

Pavel Zikl

# Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole

- Komplexní péče
- Léčebná rehabilitace ve škole
- Polohování
- Pomůcky pro děti s tělesným postižením





# Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole

- Komplexní péče
- Léčebná rehabilitace ve škole
- Polohování
- Pomůcky pro děti s tělesným postižením



**Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy**

*Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude **restně stíháno**.*

Monografie vznikla na Ústavu primární a preprimární edukace Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové na základě výzkumných aktivit tohoto pracoviště.



Univerzita Hradec Králové  
Pedagogická fakulta

**Mgr. Pavel Zíkl, Ph.D.**

## **DĚTI S TĚLESNÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM VE ŠKOLE**

---

### **TIRÁŽ TIŠTĚNÉ PUBLIKACE:**

Vydala Grada Publishing, a.s.  
U Průhonu 22, 170 00 Praha 7  
tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400  
[www.grada.cz](http://www.grada.cz)  
jako svou 4459. publikaci

### **Recenze:**

doc. PhDr. Jiří Jankovský, Ph.D.  
MUDr. Marta Routnerová

Ilustrace Mgr. Michal Malý  
Odpovědná redaktorka Helena Varšavská  
Sazba a zlom Radek Vokál  
Zpracování obálky Antonín Plicka  
Počet stran 112  
Vydání 1., 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.

© Grada Publishing, a.s., 2011  
Cover Photo © fotobanka Allphoto

**ISBN 978-80-247-3856-7**

---

### **ELEKTRONICKÁ PUBLIKACE:**

ISBN 978-80-247-7668-2 (ve formátu PDF)

# OBSAH

<b>PŘEDMLUVA</b> . . . . .	<b>7</b>
<b>1. DÍTĚ S TĚLESNÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM A KOMPLEXNÍ PÉČE O NĚJ</b> . . . . .	<b>9</b>
1.1 Tělesné a kombinované postižení u dětí . . . . .	9
1.2 Možnosti vzdělávání žáků s tělesným a kombinovaným postižením . . . . .	16
1.3 Rehabilitace . . . . .	24
<b>2. LÉČEBNÁ REHABILITACE VE ŠKOLE</b> . . . . .	<b>37</b>
2.1 Taktilní a vibrační stimulace . . . . .	40
2.2 Vestibulární a propioceptivní stimulace . . . . .	45
2.3 Kondiční cvičení . . . . .	47
2.4 Balanční cvičení . . . . .	50
2.5 Pasivní cvičení . . . . .	54
2.6 Vynucené používání . . . . .	55
2.7 Respirační cvičení . . . . .	56
2.8 Relaxační aktivity . . . . .	59
<b>3. POLOHOVÁNÍ</b> . . . . .	<b>63</b>
3.1 Cíle a význam polohování . . . . .	66
3.2 Přehled využívaných poloh . . . . .	68
<b>4. POMŮCKY PRO DĚTI S TĚLESNÝM POSTIŽENÍM</b> . . . . .	<b>79</b>
4.1 Přehled kompenzačních pomůcek . . . . .	80
4.2 Postupy pro získání pomůcek . . . . .	98
<b>SUMMARY</b> . . . . .	<b>105</b>
<b>SEZNAM LITERATURY</b> . . . . .	<b>107</b>
<b>REJSTŘÍK</b> . . . . .	<b>111</b>

## PŘEDMLUVA

Tématem této monografie je vzdělávání žáků s tělesným postižením, respektive realizace komplexní péče o tyto žáky ve škole. Vzhledem k tomu, že se zaměřujeme na postižení tělesná, tak je hlavním tématem podpora rozvoje hybnosti těchto dětí. Není samozřejmě možné opomíjet samotné vzdělávání, které je ve škole dominantní aktivitou, ale k tomuto tématu publikace existují a navíc u žáků s postižením tělesným jsou možnosti jejich participace na běžných aktivitách (vzdělávání, volný čas, sebeobsluha apod.) limitovány nejvíce právě omezením hybnosti.

V názvu knihy je zmíněno i postižení kombinované. Důvodem je jednak častý výskyt jiných postižení u dětí s poruchami hybnosti, ale také motorické obtíže u dětí s jiným dominujícím postižením. Jedná se zejména o děti s mentálním postižením, u kterých se může vyskytovat jednak opožděný motorický vývoj, který je třeba stimulovat, ale zejména různě závažné problémy u těžších forem tohoto postižení (až imobilita u některých dětí s těžkým nebo hlubokým mentálním postižením).

Úvodní část publikace nastiňuje teorii problematiky rehabilitace a ucelené rehabilitace, a to zejména z pohledu pedagogických pracovníků. Podstatná část knihy je zaměřena na přesah rehabilitace (léčebné) do procesu vzdělávání. Tedy jsou zde popsány takové aktivity, které jsou pro žáky s tělesným a kombinovaným postižením přínosné (někdy nezbytné), je možné je realizovat ve škole a kompetence k jejich provádění mohou pedagogičtí pracovníci relativně snadno získat. Závěrečná kapitola publikace přináší kategorizaci pomůcek, které můžeme využívat u žáků s tělesným postižením nejen pro edukaci, ale v celém procesu komplexní péče.

---

# 1. DÍTĚ S TĚLESNÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM A KOMPLEXNÍ PÉČE O NĚJ

## 1.1 TĚLESNÉ A KOMBINOVANÉ POSTIŽENÍ U DĚTÍ

---

Základním charakteristickým znakem tělesného postižení je omezení hybnosti jedince. Poruchy hybnosti se ale velmi často pojí s postižením jiným, a tak je tato publikace zaměřena nejen na děti s postižením tělesným, ale také kombinovaným. Obě tato postižení mohou být vrozená nebo mohou vzniknout v důsledku jiného onemocnění či úrazu. Jedná se buď primárně o postižení pohybového aparátu (např. chybějící končetina nebo Perthesova choroba), ale často jde o onemocnění neurologické, jehož symptomem je porucha hybnosti (např. dětská mozková obrna nebo degenerativní onemocnění nervového systému).

Nejčastější příčinou tělesného postižení u dětí předškolního a mladšího školního věku<sup>1</sup> je **dětská mozková obrna** (DMO) (srov. Vítková, 2006). DMO je: „Neprogresivní neurologický syndrom vyvolaný lézí nezralého mozku.“ (Kraus, 2005) Je to onemocnění vrozené, které se projevuje primárně poruchou hybnosti. Mimo ni se ale s DMO pojí i další vady, jako je mentální postižení (cca 30–50 % případů), dále epilepsie, vady zraku a sluchu a u mnoha případů se také objevuje typická vada řeči – dysartrie.

DMO má tři základní formy (Komárek, Zumrová, 2000):

- spastickou,
- dyskineticko-dystonickou,
- mozečkovou.

---

<sup>1</sup> Ve vyšším věku postupně logicky stoupá podíl získaných onemocnění, jako jsou degenerativní onemocnění, následky úrazů apod.

**Spastická forma** tvoří asi 70 % DMO a může mít podobu:

- diparézy (porucha hybnosti dolních končetin),
- hemiparézy (postihuje jednu polovinu těla; závažněji postižena horní končetina),
- kvadruparézy (postižení všech čtyř končetin).

Postižení hybnosti končetin je různě závažné, u kvadruparéz je kromě končetin narušena i hybnost svalů obličeje, úst a jazyka. V důsledku toho se u většiny takto postižených objevuje specifická vada řeči (dysartrie). Mentální postižení se u diparetické a hemiparetické formy vyskytuje méně často, častější je u kvadruparetické formy DMO.

**Dyskineticko-dystonická forma** postihuje asi 20 % jedinců s DMO. Projevuje se „mimovolnými, pomalými a kroutivými pohyby různých svalových skupin. Pokud jsou postiženy svaly obličeje a mluvidel, bývají takoví lidé sociálně stigmatizováni. Jejich řeč bývá těžko srozumitelná a působí jim značné problémy v komunikaci a v uplatnění rozumových schopností. Záškluby v obličeji a neschopnost přijatelného verbálního projevu na okolí působí jako výraz mentálního defektu. Proto postižení lidé bývají hodnoceni jako mentálně retardovaní, přestože jejich inteligence nebývá poškozena (někdy je i nadprůměrná)“.<sup>2</sup> (Vágnerová, 1999)

**Mozečková forma** je poměrně vzácná, vyskytuje se u 5–10 % DMO (Komárek, Zumrová, 2000; Vágnerová, 1999). Typickým projevem je svalová hypotonie a opoždění lokomočního vývoje.

Jako samostatná forma DMO bývá někdy uváděna i **hypotonická forma**, ale ta se vyskytuje v prvních měsících života a později se vyvíjí v některý ze základních typů DMO. U některých jedinců se mohou příznaky jednotlivých forem kombinovat.<sup>2</sup>

**Další onemocnění**, jejichž důsledkem je tělesné postižení, jsou zejména:

### ■ Malformace

Patří mezi vrozené vývojové vady a jedná se o znetvoření některé části těla. Může mít podobu amelie (chybí část končetiny), častěji fokomelie

<sup>2</sup> Podrobné informace o DMO je možné získat např. v publikaci: Kraus, J. a kol. *Dětská mozková obrna*. Praha : Grada, 2005, ISBN 80-247-1018-8; na www: <http://www.dmoinfo.cz/> (www stránky Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně – SDMO) nebo [http://www.neurocentrum.cz/DMO\\_info.htm](http://www.neurocentrum.cz/DMO_info.htm)



(zakrnělá končetina nebo její část). (Vítková, 2006; Vokurka, Hugo, 2008)

### ■ Myopatie

Jsou to degenerativní onemocnění kosterních svalů, která se projevují primárně svalovou slabostí a mají progresivní průběh. Mohou být vrozená (onemocnění se často projeví již v dětském věku) nebo získaná (např. v důsledku zánětlivých onemocnění). Některé formy mají lehký průběh, ale formy manifestující se v dětském věku vedou k závažnějším poruchám hybnosti, nebo dokonce k úmrtí. Nejčastější formou myopatie je *Duchennova choroba*, která je vázaná na X chromozom a mohou jí onemocnět pouze chlapci (ženy jsou přenašečky). Vyskytuje se asi 1 případ na 3 500 porodů a první symptomy se objevují okolo 4. roku (2.–5. rok). U dětí se objevuje typická houpavá „kachní chůze“, hypertrofie lýtek a hyperlordóza, postupně se zhoršuje hybnost a asi do 10 let od propuknutí vede k imobilitě. Jedná se o onemocnění neléčitelné a úmrtí nastává mezi 20. a 30. rokem. (Seidl, Obenberger, 2004; Best, Heller, Bigge, 2010)

### ■ Úrazy mozku

Úrazy jsou ve vyspělém světě jednou z nejčastějších příčin úmrtí u dětí a dospívajících a také příčinou velkého množství trvalých postižení. Například v Německu zemře na následky úrazů 800 dětí ročně a další 3 000 mají trvalé následky. Nejčastějšími úrazy jsou zlomeniny, zhmožděny (55 %) a poté poranění povrchu těla (24 %), ale třetí nejčastější jsou již poranění hlavy (11 %). (Šebková, 2003)

Příčinou úrazů, které mají trvalé následky na hybnost, jsou u dětí dopravní nehody (včetně cyklistických) a pády (nejčastěji při organizovaném a neorganizovaném sportu). Nejčastějším úrazem je komoce (otřes mozku), který však nezanechává většinou trvalé následky. Závažnější traumata mozku, jako jsou fraktury, kontuze (zhmoždění) nebo krvácení do mozku, již mohou zanechat trvalé následky, a to nejen v oblasti hybnosti. Následky se mohou projevit i v myšlení, řeči, paměti, pozornosti, poruchách smyslového vnímání nebo v chování. (Best, Heller, Bigge, 2010)

### ■ Úrazy páteře

Častou příčinou vážných poruch hybnosti u dětí a dospívajících jsou i poranění míchy. Ve vyspělých zemích se udává výskyt asi 20 úrazů na

milion obyvatel ročně, přičemž poměr mužů a žen je 4–5 : 1. Podobně jako u mozku může nastat míšň komoce (tj. stav přechodný) nebo kon- tuze, kdy je mícha přerušena a následná porucha hybnosti je trvalá.

Závažnost tělesného postižení závisí na lokalizaci poranění. Páteř je rozdělena na část krční (obratle C1–C7), hrudní (obratle Th1–Th12), be- derní (obratle L1–L5), křížovou (obratle S1–S5, jsou srostlé a tvoří kost křížovou) a kostrční (Co1–Co5, srostlá kost kostrční). Při poranění krční páteře (od obratle C4)<sup>3</sup> vzniká kvadruplegie (tj. postižení všech čtyř kon- četin). Jedinec je plně imobilní, pohybuje se převážně na elektrickém vo- zíku. Při poraněních od obratle Th2 níže je následkem paraplegie (tj. po- stižení hybnosti dolních končetin). Jedinec může být úplně imobilní a pohybovat se pouze na vozíku (přerušeni míchy v oblasti Th2–Th5), může být převážně imobilní, ale schopen alespoň částečně chůze švihem, s pomocí opěrného aparátu nebo s francouzskými holemi (Th6–L3). Při přerušeni míchy od obratle L4 již vozík nebývá nutný a jedinec se může pohybovat s využitím francouzských holí.

Mimo poruchy hybnosti je následkem poranění míchy řada dalších komplikací, jako jsou obtíže s dýcháním (úrazy v oblasti krční páteře), problémy s vyměšováním moče a stolice nebo sexuální dysfunkce.

(Pfeiffer, 2007)

### ■ Cévní onemocnění mozku a míchy (CMP)

Cévní onemocnění jsou nejčastější příčinou akutních onemocnění CNS, což ovšem neplatí pro dětský věk, protože se vyskytují převážně u seniorů. CMP může mít formu ischemickou (tj. ucpaní cévy, cca 70 % případů) nebo hemoragickou (tj. krvácení do CNS). Následky CMP jsou velmi různorodé, mohou být přechodné i trvalé a projevují se mimo poruchy hybnosti (různé závažných) i v řadě dalších oblastí (řeč, myšlení, poly- kání, inkontinence, poruchy zraku a sluchu a samozřejmě v oblasti so- ciální).

(Pfeiffer, 2007; WHO, 2004)

---

<sup>3</sup> Přerušeni míchy na úrovni obratlů C1–C3 není obvykle slučitelné se životem (jedinec není schopen samostatného dýchání). Nicméně u některých pacientů se lékařům přesto podaří udržet uměle aktivi- tu bránice a tím zajistit dýchání (bránice je stimulována elektrickými impulzy, obdobně jako srdce kardiostimulátorem). Vzniká tak tzv. pentaplegie (tj. postižení všech končetin a bránice), což je vel- mi závažný stav s nutností náročné komplexní péče (zdravotní, ale i sociální, vybavení náročnými pomůckami atd.). (Pfeiffer, 2007)

## ■ Infekční onemocnění CNS

Infekce jsou nejčastěji bakteriální nebo virové, ale původcem může být i prvok, parazit nebo plíseň. Mezi nejčastější patří *meningitidy* (zánět mozkových blan), které mohou být vyvolány různými bakteriemi (meningokoková, pneumokoková apod.) a mají různě závažný průběh, přičemž některé z nich mohou být i smrtelné nebo zanechají trvalé následky.

Nejznámějším virovým onemocněním je *klišťová encefalitida*, u které dochází až u jedné čtvrtiny nemocných k trvalým následkům (obrný horních končetin, bolesti hlavy, snížená výkonnost apod.). Klíšťa mohou být přenašečem i dalšího bakteriálního onemocnění, kterým je *borrelióza* (Lymeská nemoc), která však bývá většinou bez trvalých následků.

Mimo tyto známé infekce existuje velké množství dalších, které postihují CNS. Jedná se o různé druhy *leptospiróz* (k nákaze dojde kontaktem s močí infikovaných zvířat, vyšší výskyt je např. po povodních), *vzteklinu* nebo *toxoplazmózu* (původcem je prvok, třetina populace měla kontakt s nemocí, ale většinou bez následků, při nákaze těhotné ženy může vést k poškození plodu). Dříve byla velmi nebezpečným onemocněním *poliomyelitida* (dětská infekční obrna), která může být i smrtelná a u vyléčených zanechávala často trvalé následky v oblasti hybnosti. U nás však byla eradikována (vymýcena) díky očkování již v roce 1960 (tehdejší ČSSR byla první zemí na světě, která provedla plošné očkování).

(Seidl, Obenberger, 2004; Pfeiffer, 2007)

## ■ Degenerativní onemocnění nervového systému

Jedná se o velmi heterogenní skupinu chorob, které však převážně postihují seniory, a zde jsou proto zmíněny pouze okrajově. Nejznámějším onemocněním z této skupiny je *Alzheimerova choroba* (mezi šedesátiletými postihuje asi 5 % populace a každých pět let se výskyt v populaci zdvojnásobuje).

(Seidl, Obenberger, 2004; Pfeiffer, 2007)

## ■ Postižení periferních nervů

V důsledku úrazů, infekčních onemocnění, otrav nebo degenerativních onemocnění se mohou objevit i postižení periferních nervů. Může se jednat o poruchu funkční (nerv není porušen), která je pouze přechodná (např. nejznámější je „přesezení“ končetiny s následným krátkodobým brněním, necitlivostí a poruchou hybnosti; dále tzv. „milenecká“ obrna – hlava druhé osoby na rameni ve spánku nebo též „opilecká“ obrna – ruka

přes opěradlo židle při spánku, v obou případech může dojít k přechodné paréze horní končetiny). Závažnější jsou poruchy kontinuity nervu nebo jeho zničení (např. poporodní parézy u novorozenců, syndrom karpálního tunelu nebo obrna lícního nervu).

(Seidl, Obenberger, 2004; Pfeiffer, 2007)

Mimo výše uvedené kategorie onemocnění může poruchu motoriky způsobit i řada dalších, méně častých příčin. Jedná se o amputace, metabolické vady, hydrocefalus, chromozomální vady, těžší formy FAS<sup>4</sup>, tuberózní sklerózu, následky intoxikace nebo nádory mozku.

Specifickým případem, kdy se vyskytuje také různě závažná porucha hybnosti, je **těžké a hluboké mentální postižení**<sup>5</sup>.

Dále je třeba zmínit velmi častý ortopedický problém u dětí, kterým je **skolióza**. Není uvedena v seznamu příčin tělesného postižení, protože z pohledu školy není na děti s tímto onemocněním pohlíženo jako na žáky se zdravotním postižením. Dítě se skoliózou vyžaduje zpravidla pouze zohlednění při vzdělávání (např. dvojí učebnice, omezení v tělesné výchově, a je tedy zařazeno mezi žáky se zdravotním znevýhodněním – viz dále). Podobně by bylo možné hovořit i o Perthesově chorobě<sup>6</sup> nebo o mnoha přechodných nebo méně závažných problémech, jako je řada spíše funkčních obtíží (např. úponové bolesti, hypermobilita apod.). Je třeba zdůraznit, že se na tato onemocnění díváme z pohledu školy, a nikoliv z pohledu zdravotnických pracovníků, a to má pochopitelně význam pro vnímání závažnosti problémů. Například neléčená skolióza může mít vážné zdravotní dopady na dítě a její terapie je dlouhodobá, ale v rámci edukace není znevýhodnění dítěte nijak zásadní a také podíl na léčebné rehabilitaci není na straně školy velký. Podobně úponové bolesti (to je např. tzv. „tenisový loket“) vzniklé v důsledku nevhodné sportovní aktivity jsou pro dítě bezpochyby nepříjemné a vyžadují lékařskou péči, ale z pohledu školy se jedná pouze o přechodné omezení žáka v některých činnostech (tělesná výchova, psaní atd.).

---

<sup>4</sup> Fetální alkoholový syndrom – postižení dítěte vzniká v důsledku nadměrného užívání alkoholu matkou v těhotenství.

<sup>5</sup> Těžké a hluboké mentální postižení je někdy důsledkem DMO, ale nemusí tomu tak být a v řadě případů není příčina známa.

<sup>6</sup> Onemocnění hlavice kyčelního kloubu, které začíná nejčastěji v období předškolním nebo v mladším školním věku.

Skupina dětí s tělesným nebo kombinovaným postižením je značně heterogenní a poruchy hybnosti mohou mít velmi různorodé příčiny, symptomy a prognózu a také zásadně odlišnou terapii (a zátěž z ní vyplývající). Alespoň základní znalost o onemocnění dítěte je pro všechny pečující osoby nezbytná, a tedy i učitel by měl elementární znalost mít.

Dále je třeba si uvědomit, že každá porucha hybnosti, každé onemocnění může přinášet řadu dalších komplikací v oblasti vnímání, myšlení, řeči, omezení ve vykonávání běžných činností, v sociálních vztazích a samozřejmě rozdílný dopad na psychiku konkrétního jedince. Identifikace všech problémů konkrétního dítěte (ale také jeho potenciálu) je nutným předpokladem pro realizaci opravdu komplexní péče, jejíž součástí je i vzdělávání a na níž se tedy škola významnou měrou podílí.

Pro plánování a realizaci komplexní péče je třeba nahlížet na postižení z řady různých pohledů. Pro přístup ostatních osob k dítěti a také pro sebehodnocení dítěte má značný význam to, zda je vada viditelná nebo skrytá. Důležitá je pro nás i znalost prognózy vývoje postižení, v našem případě zejména prognózy vývoje motorického. Například i tak závažný stav, jako je imobilita (ztráta schopnosti samostatného pohybu), může být dlouhodobá, přechodná nebo trvalá (Bendová, 2006).

## SOMATOPEDIE

Oborem, jehož cílovou skupinou jsou také děti s tělesným postižením, je somatopedie, která se zabývá edukací jedince s tělesným postižením, onemocněním a zdravotním oslabením a komplexní péčí o něj. Je součástí speciální pedagogiky, společně s dalšími disciplínami zaměřenými na další postižení (psychopedie, logopedie, surdopedie, oftalmopedie, etopedie). V současnosti se již za samostatnou disciplínu považuje i speciální pedagogika osob s kombinovaným postižením (srov. Vítková, 2006; Pipeková, 2006; Bendová In Skutil, Zíkl, 2011).

## 1.2 MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ ŽÁKŮ S TĚLESNÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM

---

Žáci s tělesným a kombinovaným postižením patří dle školského zákona mezi žáky se zdravotním postižením, což je jedna ze tří kategorií žáků se speciálními potřebami<sup>7</sup> (žáci se zdravotním postižením, zdravotním znevýhodněním a sociálním znevýhodněním).

Tito žáci mají nárok na speciální vzdělávání, přičemž v ČR existují dvě základní formy speciálního vzdělávání (Vyhláška 73/2005; blíže např. Skutil, Zíkl, 2011) – jednak integrace a jednak vzdělávání ve škole samostatně zřízené pro žáky se zdravotním postižením (speciální škola). Žáci se sociálním znevýhodněním a zdravotním znevýhodněním se vzdělávají v běžných školách, u žáků se zdravotním postižením existuje možnost volby. Integrace do běžné školy může mít podobu:

- integrace individuální,
- integrace skupinové (tj. vznik speciální třídy v běžné škole nebo studijní skupiny uvnitř třídy).

Vyhláška o vzdělávání žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami (73/2005) dokonce uvádí, že „žák se zdravotním postižením se přednostně vzdělává formou individuální integrace v běžné škole, pokud to odpovídá jeho potřebám a možnostem a podmínkám a možnostem školy“ (§ 3).

O způsobu vzdělávání by se však mělo rozhodovat především na základě individuálního posouzení potřeb každého dítěte. Rozhodnutí o zařazení žáka do některé z forem speciálního vzdělávání je v kompetenci ředitele školy, který rozhoduje na základě doporučení školského poradenského zařízení. Podmínkou je však vždy souhlas zákonného zástupce žáka a v ko-

---

<sup>7</sup> Zdravotním postižením je pro účely školského zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování.

Zdravotním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání.

Sociálním znevýhodněním je pro účely tohoto zákona rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy, nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo postavení azylanta.

nečném důsledku je to tedy on, kdo rozhoduje o formě plnění školní docházky.

Určitou výjimku z integrovaného vzdělávání představuje skupina dětí s těžkým mentálním postižením, žáci s více vadami a s autismem, kde školský zákon uvádí, že mají právo být vzdělávání v základní škole speciální (dřívější pomocné školy). Integrace do běžných ZŠ je však i v tomto případě jednou z možností plnění školní docházky.

Vyhláška o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů mimořádně nadaných (73/2005 Sb.) také definuje, na jaká podpůrná opatření<sup>8</sup> má žák se speciálními potřebami nárok.

Podpůrnými opatřeními se rozumí:

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

Některá z těchto opatření jsou spíše organizační (počet dětí, asistent) nebo se na jejich realizaci podílí jiná instituce (poradenství), ale řada dalších je na bedrech učitelů. A právě těmto aktivitám jsou věnovány další kapitoly této knihy.

## DIAGNOSTIKA A PORADENSTVÍ

Diagnostika tělesných a kombinovaných postižení je v kompetenci zdravotnických pracovníků. Úkolem učitele je v některých případech podíl na depistáži (tj. vyhledávání případů), protože to může být právě on, kdo upozorní na problémy dítěte (např. vadné držení těla, bolesti při pohybu v tělesné výchově nebo specifické zátěži, tzv. kachní chůze jako symptom myopatie atd.). Ve většině případů je ale i depistáž záležitostí rodiny nebo lékařů. V tomto směru se liší tělesná postižení od nejčastějších problémů,

---

<sup>8</sup> Opatření, která jsou odlišná nebo jsou poskytována nad rámec individuálních pedagogických a organizačních opatření spojených se vzděláváním žáků stejného věku.

se kterými se ve školách setkáváme (SPU, ADHD, mentální postižení), protože tam je podíl učitelů na vyhledávání jednotlivých případů podstatně větší a také diagnostika probíhá většinou ve školských poradenských zařízeních<sup>9</sup>. Při práci s dětmi s tělesným nebo kombinovaným postižením, ale ani při diagnostice a ani v oblasti poradenství nemůže být dostačující spolupráce pouze se školskými institucemi (poradenskými). Nezbytná je tu komunikace se zdravotníky, a to pokud možno přímá, tedy bez zprostředkování další osobou. Zejména u závažnějších a složitějších zdravotních problémů mohou být informace sdělené prostředníkem (nejčastěji rodič) zkrácené nebo neúplné. Je vhodné doplnit tyto informace písemnou zprávou odborníka, vlastním studiem a ideálně přímou konzultací (např. společná návštěva rodiče a učitele/asistenta u fyzioterapeuta). Jednodušší je v tomto směru situace ve školách speciálních, kde často potřebný odborník přímo působí (fyzioterapeut, logoped, docházející odborný lékař) a učitelé mají o dané problematice určité znalosti (jsou speciální pedagogové). Mnohem složitější je situace učitelů integrujících dítě s tělesným nebo dokonce kombinovaným postižením, protože v běžné škole žádný odborník na tuto oblast není (natož tým odborníků) a získávání potřebných informací a osvojování si potřebných dovedností je tak velmi nesnadné.

Školskou institucí, která by učitelům a rodičům měla poskytnout největší pomoc, je speciálně pedagogické centrum. V našem případě jsou to SPC pro žáky s tělesným postižením nebo SPC pro žáky s více vadami/kombinovaným postižením. Bohužel tato centra nejsou vždy dobře dostupná, protože ve většině krajů ČR existuje jedno takto zaměřené SPC a někde dokonce žádné.<sup>10</sup> Přestože pracovníci SPC dojíždějí i do škol, tak v některých regionech má vzdálenost dopad na intenzitu spolupráce. SPC může pomoci zejména v těchto oblastech:<sup>11</sup>

- komplexní diagnostika žáka (speciálně pedagogická a psychologická),
- pomoc při integraci a realizaci ucelené rehabilitace,
- přímá práce s žákem a všestranná podpora jeho psychomotorického a sociálního rozvoje,

---

<sup>9</sup> Jsou to pedagogicko-psychologické poradny (PPP) a speciálně pedagogická centra (SPC). Základní rozdíl mezi těmito institucemi je v cílové skupině, na kterou se zaměřují. PPP pracují se všemi žáky (žáky bez zdravotního postižení), kdežto SPC jsou zaměřena na jednotlivé druhy postižení (mentální, tělesné, smyslové, vady řeči). Blíže viz např. Skutil, Zikl, 2011.

<sup>10</sup> Adresář a kontakty na všechna SPC v ČR (podle krajů) naleznete např. na webových stránkách Asociace pracovníků speciálně pedagogických center ([www.apspc.cz](http://www.apspc.cz)).

<sup>11</sup> Veškeré povinnosti SPC a standardní činnosti jsou uvedeny ve vyhlášce 72/2005 Sb.



- konzultace a metodická pomoc pro zákonné zástupce a pedagogické pracovníky,
- sociálně-právní poradenství (sociální dávky, příspěvky apod.),
- kariérové poradenství,
- zapůjčování odborné literatury,
- zapůjčování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek,
- zpracování návrhů k zařazení do režimu vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami,
- tvorba, návrhy a nabídka speciálních pomůcek podle individuálních potřeb žáků,
- realizace specifických aktivit podle zdravotního postižení žáka (např. nácvik využívání alternativní a augmentativní komunikace, práce s počítačem s využitím speciálního hardwaru a softwaru, rozvoj manipulačních schopností, aplikace dalších terapeutických technik atd.).

Nelze také opomenout další osoby a instituce, které jsou součástí školského systému, byť nejsou zaměřeni přímo na osoby s tělesným postižením. Mohou ale přesto pomoci alespoň v dílčích aktivitách nebo v případě, že služby SPC nejsou z nějakého důvodu dostupné (např. vzdálenost, odmítání ze strany rodičů). Je možné jednak využít služeb pedagogicko-psychologické poradny, která také může vydat vyjádření k integraci a realizovat diagnostiku a poradenství (např. stanovení mentální úrovně, školní zralost, částečně kariérové poradenství atd.). Dále je zde možnost školního psychologa nebo školního speciálního pedagoga, kteří sice nejsou zdaleka v každé škole (výjimkou jsou školy speciální, kde jsou naopak pravidlem), ale jejich počet se pomalu zvyšuje. Dílčí pomoc můžeme také očekávat od výchovného poradce na škole (např. přehled o poradenských pracovištích v regionu).

Zjištění potřebných informací a získání nutných dovedností je jistě obtížné a málokdy má učitel sám dostatek informací a dovedností pro práci se žákem s tělesným, nebo dokonce kombinovaným postižením. Nicméně každý má poměrně širokou škálu možností, jak informace a znalosti získávat. Vzhledem k tomu, že péče o tyto žáky je multioborová, je třeba obracet se i mimo úzce pedagogickou oblast. V následujícím přehledu jsou vyjmenovány instituce, aktivity nebo odborníci, kteří mohou na realizaci komplexní péče participovat. Jejich účast může být proměnlivá, což bude záviset na jejich dostupnosti, typu a závažnosti postižení, ochotě spolupracovat, jejich odborné kompetenci apod.

Může to být:

- rodič nebo jiná pečující osoba;
- jiný učitel nebo pracovník školy (zkušený učitel, ředitel, výchovný poradce, školní psycholog, speciální pedagog);
- školské poradenské zařízení (SPC, případně PPP);
- speciální škola (možnost exkurze do školy vzdělávající žáky s obdobným postižením, konzultace s jejich pracovníky, krátkodobá praxe);
- odborný lékař (neurolog, ortoped atd.);
- nestátní organizace (sdružení zaměřující činnost na méně obvyklá onemocnění, na poradenství, půjčování pomůcek atd.);
- sociální služby (organizace poskytující služby osobní asistence, realizující sociální poradenství, ale také půjčovny pomůcek, terapeutické činnosti nebo aktivity volnočasové);
- vzdělávací instituce (vysoké školy nabízející speciálněpedagogické vzdělávání, řada dalších vzdělávacích zařízení realizujících širokou škálu akreditovaných kurzů);
- státní správa a samospráva (krajské úřady, které mají zodpovědnost za vzdělávání žáků se speciálními potřebami, sociální odbory obcí atd.);
- knihovny a další zdroje informací.

## IVP A PLÁN ZDRAVOTNÍ PÉČE

V případě, že je nutné realizovat prvky léčebné rehabilitace (podávání léků, prvky fyzioterapie, dieta, riziko akutních zdravotních komplikací apod.), je vhodné začlenit do IVP i plán zdravotní péče/léčebné rehabilitace ve škole, včetně závěrů z lékařských vyšetření (omezení, zakázané aktivity, doporučení, rizika, první pomoc apod.). Součástí IVP je pak i souhlas rodičů s realizací takovéto péče. Sestavení plánu zdravotní péče by měla předcházet žádost rodičů o její realizaci. Obdobný je postup při sestavování IVP a je možné obě aktivity spojit. Plán zdravotní péče není legislativně nijak zakotven, a proto by jeho realizace měla vycházet z přání rodičů a měl by být realizován ve spolupráci s nimi a s příslušnými odborníky a respektovat postupy platné pro sestavování IVP (blíže vyhláška 73/2005 Sb.; Skutil, Zíkl, 2011).

Pokud dítě využívá také nějakou sociální službu (při plnění školní docházky zejména službu osobní asistence), tak mu klíčový pracovník (osobní asistent) sestavuje také osobní plán. Tato povinnost vyplývá z legislativy

upravující sociální služby (Zákon o sociálních službách 108/2006 a prováděcí vyhláška, Standardy kvality sociálních služeb) a obsahem plánu je postup pro dosažení osobních cílů konkrétního klienta – žáka. Tyto cíle vyplývají z přání a potřeb klienta (dítěte a jeho rodičů) a nemusí se vždy shodovat s cíli uvedenými v IVP. Bylo by ovšem nelogické, pokud by oba tyto plány byly sestavovány bez vzájemné spolupráce a zrovna plán zdravotní péče by měl být shodný v obou typech plánů. IVP (školní dokument) a osobní plán (dokument sociální služby) nejsou legislativně nijak provázány a odpovědné pracovníky nic nenutí ke vzájemné spolupráci. Je ale chyba, pokud k sestavování plánů přistupujeme „resortně“, a ne s ohledem na potřeby a prospěch dítěte, který by měl být cílem všech.

## **POČTY DĚTÍ S TĚLESNÝM A KOMBINOVANÝM POSTIŽENÍM V ZÁKLADNÍCH ŠKOLÁCH**

Pokud chceme zjistit počty dětí s určitým typem postižení, pak je možné nahlédnout do dat MŠMT (respektive Ústavu pro informace ve vzdělávání), které jsou sestavovány na základě výkazů odevzdávaných povinně všemi školami. V těchto výkazech se sledují také žáci se speciálními potřebami, a to i podle druhu svých speciálních potřeb. Ředitelé škol vyplňují tyto údaje každoročně na základě dokumentace žáka (tj. v našem případě na základě vyšetření v SPC, u odborného lékaře). Údaje by tedy měly být poměrně důvěryhodné. Není to ale zcela tak samozřejmé, například na počátku devadesátých let bylo možné najít ve výkazech mezi žáky s kombinovaným postižením i žáka, který měl lehkou vadu zraku a k tomu ploché nohy. Dnes je situace jiná, metodika i kontrola jsou kvalitnější, nicméně stále se mohou objevovat snahy zařadit žáka do skupiny „s více vadami“, protože právě zde je dotace nejvyšší.

Na následující tabulce (tab. 1) vidíme počty žáků se zdravotním postižením ve školním roce 2009/2010. Jsou zde zahrnuti všichni žáci, bez rozdílu typu školy (běžné × speciální, státní × soukromé apod.). Poruchy hybnosti (tj. tělesné postižení) nalezneme fakticky ve třech kategoriích. Samozřejmě v kategorii zahrnující žáky pouze s tělesným postižením, dále pak mezi žáky s postižením více vadami (kombinovaným), kde největší část tvoří žáci s kombinací postižení tělesného a mentálního (zejména děti s DMO). Poslední (nikoli počtem) jsou děti s těžkým a hlubokým mentálním postižením, u kterých je také prakticky vždy postižena i motorika.<sup>12</sup>

**Tab. 1** Počty žáků se speciálními potřebami v ZŠ (Statistická ročenka školství, 2009/2010).

<b>Počty žáků se speciálními potřebami v základních školách (běžných i speciálních)</b>		
školní rok 2009/2010		
<b>Druh postižení</b>	<b>Počet dětí s tímto postižením</b>	<b>% ze skupiny dětí se zdravotním postižením</b>
SPU (specifické poruchy učení)	32 713	45,6 %
mentální postižení	24 644	34,3 %
<b>z toho těžké a hluboké MP</b>	1 786	2,5 %
<b>tělesné postižení</b>	1 284	1,8 %
<b>postižení více vadami (kombinované)</b>	4 727	6,6 %
autismus	1 462	2,0 %
vady zraku	703	1,0 %
vady sluchu	1 255	1,7 %
vady řeči	2 315	3,2 %
poruchy chování	2 702	3,8 %
<b>žáci se zdravotním postižením celkem</b>	<b>71 801</b>	

<sup>12</sup> Ve vykazování platí, že žák s těžkým a hlubokým mentálním postižením není zařazován do kategorie „postižení více vadami“, i když je téměř vždy má (MP + tělesné postižení, vady řeči, smyslové vady apod.).