nebo studijní skupiny zřízené podle § 16 odst. 9 školského zákona nebo zařazení nebo převedení do vzdělávacího programu odpovídajícího vzdělávacím potřebám žáka
    - poskytuje kariérové poradenství žákům
    - vykonává speciálně pedagogickou a psychologickou diagnostiku a poskytuje poradenské služby se zaměřením na pomoc při řešení problémů ve vzdělávání, v psychickém a sociálním vývoji žáků, na zjištění individuálních předpokladů a vytváření podmínek pro uplatňování a rozvíjení schopností, nadání a na začleňování do společnosti
    - poskytuje pedagogickým pracovníkům a zákonným zástupcům poradenství v oblasti vzdělávání žáků
    - poskytuje metodickou podporu škole
    - poskytuje informační, konzultační, poradenskou a metodickou podporu zákonným zástupcům žáků

- **škola**
  - zabezpečuje poskytování poradenských služeb ve škole školním poradenským pracovištěm, ve kterém působí zpravidla výchovný poradce a školní metodik prevence, kteří spolupracují zejména s třídními učiteli, učiteli výchov, případně s dalšími pedagogickými pracovníky školy
  - poskytování poradenských služeb ve škole může být zajišťováno i školním psychologem nebo školním speciálním pedagogem
  - ve škole jsou zajišťovány poradenské služby v rozsahu odpovídajícím počtu a vzdělávacím potřebám žáků školy zaměřené zejména na:
    - poskytování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami
    - sledování a vyhodnocování účinnosti zvolených podpůrných opatření
    - prevenci školní neúspěšnosti
    - kariérové poradenství spojující vzdělávací, informační a poradenskou podporu k vhodné volbě vzdělávací cesty a pozdějšímu profesnímu uplatnění
    - podporu vzdělávání a sociálního začleňování žáků z odlišného kulturního prostředí a s odlišnými životními podmínkami
    - podporu vzdělávání žáků nadaných a mimořádně nadaných
    - průběžnou a dlouhodobou péči o žáky s výchovnými či vzdělávacími obtížemi a vytváření příznivého sociálního klimatu pro přijímání kulturních a jiných odlišností ve škole a školském zařízení
    - včasnou intervenci při aktuálních problémech u jednotlivých žáků a třídních kolektivů
    - předcházení všem formám rizikového chování včetně různých forem šikany a diskriminace
    - průběžné vyhodnocování účinnosti preventivních programů uskutečňovaných školou
    - metodickou podporu učitelům při použití psychologických a speciálně pedagogických postupů ve vzdělávací činnosti školy
    - spolupráci a komunikaci mezi školou a zákonnými zástupci

        - spolupráci školy při poskytování poradenských služeb se školskými poradenskými zařízeními
    - zpracovává a uskutečňuje program poradenských služeb ve škole, který zahrnuje popis a vymezení rozsahu činností pedagogických pracovníků uvedených v odstavci 1, preventivní program školy včetně strategie předcházení školní neúspěšnosti, šikaně a dalším projevům rizikového chování
    - pedagogičtí pracovníci se podílejí na zajišťování podpůrných opatření pro žáky se speciálními vzdělávacími potřebami, poskytují součinnost školským poradenským zařízením a spolupracují s orgány veřejné moci za účelem ochrany práv žáků.
    - škola spolupracuje se ŠPZ také v oblasti dalších služeb zajišťovaných pro žáky
    - **výchovný poradce**
        - získává kvalifikační předpoklady pro výkon své činnosti studiem v rámci programu celoživotního vzdělávání na vysoké škole v rozsahu 250 hodin
        - snižuje se rozsah přímé pedagogické práce v závislosti na počtu žáků (v ZŠ a SŠ) nebo v závislosti na počtu tříd (v ZŠ speciální)
        - za výkon činností výchovného poradce je zodpovědný ředitel školy + rozhoduje rovněž o všech náležitostech týkajících se poskytování vzdělávání a školských služeb – tedy i vzdělávání žáků s SVP
        - činnosti:
            - koordinovat mezi vyučujícími různých předmětů tvorbu a konečnou podobu dokumentů (IVP)
            - kontrolovat, zda vyučující zohlednil ve své části zpracovávaného IVP všechna doporučení ŠPZ
            - dohlížet na realizaci podpůrných opatření doporučených danému žákovi v praxi
            - koordinovat spolupráci školy a školského poradenského zařízení nebo dalších institucí podílejících se na vzdělávání a výchově žáka

- **poskytování poradenských služeb za úplatu**
    - poskytování služeb na žádost
    - výše úplaty za služby = nejvýše součtu všech nákladů prokazatelně a nezbytně vynaložených ŠPZ na poskytnutou službu

Od vyšších ročníků - ponecháno

Podpůrná vzdělávací opatření u žáků s omezením hybnosti

FORMY VZDĚLÁVÁNÍ

- úprava organizace a forem edukace žáků s omezením hybností
- dělení dle počtu a součinnosti žáků ve vyučovací jednotce:
    - **individuální výuka** - typická pro výuku žáků s těžkým tělesným a vícečetným postižením a pro výuku hospitalizovaných žáků u lůžka ve zdravotnických zařízeních
    - **frontální výuka** - jednostrannost komunikačního procesu směrem od učitele k žákům, zaměření pedagoga na vysvětlování učiva, malá aktivita žáků atd.
    - **kooperativní výuka**
        - měla by díky svým přednostem patřit mezi základní výukové strategie v inkluzivních třídách
        - vyučuje se obvykle v malých heterogenních skupinkách (2 – 6 žáků)
        - základem je kooperativní chování – uvědomění, že společného cíle lze dosáhnout pouze za přispění všech členů skupiny, což podporuje zodpovědnost žáků za procesy učení
    - **individualizované vyučování v menších skupinách** - typické pro třídy speciálních typů škol
        - vychází z individualizace a diferenciace učiva vzhledem ke skutečnosti, že ve třídě se často nacházejí žáci různých ročníků, vzdělávacích programů, využívají různé učebnice (např. ve školách při léčebnách a ozdravovnách, kam přicházejí žáci z různých škol), rozdílné tempo výuky vyžaduje individuální časový rámec atd.
    - **systém vrstevnické podpory** využívá společnou výuku žáků ve dvojicích, přičemž zkušenější z žáků má obvykle roli tutora a druhý je v roli doučovaného
        - typickým příkladem individualizace a diferenciace výuky u žáků s těžkým tělesným a vícečetným postižením je v českých školách forma tzv. ranního kruhu
- specifické bio-behaviorálními charakteristiky žáků s omezením hybnosti:
    - neurologické typy postižení (např. úrazy mozku) mohou zapříčinit rychlou unavitelnost
    - velká fluktuaci pozornosti
    - potřeba spánku v průběhu vyučování -> zkrácení nebo prodloužení doby pro výuku
    - častější střídání výukových/odpočinkových aktivit
    - specifickou strukturu vyučovací hodiny (prezentace podstatných informací v úvodu nebo v době, kdy žák podává nejlepší kognitivní výkony) atd.
- specifika samotného vzdělávacího procesu ve školách pro žáky s tělesným postižením:
    - pohybový režim a organizace výuky by měla respektovat snazší unavitelnost, nutnost polohování a odpočinku žáků v průběhu vyučování
    - třídy pro žáky s tělesným postižením mají snížený počet žáků
    - také ve třídách škol pro žáky s tělesným postižením se lze nezřídka setkat s frontální výukou → v mnohých třídách je nezbytné výuku individualizovat, neboť současně vyskytují žáci různých ročníků i různých vzdělávacích programů
    - jsou ve větší míře využívány speciálněpedagogické metody sloužící pro stimulaci, adaptaci, reedukaci, kompenzaci a další účely

- obtížně realizovatelný písemný projev může vyžadovat nácvik kompenzačních mechanismů (psaní a provádění sebeobslužných činností ústy nebo nohama u žáků s amputací HK, využití počítačové techniky s různými adaptacemi spínačů, klávesnic, myší, trackballů u žáků s kvadruparézou atd.)
  - v případě těžké poruchy hybnosti je žák odkázaný na dopomoc asistenta pedagoga
  - pro záznam výkladu učitele je možné využít také nahrávku (např. na diktafon, MP3 přehrávač) nebo nachystání pracovních listů s důležitými informacemi
- bývá rozsáhlejší dokumentace

METODY EDUKACE

- **edukační** – klasifikace edukačních metod popisují publikace z oblasti pedagogiky a didaktiky, např. Vališová, Kasíková, 2011; Maňák, 1995; Kalhous, Obst, 2002 a další
- **reedukační** – rozvíjení zbytkového potenciálu a schopností postižených funkcí a struktur (reedukační charakter má např. program Metoda dobrého startu)
- **kompenzační** – náhrada ztracené nebo nedostatečně využitelné funkce či struktury, např. využití postupů AAK, kompenzačních pomůcek, vizuálních schémat atd.
- **stimulační**/interakční – podněcování určité funkce (např. prostřednictvím programů typu bazální stimulace nebo Snoezelenu) a vytvoření vzájemného kontaktu (např. formou naslouchání, vytváření prostoru v interakci, validace osobnosti žáka atd.)
- **terapeutické** – náprava patologických vzorců v oblasti funkční schopnosti, chování, prožívání atd. (např. aplikovaná behaviorální analýza, Bobath koncept, orofaciální regulační terapie, umělecké terapie atd.)
- **adaptační** – postupy zaměřené na adaptaci prostředí s cílem zpřístupnění prostředí osobě s omezením hybnosti (např. úpravami bezbariérovosti) nebo také řešení adaptačních problémů žáka kvůli změnám v režimu dne, v personálním složení třídy a pedagogů atd. (výrazně adaptační charakter má např. TEACH program a z něho vycházející strukturované učení)
- **diagnostické** (v pojetí speciálně pedagogické diagnostiky) – tvoří východisko při sestavování individualizovaného programu speciálněpedagogického působení na konkrétního žáka
- faktory ovlivňující edukační proces:
  - okolní prostředí (klimatické podmínky a místo, kde je vzdělávací instituce situována)
  - instituce, její architektonické podmínky a materiální vybavení (charakter školy - škola pro žáky s tělesným postižením, škola při nemocnici, integrace; architektura - bariérovost, bezbariérovost; vybavení interiérů, včetně kompenzačních pomůcek)
  - organizační podmínky edukace (mohou být širší - režim instituce, a užší - obsah a cíle vzdělávání, formy, metody, nástroje a dokumentace ed. procesu)
  - učitel a sociální prostředí (spolupráce s rodinou, veškerý personál dané instituce a vztahy mezi jednotlivými lidmi - kolektiv žáků ve třídě, osobnost učitele a přítomnost dalších pedagogických či nepedagogických pracovníků)
  - osobnost žáka (pohlaví, věk, funkční schopnost a její omezení v jednotlivých oblastech - mentální funkce, komunikační funkce, percepční funkce; nápadnost tělesného vzhledu, specifické symptomy - reaktivní psychické změny,…)

ASISTENT PEDAGOGA A DALŠÍ PEDAGOGICKÝ PRACOVNÍK

POUŽITÍ KOMPENZAČNÍCH A SPECIÁLNÍCH UČEBNÍCH POMŮCEK (asistivních technologií)

- **zajištění bezbariérovosti**
  - zahrnuje jak technickou úpravou nevyhovujících prostor, tak i využitím speciálních řešení, které dokáží eliminovat architektonické bariéry
  - přístupnost pro auta (parkování co nejblíže školy)
  - malé převýšení v nejbližším okolí školy, dostupnost dopravní infrastruktury
  - výtahy nebo alespoň plošiny
  - přístupnost jednotlivých stavebních prvků
  - dostatečná šířka plošiny
  - výška spínačů
  - větší nároky na velikost tříd, chodeb, šaten
  - řešení dispozic schodišť, dveřních průchodů, šířky chodeb atd. obvykle přesahuje možnosti speciálního pedagoga a vyžaduje spolupráci se specializovanými firmami/ergoterapeuty
  - učitel však může ovlivnit např. uspořádání objektů ve třídě, kdy je zapotřebí pamatovat na možnost uplatnění pravidla kruhu o průměru 150 cm. To je totiž minimální potřebná vzdálenost, kterou žák na ortopedickém vozíku potřebuje pro přístup ke své lavici a dalším místům ve třídě
- **vybavení kompenzačními pomůckami**
  - dle užití:
    - pro lokomoci (ortopedický vozík, francouzské berle, chodítka, vertikalizační stojany, rehabilitační kočárky, lezítka, univerzální ARIS sedačka)
    - pro přesuny (otočný disk, elektrický zvedák, pás easybelt, prkno k přesunu, židle s odnímatelnými opěrkami rukou)
    - pro polohování (polohovací lůžko, různé polštářky, klíny, válce, podložky pro nohy)
    - pro zpřístupnění počítače (adaptované klávesnice, spínače, trackballs, softwarové programy pro ovládání počítače)
    - pro sebeobsluhu (speciální tvarovatelné příbory, talíře s vyvýšenými okraji)
    - pro grafomotorické činnosti (různé typy ergonomických úchytů na psací náčiní, protiskluzná podložka či magnetické pravítko)
    - pro běžné denní činnosti (speciálně tvarované nůžky, ohybatelné příbory s upraveným úchopem, dálkové podavače)
    - pro osobní hygienu (urinové láhve, toaletní nástavce, kartáče s prodlouženou rukojetí)

        - pro práci ve škole (školní lavice se sklápěcí plochou, protiskluzné podložky pod sešity, pera s ergonomickým a modifikovaným úchopem)
        - pro komunikaci (komunikátory, příslušenství pro zpřístupnění počítače, např. trackballs, speciální spínače)
        - pomůcky pro sportovní aktivity (sportovní vozíky, formule pro atletiku, monoski)
        - zdravotnická technika pro různé typy nemocí (glukometr, inzulínové pero, respirátory).
    - dle počtu uživatelů: individuální X skupinové
    - dle technické náročnosti: netechnické X technické (tzv. low tech a high tech)
    - dle způsobu použití nebo ceny
    - pomůcky bývají hrazené státem
        - ze zdravotního pojištění – v tomto případě se označují jako zdravotnické prostředky a proces jejich poskytování specifikuje zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích
        - ze systému sociálního zabezpečení – tzv. jednorázové příspěvky „na opatření zvláštních pomůcek" dle vyhlášky č. 182/1991 Sb., § 33
- **organizační podmínky vzdělávání**
    - fyzioterapie, fyzikální terapie, logopedie, expresivní terapie, zooterapie, ergoterapie ,….
    - snazší unavitelnost
    - polohování žáků v průběhu vyučování
    - třídy pro žáky s tělesným postižením se naplňují do 6 - 14 žáků, s těžkým zdravotním postižením 4 - 6 žáků
    - frontální výuka, individuální výuka
    - využití AAK
- **speciální učebnice a učební materiály** (možné získat)
    - adaptací materiálů již existujících, např. přepsat text učebnice pro žáka takovým způsobem, aby mu rozuměl (kratší věty, komplikované termín nahradit srozumitelnějšími synonymy), využít obrázky, piktogramy a reálie pro snížení verbální náročnosti a abstraktní úrovně textu atd.
    - převzetím materiálů alternativních, např. u některých žáků s tělesným postižením (se snížením verbální složky inteligence) bývají užitečné učebnice pro žáky neslyšící
    - tvorba materiálů nových, např. při nácviku elementárního psaní lze místo písanek (s psacím písmem) vytvořit pracovní listy s písmem hůlkovým nebo začít přímo nácvik psaní na počítači

ÚPRAVA OBSAHU EDUKACE ŽÁKŮ S OMEZENÍM HYBNOSTI

- od roku 2017 došlo k úpravě RVP pro základní vzdělávání (RVP ZV), a to vypuštěním druhého dílu pro žáky s lehkým mentálním postižením. Místo toho je v současné podobě RVP ZV část D o vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami. Všichni žáci se SVP se vzdělávají dle příslušného ŠVP.
- Kurikulum je možné nejen redukovat, ale také rozšířit o **předměty speciálně pedagogické péče**. Ty se obvykle týkají oblastí, které jsou pro žáka významné a ve kterých potřebuje více podpory, než je možné poskytnout během vyučování.
    - Předměty speciálně pedagogické péče: logopedická péče, řečová výchova, znakový jazyk, AAK, zdravotní TV, nácvik komunikačních a sociálních dovedností.
    - netradiční formy speciálně pedagogické terapie - bazální stimulaci u žáků s mentálním postižením a více vadami (pedagogicko- ošetřovatelská metoda), canisterapii, hipoterapii, instrumentální obohacení R. Feuersteina a další

INDIVIDUÁLNÍ VZDĚLÁVACÍ PLÁN A DALŠÍ TYPY DOKUMENTACE U ŽÁKŮ S OMEZENÍM HYBNOSTI

ÚPRAVA HODNOCENÍ ŽÁKŮ S OMEZENÍM HYBNOSTI

- **Sumativní hodnocení** (evaluace výkonu) slouží primárně někomu jinému než žákovi (např. vysvědčení). Jeho smyslem je *"získat konečný přehled o dosahovaných výkonech nebo kvalitativně roztřídit celý posuzovaný soubor (žáků, pracovních výsledků apod.)"* (Slavík 1999, s. 37).
    - Sumativní hodnocení je tradiční způsob hodnocení prováděný ve školách formou klasifikace, která využívá nejčastěji číselnou škálu 1-5. V literatuře jsou dobře popsaná rizika tohoto způsobu hodnocení, zejména negativního vlivu na vnitřní motivaci žáků k učení. Alternativou známkování je hodnocení slovní, které se svojí podstatou silně přibližuje hodnocení formativnímu.
- **Formativní hodnocení** je poskytování zpětné vazby, které slouží primárně žákovi a pro regulaci jeho učebních procesů. Učitelé, kteří používají formativní hodnocení, nesrovnávají žáky mezi sebou, ale zaměřují se na dosahování učebních cílů u každého z nich. Je to *„časté, interaktivní hodnocení pokroku žáka v učení, porozumění učebním potřebám žáků a přizpůsobení výuky těmto potřebám"* (Formative Assessment, 2005).
- Zahraniční literatura uvádí jako rozšířený nástroj pro hodnocení žáků s omezením hybnosti v různých oblastech kurikula **analýzu úloh**, která vychází z behaviorální analýzy a využívá se také pro analýzu a terapii rizikového chování žáka
- Specializovanou oblastí hodnocení žáků s těžkým tělesným a vícečetným postižením je aplikace tzv. **funkčně ekologických hodnocení** (Downing, 2001). Jejich smyslem je zprostředkovat informace podstatné pro poznání osobnosti žáka.

Poznámka:

***podle §16 má škola povinnost nejpozději do 7 dnů ode dne, kdy zákonný zástupce projeví zájem** o vzdělávání svého dítěte ve škole zřízené podle odst. 9, povinnost jej informovat o:*

- *organizaci vzdělávání,*
- *struktuře školního vzdělávacího programu (včetně předmětů SPP péče)*
- *možnostech zabezpečení poskytování podpůrných opatření a dopadech vzdělávání ve škole na pokračování ve vzdělávání.*

+ Nově je upraven podíl dětí s jiným druhem zdravotního postižení, než pro který je MŠ zřízena. Již není limit 25 % dětí s jiným druhem zdravotního postižení, které lze ve škole či třídě vzdělávat. Je však třeba vždy individuálně posoudit, zda je zařazení dítěte s konkrétním druhem zdravotního postižení skutečně vhodné a zda vzdělávání v dané škole pro něj může být přínosné. I nadále platí, že ve škole zřízené pro děti s

mentálním postižením nesmí být vzděláváno dítě bez mentálního postižení. Děti s autismem, u nichž je přítomna mentální retardace, se zde vzdělávat mohou. (změna vyhlášky 73/2005 Sb. na 27/2016 Sb.)

Vzdělávání formou integrace

(integrace jako taková už neexistuje, hovoří se o inkluzi)

- Jednou z možných forem vzdělávání dětí, žáků a studentů s tělesným postižením je integrace.
- Jesenský (1995, s. 15) uvádí následující vymezení školské integrace**: „je to dynamický, postupně se rozvíjející pedagogický jev, ve kterém dochází k partnerskému soužití postižených a intaktních na úrovni vzájemně vyvážené adaptace během jejich výchovy a vzdělávání a při jejich aktivním podílu na řešení výchovně-vzdělávacích situací".**
- Dle Keblové (1998) vychází vzdělávání intaktních dětí s dětmi s postižením z předpokladu, že dítě s postižením, které žije od raného věku mezi intaktními, nebude mít v budoucnu velké potíže začlenit se do společnosti v období dospělosti, případně do pracovního kolektivu.
- Jak již bylo výše uvedeno, děti, žáky a studenty je možno vzdělávat formou integrace na základě vyhlášky **č. 27/2016 Sb**. Nabízí možnosti vzdělávání formou individuální či skupinové integrace. Je možná i kombinace těchto forem. ***(tyto formy byly součástí vyhlášky 73/2005, v současné vyhlášce již zmíněny nejsou a je to logické, protože právě integrace jako taková není, je inkluze!; v teoretické rovině dává smysl, viz individuální způsob-„integruje"se jedinec sám do třídy běžné školy, skupinová - třída,oddělení,studijní skupina, ale v podstatě už neexistuje)***
- Pro Českou republiku je charakteristický spíše první způsob integrace, který je upřednostňován, a to integrace individuální, kdy žák je integrován do kolektivu osob intaktních -> Tuto formu integrace je možno realizovat v rámci mateřské školy, základní školy, střední školy nebo vyšší odborné školy při současném zajištění odpovídajících vzdělávacích podmínek a nezbytné speciálně pedagogické nebo psychologické péče
- Ale setkáváme se i s druhým způsobem, a to se skupinovou integrací.
    - Skupinová integrace je podmíněna vznikem samostatné třídy, skupiny nebo oddělení v rámci běžné školy. V rámci této formy integrace je v některých vyučovacích předmětech možno vzdělávat žáky s postižením společně s ostatními spolužáky.

Výhody integrace:

- Dítě zůstává v rodinném prostředí, integrace je uskutečňována přednostně v místě bydliště dítěte, či v blízkém okolí. Dítě do školy dopravují rodiče, dítě nemusí trávit čas na internátě daleko od rodiny.
- Udržení kontaktu s rodinou, s kamarády.
- Dítě bývá samostatnější.
- Má možnost poznat své přednosti a nedostatky ve srovnání s ostatními.
- Intaktní děti ztrácejí předsudky, učí se akceptovat děti s postižením.
- Větší pravděpodobnost bezproblémového začlenění do společnosti.

Nevýhody integrace:

- Učitelé často nejsou připraveni na fakt, co práce s žákem s tělesným postižením obnáší.
- Potíže potom může způsobovat například neznalost práce se speciálními pomůckami.
- Vysoký počet dětí ve třídě s nemožností individuálního přístupu k dítěti s tělesným postižením.
- Nutnost částečné speciální péče o dítě ve smyslu nutnosti nácviku sebeobsluhy, nácviku práce s pomůckami a v pozdější době i s počítačem (speciální softwary, klávesové zkratky). Tyto záležitosti je potom nutno řešit ve spojení se Speciálně pedagogickými centry.
- Zajištění bezbariérového prostředí

Důležitým dokumentem pro integraci je **„Směrnice Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy k integraci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami do škol a školských zařízení" z roku 2002**.

- Podstatné je, že vzdělávání individuálně integrovaného dítěte má být uskutečňováno podle individuálního vzdělávacího programu (dále jen „IVP)
- V rámci IVP musí být jmenovitě určen pracovník poradenského zařízení, se kterým bude škola spolupracovat při zajišťování speciálních vzdělávacích potřeb žáka. -> Nejčastěji školy spolupracují se **Speciálně pedagogickými centry pro tělesně postižené žáky** v rámci školských poradenských zařízení.

Vzdělávání v rámci speciálního školství

- Tuto možnost volí rodiče většinou na doporučení a na základě speciálně-pedagogického a psychologického vyšetření SPC.
- Pro některé děti je tato forma vzdělávání vhodnější než integrace.
- Důležitým dokumentem v této oblasti je **vyhláška č. 27/2016 Sb**., která udává možnost vzdělávání těchto dětí ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením, tedy i pro žáky s tělesným postižením.
- Forma a obsah speciálního vzdělávání a míra podpůrných opatření je stanovována podle rozsahu speciálních vzdělávacích potřeb žáka.

Výhody speciálního vzdělávání

- V takových školách je výhodou, že zde učí vysokoškolsky vzdělaní pedagogové se zaměřením na speciální pedagogiku – somatopedii
- Pedagogové mají zkušenosti se speciálními metodickými postupy.
- Dobrá vybavenost škol speciálními pomůckami určenými právě pro žáky s tělesným postižením.
- Existuje možnost zřízení místa asistenta pedagoga.
- Vyhovující je i snížený počet žáků na studijní skupinu či třídu
- Možnost zaměřit se na oblast sebeobsluhy žáka.

Nevýhody speciálního vzdělávání

- Nevýhodou této formy vzdělávání je v podstatě jistá segregace žáků s omezením hybnosti vzhledem k intaktní populaci. Žáci tráví v podstatě veškerý čas přes týden v rámci těchto internátních škol ve skupinách s dětmi podobně postiženými, pouze víkendy, svátky a prázdniny tráví u rodiny -> Jsou tedy v podstatě vytrženi z přirozeného prostředí a života v rámci rodiny.
- Omezený počet těchto speciálních škol.

- Možné potíže, které mohou nastat, při začlenění do společnosti intaktních osob v období dospělosti, případně při začleňování do pracovního procesu.

→ i tyto jednotlivé typy škol tedy nejsou zakotvené ve vyhlášce ani v zákoně (i když se mohou zřizovat pro žáky s určitým typem znevýhodnění)

Mateřské školy pro tělesně postižené

- Mateřská škola je v podstatě první vzdělávací institucí, kterou dítě začne navštěvovat.
- Mateřská škola v obecné rovině plní základních pět funkcí: výchovná, vzdělávací, propedeutická, sociální a diagnostická.
- Pro děti s tělesným postižením je vhodné absolvovat alespoň jeden rok v mateřské škole, je potom většinou lépe připraveno na přechod do školy se všemi jeho aspekty.

Výhody docházky do mateřské školy:

- dítě se učí akceptovat i jiné autority, než členy rodiny,
- učí se určitému jinému režimu dne,
- je součástí kolektivu svých vrstevníků,
- rozvíjí kompenzační činitele v maximální možné míře,
- učí se sebeobslužným činnostem,
- logopedická péče

Základní školy pro tělesně postižené

- Na vzdělávání v mateřské škole obecně navazuje vzdělávání na škole základní.
- Povinnost zařadit dítě do mateřské školy neexistuje, proto některé děti nastupují až do školy základní, kdy v rámci České republiky je docházka povinná, žáky s tělesným postižením nevyjímaje.
- Hranice nástupu do základního vzdělávání je šest let s možností odkladu povinné školní docházky, děti tedy často nastupují až kolem sedmého roku věku.
- Ve školách se pracuje dle RVP pro základní školy -> Náplň je tedy stejná jako u běžných základních škol, jen s určitými modifikacemi, které vycházejí z odlišných potřeb žáků s tělesným postižením.
- Dle **vyhlášky č. 27/2016 Sb.** je forma vzdělávání volena na základě věku žáka a tomu odpovídajícího stupně vzdělávání a podle požadavků na organizaci jeho vzdělávání, které vždy respektují speciální vzdělávací potřeby žáka nebo jiné závažné důvody na straně žáka.

Střední školy pro tělesně postižené

- Většina žáků s tělesným postižením, po absolvování povinné školní docházky, se hlásí na některou ze středních škol.
- Na výběr jsou opět dvě možnosti, zvolit kteroukoli střední školu a vzdělávat se formou integrace, nebo mají na výběr několik středních škol, které jsou opět přímo zřízeny pro žáky s tělesným postižením.
- Při výběru střední školy je nutno brát ohled na spoustu faktorů, týkající se konkrétního jedince s postižením
    - výběr školy, respektive oboru, bude mít vliv mimo jiné na celý profesní život, zda je v budoucnu reálné uplatnění v daném oboru,
    - je potřeba zohledňovat tělesnou vadu jako takovou a sní spojená omezení,
    - je potřeba zohledňovat i jiná postižení či omezení žáka, která by mohla ovlivňovat výkon povolání,
    - je potřeba zohlednit nadání žáka, jeho dovednosti, vědomosti a vztah k danému oboru,
    - zohledňovány jsou zkušenosti školy,
    - důležitá je poloha školy v rámci České republiky.
- S výběrem střední školy většinou pomáhá i **SPC,** které může vybrané střední školy kontaktovat a zajistit konzultaci na samotné škole -> Ve výsledku ovšem záleží na rozhodnutí žáka a jeho rodiny, kterou školu vybere.

Studium na VŠ

- Po úspěšném absolvování maturitní zkoušky se mohou tělesně postižení žáci dále hlásit na vysoké školy v rámci celé ČR.
- V České republice, podobně jako v jiných státech, neexistují vysoké školy pro osoby se zdravotním postižením. Proto jediná možnost, jak vystudovat vysokou školu, je forma integrace.
- Na podporu vysokoškolských studentů se zdravotním postižením, vznikly při některých univerzitách takzvaná **podpůrná centra**, existují i centra přímo zaměřená na podporu studentů s tělesným postižením **(v Olomouci je to Centrum pomoci handicapovaným)**
- Podpůrná centra však nejsou však na všech univerzitách, proto musí student s postižením zvážit, zda je schopen absolvovat studium samostatně bez jakékoli opory, nebo zda bude oporu ve studiu do určité míry potřebovat, a dle toho i volí konkrétní univerzitu případně obor studia.

Vzdělávání ve školách při zdravotnických zařízeních

- Školy mohou být zřízeny prakticky při jakémkoliv typu zdravotnického zařízení (např. rehabilitační stacionář), pokud je předpoklad naplnění tříd dostatečným počtem žáků.

Školy při nemocnicích

- pracují nejčastěji s pacienty na dětských odděleních
- rozlišujeme akutní péči (do 30 dnů) a následnou péči (nad 30 dnů), dle počtu lůžek rozlišujeme nemocnice malé, tzv. oblastní (do 700 lůžek) a velké, tzv. fakultní (nad 700 lůžek) nebo dle typu vlastnictví dělíme nemocnice na státní a nestátní (veřejné a soukromé)
- Z hlediska vzdělávání je významným legislativním dokumentem Charta práv hospitalizovaných dětí, která byla schválena na I. evropské konferenci o hospitalizovaných dětech v květnu 1988 (Český výbor pro UNICEF).
- Význam práce speciálního pedagoga ve školách při nemocnicích nespočívá pouze v samotné edukaci. Při hospitalizaci dochází k ohrožení některých psychosociálních potřeb dítěte, k riziku deprivace a narušení vývoje dítěte. Dítě se ve zvýšené míře setkává s bolestí, úzkostí a strachem. Úkolem speciálního pedagoga je proto pomoct odvést pozornost od bolesti, usnadnit adaptaci a průběh pobytu ve zdravotnickém zařízení. Vlastní edukační cíle v mnoha případech ustupují cílům, které jsou bezprostředně spojené se zdravotním a psychickým stavem pacienta.

- Edukace v nemocnicích probíhá buď na pokojích u lůžka, nebo v herně či jiném prostoru tomu vyhrazeném. Speciální pedagog musí plně respektovat režim nemocničního zařízení, pohybová a jiná omezení vyplývající ze zdravotního stavu a léčebného programu pacienta, včetně přítomnosti různých zdravotnických technologií.
- Žáci v nemocnicích se vzdělávají dle příslušných rámcově vzdělávacích programů (tj. RVP pro předškolní a základní vzdělávání). V ZŠ při nemocnici většinou vyučuje podle rozvrhu každý den jeden hlavní předmět (český jazyk, matematika, cizí jazyk) a k němu se přiřazuje jeden až dva předměty vedlejší. Na 1. stupni je to prvouka, přírodověda a vlastivěda; na 2. stupni – dějepis, fyzika, chemie, přírodopis, zeměpis, občanská výchova a výchova ke zdraví. Délka vyučování se přizpůsobuje aktuálnímu zdravotnímu a psychickému stavu dítěte a konzultuje se s ošetřujícím lékařem dítěte.
- Je-li žák zařazen do výuky déle než 10 vyučovacích dnů, je na jeho kmenovou školu zaslán záznam o výuce žáka, kde je provedeno hodnocení žáka slovně nebo klasifikací, popř. je uveden důvod, proč nemůže být žák hodnocen. V případě, že hospitalizace probíhá déle než 3 měsíce nebo při opakovaném pobytu, je kmenové škole zaslán návrh klasifikace. Protože hodnocení je vždy zcela individuální, využívá se jak klasifikace, tak slovního hodnocení, a to na prvním i na druhém stupni.
- Celým výchovně vzdělávacím procesem obvykle prolínají prvky **herní terapie**, jejímž úkolem je:

1. Příprava při příchodu do nemocnice.
2. Příprava před zákroky a vyšetřeními.
3. Práce s dítětem po zákroku.
4. Preventivní program (Valenta et al., 2001).

- Součástí základní školy při nemocnici bývají také **školní družiny a kluby**. Ty navazují na školní práci a rozvíjí zájmovou činnost dětských pacientů. Kromě přípravy na vyučování se zde realizují odpočinkové, rekreační, zájmové a jiné činnosti.

Školy při léčebnách a ozdravovnách

Léčebny se dělí dle věku na dětské léčebny a léčebny pro dospělé nebo dle indikace na léčebny respiračních onemocnění, kardiovaskulárních onemocnění atd. K odborným léčebným ústavům patří dle vyhlášky č. 242 MZ také lázeňské léčebny (lázně) a rehabilitační ústavy, které jsou určeny primárně pacientům s tělesným postižením (nejčastěji po úraze). **Ozdravovny** se dělí dle klimatických podmínek na nížinné, podhorské a horské (popř. také vysokohorské). Nížinné a podhorské ozdravovny jsou indikovány pro opakované záněty dýchacích cest, rekonvalescence (po akutním onemocnění či operaci) nebo pro děti ohrožené obezitou. Horské ozdravovny jsou určeny pro recidivující onemocnění, které může pozitivně ovlivnit horské klima, rekonvalescence (po těžkém nebo dlouhotrvajícím onemocnění) a pro děti se sklonem k anémii. Pobyt trvá většinou 4 -6 týdnů.

Probíhá obdobně jako ve školách při nemocnici.

Žáci jsou vyučováni ve sníženém počtu 10 – 17 hodin týdně v závislosti na ročníku a léčebném režimu. Vyučují se všechny předměty kromě hudební, pracovní a tělesné výchovy (Vítková, 2006). Na závěr pobytu jsou žáci z jednotlivých předmětů klasifikováni a známky se stručným hodnocením a zprávou o probraném učivu jsou zasílány příslušné škole. Součástí škol je také školní družina, která dětem nabízí zajímavé aktivity odpočinkové, výtvarné a kulturní.

KOMPLEXNÍ SLUŽBY – NEZISKOVÝ PROSTOR

- Oblast neziskového prostoru zahrnuje služby, které nemohou výše jmenované sektory zahrnout, poskytnout.
- Jsou to služby, které jsou založeny na poptávce osob s tělesným postižením, případně jejich rodin.
- Tento sektor v podstatě zahrnuje různé typy služeb pro osoby s tělesným postižením od raného věku až po věk seniorský.
- Organizace jsou vesměs financovány částečně ze státního rozpočtu, částečně ze získaných grantů, případně ze sponzorských darů a jiných dalších zdrojů.
- Pro období raného věku dětí s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením je nejdůležitější organizace názvem „**Středisko rané péče“.**

Středisko rané péče

- Nabídka poradenské péče a nabídka dalších služeb je **určena dětem ve věkovém rozmezí 0-7 let a jejich rodinám.**
- Poradenský tým je tvořen v základě poradenským pracovníkem, většinou speciálním pedagogem a rodiči dítěte, další nejčastěji spolupracující odborníci jsou: sociální pracovník, fyzioterapeut, psycholog, neonatolog, pediatr, neurolog, a další dle potřeby rodiny.
- Nabídka služeb středisek je poměrně široká. Mezi ty základní patří následující služby:
    - Terénní služby, kdy poradenský pracovník navštěvuje přímo dítě a rodinu v přirozeném prostředí, tedy doma. Je to nejčastější a základní forma. Frekvence návštěv bývá ideálně 1x za 1-3 měsíce, případně dle potřeb dítěte a rodiny.
    - Rehabilitační pobyty pro rodiny s dětmi s tělesným postižením a pro rodiny s dětmi s kombinovaným postižením. Pracuje se s rodinou i s dítětem, přítomni mohou být například i sourozenci či prarodiče postiženého dítěte.
    - Ambulantní péče spočívá především v nutnosti posouzení stavu schopností a dovedností dítěte.
    - Pořádání odborných seminářů pro rodiny postižených dětí nejčastěji k nějakému aktuálnímu tématu, pro studenty, či odborníky jiných profesí.
    - Půjčování hraček, pomůcek a literatury.
    - Základní sociálně-právní poradenství.

- Raná péče a nabídka služeb středisek rané péče pro rodiny s dětmi s tělesným postižením je nenahraditelná -> Vychází i z předpokladu, že v prvních třech letech života procházejí mozkové buňky dítěte tak velkým rozvojem, že je možno v tomto věku položit velmi kvalitní základ vývoje.
- Na činnost středisek rané péče by měly navazovat služby školských poradenských zařízení, a to především SPC, která se zaměřují právě na žáky s tělesným postižením.

Organizace jedinců s tělesným postižením

Paleček - společnost lidí malého vzrůstu

- Společnost "Paleček" sdružuje a zastřešuje děti a dospělé s achondroplazií (ale i s jinými diagnózami kostních dysplazií), včetně nepostižených zdravých rodinných příslušníků.
- Web Paleček obsahuje lékařské informace, chat a informace o činnosti sdružení.

Svaz tělesně postižených v ČR

- Stránky svazu informují o službách, které Svaz tělesně postižených v ČR poskytuje nejen svým členům.
- Jsou to: půjčovna kompenzačních pomůcek, rehabilitační a rekondiční pobyty, dětské ozdravné tábory, pomoc při začleňování ZP občanů do zaměstnání, bezbariérové středisko Březejc, bezúročné půjčky, prodej Euro klíčů.

Asociace Polio České republiky

- Stránky asociace informují o problematice dětské obrny, uvádějí odborné články o postpoliomyelitickém syndromu, představují činnost asociace, odkazují na důležité informační zdroje.

Ostravská organizace vozíčkářů

- Stránky aktivní organizace, která vydává časopis Vozka, poskytuje poradenské služby, zajišťuje alternativní dopravu imobilních osob ALDIO a další činnosti.

Sportovní klub vozíčkářů Praha

- Sportovní klub vozíčkářů Praha sdružuje šest oddílů, kde se provozují tyto sporty: florbal, lyžování, potápění, stolní tenis, orientační závod a outdoorové sporty (cyklistika vozíčkářů, vodní turistika a další).

Pražská organizace vozíčkářů

- Pražská organizace vozíčkářů (POV) je sdružením občanů pohybujících se pomocí vozíku, jejich rodinných příslušníků a přátel, kteří s nejlepší znalostí vlastních potřeb poskytují pomoc lidem s podobnými problémy.
- Kromě informací o aktivitách a projektech POV se na jejích stránkách nacházejí také různé užitečné adresáře, aktualizované za podpory Úřadu vlády ČR.

Sdružení META

- Sdružení META je sdružením pacientů se střádavými onemocněními, mezi které patří Gaucherova choroba, Fabryho choroba, Pompeho nemoc, MPS – Mukopolysacharidóza.

DebRA ČR

- Občanské sdružení DebRA ČR bylo založeno v roce 2004 a zařadilo se tak jako 32. organizace DebRA do mezinárodního uskupení DEBRA INTERNATIONAL.
- Organizace DebRA na celém světě podporuje lidi trpící vzácným puchýřnatým onemocněním epidermolysis bullosa congenita (EB) – v Česku překládaným jako nemoc motýlích křídel

Liga vozíčkářů

- Občanské sdružení se sídlem v Brně usiluje o naplnění lidských práv zdravotně postižených a aktivizuje občany s postižením k pracovní, rehabilitační, rekondiční i zájmové činnosti, prosazování a obhajování svých práv.
- Liga vydává časopis Vozíčkář. Její web obsahuje poradnu, debatu, seznamku, inzerci a rozsáhlý informační portál.

Česká asociace paraplegiků – CZEPA

- Česká asociace paraplegiků - CZEPA (dříve Svaz paraplegiků) hájí zájmy lidí ochrnutých po poranění míchy a pomáhá jim vytvářet podmínky k tomu, aby se co nejrychleji po úrazu opět vrátili k aktivnímu, nezávislému způsobu života, a to bez ohledu na stupeň svého postižení.
- Doplňuje sociální a zdravotní pomoc státu u lidí s velmi těžkým postižením a potřebou individuální pomoci - je krizovým centrem.

Český svaz tělesně postižených sportovců

- Na stránkách ČSTPS jsou informace o následujících sportech: atletika, basketbal vozíčkářů, EWH, floorball, handbike, jezdectví, kuželky, lyžování, orientační závod vozíčkářů, plavání, quarugby, stolní tenis Para a TP, šachy, tenis stojících, tenis vozíčkářů, turistika, volejbal tělesně postižených.

Parent Project

- Stránky sdružení Parent Project, jehož cílem je sdružovat rodiče a rodinné příslušníky dětí, které se narodily se svalovou dystrofií Duchenne Becker a společně bojovat s touto nevyléčitelnou nemocí.
- Web informuje o nemoci, o projektu Centrální databáze pacientů s DMD/BMD, obsahuje odpovědi odborníků na dotazy a další informace.

Asociace muskulárních dystrofiků ČR

- Asociace sdružuje členy postižené muskulární dystrofií (tzv. myopatií) a dalšími nervosvalovými chorobami.
- Muskulární dystrofici patří k nejtíže postiženým, z nichž mnozí jsou odkázáni na používání vozíku a na pomoc jiných osob se všemi negativními důsledky, které z toho vyplývají.
- Na stránkách AMD jsou kromě historie, odkazů na důležité zdroje zveřejněny také Zpravodaje AMD od roku 2002, obsahující cenné informace pro nemocné.

Spolek TREND vozíčkářů Olomouc

- Spolek Trend vozíčkářů patří k největším poskytovatelům osobní asistence v rámci celé České republiky.
- Jeho posláním je napomáhat všestranné integraci těžce tělesně postižených občanů. Organizace poskytuje osobní asistence, sociálně právní poradenství, půjčovnu kompenzačních pomůcek, sociální rehabilitace, pomoc při hledání pracovního uplatnění zdravotně postižených a volnočasové programy.
- V současné době se věnuje novým aktivitám v rámci sociálního podnikání. Provádí digitalizaci dokumentů a provozuje call centrum, které umožňuje hromadné zpracování příchozích a odchozích telefonních hovorů.

Apropo

- Havířovské sdružení APROPO pořádá rekondiční pobyty pro lidi s tělesným postižením, na kterých zajišťuje rehabilitaci a osobní asistenci jako samozřejmost.
- Zprostředkovává rovněž osobní asistenci k zajištění každodenních životních potřeb osob s tělesným postižením a provozuje informační servis, pořádá rekondiční setkání, nabízí možnost rehabilitace s návštěvou bazénů se zajištěnou osobní asistencí.

Poznámka:

- zmínit můžete jakoukoliv organizaci zmíněnou v otázce 19.

Zdroje:

- **Výše zmíněné zákony**
- JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995, 159 s. ISBN 8070669411.
- FINKOVÁ, D., LUDÍKOVÁ L., RŮŽIČKOVÁ V. *Speciální pedagogika osob se zrakovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2007, 158 s. ISBN 978-80-244-1857-5.
- http://www.novorozeneckyscreening.cz/ov-co-je-novorozenecky-screening
- Výpisky z výuk

PSYCHOPEDIE

21. Psychopedie jako vědní disciplína – pojetí, vymezení, obsah, postavení v systému věd. Cíle a úkoly psychopedie. Náhled do dějin psychopedie. Základní psychopedická terminologie.

PSYCHOPEDIE JAKO VĚDNÍ DISCIPLÍNA

- tzv. pedagogika osob s mentálním postižením
- termín psychopedie vznikl v roce 1945
- z řeckého psýché = duše a paideia = výchova → psychopedie je spíše o mysli než o duši
- v širším kontextu → humanitní věda
    - interdisciplinární obor zabývající se prevencí (hlavně terciální), prognostikou mentální retardace (popř. jiných duševních poruch) se zvláštním zřetelem na edukaci, reedukaci, diagnostiku, terapeuticko-formativní intervenci, kompenzaci, rehabilitaci, inkluzi (integraci) a socializaci či resocializaci klienta s mentálním či jiným duševním postižením (Valenta, Müller)
- v užším pojetí → speciálně pedagogická disciplína
    - speciálně pedagogická disciplína, která se zabývá edukací osob s mentálním postižením či jiným duševním postižením a zkoumáním formativních (výchovných) a informativních (vzdělávacích) vlivů na tyto osoby
    - zabývá se primárně osobami s mentálním postižením, mentální retardací, duševními poruchami, schizofrenií, poruchou autistického spektra a kombinovanými vadami
    - sekundárně se zabývá klientelou s SVPU (specifické vývojové poruchy učení) či chování, zákonnými zástupci, školou, speciálně pedagogickým centrem, rodinou, lékaři

Principy

- propojení teoretických poznatků psychopedie a jejich aplikace do praxe
- posláním je na základě poznání individuálního rozvoje a zvláštností osobnosti jedinců s MP odhalování zákonitostí speciální výchovy a aplikace těchto poznatků do celoživotního vzdělávání včetně pracovního uplatnění

Předmět psychopedie

- osoba/klient s mentálním postižením a duševním onemocněním (i žák s takovými rozumovými nedostatky, s nimiž se nemůže vzdělávat na běžné škole) a jeho akulturace, tj. socializace v nejširším slova smyslu
- tzn. odklon od původního somatopatologického („sovákovského“) pojetí psychopedie i celé speciální pedagogiky, jejímž předmětem byl především organický či funkční defekt, a příklon ke globálnímu pojetí klienta se zdravotním postižením s důrazem na to, co je u něj funkční a intaktní

Postavení psychopedie v systému věd

- je vřazena do systému speciálně pedagogických disciplín společně se *základy speciální pedagogiky* a *dalšími „pediemi“* (etopedie, logopedie, surdopedie, tyflopedie, somatopedie), jež jsou jejími příbuznými obory
- speciální pedagogika je včleněna do soustavy pedagogiky, jakožto základního vědního oboru společně s ostatními pedagogickými disciplínami (např. obecná pedagogika, obecná didaktika o teorie výchovy, filozofie výchovy, dějiny pedagogiky, sociální pedagogika, komparativní pedagogika, pedagogika volného času atp.)
- psychopedie v širším pojetí se nachází v průniku 4 základních vědních oborů:
    - **pedagogika**
    - **psychologie** (obecná psychologie, vývojová psychologie, patopsychologie, psychodiagnostika, pedagogická psychologie, klinická psychologie a psychoterapie)
    - **sociologie** (sociální psychologie, sociologie výchovy)
    - **medicínské obory** (psychiatrie, pediatrie, neurologie foniatrie, ORL, somatopatologie, ortopedie)
    - dále také filozofie (etika, estetika, logika), právo, technické vědy (kybernetika, ICT)
- psychopedie má nejblíže k etopedii, která se z ní vyčlenila jakožto jedna z nejmladších speciálněpedagogických disciplín v 60. letech 20. století a s níž se „dělí“ o velkou část klientely

- jedná se především o osoby s velmi frekventovanou kombinací mentální retardace – porucha chování (v MKN-10 F71.1)

Cíle psychopedie

- odhalení všech zákonitostí výchovy na základě poznání rozvoje a zvláštností osobnosti mentálně postižených
- nalezení adekvátního místa ve společnosti pro každého vychovávaného
- → **dosažení maximálního stupně rozvoje osobnosti jedince s mentálním či jiným duševním postižením a jeho integrace do společnosti**
- hlavním a nezbytným předpokladem je respektování specifik postižení a individuality každého člověka s mentálním postižením

Zaměření psychopedie

- zkoumání osobnosti mentálně postižených v souvislosti s jejich výchovou, vzděláváním, pracovním a společenským uplatněním
- zkoumání podmínek speciální výchovy mentálně postižených jako předpoklad ke stanovení obsahu, zásad, metod, prostředků a forem výchovy a vzdělávání
- vytváření speciálních edukačních a didaktických metod, metodických postupů a zajištění jejich aplikace v praxi
- sledování historie oboru a historie péče o mentálně postižené

Působení psychopeda

- SPC, PPP, střediska výchovné péče, školy, kde se vzdělávají žáci s MP, střediska podpory integrace do škol, subjekty nestátní sféry – podporované bydlení, zaměstnávání, asistenční služby apod.

STŘÍPKY Z HISTORIE

- obecně lze hovořit o následujícím vývoji postojů společnosti k minoritě postižených
  - společnost bez mentálně postižených
  - mentálně postižení mimo společnost
  - mentálně postižení vedle intaktních
  - mentálně postižení mezi intaktními
  - mentálně postižení spolu s intaktními

Starověké období

- kolem roku 1550 před Kristem – lékařský dokument tzv. **Ebersův papyrus** – *deprese* patrně prvním doloženým konceptem duševní poruchy v literatuře
- **Lykurgovo opatření** – preventivní opatření (*požívání lihovin má neblahý vliv na duševní vývoj potomstva, a proto zakazoval požívati vína v den sňatku předpokládaje, že v ten den dochází k početí*)
- antická společnost měla poměrně bohatou teorii duševních poruch (melancholie, mánie, delirium…), přičemž z etiologie převažoval „organický“ náhled
- ANTIKA
  - Řecko - zakládány první léčebné ústavy tzv. asklepiony
    - o osoby s mentálním postižením pečovali kněží a lékaři
  - **Platon** – zastával názor, že duševně choří lidé by se měli zahubit, což by bylo lepší pro stát i pro ně samotné (těžce duševně postižení, zuřiví a nevyléčitelní)
    - klidní jedinci ponecháni v rodině – rodina měla povinnost pečovat o ně
  - **Hippokrates** – první pokus o klasifikaci, rozlišoval stupně duševního postižení př. malformace lebky
    - dokazoval, že „mentální postižení vzniká z poruch mozku“
  - **Galenos** – významný lékař
    - navázal na Hippokrata
    - definoval symptomatické psychické poruchy a odlišoval slabomyslnost vrozenou a získanou
    - mentální postižení se nevyhýbalo ani významným lidem – císař Markus Aurelius měl syna se slabomyslností a Galenos jej vychovával

- Sparta - o narozených dětech rozhodoval stát – slabé, nedužívé, znetvořené děti by nezvládly vojenský výcvik → byly tedy pohozeny u Taygetského pohoří/shazovány ze skály
- po narození dítě prošlo očistnou koupelí ve víně, věřili, že děti s postižením dotek s vínem nepřežijí – projevy křeče
- Řím - děti s postižením v proutěném koši vhozeny do řeky Tibery

Středověk

- **vliv církve** = **náboženství**
  - ambivalentní postoj k duševně postiženým jedincům – na jedné stráně šťastně vyvolení, na něž shlédl bůh, na straně druhé byli považováni za „zplozence ďáblovy“
  - osoby s MP považovány za plody ďábla/boží trest/zlé znamení, pokud se s nimi „zdravý“ jedinec setkal
  - čelili inkvizici – byli mučeni, terčem exorcismu (vymítání ďábla), vězněni a zabíjeni
  - kalvinisté a luteráni tyto osoby považovali za nečisté, odsouzeníhodné
- **počátky charitativní péče**
  - posun církve – láska k bližnímu svému, tedy i k osobám s MP
  - 5.-10. století vznik špitálů při klášterech (klášterní hospitály – zabezpečovaly osobám s MP základní fyziologické potřeby nutné k přežití – o postižené pečoval mnich
  - židovští scholastici žádali pro osoby s MP péči a pomoc → žádali jejich osvobození od trestní odpovědnosti a prosazovali povinnost postarat se o ně
  - později (kolem roku 1000) jim byla poskytována péče v azylech při klášterech, kde o ně pečovali mniši
    - osoby s lehčím MP schopny práce si ošacení/stravu/ubytování museli odpracovat př. škrábali brambory v kuchyni
  - azyly při klášterech vznikaly v Paříži, v Kolíně nad Rýnem
  - ve Švýcarsku a Rakousku vznikaly azyly pro kretény
  - v Anglii v Londýně při klášteru sv. Marie Betlémské vzniklo oddělení pro choromyslné – později zde vznikl ústav
- „**lodě bláznů**“
  - údajně mýtus
  - jednalo se o lodě plující od města k městu, které „sbíraly“ osoby s MP; města se jich zbavovala
  - pluly do poutních míst, kde věřili, že dojde k zázraku – uzdravení
  - postižení jako zlo odplulo z měst pryč
- „**věže bláznů**“
  - vznikaly v Evropě; tzv. Narrenturme
  - byli v nich zavírání pomatenci a blázni
  - šlechta a lidé z vyšší společnosti se na ně mohli chodit za poplatek dívat – jako do zoo
  - zde zlo, postižení bylo uzavřeno od společnosti

Novověk

- renesance
  - internační budovy pro osoby s mentální postižením – věznì – bití, hladovění…
  - první klasifikace duševních poruch – poruchy intelektu jsou odděleny od ostatních duševních poruch – Felix Platter (basilejský lékař) – v díle *Pojednání o nemocích duše*
  - J.A. Komenský (1670) – hájil nutnost vzdělávat děti bez ohledu na typ a stupeň jejich postižení – *Pampaedis*
    - *Velká didaktika* – se věnuje mimo jiné žákům s mentálním postižením a uvádí zde principy edukace žáků s MP – princip individuálního přístupu, přiměřenosti, názornosti, konkrétnosti, ve středu zájmu není učivo, ale žák! - blízké dnešnímu pojetí
- 18. století – **období po Velké francouzské revoluci**
  - rozmach vědy a pokroku – do popředí medicína
  - výrazný pokrok ve vztahu k mentálně postiženým
  - 1789 - Deklarace práv člověka *a občana*
    - rovnost lidí

        - povinnost pomáhat postiženým na sebe bere stát
    - Filip Pinel – zakladatel moderní psychiatrie – sejmul duševně postiženým okovy, jak obrazně, tak doslova – represy nahrazuje léčbou (založenou na morální akci – psychiatrické léčebny)
    - Jean Etiene-Dominik Esquirol – nejslavnějším Pinelovým žákem a pokračovatelem
        - vymezil idiocii jako stav (a ne nemoc) charakterizovaný vrozeným a trvalým nedostatkem rozumových schopností

- 19. století
    - **Jean Marc Caspar Itard** – lékař ústavu pro hluchoněmé v Paříži
        - první popsaný psychopedický experiment – **Divoch z Aveyronu**
            - rozvíjení mentálně postiženého jedince – po vzoru jeho edukačního experimentu dochází k otevření prvních institucí specializovaných na výchovu a vzdělávání postižených dětí i dospělých – Francie, Švýcarsko
            - počátkem 19. století byl v horách nalezen 12 letý chlapec, později nazvaný Viktor, kterého se snažili vychovat pomocí cvičení na rozvoj smyslů a motoriky
            - nebyli však moc úspěšní, protože chlapec trpěl středně těžkou mentální retardací v důsledku sociální deprivace
            - pozitivem byl však důkaz o možném rozvoji schopností mentálně retardovaných
    - **Eduard Seguin** – otec psychopedie, zakladatel systematické péče o mentálně postižené v Evropě i ve Spojených státech
        - **1841** první škola pro slabomyslné v Paříži
        - spolu s Itardem považován za zakladatele kurativní – léčebné pedagogiky
        - vyvinul komplexní systém výchovy a vzdělávání pro osoby s postižením intelektu
        - systém výchovy tzv. Seguinova triáda
            - 1. výchova *činnosti* (rozvoj motoriky, analyzátorů, senzomotoriky)
            - 2. výchova k *myšlení* (trivium) – základní poznatky o světě a společnosti
            - 3. výchova *vůle* (schopnost ovládnout své instinkty, mravní výchova)
        - kromě výchovy MP jedinců se Sequin věnoval také diagnostice – pomůcka Sequinova destička
    - další vývoj péče o jedince s MP je spojen často se jmény reformních pedagogů – Marie Montessori (práce s MP žáky), Peter Peterson (prosazování inkluze), Rudolf Steiner (jeden ze zakladatelů léčebné pedagogiky) a další
    - **vznik prvních institucí**
        - 1833 – Paříž – Ortofrenický institut (dr. Felix Voisin)
        - 1841- Švýcarsko – Sanatorium pro kretény a epileptiky
        - Guggenbühl – vzorový ústav, ve kterém byly oddělení pro různé kategorie slabomyslných
        - 1841 – Paříž – 1. škola pro slabomyslné (Seguin)
        - dříve zakládány jen pro hluchoněmé a nevidomé
        - Německu patří primát ve zřizování škol

Území současné České republiky *(kniha Úvod do psychopedie – Kysučan)*

- **Česko před rokem 45**
    - 1774 - Tereziánský školní řád 1774
        - první zákonné ustanovení na území naší země řešící školní docházku dětí (autorem byl reformátor Johann Ignác Felbiger)
    - 1863 - Zákon o domovském právu
        - první legislativní úprava zabývající se péčí o „úchylné“ jedince – zákon ustanovuje nárok postižených na sociální pomoc => rozvoj ústavů pro duševně postižené občany
    - 1869 - Zákon o obecných školách
        - vylučoval těžce tělesně a mentálně postižené děti ze vzdělávání
    - 1945 - Řád školního vyučování z roku

- 1929 - Zákon o pomocných školách
- Karel Slavoj Amerling – jeden z prvních „psychopedů u nás“
  - 1842 založil ústav Budeč v Praze
  - první ústav pro mentálně narušené děti a mládež *Ernestinum* v celém Rakusku-Uhersku= Ústav idiotů Jednoty paní sv. Anny v Praze 17.6.1871 – jeden z prvních „psychopedů“ u nás
  - Amerling prosazoval pro své klienty základní vzdělání, ruční a zemědělské práce, pevný režim dne, nácvik sebeobslužných prací a hygieny
  - zdůrazňoval názorné vyučování a sám také sestrojil názorné pomůcky
- Karel Herfort
  - vůdčí osobnost života
    - *osvětového* (předseda Spolku pro péči o slabomyslné)
      - spolek pořádal kurzy pro vzdělávání učitelů pomocných škol
    - *odborného* (zakladatel české pedopsychiatrie, spoluzakladatel našeho 1. odborného časopisu Úchylná mládež)
    - *pedagogického* (univerzitní profesor prosazující týmovou práci lékaře a pedagoga)
  - dílo Rodokmeny slabomyslných
  - kladl důraz na odstranění řečových vad, rozvoj motoriky, ruční práce, zavedl chorobopisy
  - v ústavu prohloubil výuku o tělesnou a pracovní a prosadil individuální přístup k chovancům, zavedl chorobopisy
  - dělil tyto jedince dle vzdělanosti na:
    - *debily* (výchova, vzdělání)
    - *imbecily* (výchova)
    - *idioty* (bez výchovy a vzdělání)
- první pomocná třída - Praha 1896
- Josef Zeman – zakladatel speciálního školství
  - pracoval na ministerstvu školství a uzákonil *zákon o pomocných školách* 1929 – povinná školní docházka pro slabomyslné
    - vřadil pomocné školy do školského systému a řešil otázku povinné školní docházky slabomyslných (první pomocná třída byla otevřena v Praze v roce 1896)
- Jan Mauer – rozvíjel péči o slabomyslné
  - učitel, zdůrazňoval význam ručních prací u mentálně postižených (prostředek kompenzace, význam pro praktické životní potřeby)
  - publikace „Jak poznati duševně úchylné dítě a kterak je učiti v pomocné škole“, „Duševně úchylné děti“
- Konrád Sedláček – iniciátor rozvoje pomocného školství na Moravě, ředitel 1. Pomocné školy v Olomouci (1920), důraz na materiální vybavení školy
- Otakar Chlup – zabýval se diagnostikou duševních projevů
- Vlasta Novotná – autorka 1. Speciálně pedagogické učebnice (slabikář)
- profesor František Čáda
  - uspořádání trojice sjezdů zaměřených na péči o slabomyslné a pomocné školy
    - 1909 Praha, 1911 Brno, 1913 Slezská Ostrava
  - sjezdy zásadně ovlivnily vývoj oboru a měly i velký osvětový význam – důraz na spolupráci lékařů, pedagogů a rodičů

- **období po 2. světové válce do roku 1989**
  - legislativní změny
  - 1948 zákon o jednotném školství – zestátnění všech škol
    - změna názvu pomocných škol → zvláštní školy, zřizoval školy pro mládež duševně a mravně vadnou, na druhou stranu nedovoloval existenci alternativního (soukromého, církevního) školství
  - Školský zákon z roku 1953 – vznikají zvláštní učňovské školy připravující žáky na výkon jednoduchých manuálních povolání

- Zákon z roku 1960 – rozšiřuje síť speciálních škol o speciální mateřské školy – v oblasti předškolní institucionální péče o děti s MP jsme patřili mezi modelové země! V této době dochází také k největšímu nárůstu počtu zvláštních škol na našem území
- profesor Miloš Sovák
  - „Nárys speciální pedagogiky“ - náhled na jednotlivé disciplíny speciální pedagogiky
  - rozlišuje 3 stupně slabomyslnosti (debilita, imbecilita, idiocie, přechodná forma mezi normálem a slabomyslností = slaboduchost)
  - zdůrazňuje nutnost komplexní péče (léčebná, výchovná a sociální)
- profesor František Kábele

- **po roce 1989**
  - padlo centralistické dogma – jednotné školy – alternativa – soukromé a církevní školy, stacionáře, centra
  - vzdělávání dětí i s těžkým či kombinovaným zdravotním postižením
  - vznik autistických tříd pro děti s pervazivními vývojovými poruchami, včetně poradenských služeb
  - integrace a inkluze osob s MP do školství i do společnosti
  - vznik občanských sdružení podporující zkvalitnění života občanů s MP
  - rozvíjení systému AAK
  - rozšíření a zkvalitnění přípravy psychopedů na dalších katedrách speciální pedagogiky
- **současnost**
  - viz změny školské legislativy v otázce SP č. 10 – už neexistuje ZŠ praktická, zrušen RVP pro LMP
  - profesorka M. Vítková, **profesor Valenta, doktor Muller, doktorka Kozáková, doktorka Pastieriková** (PAS), docent Kysučan, doc. Černá (Praha), doc. Švarcová, doc. Krejčířová, doktor Edelsberg a další ovlivňují vývoj psychopedie jak svou prací vědeckou, publikační, tak i pedagogickou a organizační

ZÁKLADNÍ PSYCHOPEDICKÁ TERMINOLOGIE

- nejednotná → pořád se mění (starší termíny nabyly pejorativní zabarvení – úchyl, debil, imbecil, idiot, dement)
  - většina pojmů se po určité době stává společensky nepřijatelnými
  - psychopedie stále hledá nové termíny, které by tyto termíny nahradily – snaží se o humanizaci oboru
  - ze slovníku mizí termín mentální defekt – člověk s mentální retardací je především lidská bytost, teprve až na druhém místě je i „defektní“
- ***1952 – 1989*** *více než 20 pojmů … duševně chybní, duševně úchylní, duševně abnormální, duševně opoždění, rozumově zaostalí, slabomyslní, oligofrenní, mentálně defektní, mentálně opoždění, mentálně retardovaní aj.*
- ***1952*** *– Miláno, konfrerace WHO,* ***„mentální retardace“***
- *etická oblast – místo mentálně postižení,* ***osoby*** *s mentálním postižením (člověk s mentální retardací je především lidská bytost, a teprve až na druhém místě je i „defektní“)*
- **people first languge**
  - typ jazykového předpisu, který zabraňuje dehumanizaci při diskusi o osobách se zdravotním postižením nebo zdravotním problémem
  - na prvním místě je to ta osoba, postižení je až druhořadé
  - doporučuje se používat místo pojmu mentálně retardovaný označení osoba s mentálním postižením

Primární terminologie

- vychází ze zdravotnických klasifikačních systémů
- **MKN-10** (Mezinárodní klasifikace nemocí)
  - proniká jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách a působí více do praxe
  - klasifikuje schopnosti, které jsou roztřízeny a kódovány
  - F - poruchy duševní a poruchy chování
    - F7 – mentální retardace
    - F8 – poruchy psychického vývoje
    - F9 – poruchy chování a emocí v dětství a adolescenci
  - pro psychopeda je důležité seznámit se i s dalšími kategoriemi jako jsou
    - F2 – schizofrenie

        - F3 – afektivní poruchy
        - F4 – neurotické poruchy
    - u osob s MP se uvádí 3-4x více dalších duševních poruch v porovnání s intaktní populací
- **DSM-V** (Diagnostický a statistický manuál)
    - využíván v USA
    - rozdíly s MKN-10
        - termín mentální retardace → pojem nahrazen - mentální postižení
        - termín demence → nahrazen novým - neurokognitivní porucha
    - předpoklad: v MKN-11 se mentální retardace nejspíše také změní na mentální postižení)
- **MKF** (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví)
    - dualitní systém klasifikace duševních poruch
    - má mnohem přímější dopad do sociální oblasti a vzdělávání osob s postižením
    - snaží se být manuálem pro skutečný dopad a skutečné následky spojené s určitou diagnózou pro konkrétního člověka a jeho prostředí
    - rozdíl je v tom, že MKN a DSM popisují jednotlivé diagnostické případy, ale v případě multifunkčního postižení tady ty dvě klasifikace nevyhovují a přistupujeme k MKF (klient s demencí a senzorickým postižením, musím zjistit **funkční stav klienta** = co ten klient ještě dokáže, funkční stav je přesně popsán v klasifikaci funkčních schopností)

Odvozená terminologie

- používá se podle toho, v jaké oblasti se profesně pohybuji
- např. pracovník ve školství bude užívat školskou terminologii
- je dána legislativou
- terminologie by měla mít etický rozměr → ta která klienta nepohoršuje
- vidět v klientovi člověka → nemluvit o něm jako o debilovi
- terminologie z oblasti školství, práce, sociální péče – každá se liší
    - z oblasti školství
        - speciální vzdělávací potřeby
    - z oblasti práce
        - klient v práci – zdravotní postižení místo speciální vzdělávací potřeby
        - termíny jako invalidita, pracovní schopnost/neschopnost, pracovní rehabilitace, chráněný trh práce, pracovní místo pro OZP (chráněné pracovní místo) atd.
    - sociální péče
        - termíny jako závislost na péči (4 základní stupně), sociální služby, uživatel sociálních služeb apod.

Základní termíny a jejich užívání

- **mentální postižení**

  DŘÍVE
    - považováno jako širší pojetí (než mentální retardace – vesměs nahradil tento termín)
    - zastřešující pojem, zahrnuje všechny osoby s IQ pod 85 – souhrnná kategorie, není to diagnóza!
    - "*Je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního charakteru, také je zde sociální bariéra*."
      (Valenta in Valenta,…)
    - oslabení kognitivních funkcí = *hraniční pásmo mentální retardace* (IQ 70 - 85 bodů)
    - dříve základní škola pomocná a zvláštní --> nyní praktická a speciální škola pro žáky s…
        - např. střední odborné učiliště - instituce přímo určená pro děti s postižením

  DNES
    - nové pojetí širšího pojmu → pokles/snížení kognitivního výkonu

- **mentální retardace**
    - z lat. slova mens = mysl, rozum; retardatio = zdržet, zaostávat, opožďovat

- jde o organické postižení CNS – to má za důsledek snížení intelektu a snížení adaptace (retardaci nelze léčit, protože nejde o nemoc, ale o trvalý fyziologický stav)
- mentální retardace je pouze vrozené postižení → není pravda může být i získaná (do 2 let)
- = stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, k němuž dochází v průběhu vývoje jedince
- *„mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“*
- "*Trvalé snížení rozumových schopností jedince, jehož příčinou je organické poškození mozku*." (Pedagogický slovník)
- "*Vývojový porucha rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální nebo postnatální etiologií (= příčina vzniku), která oslabuje adaptační schopnosti jedince*." (Valenta in Valenta,..)
  - často problém s expresivní složkou řeči - nemá slovní zásobu nedokáže se vyjádřit, nemusí dobře rozumět tomu, co říkáme
  - problémy s hrubou a jemnou motorikou
  - selhává v sociálních situacích - naučí se vzorec ale špatně ho aplikuje na jinou situaci (chová se doma nějak - jde na úřad a chová se stejně…nikdo u to nevysvětlil, nezná to)
  - vady vznikají v prenatálním, perinatálním a postnatálním období
    - o postnatální etiologii se jedná do 3 roku věku dítěte - později je vada získaná (stejně jako u starých lidí, můžeme nazvat demence)
  - adaptační schopnosti u mentálně postižených je nižší
- medicínský pojem/diagnóza - klasifikuje se od IQ 70 a níže

- **handicap**
  - vyjadřuje znevýhodnění jedince v porovnání s vrstevníky, a to hlavně ze sociokulturního pohledu, kdy dva jedinci se stejným postižením se mohou cítit rozdílně handicapovaní mj. i v důsledku toho, že každý z nich má psychologicky jinou úroveň adaptability

Poruchy inteligence

- **demence**
  - = získaná, vnější (sekundární) porucha inteligence (deteriorace inteligence)
  - vzniká vlivy vnějšího prostředí, od 2 let věku (zanedbávání, nepodnětné prostředí, úraz, operace, autohavárie, uvíznutí pod vodou…), nejčastěji pak v pozdní dospělosti či seniorském věku
  - organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti - ten negativně ovlivní úroveň soc. adaptace
  - za průkazné je považováno snížení úrovně rozumových schopností o 20% (Jirák in Vágnerová, 1996)
  - má progredující charakter
- **oligofrenie**
  - MR vrozená či raně získaná (do 2 let života), tzv. primární mentální postižení (v dnešní době termín ustoupil nadřazenému pojmu mentální retardace)
- **pseudooligofrenie**
  - nepravá oligofrenie – sociální oligofrenie (jedinec se pouze jeví, že má sníženou inteligenci)
  - vlivem výchovy a sociální zanedbanosti nedochází u jedince k fyziologickému rozvoji
  - potenciál jedince není podporován dostatečně – nepodnětné prostředí, zanedbanost
- *podrobněji viz otázka č. 24*

Další pojmy

- pásmo inteligence 70-85 IQ – pojem hraniční pásmo MR (popř. mentální subnorma)
- tzv. idiot savant – mentálně retardovaná osoba s mimořádnou jednostrannou schopností, většinou v oblasti mechanické paměti
- mentální retardace způsobená těžkou deprivací – nezařaditelná pod pojmy oligofrenie nebo demence; extrémním případem jsou tzv. vlčí děti

Terminologie MKN-10

- preferuje termín porucha před pojmem nemoc, přičemž vychází z následujících termínů

- **znak** – objektivní manifestace patologického stavu bez ohledu na klientovo uvědomění si toho
- **symptom** (příznak) – subjektivní manifestace patologického stavu
- **dysfunkce** – obtížná či abnormální funkce
- **stav** – součet klientových aktuálních znaků a symptomů
- **rys** – trvalá charakteristika jedince (osobnostní rys)
- **syndrom** – skupina znaků a symptomů, které se vyskytují společně
- **epizoda** – výskyt určitého syndromu v času
- **porucha** – podobná syndromu, ale více vydělitelná od ostatních stavů a je pravděpodobné, že by mohla představovat nemoc (např. paranoidní schizofrenie)
- **nemoc** – syndrom s neznámou příčinou, průběhem či patofyziologickým mechanismem

Klasifikace

- dle etiologie
    - endogenní (vnitřní) - chromozomální aberace a genetické mutace
        - dle mnohých odborníků se právě u mentální retardace uplatňuje výrazný podíl vlivu dědičnosti
        - do dědičných vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, když dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti
        - polygenní způsob
            - důsledkem lehčí poruchy inteligence
            - rodiče mívají snížené rozumové schopnosti (krajní varianta normy), nevytvářejí podnětné prostředí pro rozvoj dítěte
        - monogenní způsob
            - důsledkem závažnější poruchy inteligence s větší variabilitou
            - např. hydrocefalus, metabolické poruchy (fenylketonurie), Hurlerův syndrom (genet. onemocnění, které postihuje psychické i fyzické schopnosti člověka, často zapříčiňuje smrt v raném pubertálním věku)
            - tyto poruchy inteligence vznikají druhotně jako důsledek dědičnosti, mnohdy postupně
            - dieta, operace – možnost zabránit postupu onemocnění, ale genetický vklad zůstává
        - chromozomální odchylky
            - velikost nebo struktura chromozomu se liší od normy
            - př. závažné syndromy, které nejsou slučitelné se životem (např. Downův syn.)
            - *Downův syndrom*
                - trizomie 21. chromozomu
                - charakteristika: zavalitější postava, menší hlava, úzká, šikmá oční víčka, výrazná kožní řasa ve vnitřním koutku oka, malá, pootevřená ústa, mohutnější krk, široké ruce s krátkými prsty, nízký vzrůst, časté srdeční a smyslové vady. Intelektově většinou v pásmu středně těžké MR, dobrá schopnost socializace
            - *Williamsův syndrom*
                - delece 27 chromozomů na dlouhém rameni chromozomu 7s
                - charakteristika: „Elfí podoba“ (široké čelo, plochý, krátký nos, široká ústa s plnými rty), MR, dobré jazykové schopnosti, dobře rozlišují obličeje a jsou sociabilní, úzkostní, hyperaktivní, zájem o hudbu, citliví na zvukové podněty
            - *Angelmanův syndrom*
                - „Syndrom šťastné panenky“ – působí dojmem šťastného dítěte
                - charakteristika: světlovlasí, modroocí s vyčnívající bradou a špičatým nosem), opožděný vývoj motoriky, nejistá chůze, epileptické záchvaty, řeč se nevyvíjí, bezdůvodný smích, úsměv
            - *Prader-Willi syndrom*

- (většinou delece) 15. paternálního chromozomu (tedy pocházejícího od otce)
- charakteristika: malá postava, krátké končetiny, úzké čelo, buclatost, drobní, hypotoničtí, málo pigmentová kůže; po 2. roce nadměrná konzumace jídla – obezita, pro zisk jídla jsou agresivní, kradou ho; dráždiví, vzteklí, impulzivní se sklony k sebepoškozování, nemají zájem o sociální kontakt

- MP v návaznosti na pohlaví je nejtypičtějším případem *syndromu lomivého X*
  - postihuje nejčastěji chlapce, přenáší se z generace na generaci
  - charakteristika: velké uši, čelo, brada; důsledkem je MP, porucha socializace, poruchy chování, impulzivita, nadměrná dráždivost, sebezraňování, vyhýbání se očnímu kontaktu, lidem, konfliktní k vrstevníkům

- exogenní (vnější)
  - vnější, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství
  - mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku nebo plodu dítěte, patří sem:
    - anorganické příčiny – fyzikální (mechanické působení, vlivy záření), chemické (vlivy léčiv, jedů, chemických látek)
    - biologické příčiny – působení virů, bakterií, plísní, negativní symbiotické vlivy způsobené soužitím matky a plodu
    - psychosociální příčiny – negativní vlivy výchovy v rodině, ve škole a jiných výchovných zařízeních (Kysučan, Kuja, 1996)
  - prenatální období (od početí po narození)
    - úraz, životní styl/prostředí, kde se matka nachází, infekce v těhotenství, záření, závislosti - alkohol a drogy (fetální alkoholový syndrom - retardace); příp. prenatální deprivace (silně nechtěné dítě)
  - perinatální období (před, během a po porodu)
    - předčasné porození, nízká hmotnost, přiškrcení, uvíznutí v rodidlech - protrahovaný porod = dlouhodobí porod, mechanický poškození, hypoxie/asfyxie (snížený přísun kyslíku do mozku/žádný kyslík v mozku) --> odumření buněk
    - malé děti, které se narodí s postižením, se dají do inkubátoru, postupně se schladí na 35 stupňů, kde zůstávají 2 dny, poté se opět postupně rozehřeje --> je to kvůli zpomalení aktivity mozku, kdy nemusí docházet k odumírání buněk
  - postnatální období (po narození - do 2/3 let)
    - značná multifaktoriálnost, biologická postnatální poškození, pro která jsou typická pro virová onemocnění (meningoencefalitida, klíšťová encefalitida, meningitida, virózy různého typu apod.), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, onemocnění vedoucí k deterioraci inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie)
    - psychosociální postnatální poškození, která jsou způsobena negativními psychosociálními vlivy, jež mohou vést ke vzniku neuróz, emočních a smyslových deprivací, k narušení sociálních vztahů, k celkovému narušení mentálního a sociálního vývoje apod., (senzorická, citová, sociokulturní deprivace, děti vyrůstající v nepřátelském, nepodnětném rodinném prostředí, institucionální péči)

- dle formy postižení (klinických symptomů a chování klienta)
  - eretický (dráždivý, neklidný)
  - apatický/torpidní (hypoaktivní, netečný, pasivita, tupost)
  - nevyhraněný - proces vzruchu a útlumu je v rovnováze, nebo některý mírně převládá

- dle závažnosti postižení (stupeň, hloubka)

- **MKN** – Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (10. revize – 1993
- **F70-F79 mentální retardace**
  - stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu
  - pro výpočet hodnoty IQ se používá vzorec IQ = mentální věk děleno chronologickým věkem a krát sto
  - v závorce je uveden dřívější název

F70	Lehká mentální retardace (debilita)	50 - 69
F71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35 - 49
F72	Těžká mentální retardace (idioimbecilita, prostá idiocie)	20 - 34
F73	Hluboká mentální retardace (idiocie, vegetativní idiocie)	nejvýše 20
F78	Jiná mentální retardace	často s jiným postižením - kombinace
F79	Neurčená mentální retardace	odmítá spolupracovat, hluboká retardace - leží

- v kódu rozlišujeme i postižené chování u těchto klientů, a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení
  - 0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká MR bez poruch chování – např. u klienta s Downovým syndromem)
  - 1 – výrazně postižené chování
- klasifikace jiných duševních onemocnění
- **F80 – F89 poruchy psychického vývoje**
  - F80 – Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka
  - F81 – specifické vývojové poruchy školních dovedností
  - F82 – Specifická vývojová porucha motorické funkce (tj. dyspraxie)
  - F84 – Pervazivní vývojové poruchy
    - .0 dětský autismu
    - .1 atypický autismu
    - .2 Rettův syndro
    - .3 jiná dětská dizentegrační poruch
    - .4 hyperaktivní porucha sdružená s mentální retardací a stereotypními pohyb
    - .5 Aspergerův syndrom
  - F88 Jiné poruchy psychického vývoje
  - F89 Neurčená porucha psychického vývoje
- **F90-98 poruchy chování a emocí**
  - F90 – Hyperkinetické poruchy (vztah k ADHD, ADD, LMD)
  - F91 – Poruchy chování
  - F92 – Smíšené poruchy chování a emocí
  - F93 – Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství
  - F94 – Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání
  - F95 – Tikové poruchy
  - F98 – Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání
- **F99 neurčená duševní porucha**

Diagnostika

- diagnostika je poznávací proces, soubor odborných aktivit, jejichž cílem je získat o diagnostikovaném objektu, nebo jevu, co nejhlubší a nejkomplexnější poznatky, které napomáhají formulovat závěry ve shrnujícím konstatování v diagnóze

Diagnóza

- rozpoznání, určení nemoci (choroby), výsledek procesu diagnostiky

Diferenciální diagnostika

- se zaměřuje na rozpoznání onemocnění nebo narušení, v takových případech, kdy symptomy naznačují možnost přítomnosti dvou nebo vícero onemocnění, narušení a je nutné určit, o které onemocnění, narušení se jedná

Terapie – léčba, vede ke k uzdravení, nebo zmírnění obtíží (kauzální x symptomatická)

- kurativní – vedoucí k uzdravení
- paliativní – zmírňující obtíže
- konzervativní – realizovaná neoperačním způsobem
- radikální – operačně řešena
- kauzální – zaměřena na příčinu nemoci
- symptomatická – zaměřena na odstranění příznaků nemoci

Průběh psychické poruchy

- rekurentní (návratná)
- trvalá
- remise – vymizení příznaků poruchy
- relaps – návrat příznaků
- prodromální – předzvěstné příznaky
- incipientní – začínající příznaky
- floridní – plně rozvinuté příznaky

Zdroje:

- Milan Valenta, Oldřich Muller
- Valenta – Mentální postižení
- Valenta a kol. - Základy speciální pedagogiky
- Marie Černá – Česká psychopedie
- Kysučan - Úvod do psychopedie

MENTÁLNÍ RETARDACE a DEMENCE

22. Mentální retardace, mentální postižení, sociálně podmíněné mentální postižení, demence – vymezení, klasifikace, etiologie. Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením.

MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ A RETARDACE

Terminologie

- **mentální postižení**
  - terminologický a výkladový slovník Špeciálna pedagogika (Vašek a kol. 1994) vysvětluje mentální postižení jako: *označení pro všechny jedince s hodnotou IQ pod 85*
  - "*Je širší a zastřešující pojem zahrnující kromě mentální retardace i takové hraniční pásmo kognitivně-sociální disability, které znevýhodňuje klienta především při vzdělávání na běžném typu škol a indikuje vyrovnávací či podpůrná opatření edukativního charakteru, také je zde sociální bariéra*." (Valenta in Valenta,…)
  - souhrnná kategorie, není to diagnóza!

  DŘÍVE
  - považováno jako širší pojetí (než mentální retardace – vesměs nahradil tento termín)
  - pojem nadřazený k pojmu mentální retardace (IQ pod 70)
  - zastřešující pojem pro snížení inteligence na rozličném podklad
  - oslabení kognitivních funkcí = *hraniční pásmo mentální retardace* (IQ 70 - 85 bodů)
  - dříve základní škola pomocná a zvláštní --> poté praktická a speciální škola pro žáky s…
    - např. střední odborné učiliště - instituce přímo určená pro děti s postižením

  DNES
  - nové pojetí širšího pojmu → pokles/snížení kognitivního výkonu
  - dnes pro LMP → běžná škola s PO; pro středně těžké a hluboké MP → speciální školy
- **mentální retardace**
  - z lat. slova mens = mysl, rozum; retardatio = zdržet, zaostávat, opožďovat
  - jde o organické postižení CNS – to má za důsledek snížení intelektu a snížení adaptace (retardaci nelze léčit, protože nejde o nemoc, ale o trvalý fyziologický stav)
  - mentální retardace je pouze vrozené postižení → není pravda může být i získaná (do 2 let)
  - = stav charakterizovaný celkovým snížením intelektových schopností, k němuž dochází v průběhu vývoje jedince
  - medicínský pojem/diagnóza - klasifikuje se od IQ 70 a níže
  - výskyt u 3 – 4% populace
  - *„mentální retardaci lze definovat jako vývojovou duševní poruchu se sníženou inteligencí demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální i postnatální etiologií“*
  - "*Trvalé snížení rozumových schopností jedince, jehož příčinou je organické poškození mozku*." (Pedagogický slovník)
  - "*Vývojový porucha rozumových schopností demonstrující se především snížením kognitivních, řečových, pohybových a sociálních schopností s prenatální, perinatální nebo postnatální etiologií (= příčina vzniku), která oslabuje adaptační schopnosti jedince*." (Valenta in Valenta,..)
    - často problém s expresivní složkou řeči - nemá slovní zásobu nedokáže se vyjádřit, nemusí dobře rozumět tomu, co říkáme
    - problémy s hrubou a jemnou motorikou
    - selhává v sociálních situacích - naučí se vzorec ale špatně ho aplikuje na jinou situaci (chová se doma nějak - jde na úřad a chová se stejně…nikdo mu to nevysvětlil, nezná to)
    - vady vznikají v prenatálním, perinatálním a postnatálním období
      - o postnatální etiologii se jedná do 3 roku věku dítěte - později je vada získaná (stejně jako u starých lidí, můžeme nazvat demence)
    - adaptační schopnosti u mentálně postižených je nižší
  - MKN-10: „*Mentální retardace je stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován především narušením schopností projevujících se v průběhu vývoje a podílejících se na celkové úrovni inteligence. Jedná se především o poznávací, řečové, motorické a sociální*

dovednosti. Mentální retardace se může vyskytnout s jakoukoliv jinou duševní, tělesnou či smyslovou poruchou, jejichž prevalence je třikrát až čtyřikrát častější než v běžné populaci. Adaptivní chování je vždy narušeno, ale v chráněném sociálním prostředí s dostupnou podporou nemusí být toto narušení u jedinců s lehkou mentální retardací nápadné."

- MKN-11: *vývojová porucha intelektu – zdůrazňujíc, že tyto poruchy zahrnují narušení funkcí mozku v raném období života*
- DSM – IV - kritéria:
  - snížení intelektových funkcí (IQ 70 a méně)
  - souběžný deficit v oblasti adaptability jedince, a to nejméně ve dvou z následujících oblastí: komunikace, sebeobsluha, život v domácnosti, sociální a interpersonální dovednosti, využití komunitních zdrojů, sebeřízení, funkční (akademické) dovednosti, práce, odpočinek, zdraví, bezpečnost
  - začátek poruchy před 18. rokem života
- DSM – V → *pojem porucha intelektu*
  - *„porucha intelektu je porucha, která vzniká v průběhu vývoje a zahrnuje poruchu intelektových a adaptivních funkcí v konceptuální, sociální a praktické oblasti"*
  - pro naplnění diagnostických kritérií musí být naplněný následující tři kritéria:
    - deficity kognitivních funkcí potvrzené klinickým vyšetřením a individualizovaným standardizovaným testováním intelektových schopností
    - deficity adaptivních funkcí, které bez trvalé podpory omezují jedince v činnostech každodenního života, jako např. komunikace, začlenění do společnosti a nezávislá existence
    - začátek obtíží spadá do období vývoje

Etiologie

- celá řada různorodých faktorů, které se vzájemně podmiňují, prolínají a spolupůsobí
- v anamnéze jednoho člověka s postižením lze také často nalézt více faktorů etiologicky významných
- obtížné najít primární příčiny a oddělit je od příčin sekundárních
- i přes velký pokrok vědy není možno asi u 1/3 osob s mentálním postižením dohledat příčinu
- **endogenní** (vnitřní) - chromozomální aberace a genetické mutace
  - dle mnohých odborníků se právě u mentální retardace uplatňuje výrazný podíl vlivu dědičnosti
  - do dědičných vlivů řadíme nejen po předcích zděděné nemoci (hlavně metabolické poruchy), které postupně vedou k mentálnímu postižení, ale také to, když dítě dědí po rodičích nedostatek vloh k určité činnosti
  - polygenní způsob
    - důsledkem lehčí poruchy inteligence
    - rodiče mívají snížené rozumové schopnosti (krajní varianta normy), nevytvářejí podnětné prostředí pro rozvoj dítěte
  - monogenní způsob
    - důsledkem závažnější poruchy inteligence s větší variabilitou
    - např. hydrocefalus, metabolické poruchy (fenylketonurie), Hurlerův syndrom (genet. onemocnění, které postihuje psychické i fyzické schopnosti člověka, často zapříčiňuje smrt v raném pubertálním věku)
    - tyto poruchy inteligence vznikají druhotně jako důsledek dědičnosti, mnohdy postupně
    - dieta, operace – možnost zabránit postupu onemocnění, ale genetický vklad zůstává
  - chromozomální odchylky
    - velikost nebo struktura chromozomu se liší od normy
    - př. závažné syndromy, které nejsou slučitelné se životem (např. Downův syn.)
    - *Downův syndrom*
      - trizomie 21. chromozomu
      - charakteristika: zavalitější postava, menší hlava, úzká, šikmá oční víčka, výrazná kožní řasa ve vnitřním koutku oka, malá, pootevřená ústa, mohutnější krk, široké ruce s krátkými prsty, nízký vzrůst, časté srdeční a smyslové vady. Intelektově většinou v pásmu středně těžké MR, dobrá schopnost socializace
    - *Williamsův syndrom*
      - delece 27 chromozomů na dlouhém rameni chromozomu 7s

- charakteristika: „Elfí podoba“ (široké čelo, plochý, krátký nos, široká ústa s plnými rty), MR, dobré jazykové schopnosti, dobře rozlišují obličeje a jsou sociabilní, úzkostní, hyperaktivní, zájem o hudbu, citliví na zvukové podněty

▪ *Angelmanův syndrom*
- „Syndrom šťastné panenky“ – působí dojmem šťastného dítěte
- charakteristika: světlovlasí, modroocí s vyčnívající bradou a špičatým nosem), opožděný vývoj motoriky, nejistá chůze, epileptické záchvaty, řeč se nevyvíjí, bezdůvodný smích, úsměv

▪ *Prader-Willi syndrom*
- (většinou delece) 15. paternálního chromozomu (tedy pocházejícího od otce)
- charakteristika: malá postava, krátké končetiny, úzké čelo, buclatost, drobní, hypotoničtí, málo pigmentová kůže; po 2. roce nadměrná konzumace jídla – obezita, pro zisk jídla jsou agresivní, kradou ho; dráždiví, vzteklí, impulzivní se sklony k sebepoškozování, nemají zájem o sociální kontakt

o MP v návaznosti na pohlaví je nejtypičtějším případem *syndromu lomivého X*
▪ postihuje nejčastěji chlapce, přenáší se z generace na generaci
▪ charakteristika: velké uši, čelo, brada; důsledkem je MP, porucha socializace, poruchy chování, impulzivita, nadměrná dráždivost, sebezraňování, vyhýbání se očnímu kontaktu, lidem, konfliktní k vrstevníkům

- **exogenní** (vnější)
o vnější, působí od početí, v průběhu celé gravidity, porodu, poporodního období i v raném dětství
o mohou, ale nemusí být bezprostřední příčinou poškození mozku nebo plodu dítěte, patří sem:
▪ anorganické příčiny – fyzikální (mechanické působení, vlivy záření), chemické (vlivy léčiv, jedů, chemických látek)
▪ biologické příčiny – působení virů, bakterií, plísní, negativní symbiotické vlivy způsobené soužitím matky a plodu
▪ psychosociální příčiny – negativní vlivy výchovy v rodině, ve škole a jiných výchovných zařízeních (Kysučan, Kuja, 1996)
o prenatální období (od početí po narození)
▪ *průběh těhotenství*
- životní styl (alkoholismus, drogy, špatná výživa – veganství), nedostatek vitamínů
- další teratogenní faktory = škodlivé vlivy, kterým je plod vystavován prostřednictvím matky, lékařů a jiných vnějších vlivů (ionizují záření, RTG záření, léky apod.)
- onemocnění (virová, toxoplazmóza, zarděnky, infekční - hepatitida, pohlavní choroby)
- pokud je žena starší, měla by navštívit genetickou poradnu
- měl by se průběžně sledovat stav těhotenství
- příp. prenatální deprivace (silně nechtěné dítě)

o perinatální období (těsně před, během a těsně po porodu)
▪ předčasné porození, nízká hmotnost, přiškrcení, uvíznutí v rodidlech - protrahovaný porod = dlouhodobí porod, mechanické poškození, hypoxie/asfyxie (snížený přísun kyslíku do mozku/žádný kyslík v mozku) → odumření buněk
▪ malé děti, které se narodí s postižením, se dají do inkubátoru, postupně se schladí na 35 stupňů, kde zůstávají 2 dny, poté se opět postupně rozehřeje → je to kvůli zpomalení aktivity mozku, kdy nemusí docházet k odumírání buněk

o postnatální období (po narození - do 2/3 let)
▪ značná multifaktoriálnost, biologická postnatální poškození, pro která jsou typická pro virová onemocnění (meningoencefalitida, klíšťová encefalitida, meningitida, virózy různého typu apod.), mechanické vlivy jako traumata, mozkové léze při nádorovém onemocnění, onemocnění vedoucí k deterioraci inteligence (Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, alkoholové demence, schizofrenie)

        - psychosociální postnatální poškození, která jsou způsobena negativními psychosociálními vlivy, jež mohou vést ke vzniku neuróz, emočních a smyslových deprivací, k narušení sociálních vztahů, k celkovému narušení mentálního a sociálního vývoje apod., (senzorická, citová, sociokulturní deprivace, děti vyrůstající v nepřátelském, nepodnětném rodinném prostředí, institucionální péči)
- souhrn nejčastějších příčin: (Švarcová, 2000, s. 52)
    - následky infekcí a intoxikací
        - prenatální infekce (např. zarděnková embryopatie)
        - postnatální infekce (např. zánět mozku)
        - intoxikace (např. otrava matky), kongenitální toxoplazmóza
    - následky úrazů nebo fyzikálních vlivů
        - mechanické poškození mozku při porodu (novorozenecká hypoxie)
        - postnatální poranění mozku nebo hypoxie
    - poruchy výměny látek, růstu, výživy (např. fenylketonurie, kretenismus)
    - makroskopické léze mozku (novotvarem, degenerací, postnatální sklerózou)
    - nemoci a stavy způsobené jinými a nespecifickými prenatálními vlivy (např. vrozený hydrocefalus)
    - anomálie chromozomů (např. Downův syndrom)
    - nezralost (stavy při nezralosti bez uvedení jiných chorobných stavů)
    - vážné duševní poruchy
    - psychosociální deprivace (stavy se snížením intelektu vlivem nepříznivých sociokulturních podmínek)
    - jiné a nespecifické etiologie
- možnosti prevence vzniku MR:
    - desatero – které formulovala Mezinárodní liga společností pro mentálně postižené (ILSHM), jejichž dodržováním lze riziko vzniku MR omezit
    - *žena by měla navštívit lékaře 3 měsíce před plánovaným otěhotněním, lékař jí může doporučit vitamíny, očkování, dietu, cvičení apod.*
    - *těhotná žena by měla mít správnou stravu*
    - *neměla pít alkohol*
    - *měla by se chránit očkováním proti zarděnkám a hepatitidě typu B*
    - *neměla by kouřit*
    - *měla by navštěvovat gynekologickou poradnu*
    - *vyvarovat se užívání léků*
    - *dát si pozor na RTG záření*
    - *vyhýbat se infekčním nemocím*
    - *pravidelně navštěvovat svého lékaře*

Klasifikace

DŘÍVE

- dle míry sociability
    - zcela závislý
    - polozávislí
    - nezávislí
- dle míry vzdělávatelnosti
    - nevzdělávatelní
    - částečně vzdělávatelní,…
- dle míry chovatelnosti
- dle vzhledu
- termíny jako nevzdělavatelnost nebo nevychovatelnost by se ve slovníku speciálního pedagoga neměly vyskytovat!!!

DNES

- dle etiologie (viz výše)
- dle formy postižení (klinických symptomů a chování klienta)
    - eretický (dráždivý, neklidný)
    - apatický/torpidní (hypoaktivní, netečný, pasivita, tupost)
    - nevyhraněný - proces vzruchu a útlumu je v rovnováze, nebo některý mírně převládá
- dle závažnosti postižení (stupeň, hloubka)
    - užívá se hodnocení dle MKN-10 → je základem v diagnostice, pro lepší vzdělávání
    - součástí 5. Kapitoly nazvané „Poruchy duševní a poruchy chování“ zařazené pod písmeno F (00-99)

- F70-F79 mentální retardace
  - stupeň mentálního postižení je dán orientačně výškou inteligenčního kvocientu
  - pro výpočet hodnoty IQ se používá vzorec IQ = mentální věk děleno chronologickým věkem a krát sto
  - vedle IQ musí být provedeno vyšetření osobnosti i sociální situace
  - inteligenční kvocient bývá měřen individuálními inteligenčními zkouškami: Wechslerovy stupnice pro děti či dospělé, inteligenční škály L. M. Termana a M. A. Merrillové
  - měření škálami určuje stupeň mentální retardace jen přibližně
  - v závorce je uveden dřívější název (v MKN-8)
  - v MKN-9 došlo ke stanovení hranice poruchy na IQ 70

F70	Lehká mentální retardace (debilita)	50 - 69
F71	Středně těžká mentální retardace (imbecilita)	35 - 49
F72	Těžká mentální retardace (idioimbecilita, prostá idiocie)	20 - 34
F73	Hluboká mentální retardace (idiocie, vegetativní idiocie)	nejvýše 20
F78	Jiná mentální retardace	často s jiným postižením - kombinace
F79	Neurčená mentální retardace	odmítá spolupracovat, hluboká retardace - leží

  - v kódu rozlišujeme i postižené chování u těchto klientů, a to přidáním další číslice za tečku s číslicí vyjadřující stupeň postižení
    - 0 – žádné či minimálně postižené chování (např. F71.0 – středně těžká MR bez poruch chování – např. u klienta s Downovým syndromem)
    - 1 – výrazně postižené chování
- dle vývojového kritéria
  - umožňuje popsat, do jaké míry se jedinec odlišuje od normy
  - normu nám dá vývojový model
    - např. podle **Piageta** → stádia kognitivního vývoje (=jak se vyvíjí kognitivní funkce)
    - podle **Eriksona** (sociální dovednosti/schopnosti) a další
- dle potřebné míry podpory
- hlediska jejich možného zařazení – do vzdělávání, pracovního procesu, apod.
- žádný klasifikační systém není ale zcela přesný
  - operuje s jedním zvoleným kritériem
  - vytvořené stupně nemůžou být přesně ohraničeny
  - dochází k přirozenému přiřazování
  - nereflektují nerovnoměrnost v postižení jednotlivých stránek osobnosti

Symptomatologie

- každý jedinec s mentálním postižením je svébytný subjekt se svými charakteristickými osobnostními rysy
- slaboduchost (**mírná duševní zaostalost**, nízké IQ 80-70 – hraniční pásmo)
  - pásmo IQ pod nižším průměrem
  - vzděláváni na běžných ZŠ, školní výsledky slabé
  - vykonávají intelektově nenáročnou práci nevyžadující změny a samostatnost v rozhodování
  - př. nerovnoměrně snížených mentálních schopností je tzv. syndrom idiot savant (salonní blb)
  - člověk mírně slabomyslný, některé mentální schopnosti dobře rozvinuty (př. paměť), jiné váznou.
  - jedinec však čte noviny, sleduje módní rubriky a poznatky pak užívá ve společnosti bez vlastního porozumění
  - budí dojem vzdělaného, inteligentního člověka
  - přestože není hraniční pásmo obsaženo v MKN-10, je z hlediska psychopedické praxe významné, neboť většina z osob nacházejících se v hraničním pásmu má problémy a vyžadují tedy specifickou podporu zejména v průběhu absolvování vzdělávání

- **lehká mentální retardace** (F 70) **IQ 69 – 50**
  - asi 70-80% všech MR, 2,6% v populaci
  - velký vliv má dědičnost
  - dřívější terminologie: lehká slabomyslnost (oligofrenie), lehká subnormalita, debilita
  - u dospělých orientační mentální věk 9-12 let
  - v tělesné stavbě se tito jedinci nemusí odlišovat od populace s běžným intelektem
    - somatické vady a poruchy motoriky jsou spíše ojedinělé
    - jelikož jejich tělesné zrání bývá často v rozporu s mentálním deficitem a sociální nezralostí, tak může dojít k určitému zneužití jedinců
  - vývoj: i když dochází během ontogenetického vývoje v daných oblastech k mírnému opoždění (cca do 3 let)
    - opoždění vývoje dítěte nemusí být hned od počátku zachyceno
    - retardace se stává zjevnou až na vyšších vývojových úrovních
    - opožděná kresba, zvídavost je na nižší úrovni
    - opožděný vývoj řeči
    - opoždění v určitých sociálních návycích, ale sociální vazby udržují
    - vyšší emoční labilita
      - častá afektivní labilita, popudlivost, impulsivita, pasivita, úzkostnost
  - sebeobsluha: většinou úplné nezávislost v sebeobsluze a v péči o vlastní osobu, tj. v oblasti stravování, hygieny, oblékání a v praktických dovednostech každodenního života
  - diagnóza, pokud nejde o kombinované postižení, bývá často stanovena až v předškolním věku, nebo někdy až po nástupu do školy, kde dítě selhává
    - prochází MŠ bez problémů, neselhávají – činnosti, které nevyžadují abstraktní myšlení
    - běžně se stává, že dítě projde MŠ a nedojde k diagnostice, jsou mnohdy považovány za děti, které jsou vývojově opožděné – neřeší se to
    - ZŠ – testování školní zralosti (řada jedinců jsou odchyceni)
      - pokud to neodhalí školní zralost, tak se to objeví jako problém v prvním ročníku (začíná se pracovat s abstraktním myšlením)
    - většinou navštěvují ZŠ speciální nebo běžnou základní školu (ne všechny děti s mentálním postižením uspějí v normální škole (vypadla základní škola praktická)
  - vzdělávání: většinou jen problémy ve výuce (zvládání školních nároků, zjm. teoretická část práce; obtíže se čtením a psaním)
    - snížená schopnost/neschopnost abstrakce (obecně abstraktní pojmy jsou špatně pochopitelné),
    - logického usuzování
    - časté jsou specifické vývojové poruchy učení (dysgrafie, dyslexie)
    - vzdělavatelní ve speciálních/běžných ZŠ (pracují s asistentem pedagoga)
  - zaměstnání: mohou vykovávat méně kvalifikované, nekvalifikované manuální práce
  - samostatnost: schopni samostatného života, vhodnější je však život ve skupinkách nebo pod dohledem
  - komorbidity: často se k tomu přidává i autismus, epilepsie, poruchy chování – ale ne v takové míře
  - podpora: potřebují sociální i emocionální podporu
- **středně těžká MR** (F 71) **IQ 49 – 35**
  - 12% všech MR, 0,4% z populace
  - u dospělých orientační mentální věk 6 – 9 let (dosahují mentální úrovně dítěte předškolního věku)
  - dřívější terminologie: střední mentální subnormalita, střední slabomyslnost, imbecilita
  - vývoj: opožďování vývoje bývá zaznamenáno již v kojeneckém, nejpozději v batolecím období
    - myšlení je omezené
      - paměť je mechanická, nejsou schopni abstrakce
      - obtíže v chápání přetrvává do dospělosti
    - taktéž je omezení v rozvoji řeči
      - výrazně opožděno porozumění obsahu řeči (percepce), i rozvoj expresivní složky řeči
      - rozvoje řeči je značně variabilní

- některí jedinci zvládají konverzaci, ať již verbálně, nebo na bázi AAK, jiní stěží vyjádří své potřeby
- omezené chápání situací, užívání řeči, řeč je obsahově chudá, agramatická, přetrvává dyslálie a celková neobratnost v artikulaci
- řeč se rozvíjí v předškolním věku

▪ pokroky těchto dětí jsou limitovány

- sebeobsluha: omezena je schopnost sebeobsluhy
- vzdělávání: edukace je omezena na trivium
  - trivium - osvojí si jen základy čtení, psaní, počítání (ne všichni jsou schopni zvládnout)
  - nároky školní docházky však nezvládají → většinou ZŠ speciální, poté jednoletou školu praktickou
  - *„nevzdělavatelní, ale vychovatelní“*
- zaměstnání: schopni vykonávat jednoduchou manuální práci pod dozorem
  - někteří zaměstnáni v chráněných dílnách, někteří pracují v rámci ústavní péče (pletení košíků, tkaní koberců)
- samostatnost:
  - nejsou schopni samostatného života, žijí v rodině nebo v ústavech s celodenní péčí
  - při vnější pomoci se o sebe dokáží částečně postarat
- komorbidity: mobilita, fyzická aktivita (somatické vady jsou méně časté), kombinace s epilepsií, psychiatrickými onemocněními, dětským autismem
- podpora:
  - výchova směřuje především k rozvoji motorických dovedností – v dospělosti schopnost vykonávat jednoduchou manuální práci (pod dohledem)
  - potřeba podpory (např. podporované zaměstnávání, chráněné pracovní místo), strukturalizace činností
  - lidé se střední mentální retardací vyžadují určitou míru podpory po celý život

- **těžká MR** (F 72) **IQ 34 – 20**
  - 7% všech MR, 0,2% z populace
  - u dospělých orientační mentální věk 3-6 let (dosahují mentální úrovně dítěte mladšího batolecího věku)
  - dřívější terminologie: těžká mentální subnormalita, těžká slabomyslnost, prostá idiocie, idioimbecilita
  - tato kategorie je v mnohém podobná středně těžkou MR s tím, že veškeré schopnosti jsou sníženy – mnohem výraznější
  - není možné změřit klasickým inteligenčním testem (posuzování schopností)
  - vývoj: neuropsychický vývoj značně omezen
    - specifika psychomotorického vývoje jsou patrná již v předškolním věku
    - řečový vývoj stagnuje na předřečové úrovni (vzácně jednotlivá slova)
    - řeč se buď vůbec nevytvoří, anebo zůstává na stupni základních elementů projevové složky řeči, tj. pudových hlasových projevů
    - ty jsou obměňovány podle toho, jedná-li se o projev spokojenosti/nespokojenosti či přání
    - narušeny jsou i modulační faktory řeči (zejména její dynamika a melodie)
    - echolálie
    - využívání systémů AAK (Klenková, 2004)
    - jedinci, kteří mají krom poruch intelektu také poruchy motoriky (stereotypní, kývavé pohyby)
    - výraz tváře dává najevo nízkou mentální úroveň
  - sebeobsluha: možnosti sebeobsluhy jsou výrazně a trvale limitované
  - vzdělávání
    - přestože možnosti výchovy a vzdělávání jsou u této kategorie už značně omezené
    - důležitá včasná a systematická péče, která může přispět k rozvoji motoriky, kognitivních schopností, komunikačních dovedností, samostatnosti a k celkovému zlepšení kvality jejich života
      - lze vypěstovat jednoduché hygienické návyky a návyky sebeobsluhy
    - ZŠ speciální s rehabilitačně vzdělávacím programem

- zaměstnání:
- samostatnost: potřeba celoživotní péče a podpory jiných osob (většinou žijí v sociálních ústavech či navštěvují denní pobyty)
- komorbidity: často diagnostikováni s kombinovaným postižením – značné poruchy motoriky nebo jiné přidružené vady
  - tělesné deformity, poruchy hybného aparátu, smyslové vady, motorické poruchy s příznaky celkového poškození CNS
  - dětský autismus nebo jiné pervazivní vývojové poruchy
  - poruchy chování, které se projevují stereotypními pohyby, sebepoškozováním, agresí
  - sklon k prudkému, impulsivnímu jednání a k afektům zlosti – často dáno tím, že nerozumíme přáním jedince
- podpora: život v rodině je komplikovaný a náročný → jedinci nejsou samostatní, potřebují péči při sociálních i hygienických návycích

- **hluboká MR** (F 73) **IQ 20 – 0**
  - 1% všech MR, 0,03% z populace
  - u dospělých MV pod 3 roky
  - dřívější terminologie: těžká mentální subnormalita, hluboká slabomyslnost, těžká idiocie, idiocie
  - projevují ve všech složkách osobnosti
  - vývoj: neuropsychický vývoj bývá celkově omezen
    - velmi omezené rozumění požadavkům či instrukcím nebo jim vyhovět
    - většinou imobilita nebo výrazné omezení v pohybu
    - jedinci zpravidla inkontinentní
    - časté jsou somatické vady, stereotypní mimovolní pohyby celého těla, sebepoškozování
    - chápání a používání řeči je zpravidla výrazně omezeno
    - komunikační schopnosti bývají maximálně na úrovni porozumění jednoduchým požadavkům a nonverbálních odpovědí
    - někdy pouze elementární neverbální komunikace
    - projevy formou neartikulovaných zvuků, které ojediněle modulují podle momentálního citového rozpoložení
    - ačkoli je motorika, senzorika, kognice, komunikace, sebeobsluha a sociální adaptace u těchto jedinců na velmi nízké úrovni, je třeba i přesto jejich vývoj neustále na odpovídající úrovni stimulovat
  - sebeobsluha: lze vypěstovat jen nejelementárnější hygienické návyky a návyky sebeobsluhy
  - vzdělávání: možnosti jejich výchovy a vzdělávání jsou velmi omezené
  - samostatnost: nutná trvalá péče i v těch nejzákladnějších životních úkonech, stálý dohled
    - jedinci nejsou vůbec schopni samostatného života, jsou zcela závislí na péči okolí, proto žijí v ústavech sociální péče
  - komorbidity: výskyt závažné neurologické nebo jiné tělesné poruchy, senzorické a motorické postižení, těžké formy pervazivních vývojových poruch, zvláště atypický autismus
- **jiná mentální retardace**
  - tato kategorie se využívá tehdy, jsou-li intelektové schopnosti výrazně snížené a MR je u dané osoby zřejmá, ale vzhledem k těžkému kombinovanému postižení, poruchám chování, autistickým projevům není možno jedince spolehlivě vyšetřit a určit stupeň MR.
  - např. u osob se zrakovým postižením, u osob se sluchovým postižením, u osob s těžkými poruchami chování, PAS, těžkým tělesným postižením
- **nespecifikovaná mentální retardace**
  - o osobách s nespecifikovanou MR hovoříme tehdy, je-li deficit mentálních fcí prokazatelný, ale pro nedostatek informací není možné jedince zařadit podle stupně MR do jedné z výše uvedených kategorií
- pozn. **sociálně podmíněné mentální postižení**
  - dřívější terminologie: pseudooligofrenie, zdánlivá mentální retardace
  - stav snížené inteligence pod vlivem sociálních faktorů/působení vnějšího prostředí (nedostatečná stimulace, nepodnětné prostředí, psychická deprivace, sociokulturní znevýhodnění apod.)
    - nevzniká kvůli poškození CNS

- podle Švarcové (2000, s. 24) se tyto osoby za mentálně postižené nepovažují
- u dítěte nedochází k rozvoji rozumových schopností odpovídajících jeho věku
- spojován s opožděným vývojem řeči, myšlení a schopností sociální adaptace
- možné jsou i poruchy chování (negativismus, apatie, odmítání kontaktu s další osobou)
- nejedná se o neměnný stav
- vhodným výchovným působením můžeme ovlivnit variaci IQ v rozmezí 10-20 bodů
  - záleží na včasnosti a kvalitě podnětů
- důležitá je spolupráce rodiny
- nejvyhrocenější případy tzv. vlčí děti („divoch z Aveyronu“)

Specifika osobnosti jedince s mentálním postižením

- ovlivněno stupněm postižení

Vnímání (percepce)

- nejčastěji se zmiňujeme o **zrakové percepci**
  - obecně platí: rychlost a rozsah zrakové percepce bude záviset na tom, jak je vnímaný objekt složitý, jaké je pozadí objektu, poloha
  - osoby s mentálním postižením mají narušené:
    - výběrovost - schopnost výběru
      - *figura a pozadí* - schopnost vydělovat figuru z pozadí
      - --> osoby s MP si většinou spíše všímají méně podstatný objekt než ten hlavní
    - zaměřenost - schopnost pozornosti - soustředit se na to, co potřebujeme
      - existuje i *nezáměrná pozornost*, kdy např. posloucháme na přednášce a projede venku hasičské auto ihned se otočíme
      - --> osoby s MP mají oslabenou pozornost záměrnou a zaměřují se na nezáměrnou
    - rozsah a celistvost
      - při normální pozornosti vnímáme jakýkoliv předmět v celém jeho rozsahu (celistvě, nejen jeho detaily)
      - --> osoby s MP mají toto celistvé vnímání narušeno - vnímá pouze část, detaily nikoliv však objekt jako celek
- nedokonalé vnímání času a prostoru
- dále mají osoby s MP narušenou **hmatovou percepci**
  - těžko vnímají to, na co sahají (snížená citlivost)
  - dochází ke snížení vnímání vlastního těla
  - Snoezelen - metoda, kterou je možné procvičovat percepci --> dává podněty
- problémy jsou také ve **zvukové percepci**
  - *narušení percepce fonémů* - mnohdy nerozumí tomu, co bylo vyřčeno (jako když bychom my měli vnímat a rozumět někomu, kdo mluví s plnou pusou)
- velkou roli hraje i věk osoby s MP

Paměť

- funguje zprostředkovaně - poznáváme svět kolem sebe ne přímo, ale pamatujeme si poznatky/informace
- **výběrovost**
  - paměť si hlavně pamatuje nějaké jevy podle toho, jak si je vybere (logické souvislosti, emočně podbarvené události) - vybere si to, co se jí hodí
    - mechanické ukládání - paměť si bez jakého výběru pamatuje to, co jí dáváme
      - --> osoby s MP mají spíše mechanickou paměť (čím více MP, tím spíše)
    - logické ukládání - paměť si vybírá, co si bude pamatovat
      - --> osoby s MP mají logickou paměť narušenou (útržkovité paměťové stopy, které nemají souvislost)
- **dlouhodobost**
  - ultrakrátká
  - krátkodobá – většinou nebývá narušena
  - dlouhodobá - může být, ale bývá nesouvislá, nelogická - z důvodu narušení paměti (naučené rychle zapomínají a pamětní stopy si vybavují nepřesně, vědomosti neumí včas uplatnit v praxi)

- **druhy**
  - hudební
  - vizuální
  - → osoby s MP mohou mít velmi dobrou smyslovou paměť na úkor jiného druhu (dobrý hudebník,…)
- nové poznatky osvojují pomalu a až po mnohočetném opakování

Myšlení

- poznávací funkce
- hovoříme o poznání zobecnělém, zprostředkovaném, při němž k rozvoji poznatků dochází prostřednictvím slov, řeči = funguje pomocí slov
- funguje pomocí slov --> důležitý prvek, se kterým pracujeme
- cílem myšlení je hledat vztahy mezi různými jevy či podněty - myšlení nachází vztahy
- funguje na základě **myšlenkových operací**:
  - syntéza a analýza - nejčastější způsob myšlení, který používáme (nedostatečný proces)
    - *konkrétně* - buď používáme na konkrétní úrovni (začínáme - skládáme, rozkládáme - vidíme to skutečně)
    - *abstraktně* - na vyšší úrovni (využíváme pojmy - nejsou opřeny konkrétní jev, např. láska)
      - → osoby s MP mají sníženou schopnost abstrakce
- konkrétní, nedosahuje abstrakce, egocentrické, jedinec se nedokáže odpoutat od svého úhlu pohledu
- stereotypní, rigidní, ulpívavé (jeví se spíše jako obrana v případě bezradnosti a neznalosti)

Řeč a jazyk

- narušení komunikační schopnosti je jedním z nejcharakterističtějších příznaků mentální retardace
- u dětí s mentálním postižením je vývoj řeči opožděn, až omezen
- již první řečové projevy se zpravidla se značně zpožďují, liší od tzv. normy
- největší nedostatky nacházíme v rozvoji fonematického sluchu, tj. v nedostatečné diskriminaci fonémů (dítě sice hlásky slyší, ale nerozlišuje, či rozlišuje nedostatečně)
- narušení jak receptivní, tak expresivní složky
  - jedinec nerozumí složitějším slovním obratům, ironii, humoru nebo nadsázce, vše chápe doslova
  - vyjadřuje se jednoduchými a krátkými větami s konkrétními pojmy, jednoduchým větám lépe rozumí
  - vyskytují se echolálie - opakování některých slov nebo částí sdělení; (např. jedinci s poruchami autistického spektra nebo s těžšími stupni mentálního postižení)
  - malá slovní zásoba, nedokonalá gramatika - značný agramatismus (hlavně chyby ve shodě podmětu s přísudkem) a vynechávání částí věty
- nedostatky v artikulaci – příčina je ve slabých spojích center jemné motoriky
  - do jisté míry je narušena řeč – formální stránka (čím horší mentální postižením tím horší výslovnost)
  - výslovnost může být setřelá, méně přesná (jedince je vhodné naučit vyjadřovat pocity, vyjádření souhlasu, nesouhlasu…)
- poznamenány všechny jazykové roviny
  - ve foneticko-fonologické rovině jazyka problémy v oblasti fonematické diferenciace hlásek a s nesprávnou výslovností hlásek
  - lexikálně-sémantická rovina jazyka se vyznačuje tím, že pasivní slovní zásoba významně převyšuje aktivní
    - pro aktivní je typické užívání konkrétních pojmů (ve slovníku se vyskytuje převaha podstatných jmen) a absence pojmů abstraktních
    - často dochází k tzv. verbalismu – jedinec s mentálním postižením abstraktní pojem použije, ale bez porozumění jeho významu, neadekvátně komunikační situaci
  - gramaticko-syntaktická rovina jazyka je typická výskytem slovních i větných dysgramatismů
    - obtíže s používáním spojky „protože“ a „ačkoli“
    - převažují jednoduché věty
    - mnohdy je narušen i slovosled ve větě – často kladou na první místo ve větě to, co pro ně má největší význam
  - pragmatická rovina jazyka, jež je spojena se sociální upotřebitelností řeči, je mnohdy narušena tím, že lidé s mentálním postižením často dokážou obtížně vyjádřit svoje myšlenky, formulovat obsah sdělení

- nejčastěji se vyskytuje dyslálie, rinolálie (huhňavost), někdy také tumultus sermonis (breptavost) a palatolálie, případně poruchy hlasu
- v případech kombinace s dětskou mozkovou obrnou se vyskytují různé formy dysartrie
- u osob s mentálním postižením hovoříme o tzv. symptomatické poruše řeči, tzn., že narušení komunikační schopnosti u dětí s mentálním postižením je symptomem jiného, dominantního postižení (tj. mentální retardace)/pozn. Neubauer nesouhlasí s rozdělením na symptomatické poruchy řeči
- **jazyk** jako kódování
    - → osoby s MP v tomto případě selhávají - porozumění a produkce slov je velmi narušena

Učení

- v nejširším slova smyslu
- existuje mnoho **druhů učení**:
    - podmiňování - učíme se tím způsobem, že se na určitý podnět naučíme nějak reagovat
        - *klasické podmiňování* – na nějaký podmět se naučíme reakci; u dětí raného věku → např. když něco zavoní
        - *operantní podmiňování* - naučíme se takovému způsobu chování, který nám přinese nějaký užitek (např. dítě začne řvát, když něco chce a ví, že to maminka udělá) --> dá se využít cíleně (Skiner - programované učení - od lehkých úkolů pod nejtěžší)
    - sociální učení - postaveno na napodobování vzoru
        - → osoba s MP je schopna sociálního učení, ale je velmi rigidní - naučí se i tomu, co je špatně (není schopna to kriticky zhodnotit)
    - senzomotorické učení - propojeno smyslové vnímání a motorické reakce - člověk tak poznává svět
        - → u osob s MP se senzomotorické učení využívá tehdy, když mají těžší MP (např. bazální stimulace)
    - verbální učení (memorování)- učení se jazyku nazpaměť; zisk slovní zásoby (širší pojem než akvizice)
        - → osoby s MP mají problémy s verbálním učením, včetně akvizice
        - *!! nedostatek mluvních vzorů v dnešní době !!*
    - problémové učení - naučím se tím, že vyřeším problém
        - → osoby s MP toto učení nezvládají
- omezené, má mechanický ráz, informace a dovednosti se fixují stereotypně, rigidně
- změny návyků dělají potíže v pochopení a přizpůsobení
- trvá delší dobu, než se jedinec něco naučí
- při učení vykazuje pohodlnost a neochotu (nutná velká motivace – jídlo, obl. činnost, pochvala)
- učení probíhá kvůli rodičům, učiteli, ne kvůli sobě samému
- učení musí probíhat za emoční podpory, dítě musí být motivováno emočně, ne kognitivně

Pozornost

- pozornost nepodmíněnou, bezděčnou, která se mimovolně zaměřuje na silné podněty z okolí (např. intenzivní zvuk)
- pozornost podmíněnou, záměrnou, která je vázána na vůli jedince, má charakter podmíněného reflexu a je z hlediska výchovně-vzdělávacího procesu nejdůležitější
    - vykazuje nízký rozsah sledovaného pole, nestálost (fluktace pozornosti) a snadnou unavitelnost, sníženou schopnost rozdělit ji na více činností najednou
    - je pro ni charakteristické, že s nárůstem kvantity výkonu narůstá i počet chyb
    - jedinec s MP je schopen udržet záměrnou pozornost mnohem kratší dobu než jeho tzv. intaktní vrstevník
        - uvádí se, že děti mladšího školního věku jsou schopny udržet pozornost maximálně 5-10 minut, děti školního věku až 20 minut, poté musí následovat relaxace
    - jedná se však pouze o orientační údaj, který je ovlivněn množstvím faktorů --> je nutné počítat s tím, že schopnost udržet pozornost je ovlivněna mnoha faktory
        - např. časová křivka dne, případné přidružené postižení (např. dítě s ADHD je schopno se soustředit jen krátkou dobu), hloubka MP (čím hlubší, tím kratší doba udržení pozornosti), typ činnosti, na kterou se má soustředit, motivace, momentální rozpoložení, věk apod.
    - po soustředění musí následovat relaxace

Vůle

- jedinec s mentálním postižením zpravidla není schopen podřídit své chování dosažení určitého cíle, automaticky řídit své jednání
- roli hraje také motivace k dosažení určitého cíle
- specifickým rysem je v tomto ohledu dysbulie (porucha vůle) a hypobulie, až abulie (tj. nerozhodnost, nedostatek vůle a neschopnost zahájit činnost
- jedinec ví, jak má jednat, ale nepociťuje potřebu tak jednat

Aspirace, sebehodnocení

- příznačný výkyv na jednu stranu, tj. k nižší aspiraci, směrem k podhodnocování se, nebo naopak k vyšší, nereálné aspiraci, k nadhodnocování se
- sebehodnocení je výsledkem nejen vnitřního „ohodnocení se“, ale i hodnocení sociálního prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá
- velké procento osob s mentálním postižením má, ať již vlivem nekritičnosti, či důsledkem pseudokompenzačních mechanismů, sklon aspirovat výše, než odpovídá reálným schopnostem

Emoce

- dítě s mentálním postižením je v porovnání s tzv. intaktními jedinci jeho věku vybaveno menší schopností „ovládat se“
- mentální postižení má vliv na projev jednotlivých emocí, na jejich vnější vyjádření a na úroveň rozvoje jednotlivých druhů citů
- nejvíce ovlivněny intelektuální city, které jsou spjaty s poznávacími zájmy člověka a s jeho zvídavostí

Sexualita

- stejné potřeby jako tzv. intaktní jedinec
- důležité v této oblasti s MP záměrně pracovat

Shrnutí

- zpomalená chápavost, jednoduchost a konkrétnost úsudků
- snížená schopnost až neschopnost komparace a vyvozování logických vztahů
- snížená mechanická (hl. logická) paměť
- těkavá pozornost
- nedostatečná slovní zásoba, neobratnost ve vyjadřování
- poruchy vizuomotoriky a pohybové koordinace
- impulzivnost, hyperaktivita, celková zpomalenost chování
- citová vzrušivost
- rigidita chování
- nedostatky v osobní identifikaci a ve vývoji já
- nerovnováha snažení a výkonu
- zvýšená potřeba uspokojení a bezpečí
- poruchy v interpersonálních skupinových vztazích a v komunikaci
- snížená přizpůsobivost sociálním požadavkům

Charakteristika osob s mentálním postižením

- svět jedinců s MP je odlišný a specifický
- běžně je osobnost ovlivněna
    - dědičnými vlohami (např. zděděná nějaká nižší úroveň inteligence)
    - zráním (např. CNS --> u dětí se ještě vyvíjí - děti se chovají rozdílně, někdy jsou v krizi, někdy navrchu)
    - učením (běžné životní učení, které probíhá celý život - pokud je od začátku narušeno --> jsou narušeny i další)
- ovlivnění osobnosti způsobuje také **narušení CNS** → poškození kognitivních funkcí
    - schopnost generalizace
        - zobecnění informací, které využíváme k dalšímu postupu v životě - jak budeme schopni žít, adaptovat se
        - např. když jsem poprvé přijeli do Olomouce orientovali jsme se podle metody pokus-omyl, získávali jsme více a více zkušeností až jsme přišli na to, která možnost je lepší - a když nepůjde tato možnost, máme alternativní

- schopnost diskriminace
  - schopnosti myšlenkově rozlišovat určité jevy, věci, lid
  - např. ve třídě jsme poznali nové spolužačky a postupem času je rozlišovali, jaké jsou
- schopnost verbalizace
  - schopnost používat pojmy/slova --> komunikovat
  - bez pojmů a slov bychom nemohli existovat

- ***osoby s mentálním postižením*** mají ***největší problémy a narušení*** právě v těchto třech funkcích (tento člověk neví, jak se zachovat v této situaci, jak toto řešit,…)
  - <u>důsledky</u>:
    - *malé porozumění sociálním situacím*
      - opožděná socializace – silná vazba mezi matkou a dítětem
      - zařazení do školy (stacionáře) → možnost kontaktu s vrstevníky, cizími dospělými lidmi
    - *vliv na volbu chování a chápání jeho důsledků*
      - terapeut či speciální pedagog učí osoby s mentálním postižením modely, jak se mají v jaké situaci chovat
    - *narušení volby zdroje uspokojení potřeb*
      - sexuální pud – autostimulace, masturbace, sexuální ataky → snadým objektem zneužívání
      - např. u dospívajících klientů - ukájejí se na nevhodných místech
    - *vliv na vědomí sama sebe a aspiraci*
      - někteří lidé s lehčím postižením jsou schopni aspirovat (já budu zahradníkem), u těžších postižení nikoliv
    - *vliv na sebehodnocení*
      - u těžkého mentálního postižení je nemožné, u lehčích forem je to nereálné
      - neodpovídá realitě, bývá nekritické a ovládané emocionálně
      - závislý na názorech druhých (přijímají ho bez kritiky)
      - výrazná sugestibilita → snadno ovlivnitelní, nerozumí normám společnosti → zvláštnosti v chování
    - *vliv na motivy* - většinou pouze emoce
      - hlavně dochází k motivaci přes emoce, pouze u lehkých forem postižení částečně racionální
    - *narušení emotivity*
      - narušení CNS - fyziologie a předávání vzruchů a útlumů --> osoby snadno podléhají různým emotivním stavům a trvá delší dobu, než se uklidní
      - narušení prostředím - hovoříme o *emoční deprivaci* = dlouhodobé neuspokojení potřeb --> souvisí to s prostředím, kde žijí (bez lásky,…)
      - neumí vyjádřit své pocity standardním způsobem, hlavně neverbální aktivity (bušení hlavou do zdi, křik, sebepoškozování,…)
      - vnitřní napětí ventilují např. autostimulací
      - agresivní chování → odpověď na narůstající stres a neporozumění požadavkům okolí
      - kriminální chování (drobné krádeže), impulzivní násilí se sexuálním podtextem
      - základním mechanismem autoregulace je emoční prožívání (vyšší afektivní dráždivost, výbuchy, mrzutost)
      - nutnost uspokojování nejen emočních potřeb, ale i základních psychických (stimulace, učení, seberealizace, životní perspektivy)
  - způsobuje poškození kognitivních funkcí (další kapitola)

- také je důležité jak člověk prožívá situaci (to, že má nějaké mentální postižení)

DEMENCE

- z latinských slov *de* (bez) a *mens* (mysl) – „bez mysli“

Terminologie

- MKN 10 – demence
- DMS V → neurokognitivní porucha
- = získaná, vnější (sekundární) porucha inteligence
- vzniká vlivy vnějšího prostředí, od 2 let věku (zanedbávání, nepodnětné prostředí, úraz, operace, autohavárie, uvíznutí pod vodou…)
    - nutnost odlišit MR od demence → v případě demence se jedná o pokles až ztrátu intelektových schopností, které byly průměrné až nadprůměrné (od 2 let); změny jsou progredující a nezvratné
- **neurodegenerativní onemocnění**
    - široká skupina chorob centrálního i periferního nervového systému
    - způsobeny předčasným zánikem nebo degenerací nervových buněk
    - progredující zánik neuronů je spojen s velmi vážnými psychickými a neurologickými příznaky
    - psychické příznaky:
        - ztráta paměti a dalších poznávacích schopností
        - poruchy chování
        - halucinace či bludy
        - celkový úpadem osobnosti - demenciální syndrom
    - neurologické příznaky:
        - poruchy koordinace
        - poruchy řízení pohybu
        - poruchy komunikace
    - heterogenní skupina chorob neznámé příčiny se společnými rysy (Seidel, Obenberger)
        - plíživý začátek, kterému přechází dlouho bezpříznakové období normální funkce
        - pomalý, často roky trvající progresivní průběh
        - symetrické postižení určitých specifických nervových struktur
        - častý familiární (genetický) výskyt
        - iniciace vzniku obtíží nejčastěji ve věkové kategorii stárnoucích osob značná
            - i v souvislosti se stoupajícím průměrným věkem dožitím se zvyšuje procento stárnoucí populace (nejvíce vyskytující u osob nad 60 let)
            - odborníky bývá označována také jako tichá epidemie a vysoce závažný zdravotně-sociální problém osob ve vyšším věku
    - neurokognitivní onemocnění, které zasahují primárně kognitivní funkce člověka, produkují vznik amnestických a demenciálních syndromů --> z nichž rezultují kognitivně-komunikační poruchy
        - projevují se poruchami řeči, kontaktu s okolím, problémy s jazykovým vyjadřováním, problémy s porozuměním verbálního projevu a zahrnují obtíže při čtení a psaní
        - příčinou je postižení kognitivních a intelektových schopností
        - jsou tedy postiženy obě složky - jak kognice, tak komunikace
    - stádia kognitivního postižení:
        - preklinické stádium
            - předchází stádiu MCI, nejdéle trvající
            - již přítomny neuropatologické změny na mozku, nelze prokázat přítomnost kognitivního poškození
            - pacienti se subjektivním kognitivním poklesem
        - stádium MCI
            - MCI - mírná kognitivní porucha (mild cognitive impairment)
            - syndrom vyplňující prostor mezi normálním procesem stárnutí a syndromem demence
            - přítomno postižení kognitivních funkcí, ale soběstačnost a ADL zachovány
        - demence
            - postižení více (min. dvou) kognitivních funkcí, které je natolik výrazné, že již dochází k narušení soběstačnosti a ADL

Definice

- organicky podmíněný syndrom, jehož nejvýznamnějším projevem je úbytek kognitivních funkcí, především inteligence a paměti → ten negativně ovlivní úroveň soc. adaptace
- za průkazné je považováno snížení úrovně rozumových schopností o 20% (Jirák in Vágnerová, 1996)
- *„získané progresivní postižení paměti a dalších kognitivních funkcí, které zapříčiní významné omezení sociálních, pracovních a běžných denních aktivit“* (Kytnarová)
- *„tento syndrom se vyskytuje u Alzheimerovy choroby, cerebrovaskulárního onemocnění a u jiných stavů, které primárně postihují mozek*“ (MKN-10)
- = syndrom způsobený chorobou mozku, obvykle chronické nebo progresivní povahy, kde dochází k porušení mnoha vyšších nervových kortikálních funkcí, k nimž patří paměť, myšlení, orientace, chápání, počítání, schopnost učení, řeč a jazyk, uvažování, úsudek; vědomí není zastřeno
- obvykle je přidruženo porušené chápání a příležitostně mu předchází i zhoršení emoční kontroly, sociálního chování nebo motivace
- 3 hlavní skupiny příznaků:
  - poruchy kognitivních funkcí → poruchy paměti (hlavně epizodické) a porucha alespoň v jedné oblasti – praxie, gnózie, fatick funkce
  - poruchy každodenních aktivit
  - poruchy chování
- zpočátku se jedná o charakteristické lokální poškození mozku, postupně se rozšiřuje a dochází až k degradaci osobnosti
- kombinace mentální retardace s některou z forem demence je velmi složitý problém jak z hlediska diagnostiky, tak následné intervence

Prevalence (Neubauer, 2018)

- celková prevalence stoupá ve stáří s dosaženým věkem: nejvíce obtíží se vyskytuje v populaci nad 60 let
- nejčastěji je udávaný rozsah:
  - 3 – 5 % osob s demencí ve věkové skupině 65-75 let
  - 20 % osob s demencí ve věkové skupině nad 80-85 let
  - tyto údaje jsou vztahovány nejčastěji na příznaky středně těžké a těžké demence
- Bostonská studia vykazuje údaje vyšší až o 40 % - zahrnuje i mírné formy snížení kognitivní a intelektové úrovně
- nejčastěji se setkáváme s Alzheimerovým typem – cca 100 tisíc nemocných v ČR

Etiologie (Vágnerová, 2012)

- postihuje především starší populaci
- výskyt v různých věkových kategoriích záleží na příčině, která k tomu vedla, tj. na typu demence
  - např. u mladších lidí jde spíše o důsledky úrazu, u starších o degenerativní postižení Alzheimerova typu
- vzniká na základě organického poškození CNS a progreduje
- příčina může být různá, mohou ji vyvolat různé faktory, které se mohou vzájemně také ovlivňovat:
  - **genetické dispozice**
    - může jít o poškození konkrétních genů, jejichž důsledkem je vznik patologického proteinu
    - např. u Alzheimerovy choroby, u níž byla potvrzena porucha již několika genů
    - např. ve vztahu k ischemicko-vaskulární demenci, se jedná spíše o polygenně podmíněnou dispozici ke vzniku cévního onemocnění
  - **biologický základ**
    - funkční či morfologická změna mozku
    - metabolické odlišnosti jsou obvykle dány primární příčinou onemocnění, postižení neurotransmiterových systémů může být důsledkem komplexních degenerativních změn
    - morfologické změny mohou být způsobeny degenerativními změnami mozkových buněk, krvácením, hypoxií, mechanickým zhmožděním
      - např. Alzheimerova choroba - redukce acetylcholinu, přítomnost patologického proteinu – beta amyloidu
      - např. Parkinsonova choroba - snížena hladina dopaminu a acetylcholinu

  - **exogenní fyzikální**, **chemické** a **biologické faktory**
    - přispívají ke vzniku demence, různé úrazy, otravy, onemocnění (záněty mozku, mozkových blan), ve vztahu k cévním onemocněním a s tím související vaskulární demencí je jako zátěžový faktor hodnoceno např. kouření
  - **sociální faktory**
    - ovlivňují nástup i průběh onemocnění, jehož důsledkem je demence
    - aktivní a stimulující styl života, kvalita sociálního zázemí spojená s podporou v případě onemocnění mohou mít pozitivní význam
    - zásadní korektivní vliv však mít nemohou
- stárnutí člověka a jeho výkonnost může být ovlivněna tzv. kognitivní rezervou – schopnost kompenzovat nastupující změny dovednostmi a vědomostmi
- záleží na celkovém klinickém obrazu, psychickém stavu, přítomnosti deprese, může dojít k záměně s demencí

Klasifikace demencí (Pugnerová, Kvintová)

- **částečná** (parciální, ostrůvkovitá)
  - poruchy jen některých intelektových složek
- **celková** (totální, globální)
  - postihuje všechny intelektové složky
  - poškozeny všechny kognitivní funkce (paměť, myšlení, pozornost, jednání, vnímání, řeč)
  - může se projevovat afektivní dráždivostí, poruchami orientace, sníženou schopností učení, emoční oploštělostí…
- dělíme do 3 skupin <u>dle původu vzniku</u>
  - **atroficko degenerativní demence**
    - příčinou je degenerativní postižení mozku
    - Alheimerova choroba, Huntingtonova choroba, Parkinsonova choroba, demence s Lewyho tělísky
  - **sekundární demence**
    - vznikají v důsledku jiné poruchy, která vede k postižení CNS (např. kardiovaskulární onemocnění, infekční, poúrazové, v důsledku otravy…)
    - multiischemická demence
  - *může být symptomatická*
    - infekční etiologie, metabolická způsobená priony (nemoc šílených krav), farmakogenní, traumatická,…
  - **smíšené demence**
    - mají smíšený podklad, kdy jedinec trpí více typy demencí
- <u>dle Neubauera</u>
  - **primární (neuro)degenerativní onemocnění**
    - = 60-70% vzniklých demencí
    - primární atroficko-degenerativní změny a jsou specifické pro určitý typ demence (primární symptomem je porucha kognitivních fcí – porucha pozornosti, deteriorativní poruchy…)
    - dominuje Alzheimerova choroba → nejčastější příčina vzniku (1-2,5% populace osob nad 65 let)
    - Pickova choroba, Progresivní supranukleární obrna, Demenci při Parkinsonově chorobě, Demence při Huntingtonově chorobě, demence s Lewyho tělísky, frontotemporální lobární degenerace (FTLD) a prionové nemoci
  - **ischemicko-vaskulární demence**
    - = 15-20% vzniklých demencí
    - nejčastější příčinnou → tzv. multiinfarktová či vaskulární demence
    - druhou nejčastější → mnohočetná traumata mozkové tkáně na bázi poruch cévního zásobování mozku
    - příp. báze cévních mozkových poruch, nomotenzního hydrocefalu, národu a úrazů
    - další variantou je: Binwangerova choroba s mnohočetnými mozkovými infarkty převážně v podkorových oblastech mozku

- **sekundární demence**
  - vznikají jako sekundární symptom jiného mozkového či systémového onemocnění či traumatu
  - infekční etiologie (AIDS, Creutzfeldtova-Jakobova choroba = způsobená priony), intoxikační etiologie (alkohol, farmaka), škodliviny a následky otravy (oxid uhelnatý), metabolické příčiny (Wilsonova choroba, selhání jater a ledvin), posttraumatické demence (po apalickém syndromu) spojené se vznikem hydrocefalu, tumoru či epilepsie
- **smíšená demence**
  - = asi 10% smíšený podklad – osoba trpí Alzheimerovou chorobou i vaskulárním poškozením mozku

NEBO

- **kortikální**
  - poškození mozkové kůry, těžké poruchy paměti, kortikální deficity (apraxie, agnózie…), afázie, dlouho zachována motorika, zrakově-prostorové a konstrukční problémy, kognitivní deficity, jazykové problémy (pojmenování, čtení, psaní, porozumění), v pozdějších stadiích dochází k narušení chůze, postoje, tonu a řeči
  - Alzheimerova choroba – řeč bývá motoricky postižena až velmi pozdě, pragmatické a sémantické jazykové schopnosti jsou oproti tomu porušeny velmi časně
  - Pickova choroba – poruchy auditorního porozumění, váhavá a rozvláčná mluva, anomie, postupné zhoršování jazykových schopností v oblasti syntaxe
- **subkortikální**
  - poruchy ganglií a hlubších částí mozku, spíše zapomínání, dysartrie, zpomalené psychomotorické tempo, extrapyramidové příznaky (hypo i hyper), deprese, apatie, afektivní změny, kognitivní změny označeny jako chátrání nebo rozpad
  - Parkinsonova choroba – řeč je motoricky postižena, jazykové schopnosti jsou porušeny minimálně, slabý dyšný hlas s abnormální výškou a zabarvením
  - Huntingtonova choroba – zhoršující se dysartrie, narušeny jazykové schopnosti v oblasti pojmenování
- **smíšené**
  - symptomatika závisí na tom, které části mozku jsou daným onemocněním zasaženy (mnohočetné infarkty, toxické a metabolické encefalopatie, traumata, anoxie)
  - Vaskulární demence – přítomné variace poruch jazykových i motorických dle rozsahu léze a lokalizace
  - Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – v pozdním stádiu nemoci je přítomna afázie, apraxie, agnozie

Hlavní rozdíly mezi kortikálními a subkortikálními demencemi (zpracováno dle Bartoše, 2010b)

Kortikální demence	Subkortikální demence
těžká porucha paměti	zapomínání
narušení vštípivosti (učení)	porucha vybavování
kortikální deficity (apraxie, akalkulie, agnozie, porucha abstrakce)	sklon k perseveracím, dysexekutivní syndrom
afázie	dysartrie, nízká slovní produkce
normální rychlost zpracování informace	zpomalené psychomotorické tempo
motorika dlouho zachovaná	extrapyramidová příznaky
nesoustředěnost, desinhibice nálady	častá deprese
osobnost dlouho zachovaná (kromě frontálních typů demence)	apatie, uzavřenost

NEBO

- **reverzibilní** – nádory, autoimunitní onemocnění, metabolické poruchy
- **ireverzibilní** – proces je nezvratný, např. degenerativní onemocnění, vaskulární demence, demence při traumatech, infekcích

- dle DSM V (už není dělení na jednotlivé kategorie – je jedno zastřešující kritérium)
  - neurokognitivní poruchy (dříve delirium, dementia, amnestic, and other cognitive disorders)

- místo termínu demence = **mírná a těžká neurokognitivní porucha** (aby nedocházelo ke stigmatizaci lidí s HIV)
- mírná (MCI – mild cognitive impairment) – existují důkazy o mírném úbytku kognitivních funkcí (podle Minimal State Examination 25 – 26 bodů ze 30)
  - zasahují do ADL (Acitivity of daily living), ale nezávislí, kognitivní deficity se nevyskytují výhradně v souvislosti s deliriem, kognitivní deficity nejsou způsobeny jinou duševní poruchou
- těžká – existují důkazy o významném úbytku kognitivních funkcí, kognitivní deficity způsobují závislost na druhých v ADL apod.

- dle MKN – 10
  - **F00 Demence u Alzheimerovy nemoci**
    - .0 Demence Alzheimerovy nemoci s časným začátkem
      - Alzheimerova nemoc – 2. Typ, Presenilní demence Alzheimerova typu, Primární degenerativní demence Alzheimerova typu vznikající v preseniu
    - .1 Demence u Alzheimerovy nemoci s pozdním začátkem
      - Alzheimerova nemoc – 1, typ, Primární degenerativní demence Alzheimerova typu s pozdním začátkem
    - .2 Demence u Alzheimerovy nemoci, atypického nebo smíšeného typu
    - .9 Demence u Alzheimerovy nemoci NS
  - **F01 Vaskulární demence**
    - .0 Vaskulární demence s akutním začátkem (po opakovaných iktech)
    - .1 Multiinfarktová demence (následek řady přechodných ischemických příhod)
    - .2 Subkortikální vaskulární demence (hypertenze a ložiska ischemické destrukce v bílé hmotě mozkové)
    - .3 Smíšená kortikální a subkortikální vaskulární demence
    - .8 Jiné vaskulární demence
    - .9 Vaskulární demence NS
  - **F02 Demence u jiných nemocí zařazených jinde**
    - .0 Demence u Pickovy choroby
      - progresivní, střední věk, zasahuje první frontální lalok a spánkové laloky, první narušeno plánování a abstraktní myšlení, nezdrženlivé sexuální chování, progredující choroba připomíná Alzheimera, řeč postižena více než paměť, časté jsou konfabulace, časné pomalu progredující změny charakteru a soc. schopností, porucha intelektu, paměti, jazykové funkce, apatie, euforie, úmrtí zhruba 4 roky po projevení příznaků
    - .1 Demence u Creutzfeldt-Jakobovy nemoci
      - velmi vzácná, progresivní demence s velkým neurologickým nálezem, střední nebo pozdní věk (ale může se objevit i dříve), první se objevuje porucha hybnosti, velice rychlý průběh, vede ke smrti během 1-2 let, známá také jako nemoc šílených krav
    - **.**2 Demence u Huntingtonovy nemoci
      - Huntigtonova choroba (chorea), jako součást difúzní degenerace mozku, autosomálně dominantě dědičná, prvními projevy je ztráta hybnosti formou záškubů a kroutivých pohybů, později obecné symptomy demence, postižení intelektu může připomínat schizofrenii, pomalá progrese, nejčastěji začátek ve středním věku (může se objevit i u dětských pacientů) smrt během 10-15 let
    - .3 Demence u Parkinsonovy nemoci
    - .4 Demence u onemocnění virem lidské imunodeficience (HIV)
    - .8 Demence u jiných určených nemocí, zařazených jinde
      - při mozkové lipidóze, epilepsii, hepatolentikulární degeneraci, hyperkalcemii, získané hypotyreóze, intoxikaci, sclerosis multiplex, neurosyfilis, deficitu niacinu, polyarteritis nodosa, systémového lupus erythematodes, trypanozomóze, urémii, karenci vitamínu B12
  - **neurčená demence**
- dle MKN-11
  - Kategorie **06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders**
    - Kategorie Neurocognitive disorders, kam patří:
      - 6D70 Delirium
      - 6D71 Mild neurocognitive disorder
      - 6D72 Amnestic disorder
      - Dementia
        - 6D80 Dementia due to Alzheimer disease
        - 6D81 Dementia due to cerebrovascular disease
        - 6D82 Dementia due to Lewy body disease
        - 6D83 Frontotemporal dementia
        - a další….
      - 6E67 Secondary neurocognitive syndrome
      - 6E0Y Other specified neurocognitive disorders

- 6E0Z Neurocognitive disorders, unspecifies

- v kategorii **08 Diseases of the nervous system**
  - Kategorie 8A00 Parkinsonism
    - 8A00.0 Parkinson disease

Výčet symptomů (Neubauer, 2018)

- deteriorace intelektu, tedy závažné snížení oproti premorbidní intelektové kapacitě, poruchy paměti, poruchy orientace, poruchy úsudku a schopnosti abstraktního myšlení, poruchy pozornosti a motivace, poruchy korových funkcí typu afázie apraxie, agnózie, poruchy řečové a neverbální komunikace se sociálním okolím, poruchy emotivity, poruchy chování, degradace osobnosti

Klinické projevy v psychice (Vágnerová, 2012; Neubauer a Kytnarová)

Poruchy kognitivních schopností

- **paměť**
  - první úpadek krátkodobé a střednědobé (snaha skrýt konfabulacemi – nesprávné údaje, nesmysly)
  - neschopnost učit se novému, uchovat informace,… (neschopnost zapamatovat si instrukce složené z více kroků)
  - postupně se prohlubuje do dlouhodobé
  - zpomalení a nepřesnost ve vybavování (slov, vzpomínek,…) – neschopnost propojení staré informace s novou
  - postižení deklarativní paměti (vybavitelné dovednosti a info)
  - pokročilejší fáze – mizí zafixované vzpomínky, dovednosti, návyky až k nevýbavnosti jména apod.
  - ovlivňuje myšlení i řešení problém
- **pozornost**
  - problém s kvalitou o udržení koncentrace, snížení celkové výkonosti
  - snížení porozumění mluvené řeči, čteného textu, zmatená, obsahově neadekvátní řeč, obtíže s udržením tématu, potřeba opakování otázky
  - neudrží pozornost, snížená motivace
- **myšlení**
  - úpadek ve formální i obsahové oblasti
  - bradypsychismus, zabíhavé, zúžené myšlení, ztrácí flexibilitu, stává se rigidním
  - první narušení abstraktního myšlení
  - neschopni plánovat, organizovat, rozhodovat se, porozumět souvislostem
  - postupně obtížně řeší i úkony jako obléci se, naservírovat jídlo apod.
  - úbytek kritičnosti a soudnosti, neuvědomují si nesprávnost úvah, nepřijatelnost chování…
  - úpadek není plynulý
  - narušení sociální komunikace (takt), neporozumění humoru, metaforám apod., neudržení komplexní konverzace, nedodržení kroků při řešení problémů, úsudku
- **zpracování informací**
  - odpovědi s latencí, narušení vnímání intonace a výrazu tváří, obtíže při rozpoznání hlavní myšlenky, ztrácí s ev. detailech, neschopnost shrnout obsah
- **exekutivní funkce**
  - snížená iniciace otázek, neschopnost plánovat, snížená schopnost monitorovat a inhibovat nepřiměřené chování, emoce, narušená interakce s lidmi, neschopnost kontrolovat čas, dokončit úkol
- **subjektivní vnímání**
  - pocity ohrožení pramenící z neschopnosti zvládat a chápat běžné situace
  - při zachované soudnosti si uvědomují úbytek kompetencí a reagují na to = úzkost, deprese, stud z neschopnosti
  - může se objevit méně přiměřené sebehodnocení (pozitivně i negativně – vzdávání se)
  - vyhýbání se pro ně složitým situacím – izolace, ztráta kontaktu, popírání potíží
  - udržet si přiměřené sebehodnocení je velmi obtížně
  - pozdější fáze – obtížná a nepříjemná se jeví i komunikace, zvyšování pocitů izolace, poutání pozornosti nepřiměřenými projevy, s postupem onemocnění reakce primitivnější
- **poruchy korových funkcí** - afázie, apraxie, agnózie

- **poruchy komunikace**
  - řečové a neverbální se sociálním okolím
  - narušení schopnosti porozumění i verbální produkce
  - zjednodušení a zpomalení verbálního projevu
  - perseverace, parafázie
  - fatické poruchy – viz. afázie (alexie, agrafie)
  - až úplná ztráta funkční komunikace

Gnostické funkce
- obtíže v rozpoznávání informací., známých objektů, zobrazení známých objektů
- agnozie, kdy člověk sice vidí či slyší, ale nepoznává

Orientace
- narušení orientace v čase, prostoru, osobách, v sobě samém
- nepoznává, nerozumí svému okolí, neadekvátně reaguje
- bloudí i ve známém prostředí
- nechápe soc. chování
- až ztráta identity – neví kdo je
- reakce – falešná přesvědčení paranoidně-perzekučního charakteru
- postupně úplná ztráta logického myšlení

Poruchy emotivity
- změna emočního ladění, emoční reaktivita nápadná a méně přiměřená již od počátku onemocnění
- neadekvátní projevy jako euforie, lítostivost, deprese, úzkost, afektivní výbuchy
- zvýšená emoční labilita, dráždivost
- demence vaskulárního typu – nápadnější poruchy nálady jako deprese (častější výskyt)
- deprese a úzkost jako reakce na onemocnění (při zachované soudnosti, uvědomuje si situaci)
- v pokročilejším stádiu – citová oploštělost, apatie
- u většiny dochází k zúžení motivace, redukci zájmů
- preference stereotypní rutiny (již v počátcích d., v důsledku zvýšené unavitelnost
- u mnoha osob se rozvíjí apaticko-abulický syndrome (nic nechce, nic ho nezajímá, o nic neusiluje)

Nápadnosti v chování
- formálně i obsahově nepřiměřené situaci
- ztráta iniciativy – zpomalení, utlumení
- úroveň aktivity může kolísat (nutkavé stereotypní činnosti, záchvaty agitovanosti)
- spánková inverze narušení cyklu dne a noci (aktivita v noci, spánek ve dne)
- postupně ubývá veškerá aktivita
- objevuje se apraxie (když se prohlubuje dochází ke ztrátě schopnosti sebeobsluhy)

Úpadek osobnosti
- dochází ke změnám až úpadku a dezintegraci, na počátku zvýraznění některých osobnostních rysů
- zhoršuje se adaptabilita (nerozumí soc. situacím, nerespektují normy chování apod.)
- ztráta empatie, sobeckost, egocentričnost, nedůvěřivost, až agresivita
- ztráta pocitů jako vina, stud
- zhoršení osobní hygieny
- u postiženého frontálního laloku až ztráta sebekontroly (obnažování apod. – sami to nevnímají nevhodně)

Jednotlivé typy demencí a jejich charakteristika (Vágnerová, 2012 + Neubauer)

Alzheimerova choroba
- závažné progresivní neurodegenerativní onemocnění nejasné etiologie, které vede k úbytku neuronů a k následné atrofii mozkové kůry i subkortikální oblasti, což má za následek vznik bílkoviny beta amyloidu, které poškozují narušení rovnováhy neurotransmiterů → vznik syndromu demence
- trvá 5-8 let a poté končí smrtí
- nejrozšířenější chorobou způsobující demenci (čistá forma – 55%; v kombinaci s jinými onemocněními)
- typy: kortikální nebo kortiko-subkortikální demence
- stoupající výskyt Ach s přibývající s věkem (60 let – 1-2%; 70 let – 6%; 75 let – 12%; 90 let – 50%)
- formy: presenilní (do 65 let, častěji ženy), senilní (po 65. roce)

- pomalý a plynulý rozvoj choroby zpočátku nenápadné příznaky, progrese začíná být zřejmá mezi 2. až 4. rokem onemocnění – úpadek je komplexní
- stadia rozvoje: (báze atroficko-degenerativní)
    - lehká demence – mírné počáteční stadium:
        - významným projevem je progredující, zpočátku lehká, porucha paměti – především deficit krátkodobé paměti (vede ke ztrátě orientace v čase a prostoru), tendence kompenzovat konfabulacemi
        - pomalejší, těžkopádnější uvažování
        - zhoršení orientace a poruchy ve vizuálně-prostorovém vnímání
        - těžkosti s početními výkony a psaním
        - strategie vyhýbání se komunikaci se sociálním okolím
        - kompenzace zkušeností, zafixovanými způsoby chování
        - nezájem o činnosti, které dříve osobu bavily
        - změny afektibility a poruchy kritičnosti
        - emotivita a psychično - úzkostnost, depresivita, podrážděnost, hostilita jako reakce na uvědomování si poruch
        - potřeba kontroly, občasné pomoci
    - střední demence – středně závažné stadium:
        - vzrůstání deficitů krátkodobé i dlouhodobé paměti, těžké a trvalé amnézie s poruchami řečové komunikace s okolím (neadekvátní odpovědi, perseverace, echolalie, parafázie,…)
        - dezorientován časem i místem
        - časté bludy, agitovanost (bezúčelná PM excitace), či naopak apatie (netečnost, lhostejnost)
        - myšlenkové perseverace
        - neschopnost zvládat osobní záležitosti a vztahy (např. schopnost rozumět situacím/požadavkům)
        - ztráta náhledu do vlastních poruch a obtíží – dochází ke ztrátě identity
        - ztráta schopnosti učit se, vybavit si novou informaci a abstraktně uvažovat, logicky uvažovat
        - projevuje se v aktivitách denního života – jak sebeobsluha, tak instrumentální aktivity (apraxie)
        - obtíže v komunikaci
        - neadekvátní sociální chování
        - potřeba dohledu, trvalé pomoci
    - těžká demence - pozdní stadium onemocnění
        - nárůst poruch orientace (těžká dezorientace – časem, místem i osobou) a paměti
        - ztrácí se schopnost myšlení
        - omezená komunikace – nerozumí, nekomunikuje
        - stálé opakování pohybů či bezesmyslných slov, často je přítomný mutismus
        - labilní či mizivý zrakový kontakt s komunikující osobou
        - nepřiměřené sociální chování, u mobilních osob potulování a bloudění bez cíle
        - časté je upoutání na lůžko, ztráta hybnosti, inkontinence, kachexie (patologický úbytek hmotnosti) → neschopnost sebeobslužných aktivit
        - časté neurologické příznaky: extrapyramidová rigidita, pseudobulbární symptomatologie
        - potřeba plné péče okolí, rodina potřebuje pomoci, případně umístění do ústavního zařízení
- výše uvedená stadia jsou v plné míře nejvíce přítomna u primárně degenerativních demencí, nejčastěji u Alzheimerovy choroby

Parkinsonova choroba

- jedná se o tzv. podkorovou demenci
- chronické progresivní onemocnění zasahuje především extrapyramidový systém, poškozena je oblast bazálních ganglií (dochází k úbytku neuronů v substantia nigra ve středním mozku – pokles syntézy dopaminu), dochází také ke změnám neurotransmiterů
- demence pouze u 10-30% nemocných Parkinsonovou chorobou
- 0,1% populace (častěji muži), po 65. roce věku 1%
- nevznikají afázie, agnozie apod. (není zasažená mozková kúra)
- mírnější a pomalejší progrese, poškozena především dlouhodobá paměť, zpomalené vybavování, celkový bradypsychismus, prodloužení reakčního času, zpomalené verbální vyjadřování, rigidní, ulpívavé myšlení, sklony k depresi (40-50% nemocných), motorické obtíže – bradykineze (zpomalení iniciace volního pohybu), postupně třes, instabilita
- nejčastější projev: DYSEXEKUTIVNÍ SYNDROM – neschopnost řešit složitější úkoly, narušené plánování, oslabení kontinuity uvažování, soudnost zachována

Ischemicko-vaskulární demence

- demence vzniká až tehdy, když rozsah poškození mozkové hmoty přesahuje kompenzační možnosti mozku
- klinický obraz závisí na míře a lokalizaci poškozené tkáně, může zasahovat korové i podkorové oblasti
- 15-30% všech demencí, obvykle po 60. roce života, s přibývajícím věkem se četnost zvyšuje
- nejčastější formou vaskulární demence je MID (multiinfarktová demence), která je druhou nejfrekventovaněji diagnostikovanou demencí vůbec
    - základem pro rozvoj MID jsou mnohočetné, zpravidla drobné mozkové infarkty v oblastech mozkové kůry a bílé hmoty
    - náhlý vznik → především v případě většího mozkového infarktu nebo více infarktů v klíčových mozkových oblastech
    - pozvolný vznik → začíná neurastenickým syndromem (neurastenie - dráždivá slabost), který se projevuje poruchou soustředění, nespavostí (hyposomnia), depresivní a úzkostnou náladou a funkčními somatovegetativními příznaky
    - stupňovitý charakter průběhu (vlivem narůstání počtu mozkových infarktů – a kolísavý)
    - výskyt fatických, praktických a gnostických poruch
    - specifické znaky vývoje:
        - nerovnoměrné postižení kognitivních funkcí - nejsou plynulé, častěji se realizují skokem (vlivem narůstání počtu mozkových infarktů)
        - po ataku choroby jsou přítomny topické neurologické nálezy - hemiparézy, afázie, hemianopie, poruchy senzoriky, agnózie a projevy neglect syndromu
        - kognitivní funkce jsou porušeny více ostrůvkovitě, poruchy bývají nekonstantní
        - více je porušena paměť týkající se nových událostí, staré informace bývají lépe zachovány
        - častěji než u projevů ACH jsou zachovány schopnosti logického myšlení a úsudku
        - dlouhodoběji je zachovaná osobnost a náhled na vlastní poruchu
        - emoční labilita, výšená dráždivost, plačtivost, vztahovačnost, hypochondrie
        - depresivita je přítomna i u závažnějších projevů poruchy
    - obraz onemocnění je charakterizován především přítomností specifických fatických poruch, které jsou z hlediska aktivizace a terapie příznivější než u ACH, ale také trvalou depresivitou vyplývající z náhledu na vlastní obtíže

Průběh demence (Vágnerová, 2012)

- závislý na příčině, individuální, vliv genetické dispozice, nemorbidní stav pacienta, psychický a somatický stav
- MCI – mild cognitive impairment, předchází demenci, obtíže v oblasti exekutivních funkce a poruchy paměti zhoršující se v zátěžových situacích
- první stádium – **lehká demence**
    - mírnější narušení (paměť, řešení problémů, kompenzace, zejména v nových nebo náročných situacích …atd. popsáno výše)

  - nemocný potřebuje kontrolu a občasnou pomoc
- druhé stádium – **střední demence**
  - už začíná i porucha dlouhodobé paměti, problémy řešit i obvyklé problémy, bludy, problémy v porozumění (vliv na komunikaci), omezený slovník, apraxie, obtíže se sebeobsluhou, nápadné chováním ztráta kontroly emocí, objevuje se inkontinence
  - potřebuje dohled a trvalou pomoc
- třetí stádium – **těžká demence**
  - zcela dezorientován, ztráta myšlení, omezená komunikace, ztráta většiny běžných dovedností, apraxie, negativismus, nerespektování soc. pravidel, běžně úplná inkontinence
  - úplně odkázán na péči okolí, nezbytná je pomoc rodině, až přemístění do ústavního zařízení
- čtvrté stádium – **terminální**
  - upoután na lůžko, nekomunikuje, nerozumí
  - zcela závislý na ošetřovatelské péči

Diagnostika demence

- **rozhovor** – v jeho průběhu můžeme zjistit např., že má zhoršenou výbavnost slov, logické chyby, nepřesnosti
- **Clock test** – základní technika, která se používá, spočívá v tom, že mají za úkol nakreslit ciferník a umístit ručičky na požadovaný stav a na tom se ukáže kognitivní porucha, hodnotí se tvar, přítomnost čísel, prostorové uspořádání, postavení ručiček a jejich poměr velikosti, hodnotíme nastavení ručiček
- **Minimental state examination** MMSE - Krátký test kognitivních schopností
  - provádí se s jedním klientem, který je posazen naproti
  - před testem se ověří sluch a porozumění jednotlivým instrukcím
  - je třeba získat si důvěru člověka („Můžu Vám položit teď nějaké otázky?“ apod.)
  - patří zde zkouška orientace, zapamatování, pozornosti a počítání, paměť a výbavnost, pojmenování, opakování, třístupňový příkaz, čtení a splnění příkazu, psaní a obkreslování
  - při zkoušce orientace se otázky pokládají v přesném pořadí, pokládá se nejvíc 3x a když neodpovídá ani poté, tak se doporučuje skóre 0 (i když odpoví špatně), neopravovat, prostě jen akceptovat, nediskutovat a nevysvětlovat,
  - instrukce mohu při nepochopení zopakovat
  - celkové skóre je 30 bodů
- Addenbrookský test a Montrealský test – tyto testy zachytí i mírnou kognitivní poruchu
  - **Addenbrukský test** sleduje více jednotlivé schopnosti, v některých klient selhává a to je známkou nějaké poruchy
  - doporučeno MOCA – **montrealský kognitivní test** – více do hloubky než MMSE – oba volně dostupný
- **test verbální fluence** či **zkouška jazykového citu**

Diferenciální diagnostika

- = demence x delirium x afázie, dysartrie
- **afázie** x demence (kognitivně- komunikační poruchy)
  - poruchy komunikace při afázii vznikají většinou náhle, při demenci se vyvíjejí pomalu
  - poruchy komunikace mají u demence progredující charakter, při afázii je klinický obraz více méně stabilní
  - afázie vzniká zpravidla v důsledku ložiskového poškození mozku, při demenci je v pozadí difúzní atrofie mozku
  - při afázii je intelekt zachován
  - při demenci je pozorována deteriorace v obou složkách komunikace (verbální i neverbální)
  - např. primární progresivní afázie se od demence se liší tím, že primárně začíná poruchou jazyka, která se postupně zhoršuje
- **delirium**
  - ACS – akutní stav zmatenosti (Acute confusional state)
  - akutní porucha duševního stavu a chování, která se vyskytuje zvláště u nemocných vyššího věku s organickým mozkovým postižením
  - pokud je osobu v deliriu, nedají se dělat žádné testy
  - nástup je razantní (hodiny, dny), ale může mít podobné projevy jako demence
  - způsobeno celkovým selháním mozkového metabolismu
  - mohou onemocnět i pacienti již trpící demencí

  - rozdíl: delirium je podmíněno přítomností rychlého nástupu změny vědomí nebo jeho fluktuaci během uplynulých 24 hodin, poruchy pozornosti, dezorganizace myšlení.
  - delirium hyperaktivní, hypoaktivní, smíšené
  - pozitiva deliria podmíněna přítomností rychlého nástupu změny vědomí nebo jeho fluktuaci během uplynulých 24 hodin, poruchy pozornosti, dezorganizace myšlení
- **pseudodemence** – u starších osob trpících silnými depresemi
  - rozdíly: dobře orientování v čase a prostoru, podávají lepší výkony během dne a v ranních hodinách, jsou si dobře vědomi špatných výsledků v testech

Sociální význam

- demence vede ke ztrátě soc. rolí a změny pozice ve společnosti, ale také v rodině
- zátěž na rodinu – náročná péče o nemocného - člověk se postupně stává pasivním objektem péče (ztráta soudnosti, schopnosti sebeobsluhy), v pokročilejším stadiu je péče komplexní a nepřetržitá (často spojená s pocitem marnosti)
- proměna osobnosti nemocného – pro rodinu je těžké akceptovat změnu osobnosti nemocného i samotnou diagnózu, frustrující je stádium, kdy jedinec přestává poznávat členy rodiny
- častou reakcí je únik ze situace – umístění jedince do peče a omezení návštěv

Demence u dětí

- v mnohém se liší od demence v dospělosti (postiženými funkcemi, průběhem)
- demence u dětí není stacionární, dochází k zastavení vývoje, stagnaci, zpomalení psychických procesů, regresi, snížení adaptability dítěte, ztrátě intelektových funkcí (rozpad řeči, myšlení, mizení návyků)
- odlišné projevy, protože inteligence se teprve rozvíjí, k poškození rozumových schopností dochází na různém stupni vývoje
- prognóza je těžko odhadnutelná, závisí na příčině, závažnosti, individuálních dispozicích, dosažené vývojové úrovni, plasticita a kompenzační schopnosti dětského organismu mohou příznivě ovlivnit vývoj
- příčiny: poruchy metabolismu; degenerativní a demyelinizační onemocnění; zánětlivá onemocnění CNS; epilepsie; úrazy mozku; intoxikace
- **v dětském věku**
  - rozumové schopnosti se teprve rozvíjejí
  - k poškození může dojít v průběhu různých vývojových obdobích
  - dle příčiny dochází k různým typům poškození, která mají za následek např. zástavu vývoje, stagnaci, zpomalení nebo regresi
  - může dojít ke zlepšení stavu v důsledku dozrávání CNS nebo v rámci léčby
  - projevy poškození CNS různé:
    - zástava/stagnace psychického vývoje
      - zhoršení paměti, pozornosti, učení, agresivní tendence, stereotypní myšlení
    - změny v emočním prožívání
      - nejnápadnější projevy, zvýšená dráždivost, labilní, kolísavé citové ladění (náladovost)
    - změny v adaptabilitě
      - dítě mění chování, nerespektuje dříve respektované normy, mizí pocity viny, studu, nekritičnosti, přítomná zlomyslnost, sobeckost (často hodnoceno jako porucha chování)
    - úbytek intelektových schopností
      - rozpadá se řeč, nechuť k aktivitám, ztráta motivace, zájmu o okolí, zhoršování kognitivních schopností, unavitelnost

Terapie

- **prvotním cílem terapie** → je rehabilitační program s realistickými cíli a využitelnými metodami práce
- komplexní program → je realizován zapojením léčby farmakologické, psychoterapeutické i rehabilitační a nefarmakologické přístupy a metody
- základních principů terapie demence:
  - neodkladné řešení otázek pomoci a adaptace na danou situaci a zavedení léčebných opatření pro zachování a zlepšení stávajících schopností postižené osoby
  - aktivní cvičení, trénink fyzických a psychických schopností a zdůrazňování zachovaných dovedností, nikoli poruch

  - podpora aktivního přístupu léčené osoby a užívání zachovaných schopností v každodenním životě
  - podpora správné léčby stávajících a budoucích symptomů a onemocnění ošetřujícím lékařem, neboť dobrý fyzický stav je nutným předpokladem pro stabilní psychickou kondici
  - správná podpůrná léčba medikamenty prováděná ošetřujícím lékařem pro řešení poruch spánku, afektivity, neklidu, úzkosti apod. je nezbytným předpokladem pro efektivní rehabilitaci
  - poskytnutí psychoterapeutické pomoci pacientovi a jeho rodině
  - využívání rehabilitační péče, pracovní terapie, řečové terapie a kognitivního tréninku pro aktivní pomoc osobě trpícími demencí
- **cíle, metody a formy rehabilitačního procesu** s osobami s demencí jsou **modifikovány** podle výsledků lékařské a psychologické diagnostiky a stanoveny na jejím základě
- pro nemedikativní terapeutické postupy - rozhodující typ demence, aktuální stadium dementního procesu a předpokládaný vývoj a prognóza onemocnění

Prevence? (zajímavosti ze summitu – možné zmínit ☺)

Alzheimer's prevention summit (29.11.-6.12.2021)

- **Charles Whitney** (rodinný a sportovní lékař)
  - hovoří o orálním zdraví a riziku Alzheimerovy choroby
- **Danny Grannick** (biochemik)
  - uvádí i orální mikrobiom jako jeden z možných rizikových faktorů Alzheimerovy choroby
  - zabývá se, které druhy jsou patogenními bakteriemi
  - přirovnává ho k funkci střevního mikrobiomu a jeho vlivu na organismus (u každého je individuální)
- **Scott Saunders** (odborník na periodontální zdraví a obstrukční onemocnění dýchacích cest při aplikaci na kognitivní zdraví)
  - uvádí souvislost mezi kvalitou dýchání ve spánku a pozdějším rozvojem Alzheimerovy choroby
  - dle něj je důležité se dívat již na děti, jaký mají dechový vzor ve dne i spánku
  - zaměřuje se na spánkovou apnoe a její vliv na organismus
  - zmiňuje také důležitost kojení dětí do 1 roku, které v Americe již není tak časté jako dříve, pro správný vývoj orofaciálních struktur (sucking a suckling)
  - pokud tomu tak není – jazyk nefunguje správně, nerozvíjí se také orofaciální struktur, jak mají → a nedochází ke správnému vývoji dýchacích cest, a tudíž ani dechovému vzoru (z důvodu kraniofaciálních změn)
  - z toho důvodu není schopen správně dýchat ani spát
  - u dětí se také objevuje z výše zmíněných důvodu poruchy chování - ADHD
  - u mužů je vyšší pravděpodobnost výskytu OSA, než-li u žen; také u mužů je více závažná (Kim, 2019)
    - ženy mají spíše nespecifické symptomy – bolest hlavy, únava, deprese, úzkost, insomnie, chrápání,…
  - avšak dle Zhou (2021) je poddiagnostikovaná OSA u žen → je důležité získávat rozdíly u mužů a žen pro možnost lepší diagnostiky
    - muži jsou vyšší a těžší, mají vyšší systolický krevní tlak ráno, kratší dobu pomalejších spánkových vln, vyšší AHI, a komplexnější příhody spánkové apnoe
  - je důležité diagnostikovat OSA a dýchací cesty již u dětí pro zabránění dalšího odchylného vývoje
  - v případě podezření na obtíže dýchání ve spánku je vhodné co nejdříve navštívit lékaře (pediatr, praktik, ortodontista/stomatolog, spánkový lékař…) + potvrzuje využití myofunkčních terapií

Zdroje:

- CSÉFALVAY, Zsolt a Viktor LECHTA. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0364-3. (kapitola o NKS při demenci – Jana Marková, Zsolt Cséfalvay)
- ČERNÁ, Marie. Česká psychopedie: speciální pedagogika osob s mentálním postižením. Praha: Karolinum, 2008. ISBN 978-80-246-1565-3.
- KOZÁKOVÁ, Zdeňka, Olga KREJČÍŘOVÁ a Oldřich MÜLLER. Úvod do speciální pedagogiky osob s mentálním postižením. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3716-3.
- RUBINŠTEJN, Susanna Jakovlevna. Psychologie mentálně zaostalého žáka: příručka pro vysoké školy. 3. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986.
- ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál, 2011. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-889-0.
- VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0225-7. (MR i demence)
- VALENTA, Milan. Psychopedie: [teoretické základy a metodika]. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.
- NEUBAUER, Karel. Kompendium klinické logopedie: diagnostika a terapie poruch komunikace. Praha: Portál, 2018. ISBN 978-80-262-1390-1.

PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY, JINÉ PORUCHY

23. Pervazivní vývojové poruchy, jiné duševní poruchy. Specifika osobnosti jedince s pervazivní vývojovou poruchou, s jinou duševní poruchou. Specifika přístupu k jedincům s pervazivní vývojovou poruchou, s jinou duševní poruchou.

PERVAZIVNÍ VÝVOJOVÉ PORUCHY

Terminologie a definice

- *pervazivní* = všepronikající – tzn. vývoj dítěte je narušen v mnoha směrech → dítě nedokáže vyhodnocovat informace stejným způsobem jako děti stejné mentální úrovně
- nejzávažnější poruchy dětského psychického vývoje zahrnující různorodou skupinu poruch
- celoživotní vrozené neurovývojové postižení jedince mající svůj počátek v raném dětství (manifestují se před 3. rokem věku)
- projevuje se přítomností abnormálního nebo porušeného vývoje
- charakteristickým typem **abnormální funkce** všech tří oblastí psychopatologie
    - reciproční sociální interakce (kvalitativní porucha sociální interakce)
    - komunikace (a hry)
    - opakující se omezené stereotypní chování (sklony k stereotypnímu a ritualistickému chování)
- mnoho dětí vykazuje určitou míru stereotypního, rigidního a kompulzivního chování včetně zvláštních zájmů
- různorodá symptomatika, symptomy se liší v četnosti a síle projevu (děti nemluvící až dětí výrazně jazykově nadané apod.), stupni závažnosti
- k těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžně škála dalších nespecifických problémů, jako fóbie, poruchy spánku a jídla, návaly úzkosti (temper tantrum) a agrese namířená proti sobě
- projevy dítěte se markantně mění s věkem, objevují se a zase mizí (největší vliv na tom má sociální prostředí dítěte, výchovně-vzdělávací program)
- PAS jsou skupinou poruch, které se diagnostikuje na základě projevů chování
- "*Organická porucha, způsobená genetickou predispozicí, která spolu s rizikovými faktory prostředí způsobí změnu ve vývoji mozku, jež se pak projeví v různých stupních závažnosti narušeným kognitivním vývojem a v důsledku toho i abnormální chování.*" (Cottini a Vivanti, 2017)
- "*Autismus není něco, co osoba má, není to žádná ulita, ve které je osobnost uvězněna. Ve skořápce není schované normální dítě. Autismus je způsob bytí. Autismus je všepronikající. Prostupuje každou zkušeností, celým vnímáním, každým smyslem, každou emocí. Autismus je součástí existence. Osobnost se od autismu oddělit nedá.*" (Sincalir in Thorová, 2012)
- „*Vrozené neurovývojové postižení mozkových funkcí, které dítěti umožňují komunikaci, sociální interakci, fantazii a kreativitu*." (Hrdlička, Komárek 2004; Thorová 2006)
- „*Pervazivní vývojová porucha, jejíž podstatou je odtržení jedince od reálného světa a pohroužení se do svého světa vnitřního, jde o vrozenou neschopnost vytvářet kontakty s ostatními lidmi – tzv. „extrémní osamělost", klinický obraz je charakteristický triádou příznaků: neschopnost vzájemné společenské interakce (stažení se do sebe), neschopnost komunikace (nejen verbální), omezení a stereotypní zájmy a aktivity*." (Dvořák, logopedický slovník)
- „*Těžká psychická porucha v raném dětství, při níž je vážně narušeno navazování kontaktu dítěte sokolím, vytváření jeho citových a společenských vztahů*." (Velký lékařský slovník)
- dosud nejsou přesně známy mozkové funkce, které dítěti neumožňují do plné míry porozumět tomu, co vidí, slyší či v běžném životě prožívá (specifika smyslového vnímání – nezpracovává a nevyhodnocuje informace běžným způsbem) → což způsobuje narušení duševního vývoje zejména v oblasti komunikace, sociálního chování, představivosti a vnímání
- v současné době - snaha o odklánění se od stereotypů, abychom ho naučili pružnosti (jinak se na to děti hodně váží a poté jsou větší problémy)
- běžné učení pro intaktní děti - nápodoba - chybí u osob s autismem (např. i zrakový kontakt musí být naučená dovednost)
- diagnostikuje: klinický psycholog či pedopsychiatr; případně jako logopedi po zaučení a kurzu můžeme některé testy používat (CARS, …) - pediatr – podezření

Výskyt

- AMERIKA - podle statistických údajů Center for Disease Control and Prevention (CDC) z roku 2016 se ve společnosti nachází 1,5% dětí s autismem

- ČR - prevalence PAS (VZP) v posledních letech výrazně narůstá, střízlivý odhad udává 1% dětské populace
- prevalence autismu 1 z 68 dětí
- 10% nárůst dán věkem rodičů (daleko větší roli zde hraje věk otce)
- častější výskyt u chlapců 4:1 (DA 4,3:1; AS 9:1)
    - protože se projevuje souvislost s testosteronem!
- četnost výskytu v ČR:

Diagnóza podle MKN - 10	**Četnost výskytu**
Dětský autismus	15 / 10 000
Atypický autismus, pervazivní vývojová porucha nespecifikovaná	30 / 10 000
Rettův syndrom	1 / 10 000
Jiná dezintegrační porucha v dětství	1/ 100 000
Aspergerův syndrom	15 / 10 000
PAS	**60 / 10 000**

Kdy určitě vyhledat pomoc nebo radu?

- dítě do 12 měsíců nežvatlá
- dítě do 12 měsíců negestikuluje (neukazuje, nemává na rozloučenou)
- dítě do 16 měsíců neužívá slova
    - pozn. dvou až tříslovné, jednoduché, dysgramatické
- dítě do 24 měsíců spontánně neužívá věty
    - pozn. v 2. roce - aktivní slovní zásoba kolem 50 slov
- ztráta jakýchkoli již získaných jazykových nebo sociálních schopností v jakémkoli věku
- v rámci DD: podobné s OVŘ

Střípky z historie

- první zmínky o dětském autismu jako o samostatné jednotce v **40. letech 20. století**
- Americký psychiatr **Leo Kanner** – 1943 – pojem „*časný dětský autismus*“
    - popsal příznaky: deficit schopnosti vytvářet vztahy, narušení řeči, abnormalita reakcí na běžné podněty, obsedantní snaha po rigiditě při relativně zachované mechanické paměti, vycházel z několika případových studií, na psychogenním podkladě
- Vídeňský pediatr **Hans Asperger** – zavádí pojem „*autistická psychopatie*“
- Britská lékařka **Lorna Wingová** – rozšíření poznatků poruch autistického spektra
    - v roce 1981 zavádí pojem Aspergerův syndrom
    - triáda symptomů
- **dnes**: neurobiologická podstatata – manifestace nejpozději do 30./36. měsíce
- je relativně vzácný, velmi závažný a častěji se vyskytuje u chlapců (4-5:1)

Etiologie

- zatím není přesně popsána, většina odborníků se domnívá, že je důsledkem organického poškození mozku
- pravděpodobně multifaktoriální
- není podmíněn sociokulturně → není způsobený výchovným vedením!
- **překonané teorie**
    - „chladná výchova rodičů“ – za vznik autismu může odmítavý a negativní postoj rodičů (zastánce např. Kanner)
    - Tinbergenův behaviorálně-etiologický model – vycházel z toho, že osoby s autismem jsou oběťmi stresu (tlak prostředí) → úzkostné neurózy
- autismus řadíme mezi **neurovývojové poruchy na neurobiologickém základě**
    - zvažovány dysfunkce v oblasti mozečku, limbického systému, kůry mozkové, cingula, hippokampu
    - neurochemické studie mozku prokázaly, že existuje několik variant mozkových dysfunkcí, které vedou k úplnému rozvinutí autismu
    - podle prof. Gillberga jsou nervové buňky v mozku člověka postiženého autismem více „izolované“ než v mozku zdravého jedince
    - zpomalení nebo absence koordinace obou mozkových hemisfér → při zpracování informací se zapojuje pouze pravá hemisféra a do paměti se uloží jen aktuálně vnímané informace bez jejich hlubší analýzy
- z hlediska neuropsychologického problému dítěte jsou potíže s vnímáním a zpracováním informací
    - problémy v oblasti emocí a myšlení

- dle Vágnerové
  - **genetická podmíněnost**
    - na vzniku autismu se s největší pravděpodobností podílí různý počet genů v různé míře
    - předpokládá se, že se dědí určitý typ kognitivní neschopnosti nebo sociálního deficitu, což za určitých okolností vede k plnému rozvinutí autismu
    - genetická náchylnost + faktory prostředí, které ovlivňují vývoj mozku a chování
    - podíl dědičnosti odhadován od 37% až po 90%
    - 15% případů má známou genetickou mutaci
  - **exogenní**
    - věk otce - faktor, který se může spolupodílet na vzniku PAS→ věk otce vyšší než 40 let (Rodný)
    - prenatálně působící vlivy – např. expozice thalidomidu, rubeola, některé virové infekce
  - **biologické faktory**
    - extrémní nezralost novorozenců
      - mozek extrémně nezralých novorozenců má odlišný vývoj a vznik autismu je spojován s vysokou frekvencí kognitivních problémů v dětství
    - funkční či morfologická změna mozku (není však specifický nález pro všechny autisty), vždy jde o strukturální odlišnosti, ovšem ty jsou velmi individuální, neurochemické odlišnosti CNS (porucha serotoninu a dopaminu)
  - NEMÁ VLIV - vnější, sociální faktory a chování rodičů
- dle výpisků Vitáskové:
  - **genetické vlivy** výrazné hlavně na chromozomu X, 7 a 16
  - **biochemický podklad**
    - hyperserizonómie u 25% pacientů
    - dysfunkce systému endogenních opioidů (vyšší práh bolestivosti a automutilace)
  - důkazy:
    - *EEG*
      - abnormity až u 80%, ve vztahu s nižším intelektem
      - až u 35% během života epilepsie (proti 0,5% u běžné populace) - vliv zatížení familiárním, perinatálním poškozením somat. por. a MR; nejčastější nástup v PŠK věku (s MR) a po 10. roce (s AUT)
    - *CT*, *MRI*
      - abnormity mozkové kůry (zmenšený objem parietálního a frontálního laloku; lokalizovaná pachygyrie, mikrogyrie, makrogyrie, poruchy neuronální migrace)
      - abnormity mozečku (zmenšení některých lobulů)
      - abnormity cytoachitektoniky hippokampu a amygdaly
      - abnormity (zmenšení) corpus callosum
    - *SPECT*, *PET*, *fMRI*
      - difúzní regionální abnormity intra a interhemisferální
      - frontální a temporální hypoperfůze mozku
      - zpracování vnímání tváří v jiných částech mozku
- dle Gilbergovy klasifikace
  - familiární (cca 8%)
  - se somatickým onemocněním, anomálií (37%)
    - u syndromu fragilního X (mix autismu a Downova syndromu), zarděnky u matky v těhotenství, CMV (cytomegalovirus), encefalitida, (hlavně při herpes zoster), hypotyreoidismus, laktátová acidóza, Moebiův syndrome, Duchennova muskulární atrofie, MPS, neurofibromatóza, FKN (fenylketonurie), nemoci purinového metabolismu, Rettův syndrom, Sotosův syndrom, tuberální skleróza, Westův syndrom, Williamsův syndrom
  - s nespecifickými projevy poškození mozku bez diagnózy v rodinné anamnéze (46%)
  - bez diagnózy v rodinné anamnéze, bez příznaků poruchy CNS (9%)
- další příčiny – „*spouštěcí mechanismy*“ (Hoffman)
  - prostředí – rtuť, olovo, hliník, toulen
  - strava – nedostatek Ca, Mg, Fe
  - metabolické obtíže – nedostatečná detoxikace ledvinami, abnormity v režimu aminokyselin apod.
  - narušení funkcí štítné žlázy
  - střevní nemoci – propustnost střev, přebytek kvasinek, bakteriální toxiny
  - alergie

  - imunologické aberace – infekce, očkování apod.
- mýtus - očkování: HEXA vakcína (první dávka do 18 měsíců)
  - povinnost pro předškolního vzdělávání
  - neproočkovanost
  - → není žádný vědecký doklad o tom, že autismus způsobuje toto očkování (ti lékaři, kteří zmanipulovali výsledky - byli jim odebrané licence!)

Psychologická podstata autismu

- navržena celá řada teorií, žádná však nebyla obecně přijata → většina teorií vystihuje některé ze základních symptomů, ale žádné z nich neobjasňují jejich úplný soubor
- **kognitivní teorie**
  - předpokládá, že autismus je čistě kognitivní poruchou, která ovlivňuje především zpracování emočních a sociálních signálů, autismus je podle této teorie tedy poruchou myšlení, která vede k poruše sociálního fungování
- **teorie centrální koherence**
  - předpokládá, že základem autismu je chybění či nedostatečný rozvoj hledání ústředního smyslu zkušeností
  - norma: sklon abstrahovat při vnímání svého okolí základní význam vnějších podnětů a opomíjet významově nepodstatné detaily → poté se v různých situacích orientujeme podle „vytyčených" významů, vnímáme celky
  - autismus: tato schopnost chybí nebo je velmi omezená, vnímají své okolí „ikonicky", velmi přesně, se všemi detaily, které přitahují jejich pozornost více než sociálně významné prvky
  - svět se jeví jako směs barev a tvarů v neustálém pohybu, je nesrozumitelná a mnohdy až ohrožující
- **teorie poruchy exekutivních funkcí**
  - sociální potíže pramení z neschopnosti potlačit okamžité impulzy a kontinuálně reagovat na signály druhých v toku interakce
- **koncepce poruchy teorie mysli**
  - teorie mysli = laický soubor znalostí, názorů a přesvědčení o psychice vlastní i druhých lidí, který obecně užíváme v každodenních sociálních kontaktech a který nám umožňuje předvídat reakce druhých
  - základy teorie mysli jsou osvojovány v časných interakcích s druhými lidmi, v nichž dítě poznává, že druzí mají podobné vjemy, pocity a přání jako ono samo, a že je možné s nimi různé zážitky, emoce, zkušenosti či zájmy sdílet
  - koncepce poruchy teorie mysli vychází z toho, že základem autismu je chybějící nebo narušená schopnost vytvářet si představu o psychice druhých
  - pro dítě je tedy velmi obtížné porozumět komunikaci a tím i všem sociálním normám a očekáváním
- **koncepce emočně-motivační**
  - chybějící nebo nedostatečná schopnost navazovat těsné emoční vztahy s druhými lidmi či nedostatečná motivace dítěte k těmto vztahům
- **integrativní teorie**
  - předpokládá, že základem autismu je oslabení jak v oblasti kognitivní, tak v oblasti emočně-motivační
- **teorie intersubjektivity** (Hobson)
  - Hobson předpokládá, že vývoj dítěte od samého počátku probíhá ve dvou základních paralelních liniích:
  - JÁ A VĚC = cesta senzomotorického vývoje (pohybové dovednosti, prostorová orientace a paměť, manipulace s předměty, vizuální rozlišování tvarů a barev apod.), u dětí s autismem plně zachována
  - JÁ A TY = sociální cesta, u dětí s autismem vážně narušena
  - Hobson předpokládá, že člověk je již v okamžiku narození vybaven intuitivní schopností odlišit věci od lidí a preferovat kontakt s lidmi
  - dítě s autismem není schopné vztahovat se k druhým jako k lidem, není vybaveno pro intersubjetivní koordinaci sebe s druhými → vyvíjí se primárně v rámci cesty senzomotorické
  - dítě za normálních okolností již v novorozeneckém věku reaguje odlišně na podněty sociální a dává jim přednost (obličej, lidský hlas)
  - asi od 9.měsíce se rozvíjí tzv. sekundární intersubjektivita – dítě je schopné triadických interakcí (dítě + druhá osoba + věc) → do interakce vstupuje předmět společného zájmu = sdílená pozornost

Symptomatologie

- základní dělení: specifické X nespecifické
- dle Hrdličky: (Dětská a adolescentní psychiatrie)
  - **narušení sociální interakce** – narušení iniciace kontaktu, odpovědi na emoce jiných, adaptace na sociální kontext, použití sociálních signálů a integrace sociálního, emočního a komunikačního chování, brání se zrakovému kontaktu, nemazlí se, nevyžaduje přítomnost, pomoc druhých, narušení emočního pouta rodič-dítě, odpor ke změně, nemá zájem o hru s ostatními, nenavazuje přátelské vztahy, chybí empatie, nerozlišují živé a neživé, neschopnost navazování kontaktu s ostatními lidmi, netečnost k projevům ostatních lidí, odmítání spolupráce při výuce; odmítání tělesného kontaktu, doteků, mazlení a objímání
  - **narušení hry a komunikace** - OVŘ a nedostatečné sociální užití řeči – nedostatek vzájemnosti v dialogu, snížená adaptace jazykového chování, deficit fantazijní a společensky napodobující hry, kreativity a fantazijního myšlení, jsou schopni si hrát s věcmi, se kterými by si normální děti nehrály, fantazijní hra má odlišný charakter; obtíže při verbální i neverbální komunikaci
  - **omezené stereotypie a chování, zájmů** – obsedantní ulpívání na neměnnosti života a prostředí, nefunkční rituály, odpor ke změně, motorické manýrismy, volní bezúčelné stereotypie, opakující se pohyby rukou (k uvolnění napětí), netypické specifické zájmy (omezené a atypické, neživé předměty, mechanické předměty – nevyžadující soc. interakci), stavění předmětů do obrazců, obsedantnost, neschopnost představivosti a improvizace ve hrách
- triáda problémových oblastí dle Wingové:

  SPECIFICKÉ
  - **sociální interakce a sociální chování**
    - sociální interakce – velmi důležitá složka pro adaptaci, prostupuje celou osobností jedince
    - porucha sociální interakce se hloubkou postižení u jednotlivých dětí s PAS výrazně liší
      - sociální intelekt je vždy vůči mentálním schopnostem člověka s PAS v hlubokém deficitu
    - nepřiměřené vyhodnocení sociálně emočním situací – dítě např. nechápe důvod našeho hněvu, radosti
    - nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí
    - nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu situace, sociální normě – např. problémy s dodržováním společenských pravidel – vykřikování ve třídě, nevhodné chování v obchodě
    - omezená schopnost používat sociální signály a dovednosti – např. dítě nechápe význam pozdravu nebo „skáče“ do řeči během hovoru
      - jdou po faktech a běžné sociální věci jim jsou jedno
    - absence používání dovedností sloužících k vyjádření sociálně emočních blízkosti – např. pozdrav, pochvala, pohlazení
    - slabá integrace sociálního, komunikačního a emočního chování – naučí se určitou sociální dovednost, ale nedokáže ji většinou užít v jiných situacích, např. pozdraví se pouze s maminkou
    - Wingová popsala 5 typů sociální interakce u lidí s PAS
      - osamělý
        - minimální či žádná snaha o fyzický kontakt, aktivní vyhýbání se fyzickému kontaktu
        - nezájem o komunikaci, nevěnuje příliš pozornosti svému okolí
        - vyhýbá se zrakovému kontaktu
        - nevyhledává útěchu
        - často má snížený práh bolesti
        - nezájem o vrstevníky (odmítání kolektivní hry apod.)
        - neprojevuje se separační úzkost - dítě může být velmi aktivní, bez schopnosti empatie (vtrhne mezi ostatní, ničí hračky, nevnímá reakce dětí a reakce dospělých nemá na jeho chování žádný vliv)
      - pasivní
        - kontaktu se nevyhýbají, ale ani jen nevyhledávají, pasivní akceptace kontaktu
        - malá schopnost projevit své potřeby
        - malé potěšení ze sociálního kontaktu
        - omezená schopnost sdílet radost, empatie, sociální intuice
        - omezená schopnost poskytovat útěchu, podělit se, poprosit o pomoc

- pasivně se účastní hry s vrstevníky – neví, jak se do hry zapojit
- komunikaci využívají hlavně k uspokojení potřeb
- hypoaktivní

- aktivní – zvláštní
  - přílišná spontaneita v sociální interakci, sociální dezinhibice (dotýkání, líbání či hlazení cizích lidí)
  - nedodržování intimní vzdálenosti
  - gestikulace a mimika může být přehnaná či bizarní, často ulpívavý zrakový kontakt
  - řečové a myšlenkové perseverace týkající se vlastních zájmů
  - neustálé dotazování bez kontextu často týkající se zájmů
  - obliba jednoduchých sociálních rituálů (pozdravy apod.)
  - hyperaktivita
- formální
  - typické pro děti a dospělé s vyšším IQ
  - dobré vyjadřovací schopnosti, řeč příliš formální se sklonem k preciznímu vyjadřování
  - konzervativní chování, odtažité chování, obliba společenských rituálů
  - pedantické dodržování pravidel → afekty při nedodržování
  - doslovné chápání slyšeného, potíže s ironií, nadsázkou, vtipem
  - sociální naivita, pravdomluvnost bez schopnosti empatie
  - encyklopedické zájmy
- smíšený – zvláštní
  - sociální chování je velmi nesourodé
  - záleží na prostředí, situaci a osobě
  - velké výkyvy v kvalitě kontaktu

- způsob sociální interakce není stabilním projevem, může se měnit s věkem
- setkáváme se s celou škálou sociálního chování, které má dva extrémní póly
  - osamělý – odvrátí se od každé snahy o sociální kontakt, protestuje, utíká, zakrývá si oči nebo uši, věnuje se manipulaci s předměty
  - nepřiměřená sociální aktivita – snaha navázat sociální kontakt všude a s každým, nectí sociální normu, dotýká se lidí, upřeně jim hledí do obličeje a hodiny jim dokáže vyprávět
- většina dětí o kontakt stojí, za netečností se skrývá nejistota a neschopnost dítěte kontakt přiměřeně navázat → nepředvídatelnost dalšího dění (chování dalších lidí je pro ně velmi nečitelné) → úzkost
- doslovné a přesné chápání instrukcí a situací, rigidita myšlení, egocentrismus, omezená empatie → neumožňují lidem s PAS chápat komplexnost sociálních vztahů a situací
- <u>klíčové problémové oblasti v sociálním vývoji</u>
  - napodobování
    - nástroj rozvoje – dítě se snaží napodobovat (pohyby mluvidel, napodobování činností) → Děti s PAS napodobují dospělé méně, častou pouze na výzvu, s mnohem menším nadšením
  - sdílená pozornost
    - aktivita, při níž se 2 nebo více osob soustředí na stejný předmět zájmu
    - u dětí s PAS je problémem neschopnost sdílet pozornost
    - aktivní složka sdílené pozornosti – snaha přilákat pozornost druhých na určitý předmět
    - pasivní složka sdílené pozornosti – dovednost dítěte věnovat pozornost předmětům a činnostem, na které se ho snažíme upozornit
    - dovednost zrakového sdílení často chybí nebo se objevuje mnohem později
    - sluchové sdílení pozornosti – vliv na vývoj řeči (reakce na oslovení, radost z komunikace)
  - touha po stejnosti v sociálních reakcích
    - princip akce – reakce
    - touha po předvídatelných stereotypních reakcích druhých lidí – postupně zjišťují, jak si zajistí stejnou reakci – př. „to se nedělá“, „to se neříká“ → akcí musí být to, co rodičům/vychovatelům vadí (destruktivní chování, používání vulgárních slov, sociálně nepřijatelné chování apod.) → toto chování opakují s cílem získat „předvídatelnou reakci“ ze strany dospělých
  - vývoj vrstevnických vztahů
    - vždy mají potíže ve vztazích s vrstevníky
    - různá úroveň motivace k sociální interakci
    - nejnápadněji potíže vyvstanou po nástupu do kolektivního zařízení

- **komunikace**
  - zhruba polovina dětí s PAS si nikdy neosvojí řeč na takovou úroveň, aby sloužila ke komunikačním účelům (slovní zásoba může být bohatá, ale nevyužívaná ke komunikaci)
  - porucha na úrovni receptivní i expresivní, verbální i neverbální
  - globální selhávání ve všech složkách komunikace
  - neschopnost využít řeči v dialogu
  - <u>neverbální komunikace:</u>
    - gesta
      - snížená schopnost až neschopnost vyjádření i porozumění gestům (pokynutí, pozdrav, …)
      - běžná gesta (pst, pápá) nejsou využívána nebo jen sporadicky (spíše na vyzvání než spontánně)
      - pohyby hlavy k vyjádření souhlasu a nesouhlasu chybí
      - ukazování na předměty chybí
    - mimika
      - výraz obličeje neinformuje (nebo jen omezeně) o pocitech dítěte
      - úsměv v sociální interakci chybí nebo je nezřetelný
      - snížená schopnost až neschopnost vyjádření i porozumění emocionálním výrazům
      - mimika může být živá, ale neodpovídá situaci (křečovitý úsměv apod.)
    - postura
      - neadekvátní tělesný postoj (svěšená ramena, kývání se, točení…)
      - komunikuje bez natočení těla / nebo naopak tělem se tlačí příliš blízko k posluchači
      - nerespektování komunikačních zón – velká nebo naopak velmi těsná komunikační vzdálenost
    - zrakový kontakt
      - problémy s navazováním zrakového kontaktu, vyhýbání se, pohled skrz nebo naopak ulpívavý pohled
      - neschopnost sledovat směr pohledu druhých (souvisí s neschopností sdílené pozornosti)
    - fyzická manipulace
      - plní svá přání vedením nebo postrkováním jiné osoby
      - tendence využívat ruku dospělé osoby jako nástroj
    - problémové chování jako forma komunikace
      - destruktivní chování, agrese, sebezraňování → vyskytuje se z důvodu neschopnosti se dorozumět, požádat o něco, získat pozornost, vyjádřit své pocity jiným sociálně přijatelným způsobem
  - <u>receptivní složka</u> – obtížně usuzují z výrazu obličeje, postoje, gest co si lidé myslí
  - <u>verbální komunikace:</u>
    - fonetika
      - dítě vůbec nemluví nebo je vývoj řeči výrazně pod úrovní celkových mentálních schopností - opožděn
      - verbálně nekomunikuje, odpovídá jen občas a většinou odpovídá jednoslovně
      - sluchová verbální agnozie (dítě řeč nechápe, neschopnost rozeznat zvuky řeči – bez poruchy sluchu)
      - rozumí pouze jednoduchým pokynům, dlouhá latence reakce na verbální instrukci
      - artikulační obtíže – řeč může být až nesrozumitelná
    - prozodie
      - využívání prozodických prvků je narušené (monotónnost, obtíže v modulaci hlasitosti, rytmus) → řeč zní mechanicky a formálně
      - vysoko/nízko posazený hlas
      - neschopnost porozumět prozodickým faktorům
    - syntax
      - agramatismy
      - obtíže s používáním zájmen (vyjadřuje se o sobě ve 2. či 3. osobě)
      - potíž se skloňováním, rody, časy
      - echolálie – opakování slov, vět frází (bezprostřední i odložená)
      - časté užívání infinitivů, vynechávání předložek, spojek – mechanické skládání do vět
      - pomalé osvojování gramatických pravidel
    - sémantika
      - obtíže v chápání významu slov (u těžších typů – nechápou, k čemu slova vůbec slouží), problémy s abstraktními výrazy → souvisí s problémy v myšlení a představivosti

- nedostatečná slovní zásoba
- potíže s pochopením humoru, sarkasmu, ironie
- logorhea (volně vyslovované slabiky, básničky, reklamy, úryvky z filmů apod.)
- stereotypie – stále opakování slov, vět, frází (písničky, básničky, reklamy apod., které vychází z jejich zájmů)
- echolálie odložené nebo bezprostřední
- doslovné chápání slyšeného – literární přesnost
- pedantické lpění na určitých slovech, opravování nespisovných výrazů
- verbální autostimulace
- odmítání synonym, problém s porozumění hononymům (kolej, kohoutek)
- používání neologismů (stříhadlo = nůžky)
- obtíže se slovy s obecným významem (bota není jen jedna konkrétní bota, ale gumáky, sandále, tenisky,…)
- obtíže se správným užitím „ano“ a „ne“ – důležité naučit v intervenci

- pragmatika
  - nepochopení společenského významu komunikace
  - společenská nepřiměřenost → nevhodné otázky; neklade běžný druh otázek – klade otázky neodpovídající věku dítěte nebo je můžeme označit za neobvyklé (stálé vyptávání se na míry, váhu, čas, otázky týkající se úzké odborné oblasti – vlaky, tramvajové spoje…); potíže s tykáním a vykáním; vulgarity sloužící k upoutání pozornosti
  - verbální dezinhibice (pervazivní dotazování se pořád dokola na to stejné, ulpívání na tématech)
  - potíže s procesem konverzace (zahájení, střídání rolí, ukončení)
  - konverzace je nepřiměřená situaci (nerespektuje sociální kontext, nerozlišuje mezi komunikátory)
  - nepřiměřená spontaneita a reciprocita konverzace (komunikační egocentrismus)

- hyperakuzis – přecitlivělost na zvukové podněty, může reagovat na zvuk, řeč neadekvátně (agrese, autoagree…) – tzn. že bude vykazovat známky agrese např. ke svému okolí nebo také k sobě (autoagrese)

- **představivost, zájmy a hra (+ stereotypie)**
  - narušení představivosti má negativní vliv na mentální vývoj dětí
  - narušená schopnost imitace a symbolického myšlení způsobuje, že se nerozvíjí hra → základní kámen učení
  - nedostatečná představivost způsobuje, že upřednostňují činnosti, které obvykle preferují mladší děti, vyhledávají předvídatelné činnosti (točení káčou apod.), ulpívají na jednoduché stereotypní činnosti
    - specifická příchylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické (jiné než např. „běžné“ hračky – sliz)
  - potíže s vyplněním volného času funkční rozvíjející aktivitou
  - kvalita hry závisí na představivosti, motorice, úrovni myšlení, sociálních dovednostech (nápodoba, sdílená pozornost)
  - zacházení s hračkami bývá často nestandardní, nefunkční
    - často se věnují pouze nefunkčnímu manipulativnímu zacházení s předměty – ohmatávání, roztáčení, houpání, házení, bouchání, přesýpání, očichávání předmětů
    - jezení nejedlých částí – pika
  - stereotypní (stále se opakující) zájmy – např. v datech nebo jízdních řádech, ve kterých dítě neustále listuje (např. chlapeček dokáže říct, který den z týdnu to byl v minulosti)
  - stereotypní činnosti se vztahovými prvky – třídění, řazení, seskupování podle určitého klíče
  - autostimulace – stereotypní používání zvukových hraček, houpání, prohlížení prstů, záklony a kývavé pohyby, točení se, mnutí, plácání se do hlavy, hrudníku, bouchání čelem do předmětů (vizuální, sluchová či vestibulokochleární percepční autostimulace)
  - pohybová stereotypie – např. opakující se a ulpívavé třepotání prstů ruky před obličejem, kývání tělem, skákání
  - extrémní fixace na předmět
  - stereotypní, rigidní zájmy (sifony, vesmír, čísla, jízdní řády,..)

- lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů – např. vždy, než dítě vykoná požadovaný úkol, „zakmitá“ prsty nad rukou nebo např. potřebuje mít stejný harmonogram dne (např. jogurt s kočičkou, pokud takovou nemá, tak nechce jíst)
- odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí – např. přesunutí dekorací nebo nábytku v rodinném domě (když je narušeno – afekty)
- přerušení aktivity přináší vyšší míru problémového chování (agresivita, křik, sebezraňující tendence) nebo pasivní negativismus (dítě nespolupracuje)

- NESPECIFICKÉ
- objevují se často u osob s PAS, avšak nejsou uvedeny v diagnóze
- **percepční poruchy** (zrak, sluch, chuť, čich, doteky)
  - hypersenzitivita x hyposenzitivita
  - fascinace určitými senzorickými vjemy
  - zvláštní způsob vnímání (dávají si předměty blíže k očím, sledování pouze detailů a ne celku, reakce pouze na některé zvuky apod.)
  - abnormální zraková percepce - sledování pohybujícího se objektu, nestabilní, rychlý a krátký pohled, při koncentraci dlouhý a upřený; poruchy periferního vidění – výpadky vidění, barvy vyvolávající agresivitu; obtíže s prostorovou orientací
  - dobrá akustická paměť, matematické dovednosti
- **motorický vývoj**
  - zvýšené svalové napětí x hypotonie
  - problém s koordinací pohybů, nerovnoměrný vývoj motoriky, neplynulé, trhané pohyby
  - chození po špičkách
  - abnormální projevy – stereotypní a bizarní pohyby (manýrování) rukou a prstů/točení se a rytmické pohyby → slouží k autostimulaci, redukci úzkosti, může být naučené (získání pozornosti)
  - sebezraňující chování – také často naučené (získání pozornosti)
  - obtíže s nápodobou pohybů
  - narušena grafomotorika a kresba (stereotypní, detaily, psaní písmen a číslic, zvláštnosti v kresbě)
  - značný tělesný neklid (hyperaktivita) a zvláštní bizarní pohyby
- **emoční reaktivita**
  - méně bohatá emoční reaktivita, projev jen omezené škály emocí
  - extrémně nízká frustrační tolerance k nepříjemným podnětům
  - extrémní reakce – emoční výbuch, afektivní labilita – střídání nálad bez vnější příčiny
  - hypersenzitivita – příliš silné reakce (záchvaty smíchu, pláče, vzteku) X hyposenzitivita (nereaguje)
  - neadekvátní smích nebo záchvaty zuřivosti zdánlivě bezdůvodné
  - rezistence vůči některým lékům (sedativa)
- **jazyk a komunikace**
  - chybí radost z komunikace
  - často mluví na někoho, ne s někým
  - nechápe jazyka jako nástroj sdělení
  - propojuje minulost s budoucností
  - přehnané množství otázek, s vynucováním stereotypní odpovědi
  - dysprozódie, problémy s nasazením a intenzitou hlasu, ostré přechody mezi rejstříky
  - obtíže v napodobování artikul pohybů
- **adaptabilita**
  - změna činnosti → vztek až úzkost, tenze
  - z důvodu preference předvídatelnosti mají obtíže se změnou činností, změnou prostředí (stěhování nábytku, nové oblečení, otevřené dveře), osob (nový spolužák, návštěva)
  - neschopnost uvědomit si reálné nebezpečí
- **problémy v chování**
  - ulpívání na činnostech, tvorba rituálů
  - projev úzkosti – sebezraňující chování, agresivní chování, destruktivní chování (v různé míře)
  - řada problémů s chováním je důsledek primárních potíží
  - percepční a kognitivní deficit – jiný způsob vnímání a zpracování informací vede k opakujícím se vzorcům chování
  - komunikační deficit – nedostatek funkční komunikace → frustrace → problémové chování
  - sociálně-emoční deficit – snížená schopnost chápání pravidel interakce, orientovat se ve vztazích, rozumět druhým → frustrace → problémové chování
  - nevhodné prostředí a přístup
  - sebepoškozování (automutilace, autoagrese – plácání do T, bití se do hlavy, rozhryzávání ruky, hlava do zdi

- **problémy se spánkem a jídlem**
  - nepsavost, noční probouzení, noční můry, brzké vstávání
  - vybíravost v jídle (jídlo pouze určité barvy nebo konzistence), rituály spojené s jídlem
  - nepřiměřenost v zažívacím systému- pití (mají specifickou vášeň pro potravinu, pro pití nebo barvu potraviny)
- **problémy se sexuálním chováním**
  - neschopnost rozlišit mezi intimním a veřejným
  - výběr partnerů podle nevhodných atributů – zájmy, chování
  - výroky spojené se sexem užívané na veřejnosti jako provokace apod.
- **osobnost**
  - celková uzavřenost a samotářství

➔ dříve pojímáno jako autistická triáda SOCIÁLNÍ INTERAKCE, PŘEDSTAVIVOST A STEREOTYPNÍ ZÁJMY, KOMUNIKACE (Thorová) – v DMS-5 již jako diáda

Kognitivní odlišnosti (dle Vágnerové)

- **smyslové podněty**
  - zpracovávají je odlišným způsobem
  - preferují jiné smyslové kanály (např. čich)
  - omezení schopnosti vytvářet asociace (spojení mezi smyslovými podněty)
  - projevuje se také zvýšenou citlivostí na některé běžné podněty (pro okolí může být reakce neadekvátní – zejména některé zvuky)
  - problémy v selekci a diferenciaci různých podnětů (jsou schopni vnímat své okolí pouze v omezené míře)
- **kognitivní postižení**
  - nejsou schopni porozumět významů určitých podnětů a adekvátně je interpretovat
  - nedochází k rozvoji symbolického myšlení
  - porucha imaginace = hra nemá tvořivý charakter
  - nejsou schopná diferencovat mezi podstatnými a nepodstatnými znaky podnětu
  - objevují se problémy v oblasti exekutivních funkcí (přesun od tématu, nedokážou předvídat důsledky)
  - obecně problémy v porozumění (situacím, myšlení jiných atd.)
- **inteligence**
  - jde o velmi diskutované a sporné téma (nakolik dítě ovlivňuje vrozená mentální retardace
  - často osoby s autismem posuzujeme dle jejich „funkčnosti“ v běžném světě a ne dle jejich schopností, kterými disponují
  - emoční a sociální inteligence je u dětí s PAS narušena vždy
  - značně nerovnoměrné schopnosti, tzv. „ostrůvky“ intelektu (to že je schopen odříkat nazpaměť jízdní řád neznamená, že nemůže trpět mentální retardací)
  - 70-80 % dětí má také mentální retardaci
  - některé schopnosti mohou dosahovat až hranic geniality, ale variují od pasivního zacházení s předměty zcela bez porozumění až po tvořivé využívání schopností
  - specifické dovednosti se objevují často v oblasti vizuálně-prostorových schopností, paměťových schopností, hudební, kresebné a početní schopnosti
  - zjišťování mentálních schopností dítěte je velmi důležité pro efektivní pedagogickou intervenci
- **specifika učení**
  - spontánní učení je limitováno
  - často nejsou schopni generalizovat zkušenost (využít naučené v jiné situaci)
  - změny je dezorientují
  - chybí zvídavost a spontánnost
  - dávají přednost stereotypu
- **specifika ve vývoji řeči**
  - je narušena expresivní i receptivní složka
  - řeč se často nevytváří vůbec, pokud ano vývoj má zvláštní průběh
  - chybí komunikativní žvatlání
  - prvním projevem může být mechanické opakování slov
  - často neschopni využít řeč ke komunikaci, verbální produkce nemá pro ně funkci sdělení (žádnou informační hodnotu)

- poměrně časté jsou echolálie (bez porozumění) a verbální stereotypie
- nedodržují slovosled
- často nepoužívají zájmeno já (o sobě mluví ve 2. nebo 3. osobě)
- narušení prozodických faktorů (hlasitost, monotónnost)

- **odlišnosti v emočním prožívání**
  - emoční projevy nejsou vnímány jako zcela standardní
  - často mají charakter negativní reakce na subjektivní zátěž dítěte (pramenící z neschopnosti orientovat se v běžném světě, z pocitu subjektivně nezvládnuté situace a pociťovanou úzkostí)
  - jsou zvýšeně dráždivé, výbuchy vzteku nebo strachu může vyvolat i pro nás nevýznamný podnět
  - obtíže v porozumění vlastním pocitům (neschopni popsat nebo diferencovat vlastní emoce)
  - velmi těžké motivovat (sociální ocenění pro ně nemá hodnotu –pochvala apod.)
  - schopni podmiňování chápou princip odměny a trestu
- **nápadnosti v chování**
  - nediferencují živé a neživé, nebezpečné a bezpečné
  - hra má charakter stereotypní manipulace s různými předměty
  - potřeba stálosti, neměnnosti, rituálů
  - častěji reagují agresivně, sebepoškozování
- **osobnostní specifika**
  - mají narušené chápání vlastního já
  - není jim příliš jasná hranice vlastní osoby a okolí (vlastní tělo považují za předmět)
  - problémy s chápáním vlastní identity, sebe samého
- **neschopnost metareprezentace** a **hyperrealismus**
  - problémy v oblasti mentální reprezentace, generalizace (slovo pes neznamená pouze tento obrázek psa, ale označuje všechny psy nebo naopak všechny muže označuje táta)
  - časté je příliš realistické vnímání světa
  - důsledky jsou v narušení v oblasti symbolické hry (nejsou schopni předstírat, že banán je telefon), doslovnost, mechanická přesnost ve zpracování informací

Klinický obraz v batolecím věku

- **narození do 3. měsíců**
  - velmi pasivní, vyžaduje malou pozornost
  - velmi dráždivý, těžce se krmí, nepravidelný spánek, nevyhledává mazlení
- **3-6 měsíců**
  - malá nebo žádná reakce na jméno, úsměv, řečové zvuky na sociální hru
  - problémy s navazováním zrakového kontaktu
  - občas vypadá jako dítě se sluchovým postižením
- **9-12 měsíců**
  - opožděná reakce na vlastní jméno
  - žádné žvatlání, ukazování nebo významová gesta
  - averze k sociálnímu kontaktu
- **1-2 roky**
  - omezený nebo žádný zrakový kontakt nebo úsměv
  - slabá nebo žádná imitace (ani motorická, ani verbální)
  - první slova po 16. měsíci
  - ztráta řeči a jazyka, žvatlání nebo sociálních dovedností
  - hlas dítěte zní neobvykle nebo tvoří neobvyklé zvuky
  - chybí dvouslovná věta před 2. rokem
  - limitovaná interakce s hračkami
  - známky kooperativní hry (pouze jednoduché motorické aktivity - honičky, stavění věže)

Klasifikace a diagnostika

- vychází zejména z pozorování chování jedince → posuzovací škály, dotazníkové metody
- pro stanovení správné diagnózy jsou klíčové zejména informace o vývoji dítěte a jeho chování v odlišných prostředích → nezbytné realizovat i v jiném než rodinném prostředí
- spolupráce odborníků – psychiatr, psycholog, neurolog, speciální pedagog, logoped, ORL lékař apod.
- <u>diagnostický model:</u>

- **fáze podezření**
  - rodiče jsou znepokojeni vývojem dítěte → obrací se na pediatra
  - pediatr využije leták APLA (Asociace pomáhající lidem s autismem) nebo M-CHAT, DACH (viz. dále) → administruje pediatr
  - v případě pozitivních výsledků, či nejasností pošle dítě na specializované pracoviště
- **fáze diagnostická**
  - klinický psycholog, pedopsychiatr, APLA – dlouhá čekací doba
  - další vyšetření (neurologie, genetika, zrak, sluch)
  - ve 3 letech by měl být diagnostikovaný autismus
- **fáze postdiagnostická**
  - rodiče se orientují v problematice, čtou doporučenou literaturu, kontaktují svépomocné skupiny
  - raná péče (0-7 věk dítěte) – Jdeme autismu naproti (Jan Olomouc – sociální služba následné péče), Centrum Áčko, Za sklem

➔ MKN-10 triáda – opakující se zájmy a aktivity + komunikace + sociální interakce
➔ DMS-5 diáda – sociální komunikace + stereotypní zájmy, představivost

MKN-10

- **F00 – 99** Poruchy duševní a poruchy chování
- → **F80 – 89** Poruchy psychického vývoje
- → **F 84** Pervazivní vývojové poruchy

  - skupina těchto poruch je charakterizována kvalitativním porušením recipročních sociální interakce na úrovni komunikace a omezeným, stereotypním a opakujícím se souborem zájmů a činností. Tyto kvalitativní abnormality jsou pervazivním rysem chování jedince v každé situaci

F84.0	Dětský autismus
F84.1	Atypický autismus
F84.2	Rettův syndrom
F84.3	Jiná dětská dezintegrační porucha
F84.4	Hyperaktivní porucha sdružená s MR a stereotypními pohyby
F84.5	Aspergerův syndrom
F84.8	Jiné pervazivní vývojové poruchy
F84.9	Pervazivní vývojová porucha NS

- <u>výklad dle Hrdličky</u>
  - jde o syndrom, který diagnostikujeme na základě projevů chování vyskytujících se do 5. roku života (s postupem a výchovou se mohou měnit)
  - abnormity do tří let v:
    - recepci nebo percepci řeči v sociální komunikaci
    - vývoj sociálních vazeb či sociální interakce
    - funkční nebo symbolické hře
  - nejméně 6 symptomů**:**
    - 2 ze 4:
      - oční kontakt, mimika, postura, gestikulace – interakce
      - vztahy s vrstevníky při dostatečné možnosti rozvoje se sdílením zájmů, emocí, aktivit vzhledem k MV (mentálnímu věku)
      - deviantní reakce na emoce jiných
      - adaptace na sociální kontext, integrace
    - aspoň 1:
      - narušená produkce řeči bez snahy o kompenzaci neverbální komunikací
      - iniciace nebo ukončení konverzace při reakci na komunikaci jiných
      - stereotypní použití jazyka, idiosyntaktické použití slov a frází (perseverace, nebo ve vztahu k určité věci se objeví stereotypní používání slov)
      - málo spontánní fantazijní hry nebo společenské hry (snaha nebo iniciace o zapojování se do společenských her)
    - aspoň 1:
      - stereotypie a omezenost zájmů s abnormálním obsahem nebo intenzitou a specifičnost
      - ulpívavost na nefunkčních rutinních aktivitách a rituálech
      - zájem o nepodstatný detail (vůně, hluk, vibrace)

- dle výkladu Thorové
  - autismus se projevuje před třetím rokem věku dítěte
  - kvalitativní **narušení sociální interakce**
    - nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací
    - nedostatečný odpověď na emoce jiných lidí
    - nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu
    - omezené používání sociálních signálů
    - chybí sociálně-emoční vzájemnost
    - slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování
  - kvalitativní **narušení komunikace**
    - nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností
    - narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra
    - nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru
    - snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování
    - relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení
    - chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí
    - narušená kadence komunikace a správného užívání důrazu v řeči, který moduluje komunikaci
    - nedostatečná gestikulace ke zvýraznění komunikace
  - omezené, **opakující se stereotypní způsoby chování**, **zájmy** a **aktivity**
    - rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života
    - specifická příchylnost k předmětům, které jsou pro daný věk typické
    - lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů
    - stereotypní zájmy – data jízdní řády apod.
    - pohybové stereotypie
    - odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí
  - nespecifické rysy
    - strach (fobie), poruchy spánku a přijmu potravy, záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování, většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času, potíže s vytvořením myšlenkové osnovy při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na úkol stačí

DSM-5

- až do roku 2013 spolu oba diagnostické materiálny korespondovaly/byly kompatibilní – poté se výrazně odlišují
- kód: **299.00** (porucha autistického spektra) - řadíme do nadřazené kategorie „*neurovývojových poruch*“
- symptomy ve dvou hlavních oblastech = diagnostická diáda:
  - **v sociální komunikaci a interakci**
    - deficit v oblasti socio-emocionální vzájemnosti (reciprocity), jako selhávání v dialogu, sdílení emocí, zájmů, afekty, selhávání v iniciaci konverzace, v reagování na sociální interakce
    - deficit v oblasti nonverbálního chování užívaného během sociálních interakci, jako udržování zrakového kontaktu, chápání „řeči těla“, deficity v oblasti porozumění a používání gest, nedostatky ve vyjadřování a rozpoznávání mimiky a nonverbální komunikace
    - deficity ve vývoji, udržování a pochopení mezilidských vztahů, jako problémy v přizpůsobení svého chování různým situacím a kontextům, problém v dělání si přátel, absence zájmu o vrstevník, problémy s tvořivou hrou
  - **omezené opakující se vzorce chování, zájmů nebo činností**
    - stereotypní a opakující se pohyby, používání řečových stereotypů, stereotypní užívání předmětů
    - trvání na neměnnosti, neschopnost přijmout změnu v zavedené rutinně či rituálním vzorcům chování (úzkost i z malých změn, obtížně přijímají změnu, rigidní myšlení, rituály)
    - vysoce fixované a omezené zájmy, abnormální intenzity a zaměření
    - hypo- nebo hyperreaktivita na některé podněty, neobvyklé zaujetí pro odlišně podněty z prostředí než je běžné (nadměrné zaujetí vůněmi, různými povrchy, vizuální fascinace světly/pohybem, jiné vnímání bolesti)
- tyto oblasti dělí dle závažnosti na 3. stupně:
  - stupeň 3 – vyžadující velmi značnou podporu
  - stupeň 2 – vyžadující značnou podporu
  - stupeň 1 – vyžadující podporu
- symptomy se musí projevovat od raného vývoje dítěte (nemusí být plně manifestovány, mohou být maskovány
- symptomy musí způsobovat signifikantní dopad v oblasti sociální, pracovní a další důležité oblasti běžného fungování
- symptomy nelze vysvětlit mentálním postižením ani celkovým opožděním ve vývoji
- pracuje se specifikátory:
  - s přidruženou poruchou intelektu / bez
  - s přidruženou poruchou řeči / bez

  - spojené se známým somatickým nebo genetickým onemocněním nebo environmentálním faktorem
  - spojené s jinou neurovývojovou, duševní nebo behaviorální poruchou
  - s katatonií - uvádí příklad, že mnoho jedinců s Aspergerovým syndromem by dnes dostalo diagnózu PAS bez poruchy řeči a intelektu
- pro diagnostiku je nutné specifikovat jednotlivé autistické příznaky (věk, kdy byly zaznamenány první symptomy; eventuální ztráta získaných dovedností; závažnost)
- Rettův syndrom vyřazen z PAS
  - v regresivní fázi můžeme pozorovat narušení sociální interakce
  - značná část postižených dívek může naplnit diagnostická kritéria pro PAS
  - po 4. roce se však u většiny dívek zlepší sociální dovednosti a autistické rysy už nejsou hlavní oblastí zájmu
  - proto by mělo být o PAS uvažováno pouze tehdy, jsou-li naplněna všechna diagnostická kritéria

MKN-11

- **V MKN- 11** bude řazena mezi **„***duševní poruchy, poruchy chování nebo neurovývojové poruchy***“ (06A)** a konkrétně do subkategorie „neurovývojové poruchy“ MKN -11 Beta Draft, 2017
- **Neurovývojové, duševní a behavioránlní poruchy** (6A) – dle DSM 5
  - vývojové poruchy intelektu (6A00)
  - vývojové poruchy řeči a jazyka (6A01)
  - porucha autistického spektra (6A02)
  - vývojové poruchy učená (6A03)
  - vývojová porucha motorické koordinace (6A04)
  - poruchy aktivity a pozornosti (6A05)
  - stereotypní pohybová porucha (6A06)
  - jiná neurovývojová porucha (6A0Y)
  - nespecifikovaná neurovývojová porucha (6A0Y)
- **Porucha autistickéhoho spektra (6.A02)**
  - **6.A02.0** PAS bez poruchy intelekt. vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka
  - **6.A02.1** PAS s poruchou intelekt. vývoje a s mírným nebo žádným narušením funkčního jazyka
  - **6.A02.2** PAS bez poruchy intelektového vývoje a narušeného funkčního jazyka
  - **6.A02.3** PAS s poruchou intelektového vývoje a s narušením funkčního jazyka
  - **6.A02.4** PAS bez poruchy intelektového vývoje a absence funkčního jazyka
  - **6.A02.5** PAS s poruchou intelektového vývoje a absencí funkčního jazyka
  - **6.A02.Y** Jiná specifická PAS
  - **6.A02.X** PAS nespecifikovaná

	Porucha intelektu	**Poškození funkčního jazyka**
6A02.0	Porucha není přítomna	Poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.1	Porucha je přítomna	Poškození není přítomno, nebo je mírné
6A02.2	Porucha není přítomna	Poškození je přítomno
6A02.3	Porucha je přítomna	Poškození je přítomno
6A02.4	Porucha není přítomna	Absence funkčního jazyka
6A02.5	Porucha je přítomna	Absence funkčního jazyka

Přehled diagnostických nástrojů

M-CHAT – Checklist for Autism in Toddlers (Baron-Cohen et al.)

- modifikovaný dotazníkový test pro záchyt poruchy autistického spektra u batolat - Screeningová metoda (16 – 30 měsíců)
- přeložen do češtiny z aj originálu se souhlasem autorky (D. Robins, D. Fein, M. Barton) → česká podoba M-CHAT-R (základní dotazník) --> navazující M-CHAT-R/F
- hrazený v rámci všeobecného zdravotního postižení u pediatrů
- oddíl A – otázky, na které odpovídají rodiče
- oddíl B – vychází z přímého pozorování dítěte, které provádí většinou pediatr při preventivní prohlídce v 18 měsících
- administrace cca 20 minut: předkládá ho pediatr a hodnotí ho rodič (může být zkresleno)
- M-CHART je v současnosti nejlépe verifikovaný a celosvětově využívaný screeningový test PAS

- klíčovými položkami jsou (výzkum v Anglii -> děti, které selhaly v těchto oblastech -> u 83% se rozvinul autismus)
    - schopnost dítěte sledovat pohled druhého člověka
    - schopnost symbolické napodobivé hry
    - schopnost upozornit ostatní ukazováním na něco, co dítě zaujalo
- nedokáže podchytit mírnější formy autismu

CARS – Childhood Autism Rating Scale = Škála dětského autistického chování (Schopler, Reichner)

- screeningová metoda (nevhodný pro diagnostiku, protože bez předchozích zkušeností dochází ke zkreslování výsledků)
- obsahuje celkem 15 položek, každá položka se hodnotí na stupnici od 1 do 4 podle frekvence a intenzity *(vztah k lidem, imitace, emocionální reakce, motorika, užívání předmětů a hra, adaptace na změny, zraková reakce, sluchová reakce , čichová, chuťová, hmatová reakce, strach a nervozita, verbální komunikace, neverbální komunikace, úroveň aktivity, úroveň intelektových funkcí, celkový dojem)*
- administrace cca 30 - 60 minut
- výsledný skór orientačně určuje stupeň závažnosti poruchy (15-60 bodů)
    - do 30 bodů – nejedná se o autismus
    - 30 – 36 bodů – lehká až středně těžká symptomatika
    - 36 a více bodů – těžká symptomatika

CAST

- rodičovský dotazník
- zaznamenávání odpovědi ANO a NE
- pozitivní odpovědi se skórují 1 bodem
- max. možné skóre je 31 bodů
- současné cut-off skóre je 15 pro možné PAS nebo příbuzné sociálně-komunikační potíže
- dělí se na část základní a část speciálních potřeb
- skládá se z 37 otázek, z toho 6 otázek kontrolních

ADI-R – Autism Diagnostic Interview-Revised (Lord, Rutter et al.)

- jedna z nejlépe ověřených metod
- založená na polostrukturovaném rozhovoru s rodiči dítěte či dospělého (100 položek)
- nejvíce vypovídající v předškolním věku
- doba administrace 90 – 120 minut
- hodnocené oblasti:
    - sociální interakce
    - komunikace
    - chování s opakujícími se a stereotypními tendencemi

DACH – Dětské autistické chování (Thorová)

- česká screeningová metoda
- dotazníková metoda, určena rodičům, pro děti od 18 měsíců do 5 let
- 74 položek, které se zaměřují zejména na oblast vnímání, verbální a neverbální komunikaci, sociální chování, motoriku a zvláštní pohyby, emoce, hru a způsob trávení volného času, problémové chování a schopnost adaptace

A. S. A. S. – The Australian Scale for Asperger´s syndrome (Garnett, Attwood)

- screeningová metoda určená pro detekci Aspergerova syndromu u dětí mladšího školního věku
- dotazník, odpovědi se volí na škále 0 (zřídka) – 6 (často)
- hodnotí:
    - sociální a emoční schopnosti
    - komunikační dovednosti
    - kognitivní dovednosti
    - specifické zájmy
    - pohybové schopnosti

AQ test – Kvocient autistického spektra (Baron-Cohen)

- screeningová metoda určená pro detekci Aspergerova syndromu v adolescenci a dospělém věku
- výroky (př. Raději dělám různé činnosti s dalšími lidmi než o samotě. Všímám si detailů, zatím co druzí lidé ne
- odpovídají „Ano, souhlasím“ x „Ne, nesouhlasím“

Chování

ABC – Autism Behavioral Checklist

- umožňuje zachytit i nespecifické poruchy chování u dětí s MR a kombinovaným postižením
- sama metoda není pro diagnostiku PAS dostatečně specifická → nutné ji kombinovat s jinými metodami

ADOS – Autism Diagnostic Observation Schedule (Lord et al.)

- Polostrukturované vyšetření, kdy v rámci různých přesně definovaných aktivit hodnotíme fungování sledované osoby
- Hodnotí např. verbální a neverbální komunikaci, schopnost požádat o pomoc, vést konverzaci, schopnost popsat obrázek, schopnost nápodoby, úroveň symbolické hry, schopnost popsat emoční stavy apod.
- 5 různých forem volených podle chronologického věku a úrovně vyjadřovacích schopností
  - pro děti nemluvící nebo pro ty, které používají řeč velmi zřídka
  - pro děti, které mluví ve větách, nikoli však plynule
  - pro děti, které jsou verbálně zdatní
  - pro dospívající a dospělé, kteří jsou verbálně zdatní
  - pro děti od 12 měsíců do 3 let

BRIAC – Behaviour Reting Instrument For Autistic Children

Vinelandská škála adaptivního chování

- požívá se anglická II. verze
- hodnotí oblast komunikace, každodenních dovedností, socializace, motorických schopností
- doplněna o index maladaptivního chování
- používá se od narození, obsahuje 297 položek (577 rozšířená verze), administrace 20 – 60 minut (podle verze), založena na rozhovoru s rodiči
- hrubý skór lze převést na sociální věk a sociální kvocient

SEEC – Social-Emotional Early Childhood scales

- určena pro děti do 6 let, založena na rozhovoru s rodiči
- 122 položek → 3 domény: interpersonální vztahy, hra a volný čas, napodobovací schopnosti
- výsledkem je sociálně-emoční skóre, které odráží schopnost dítěte koncentrovat svou pozornost, rozeznávat a vyjadřovat verbální a neverbální cestou emoce, kooperovat s ostatními, pozorovat a rozvíjet vztahy, řídit a regulovat chování

Intelekt - vývojové škály: **Gessel**, **Bayleyová**, **PEP**, **APEP**

Edukačně-hodnotící profily

Edukačně-hodnotící profil dítěte s PAS (do 7 let) – Věra Čadilová, Zuzana Žampachová a kol.

- jedná se o vývojové tabulky, určen zejména pedagogickým pracovníkům
- orientační zhodnocení vývojové úrovně, podklad pro tvorbu IVP
- sledujeme disharmonie ve vývoji dítěte a konkrétně na ně reagujeme
- oblasti: sociální vývoj, komunikace, receptivní řeč, expresivní řeč, imitace, motorika, grafomotorika, kresba, sebeobsluha
- rodiče odpovídají na otázky ANO-NE; 3 bodová škála

Edukačně-hodnotící profil dítěte s PAS (8-15let)

- navazuje na Edukačně-hodnotítící profil dítěte s PAS do 7 let
- oblasti: sociální dovednosti, emoce, řeč, jazyková komunikace, paměť, pohybově-koordinační dovednosti, grafomotorika, sociálně-praktické dovednosti, početní myšlení, abstraktně-vizuální myšlení, vědomosti

PEP-R – Psychoedukační profil (revidovaný)

- vývojová škála vytvořená cíleně pro testování osob s PAS
- slouží jako podklad pro edukaci žáků s PAS
- od 6 měsíců do 7 let
- výsledkem je vývojový profil schopností
- hodnotí 7 oblastí – hrubá motorika, jemná motorika, verbální schopnosti, poznávací schopnosti, napodobování, vnímání, integrace oko-ruka
- zaměřuje se i na neobvyklé projevy charakteristické pro PAS – sociální chování, emoční přizpůsobení, hra, zájem o předměty, funkce smyslových orgánů a řeč

AAPEP – Psychoedukační profil pro adolescenty a dospělé

- slouží ke zjištění vhodného pracovního uplatnění a pobytového zařízení
- hodnocení pracovních dovedností a chování, úrovně nezávislosti, dovedností potřebných pro trávení volného času, funkční komunikace a interpersonálního chování

Materiály pro výuku

EHP – Edukační hodnotící profil

- hodnotí rodiče, protože je hodně dlouhý
- dá se použít orientačně od malých dětí – do 7 let (i u mentálního postižení)
- nemá to normativní charakter, ale má to velkou informační hodnotu
- vyjde graf - př. 72 měsíců, kde je čára, tak by to mělo být v normě
- je i EHP 7-15 let pro Aspergerův syndrom
    - tak často se nevyužívá (nejdůležitější je vyšetření intelektu – nikdy nemůže být snížený intelekt)
    - terapie je cílená na nácvik sociálních dovedností - publikace od Bělohlávkové

Struktura psychologického vyšetření

- **úvodní pohovor s rodiči**
    - bez dítěte, zprávy z minulých vyšetření, z MŠ či ZŠ, kresebné a školní práce a pečlivé sestavení anamnézy
- **volná činnost**
    - rozhovor s rodiči -> sledujeme volnou činnost dítěte a také sledujeme interakci dítěte s rodiči, chování dítěte při hře (Diagnostika dítěte s PAS v herní situaci – Thorová)
- **řízená práce s dítětem**
    - vývojové škály, inteligenční testy, všímáme si schopnosti spolupráce, kvality pracovního chování, úrovně aktivity
- sledujeme zejména tyto oblasti:
    - schování (vůči rodičům, cizím osobám), schopnost spolupráce
    - schopnost napodobovat (řeč, pohyb, komplexní činnosti)
    - porozumění řeči, kvalitu komunikace, slovní zásobu, schopnost užívat abstraktní pojmy
    - neverbální komunikace
    - motorika – koordinace, hrubá motorika, jemná motorika, grafomotorika
    - analyticko-logické myšlení, abstraktně-vizuální úkoly (skládačky, vkládačky), početní schopnosti
    - emoční reaktivita, kvalita zrakového a sluchového vnímání, přiměřenost aktivity, úroveň sebeobslužných dovedností

Diferenciální diagnostika

- Specifické vývojové poruchy, receptivní řeči se sekundární poruchou emocí a interakce – F 80. 2
- Reaktivní porucha vztahů – F 94. 1
- Dezinhibiční typ náklonnosti – F 94. 2
- Mentální retardace – s přidruženou poruchou chování a emocí
    - PAS se může pojit s jakoukoli úrovní MR (cca 75%)
    - děti s PAS mají na rozdíl od dětí s MR větší obtíže chápat emoce
    - studie: při dokončení stavebnice děti s PAS nesdíleli radost se svými rodiči, netoužily po pochvale (děti s MR ano)
    - děti s PAS méně komunikují a „sdílejí“ se svými rodiči, pečovateli
    - děti s PAS mají výraznější potíže u přiřazování obrázku k videu (důkaz problémů v oblasti abstraktního myšlení)
    - paměť u dětí s PAS je stejně dobrá pro podněty se smyslem i beze smyslu (u zdravých dětí nebo dětí s MR to tak není)
- Schizofrenie s časným vznikem – F 20
- Rettův syndrom – F 84. 2
- smyslová postižení → kongenitální hluchota – těžká sluchová vada (či jiné vady sluchu)
    - děti se SP mají normální zájem o navazování vztahu a kontaktu s ostatními lidmi
    - raný sociální vývoj dětí se SP probíhá v normě
- Obscedantně-kompulzivní porucha
- Afektivní poruchy
- Tourettův syndrom, tikové poruchy
- Poruchy opozičního vzdoru
- psychosociální deprivace
- vady řeči
    - (s)elektivní mutismus
    - Sémanticko-pragmatická porucha řeči
- Downův syndrom
    - genetická porucha vznikají nadpočetnou částí 21. chromozomu (trizomie) → 47 chromozomů v každé buňce

  - lehká až střední MR, sociabilní a společenské chování s dobrou schopností nápodoby
  - spoluvýskyt s PAS je 1-10% - děti jsou více sociálně odtažité, úzkostné s výrazným stereotypním chováním
  - frekventovanější výskyt infantilních (epileptických) spasmů → autismus proto více u DS než u stejně intelektově postižených jedinců
- syndrom fagilního X chromozomu
  - děti mají větší tendenci vyhýbat se očnímu kontaktu a fyzickým dotekům, na druhou stranu se chovají často velmi přátelsky
  - většina lidí se syndromem fragilním (křehkým) X naplňuje diagnostická kritéria pro PAS
  - genetická porucha, která jako druhá po Downově syndromu nejčastěji způsobuje mentální retardaci
  - odlišnost na chromozomu X může způsobovat odlišnost ve vývoji a poruchy vývoje dítěte
  - 1982 popsán poprvé spoluvýskyt PAS a syndromu fra. X
  - lidé s fra X. mají tendenci vyhýbat se očnímu kontaktu a fyzickým dotekům – mají ale velmi přátelské chování
  - subtyp fra X. (subtyp autistického spektra) - v oblasti sociální interakci není porucha tak hluboká, aby splňovala „čistý" autismus
  - 2% dětí s autismem + syndrom fra. X
- ADHD (porucha chování s hyperaktivitou), ADD (porucha chování bez hyperaktivity)
  - nejčastější důsledek poruchy / poškození mozku
  - ADHD, ADD – samostatná funkční porucha
  - **MKN – 10 neumožňuje duální diagnózu PAS a ADHD, DSM -V ano!**
  - spoluvýskyt v rozmezí 35-85%
  - komorbidita způsobuje větší obtíže v oblasti pracovní paměti, kontrole chování a pozornosti
    - navýšení závažnosti adaptivních schopností dítěte s PAS, obtíže v kognitivním vývoji, OVŘ, záchvaty vzteku
  - porucha pozornosti vázaná na motivaci – funkční porucha s vazbou na čelní lalok (cíle, vůle, uspokojení a jeho odložení)
  - dítě s ADHD je snadno vyrušitelné – působí jako by žilo ve svém světě
  - ADHD syndrom je stejně široký ve svých projevech jako PAS
  - asi 74% dětí s vysokofunkčním autismem obdrží jako první diagnózu ADHD
  - 2/3 dětí s ADHD mají subklinické rysy autismu
- Tuberkulózní skleróza
- Epilepsie, strukturální abnormality a neurochemické nálezy
- Landau-Kleffner syndrom
- Neverbální poruchy učení
- do 5. roku života se symptomy velmi podobají jiným diagnózám

Komorbidity

- je známo přibližně 70 diagnóz, které se mohou vyskytovat společně s poruchami autistického spektra (Thorová, 2006)
- mentální retardace (70-80% dětí s PAS) – děti s autismem mají větší potíže chápat projevy emocí jako je přátelské uchopení kolem ramen, soucit, pohlazení; výsledky kognitivních testů lidí s autismem jsou rozdílné od vzorků osob mentálně retardovaných
- Downův syndrom (7-10% dětí s PAS)
- epilepsie (neurologické poruchy obecně) – 50% dětí s PAS

Prognóza

- 2/3 závažné až do dospělosti
- na prognózu má velký vliv raná péče, vrozené dispozice, kvalita vzdělávacího programu
- ve 20% autismu u dětí se může změnit na vysoce funkční autismus (lepší soc. interakce. lepší intelekt, méně projevů stereotypií, častěji zde můžeme diagnostikovat specifické vlastnosti a schopnosti, IQ vyšší než 70, intelekt v normě až nadprůměr s nerovnoměrným výkonem, částečná schopnost socializace a méně rysů autismu
- autismus v adolescence a dospělosti
  - lidé s autismem a mentální retardací doživotně potřebují asistenci
  - celkovou míru samostatnosti určuje míra adaptability
  - pouze menší procento lidí s vysoce funkčním autismem dokáže fungovat samostatně
- první příznaky již v raném věku → diagnostika nejpozději do 3 let (autistické dítě se rozvíjí již od počátku odlišně)
- pro další rozvoj je nutné včasné zjištění poruchy a komplexní terapeutické vedení (ani tehdy nebývá další prognóza příliš dobrá)
- vysoká četnost kombinace s mentálním deficitem/postižením
- děti s autismem mohou být zařazovány do speciálních mateřských škol, denních stacionářů → později do specializovaných vzdělávacích zařízení

- je možná i integrace do běžných škol (školy hlavního vzdělávacího proudu – inkluze)
- → vhodné u funkčních autistů
- většinou zůstávají jedinci postižení autismem závislí na své rodině či instituci

Terapie

Péče o osoby s PAS

- raná péče
- předškolní a školní vzdělávání
  - individuální integrace / skupinová integrace -> asistent pedagoga, IVP
  - vzdělávání žáků s PAS ve speciálních třídách a speciálních školách pro žáky s PAS
  - vzdělávání žáků s PAS ve školách pro žáky s MR

Specifika péče o osoby s PAS

- vzhledem k variabilitě PAS, nutný individuální přístup!!

TEACCH program (Treatment and education of autistic and communicion handicapped children)

- autor: E. Schopler, R. Reichler, 1966, Katedra psychiatrie LF Univerzity Severní Karoliny v Chapel Hill
- výchozím principem je spolupráce odborníků s rodiči, kde rodiče působí jako koterapeuti
- postaven na 3 pilířích:
  - individualizace -> je nutné:
    - zjistit úroveň schopností jedince
    - zvolit vhodný způsob komunikace
    - zabezpečit prostředí (rozmístění lavic, místa na odpočinek a jídlo apod.)
    - vytvořit IVP
    - zvolit strategie řešení behaviorálních problémů
  - strukturalizace
    - času – pomáhá orientovat se v časoprostorových vztazích a poskytuje mu představu o práci a jejím ukončení, jistotu při vyrovnávání se se změnami (využívají se tabulky, reálné předměty, piktogramy -> tvorba kalendářů)
    - prostoru – nutné vyčlenit prostor pro práci, výuku, hru, odpočinek, stravování
  - vizualizace
    - pracovní (procesuální schémata) – úkol je rozpracován na elementární kroky

Strukturované učení – Čadilová a Žampachová

- vychází z TEACCH programu
  - program TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Childre), který v 60. letech vytvořit Eric Schopler a jeho spolupracovníci z univerzity v Severní Karolíně
  - jedná se o model organizace služeb nabízených osobám s autismem a jejich rodinám
- využití procesuálních schémat - rozfázování komplexních aktivit do dílčích kroků
- pilíře:
  - individuální přístup - z čeho vycházíme:
    - zjistit úroveň jednotlivých vývojových oblastí dítěte - pedagogická diagnostika
    - zvolit vhodný typ, systém komunikace podle stupně kognitivních schopností i konkrétní
    - hlediska:
      - *pedocentrické* - ve středu je dítě (věk, vývojové hledisko - slovní zásoba; úroveň intelektu; úroveň komunikace; zájmy a averzivní stimuly, z části povahové vlastnosti)
      - *systémové* - prostředí (výchovný styl, socio-ekonomický status, přidružené postižení u rodičů=možnosti rodičů; typ kolektivní zařízení a jejich přístup/styl výuky; možnosti a ochota rodičů a kolektivního zařízení ve využití pomůcek/přístupů)
    - vytvořit vhodné pracovní místo a strukturovat prostředí
    - sestavit IVP
    - postavené na individuálních činnostech jeden ku jednomu
    - v případě potřeby zvolit na základě analýzy problémového chování, vhodné strategie jejich řešení - krizový plán
  - strukturalizace
    - jistota a nápomoc se na situaci připravit
    - odlišování jednotlivých aktivit od sebe
    - posouzení co už skončilo a co má následovat → jednání odpovídajícím způsobem

- svislý nebo vodorovný
- struktura nabízí "jistotu" tím, že vytváří předvídatelná spojení mezi místy, činnostmi a chováním
- strukturalizace
  - *času*
    - diář, kalendář, denní režim, rozvrh - následnost, časový harmonogram, jak dlouho bude trvat, odlišení aktivit od sebe → pro schopnost plánování si, pracovního postupu=rozfázování si kroků
    - možnosti: reálné předměty, piktogramy, obrázky, fotografie (více konkrétní), slova
    - možnost Time Timer - vizualizace času, kdy odpočítáváme
    - nejhorší bývají přestávky - nedokáží si naplánovat čas, co budou dělat apod.



  - *prostoru*
    - Kde? Kam co patří? Kam se co dává? Kde mám být? (př. střídání učeben)
    - volba pracovního místa:
      - v blízkosti učitele - nápomoc ze strany dospělého
      - blízko dveří - individuální přestávky mimo třídu; jedinec s problémovým chováním s AP
      - poslední lavice - žák vyžaduje mít přehled o třídě
      - oddělené pracovní místo
      - např. oddělením páskami pracovního prostoru
      - pracovní místo v oddělené místnosti
    - pozn. asistent pedagogka - v inkluzi 4-5 dětí na jednoho
    - pozice asistenta - sedí proti dítěti, vedle dítěte, nesedí s ním a dohlíží
  - *úkolu*
    - převídatelnost na Co mám dělat?
    - výběr materiálů, druh materiálu a jejich uspořádání
    - forma instrukce, jak s materiály pracovat
    - metoda "multiple choice" - nevyžaduje formulaci vlastních myšlenek
    - schéma - levo-pravo --> také pro budoucí nácvik čtení a psaní



    - samostatná práce
      - uspořádané předměty na pracovní ploše
      - symboly pro označení úkolů
      - písemná instrukce na kartičkách
    - *práce s plochou lavicí* - neohraničený prostor je problém! (obrázek - skládání slov; slova bere z košíku a vkládá je vedle; nebo jména - obrázky a přiřazování jmen k obrázkům - vše na pracovní kartě)
    - *procesuální schémata* --> odpověď na to, jak postupovat (čištění zubů, vaření čaje, cesta autobusem) - rozvoj sebeobsluhy a samostatnosti
- vizualizace
  - úzce souvisí se struktualizací (viz výše)
  - vhodné postupovat zleva do prava

        - využití např. tabule se suchým zipem
        - rozkreslení postupu pro danou činnost – procedurální schéma (mají obtíže s analyzováním a rozplánováním aktivit)
    - motivace
        - Proč? Jakou máme motivaci?
- přehled nejběžnějších metod intervence u osob s PAS - úspěšnost péče o osoby s PAS je možné zajistit opatřeními:
    - dodržování individuálního přístupu
    - vytvoření optimálního způsobu komunikace
    - úprava prostředí
    - zajistit předvídatelnost situací (strukturalizace, vizualizace, nácvik)
    - zajistit smysluplné využití volného času
    - vybrat vhodné formy motivace
    - využít relaxační techniky
    - rozvíjet sebeřídící techniky
    - zavedené postupné změny a pravidla

AAK

- piktogramy, makaton, VOKS, znak do řeči, facilitovaná komunikace

Behaviorální terapie

- vychází z teorie učení a předpokládá, že určité chování je spouštěno faktory, které mu předcházejí a udržováno faktory, které po něm následují
- cílem je úprava chování
- pracuje se s pozitivními odměnami, trestům se tyto terapie vyhýbají (negativní reakcí je pouze důrazné „Ne!“ nebo ignorace)
- APLIKOVANÁ BEHAVIORÁLNÍ ANALÝZA (ABA)
    - přírodní věda využívající behaviorální principy ke změně sociálně významného chování (takové chování, které odpovídá požadavkům společnosti, limituje problémové chování apod.)
    - ABA lze využít kdekoliv, kde je jakékoliv chování
    - nacházíme celou škálu uplatnění, a to od neurovývojových poruch, přes různé fóbie až po oblast práce a organizace či např. fitness a osobní rozvoj (lze tedy využít i u intaktních osob) – nicméně nejvíce u PAS
    - využívá exaktní data, aby porozuměla: Jak chování vzniká? Proč se určité chování vyskytuje? Jaký je vztah mezi prostředím a chováním? Co se stane s chováním, pokud prostředí upravíme určitým způsobem?
    - vychází z principů učení a chování (behaviorismu)
    - zabývá se funkčním vztahem mezi prostředím a lidských chováním
    - na základě podrobné analýzy se snaží zjistit, proč určité chování vzniká a jak ho modifikovat
    - pomocí metodologie ABA se eliminuje nežádoucí chování, děti se učí novým dovednostem, posiluje se adaptace, sebeobsluha, zlepšuje komunikace, učení a sociální interakce → začíná se s tím, co rodinu nejvíce limituje, s čím je potřeba nejvíce pomoci
    - metodika ABA je velmi propracovaná, vždy je plán intervence s dítětem nastaven přísně individuálně, je "šité na míru" konkrétního dítěte
    - pro nácvik se používají sezení, na nichž s jedním dítětem pracuje jeden učitel 5 – 8 hodin denně (časová a personální náročnost -> nereálnost)
    - ABA lze využít **kdekoliv, kde je jakékoliv chování**
    - historie
        - již více než 50 let vědeckého výzkumu
        - na počátku 60. let se aplikací behaviorální analýzy začal rozsáhle věnovat tým pracovníku kalifornské univerzity vedený psychologem
        - O. I. Lovaas (1927-2010, kalifornská univerzita) - vytvořil první intenzivní behaviorální intervenci pro děti s autismem známkou jako ABA terapie nebo "Lovaasův program"
        - v roce 1981 Lovaas publikoval principy ABA terapie v knize Teaching developmentally Disabled Children
        - B.F.Skinner - Verbální chování (1957) - obsahuje podrobnou behaviorální analýzu mezilidské komunikace
        - zasloužené pozornosti se ji dostalo až ke konci 90. let díky VB_MAPP, 2088, která slouží jako edukačně hodnotící profil
        - přístup VB-ABA (Verbal Behavior -Applied Behavioral Analysis) je součástí aplikované behaviorální analýzy

- soustředí se na rozvoj komunikačních dovedností, od počátku nabízí nonverbálním dětem náhradní systém komunikace (Znakování, gestikulace), který následně přechází do rozvoje funkční řeči

- intenzivní terapie v domácím prostředí je doporučována v rozsahu 25-40 hodin týdně
- později se techniky ABA uplatňují v jakémkoli jiném přirozeném prostředí (hřiště, obchod, MŠ, apod.)
- domácí program je veden ABA terapeutem - analytikem v úzké spolupráci s rodiči
- konzultant testuje a vyhodnocuje profil dítěte na základě manuálu ABLLS nebo VBMAPP
- dále stanovuje dlouhodobé i krátkodobé cíle intervence a průběžně celý program monitoruje a upravuje
- neverbální děti → využití motorických systémů (znak)
- VB-MAPP
  - hodnotí kritické milníky ve vývoji
  - nejedná se o normativní nástroj → není standardizovaný; pouze "průvodce"
  - zjišťujeme, za jakých podmínek je dítě schopno používat jazyk
  - systém pro sledování dovedností, který byl vytvořen pro děti s autismem a další jedince, kteří mají opožděný vývoj řeči
  - VM-MAPP vychází z analýzy B. F. Skinera (1957) zaměřenou na verbální chování z uznávaných vývojových milníků a z výzkumu z oblastí behaviorální analýzy
  - řídí se dle vývojové úrovně a zaměřuje se na ty schopnosti, které dítě nemá
- záznamový arch - ABC data
  - A - antecedent (to, co bezprostředně předcházelo chování), *př. zadání úkolu učitelem - slovní úloha*
  - B - behavior (chování), *př. švihl učebnicí a odchází*
  - C - consecvences (to, co následovalo po chování), *př. učitel šel za žákem, vyhuboval mu, dal mu poznámku*



- funkce chování:
  - žádost o pozornost → nejčastěji
  - sebestimulace
  - forma úniku
  - touha po hmotné věci (hračka, jídlo, oblíbená aktivita,…)
- funkce komunikace a její původ je důležitá pro správnou intervenci → jakmile víme, co chování spustilo, můžeme ho terapií ovlivnit mnohem lépe
- škála hodnocení motivace – MAS
- Krizový plán (Vosmik) - Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí a mládeže- č.j.:21291/2010-28
- certifikace ABA:
  - ABA analytik má certifikaci udělovanou BACB (Behavioral Analysis certification Board - www.bacb.com) na základě absolvování akreditovaného studie, úspěšného složení závěrečného testu a splnění 1500 hodin supervidované praxe - má titul BCA (Board Certified Behavior Analyst)
  - pod ním pracuje a terapii provádí asistent - BCaBA (Board Certified Assistant Behavior Analyst) či technik - RBT (registered behavior technician)
  - všichni terapeuti se musí celoživotně vzdělávat v oboru, obnovovat a prodlužovat tak své certifikace

- komunikace → verbální operanty
  - mand = požadavek
    - vyvíjí se jako první (reakce dítěte brekem)
    - mandovat lze verbálně, znakem, obrázkem
    - např. dítě chce sušenku → řekne sušenka či jinou naučenou variantu/ukáže obrázek/znak → dostane sušenku
  - tact = označení věcí
    - užitek má pouze posluchač - nerozvíjí se u dětí s PAS snadno, pokud pro ně není důležité sociální posílení
    - rozvíjí se od jednoho roku
    - např. dítě vidí sušenku → řekne sušenka → pochvala//co to je? (ukazuje na botu) → bota
  - echo = opakování (verbální imitace)
    - děti nejprve napodobují univerzální zvuky
    - pokud dítě nezvládne opakovat nemůže se naučit mandovat
    - např. někdo řekne sušenka → dítě řekne sušenka → pochvala
  - intraverbal = reakce na to, co říkají druzí lidé (reakce na otázky)
    - rozvíjí se od 2 let u dětí bez postižení
    - pokud to dítě neumí, není schopné společenské konverzace
    - např. někdo řekne, co jíš? → dítě řekne sušenka → pochvala
  - mimetic = motorická imitace
    - pokud se dítě nenaučí imitovat, nenaučí se společenskému chování
    - napodobování činnosti po druhé osobě
  - receptivní reakce = reakce posluchače
    - běžné chování poslouchajícího
    - vyhovění požadavku
    - např. někdo řekne zatleskej → dítě zatleská → pochvala
- → až když zvládne všechny tyto oblasti, považujeme, že slovo zvládá
- na chybu nereagujeme → upevňujeme špatnou odpověď (jakkoliv reagujeme na chybu, dítě si zapamatuje negativní reakci na chybu)
- Simple-steps letáček

- EDEN DECISION MODEL (EDM)
  - východisko stejné jako u ABA
  - 2 – 3 děti na 1 učitele
  - postup rozdělen do 5 kroků
    - behaviorální a funkční analýza chování, lékařské posouzení – hledáme odpovědi na otázky: kdy, kde, s kým, při čem se problémové chování vyskytuje a proč se vyskytuje
    - změna prostředí – zjišťujeme, nakolik je dítě ovlivňováno prostředím, zda je pro něj nepohodlné nebo matoucí -> upravíme
    - analýza činností – zjišťujeme, jaké úkoly a aktivity u dítěte spouští problémové chování -> přizpůsobení aktivit
    - odměny – snažíme se najít systém odměn, aby bylo dítě co nejlépe motivováno, stanovíme si chování, které chceme odměňovat
    - tresty – stanovíme si, zda budeme tresty používat, jak by měl trest vypadat
- kladné zpevňování - snaha zvýšit frekvenci žádoucího chování
- vyhasínání - vycházíme z předpokladu, že bez reakce vyhasne akce; pokud neposkytneme dítěti odezvu na nevhodné chování, časem se frekvence výskytu tohoto chování sníží
- tlumení, záporné zpevnění - způsob negativní motivace (odebrání předmětu apod.)
- přesycení - cílem je dosáhnout únavy při problémovém chování (př. dítě bude trhat sešity → dáme mu k dispozici papíry ať je trhá → radost → únava → nesmíme dopřát dítěti odpočinek)

→ vše musí následovat neprodleně po žádoucím / nežádoucím chování, aby dítě pochopilo přímý vztah mezi akcí a reakcí

Son-Rise program

- program domácího vzdělávání
- vytvořen manželi Kaufmanovými
- cílem je navázání a prohlubování vztahu s dítětem → prostřednictvím pochopení jeho chování a aktivního připojení se k tomuto chování
- východiska:
  - joining – aktivní připojení k rituálům a zvláštním činnostem (např. točení, stavění věcí do řad apod.)

- využívání motivace dítěte – na základě joiningu se zjistí, jaké motivace dítě má (motivace zde není vnímáno jako odměna, odměna prý podporuje automatické chování bez pochopení proč by danou věc mělo udělat)
- energie, entuziasmus a nadšení pro hru – pokud z nás vyzařuje nadšení pro činnost, máme ideální příležitost dítě zaujmout
- učení pomocí interaktivní hry – pokud je dítě ponořeno do „svého světa“, máme minimální šanci na spolupráci → nutné zaujmout dítě
- bezpředsudkový a optimistický přístup – při práci nestavíme žádné pomyslné stropy, limity → snažíme se o maximální rozvoj
- rodič jako hlavní terapeut programu
- vytvoření bezpečného a klidného prostředí pro dítě (tzv. Son-Rise herna)

Terapie pevným objetím

- základním prostředkem terapie je rodičovo pevné objetí dítěte, které se chová problémově
- základním pravidlem je, že se dítě nesmí pustit dřív, než jeho negativní emoce odezní → protesty dítěte postupem času slábnou a mizí → zklidnění, vzájemné usmíření

HANDLE terapie

- vychází z toho, že nervový systém je schopný se neustále adaptovat, struktura mozku je tvarována vlivem stimulace, kterou mozek dostává
- pro každého klienta je vytvořen individualizovaný program jednoduchých pohybových aktivit, které využívají pouze několik jednoduchých pomůcek
- prostřednictvím pravidelné, jemné a pozvolné stimulace tyto aktivity posilují oslabené funkce a mohou zlepšit funkce nervového systému a proces učení
- hlavní zásady terapie:
  - méně je více
  - pomaleji je rychleji

Vzdělávací program HIGASHI

- japonský model
- hlavní principy:
  - učení ve skupině
  - rutinou k samostatnosti
  - učení imitací
  - důraz na fyzické cvičení
  - výtvarná a hudební výchova

EIBI – Včasný intenzivní intervenční program

- podstata spočívá v tom, že všechno co se dítě naučí, využívá v denních situacích
- jednoduché dovednosti se spojují do celků

Animoterapie

Arteterapie, muzikoterapie, tanečně-pohybová terapie

- individuální cíle: uvolnění, sebeprožívání, sebevnímání, růst osobní svobody, motivace, rozvoj fantazie
- sociální cíle: navázání kontaktů, vnímání a přijetí druhými, kooperace
- skupinová x individuální

Ergoterapie

- cílem je dosažení maximální možné soběstačnosti a nezávislosti -> zvyšování kvality života

Fyzioterapie

- pohybové aktivity, které jsou pro dobrý vývoj dětí s PAS prospěšné – procházky, běh, tělocvik, jízda na kole, plavání, trampolining apod.

Herní a interakční terapie

- cíl: zlepšení úrovně myšlení a uvažování, komunikace, emocí a sociálního chování

Rodinná psychoterapie

- nastavení správného způsobu komunikace, vzájemného hodnocení a jednání

Farmakoterapie

- většina léků neúčinná
- psychofarmaka, injekce serotoninu, megavitaminové dávky apod.

Dietetická opatření

- potrava bez lepku, kaseinu

Eklektický přístup

- s osvědčených přístupů vybíráme to, co konkrétnímu jedinci vyhovuje

Základní principy práce s dítětem s PAS

- nejedná se jen o akademické znalosti, ale hlavně o socializaci, adaptivní, řečové a komunikační dovednosti a snižování problémového chování
- využíváme metodiku práce nazvanou Strukturované učení
- 10 věcí, které si každé dítě s PAS přeje, abys věděl:
    - jsem v první řadě a především dítě; mám autismus; není na mně nejhlavnější to, že jsem autistický
    - moje smyslové vnímání není v pořádku
    - prosím, nezapomínejte rozlišovat mezi *nebudu* (rozhodl jsem se, že něco nebudu dělat) a *nedokážu* (nejsem schopen nebo neumím něco udělat)
    - myslím v konkrétních pojmech; to znamená, že některé věci beru doslovně
    - prosím, ber ohled na mou omezenou slovní zásobu
    - protože je pro mě řeč tak velmi obtížná, používám hlavně zrak
    - prosím, soustřeďme se na to, co dovedu a ne na to, co nedovedu
    - prosím, pomoz mi se sociálními kontakty
    - pokus se přijít na to, co startuje moje výbuchy
    - pokud jsi členem mé rodiny, prosím, bezvýhradně mě miluj

JEDNOTLIVÉ DIAGNÓZY

Dětský autismus – F84.0

- časný infantilní autismus, Dětský autismus, Kannerův syndrom, Kannerův infantilní autismus
- nejčastější typ spolu s Aspergerovým syndromem
- stupeň závažnosti bývá různý, od mírné formy až po těžkou; značná variabilita symptomů; charakter se mění s věkem dětí
- typ pervazivní vývojové poruchy, která je definována:
    - přítomností **abnormálního** nebo **porušeného vývoje**, manifestujícího se **před věkem tří let**
    - charakteristickým typem abnormální funkce všech tří oblastí psychopatologie, kterými jsou **reciproční sociální interakce**, **komunikace** a **opakující se omezené stereotypní chování**
- k těmto specifickým diagnostickým rysům dále přistupuje běžná škála dalších nespecifických problémů, jako fobie, poruchy spánku a jídla, návaly zlosti a agrese namířená proti sobě
- současně s DA se slučují další nemoci a postižení: mentální retardace (50-75%), epilepsie (30%) + rozumové schopnosti v pásmu středně těžké MR, postižení sluchu (25%)

- dělení podle funkčnosti (úrovně adaptability) na:
    - vysokofunkční – bez MR
        - základní sociální a komunikační funkce zachovány, obtížně však chápou sociální normu, nedokáží uplatnit sociální takt – mohou působit výstředně až neslušně; řeč dobře vyvinuta, ale komunikují bez ohledu na komunikačního partnera, ulpívají na oblíbených tématech, jež se odvíjí od jejich encyklopedických zájmů, týmové spolupráce nejsou schopni; rozumové schopnosti se pohybují v hraničním pásmu či v pásmu normy, může dosahovat až nadprůměr
    - středně funkční
        - snížená schopnost navazovat sociální kontakt, chybí spontaneita, bývají pasivní; mluví částečně funkčně, v řeči se objevují zvláštnosti (záměna zájem, slovní salát, echolálie, neologismy); v chování můžeme pozorovat pohybové sterotypie, ve hře patrně prvky vztahové, funkční a konstrukční hry; rozumové schopnosti leží v pásmu lehké až středně těžké MR
    - nízkofunkční – v kombinaci s MR, více než 2/3 případů
        - uzavření, malá schopnost navazovat sociální vztahy; pokud se řeč vytvoří, objevuje se v podobě echolálie (chorobné opakování); věnují se jednoduchým stereotypním činnostem, časté sebezraňování a agrese; celkové schopnosti spadají často do pásma těžké mentální retardace
- diagnostická kritéria:
    - autismus se projevuje před 3. rokem věku dítěte

Kvalitativní narušení sociální interakce	– Nepřiměřené hodnocení společenských emočních situací – Nedostatečná odpověď na emoce jiných lidí – Nedostatečné přizpůsobení sociálnímu kontextu – Omezené používání sociálních signálů

	– Chybí sociálně-emoční vzájemnost – Slabá integrita sociálního, komunikačního a emočního chování
Kvalitativní narušení komunikace	– Nedostatečné sociální užívání řeči bez ohledu na úroveň jazykových schopností – Narušená fantazijní a sociálně napodobivá hra – Nedostatečná synchronizace a reciprocita v konverzačním rozhovoru – Snížená přizpůsobivost v jazykovém vyjadřování – Relativní nedostatek tvořivosti a představivosti v myšlení – Chybí emoční reakce na přátelské přiblížení jiných lidí – Narušená kadence komunikace a správného užívání důrazu v řeči, které moduluje komunikaci – Nedostatečná gestikulace užívaná ke zvýraznění komunikace
Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování a aktivity	– Rigidita a rutinní chování v široké škále aspektů každodenního života – Specifická příchylnost k předmětům, které jsou pro daný věk netypické – Lpění na rutině, vykonávání speciálních rituálů – Stereotypní zájmy – Pohybové stereotypie – Zájem o nefunkční prvky předmětů (př. omak, vůně) – Odpor ke změnám v běžném průběhu činností nebo v detailech osobního prostředí (př. přesunutí nábytku)

  - nespecifické rysy
    - strach
    - poruchy spánku a příjmu potravy
    - záchvaty vzteku, agrese a sebezraňování
    - většinou chybí spontaneita, iniciativa a tvořivost při organizování volného času
    - potíže s vytvořením myšlenkové osnovy y při rozhodování v práci i přesto, že schopnostmi na úkoly stačí
  - příznaky u dětí raného věku
    - rádo si hraje samo, nevnímá druhé, může působit dojem neslyšícího, nereaguje na pokyny a na svoje jméno, nezdraví/neloučí se, abnormální pohyby, chodí po špičkách, záchvaty vzteku, řadí věci do řad

Atypický autismus – F84.1

- velmi heterogenní diagnostická jednotka
- dítě splňuje jen **částečně diagnostická kritéria** daná pro dětský autismus, nicméně u nich najdeme řadu specifických sociálních, emocionálních a behaviorálních symptomů
- klinický obraz nebyl přesně definován
- typické pro tuto kategorii jsou potíže v navazování vztahů s vrstevníky a neobvyklá přecitlivělost na specifické vnější podněty
- **sociální dovednosti** jsou méně narušeny, než u dětského autismu
- bývá diagnostikován zejména v těchto případech:
  - první symptomy jsou zaznamenány až po 3. roce života
  - abnormální vývoj je zaznamenán ve všech 3 oblastech diagnostické triády, nicméně způsob vyjádření, tíže a frekvence symptomů nenaplňuje diagnostická kritéria
  - není naplněna diagnostická triáda
  - autistické chování se přidružuje k těžké a hluboké mentální retardaci (mentální věk je natolik nízký, že míra komunikačního nebo sociálního deficitu nemůže být v ostrém kontrastu s projevy obvyklými pro MR)
- porovnání s DA: může se projevit lepší sociální či komunikační dovednost či chybí stereotypní zájmy oproti DA

Rettův syndrom – F84.2

- syndrom doprovázený těžkým neurologickým postižením, které má dopad na somatické, motorické i psychické funkce
- objeven gen MECP2 na chromozomu X, který je odpovědný za 80% případů vzniku Rettova syndromu
- symptomatika je velmi různorodá, zahrnuje mírnější i velmi těžké varianty
- postihuje pouze dívky (u chlapců stejná mutace způsobí těžkou encefalopatii, nedisponují druhým nenarušeným X chromozomem, plod nebo novorozenec nepřežijí)

- klasický Rettův syndrom (asi 2/3 dívek, přesně splňují diagnostická kritéria) x atypický Rettův syndrom (mírnější forma nebo chybí nějaký typický znak)
- diagnostická kritéria podle MKN-10:

A	**Platí všechny následující položky:** – Normální prenatální a perinatální vývoj – Prvních 6 měsíců normální psychomotorický vývoj – Normální obvod hlavičky při narození
B	**V období 5 až 48 měsíců zaznamenány všechny následující položky:** – Zpomalení růstu hlavičky – Ztráta již naučených volních pohybů rukou doprovázená stereotypními pohyby horních končetin (tzv. mycí nebo kroutivé pohyby rukou) – S nástupem poruchy ztráta sociálních dovedností, schopnost sociální interakce se vyvíjí později – Obtíže s koordinací pohybů hrudníku a chůze – Opoždění a porucha expresivní i receptivní složky řeči doprovázená těžkou psychomotorickou retardací

- průběh poruchy:
  - **období normálního vývoje** (0 – 12 měsíců)
    - porod i poporodní adaptace bez problémů, spánek a jídlo v normě
    - natahuje a uchopuje předměty, spontánně se usmívá, jí s dopomocí
    - někteří splní řečové i motorické milníky – žvatlají, objevují se první slova ; okolo 1 roku se naučí chodit
  - **objevení prvních symptomů** (6 – 18 měsíců, často 9 – 12. měsíc)
    - mezi 3. a 5. měsícem se zpomaluje růst hlavičky
    - hypotonie, děti bývají často extrémně klidné
    - vyšší citlivost nervové soustavy – lekavost, noční děsy
    - mezi 6. a 18. měsícem se objevují první symptomy
    - motorický vývoj se zpomaluje – dítě je hypotonické, nesedí, nechodí
    - zhoršuje se zrakový kontakt a schopnost soustředění a může se objevit opoždění řečového vývoje
    - první stereotypní pohyby rukou, třes, vystrkování jazyka, ulpívání na hračce
  - **období vývojové regrese** (1 – 4 roky)
    - zvuky, slabiky a slova postupně mizí, zhoršuje se i neverbální komunikace
    - kontrolovaná a vůlí řízená činnost rukou se mění ve stereotypní a nefunkční pohyby – tleskání, svírání a otvírání dlaní, vkládání rukou do úst, klepání, mnutí, mačkání, tzv. mycí pohyby
    - okolo 3. roku dochází k úplné ztrátě úchopových schopností ruky
    - častý pohyb jazyka v ústech (dítě vypadá, jako by pořád něco žvýkalo), bruxismus (skřípání zubů)
    - prudké střídání nálad, projevy výrazného strachu a paniky
    - menší zájem o sociální interakci a hračku
    - zhoršuje se schopnost chůze
    - zhoršuje se kvalita dýchání, objevují se výpadky dechu, zadržování dechu a hyperventilace
  - **období relativní stabilizace** (4 roky až do školního věku)
    - symptomy se stabilizují
    - může docházet k vývoji skoliózy, obtížím v oblasti motoriky,
    - epileptické záchvaty (až u 80%)
    - postupně se zlepšuje soustředění
    - mohou se obnovit úchopové schopnosti ruky, některé dívky dokáží manipulovat s předměty, ale pohyby jsou nepřesné, neplynulé, stojí velké úsilí
    - postupně se opět zvyšuje zájem o okolí a sociální interakci
    - emocionalita dozrává, dívky jsou klidnější a vyrovnanější
  - **období pozdějšího zhoršení motorických funkcí** (mezi 5. a 25. rokem)
    - po různě dlouhém a relativně stabilním období dojde v oblasti motoriky ke zhoršení, svaly více ochabují, skolióza se stává mnohem výraznější
    - pokud chodí, kvalita chůze se zhoršuje
    - jedinci končí na invalidním vozíčku či upoutání na lůžku
  - **období dospívání a dospělosti**

        - psychika se stává stabilizovanější
        - stereotypní pohyby rukou bývají méně intenzivní
        - zlepšuje se zrakový kontakt a sociální porozumění
        - dožívají se 40 až 50 let
- chování a další specifické projevy:
    - **sociální chování**
        - po překonání deteriorační fáze se stávají dívky velmi společenské, mají rády společnost dětí i dospělých, jsou citlivé na kritiku
        - z pochvaly mají radost, rozumí legráckám a škádlení, zvládají zrakový kontakt i sociální úsměv
        - vyžadují pozornost a společenskou činnost, protestují, pokud jsou ponechány napospas samotě a nudě
        - mají rády fyzický kontakt, mazlení a interaktivní hry
    - **komunikace**
        - recepce výrazně lepší než exprese
        - možnost komunikace je omezená kvůli multifunkčnímu handicapu (nemohou ukazovat, znakovat, mluvit)
        - využití zrakového odkazu
        - u některých se objevují sporadické užívání slov nebo vět
        - rozumí jednoduchým pokynům
    - **intelekt**
        - v souvislosti s Rettovým syndromem se hovoří o pásmu středně těžké, těžké a hluboké MR
    - **aktivita**
        - krátký rozsah pracovní pozornosti
        - díky přecitlivělosti nervového systému jsou typické velmi nekonzistentní výkony – relativně dobrá schopnost soustředění až úplná neschopnost spolupráce
        - při zpracování informace časté dlouhé latence, někdy nereagují vůbec
        - snaha soustředit se na úkol často zvyšuje stereotypní pohyby
    - **smyslové vnímání**
        - nepružnost reakcí na smyslové podněty, delší dobu trvá, než jsou dívky schopny zaměřit svou zrakovou pozornost na cíl, udržení zrakové pozornosti je často jen několikavteřinové
        - může se vyskytovat: přecitlivělost na sluneční záření, hluk, výkyvy teplot, bolest či taktilní hypersenzitivita – nechuť k česání vlasů, čištění zubů apod. x někdy naopak cítí bolest méně
        - na sluchové podněty reagují s dlouho latencí, často vůbec
    - **motorika**
        - stereotypní pohyby HK
        - apraxie HK, žvýkacích a mimických svalů, polykacích svalů, okohybných

Dětská dezintegrační porucha (Jiná dětská dezintegrační porucha) – **F84.3**

- poprvé popsal v roce 1908 speciální pedagog z Vídně **T.Heller** – „*Hellerův syndrom*“ – „dementia infantilis“
- mezi 2-4 rokem (2 – 10 let) výraznému regresu a nástupu těžké mentální retardace, ačkoliv předtím vývoj probíhal zcela uspokojivě – nastává z neznámé příčiny regres v doposud nabytých schopnostem
- deteriorace může být náhlá nebo může trvat několik měsíců a střídá se s obdobím stagnace
- příznaky:
    - mentální retardace a autistické chování
    - emoční labilita, záchvaty vzteku, agresivita, hyperaktivita, dráždivost
    - potíže se spánkem
    - dyskoordinace komplexních pohybů a neobratná zvláštní chůze
    - abnormální reakce na zvukové podněty
    - ulpívání na stereotypiích
- v průběhu následného vývoje může dojít ke zlepšení, ale nikdy už se nevrátí zpět do normy – většina lidí s tímto syndromem zůstává těžce mentálně postižený
- od dětského autismu se liší pozdějším nástupem prvních symptomů (delší doba prokazatelně normálního vývoje) a ztráta dovedností je více markantní
- uvádí se častý výskyt EEG abnormalit a epileptických záchvatů
- horší prognóza než u dětského autismu – častěji nízko funkční, těžší typ MR

Hyperaktivní porucha sdružená s MR a stereotypními pohyby – F84.4

- porucha, která sdružuje hyperaktivní syndrom, mentální retardaci a stereotypní pohyby nebo sebepoškozování
- v adolescenci je hyperaktivita (těžká motorická) nahrazena hypoaktivitou

- sociální deficit autistického typu se u této poruchy nevyskytuje
- dítě tak nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkynetickou poruchy
- diagnostická kritéria:

A	**Těžká motorická hyperaktivita (nejméně 2 symptomy)**	
	1	Trvalý motorický neklid projevující se běháním, skákáním a jinými pohyby celého těla
	2	Zřejmá obtíž zůstat sedět. Dítě zůstane sedět několik vteřin s výjimkou toho, když se zabývá stereotypní aktivitou
	3	Přehnaná aktivita v situacích, kdy se očekává relativní klid
	4	Velmi rychlé změny aktivity – trvají obvykle méně než minutu (ale může se objevovat velmi dlouhá doba trávená stereotypními aktivitami)
B	**Opakující se stereotypní vzorce chování a činností (nejméně 1)**	
	1	Neměnné a často opakované motorické manýry, ty se mohou týkat buď komplexních pohybů celého těla, nebo částečných pohybů, jako je poklepávání rukou
	2	Přehnané a nefunkční opakování činností, které mají stálou formu: může to být hra s jedním předmětem nebo rituál činností
	3	Opakované sebepoškozování
	4	Chybí různorodá, spontánní, symbolická a sociálně napodobivá hra odpovídající vývojové úrovni
C	**IQ je nižší než 50**	
D	**Není sociální narušení autistického typu (nejméně 3)**	
	1	Používání zrakového kontaktu, mimika a postoj slouží k usměrňování sociální interakce a jsou přiměřené vývoji
	2	Vztahy s vrstevníky, které zahrnují sdílení zájmů, aktivit atd. a které jsou přiměřené vývoji
	3	Alespoň občasné přibližování se k jiným lidem pro útěchu a náklonost
	4	Schopnost sdílet občas radost s jinými lidmi, jiné formy sociálního narušení (př. dezinhibice vůči cizím lidem) nejsou v rozporu s diagnózou
E	**Porucha nesplňuje diagnostická kritéria pro autismus, dětskou dezintegrační poruchu nebo hyperkinetickou poruchu**	

Aspergerův syndrom – F84.5

- *„Duševní vývoj je narušený, podobně jako u dětského autismu v oblasti **sociální interakce**, **komunikace** a **představivosti**. Sociální dovednosti jsou výrazně omezené a jsou doprovázeny opožděnou citovou zralostí. Typickým rysem tohoto syndromu je **nerovnoměrné rozložení schopností**.“* (Vomisk, Bělohlávková in Pastieriková, 2013, s. 45)
- velmi různorodý syndrom, jehož symptomatika může plynule přecházet do normy
- intelekt je v pásmu normy
- poměr chlapců a dívek je 8:1
- abnormality v chování přetrvávají do adolescence, v rané dospělosti se mohou vyskytovat psychotické epizody
- typické obtíže dle Thorové (2008):
  - potíže v komunikaci a sociálním chování, které neodpovídají dobrému intelektu
  - při vytváření vztahů s lidmi
  - pochopení mimoslovní komunikace bývá pro ně velmi obtížné
  - výrazy obličeje a pohyby rukou jsou omezené
  - jedinci mívají neobvyklé zájmy
  - nepříznivě reagují na změny
  - typicky zcela specifický způsob uvažování a logiky
- diagnostická kritéria:

Kvalitativní narušení sociální interakce	– Stejný typ kvalitativních poruch sociální interakce jako u autismu
Omezené, opakující se stereotypní způsoby chování, zájmy a aktivity	– Stejný obraz jako u autismu
Porucha způsobuje klinicky významné poruchy v oblasti sociálního a profesního fungování i v dalších životních situacích	– Někteří mohou být pasivní a nemají výrazné problémy s chováním – s pomocí různých nácviků a individuálního přístupu zvládnou běžnou školní docházku, fungovat v zaměstnání a najít si partnera – Na druhé straně jsou ti, kteří se bez asistenta kvůli svému problémovému chování neobjedou již v MŠ, nenajdou za běžných podmínek práci nebo v ní opakovaně selhávají, nejsou schopni navázat partnerský vztah nebo o něj ani nestojí
Není opožděný vývoj řeči*	– První slůvka se objevují před druhým rokem – Věty s komunikačním významem před třetím rokem
Intelekt je v normě, sebeobslužné dovednosti jsou přiměřené věku, stejně jako adaptivní chování (kromě sociálního) a exploravitní chování motivované zvědavostí	
Dyspraxie	– Není podmínkou diagnózy

- Thorová a jiní odborníci se přiklání k tomu, že OVŘ nevylučuje diagnózu AS (mnoho dětí splňující všechna kritéria pro AS se dostaly v řeči na úroveň svých vrstevníků až kolem 5. roku života)
  - ve věku 5 let již mluví plynule s čistou výslovností a dobrou slovní zásobou
  - často se učí mluvit jakoby zpaměti, recitují básničky, dlouhé statě knih či úryvky pohádek
  - nápadně mechanická, škrobovitá a formální řeč kopírující výrazy dospělých
  - obtíže zejména v oblasti pragmatického užívání řeči → řeč málokdy odpovídá sociálnímu kontextu dané situace (vykřikují nesouvislé věty, ulpívají na tématech, aniž by je zajímala reakce a zájem posluchačů)

- pedanticky lpí na dodržování verbálních rituálů
- obtížně se zapojují do kolektivu vrstevníků
- obtížně chápou pravidla společenského chování
- omezená schopnost až neschopnost orientovat se podle neverbálních signálů
- doslovné chápání slyšeného, čteného
- přátelství navazují jen velmi obtížně, často o kontakt ani nestojí a preferují samotu
- soutěživost, pravidla her, smysl pro fair-play jsou pro ně nepochopitelné
- obtížně chápou potřeby jiných lidí, chybí jim empatie a působí egocentricky
- omezená schopnost vyjádřit své pocity
- náchylní k sebepodceňování, odsuzování a hledání chyb na vlastní osobě (u adolescentů častější suicidální tendence než v běžné populaci)
- snížená schopnost ovládat své chování → záchvaty vzteku, změny nálad
- zájmy mají úzký a ulpívavý charakter (encyklopedické zájmy, dopravní prostředky, PC, kosmos, mapy, čísla, kreslení, memorování textů apod.) → v podstatě vše, v čem lze najít řád a alespoň prvky opakování
- adaptabilita je snížená, vyskytují se rituály – vyžadují je po sobě i po okolí, nepružně reagují na změny

- AS nemá nikdy zasažen intelekt a má dobrý řečový vývoj
- dělení:
  - úroveň adaptability u jednotlivých dětí se může diametrálně lišit
  - **nízko funkční AS**
    - obtížná výchovná usměrnitelnost, negativismus
    - rituály – úzkost při jejich nedodržení
    - výrazné a obtížně odklonitelné repetitivní chování
    - nepřiměřená emoční reaktivita – destruktivní chování, nízká frustrační tolerance
    - nutkavé navazování kontaktu bez ohledu na druhé osoby
    - agresivita, zarputilá ignorace či odmítání spolupráce
    - provokativní chování, neustálá snaha testovat hranice
    - sociální izolovanost, odmítání kontaktu s druhými
    - ADHD, ADD, dyspraxie
  - **vysoce funkční AS**
    - sociální naivita
    - schopnost spolupráce, ochota věnovat se i jiným činnostem než svým zájmům
    - přiměřené nebo pouze mírně odlišná emoční reaktivita
    - chybí výrazné problémové chování
- vývojem se dítě a jeho schopnost fungování v běžném prostředí mění → vliv výchovně-vzdělávacího procesu
- může se vyskytovat výrazné nadání – literatura, paměťové dovednosti, matematika, logika
- běžný život:
  - selhávají – nenajdou si práci, nejsou schopni samostatného bydlení a obstarávání základních potřeb
  - fungují, jen jsou vnímáni jako podivíni, introverti, dostávají se do problému kvůli sociální naivitě, nepraktičnosti, neschopnosti vžít se do myšlení druhých a pojímat situace v širším kontextu
- PAS vs. AS:

PAS	AS
67% s vysokofunkčním autismem má problém s motorikou	problémy ve vývoji motoriky
podprůměrný řečový výkon, OVŘ	v normě, chudý rozvoj řeči – i přesto má obtíže v komunikaci
agramatismy, obtíže se syntaxem, specifické obtíže v řečovém vývoji	perfekcionalismus, obtíže v pragmatice
IQ celkově nižší	IQ průměrné nebo vyšší, specifické obtíže s učením
prognóza: pravděpodobnost nutnosti asistence	lepší prognóza pro samostatný život
komorbidita: -	více přidružených poruch
více jednoduchý rituálů, stereotypy,	obsesivní zájmy a rituály, sofistikované zájmy, rigidní myšlení a chování – komplexní charakter
sociální odtaživost a problémy v sociální interakci	kontakt potřebuje, ale obtíže v iniciaci, sociální kontakt, porozumění situaci

Zdroje:

- www.autistik.eu
- www.jan-olomouc.cz – o.s. v Olomouci – Jdeme Autistům Naproti
- www.autistickedite.cz -> ABC (Autismus bez cenzury, Ostrava)
- www.adam-pas.cz -> Autistické děti a my (Ostrava)
- www.autismus.cz – portál o autismu
- www.apla.cz – zastřešuje veřejně prospěšné organizace, které uplatňují postupy a metody při práci s osobami s PAS uznávané odbornou veřejností – kurzy, školení, diagnostika
- dále: Mikasa, Za sklem, Áčko (Valašské Meziříčí), ČS ABA (Česká odborná společnost Aplikované behaviorální analýzy), Autistická škola v Brně
- *2. duben* – **Světový den porozumění autismu**
- **THOROVÁ, Kateřina**. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9.
    - APLA Praha
    - Jedna z hlavních odborníků na PAS
- **ATTWOOD, Tony**. *Aspergerův syndrom: porucha sociálních vztahů a komunikace*. Vyd. 2. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Portál, 2012. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0193-9.
- **RICHMAN, Shira**. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vydání třetí. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2015. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0984-3.
- **BARBERA, Mary Lynch** a **Tracy RASMUSSEN**. *Rozvoj verbálního chování: jak učit děti s autismem a jinými neurovývojovými poruchami*. Přeložil Helena VAĎUROVÁ, přeložil Vladimír VAĎURA. Brno: Masarykova univerzita, 2018. ISBN 978-80-210-9212-9. (Vhodná pro děti s neurovývojovým, s těžkým mentálním postižením nebo autismem – dobrá publikace)
- **VOSMIK, Miroslav** a **Lucie BĚLOHLÁVKOVÁ**. *Žáci s poruchou autistického spektra v běžné škole: možnosti integrace na ZŠ a SŠ*. Praha: Portál, 2010. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-687-2.
- **HRDLIČKA, Michal** a **Vladimír KOMÁREK**, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.
- **TUCKERMANN, Antje, Anne HÄUSSLER** a **Eva LAUSMANN**. *Strukturované učení v praxi: uplatnění principů Strukturovaného učení v prostředí běžné školy*. V Praze: Pasparta, 2014. ISBN 978-80-905576-3-5.
- **ČADILOVÁ, Věra** a **Zuzana ŽAMPACHOVÁ**. *Strukturované učení: vzdělávání dětí s autismem a jinými vývojovými poruchami*. Praha: Portál, 2008. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-7367-475-5.
    - **Čadilová** a **Žampachová** – důležitá jména
- **HLADKÁ, Lenka** a **Alena PAVLIŠTÍKOVÁ**. *Struktura a strukturované úkoly pro děti s autismem*. [Proboštov]: Ladislav Pavlištík, 2008. ISBN 978-80-254-2356-1. (Cílená na prostředí mateřské školy)
- **JACOBS, Debra S**. a **Dion E. BETTS**. *Nácvik sebeobsluhy a sociálních dovedností u dětí s autismem*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0498-5.
- **PATRICK, Nancy J.** Rozvíjení sociálních dovedností lidí s poruchami autistického spektra: tipy a strategie pro každodenní život. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-867-8.
- **SOLOVSKÁ, Vendula**. *Rozvoj dovedností dospělých lidí s mentálním postižením*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0369-8.
- **BĚLOHLÁVKOVÁ, Lucie**. *Rozvoj sociálních dovedností: metodika práce u lidí s Aspergerovým syndromem*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha, střední Čechy, [2013?]. ISBN 978-80-87690-05-5.
    - Důležité jméno
- **DARDIG, Jill C**. a **William L. HEWARD**. *Domluvme se: kniha o smlouvách dětí a rodičů*. Ilustroval Ann PEARLE, přeložil Martin MAREČEK, přeložil Barbora CHRUDINOVÁ. Brno: Masarykova univerzita, 2018. ISBN 978-80-210-8900-6.
    - Dohoda mezi jedincem s PAS a osobou
- **BÜCKEN-SCHAAL, Monika**. *Emoce – Obrázkové karty: pro porozumění emocím a rozvoj sociálních dovedností*. Přeložil Alice WALLINGEROVÁ. V Praze: Pasparta, [2018]. ISBN 978-80-88290-10-0.
- **BOŘKOVCOVÁ, Magdalena**. *Děti spolu: kreslené příběhy pro rozvoj sociálních dovedností*. V Praze: Pasparta, 2019. ISBN 978-80-88290-41-4.
- **STRAUSSOVÁ, Romana**, **Monika KNOTKOVÁ** a **Ivana MÁTLOVÁ**. *Obrázkový slovník sociálních situací pro děti nejen s poruchou autistického spektra*. 2. upravené vydání, v tomto nakladatelství 1. vydání. Ilustroval Iva ROŠTÁROVÁ. Praha: CTA, Centrum terapie autismu, 2017. ISBN 978-80-906900-0-4.
- pro menší děti – **obrázkové slovníky**
    - Je jich spousta např. od: APLA, pasparta
    - Obrázkovník pro správné chování: etiketa, bezpečnost, hra a doprava (pasparta)
    - **STRAUSSOVÁ, Romana** a **Iva ROŠTÁROVÁ**. *Sebeobsluha u dětí s poruchou autistického spektra*. Praha: Asociace pomáhající lidem s autismem – APLA Praha, střední Čechy, c2012. ISBN 978-80-87690-01-7.
        - Obrazový postup základních činností sebeobsluhy
    - Sebeobslužné a praktické dovednosti – Praktický průvodce pro pedagogy, pracovníky v sociálních službách a rodiče dětí s poruchou autistického spektra (Apla)
- Didaktický materiál – **piktogramové knížky**
    - Koucourek Matýsek; Pohádky s piktogramy; Pohádka o veliké řepě; Pohádka o Koblížkovi; Pohádka o dvanácti měsíčkách (pasparta)
- Autismus (logos) – s vysokofunkčním a nízkofunkčním autismem
- Pracovní sešit – „Školák se speciálními vzdělávacími potřebami“
- Praktické metodické postupuy při edukací dětí a žaků s PAS – Čadilová a kol.
- VYKUK – klinickalogopedie.cz
    - Gramatická českého jazyka

JINÉ DUŠEVNÍ PORUCHY

F00-F09 Organické duševní poruchy včetně symptomatických

F10-F19 Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek

- obsahuje široké spektrum nemocí různé tíže a různých klinických forem, které však všechny sdílejí společný jmenovatel, kterým je užívání psychoaktivních substancí, které mohou, ale nemusejí být předepsány lékařem
- každá duševní nebo behaviorální porucha, která vznikla jako důsledek užívání jedné nebo více psychoaktivních látek (alkohol, opioidy, sedativa, stimulancia, halucinogeny, inhalační látky,…)
- klinické stavy, které se mohou u těchto osob vyskytovat: akutní intoxikace; nebezpečné (škodlivé) užívání; syndrom závislosti; odvykací stav; odvykací stav s deliriem; psychotická porucha; amnestický syndrom; poruchy nálady; úzkostná porucha; poruchy spánku
- F10 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním alkoholu
- F11 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním opioidů
- F12 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kanabinoidů
- F13 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním sedativ nebo hypnotik
- F14 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním kokainu
- F15 - Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním jiných stimulancií, včetně kofeinu
- F16 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním halucinogenů
- F17 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním tabáku
- F18 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním prchavých rozpouštědel
- F19 – Poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním více drog a jiných psychoaktivních látek
- při přijmu některých látek (nejen alkoholu) se neustále zvyšuje množství alkoholu k dosažení stejného zážitku – tzv. **tolerance**
- klinické stavy, které se mohou u těchto osob vyskytovat a značí se u položek F10–F19:
    - .0 akutní intoxikace
        - stav po aplikaci psychoaktivní látky vedoucí k poruchám úrovně vědomí, poznávání vnímání, emotivity nebo chování, nebo jiných psychofyziologických funkcí a reakcí
        - poruchy jsou vyvolány přímým akutním farmakologickým působením a časem mizí, s úplným návratem, pokud nedojde k poškození tkání, nebo se neobjeví jiné komplikace
        - za komplikace počítáme: úraz, vdechnutí zvratků, delirium, kóma, křeče, eventuálně další zdravotní obtíže
        - původ komplikací je odvislý od substance a způsobu použití
    - .1 škodlivé (nebezpečné) použití
        - př. užití psychoaktivní látky vedoucí k poruše zdraví. Poškození může být somatické (hepatitida při injekčním podání) nebo psychické (epizody sekundární deprese až těžký alkoholismus)
        - abúzus psychoaktivní látky
    - .2 syndrom závislosti
        - soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, priorita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav
        - syndrom závislosti může být přítomen pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí
    - .3 odvykací stav
        - skupina příznaků různého seskupení a stupně závažnosti, vyskytující se při absolutním nebo relativním odvykání psychoaktivní látky po jejím dlouhotrvajícím užívání
        - nástup a průběh odvykacího stavu jsou časově ohraničeny a mají vztah k typu psychoaktivní látky a dávce, která byla užita bezprostředně před zastavením nebo redukcí užívání
        - odvykací stav může být komplikován křečemi
    - .4 odvykací stav s deliriem
        - stav, definovaný charakteristikou .3 na čtvrtém místě, je komplikován deliriem, jak je definováno v F05.–
        - mohou se také objevit křeče
        - pokud je podezření, že organické faktory hrají roli v etiologii, stav by měl být zařazen do F05.8.

- .5 psychotická porucha
  - soubor psychotických fenomenů, které se objevují během použití psychoaktivních látek nebo po něm, které však nelze vysvětlit pouze akutní intoxikací a nejsou součástí odvykacího stavu
  - porucha je charakterizována:
    - halucinacemi - typicky sluchovými, ale často ve více než jen v jedné senzorické modalitě,
    - percepčními zkomoleními,
    - bludy - často paranoidní nebo persekuční povahy,
    - psychomotorickými poruchami (vzrušením nebo stuporem),
    - abnormálním afektem, který se může objevit v rozsahu od intenzivního strachu až k extázi
  - vědomí je obvykle jasné, ale určitý stupeň jeho zastření může být přítomen, nikoliv však těžký stav zmatenosti
- .6 amnestický syndrom
  - syndrom sdružený s výrazným chronickým postižením paměti na nedávné i vzdálené skutečnosti
  - bezprostřední vybavování je obvykle zachováno a čerstvá pamět je typicky více poškozena než paměť dávná
  - narušení pocitu času a řazení událostí jsou obvykle zřejmé, jako je porušena schopnost učit se novému
  - konfabulace může být vyjádřena, ale není vždy přítomna
  - jiné kognitivní funkce mohou být relativně dobře zachovány a amnestické defekty jsou v nepoměru k ostatním poruchám
- .7 Psychotická porucha reziduální a s pozdním nástupem
  - porucha, u níž změny v poznávání, afektu, osobnosti nebo chování, vyvolané alkoholem nebo psychoaktivní substancí, přetrvávají za období, kdy přímý účinek ve vztahu k psychoaktivní látce může být předpokládán
  - nástup poruchy by měl mít přímý vztah k užití psychoaktivní látky
  - případy, kdy se úvodní nástup stavu objevuje později než epizoda (epizody) užití látky, by měl být kódován zde jen tehdy, je-li dosažitelný jasný a přesvědčivý doklad, že tento účinek můžeme přisoudit reziduálnímu účinku psychoaktivní látky
  - „Flashbacks" mohou být částečně odlišeny od psychotického stavu svou epizodickou povahou, běžně velmi krátkého trvání a svým opakováním dřívějších zkušeností ve vztahu k alkoholu nebo jiné psychoaktivní látce
- .8 jiné duševní poruchy a poruchy chování
- .9 neurčené duševní poruchy a poruchy chování

- **zvláštnosti abúzu alkoholu a jiných návykových látek u dětí**
  - nevyzrálost metabolických procesů a nízká tolerance zpomaluje eliminaci návykových látek, takže hrozí těžší tělesné poškození a nebezpečí otravy
  - závislost se rozvíjí rychleji a vzhledem k nedostatku zkušeností a sociálních dovedností jsou zde závažnější rizika
  - poškození poznávacích funkcí alkoholem → horší studijní výsledky
  - při prevenci a léčbě je nezbytné pracovat i s rodinou
  - pro dospívání je do značné míry typická tendence testovat hranice, přehánět, riskovat
  - to zvyšuje riziko úrazů a násilného chování pod vlivem alkoholu a jiných látek

F20-F29 Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy

- poruchy se vyznačují přítomností psychotických příznaků
- vyskytují se bludy a zřetelné halucinace bez náhledu na jejich patologický původ
- kromě bludů a halucinací se vyskytují další pozitivní příznaky schizofrenie (např. dezorganizované myšlení a řeč, katatonní chování apod.)
- ztráta schopnosti ohraničit svoje „já", postižení při kontrole reality

F20 Schizofrenie

- porucha s charakteristickým narušením myšlení a vnímání, přičemž emotivita neodpovídá situaci nebo je oploštělá (afekty jsou nepřiměřené nebo otupělé)
- jasné vědomí a intelektuální kapacita jsou obvykle zachovány, ačkoliv v průběhu doby se mohou vyvinout určité kognitivní defekty
- příznaky:
  - ozvučování myšlenek – jedinec má pocit, že jeho myšlenky, pocity apod. jsou známé jiným osobám, že je ostatní „slyší"
  - vkládání nebo odmítání myšlenek
  - vysílání myšlenek

  - bludy – působení přirozených nebo nadpřirozených sil, které ovlivňují myšlenky nebo činy jedince (bludné vnímání a bludy ovládání)
  - pasivita nebo ovlivňování
  - sluchové halucinace, které komentují nebo diskutují o pacientovi ve třetí osobě
  - poruchy myšlení a negativní příznaky
- příznaky se dělí na:
  - pozitivní – nadměrné nebo zkreslené vyjádření normálních funkcí (bludy, halucinace, dezorganizace řeči, katatonní chování)
  - negativní – oslabení nebo ztráta normálních funkcí (oploštělá emotivita), redukce plynulosti a produktivity myšlení a řeči (alogie), abulie
- průběh schizofrenických poruch je bud' trvalý nebo epizodický s narůstajícím nebo trvalým defektem, anebo může být jedna nebo více atak s úplnou nebo neúplnou remisí
- diagnóza schizofrenie by neměla být stanovena za přítomnosti rozsáhlých nebo manických symptomů, pokud není jasné, že schizofrenní příznaky předcházely afektivní poruchu
- schizofrenie by rovněž neměla být diagnostikována v přítomnosti zřejmého onemocnění mozku nebo během stavů intoxikace nebo odnětí drogy
- subtypy schizofrenie:
  - paranoidní schizofrenie
    - dominují relativně stálé paranoidní bludy (pronásledování, o vznešeném rodu nebo zvláštním poslání)
    - doprovázeny halucinacemi (sluchovými – hlasy varující nebo přikazující) a dalšími poruchami vnímání
    - není přítomno narušení emotivity, vůle, řeči a katatonní příznaky
  - hebefrenní schizofrenie
    - začíná obvykle v adolescenci nebo časném věku dospělosti
    - v popředí jsou emotivní změny, proměnlivé a nesystemizované bludy a halucinace, nevhodné a nepředvídatelné chování, manýrismus
    - nálada je oploštělá, nepřiměřená, myšlení narušené, řeč inkoherentní
    - tendence k sociální izolaci
  - katatonní schizofrenie
    - v popředí jsou zřetelné a rušivé psychomotorické příznaky, které mohou střídavě měnit svou podobu mezi extrémy (hyperkineze – zuřivý neklid, až stupor – strnulé postoje)
    - vosková ohebnost – udržování těla v poloze, která je nastavena jinou osobou
    - negativismus – odpor ke všem instrukcím nebo pokusům o pohyb
    - kombinace se snovými stavy a halucinacemi
  - nediferencovaná schizofrenie
    - symptomy nelze zařadit k žádným subtypům (nejsou dostatečně zřetelné nebo naplňují více subtypů)
  - reziduální schizofrenie
    - chronické stádium ve vývoji schizofrenního onemocnění
    - zpomalení psychomotorického tempa, hypoaktivita, oploštělá emotivita, pasivita a ztráta iniciativy, chudost množství nebo obsahu řeči, slabá neverbální komunikace, zhoršení péče o sebe a zhoršení sociální výkonnosti
  - simplexní schizofrenie
    - porucha, při níž dochází k plíživému, nicméně postupujícímu rozvoji podivínského chování, neschopnosti plnit požadavky příslušného společenství a k poklesu celkového výkonu
    - podobné reziduální schizofrenii, ale nepředchází jim zjevné psychotické příznaků (nikdy se neobjevily bludy a halucinace
    - ztráta temperamentu, zájmů, bezcílné chování, zaměřenost do sebe, sociální izolace, apatie, hypoaktivita, chudá řeč, oploštělá emotivita, nedostatek iniciativy, narušena neverbální komunikace (mimika, zrakový kontakt, modulace hlasu apod.)
    - pokles sociální, studijní nebo pracovní výkonnosti
  - postschizofrenní deprese
    - vzniká po odeznění schizofrenie (v předchozích 12 měsících byly přítomny příznaky schizofrenie, teď už nejsou)
    - mohou být přítomny schizofrenní příznaky, ale v klinickém obraze nepřevládají
- v dnešní době zastáván názor, že léčba schizofrenie se skládá z více metod
- neodmyslitelnou součástí léčby jsou psychofarmaka
- průběh samotné schizofrenie se dělí na několik etap → totéž platí o léčbě
  - akutní léčba
    - cílem této léčby je co nejrychlejší eliminace tzv. pozitivních příznaků
    - pacient totiž bývá agresivní, hyperaktivní, jeho mysl je zahlcována bludy a halucinacemi → zaměřuje na nejnebezpečnější fázi schizofrenie

        - klientovi jsou podávána psychofarmaka a zároveň by mělo dojít k sociální intervenci a zahájení psychoterapie
        - důležité je co nejoptimálnější prostředí pro léčbu, klid a podpora nejbližších
        - léčba trvá přibližně 4–8 týdnů
    - fáze stabilizace
        - cílem fáze stabilizace je udržení zlepšeného stavu po první fázi léčby
        - nemocný obvykle odchází z hospitalizace, přesto ale stále ještě přetrvávají negativní příznaky a kognitivní deficit (ustupují během 6–12 měsíců), navíc může dojít k relapsu
        - nadále pokračují psychoterapie a farmakoterapie
        - během této etapy léčby je nutné dodávat nemocnému naději, co nejvíce jej podporovat a spolupracovat jak s lékaři, tak se sociálními pracovníky
    - fáze stabilní
        - cíl především předejití relapsu a dosažení i udržení remise
        - dávky psychofarmak jsou omezovány na nutné minimum a dochází ke stále častějším pokusům o resocializaci nemocného (pomoc při navazování nových sociálních kontaktů, pomoc při hledání vhodného zaměstnání apod.)
        - doporučuje se kognitivně-behaviorální psychoterapie
- psychofarmaka: *klozapin, olanzapin, amisulprid, risperidon, zotepin, ziprasidon, quetiapin*
- psychoterapie:
    - specificky je zaměřena na nácvik sociálních dovedností a sociálních vztahů, vedoucích k postupnému návratu do rodinného a společenského dění
    - především denní kliniky (stacionáře), psychosociální centra, socioterapeutické kluby, svépomocné skupiny nemocných a jejich příbuzných
    - snahou všech uvedených zařízení je pomoci nemocnému převzít část odpovědnosti za svůj stav, aktivně se zúčastnit léčení
    - ústředním motivem psychoterapeutických snah je podpora pacienta ve vědomí, že není pasivní obětí příznaků psychózy, nýbrž že se jim může účinně bránit a vítězit
- specifika schizofrenie u dětí:
    - varovné příznaky, kdy by měl pediatr dítě odeslat na psychiatrické vyšetření
        - dítě se náhle izoluje nebo naopak hledá pomoc u svého okolí (upnutí se na někoho)
        - opakující se dotazy ve smyslu – Nezlobíš se? Není to špatně? Je to tak dobře?
        - objevují se náhlé, neodůvodnění poruchy chování, změny nálady, odmítání sociálního kontaktu
        - denní snění, nesoustředěnost, poruchy paměti, neschopnost učit se novému
    - prodromální stádium (soubor nespecifických příznaků ohlašující příchod nemoci) u dětí
        - neadaptivní osobnostní rysy
        - snížená frustrační tolerance
        - zvýšená impulzivita
        - afektivní rapty (prudké záchvaty zuřivosti)
        - poruchy kognitivních funkcí spojené se školním selháváním
    - prodromální stádium u adolescentů
        - neadekvátní vztah k realitě
        - neschopnost empatie, emoční oploštělost
        - narušení interpersonálních vztahů, izolace od vrstevníků, nezájem o opačné pohlaví
        - špatná emoční kontrola
        - kognitivní zhoršení
        - školní maladaptace (prospěchová i sociální)
        - pozvolná ztráta všech zájmů

F22 Trvalé duševní poruchy s bludy/Poruchy s trvalými bludy

- poruchy, u kterých jedinou nebo nejnápadnější charakteristikou jsou dlouhodobé bludy a které nemohou být klasifikovány jako organické, schizofrenní nebo afektivní
- rozvoj buď jediného bludu, nebo několika vzájemně propojených bludů s velmi rozmanitým obsahem
- nejsou přítomny trvalé halucinace ani bludy kontrolovatelnosti (stav, kdy má pacient pocit, že jeho vlastní vůle je řízena vnější vůlí)

- nejčastější bludy:
    - perzekuční – věří, že jsou obětí organizovaného spiknutí, že jsou sledováni, jejich telefon je odposloucháván, jejich pověst je pomyslně poškozována, …
    - velikášské, megalomanské – věří, že jsou něčím neobvyklým, výjimečným, mají vynikající talent nebo schopnosti

- hypochondrické
- žárlivecké
- erotomanické – jsou přesvědčen, že jsou milováni jinou osobou, obvykle z vyšší sociální skupiny (filmová hvězda apod.), mohou se snažit s touto osobou navázat kontakt apod.

F30-F39 Afektivní poruchy (poruchy nálady)

- hlavním projevem je změna nálady nebo afektu ve smyslu snížení (deprese se současnou úzkostí nebo bez ní) nebo zvýšení (hypománie, mánie)
- změny nálady jsou doprovázeny změnou všeobecné úrovně aktivity
- tendence k periodicitě, začátek jednotlivých epizod bývá často spojen se zátěžovými situacemi

F 30 Manická fáze/epizoda

- hypománie
  - charakteristická trvale mírně nadnesenou náladou, vzrůstem energie a aktivity a pociťovaným prožitkem dobré pohody a vysoké fyzické i duševní výkonnosti
  - zvýšená sociabilita, hovornost, nenucenost, zvýšená sexuální energie a snížená potřeba spánku
  - projevy nevedou k závažnému narušení pracovní schopnosti nebo k sociální izolaci
  - začíná náhle, trvá nejméně 4 dny -> až několik měsíců
- mánie
  - nálada je zvýšená nezávisle na okolnostech, může přecházet od neomalené žoviálnosti až po nekontrolovatelné vzrušení
  - hyperaktivita, nadměrná hovornost, snížená potřeba spánku, neschopnost udržet pozornost
  - zvýšené sebehodnocení, velikášské myšlenky, ztráta sociálních zábran (nevhodné chování, příliš riskantní)
  - vzrušení může přejít v agresivitu, zuřivost
  - mohou být přítomny bludy a halucinace (mánie s psychotickými příznaky)
  - trvá týden až několik měsíců
- léčba: stabilizátory nálady, antipsychotika, režimová opatření, akutní fáze si vyžaduje často hospitalizaci, zjišťujeme, jestli se nejedná o bipolární poruchu – zajišťujeme následnou pravidelnou péči sledování

F 31 Bipolární afektivní porucha

- cca 5% lidí
- porucha vyznačující se dvěma nebo více epizodami, při nichž je úroveň nálady a aktivita pacienta zřetelně narušena
- střídání depresivní epizody a manické epizody, někdy jenom hypomanie a několik depresivních fází
- celoživotní onemocnění, začíná obvykle v adolescenci
- různě dlouhá remise se zranitelností ke stresu
- podobně jako schizofrenie si vyžaduje spolupráci rodiny, sledování
- sebevražednost je vyšší než u deprese, cca 30%
- léčba:
  - nastavení pravidelného režimu, rozpoznání rizikových situací, eliminace stresorů, edukace k časnému rozpoznání relapsu
  - důležitý je terapeutický vztah (v manické fázi často přestanou brát léky, chodit na sezení, utrácí, nedají si poradit okolím, mají velké nápady a plány)
  - psychofarmaka – stabilizátory nálady, antipsychotika
- specifika u dětí:
  - zdá se být dědičná
  - u dětí se objeví nejčastěji mezi 15 - 19 rokem, ale může být už od 6 let
  - značná emocionální instabilita
  - nepravidelnost fyziologických funkcí
  - nepřizpůsobivost dítěte
  - u adolescentů – střídání obou period je rychlejší a je méně pravidelné než u dospělých
  - vysoká komorbidita s jinými dg - ADHD, s poruchami chování, s abúze drog

F 32 Depresivní fáze/epizoda

- četnost: 25% žen a 12% mužů (během celého života)
- chronický stav projevující se depresivními rysy
- mírná X střední X těžká
- trvá minimálně 2 týdny

- projevy:
  - porucha nálady, anhedonie (neschopnost prožívat štěstí), beznaděj, ztráta zájmu, nedostatek emočních reakcí
  - změna myšlení a vnímání - náhled na sebe jako na nekompetentního, neschopného, úspěchy se zdají nahodilé, sebeobviňování, snížená schopnost myslet, koncentrovat se a rozhodovat
  - ztráta chuti k jídlu
  - změny psychomotoriky - útlum, hypobulie, agitovanost
  - poruchy intelektu - snížení, zhoršení koncentrace
  - porucha spánku (probouzení 2 hodiny před probuzením), pokles libida
  - u dětí může vypadat jako porucha chování – vzdorovitost, zhoršení prospěchu, podrážděnost…
    - dá se poměrně dobře prozkoumat okolí (rodina), např. rodinné predispozice apod.
- průběh:
  - mívá chronický průběh
  - spouštěče - stres, změna rolí, náročné životné situace
  - remise = bezpříznakové období
  - úzdrava = nejméně 4 měsíce bez příznaků
  - relaps = návrat příznaků před dosažením úzdravy
  - rekurence = návrat příznaků v období úzdravy
- suicidium 15%
- relaps/rekurence do 6 let od úzdravy: 90%
- léčba:
  - antidepresiva, psychoterapie, biologická léčba
  - režim!
  - zjišťování příčin – může být příčinou jiná nemoc
  - ne vždy má pacient náhled na nemoc, myslí si, že způsob jeho uvažování je normální, nebo že si za to může sám, protože je líný apod.
  - lehčí stavy se dají zvládnout pomocí:
    - užívání byliny třezalka tečkovaná
    - terapie světlem, resp. Pravidelný pobyt venku, cvičení, režim, osvětlení prostorů atd.
    - psychoterapie, umělecké terapie, meditace apod.
- specifika nemoci u dětí:
  - již u kojenců (když tratí rodiče/pečovatele, výrazná změna v životě - nové prostředí)
  - ztrácí zájem a radost z činností, pokleslá nálada a plačtivost, podrážděnost, bez energie, poruchy pozornosti, zhoršený prospěch a chování, nízká sebeúcta, podceňování, cítí se nemilovaný, případné sebepoškozování
  - navíc se může projevit poruchy příjmu potravy, sebevražedné myšlenky a pokusy, poruchy spánku, enuréza-enkopréza, poruchy chování, abúzus
  - 2 základní syndromy:
    - kognitivní – negativní pohled na sebe, na svou aktuální situaci a na budoucnost (pocit beznaděje a bezmoci, vlastní neužitečnosti, odmítání a viny
    - inhibiční – útlum, depresivní nálada, neschopnost prožívat kladné emoce a city

F 33 Rekurentní/periodická depresivní porucha

- opakované depresivní epizody bez manických

F 34 Afektivní poruchy (trvalé poruchy nálady)

- trvají 2 roky nebo déle, proměnlivá závažnost
- .0 cyklotymie – nestabilní nálady, několik period deprese a hypománie s meziobdobím normální nálady
- závažnost hypománie, mánie a deprese nesplňují kritéria pro předchozí diagnózy

- .1 dystymie
  - neustále se vracející depresivní nálady, období normální nálady je krátké, nevyskytují se epizody hypománie
  - cca 5% lidí
  - chronické onemocnění

- je těžké ji rozpoznat
- dlouhodobá subdeprese, anhedonie, bez energie, výčitky, nízké sebevědomí, poruchy spánku, zvládá každodenní nároky s velkým úsilím
- průběh: subdepresivní období se střídá s normálním, často hledá úlevu v alkoholu, lécích na spaní, anxiolyticích (závislost)
- léčba**:** antidepresiva, psychoterapie

F40-F49 Neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy

F40 Fobické úzkostné poruchy

- úzkost vázána na specifické situace, které nevyvolávají běžně úzkost, zároveň je přítomna i anticipační úzkost a snaha se situacím vyhnout
- poruchy, při nichž je úzkost, často přecházející v paniku, vyvolávána pouze nebo převážně určitými, dobře definovanými situacemi, které v daném okamžiku nejsou nebezpečné
- důsledek: vyhýbání se takovým situacím
- projevy: palpitace, pocit mdloby – spojené se sekundárním strachem ze smrti, nebo ze zešílení
- typy fobií:
  - .0 agorafobie – strach z prostor - opuštění domu, vstupu do obchodů, shluku lidí, cestování ve veřejných dopravních prostředcích
    - v 80% případů se agorafobie rozvíjí následkem panického záchvatu – poté se člověk děsí stejné situace, spouštěči se snaží vyhnout, s následky jako narušení sociálního chování, změny emocí
  - .1 sociální fobie – strach ze zkoumavých pohledů → vede ke strachu ze styku s jinými lidmi (vyřizování, před publikem, s neznámými lidmi,…)
  - .2 specifické (izolované) fobie – fobie omezené na vysoce specifické situace
    - typ živočišný – arachnofobie, lutrafobie (vydry :D)
    - typ přirozeného prostředí – výška (akrofobie), bouřka, voda
    - typ krev – injekce – rána (hematofobie, belonefobie – jehla
    - typ situační – letadlo, výtahy, uzavřené prostory
    - jiný typ – nakažení nemoci, různé situace (užívání veřejného WC apod.)
- léčba: expozice – s cílem habituovat se na zdroj úzkosti; bývá postupná, může začít imaginací, korekce pacientových zkreslených negativních předsudků o sobě samém a okolním světě, nácvik stresujících situací, vysoká úspěšnost
- specifika u dětí:
  - v předškolním věku se fobie (vzhledem k rozvoji fantazie dětí) rychle utváření, ale také rychle mizí
  - pravá školní fobie – dítě se bojí zcela specifických situací ve škole (vlastního selhání, učitelů, kontaktu se spolužáky)
    - nutné odlišit od separační úzkosti, která může přetrvávat o v raném školním věku, nebo může být reaktivována traumatickým zážitkem
    - odlišení: dítě trpí pravou školní fobii, když dobře snáší odloučení od rodiny v jiných situacích (letní tábor apod.)

F 41 Jiné úzkostné poruchy

- poruchy, u nichž je hlavními příznaky projevy úzkosti a které nejsou omezeny na žádnou určitou okolní situaci
- úzkost, na rozdíl od strachu, nemá konkrétní obsah. Strach se naopak vždy váže na různé konkrétní předměty či situace
- typy poruch:
  - .0 panická porucha
    - opakované ataky těžké úzkosti, nejsou omezena na nějakou situaci, nelze je předvídat
    - úzkost přichází v záchvatech, bez zjevné příčiny
    - projevy – akutní tělesné potíže (třes, bušení srdce, pocení, stěžené dýchání), dramatický průběh, záchvat nebývá bezprostředně po stresoru, spíše v klidu, v noci, často je pacient přesvědčen, že je tělesně nemocný
    - následně strach z opakování, který se někdy váže na osoby, místa a situace, samotné obavy mohou znovu spustit další ataku
    - léčba**:** zklidnění, řízené dýchání, edukace o zdrojích potíží, srovnání se s prožíváním úzkosti
  - .1 generalizovaná úzkostná porucha

        - všeobecná trvalá úzkost, která není omezena pouze nebo převážně na zvláštní okolnosti prostředí, trvalá nervozita, napětí jedince
        - volně plynoucí úzkost vztahující se k běžným životním tématům, kterými se nemocný nadměrně zaobírá, postupně se na sebe různá témata nabalují
        - typická jsou metapřesvědčení: „to, že si dělám starosti, mi pomáhá připravit se na budoucí problémy"; „když si přestanu dělat starosti, něco špatného se přihodí"
        - vede k vyčerpání, neschopnosti vykonávat některé běžné činnosti, omezování ostatních, zhoršení vztahů
        - léčba**:** podpůrná psychoterapie, diskuse o potížích a myšlenkách, snažíme se dosáhnout náhled
    - .3 smíšená úzkostně-depresivní porucha
        - přítomny oba příznaky, ale žádný nesplňuje závažnost ke stanovení samostatné diagnózy
        - úzkostné i depresivní příznaky – nesplňují kritéria jiných diagnóz
        - méně nápadná, chroničtější
        - *úzkostní příznaky***:** nespavost, tenze, podrážděnost, přecitlivělost, sklony k plačtivosti
        - *depresivní příznaky*: dysforie, snížené sebevědomí, pesimismus, smutek, únavnost
        - demonstrativní sebevražedné pokusy
        - je náročné ji rozpoznat
        - léčba**:** antidepresiva a psychoterapie
- specifika u dětí:
    - brzdí další vývoj dítěte
    - dítě se stahuje a stává se pasivním nebo naopak je velmi neklidné
    - manifestuje se poruchami jídla, spánku (problémy s usínáním, noční můry a děsy) a tzv. neurotické návyky (cucání palce, okusování nehtů, trhání vlasů -> slouží k uvolnění napětí)

F42 Obsedantně kompulzivní porucha

- rekurentní obsedantní myšlenky nebo kompulzivní činy
- obsese – nutkavá myšlenka, vtíravá, úmorná, stereotypní, opakující se, vnímaná jako vlastní, uvědomuje si, že je neužitečná nebo absurdní (rozdíl mezi bludem), ale nedokáže se ji zbavit, zároveň nutí k aktivitě, nedá se ignorovat, nečinnost je zhoršuje (jedincem vnímány jako vlastní myšlenky)
    - příklad: *Nic se nesmí dotknout vlasů, jinak si může později vyčítat, že mu kvůli tomu vypadali. Nemůže psát, protože se mu někdy třepe ruka a ta by mu mohla ustřelit k vlasům, nemůže sám jíst, chodit může jen, když má ruce u těla, potřebuje někoho, kdo bude sledovat, jestli se něco neblíží k jeho vlasům.*
- kompulze – nutkavé činy, které úzkost dočasně odbourají, snaha o prevenci nějaké bizarní události, která by mohla mít negativní dopad
    - kompulzivní činy: opakované, stereotypní chování, nejsou příjemné a ani nepřispívají k řešení podstatných užitečných úkolů - snaží se předcházet určitým událostem, objektivně nepravděpodobným, kterých se obává. Ví, že jeho jednání je nesmyslné a neúčinné a pokouší se mu čelit, což je doprovázeno úzkostí → snaha vzdorovat, úzkost se zvyšuje
- specifika u dětí:
    - začíná obvykle ve středním školním věku nebo adolescenci
    - klinický obraz se neliší od dospělých
- kritéria diagnózy**:** objevují se nadbytečně, neproduktivně, spojují se s úzkostí, strachem, ritualizace, omezení vztahů a fungování
- léčba: axiolitika
    - často přinese úlevu již vědomí o nemoci
    - důležité je nepodlehnout kompulzím (spojují se s úlevou od úzkosti, ale zároveň se opakováním posilují), při expozici probíhá výuka zvládání pocitu úzkosti

F43 Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení

- .0 Akutní reakce na stres - přechodná porucha (hodiny, max. dny), odpověď na vnější fyzickou nebo duševní zátěž, omráčení s neschopností pochopit podněty a orientovat se -> uzavření se do sebe nebo naopak agitovanost, příznaky panické úzkosti (tachykardie, pocení, zčervenání), částečná nebo úplná amnézie na epizodu
- .1 Posttraumatická stresová porucha - opožděná a protrahovaná odpověď na stresovou událost, která měla nebezpečný nebo katastrofický charakter; epizody znovuprožívání traumatu v podobě živých vzpomínek

(flashbacky), snů nebo nočních můr; ochromení, emoční oploštělost, izolace, netečnost vůči okolí, anhedonie (neschopnost prožívat kladné emoce a city) a vyhýbání se činnostem a situacím připomínající trauma

- specifika u dětí:
    - .2 Poruchy přizpůsobení
        - vázány na vnější událost (stěhování, rozpad rodiny, narození sourozence) nebo na změny vnitřní = vývojové (nejčastěji vývojová krize identity u adolescentů)
        - úzkost, deprese, dráždivost, zlost a agresivity, regrese dítěte

F 44 Disociativní (konverzní) poruchy

- částečná nebo úplná ztráta normální integrace mezi vzpomínkami na minulost, uvědomění si vlastní identity a bezprostředních pocitů, a ovládání tělesných pohybů
- tendence opakování po několika týdnech nebo měsících, zvláště jestliže jejich výskyt byl spojen s traumatizující životní událostí
- .0 disociativní amnézie - ztráta vzpomínek, obvykle na důležité nedávné události; není způsobena organickou duševní chorobou a je příliš nápadná, než aby mohla být vysvětlena běžnou zapomnětlivostí nebo únavou; amnézie je obvykle soustředěna na traumatické události
- .1 disociativní fuga (útěk) - rysy disociativní amnézie, plus účelné cestování za hranice běžného denního života; ačkoliv je amnézie na dobu fugy, pacientovo chování během ní se může jevit nezávislému pozorovateli zcela normální
- .2 disociativní stupor - diagnostikován na podkladě výrazného snížení nebo vymizení volních pohybů a normální odpovědi na zevní podněty jako světlo, hluk a dotyk, ale vyšetření neukazuje žádné somatické příčiny
- .3 trans a posedlost - dočasná ztráta pocitu osobní identity a plného uvědomování okolí
- .4 disociativní motorické poruchy - ztráta schopnosti pohybovat celou končetinou nebo končetinami nebo jejich částmi
- .5 disociativní záchvaty – mohou napodobovat epileptické paroxyzmy velmi věrně, hlavně pokud se týká pohybů, ale kousnutí do jazyka, úraz při pádu a inkontinence moči jsou vzácné
- .6 disociativní anestezie a ztráta citlivosti - Necitlivé oblasti kůže mají často hranice, které jasně ukazují, že jsou sdruženy s pacientovými představami o tělesných funkcích spíše než s lékařskými vědomostmi

F 45 Somatoformní poruchy

- opakované stížnosti na somatické příznaky, požadavky na lékařské vyšetření navzdory opakovaným negativním nálezům
- problémy nejsou způsobeny somatickými poruchami
- .2 hypochondrická porucha - trvalá a nepřiměřená starost o vlastní zdraví, stěžují si na trvalé obtíže
- specifika u dětí:
    - diagnostikována „Nediferencovaná somatizační porucha“ – tělesné bolesti, dechové obtíže, poruchy hybnosti bývají dítětem líčeny dramaticky, dítě v průběhu celého vyšetření usiluje o upoutání pozornosti -> porucha bývá zájmem rodičů a lékařů fixován

F50-F59 Syndromy poruchy chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory

F50 Poruchy přijmu potravy

- mentální anorexie
    - *porucha charakterizována úmyslným snižováním tělesné hmotnosti* – jedná se odmítání jídla
    - specifické psychopatologie: obavy z tloušťky ovládá myšlenky, následkem je podvýživa a další sekundární endokrinní a metabolické změny a narušení tělesných funkcí (amenorea)
    - dietní omezování, nadměrné cvičení, vyprovokované zvracení a průjmy, užívání anorektik a diuretik
- mentální bulimie
    - posedlost jídlem a sledováním tělesné hmotnosti charakterizované opakovanými záchvaty přejídání, po nich následuje kompenzační chování (záměrně vyvolané zvracení, nepřiměřený tělesný pohyb)
    - emocionální porucha, která se někdy vyskytuje spolu s jinými psychickými onemocněními (deprese obsedantně-kompulzivní porucha
    - střídání období hladovění a přejídání

F51 Neorganické poruchy spánku

- dyssomnie
    - nedostatečné množství a / nebo kvalita spánku, které trvají významně dlouhé časové období
    - zahrnuje obtíže s usínáním (časná insomnie), s udržením spánku (střední), příliš brzké probuzení (pozdní) nebo špatnou kvalitu spánku s následným pocitem nedostatečného zotavení
    - trvá déle jak měsíc a musí se vyskytovat minimálně3x týdně
    - vliv na výkon v běžném životě
- .1 neorganická hypersomnie
    - nadměrná denní ospalost a ataky spánku, které nelze vysvětlit nedostatečným množstvím spánku
    - NEBO přechod k úplnému bdění po probuzení

- musí se objevovat denně po dobu 1 měsíce
- zřetelná nepohoda, omezení výkonu (nejedná se narkolepsii)

- .2 neorganická porucha cyklu bdění a spánku
  - porucha cyklu bdění–spánek je definována jako nedostatek synchronizace mezi jedincovým cyklem spánek–bdění a cyklem, požadovaným pro dané okolí, což má za následek stížnosti bud' na nespavost nebo nadměrnou spavost
- .3 somnabulismus (náměsíčnost)
  - stav porušeného vědomí, v němž jsou kombinovány fenomény spánku a bdělosti
  - epizody vstávání z postele, bezcílné chození, nízká úroveň vědomí a reaktivity
  - amnézie na epizodu
- .4 spánkové/noční děsy
  - epizody extrémního děsu a paniky spojené s intenzivním křikem a neklidem a provázené silnými vegetativními příznaky
- .5 noční můry
  - sen naplněný úzkostí nebo strachem s velmi podrobnou vzpomínkou na obsah snu

F60-F69 Poruchy osobnosti a chování u dospělých

F60 Specifické poruchy osobnosti

- mají tendenci přetrvávat a objevují se jako vyjádření charakteristického životního stylu jedince a způsobu jeho vztahu k sobě i druhým
- některé z těchto stavů a vzorců chování se objevují časně v průběhu individuálního vývoje jako výsledek konstitucionálních faktorů a sociálních zkušeností, jiné se získávají později v životě
- .0 paranoidní
  - nadměrná citlivost k nezdarům či odbývání, trvalá zášť, neomlouvání urážek, podezíravost, tendence chápat mylně skutky jiných jako hostilní nebo opovržlivé, i když jsou vůči jedinci neutrální, patologická žárlivost, nadměrné vyzdvihování vlastní významnosti, konspirační vysvětlování událostí
- .1 schizoidní
  - stažení se od emočních, společenských a jiných kontaktů, s upřednostňování fantazie, samotářství a introspektivní rezervovaností
  - málo činností, emoční chlad, lhostejnost ke chvále či kritice, omezená schopnost vyjadřovat vřelé city nebo zlobu vůči jiným lidem, nedostatek důvěrných vztahů
- .2 disociální
  - lhostejnost ke společenským pravidlům a závazkům, nedostatek citu a chladný nezájem o ostatní
  - velký rozpor mezi chováním a převládajícími sociálními normami, nezodpovědnost, bezohlednost vůči normám a pravidlům
  - neschopnost udržet trvalé vztahy, nízká tolerance k frustraci, neschopnost cítit vinu a poučit se ze zkušenosti, tendence ke svádění viny na jiné
- .3 emočně nestabilní porucha osobnosti
  - emoční nestálost a nedostatečná kontrola impulzivity
- .4 histriónská
  - mělká a labilní emotivita, dramatizace, teatrálnost, nadměrné vyjadřování emocí, sugestibilita, koketérie, egocentričnost, neustálá touha po ocenění, vzrušení a pozornosti
- .5 anankastická
  - obsedantně kompulzivní osobnost charakteristická pocity osobního ohrožení a pochybností, které vedou k nadměrné svědomitosti, umíněnosti, opatrnost
  - přehnané pedantství, perfekcionismus
- 6. anxiózní/úzkostná (vyhýbavá) porucha osobnosti
  - pocity napětí a obav, nebezpečí a méněcennosti, neustálá touha být oblíben a přijímán, přecitlivělost k odmítání a kritice
- .7 závislá
  - trvalé, pasivní spoléhání jedince na jiné osoby, které za něho mají činit rozhodnutí
  - velký strach z odmítnutí, pocity bezmoci a neschopnosti, pasivní souhlas s přáním jiných osob
- narcistická
  - trvalé velikášství a nesměrná pozornost věnovaná sebehodnocení, zaujetí fantaziemi o absolutním úspěchu / moci / kráse apod.
  - potřeba nekonečného obdivu, představa o privilegovanosti, využívání interpersonálních vztahů ve svůj prospěch, chybí empatie, arogantní chování

F 63 Nutkavé a impulzivní poruchy

- př. patologické hráčství, patologické zakládání požárů, patologické kradení (kleptomanie)

F 64 Poruchy pohlavní identity

- př. transsexualismus, transvestitismus dvojí role, porucha pohlavní identity v dětství

F 65 Poruchy sexuální preference

- př. fetišismus, exhibicionismus, voyerismus, pedofilie, sadomasochismus

F70-F79 Mentální retardace (viz předchozí otázky)

F80-F89 Poruchy psychického vývoje

F 80 Specifické vývojové poruchy řeči a jazyka

- .0 specifická porucha artikulace řeči
- .1 Expresivní porucha řeči
- .2 Receptivní porucha řeči
- .3 Landaův-Kleffenrův syndrom

F 81 Specifické vývojové poruchy školních dovedností

- .0 Specifická porucha čtení
- .1 Specifická porucha psaní a výslovnosti
- .2 Specifická porucha počítání

F 82 Specifická vývojová porucha motorických funkcí

F 84 Pervazivní vývojové poruchy

F90-F98 Poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání

F 90 Hyperkinetické poruchy (viz předchozí otázka)

F 91 Poruchy chování (viz předchozí otázka)

F 93 Emoční poruchy s nástupem specifickým pro dětství

- .0 Separační úzkostná porucha v dětství
- .1 Fobická anxiózní porucha v dětství
- .2 Sociální anxiózní porucha v dětství

F 94 Poruchy sociálních funkcí s nástupem v dětství a dospívání

- př. 0. Elektivní mutismus

F 95 Tiky

- př. přechodná tiková porucha, chronické motorické nebo vokální tiky, Touretteův syndrom

F98 Jiné poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a dospívání

- př. neorganická enuréza, neorganická enkopréza, poruchy příjmu potravy v kojeneckém dětském věku, pika kojenců a dětí, stereotypní pohybové poruchy, koktavost, breptavost,

F99 Neurčená duševní porucha

Zdroje:

- THOROVÁ, Kateřina. *Poruchy autistického spektra*. Rozšířené a přepracované vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0768-9
- URBANOVSKÁ, Eva. *Jak pracovat se žákem s poruchami autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011. ISBN 978-80-244-2678-5.
- PASTIERIKOVÁ, Lucia. *Poruchy autistického spektra*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013. ISBN 978-80-244-3732-3.
- ŽAMPACHOVÁ, Zuzana a Věra ČADILOVÁ. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu poruchy autistického spektra nebo vybraných psychických onemocnění: dílčí část*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN 978-80-244-4669-1.
- RICHMAN, Shira. *Výchova dětí s autismem: aplikovaná behaviorální analýza*. Vydání třetí. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ. Praha: Portál, 2015. Speciální pedagogika (Portál). ISBN 978-80-262-0984-3.
- HRDLIČKA, Michal a Vladimír KOMÁREK, ed. *Dětský autismus: přehled současných poznatků*. 2., dopl. vyd. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0686-6.
- SCHOPLER, Eric, Robert Jay REICHLER a Margaret LANSING. *Strategie a metody výuky dětí s autismem a dalšími vývojovými poruchami: příručka pro učitele i rodiče*. Vyd. 2. Přeložil Miroslava JELÍNKOVÁ, přeložil Věra POKORNÁ. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-898-2.
- JELÍNKOVÁ, Miroslava. *Autismus*. Praha: Institut pedagogicko-psychologického poradenství ČR, 1999.
- LESNÝ, Ivan a Jan ŠPITZ. *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1989. Učebnice pro vysoké školy. ISBN 80-04-22922-0.
- ŘÍČAN, Pavel a Dana KREJČÍŘOVÁ. *Dětská klinická psychologie*. 4., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2006. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1049-8.
- SMOLÍK, Petr. *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací : nástin nozologie : diagnostika*. 2. rev. vyd. Praha: Maxdorf, 1997. ISBN 80-85912-18-X.
- VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5.
- BROHM, František, Václav HOLUB a Zdeněk BRUNECKÝ. *Duševní vývoj dítěte a jeho poruchy: příručka pro dětské lékaře*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- DSM-5, MKN-10, MKN -11